



جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الموضوع:

فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل
بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

-دراسة شبه تجريبية على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة ورقلة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص: علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د. يمينة خلادي

إعداد الطالبة:

مباركة ميون

السنة الجامعية 2018 - 2019

"إنني رأيت أنه لا يكتب أحد كتاباً في يومه، إلا قال في غده :
لو غُيّر هذا للئن أحسن، ولو زيد هذا للئن يُستحسن، ولو
قُدّم هذا للئن أفضل، ولو تُرك هذا للئن أجمل، وه ذا من
أعظم العبر، وهـ و دليل على استيلاء النقص على جملة البشر"

(العهد الأصفهاني)

1125- 1201 م

شکر و تقدیر

الحمد لله الذي أسبغ علي نعمه ظاهرة وباطنه، والشكر لله الذي أمدني بعونه وسهل لي المسير في دروب العلم، والنهل من معينه العذب الصافي الزلال، فيتوفيق من رب العالمين ظهر هذا العمل إلى حيز الوجود وأرجو من الله العلي القدير أن يكمله بالفائدة والنفع للجميع.

انطلاقاً من قول الله تعالى : " لئن شكرتم لأزيدنكم " إبراهيم:7، وقوله صلى الله عليه وسلم: "ومن لم يشكر الناس لم يشكر الله" ، فإنني:

أُتقدم بوافر الشكر وعظيم التقدير، واعترافاً مني بالجميل إلى حضرة الأستاذة الدكتورة: **يمينة خلادي**،
بقسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة،
وعضو في مخبر علم النفس العصبي والإضطرابات المعرفية والإجتماعية العاطفية لما بذلته من
جهود خلال إشرافه على هذه الدراسة، والتي لم تكن لتظهر لولا توفيق من الله ثم توجيهاته السديدة
وملاحظاته الهادفة في انجاز هذا العمل بالشكل المشرف.

كما وأتوجه بكلمات لا تغطيها عبارات الشكر والعرفان والتقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة

المناقشة على تكريمهم بالحضور وتعزيز هذه الدراسة بمرئياتهم وملاحظاتهم.

كما أتوجه في هذه الدراسة بالشكر والتقدير للطاخم الإداري للمؤسسات التربوية وجميع من قدم يد العون لإتمام عملية جمع البيانات ومساندتهم ومساهمتهم الكبيرة والمشكورة بتسهيل عملية تطبيق الدراسة الميدانية وإنجاح هذا العمل وأخص بالشكر منهم مدراء وموظفي وأخصائيين ومربي المراكز الخاص بمدينة ورقلة

ولا يغيب عن ذهني - وأنا أسطر هذه الكلمات التي أختتم بها عملي البحثي - الكثير ممن استحقوا الشكر والتقدير عرفاناً مني بما بذلوه من جهد لإتمام هذه الدراسة، فأتقدم بالشكر الجزيل لزملائي وزميلاتي على ما قدموه لي من مساعدة في إتمام هذا العمل، ولجميع أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم في جميع مراحل دراستي الكثير والكثير

وفي الختام أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل المتواضع ولو بكلمة أو بفكرة، وكان سبباً بعد الله في إتمام دراستي هذه، فجزاهم الله عنا خير الجزاء

لَكَ مِنْ يَـٰ جَمِيعًا جَزِي لَ الشَّكْرِ وَالْعَرَفِ اِنْ

مباركة

میدون

ملخص الدراسة:

سعت الدراسة الحالية إلى التحقق من الأهداف المتمثلة في معرفة فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وكذا الكشف عن مدى إنتشار المشكلات السلوكية لديهم .
تتمحور هاته الدراسة حول التساؤل التالي:

هل للبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي فاعلية في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؟
وقد انبثقت عنه تساؤلين كانت صياغتهما بالشكل الآتي :

1- ما هي المشكلات السلوكية الأكثر انتشارا لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة ؟

2- هل توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة؟
ولمعالجة تساؤلات الدراسة صيغت الفرضيات بالشكل التالي:

1- نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بنسب متفاوتة.

2- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة تعزى لبرنامج تعديل السلوك.

وتكونت عينة الدراسة من (23) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد متواجدين بالمراكز الخاصة في مدينة ورقلة، تم اختيارهم بطريقة العينة الميسرة ، وطبقت عليهم استمارة الملاحظة للمشكلات السلوكية.

وقد اعتمدت الدراسة على منهجين ، المنهج الوصفي لقياس الفرضية الأولى ، والمنهج شبه التجريبي لقياس الفرضية أي قياس أثر البرنامج ، حيث استخرج من بين (23) طفل (04) حالات تلقوا البرنامج التدريبي لتعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

كما تم الإعتماد في جمع البيانات على الأدوات التالية:

• مقياس تقدير التوحد الطفولي (كارز-2 ST) (Childhood Autism Rating Scale)
Second Edition – Standart Version(CARS 2-ST) لتشخيص اضطراب طيف التوحد.

• إستمارة الملاحظة للمشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (من إعداد الباحث).

- البرنامج التدريبي لتعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد(من إعداد الباحث).
وتم التأكد من صلاحية هذه الأدوات من خلال إجراء الدراسة الإستطلاعية ، وحساب الخصائص السيكومترية قبل تطبيقها في الدراسة الأساسية، وعولجت البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية النسخة السابعة عشر (SPSS 17.0).
وتم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
1 مشكلة السلوكيات النمطية كانت السلوك الأكثر انتشارا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تليه السلوكيات العدوانية وأخيرا سلوكيات إيذاء الذات .
2 توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة لصالح القياس البعدي.
وقد نوقشت نتائج الدراسة الحالية في ضوء الجانب النظري وبعض الدراسات السابقة، واختتمت ببعض المقترحات الموجهة للدارسين وأصحاب القرار .

Abstract:

The current study sought to realize the objectives represented in knowing the effectiveness of a training program based on applied behavior analysis (ABA) to modify some behavioral problems in children with autism spectrum disorders (ASD), as well as detecting the prevalence of behavioral problems among them.

This study centered on the following questionm :
Does the training program based on applied behavior analysis (ABA) Effect on modifying some behavioral problems in children with (ASD)?

This lead to answer the following two questions :

1. What are the behavioral problems the most prevalent among children with, autism spectrum disorder study sample?
2. Are there differences between the measurement of tribal and dimensional measurement in behavioral problems that have emerged in children with (ASD) study sample?

To Analyse the previous questions of the study, hypotheses were formulated as following:

1. We expect the presence of behavioral problems among children with with (ASD) study sample varying degrees.
2. There are differences between the measurement of tribal and dimensional measurement in behavioral problems that have emerged in children with (ASD) study sample attributed to behavior modification program differences.

The study sample consisted of (23) children with (ASD) present in privacy centers in Ouargla city, selected in soft, and has been applied to them observed behavioral problems.

The study was based on two methods, the descriptive method to measure the first hypothesis, and quasi - experimental measuring hypothesis means measure the impact of the program, where extracted from (23) children (04) cases have received the training program to modify the behavior of children with (ASD).

Data collection was also based on the following tools:

- Childhood Autism Rating Scale , Second Edition – Standart Version (CARS 2-ST) for diagnosis of autism spectrum disorder.
- Behavior Problems Inventory of children with(ASD)(designed by the researcher).
- Training program to modify the behavior of children with (ASD) (developed by the researcher).



There was confirmed the validation of this tools by conducting a scoping study for the purpose calculating the psychometric properties before they are applied in the basic study, and dealt with (SPSS 17.0)

The study concluded to the following results:

1. Typical problem behaviors were most prevalent behavior in children with (ASD) followed by aggressive behaviors and finally the behavior of self - harm.
2. There are differences between the measurement of tribal and dimensional measurement in behavioral problems that have emerged in children with (ASD) sample study in favor of the dimensional measurement differences.

The results of the current study were discussed in the light of the theoretical side and some previous studies, and concluded with some proposals directed learners and decision – makers.

فهرس المحتويات

أ	كلمة شكر وتقدير
ب	ملخص الدراسة
ب	-باللغة العربية
د	-باللغة الانجليزية.....
هـ	فهرس المحتويات
ك	فهرس الجداول
م	فهرس المخططات والأشكال
1	مقدمة الدراسة

الجانب النظري

الفصل الأول : تقديم موضوع الدراسة

6	1- عرض مشكلة الدراسة
12	2- فرضيات الدراسة
13	3- أهداف الدراسة
13	4- أهمية الدراسة.....
14	5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
14	5-1 مفهوم البرنامج التدريبي.....
14	5-2 مفهوم تحليل السلوك التطبيقي.....
14	5-3 مفهوم تعديل السلوك.....
14	5-4 اضطراب طيف التوحد.....
15	5-7 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.....
15	6- حدود الدراسة:.....
15	6-1 الحدود الزمانية
15	6-2 الحدود المكانية.....
15	6-3 الحدود البشرية.....

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

17	تمهيد.....
17	1-نشأة مصطلح التوحد:.....
19	2- مفهوم اضطراب طيف التوحد :
19	2-1 تعريف التوحد:.....

21	2-2 إضطراب طيف التوحد :.....
23	3- خصائص الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد:.....
25	1-3 الخصائص اللغوية (التواصلية):.....
26	2-3 الخصائص الحركية :.....
27	3-3 الخصائص الإجتماعية :.....
28	4-3 الخصائص العقلية والمعرفية:.....
29	5-3 الخصائص الحسية:.....
32	6-3 الخصائص السلوكية
32	1-6-3 السلوكيات الروتينية.....
33	2-6-3 السلوكيات النمطية التكرارية.....
34	3-6-3 السلوكيات العدوانية.....
35	4-6-3 نوبات الغضب وحدة المزاج.....
35	4- النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بإضطراب طيف التوحد:.....
36	1-4 النظرية النفسية :.....
38	2-4 الفرضيات الوراثية والجينية:.....
38	3-4 النظرية البيولوجية (Biological Theories) :.....
41	4-4 النظرية البيوكيميائية : (Biochemical Theories) :
42	5-4 الفرضية الأيضية (Metabolism Hypothesis) :.....
42	6-4 الفرضية البيئية (Environmental Hypothesis) :.....
43	7-4 نظرية العقل (Theory of Mind) :.....
45	5- تشخيص إضطراب طيف التوحد :
45	1-5 فريق التشخيص :.....
46	2-5 أساليب التشخيص :.....
46	1-2-5 التشخيص الطبي.....
46	2-2-5 التشخيص النفسي.....
46	3-2-5 التشخيص السلوكي :
47	3-5 المحكات التشخيصية لطيف التوحد:.....
51	4-5 أدوات تشخيص إضطراب طيف التوحد:.....
52	5-5 التشخيص الفارقي :
52	1-6-5 التوحد والفصام :.....

53	 2-6-5 إضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية :
54	 3-6-5 إضطراب طيف التوحد واضطراب فراجيل اكس
54	 4-6-5 إضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل:
55	 5-6-5 إضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية :
57	 6- برامج التدخل العلاجية والتربوية لأطفال ذوي إضطراب ضيف التوحد.
59	 1-6 التدخل بالعلاج النفسي :
59	 2-6 طرق العلاج والتدخل الطبي :
59	 1-2-6 العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية.
60	 2-2-6 العلاج باستخدام هرمون السيكريتين.
60	 3-2-6 العلاج باستخدام الفيتامينات:
60	 4-2-6 العلاج بالميلاتونين.
61	 5-2-6 العلاج بالحمية الغذائية:
61	 5-2-6 العلاج بالأكسجين.
61	 3-6 طرق العلاج والتدخل الحسي العصبي :
61	 1-3-6 التدريب على التكامل الحسي.
62	 2-3-6 التدريب على التكامل السمعي.
62	 4-6 طرق العلاج والتدخل السلوكي (باستخدام بعض البرامج التربوية التي تعتمد
62	 على تنمية المهارات):
63	 1-4-6 برنامج (TEACCH):
64	 2-4-6 برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS).
65	 3-4-6 برنامج العلاج باللعب:
65	 4-4-6 برنامج الخبرة التعليمي ليب (LEAP).
66	 5-4-6 برنامج علاج الحياة اليومية هيقاشي (DLT).
66	 6-4-6 برنامج سن رايز:
66	 7-4-6 برنامج دوغلاس للإعاقات النمائية (DDDC).
67	 8-4-6 برنامج مشروع الأطفال التوحدين لوفاس (YAP).
68	 خلاصة الفصل :

الفصل الثالث : تحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك

70	تمهيد.....
	أولاً : تحليل السلوك التطبيقي
70	1- الأسس التاريخية لتحليل السلوك التطبيقي.....
72	2- تعاريف مفهوم تحليل السلوك التطبيقي.....
74	3- المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي.....
74	1-3 السلوك.....
74	2-3 السلوك الإيجابي.....
74	3-3 السلوك الإجرائي.....
75	4-3 البيئة.....
76	4- استخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.....
76	5- برنامج لوفاس.....
78	6- مبادئ و طرق التعليم في برنامج لوفاس (تحليل السلوك التطبيقي).....
78	1-4 استخدام التقنيات السلوكية.....
78	2-4 القياس المستمر.....
78	3-4 منهج متسلسل.....
78	1-3-4 منهاج المبتدئين.....
78	2-3-4 منهاج المتوسط.....
79	3-3-4 منهاج المتقدم.....
79	4-4 إجراء الجلسات التدريبية.....
79	5- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة.....
80	ثانياً : تعديل السلوك.....
81	1- مفهوم تعديل السلوك:.....
82	2- الأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك:.....
82	1-2 النظرية السلوكية.....
82	1-1-2 نظرية الإشراف الكلاسيكي.....
83	2-1-2 نظرية الإشراف الإجرائي.....
84	2-2 نظرية التعلم الاجتماعي:.....
85	3-2 نظرية التعلم المعرفي:.....
87	3- المبادئ الأساسية لتعديل السلوك.....

87	1-3 نتائج السلوك تتحكم به.....
88	2-3 التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة.....
88	3-3 السلوك الظاهر غير المقبول هو المشكلة ذاتها و ليس إنعكاس لعوامل داخلية.....
88	4-3 السلوك المقبول و غير المقبول متعلم.....
89	5-3 تعديل السلوك يعتمد على المنهجية والتجريب.....
90	4-خطوات تعديل السلوك:.....
90	1 4 تحديد السلوك المستهدف :.....
92	2 4 قياس السلوك المستهدف والمواقف التي يحدث فيها:.....
93	3 4 تحديد الظروف السابقة واللاحقة لظهور السلوك غير المرغوب فيه:.....
93	4 4 تحديد الأهداف المرجوة من برنامج تعديل السلوك :.....
93	5 4 تصميم خطة أو برنامج تعديل السلوك تنفيذها :.....
94	6 4 تقويم فعالية الخطة أو برنامج تعديل السلوك:.....
94	7 4 تعميم السلوك
96	5- أساليب وفنيات تعديل السلوك:.....
96	1-5 أساليب تعديل السلوك بزيادة السلوك المرغوب فيه
96	1-1-5 التعزيز.....
99	2-5 أساليب تعديل السلوك لتشكيل سلوكيات أو عادات جديدة:.....
99	1-2-5 النمذجة
100	2-2-5 التشكيل
101	3-2-5 التسلسل
101	4-2-5 التلقين
102	5-2-5 الإخفاء
102	6-2-5 تعميم.....
103	3-5 أساليب تعديل السلوك لخفض السلوكيات غير المرغوبة.....
103	1-3-5 العقاب :.....
104	2-3-5 الإطفاء(المحو).....
105	3-3-5 التجاهل:.....
106	4-3-5 التعزيز التفاضلي لخفض السلوك.....
106	5-3-5 الإقصاء عن التعزيز الإيجابي.....
107	6-3-5 التصحيح الزائد:.....

108	 7-3-5 تكلفه الإستجابة:
109	 8-3-5 الإشباع:
109	 9-3-5 التمرين
110	 10-3-5 الممارسة السلبيه:
110	 11-3-5 تغيير المثير:
110	 12-3-5 التوبيخ
111	 13-3-5 الإسترخاء
112	 خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل الرابع : الإجراءات الدراسة الميدانية

115	-تمهيد
115	 1- المنهج المتبع
116	 2- مجتمع الدراسة
116	 1-2 عينة الدراسة الإستطلاعية :
117	 3- المعاينة
117	 1-3 حجم العينة و مواصفاتها:
118	 4- أدوات جمع البيانات
118	 1-4 المقابلة العيادية :
118	 4 2 استمارة دراسة حالة الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد:
119	 4 3 مقياس تقدير التوحد الطفولي CASR-2
120	 4 3 1 الخصائص السيكومترية لمقياس (CARS-2)
121	 4 4 بطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية لأطفال ذوي طيف التوحد :
121	 1-4-4 مبررات بناء بطاقة ملاحظة جديدة :
121	 2-4-4 وصف خطوات بناء بطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية
123	 1-2-4-4 الخصائص السيكومترية لبطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية :....
129	 3-4-4 إعطاء الأوزان لبطاقة الملاحظة:
130	 5-4 البرنامج التدريبي في تعديل السلوك
139	 5- إجراءات تطبيق الدراسة:
139	 1-5 مرحلة القياس القبلي:
140	 2-5 مرحلة التدريب على البرنامج:

140	3-5 مرحلة القياس البعدي
140	6- الصعوبات التي واجهت الباحثة في إعداد وتطبيق البرنامج:
141	7- أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة:
141	 خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

143	- تمهيد
143	1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
144	2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
183	 خلاصة الفصل:

الفصل السادس : مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

185	تمهيد
185	1- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى
188	2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية
200	-الاستنتاج العام
201	-المقترحات
204	-قائمة المراجع
220	-قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح قائمة رصد الأداء الحسي وصعوبات التخطيط الحركي للطفل التوحيدي	30
02	يوضح ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والجديدة	50
03	يلخص الفروقات بين الفصام وإضطراب طيف التوحد	53
04	يبين أهم الفروقات بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية	53
05	يوضح جوانب التشابه والإختلاف بين إضطراب التواصل وإضطراب طيف التوحد	54
06	يوضح جوانب التشابه والإختلاف بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية	55
07	يوضح الفروقات بين التوحد وبقية إضطرابات طيف التوحد الأخرى	56
08	يمثل أمثلة توضيحية للمفاهيم الأساسية لـ(ABC)	73
09	يوضح الأسس النظرية لتعديل السلوك كما أورده جمال الخطيب	86
10	يوضح الطرائق المتبعة في تحديد السلوك المستهدف وفق نموذج كازدين	92
11	يوضح الإختلافات بين التشكيل والتسلسل	101
12	يوضح أنواع التلقين بأمثلة توضيحية	102
13	يوضح توزيع عدد الأطفال والنسبة المئوية حسب مجتمع الدراسة	116
14	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	117
15	يوضح تصنيف الأطفال وفق تطبيق مقياس (CARS-2)	120
16	يوضح الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية	123
17	يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لبعدها سلوكيات إيذاء الذات في بطاقة الملاحظة	125
18	يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لبعدها السلوكيات العدوانية على بطاقة الملاحظة	126
19	يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لبعدها السلوكيات النمطية في بطاقة الملاحظة	126
20	يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد المكونة لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية بالدرجة الكلية	127
21	يوضح قيمة معامل الثبات لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية وأبعادها بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ	128
22	يوضح قيم معاملات الثبات لبطاقة الملاحظة بتطبيق معادلة سبيرمان - براون	129

130	يوضح كيفية تصحيح عبارات بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية	23
133	يوضح طريقة العمل والأساليب والأدوات المستخدمة في البرنامج	24
136	يوضح خطوات تطبيق برنامج تعديل السلوك	25
138	يوضح خطوات تطبيق الجلسة التدريبية	26
143	يوضح متوسط الدرجات والوزن النسبي للمشكلات السلوكية	27
145	درجات الحالة الأولى على مقياس تقدير التوحد الطفولي	28
145	يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الأولى لمدة 10 أيام	29
145	يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الأولى	30
146	يوضح تسجيل تكرار سلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى قبل التدخل	31
150	يوضح تسجيل تكرار السلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى بعد التدخل	32
153	يوضح درجات الحالة الثانية على مقياس تقدير التوحد الطفولي	33
154	يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الثانية لمدة 10 أيام	34
154	يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الثانية	35
155	يوضح تسجيل تكرار سلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية قبل التدخل	36
159	يوضح تسجيل تكرار السلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية بعد التدخل	37
162	يوضح درجات الحالة الثالثة على مقياس تقدير التوحد الطفولي	38
163	يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الثالثة لمدة 10 أيام	39
163	يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الثالثة	40
164	يوضح تسجيل تكرار سلوك المشي ذهاباً وإياباً للحالة الثالثة قبل التدخل	41
168	يوضح تسجيل تكرار السلوك المشي ذهاباً وإياباً للحالة الثالثة بعد التدخل	42
171	يوضح درجات الحالة الرابعة على مقياس تقدير التوحد الطفولي	43
172	يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الرابعة لمدة 10 أيام	44
172	يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الرابعة	45
173	يوضح تسجيل تكرار السلوك التصنيف بإستمرار للحالة الرابعة قبل التدخل	46
177	يوضح تسجيل تكرار السلوك التصنيف بإستمرار للحالة الرابعة بعد التدخل	47
180	يوضح تلخيص نتائج الفرضية الثانية للقياسيين القبلي والبعدي للحالات عينة الدراسة	48

قائمة المخططات والأشكال

الرقم	عنوان المخطط	الصفحة
01	يبين أهم الفروقات بين الطبعتين (DSM-4) و (DSM-5)	22
02	يبين خصائص اضطراب طيف التوحد	24
03	يبين أهم النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بـ اضطرابات طيف التوحد	36
04	يوضح برامج التدخل العلاجية لاضطراب طيف التوحد	58
05	يوضح أبعاد تحليل السلوك التطبيقي	71
06	يبين النظريات المفسرة لتعديل السلوك	87
70	يبين المبادئ الأساسية لتعديل السلوك	89
08	يبين خطوات تعديل السلوك	95
09	يبين العوامل المؤثرة في فاعلية التعزيز	98
10	يبين أساليب تعديل السلوك لتشكيل السلوكيات المرغوبة	103
11	يبين أساليب تعديل السلوك لخفض السلوكيات غير المرغوبة	111
12	يوضح توزيع عدد الأطفال و النسبة المئوية حسب مجتمع الدراسة	116
13	يوضح عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد قبل تطبيق البرنامج	147
14	يوضح عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد بعد تطبيق البرنامج	151
15	يوضح عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب قبل تطبيق البرنامج	156
16	يوضح عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب بعد تطبيق البرنامج	160
17	يوضح عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهاباً و إياباً قبل تطبيق البرنامج	165
18	يوضح عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهاباً و إياباً بعد تطبيق البرنامج	169
19	يوضح عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار قبل تطبيق البرنامج	174
20	يوضح عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار بعد تطبيق البرنامج	178

مقدمة :

يشهد العالم في الوقت الحالي تغيرات سريعة مست كل الميادين ، مما جعل أغلب المجتمعات تولي أهمية لميدان التربية و التعليم بجميع مستوياتها و فئاتها ، باعتباره حق من حقوق الإنسان و توفير له أفضل الخدمات التربوية والتعليمية ، والحرص على بذل الجهد لبناء مجتمع متعلم والاهتمام بالعنصر البشري كثروة أساسية ودائمة .

ولقد حظي ميدان التربية الخاصة بكل فئاته باهتمام كبير من طرف الباحثين والمختصين ، وذلك لكي يتمكنوا من التكيف النفسي والاجتماعي مع من يحيطون بهم ، وتنمية قدراتهم ومهاراتهم للوصول بهم إلى أقصى قدر ممكن من الصحة النفسية ، والمشاركة في الحياة اليومية مع الأفراد العاديين ، وللوصول إلى هذا المطلب النبيل يتطلب منا تعاوننا وتضامنا وتضافر الجهود من جميع أفراد المجتمع سواء الدولة أو الجمعيات أو حتى الأفراد الناشطين في هذا المجال ، لإيجاد السبل والبرامج الكفيلة التي تساعدنا على التكيف والتقليل من معاناتهم ومشكلاتهم .

كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة عام (1971)«إلى حقوقهم، فضلا عن الإعلان العالمي لحقوق الطفل عام(1969)أكد ضرورة رعايتهم، وكذلك العديد من المنظمات الإنسانية والعالمية مثل اليونسكو واليونسيف والمنظمة العالمية للصحة والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو رعايتهم. وفي مقدمة هذه الفئات التي تحتاج إلى هذه الرعاية والاهتمام والعناية هي فئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد» .(بخش،2001، 49)(كوافحة وعبد العزيز،2005، 19) وتزامن هذا التغير السريع مع ظهور اضطراب طيف التوحد الذي يعتبر من بين أهم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تحتاج إلى مساهمات البحوث النفسية والطبية والاجتماعية من قبل المتخصصين من التربية الخاصة وعلم النفس والطب وعلم الاجتماع، في ظل إنتشاره الكبير بين أعداد الأطفال ، حيث أشار مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها "Center for Disease Control and Prevention" (2018)(CDC) أنه « يمثل التقدير الجديد الزيادة في معدل الإنتشار على الصعيد الأمريكي إلى طفل واحد من بين 59 طفلا لهذا العام (2018)، حيث كانت النسبة السابقة طفل واحد في 68 طفلا قبل عامين سابقين أي عام(2016)» .(CDCP,2018)

<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

وفي ظل الإنتشار الرهيب لمعدلات الإصابة باضطراب طيف التوحد ،أصبحت الحاجة ماسة لوجود طرق و برامج التدخل في تدريب وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتنمية مهاراتهم وتعديل سلوكهم ، وهذا بدوره أدى إلى ظهور العديد من البرامج التي تراوحت فعاليتها بين الأقل إلى الأكثر تأثير . ومن بين البرامج التي حققت نجاحا باهرا في تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب ، برامج تعديل السلوك القائمة على تحليل السلوك التطبيقي.

في هذا الصدد يؤكد "الخطيب" (2017) «أن أساليب تحليل السلوك التطبيقي المنبثقة عن علم النفس السلوكي ، من أكثر الأساليب فاعلية في تغيير السلوك الإنساني» .(الخطيب، 2017، 19)

وتعتمد برامج تعديل السلوك القائمة على تحليل السلوك التطبيقي على استراتيجيات وأساليب للتعامل مع أشكال وأنماط السلوك غير سوية ، بتغيير السلوك غير مناسب إلى سلوك مناسب ، أو على الأقل التخفيف من شدة المشكلات السلوكية التي يعاني منها الطفل وإيجاد الحلول المناسبة لها .

وفي ظل الإنتشار الكبير للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات والسلوكيات النمطية كما جاءت في أغلب الدراسات ، تسبب العديد من الصعوبات النفسية والتربوية والاجتماعية للأطفال ، وكذا العاملين على رعايتهم من أولياء أمور ومراكز خاصة . و لهذا أصبحت برامج تعديل السلوك للأطفال يمثل موضوعا هاما وأساسيا للأباء والمربين وكل العاملين معهم .

وبالتالي فإن استخدام اساليب تعديل السلوك الملائمة تعمل على تعديل وخفض المشكلات السلوكية والسلوكيات اللاتوافقية لدى الأطفال ، وتعزيز السلوكيات الإيجابية المرغوب فيها ، وإكسابهم سلوكيات تكيفية جديدة ، تساعدهم على التفاعل والإندماج الإجتماعي ، وتحقيق قدر مناسب من التوافق النفسي والاجتماعي وبالتالي الوصول إلى صحة نفسية جيدة.

ولتحقيق هذه الغايات جاءت الدراسة الحالية لتتناول موضوع أثر برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، حيث شملت الدراسة جانبين حيث خصص الجانب الأول منها إلى الدراسة النظرية ، واحتوت على الفصل الأول الخاص بتقديم الدراسة من حيث عرض لمشكلة الدراسة و تحديد تساؤلاتها تم صياغة الفرضيات ، إلى جانب ذكر أهمية الدراسة وأهدافها وتحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة وحدود الدراسة الزمانية والمكانية.

بينما إحتوى الفصل الثاني إلى جزء خاص بتحليل السلوك التطبيقي مروراً بالأسس التاريخية لتحليل السلوك التطبيقي، وبعض تعاريف مفهومه، وبعدها المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي ثم استخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، ثم برنامج لوفاس، ومبادئ وطرق التعليم في برنامج لوفاس (تحليل السلوك التطبيقي)، والتدريب من خلال المحاولات المنفصلة. لننتقل إلى الجزء الثاني الخاص بتعديل السلوك ، تناولنا فيه مفهوم تعديل السلوك ، والأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك ، والمبادئ الأساسية لتعديل السلوك ، وخطوات تعديل السلوك وبعدها أساليب و فنيات تعديل السلوك ، وخلاصة الفصل.

أما الفصل الثالث فقد شمل نشأة مصطلح التوحد، ثم مفهوم إضطراب طيف التوحد ، كما تم التطرق إلى خصائص ومشكلات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، وإلى النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بإضطراب طيف التوحد ، ثم تعرضنا لتشخيصه ، وأخيرا برامج التدخل العلاجية والتربوية لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، وخلاصة الفصل .

أما الجانب الثاني من الدراسة فقد احتوى على الدراسة الميدانية ، التي اشتملت على ثلاثة فصول حيث خصص الفصل الرابع للإجراءات المنهجية الذي تم التطرق فيه للمنهج ، والعينة ، وأدوات جمع البيانات ، والإجراءات التطبيق ، والأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة ، وخلاصة الفصل .

في حين خصص الفصل الخامس لعرض نتائج الدراسة وفقا لفرضياتها بشكل متسلسل، وتحليل البيانات المتعلقة بكل فرضية تمهيدا لمناقشتها وتفسيرها.

وأخيرا الفصل السادس الذي تم عرض فيه مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري، وصولا إلى الإستنتاج العام للدراسة والمقترحات، وفي الأخير قائمة المراجع والملاحق الخاصة بقائمة الأساتذة المحكمين، واستمارة التحكيم، وعلى المقاييس التي استخدمت في الدراسة والمعالجة الإحصائية للدراستين الإستطلاعية والأساسية.

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة

الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد

الفصل الثالث: تحليل السلوك

التطبيقي وتعديل السلوك

الفصل الأول : تقديم موضوع الدراسة

- 1- تحديد مشكلة الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3 - أهداف الدراسة
- 4 - أهمية الدراسة
- 5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
- 6- حدود الدراسة

1- عرض مشكلة الدراسة:

يعد الإهتمام بفترة ذوي الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التي تواجهها المجتمعات المتقدمة والنائية على حد سواء إذ لا يخلو مجتمع من وجود نسبة معتبرة من أفرادها، كما لم يعد الإهتمام وتربية ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عملاً إنسانياً أو تضامنياً فقط بل أصبح ضرورة وطنية وإلزاماً عالمياً في نفس الوقت .

وإضطراب طيف التوحد واحد من الفئات الخاصة التي تعتبر من الإضطرابات النمائية الأكثر غموضاً وتعتدنا لنظراً لتنوع مظاهره و تداخل أنماطه، بالرغم من وجود خصائص مشتركة لكن تفاوت القدرات والمهارات الخاصة بالأطفال، بالإضافة إلى تنوع التسميات، كل هذا يجعله أكثر تعقيداً .

فأول من أشار إلى إضطراب التوحد هو ليو كانر "Leo-Kanner" (1943) «كإضطراب يحدث في الطفولة ، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية ، والإجتراية ، والتوحدية والأوتيسية ، والإغلاق الذاتي (الإنتغال بالذات) ، والذهان الذاتوي ، وفصام الطفولة ذاتي التركيب والإغلاق الطفولي ، وذهان الطفولة لنمو (أنا) غير سوي» . (خطاب، 2005، 9)

إلا أن التعريف والتسمية الحديثة المتفق عليه هو (Autism Spectrum Disorder) واختصاراً (ASD). كما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية (DSM-5) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) أن اضطراب طيف التوحد (ASD) هو «إضطراب نمائي عصبي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، ويتمثل في قصور نوعي يظهر في ثلاث مجالات نمائية هي: التفاعل الإجتماعي، القدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي) ، وجملة من الأنماط السلوكية والإهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية» . (American Psychiatric Association, 2013, 75)

ومما يزيد من خطورة الوضع حسب "Stone & DiGeronimo" (2006) هو انتشاره السريع أكثر مما كان عليه سابقاً ، وهذا بحسب مركز المكافحة والوقاية من الأمراض " Center for Disease Control and prevention, 2007 " (CDC) «إذ أن إضطراب طيف التوحد يمثل الإعاقة السادسة التي تم تحديدها في السنوات الأخيرة جنباً إلى جنب مع الإعاقة العقلية ، وصعوبات التعلم والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية ، والإضطرابات السلوكية والإنفعالية» .

فلقد أشارت الأرقام والإحصائيات التي أجريت حول انتشار اضطراب طيف التوحد بين الأطفال في العالم وبين الطبقات الاجتماعية ، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية "World Health Organization" (WHO,2013) إلى أن تقديرات لانتشار اضطراب طيف التوحد هو طفل في كل (160) طفل ، وهذا التقدير يشير إلى التقديرات المتوسطة فهو يختلف كثيرا حسب الدراسات ، حيث أن بعض الدراسات الحديثة تشير إلى معدلات إنتشار أعلى من ذلك بكثير . أما أحدث الدراسات التي صدرت حسب الزراع(2014-2017) التي أجريت في إدارة الخدمات والمصادر الصحية (Health & Recourses Services Administration (HRSA)) ومركز ضبط الأمراض والوقاية (Center for Disease Control and prevention (CDCP)) ، ودراسة أخرى نشرها مستشفى ماساشوتس (Massachusetts General Hospital) أوضحت أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد خلال مرحلة الطفولة في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت (1 لكل 90) حالة في الأعمار ما بين (3-17) سنة. أما في (2017) فبلغت (1 لكل 68) حالة ، في حين وفي سنة 2018 فقد بلغت (1 لكل 59) حالة وهذا حسب آخر إحصائيات مركز (CDCP) . (CDC,2018)

<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

هذا على المستوى العالمي ، أما على مستوى الوطني وفي الجزائر وحسب البروفيسور "ولد طالب محمود" طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين (Pédopsychiatre) بمستشفى "دريد حسين" فإن : « متوسط 300 ولادة يتم إحصاء طفل لديه توحد مما يؤدي بنا إلى استنتاج بأن لدينا ما لا يقل عن (60000) طفل ومراهق مصاب بالتوحد في الجزائر». (Ait Khaldoun, 2016, 01) و يجمع أغلب الباحثين في آراءهم بالنسبة للفروق بين الجنسين المتعلقة بالإصابة باضطراب طيف التوحد بأنه نسبة إنتشار اضطراب طيف التوحد عند الذكور أكبر من الإناث. إذ يؤكد كل من "Wing & Gould" (1979) ودراسة "Gillberg et al" (1991) هيريت "Herbert" (1998) و"محمد على" (2005) و"سعد رياض" (2008) ، و"أيمن سالم" (2014) وأن نسبة إصابة الذكور باضطراب طيف التوحد تزداد عن الإناث و تبلغ هذه النسبة $\frac{1}{4}$ ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو إجتماعية كما أنه لا يتأثر بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لأفرادها. (مشيرة، 2014، 31) وعلى الرغم من الإنتشار والتزايد الرهيب لإضطراب طيف التوحد ، إلا أن العوامل المؤدية للإصابة ليست معروفة ومجهولة لحد الآن ، ومع ذلك أغلب الدراسات الحديثة ترجح أنها ترجع للإصابة بالاضطراب لعدة عوامل منها : العلاقة المضطربة مع الأم ، أو الإصابة في الجهاز العصبي ، أو لعوامل بيئية وإجتماعية ، وغيرها.

وفي هذا الصدد أشارت نتائج دراسة قام بها قسم التربية الخاصة في جامعة ولاية نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية تشير «إلى تصنيف نسب أسباب التوحد كما يأتي : أسباب عصبية 35.71% ، أسباب نفسية 23.68% ، أسباب جينية 19.76% ، أسباب بيئية 7.39% ، أسباب الحساسية 6.74% ، أسباب بيولوجية 6.68% ». (أسامه وهاني، 2011، 303)

ويضيف "التميمي" (2012) من العوامل الإصابية بإضطراب طيف التوحد منها: «الإصابة بالحصبة الألمانية ، أو لخلل كروموزومي ، أو لارتفاع درجة الحرارة الأم مدة طويلة أثناء فترة الحمل نتيجة لإصابتها بمرض ما أو أنها قد تنجم عن حدوث تلف في دماغ الطفل خلال فترة الحمل أو الولادة « (التميمي، 2012، 207)

لقد أجمع الباحثون على أن إضطراب طيف التوحد هو أحد الإضطرابات النمائية ، التي قد تؤثر بشكل كبير على جوانب النمو للطفل من جهة وعلى على توافقه النفسي والاجتماعي من جهة أخرى وبالتالي يعيق عملية التواصل والتفاعل مع الأشخاص في البيئة المحيطة به، هذا ما ذهب إليه " Brill (2001) بأن «أي خلل في طريقة حصول الأطفال المصابين بالتوحد على المعلومات عن طريق الحواس ينتج عنه زيادة أو نقص في تفاعل الطفل مع البيئة ». (Brill, 2001, 1)

كما وقد يعاني من تنوع بعض المشكلات والإضطرابات و الخصائص بحيث تشمل النواحي النمائية المختلفة، الاجتماعية، والمعرفية، واللغوية، والحركية، والإنفعالية وبهذا تمتد نواحي القصور إلى جوانب السلوك التكيفي بصفة عامة.

ويواجه الطفل الذي يعاني من إضطراب طيف التوحد مشكلات سلوكية التي قد تكون أحد أهم المشكلات التي تحد من قدراته على عملية التعلم و اكتساب المهارات، وقد تسبب إرجاعا للمحيطين به و حتى قد تلحق ضرر به ، هذا ما أشارت إليه "الشامي" (2004) بأن الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد يظهر نوبات إنفعالية حادة ويكون مصدر إرجاع للآخرين ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية ، عدم الإستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح ، والإحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل البصري مع الآخرين ، والخوف من تغيرات بسيطة في البيئة ، وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة ، النشاط الزائد أو الخمول ، في حين يصاب البعض بالصرع و يلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات .

من بين السلوكيات غير التكيفية لدي الطفل التوحدي مشكلات سلوكية أهمها العدوان والسلوكيات النمطية وإيذاء الذات وغيرها، تجعلها تشكل تحدياً للأخصائيين العاملين مع الأطفال ولأولياءهم وتعمل على استنزاف الوقت والجهد في عملية تدريبهم وتعليمهم وتعديل سلوكهم .

في هذا أشار "Dawn" (2008) أنهم قد يظهرون سلوكيات نمطية لإقصاء كل الأنشطة الأخرى كما قد يدخلون في سلوكيات خطيرة مثل العدوانية (Aggression) أو الأذى الذاتي. (Dawn, 2008,10) وبضيف "Al Ali" (2013) أن «هذه الأنماط السلوكية من أهم أسباب فشل أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في تعلم المهارات الضرورية للحياة ، واكتساب الخبرات الأساسية » . (Al Ali , 2013 , 10)

وتجدر الإشارة إلى وجود فروق بين الأطفال المتوحدون في الأعراض التي يظهرونها، « فقد تظهر بعض الأعراض لدى الطفل ولا تظهر لدى آخر أو قد تظهر كلها ، بالإضافة إلى الفرق في الدرجة أو الشدة التي تظهر بها تلك الأعراض من طفل إلى آخر ، ولذلك يمكن أن نفرق بين توحد بسيط ، ومتوسط ، وشديد ، فمثلا نجد السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى أحد الأطفال المتوحدين وبشكل شديد لدرجة إيذاء الذات مثل عض اليدين لدرجة النزيف ، بينما لا نجد مثل هذا السلوك لدى طفل آخر ، وقد نجده ولكن ليس بنفس الدرجة». (السيد، 2015 ، 174)

وتنتشر المشكلات السلوكية عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بأشكال مختلفة ومتفاوتة الشدة ، يتفق عليها الباحثين حسب ما جاء في الدراسات و الأبحاث منها : دراسة "الخفش" (2005) التي أوضحت أن نسبة 40 % من الأشخاص المصابين بالتوحد عندما يصلون إلى مرحلة المراهقة، فإنهم يطورون مشكلات رئيسة مثل العدوانية وإتلاف الأشياء، والأطفال الذين يتطورون في مرحلة المراهقة بشكل إيجابي قد ينتكسون بعد بلوغهم عمر (13-14) سنة في عملية التواصل الاجتماعي، ويرافق ذلك نوع من الانسحاب والنكوص، ويظهر ذلك برفضهم للآخرين، ومنهم من يفقد المهارات التواصلية الاجتماعية، وقد تظهر لديهم مشكلات في الخمول وتدمير الذات والاستمرارية بالحركات النمطية. واتفقت دراسة كل من "البواب" (2005) و "غزال" (2008) على وجود أنماط سلوكية لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد تمثلت في اهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية وهي: الإنشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي ، والرتابة والروتين مع مقاومته ، وأساليب نمطية للأداء ، والإنشغال بأجزاء من الأشياء .في حين إتفق كل من "سليمان" (2000) ، و "الجبلي" (2007) و "شاهين" (2007)، و "الجوهرة" (2007)، و "سالم" (2014) على وجود مشكلات منها السلوك العدواني و نوبات من الغضب وإيذاء للذات وللآخرين و المشكلات المتعلقة بالسلوك الروتيني.

ومع هذا التزايد الخطير لنسبة حالات التوحد و وجود مشكلات سلوكية لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد التي تعيق عملية تعلم واكتساب مهارات جديدة ، أصبح التكفل بهذه الفئة من الإحتياجات الضرورية لكل طفل وأسرته وذلك عن طريق إعداد برامج تدريبية تكفلية و علاجية لكل طفل ذوي إضطراب طيف التوحد، بإعتبار كل طفل يتصف بخصائص سلوكية وتربوية مختلفة عن الآخر تتضمن هذه البرامج نشاطات ومحتويات وأهداف عامة وخاصة يسعى المختص إلى تحقيقها معه، ومعرفة الأثر الحقيقي لأنشطتها والسعي لتطويرها وتحسين أدائها والإرتقاء بمستوى ونوعية الخدمات المقدمة لهم.

لذلك ركزت الدراسات والأبحاث على ضرورة تزويد القائمين والمهتمين بالأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد بالطرق والبرامج التدخل الفعالة في التعامل مع المشكلات وبالأخص المشكلات السلوكية ، محل الدراسة ، لذا قد تكون محاولات التدخل بالبرامج العلاجية وعلى رأسها البرامج السلوكية بتنفيذ أساليب تدريبية وتعليمية ، وسيلة للتعلم واكتساب المهارات في مختلف المجالات ، وتساعدهم على تعلم أنماط سلوكية تكيفية جديدة . في هذا الصدد يؤكد "جمال الخطيب" (2017) أن «أساليب تحليل السلوك التطبيقي المنبثقة عن علم النفس السلوكي، من أكثر الأساليب فاعلية في تغيير السلوك الإنساني». (الخطيب، 2017، 16)

فمن بين البرامج التي أثبتت فعاليتها في تحسين سلوك الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، برامج تعديل السلوك القائمة على تحليل السلوك التطبيقي. هذا ما أكدته دراسة كل من "Lovaas" (1987) ودراسة "Reed et al" (2007) ، ودراسة "Atson et al" (2009)، ودراسة "مصدر" (2015)، ودراسة "عز الدين" (2016)، ودراسة "ناصر" (2018)، على أهمية البرامج السلوكية التي تعتمد على أساليب تعديل السلوك في تنمية المهارات ، والتخفيف من أعراض التوحد و منها المشكلات السلوكية .

حيث يشير "القمش" (2010) ان « تحليل السلوك التطبيقي هو المظلة الأوسع لكل برامج تعديل السلوك وأن هناك كم هائل من البيانات والدراسات التي تبين فعالية تحليل السلوك التطبيقي في علاج بعض السلوكيات مثل مهارات العناية بالذات وتقليل سلوكيات مثل إيذاء الذات واللعب مع الاقران والتكيف المدرسي والتطور اللغوي وغيرها». (القمش، 2010، 263)

وعليه فمدخل تحليل السلوك التطبيقي بإستخدام برامج تعديل السلوك هي بمثابة العجلة التي تدفع بهم إلى تنمية المهارات و تعلم سلوكيات تكيفية ، تكسبهم قدرا مناسباً من الإستقلالية الذاتية والتفاعل الإجتماعي ، في البيئة المنزلية والإجتماعية .

وتعمل برامج التدخل و تعديل السلوك على تعديل سلوك الأطفال عامة والأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد خاصة ، سواء بإكسابهم سلوكيات جديدة مرغوبة إجتماعيا ، أو تخليصهم من سلوكيات أخرى غير مرغوبة غير مرغوبة إجتماعيا و العمل على إطفائها ، أو على الأقل الحد منها ، بإستخدام فنيات تعديل السلوك المناسبة و الفعالة لكل مشكلة سلوكية .

فلقد أثبتت الدراسات والأبحاث كذلك فاعلية برامج تعديل السلوك في التخفيف من بعض السلوكيات العدوانية وإيذاء الذات التي يصدرها الأطفال ، كالصراخ والغضب والبكاء وضرب الرأس والعض وغيرها من السلوكيات ، كدراسة كل من كيدان "Giddan" (1990) ودراسة كريدون "Creedon" (1993) ودراسة لوفاس و سميث "Lovas & Smith" (993) ، ودراسة "معمور" (1998) ، ودراسة "بخش" (2002)، ودراسة "محمد الحلي" (2012). أما الدراسات التي أثبتت فاعلية برامج تعديل السلوك في خفض السلوكيات النمطية منها ، دراسة "Reed et al" (2012) ، ودراسة "نسيب" (2013) ، ودراسة "صبري" (2016).

ولعل ما يميز تحليل السلوك التطبيقي حسب بيل "Paul" (1995) أنه « إجراء يعتمد على تحليل السلوك وفهمه والعمل على تطبيقه ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي يتم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها من الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراء ». (القمش، 2010، 262)

وبالرغم من إنتشار الإعلام الآلي في مختلف الميادين العلمية و الطبية ، إلا أن استعمال الكمبيوتر أو التكنولوجيا في المجال النفسي العيادي والتربوي يبقى جد محدود وخاصة في بلادنا الجزائر. وهذا ما أشارت إليه " لمياء بن موسى" أن (13%) فقط تستعمل هذه التقنية في يوميات التكفل والتشخيص وأن (75%) من المختصين لديهم الرغبة في إستعمال البرامج المعلوماتية في مجال عملهم . (قاري، 2015، 7) وأثناء الممارسة الميدانية مع أطفال ذوي التوحد صادفت بعض الصعوبات في عملية توثيق و حفظ وتنظيم المعلومات والملفات الخاصة بكل حالة ، وخاصة عندما يتعلق الأمر بإعداد البرامج والتكفل والمتابعة والتقييم وكيفية سير كل هذه العمليات، إضافة للإستهلاك الكبير للوقت وصعوبة الوصول والإستحفاظ بالملفات ومتابعتها وتقييمها .

فالبرنامج المعلوماتي القائم على تحليل السلوك التطبيقي لتعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد هو قاعدة بيانات يسمح بتخزين وتسيير وتسجيل ومعاينة البيانات (الشخصية ، النفسية ، الإدارية التربوية) ومتابعة البرنامج المقدم للطفل ذوي إضطراب طيف التوحد على شكل برامج وصور وفيديوهات ، تقارير ، إختبارات ، ومشاريع وأهداف للمسار النفسي التربوي خلال كل السنوات التي قضاها في مركز التأهيل.

وتم الإستعانة في الدارسة الحالية على بعض جوانب البرنامج المعلوماتي من أجل تسجيل وتنظيم وتخزين ومعاينة الملفات الخاصة بالأطفال، والتي قد تساهم في تسهيل عملية تقييم الأطفال في المراكز الخاصة والجمعيات ، بطريقة تواكب التقدم والثورة الحاصلة في مجال التكنولوجيا ، دون اللجوء للطرق التقليدية في الحصول على البيانات أو الرجوع إلى الملفات القديمة ، هذا التطبيق يمكن استخدامه من أي جهاز حاسوب ، يمكن أن يستفيد منه المراكز الخاصة والجمعيات التي تتكفل بأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة عامة ، وأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد خاصة ، والتي يفترض أن تكون طريقة ناجعة مقارنة بالطرق الكلاسيكية في حفظ وتنظيم ومعاينة البيانات والملفات الخاصة بأطفال المراكز الخاصة. وهذا ما سنبيّنه في دراستنا الحالية.

إن مع ظهور هذه المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد منها العدوانية وسلوك إيذاء الذات والسلوكيات النمطية ، التي تشكل تحديا للمتعاملين معهم في مجال التربية الخاصة وحتى الأسر ، وتعمل على استنزاف الكثير من الوقت والجهد الذي يبذل في عملية التكفل والتدريب والتعلم ، وتعديل سلوكيات غير تكيفية ، كما أن هذه المشكلات قد تعيق تطور قدراتهم على الأداء الجيد والفعال ، وقد تسبب خطر على أنفسهم وعلى أسرهم وعلى المربين والمختصين الذين يتعاملون معهم .

ولقلة وجود برامج متخصصة كافية وفعالة لتعديل سلوكهم من المشكلات السلوكية عندهم ، جعل من الباحثة القيام بهذه الدراسة للتعرف على أثر البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، خدمة للأطفال ولكي يستفيد أولياء الأمور والمؤسسات التربوية الخاصة في التعرف على البرامج وكيفية تطبيقها .

ووفقا لما سبق عرضه، فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحد من خلال التساؤل التالي:

هل للبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي فاعلية في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؟

إنبثقت عنه تساؤلين كانت صياغتهما بالشكل الآتي:

- ما هي المشكلات السلوكية الأكثر انتشارا لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة ؟
- هل توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة؟

2- فرضيات الدراسة :

ولمعالجة تساؤلات الدراسة جاءت صياغة الفرضيات بالشكل التالي :

1-2 الفرضية الأولى:

نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بنسب متفاوتة.

2-2 الفرضية الثانية:

توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة تعزي لبرنامج تعديل السلوك.

3_ أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة في محاولة الإجابة على تساؤلات الدراسة وهي كالتالي:

- بناء البرنامج التدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، و معرفة أثره .
- الكشف عن المشكلات السلوكية الموجودة لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المتواجدين في المراكز الخاصة بمدينة ورقلة
- معرفة وجود أم عدم وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة تعزي لبرنامج تعديل السلوك.

4_ أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة الحالية كونها تمس مجال مهم في الدراسات النفسية وهو مجال التربية الخاصة وخصوصا الموجه لفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذا الأخير يتميز ببعض الخصائص من بينها المشكلات السلوكية والتي تناولتها الدراسة الحالية، والتي بدورها تعيق العملية التكيفية للطفل وعليه البحث عن أفضل برامج تعديل السلوك المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، للتخفيف من المشكلات السلوكية و تعلم المهارات اللازمة للإندماج الإجتماعي و الحياتي مستقبلا .

من هنا تتضح أهمية إجراء الدراسة الحالية في الاعتبار النظرية والتطبيقية على النحو التالي :

أولا: الأهمية العلمية:

- تسعى الدراسة الحالية في المساهمة في إثراء جانب مهم من الدراسات النفسية والتربوية وهو معرفة تأثير البرنامج التدريبي على سلوكيات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- أن الموضوع يدخل ضمن البحوث في علم النفس والتربية الخاصة الذي يهتم بتنمية المهارات الحياتية التكيفية، والتي تعد الدعامة الأساسية للصحة النفسية للأطفال وتحقيق السلوك التوافقي في المواقف الحياتية له.

- بالرغم من إنتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد التي تعيق عملية التعلم و اكتساب المهارات الحياتية، إلا أنه مازال هناك نقص في مثل هذه الدراسة -حسب علم الباحثة- في الدراسات التي تناولت المشكلات السلوكية والبرامج السلوكية التي تخفف من تلك المشكلات، وخاصة على المستوى المحلي أو الجهوي حسب إطلاعنا على فهارس المكتبات .

- ونتبع كذلك أهمية هذه الدراسة كونها تنقضي أثر برنامج تدريبي في التخفيف من المشكلات السلوكية المنتشرة لدى الأطفال، باستخدام أساليب تعديل السلوك، بإعتبار أن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أكثر الفئات التي تحتاج لبرامج تدخل لما تعانيه من مشكلات متنوعة أهمها المشكلات السلوكية .

- كما تعتبر الدراسة هامة نظرا للإنتشار الرهيب والأعداد المتزايدة للأطفال المصابين بالاضطراب تتراوح شدتهم من البسيط إلى الحاد.

ثانيا : الأهمية العملية :

-قد يساهم نتائج هذا البحث في التخفيف من المشكلات السلوكية وتعديل سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبالتالي تدريبهم على إكتساب مهارات تكيفية وذلك من خلال تصميم برامج تدريبية تستند على تحليل السلوك التطبيقي، تهدف إلى تعديل السلوك وتنمية المهارات، بإعتبار أن الأطفال لديهم قصور في بعض المهارات .

- تمهد لدراسات مستقبلية للتعرف أكثر على العوامل المؤدية لظهور المشكلات السلوكية ، و أهمية البرامج السلوكية في التخفيف من حدة المشكلات التي تظهر لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- قد تفيد نتائج هذه الدراسة الجمعيات والمؤسسات والمراكز الخاصة المهتمة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، من البرنامج الذي أعدته الباحثة يعد منها لتعديل سلوك الأطفال ، وذلك بالتعاون مع اسر الأطفال.

5- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

5-1 البرنامج التدريبي: هو مجموعة من الإجراءات المنظمةة والمخططة والمتربطة بناء على أهداف واضحة مسطرة في الدراسة ، يتضمن تعديل السلوكيات الناتجة عن المشكلات السلوكية لدى . أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمراكز مدينة ورقلة في الموسم الدراسي (2017-2018)، وأعدته الباحثة على شكل جلسات تدريبية مستمدة من مبادئ العلاج السلوكي وقائمة على منهج لوفاس في تحليل السلوك التطبيقي لتأهيل أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خلال فترة زمنية محددة .

5-2 تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis واختصارا له (ABA):

في الدراسة الحالية يعرف تحليل السلوك التطبيقي إجرائيا على أنه تدخل سلوكي يقوم على أساس ملاحظة ومتابعة ووصف وتحليل سلوك المشكل لدى طفل ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة ورقلة (عينة الدراسة)، ومن تم التدريب المكثف على تعديل السلوك المشكل مع التكرار للوصول إلى درجة إكتساب السلوك الجديد المرغوب وإخفاء السلوك غير المرغوب لما يضمن لنا الإستمرارية وتعميم السلوك الجديد والإحتفاظ به .

5-3 تعديل السلوك :

في الدراسة الحالية يعرف تعديل السلوك بأنه نموذج من طرق العلاج السلوكي يقوم على أساس مجموعة من الفنيات والإجراءات السلوكية المختلفة القائمة على تحليل السلوك المشكل للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد (عينة الدراسة)، وتعزيز السلوك الإيجابي ، وإخفاء السلوك السلبي ، وملاحظة التغيرات التي تطرأ ، مع مراعاة تهيئة البيئة المحيطة في السنة الدراسية (2017-2018).

5 4 اضطراب طيف التوحد :

➤ في الدراسة الحالية تم تبني التعريف كما جاء في المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية (DSM-5) الذي يعرف اضطراب طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي عصبي يشتمل على المحكات التالية :

- قصور في التواصل و التفاعل الإجتماعي
- وجود أنماط سلوكية وأنشطة محدودة و تكرارية و نمطية
- ظهور هذه الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة قبل 8 سنوات .

5 5 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: هم جميع الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم حالات ذوي اضطراب طيف التوحد من الدرجة الشديدة وفق مقياس كارز 2 (CARS-2)، ومسجلين في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا و تتراوح أعمارهم بين (7-12) سنوات .

6-حدود الدراسة:

- 7- 1الحدود الزمانية: أجريت الدراسة خلال السنة الدراسية 2018/2017 .
- 7- 2الحدود المكانية: أجريت الدراسة في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا-1 بورقلة.
- 7- 3الحدود البشرية : تمثلت عينة الدراسة في بعض أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والتي تتراوح أعمارهم بين (7-12) سنوات .

الفصل الثاني: إضطراب طيف التوحد

- تمهيد

- 1- نشأة مصطلح التوحد.
- 2- مفهوم إضطراب طيف التوحد.
- 3- خصائص الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.
- 4- النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بإضطراب طيف التوحد.
- 5- تشخيص إضطراب طيف التوحد.
- 6- برامج التدخل العلاجية والتربوية لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر إضطراب طيف التوحد من الإضطرابات النمائية التي تظهر عن الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويؤثر على الجوانب النمائية له . حيث يتضمن هذا الفصل أبرز الجوانب النظرية بالتفصيل لإضطراب طيف التوحد، بدء بنشأة مصطلح التوحد، ثم تعاريف إضطراب طيف التوحد، وبعدها خصائصه ثم النظريات المفسرة للعوامل الإصابية به، يليها تشخيصه، وأخيرا برامج التدخل العلاجية والتربوية للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، وفيما يلي شرح مفصل لكل عنصر على حد .

1-نشأة مصطلح التوحد:

إن مصطلح التوحد حديث نسبيا تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسيين ويعتقد أن أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجن بلولر "Eugen Bleuler" عام (1911) حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الإجتماعية . (الكيكي، 2011، 81)

غير أن الفضل الأكبر في التعرف واستخدام مصطلح التوحد يعود للطبيب النفسي الأمريكي "ليو كانر" Leo Kanner عام (1943) في بالتيمور في الولايات المتحدة الأمريكية ، إذ نشر تقريراً عن التوحد بعنوان ، إضطرابات التوحد في مجال التواصل الإنفعالي ، كان ذلك من خلال وصفه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي البالغ عددهم (11) طفلاً، منهم (09) ذكور، و (02) إناث. (الزراع، 2017، 20) .

حيث وجد كانر "Kanner" بأن هذه الفئة من الأطفال تعاني من مشكلات عديدة منذ الطفولة المبكرة تتمثل في قصور واضح في التواصل اللفظي كظهور الصدى الصوتي وعكس الضمائر ، وردود فعل غير عادية للبيئة تشمل الإصرار على التشابه ومقاومة التغيير الذي يحدث في بيئتهم ، إضافة إلى ظهور حركات نمطية . (Kiln , Ami , 2006)

وفي عام (1944) قام الطبيب النمساوي "هانز أسبرجر" Hans Asperger في أطروحته في مرحلة الدكتوراه بدراسة خصائص (04) أطفال تراوحت أعمارهم بين (6-11) سنة، ذكر فيها عددا من الخصائص لعينة بحثه تمثلت في :القصور في المهارات الإجتماعية بشكل شديد ، ونماذج من التفاعل الإجتماعي غير السوي، والقصور في التواصل البصري "غير اللفظي"، والمهارات اللغوية الجيدة، لكنها تتسم بالإستخدام غير الصحيح ، والمهارات الإدراكية العالية ، والقوة في الذاكرة ، والتمسك الإستبدادي بالأشياء والأعمال والإرتباط الشديد بالأعمال الروتينية ، بالإضافة إلى القصور في إتقان المهارات الحركية ، والمشي غير الطبيعي ، وأطلق هانز أسبرجر عليها مصطلح التوحد الطفولي (Infantile Autism) بالرغم من عدم إطلاعه على دراسة كانر "Kanner". (الزراع، 2017، 22)

لقد أطلق على هذا الإضطراب عبر التاريخ العديد من التسميات مثل توحد الطفولة المبكرة (Early Childhood Autism)، وفصام الطفولة (Childhood Schizophrenic)، والنمو غير السوي الشاذ (Atypical Ego Development)، وشهد منتصف الستينيات من القرن الماضي نشاطاً أكد وجود اضطراب بيولوجي عصبي لدى الأفراد التوحديين، أما في عام (1980) صنف التوحد بأنه إعاقة انفعالية شديدة، وذلك لتعدد النظريات حول التوحد وأسبابه، ولا ارتباطه بالمرض العقلي، إلا أنه أعيد تصنيفه من قبل جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين بأنه اضطراب شامل في النمو بدلاً من اعتباره إعاقة انفعالية. (أبو شعيب والبطاينة، 2011، 504)

ومنذ الوقت الذي وصفت فيه الرابطة الأمريكية لأطباء النفسيين، اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للإضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث و الثالث المعدل للإضطرابات العقلية (DSM-III R, 1980) وذلك في عامي (1980 و 1987) على التوالي معتبرة على أن إضطراب التوحد هو اضطراب نمائي لم يعد ينظر إليه على أنه ذهان طفولي كما كان سائد بتلك الفترة. (غانم، 2013، 31) وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-IV) موسعة مفهوم الإضطرابات النمائية الشاملة تجاوباً لإعتراض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة الذي لا يساعد في تقديم اقتراحات علاجية، حيث يضم تحت مظلة الإضطرابات النمائية الشاملة الإضطرابات التالية: إضطراب التوحد (Autism Disorder) ومتلازمة اسبرجر (Asperger's Syndrome) ومتلازمة ريت (Rett's Syndrome) واضطراب الإنتكاس أو الإنحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder-CDD)، وأخيراً الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified) (PDD-NOS) الذي يطلق عليه البعض التوحد غير النمطي (Atypical Autism).

أما الطبعة الرابعة المنقحة من الدليل التشخيصي للإضطرابات العقلية (DSM-IV -TR) عام (2000) تم تصنيفه أيضاً كما ورد في الدليل الرابع السابق. (الزراع، 2017، 27)

وفي ربيع عام (2013) تم اعتبار اضطراب التوحد في الدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية (DSM-V) بأنه أحد أشكال اضطراب طيف التوحد، والذي يضم إضافة للتوحد اضطراب اسبرجر واضطراب الطفولة التفككي واضطراب نمائي شامل غير محدد، وتم اعتبار اضطراب التوحد على أنه اضطراب في النمو العصبي. (American Psychiatric Association, 2013, 11)

من خلال ما تم عرضه عن تاريخ نشأة مصطلح التوحد الذي يتداوله بتنوع الكثير من الباحثين والمختصين في مجال التربية الخاصة ،لم يتمكنوا من الوصول إلى إتفاق جامع حول المصطلح ، وذلك حسب المرجعية النظرية لكل باحث ،ونظرا للتاريخ والإستخدام المتنوعين لمصطلح التوحد ،بإعتباره الأكثر إستخداما وشيوعا بين الباحثين ، وعليه سنسرد بعض التعاريف الخاصة بالتوحد ،والتعاريف الخاصة بتسمية إضطراب طيف التوحد الذي سنتبناه في كامل الدراسة ، هذا ما نتطرق له في العنصر الموالي .

2- مفهوم إضطراب طيف التوحد :

شهد مصطلح التوحد تطورا متسارعا واهتماما واسع من طرف الباحثين والمهتمين في مجال التربية الخاصة ، مما أدى إلى ظهور مسميات مختلفة للمصطلح ، فعلى الرغم من أنه موحد باللغة الأجنبية إلا أنه ترجم لمسميات مختلفة باللغة العربية حيث :اتفق في كتاباتهم حول مصطلح الذاتية كل من "عكاشة " (1992) ، و"جابر وكفافي " (1988)، و"الشخص والدماطي " (1992)، و"طه فرج " (2009)،بينما مصطلح الإجتزائية أورده كل من "جابر وكفافي " (1988)،"الشخص والدماطي" (1992)، و"سيسالم كمال" (2002)، في حين إنفرد "الأشوال وعز الدين " (1987) في موسوعة التربية الخاصة بمصطلح الإنشغال بالذات أو الأنانيّة.

ويسمي حسب التصنيف الأمريكي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR) وحسب التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) باسم الإضطراب التوحيدي (Autism Disorder). بينما قدمت لورنا وبنج " Wing (1997) مصطلح طيف التوحد. (هارون ، 2014 ، 8)

إلا أن هناك شبه اجتماع بين الباحثين والمختصين في العالم العربي في الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح التوحد، إذ أن تعدد التسميات قد يؤدي إلى التداخل وإساءة الفهم في بعض الأحيان.(الجارحي، 2005 ، 17).

2-1 تعريف التوحد:

* لغة : التوحد (Autism) مصطلح مشتق من كلمة يونانية "Aut" تعني النفس أو الذات و كلمة "Is" تعني الإنغلاق . (Roeyers .1995,161)

وهكذا فان مصطلح (Autism) تعني الإنغلاق على الذات أو النفس .

ولذلك سوف تلتزم الباحثة في كامل الدراسة الحالية باستخدام مصطلح طيف التوحد ، وفيما يلي نورد بعض التعريفات التي تناولت مفهوم التوحد وإضطراب طيف التوحد.

يعرف كانر "Kanner" (1943) التوحد بأنه: « عبارة عن إضطراب ينشأ منذ الولادة و يؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى استخدامات اللغة ، ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير ، والقدرات الإدراكية العالية والمظاهر الجسمية الطبيعية، والحساسية اتجاه المثيرات الخارجية ». (Kanner: 1934, 223)

(Lovaas:1987, 03)

أما "سميث" Smith (1975) فعرف التوحد الطفولي بأنهم «أولئك الأطفال الذين يعانون من الإنسحاب الشديد من المجتمع، وفقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، التردد المتكرر للكلمات مقاومة التغيير، الإعادة المتكررة للأفعال والحركات ونطق الكلمات».

(Cohen, 1981, 327-328)

كما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America) (ASA) في تعريفها للتوحد بأنه: «إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة و تظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، و يؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية (CIS):

Verbal and non-Verbal Communication الإتصال اللفظي وغير لفظي

Social Interaction التفاعل الإجتماعي

Sensory Development التطور الحسي

بالإضافة إلى هذا الثلاث ، تعتبر النماذج السلوكية المتكررة خاصة ملحوظة لديهم» . (صالح والخالدة، 2010، 21)

وتضيف منظمة الصحة العالمية "WHO" بأنه: «هو إضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي، وعجز في اللعب، وفي التواصل الإجتماعي» . (شبيب، 2008، 17)

أما القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (Individuals with Disabilities Education Act) (IDEA) فيعرف التوحد على أنه: إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر ويؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي. (بن صديق، 2007، 6)

أما "Gion.R & Mayers" (2004) فيعرفه على أنه أهم الاضطرابات العميقة في الطفولة والتي تؤثر على أسلوبه في التعلم والاكتساب». (Gion.R & Mayers, 2004, 07)

من الملاحظ أن هذا التعريف إقتصر على ظهوره في مرحلة الطفولة وأنه يؤثر على عملي التعلم والاكتساب ولم يظهر الأعراض أو المظاهر الأساسية للإضطراب.

ومن جهة أخرى يشير "Dunlap & Koegel" الطفل التوحدي : هم أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة و تظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك الغير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات الآتية :

- الافتقار إلى اللغة المناسبة .
- العجز الشديد في الحواس .
- الافتقار إلى السلوك الاجتماعي الملائم .
- اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي .
- أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر .
- انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء . (مجيد، 2010، 24-25)

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-2000, IV-TR): إضطراب التوحد يشتمل تعريفه على ثلاث محكات رئيسية هي: « قصور في التفاعل الإجتماعي و في التواصل اللفظي و غير اللفظي و وجود سلوك نمطي متكرر مع ذخيرة محدودة من النشاطات ، ظهور هذه الأعراض قبل سن الثالثة لدى الطفل ، لا يرجع الإضطراب على متلازمة ريت أو اضطراب الإنتكاس الطفولي». (American Psychiatric Associaton, 2000, 85). هذه التعاريف الخاصة بإضطراب التوحد التي يلاحظ فيها تباين في بعض الجوانب و تشابه واتفاق كبير في بعض الخصائص والمظاهر التي يظهر عليها التوحد وهذه الخصائص مشتركة بين التعاريف تتمثل في:

- عجز في التفاعل الإجتماعي

- عجز أو ضعف في التواصل بشقيه اللفظي و غير اللفظي

- سلوكيات نمطية تكرارية استحواذية.

2-2 مفهوم إضطراب طيف التوحد :

أما في عام (2013) فتغير مصطلح التوحد إلى مصطلح حديث ومتفق عليه هو إضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) واختصارا (ASD)، كما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5)، الذي يستخدم للإشارة إلى خمسة إضطرابات متشابهة وهي: التوحد، متلازمة أسبرجر، متلازمة رت، إضطراب الطفولة التفككي، إضطراب النمو الشامل غير المحدد.

ويقصد بمصطلح "الطيف" تشابه الخصائص ولكن تباين شديد في المهارات التي يتم إظهارها، قد تكون قدرات الأطفال في كل مجال من مجالات النمو أدنى من المتوسط، أو أعلى في ثلاثة مجالات من النمو هي: التواصل، والمهارات الإجتماعية، ومدى الإهتمامات. (الخطيب، 2013، 280)

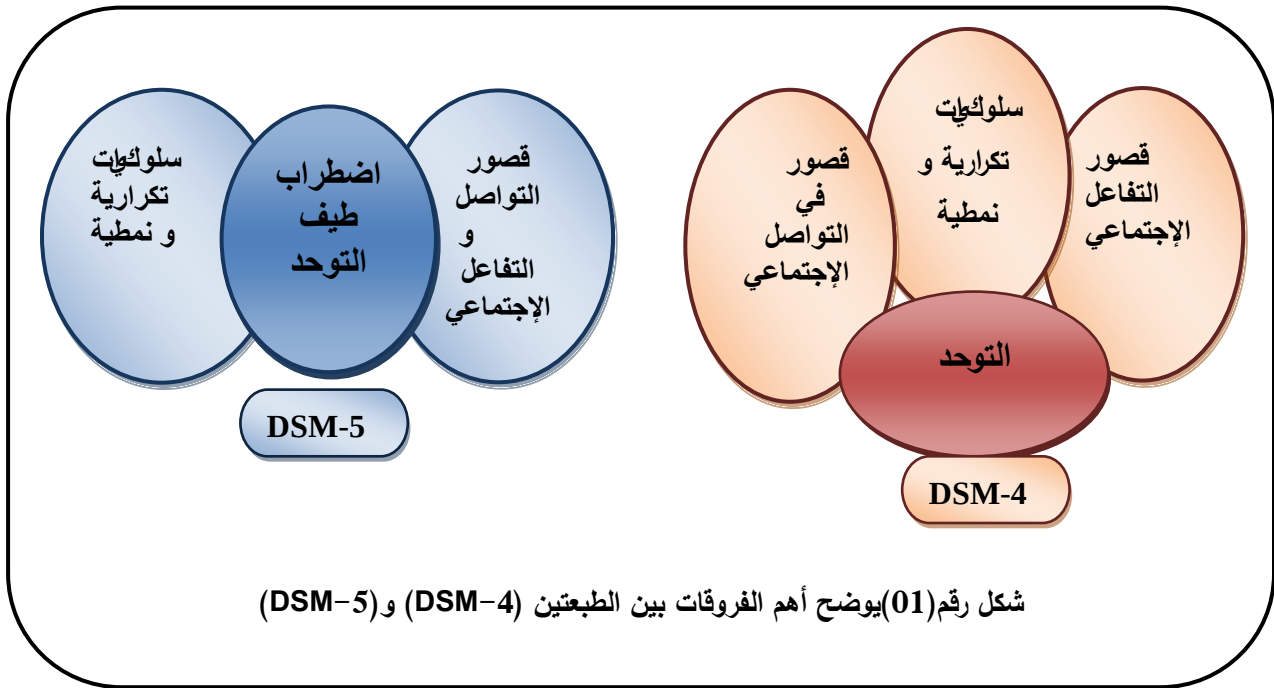
فقد أشير في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM-5) إلى إضطراب طيف التوحد على أنه

- 5) إلى إضطراب طيف التوحد على أنه تمثل في : 1- قصور (عجز) دائم في التواصل والتفاعل الإجتماعيين اللذين يظهران في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد سواء أكان ذلك القصور معبرا عنه حاليا، أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد، 2- أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية سواء كانت السلوكيات معبر عنها حاليا، أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد، 3- وجود ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز المطالب الإجتماعية مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل النمو المتأخرة. (American Psychiatric Associaton, 2013,p 3)

وتعرفه منظمة الصحة العالمية "WHO" (2013) على أن إضطراب طيف التوحد عبارة عن مجموعة من إضطرابات نمو الدماغ المعقدة، حيث يندرج ضمن هذا المصطلح، التوحد، إضطراب اسبرجر ، وإضطراب التفكك الطفولي . (WHO, 2013, 6)

أما "الجلادة" (2016) فتعرفه على أنه إعاقه نمائية تطورية تظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره وتترك تأثيرات كبيرة على مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وعلى مهارات التفاعل الإجتماعي أيضا كما يتصف بأنماط سلوكية نمطية تكرارية ، وبمقاومة التغييرات في البيئة أو في الأنشطة اليومية الروتينية وفي إستجابات غير مألوفة للخبرات الحسية . (الجلادة ، 2016 ، 271-272)

ولتوضيح أكثر أهم الفروقات بين الطبعتين (DSM-4) و (DSM-5) نبينه وفق الشكل الموالي كما سنتناوله بالتفصيل في عنصر التشخيص والمعايير التشخيصية لإضطراب طيف التوحد .

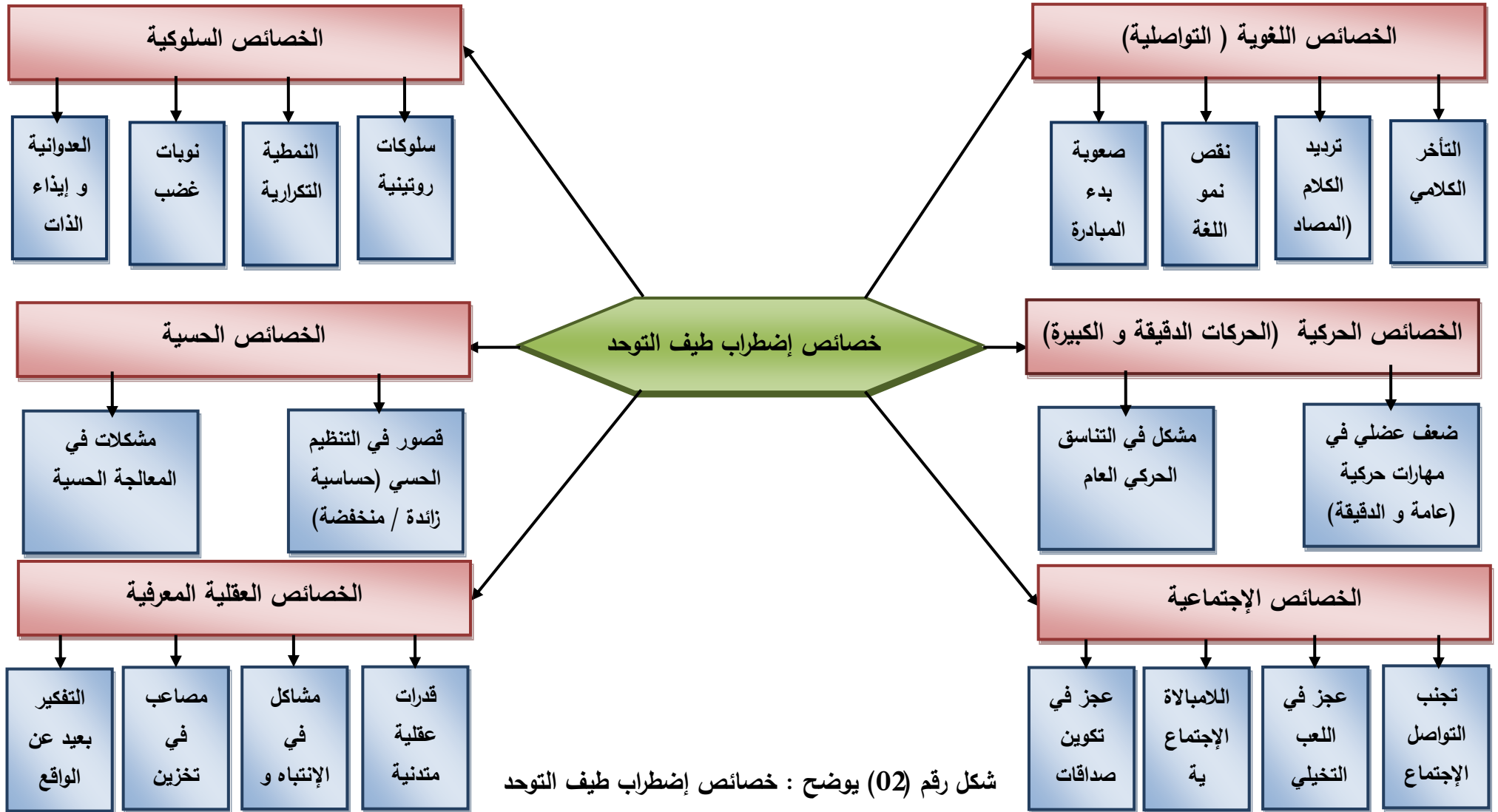


من خلال العرض السابق الخاص بتعريف طيف التوحد ، يمكن أن نستخلص تعريفا له يتمثل في أن لإضطراب طيف التوحد : هو إحدى الإضطرابات النمائية الشاملة التي تتميز بقصور أو عجز واضح في القدرة على التواصل (اللفظي وغير اللفظي) والتفاعل الإجتماعي والقصور في الجوانب المعرفية ، كما تتسم بمجموعة من الأنشطة والإهتمامات السلوكية النمطية المحدودة ، ويظهر هذا الإضطراب قبل سن الثالثة من عمر الطفل .

يتضح مما سبق أن هناك عدة تعريفات لطيف التوحد ناجمة عن تعدد الإتجاهات والنظريات التي حاولت تفسير هذا الإضطراب ، إلا أن أغلب التعريفات اتفقت على أنه إحدى الإضطرابات النمائية الشاملة ويظهر خلال السنوات الأولى من العمر ، ويصاحبه إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي، وإعاقة في عملية التواصل وعدم القدرة على اللعب التخيلي ووجود أنماط سلوكية نمطية وتكرارية وأنشطة واهتمامات محدودة . كما يختلف الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد فيما بينهم من حيث شدة السلوكيات والمهارات والخصائص والمشكلات التي يمتازون بها . هذا ما سنعرفه في العنصر الموالي.

3- خصائص الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد:

يتميز الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ببعض الخصائص الأساسية تميزهم عن باقي الأطفال العاديين ، بالإضافة إلى المشكلات التي تعيقهم عن التكيف والإندماج الإجتماعي ، فيما يلي نورد أهم الخصائص ومشكلاته وفق الشكل التالي :



3-1 الخصائص اللغوية (التواصلية):

- يؤكد "محمود والعدروس" وآخرون (2015) أن الأطفال ذوي إضطراب التوحد لديهم قصور واضح في التواصل سواء كان تواصل لغوي ، أو تواصل بصري ، أو تواصل سمعي، فعلى سبيل المثال تتمثل مشكلات اللغة لدى الأطفال ذوي إضطراب التوحد في التأخر الكلامي ،و نقص نمو اللغة و إذا كان يوجد لغة فتكون إستخدامها بشكل مفرط للحساسية ، والترديد لما يقوله الآخرون، و تكون على وتيرة واحدة ،و بدون تنغيم ، والفشل في بدء المحادثة مع أي شخص .(محمود وآخرون، 2015، 26)
- وتتلخص المشكلات التي ترتبط بالمهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي لإضطراب طيف التوحد فيما يلي :
- استخدام كلمات خاصة بهم فقط و لا يفهمها سواهم ، كاستخدام كلمة أزرق للدلالة على شيء ما كالصحن مثلا .(عبد الله ، 2001، 18)(الزريقات، 2004، 178)
 - عدم تطور الكلام بشكل كلي والإستعاضة بالإشارة أحيانا ، إذ يذكر كوينغ "Koenig" (2001) أنه نحو (50%) من الأفراد التوحديين إذا لم يكن أكثر من ذلك هم غير الناطقين ، ويضيف "سكويرمان وفيرر" Webber Scheuermann (2002) بأن «معظم الأطفال الذين يعانون من إضطراب طيف التوحد تعوزهم النية للتواصل ، ويعتقد البعض أن (50%) من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اللغة على الإطلاق». (الزراع، 2017، 63)
 - مشكلة التسمية أي اللغة الرمزية تغيب كلياً أو تكون شاذة بدرجة عالية ، ويظهر ذلك في عدم قدرة هؤلاء الأطفال على تسمية الأشياء أو اللعب بطريقة رمزية. (سهي، 2002، 84)
 - قلة إستخدام كلمات أو أفعال تدل على وظائف عقلية مثل "يتذكر " أو كلمات تدل على قضايا عقلية مثل "يعتقد ، يظن ". (Tager, 1992, 14)
 - ظهور صعوبة متعلقة بالقدرة على المبادرة بالحديث ، والإستمرار فيه ، أو صعوبات متعلقة بأخذ الدور أثناء الحديث بإختلاف الأشخاص من حوله ، والإكتفاء في الغالب بالإجابة عن أسئلة الآخرين . (Whaley, 2002, 153)
 - صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل: "على ، في وغيرها. (الزراع، 2017، 64). كما أنهم يعكسون ويخلطون الضمائر أنا ، أنت ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلا أن يستخدم أنا ،حيث يشير "Fay" (1980) أن هؤلاء الأطفال في الواقع لا يعكسون الضمائر ولكنهم ببساطة يرددون ما سمعوه. (سهي، 2002، 84)

- صعوبة فهم وإدراك المثيرات غير اللغوية (الإشارات والحركات اليدوية وتعابير الوجه) (الزراع، 11، 2003)
 - ترديد الكلام (الحديث) أو ما يسمى "المصاداة" Echolalia وهي صفة مشتركة للغة عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، وهي صفة غالبا ما تكون معوقة للتواصل لهؤلاء الأطفال مع الأطفال الآخرين ، وغالبا ما تظهر تلك الإضطرابات عندما يكون الأطفال تحت ضغط معين أو تشويق أوفي مواقف عالية التناقض. (الجلامدة، 288، 2016)
 - شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة، حيث أشارت بعض الدراسات أن أصواتهم تبدو ميكانيكية، جوفاء وفارغة و بلهاء ومهزوزة ، وأيضا أشارت بعض الدراسات أن هؤلاء الأطفال ينتبعون التتابع الطبيعي للنمو بالنسبة لصدور الأصوات لديهم ولكن بطريقة متأخرة. (سهى، 2002، 85)
 - صعوبة الإنتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديه ، ويكون إنتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لديه . (الزراع ، 2017، ص64)
- من خلال ما تم عرضه عن أهم الخصائص المشكلات التي تخص المهارات اللغوية أن اللغة هي وسيلة إتصال وتواصل مع الآخرين ، وأن أغلب الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يعانون من تشوهات في اللغة سواء كانت المنطوقة أو التعبيرية أوغير اللفظية ، والصعوبة أو العجز المشكلات السابقة الذكر من (فهم ، وانتباه وتعبير وتسمية وتقليد) ، هي من أهم المهارات التي تشكل الإتصال اللغوي مع المحيطين به لدى لاد من تنميتها وتطويرها .
- ### 3-2 الخصائص الحركية :
- تشير "الشامي ب" (2004) إلى أن الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لا توجد لديهم مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة) ، إلا أنهم يمكن القول أن مراحل تطوهم الحركي تتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العاديين ، فمثلا يتعلمون المشي تم الحبو ، كما يميل بعض الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد إلى المشي على أصابع أقدامهم .
- بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد " Autism Sociaty of America " (2006) إلى دراسة أجراها "جيم آدمز" وجدت أن (30%) من أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية ، العامة والمهارات الدقيقة ، حيث وجدت تلك الدراسة إن هؤلاء الأطفال يميلون إلى إمتلاك مستويات منخفضة من البوتاسيوم وإن تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسيوم ، وتحسين المهارات الحركية لديهم .

وفي دراسة أجراها "منغ و بريماكامبا و وجر" (Ming , Brimacamba & Wager) (2007) هدفت إلى معرفة نسبة إنتشار المشكلات الحركية لدى (154) طفلا من ذوي إضطرابات طيف التوحد (ASD) وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشكلات حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل: التأخر الحركي، والمشي على أطراف الأصابع، وظهور مشكلات في التناسق الحركي العام وصعوبة في حركة كاحل القدمين ، كما أشارت النتائج إلى أن (19%) منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع ، بينما المشكلات مثل صعوبة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث ، وأظهر (0.9%) من أطفال الدراسة تأخرا حركيا . (المقابلة، 2016، 30)

3-3 الخصائص الإجتماعية :

يشير "بيومي" (2008) في دراسته إلى أن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات إجتماعية مع غيره ولا يرغب في صحبة الآخرين ، أو تلقى الحب والعطف منهم ، كما أنه لا يستجيب لإنفعالات الوالدين ، أو مبادلتهم نفس المشاعر ، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته ، و يظل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الإهتمام به. (بيومي، 2008، 16)

كما يعاني الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من مشكلات في التفاعل الإجتماعي (أستقبال المعلومات المعرفية والإنفعالية وإيصالها للآخرين ، من خلال تعابير الوجه و الجسم و نغمة الصوت). وفي هذا الصدد يتفق كل من (Benton , Womer, 2012, 23) و (الخطيب، 2013 ، 318) و (الجلامة، 2016 ، 314-317) في أهم السمات والمشكلات الإجتماعية لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد نلخصها في النقاط التالية :

- عدم التواصل الإجتماعي أي يتجنب التواصل مع الآخرين
- مشكلات في اللعب حيث يفتقدون إلى اللعب الرمزي و التخيل و الإبداع ، و محدودية الألعاب
- صعوبة في فهم مشاعر الآخرين أي صعوبة في فهم و تفسير تعبيرات الآخرين و إيماءاتهم ونبرات صوته والحركات الجسمية ، ولديهم عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين ، وصعوبة في التعبير عن مشاعرهم .
- عدم القدرة في تكوين صداقات والإحتفاظ بها بسبب الإنسحاب الإجتماعي ، وعدم قدرتهم على فهم المثيرات الإجتماعية التي تصدر عن الآخرين وكيفية الإستجابة لها ، وعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد الإجتماعية السائدة .
- العزلة الإجتماعية و تعتبر من أهم الأعراض الجوهرية للتوحد، حيث تنقص لديهم القدرة على تكوين صداقات مع الأفراد الآخرين المألوفين لديه ، ويفضل أن يكون بعيدا و وحيدا مما يجعله يتجنب المواجهة بالنظر و التحديق بالعينين في الأشياء الأخرى.

هذه أبرز المشكلات التي تعاني منها الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد في المجال الإجتماعي ، إذ يعتبر التفاعل الإجتماعي من أهم المؤشرات و الدلالات التي يتم من خلالها تشخيص إضطراب طيف التوحد، كما سبقنا وعرضناه في عنصر المعايير التشخيصية .

3-4 الخصائص العقلية والمعرفية:

تذكر "الجلامة" (2016) أن الإدراك والتفكير والانتباه والذاكرة واللغة والتخيل ، من أهم الوظائف المعرفية التي في حال تعرضها لضرر ، فإنها تؤثر على مجالات أخرى لدى الطفل ، فالأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يعانون من قصور في الوظائف المعرفية.

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن «أكثر من (70%) من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لديهم قدرات عقلية متدنية ، تصل أحيانا إلى حدود الإعاقة العقلية ، وتصل في أحيانا أخرى إلى الإعاقة العقلية المتوسطة و الشديدة ، وأن حوالي (10%) منهم يظهرون قدرات مرتفعة في جوانب محددة مثل: الذاكرة والحساب، والموسيقى، والفن، أو قد يظهرون قدرات قرآنية آلية مبكرة بدون إستيعاب». (الخطيب، 2013، 326)

وبضيف "راد وآخرون" Reed et al (2012) أن (60 %) من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يكون أدائهم أقل من (50 %) على إختبارات الذكاء ، وهم يتسمون بإنخفاض أداء الذاكرة لاسيما الذاكرة اللفظية . (Reed et al ,2012, 425)

كما أشارت الدراسات المختلفة أن الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، يعانون من مشاكل في الانتباه والتركيز، حيث أشارت دراسة "سيرز" Sears (1991) و دراسة "سارا" Sara (1994) إلى أن الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يعانون من إضطراب في الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء بالإضافة إلى قصور في القدرة على التخيل . (الجلامة 2016، 282)

في حين يعاني الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد «من مصاعب في تخزين المعلومات والتي تتطلب مستوى عاليا من المعالجة كرواية القصص ، وتسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم، وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصريا ، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل المعلومات اللفظية الطويلة التي تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون» . (الشامي ب، 2004، 353)

أما التفكير لديهم فهو بعيد كل البعد عن الواقع ، فهو لا يدرك الظروف الإجتماعية والعالم المحيطة به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية ، حيث يشغل تفكيره بالذات ، وتسيطر رغباته وحاجاته على نشاط عقلي، بينما تسيطر طبيعة الأشياء والأحداث في التفكير المنطقي. (الشرييني ومصطفى، 2011،

(190)

وعلى نقيض ما سبق ذكره فقد وجد أن بعض الأطفال التوحديين لديهم « قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلى درجة غير عادية ، فالذاكرة غير العادية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة وأحياناً تكون الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة، على الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرؤون «. (بيومي، 2008، 20)

أما مزاج ومشاعر الأطفال ذوي لإضطراب طيف التوحد فيمكن وصفها بأنها «سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص أو الأحداث ، فقد يشعر بالسعادة طالما لبيت احتياجاته فوراً ولكنه بشكل عام يميل لسرعة الغضب وعدم السعادة والبكاء لفترات طويلة وثورات الغضب التي عادة ما تكون بسبب تغير الروتين». (المقابلة، 2016، 31)

وعليه فالقصور في النواحي والقدرات المعرفية هي من الملامح المميزة لإضطراب طيف التوحد، التي تنعكس سلباً على المجال التواصلية والإجتماعية والإنفعالية والحسية لديه .

3-5 الخصائص الحسية:

يعتقد الباحثون بعدم وجود مشكلات في المستوى الأول من المعالجة الحسية (والذي يشمل التسجيل) لدى معظم الأطفال التوحديين فحواس الطفل سليمة في الغالب. بينما تظهر المشكلات لدى بعض هؤلاء الأطفال في المستوى الثاني من المعالجة الحسية وهو التفسير حيث يفسر الطفل التوحدي الكثير من الإحساسات بشكل خاطئ ، ويصل بعض الأطفال التوحديين إلى مستوى الثاني فقط ، وإذا وصلوا فإن هناك مشكلات واضحة فيه تتجلى بعدم القدرة على توحيد المعلومات الآتية من الحواس المختلفة ، أو عدم القدرة على تحليل المعلومات الآتية من حاسة واحدة . (الشامي ب، 2004، 305)

ويعانى الأطفال التوحديون من القصور في التنظيم الحسي الذي يتمثل في « الحساسية الزائدة أو المنخفضة للمثيرات الحسية التي تتمثل في الصوت أو اللمس أو الرؤية وذلك كما سجلها كثير من الباحثين» (Ornitz, 1989) . « وتشير الحساسية المنخفضة إلى مستوى استجابة أقل من المستوى العادي للاستثارة السمعية واللمسية ويبدو على الأطفال الذين يستجيبون بهذه الطريقة، وكأنهم لا يسمعون إلى العديد من الأصوات البيئية (مثل صوت الوالدين.....) أو لا يشعرون بالاحساسات المؤلمة (فمثلاً قد لا يصرخون أو يظهرون الحزن عندما يجرحون) . بينما تشير الحساسية الزائدة للمثيرات إلى مستوى استجابة أعلى من مستوى الاستجابة العادي للاستثارة السمعية واللمسية فقد يغطى هؤلاء الأطفال أذنيهم ويصرخون عند تشغيل مكيف الهواء أو يظهرون حزناً شديداً عند حدوث إصطدام أو خدش شئ بسيط وكلا من الحساسية الزائدة أو المنخفضة للمثيرات يمكن ملاحظتها لدى نفس الفرد لأشياء مختلفة وفي مواقف مختلفة». (Scott, et al, 2000, 27)

لقد ذكر "أيرس" Ayres (1989) ، أن "كارل ديلاكتو" اقترح عام (1974) النظرية الحسية العصبية للتوحد والتي يمكن تلخيصها بما يلي :

- الأطفال التوحيديون ليسوا مرضى نفسيين بل هم مصابين في أدمغتهم
- تسبب الإصابات الدماغية اختلالاً إدراكياً تصبح فيه القنوات الحسية (البصر والسمع والتذوق والحس والشم) شاذة في واحد من الطرق التالية :
- **فرط Heper** : تكون القناة مفتوحة جداً ، و نتيجة لذلك تدخل كمية كبيرة جداً من المثيرات إلى الدماغ ، و على الدماغ أن يتعامل معها بشكل مريح .
- **ضعف Hypo** : لا تكون القناة مفتوحة بشكل كاف و نتيجة لذلك تدخل كمية قليلة جداً من المثيرات ويكون الدماغ معاقاً .
- **الضوضاء البيضاء Whit Noise** : تخلق القناة مثيرها الخاص بها بسبب عملياتها غير الفعالة ، ونتيجة لذلك ، تتغلب الضوضاء الموجودة في الجهاز على الرسالة من العالم الخارجي .

وتعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحيدي (sensorism) محاولة منه لجعل القنوات الحسية المتأثرة طبيعية . (سهيل، 2015، 100)

إن التعرف على الأداء الحسي للطفل ذوي إضطراب طيف التوحد يسهل لنا عملية فهم المشكلة الحسي الذي يقوم به ، و في هذا الصدد رصد سوسمان "Sussman" (1999) في (نسيب، 2013، 43-44) قائمة للأداء الحسي للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، نوردتها فيما يلي :

جدول رقم (01) يوضح قائمة رصد الأداء الحسي و صعوبات التخطيط الحركي للطفل التوحيدي.

حاسة اللمس	
يظهر طفلي أنه مفرط الحساسية لللمس فهو	طفلي ضعيف الحساسية لللمس و يرغب في الحصول عليها من خلال:
لا يحب لمس الأشياء الدقيقة (مثل المعجون ، اللعب بالتراب أو الأصبغة) - لا يحب أنواع معينة من الأقمشة - لا يحب إرتداء القبعات و القفازات - لا يحب أن يتم غسل شعره أو قصه - لا يحب الأطعمة المقرمشة أو التي تحتاج لمضغ أكثر - لا يحب قص شعره - لا يرغب بالحمل أو العناق - أخرى.....	رغبته في عناقات طويلة - لف نفسه بالأغطية - حشر نفسه داخل مساحات ضيقة (مثلاً وراء الأريكة) - إصراره على إرتداء ملابس ضيقة المقاس - الإستلقاء بشكل مسطح على الأرض - الإرتطام بالأشخاص - التصفيق بيديه - الإحتفاظ بالأشياء - وضع الأشياء في فمه - الصر على أسنانه - البكاء بشكل نادر عند تعرضه للألم - أخرى.....

حاسة السمع	
طفلي مفرط الحساسية للصوت و قد يتجنبه ،فهو	طفلي ضعيف الحساسية للصوت فهو
يغطي أذنيه بيديه - يبكي و يصرخ عند استخدامه للأدوات الكهربائية (مثل الغسالة ، و المكنسة الكهربائية ، و المجفف) - يحب أن استخدم معه صوتا لطيفا - بإمكانه سماع أدق الأصوات - حساس لنبرة الصوت - أخرى.....	يبدو و كأنه لا يسمع ما يقوله الآخرون - يحب الموسيقى و أصوات معينة - يحب الألعاب التي تصدر أصواتا معينة - يحب أن أخطبه بطريقة حيوية و مرحة - أخرى.....
حاسة البصر	
طفلي مفرط الحساسية لما يراه و قد يتجنب بعض المثيرات البصرية فهو :	طفلي ضعيف للأشياء التي يراها و يحاول الحصول على المثيرات البصرية من خلال:
يفضل الظلام - يرمش ، يطرف بعينه كثيرا - يتجنب ضوء الشمس - لا يحب التلفاز - يحب إغماض عينيه كثيرا - يفضل الجلوس بزوايا معتمة أخرى.....	إطفاء و تشغيل الأضواء - مشاهدة الحركات التكرارية (مثل فز صفحات الكتاب، أو حركة أصابعه أمام وجهه) - صف الأشياء - النظر إلى الأشياء من زاوية عينية - النظر إلى الأشياء من زوايا غير اعتيادية - أخرى.....
حاستي التذوق و الشم	
طفلي مفرط الحساسية لبعض الروائح و النكهات و يحاول تجنبها ، فهو :	طفلي ضعيف الحساسية لبعض الروائح و النكهات و يحاول الحصول عليها ، فهو
يحب الأطعمة اللينة - حساس لبعض الروائح (العطور) - يحب الأطعمة القاسية - لا يحب الدخول للمطبخ أثناء الطبخ - أخرى.....	يكتشف الأشياء بلعقها - يكتشف الأشياء بشمها - يحب الأطعمة المبهرة و المتبلّة كثيرا (مثل الأطعمة شديدة الملوحة) - يحاول دائما اللعب بزجاجات العطر - يأكل أشياء غير مخصصة للأكل معجون الأسنان مثلا - أخرى.....
الحركة	
يظهر طفلي أنه مفرط الحساسية للحركة من خلال :	طفلي ضعيف الحساسية للحركة و يحاول الحصول عليها من خلال :
إظهار الخوف من السلالم و الأدراج الكهربائية - إظهار الخوف من المراجيح ، لعبة التوازن و الزحليقة - الإصابة بدوار ركوب السيارة - أخرى.....	القفز - الأرجحة - الدوران - اللعب بخشونة و/أو الألعاب البهلوانية مثل أن يرمى في الهواء - الركض ذهابا و إيابا - أخرى.....

صعوبات في التخطيط الحركي	
يرتطم بالأشياء - لا يستخدم ألعابه بشكل مناسب - يلعب بنفس اللعبة مرارا و تكرارا- لا يقلدني فيما أقوم به- يقوم بنشاط معين مرة واحدة فقط (مثل أن يتزحلق مرة واحدة فقط)- لديه صوت غير عادي - يتجول بلا هدف -أخرى.....	يخطئ في تهجئة الكلمات التي يستطيع قولها - يستلقي كثيرا - يعاني من مشكلة في النفخ لإطفاء الشمعة - يفهمني لكنه لا يتكلم - لديه مشكلة في العثور على كلمة سبق له قولها - أخرى.....

من خلال القائمة التي استعرضناها حول رصد الأداء الحسي للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد نستخلص أن المشكلات الحسية عندهم تتنوع حسب كل حاسة ، فقد نجد أن لدى طفل عنده إضطراب في أكثر من حاسة بضعف الحساسية أو إفراط فيها ، ويمكن في حاسة لديه إفراط و في أخرى ضعف ، حسب حالة و إضطراب كل طفل ، لذلك لابد من تقييم دقيق للمشكلات الحسية التي يعاني منها، وتحديد نوعه (ضعف أو إفراط)، حتى يتسنى لنا إعداد برنامج علاج مناسب لكل عرض من أي حاسة .

3-6 الخصائص السلوكية:

إن سلوك الطفل التوحدي محدود و ضيق المدى ، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات إنفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع.(مصطفى والشربيني، 2011، 73).

والمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد تختلف من طفل لآخر ، بإعتبار كل طفل له نمطه السلوكي يختلف عن غيره، ويمكن تفصيل وإجمال المشكلات السلوكية كالآتي :

3-6-1 السلوكيات الروتينية : يظهر هؤلاء الأفراد سلوكيات ونشاطات تأخذ طابع الإلتزام بروتين وبتقوس معينة ، تظهر على هيئة إصرار على روتين جامد و حدد في مجال السلوك الحياتي اليومي ومقاومة أي تغير لهذا الروتين ، مع إظهار إزعاج وضيق شديد عند محاولة إبعادهم عن النشاط الذي يمارسونه ، ويمكن أن يتحول هذا الضيق إلى نوبات غضب عنيفة في بعض الأحيان.

(الزراع، 2017، 64)

فقد يظهر لدى طفل توحدي مثلاً « تمسك بالأكل من صحن واحد دون غيره ، أو مشاهدة قناة تلفزيونية واحدة دائماً أو اللعب بلعبة ما بنفس الطريقة دوماً ، أو الإستيقاظ دائماً في ساعة محددة والتغيير في هذه الروتينات يربك الشخص التوحدي جداً وقد تنتابه نوبات من الغضب الشديد حيال ذلك». (الشامي ب ، 2004، 188)

كذلك من بين السلوكيات الروتينية الإصرار على ارتداء لباس معين أو لون معين ، والتمسك أو التعلق بلعبة محددة ، الجلوس في مكان محدد ، أو ترتيب أثاث الغرفة بطريقة معينة و غيرها ،هي من ابرز أنماط السلوكية المصاحبة لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، والتي قد تعرقل نمو الطفل وتطوره .

3-6-2 السلوكيات النمطية التكرارية : أو ما يسمى بسلوكيات الإثارة الذاتية ، ويعتقد أن حدوث

السلوكيات النمطية لدى الأطفال التوحديين هو بسبب التعرض لكمية كبيرة من المثيرات ، وعدم القدرة على معالجتها وبالتالي تكون هذه السلوكيات كردة فعل لتخفيف مصادر الإحساس الآتية من البيئة، ويعمل الطفل التوحدي على زيادة هذه السلوكيات كلما زادت المثيرات من حوله. (Grandin,2000, 03)

ومن هذه السلوكيات«هز رجلية أو جسمه ، أو رأسه، أو الدوران حول النفس ، أو أرجحة الرأس،أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى ، أو لف اليد في حركة دائرية ، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر ، قد يمضي ساعات محملاً في إتجاه معين أو نحو مصدر الضوء ، أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول الساعة ، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية إستجابة لمثير معين، بل هي في الواقع استثارة ذاتية، تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفردة وإنغلاقه التام على نفسه وعلى عالمه الخيالي الخاص، ورغبة قلقلة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي» (الجبلي،2015، 39)

فقد أكدت دراسة "Wolf" (2005) أن الطفل التوحدي يمارس أنواعاً سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي و فجائي . وكذلك نتائج دراسة "بيكلين" (Biklen) (2002) التي أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن : حركات تلقائية ميكانيكية غير معتمدة ، إيذاء النفس بشكل مستمر ، هوس الرتابة و عدم احتمال التغيير ، صدى كلامي، رفة العينين ونغز متكرر، ررفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري. (Biklen:2002, 13)

وأشارت نتائج دراسة "ترينبيير" (Trenpeyeier) (1996) إلى أن السلوك النمطي يرجع إلى رغبة في جذب الإهتمام ، وارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي ، والإعتراض على تغيير الروتين اليومي. (الجرواني وصديق،2013، 19)

إضافة إلى السلوكيات النمطية السابقة الذكر نضيف هذي السلوكيات التي تم رصدها من خلال التعامل مع هذه الفئة ، منها : القفز ، النشاط الزائد (فرط حركة) ،الدوران في المكان ، الذهاب والإياب البكاء بدون سبب، الضحك بدون سبب ،الخمول الزائد ،المشي في أرجاء الغرفة ، إضاءة و إطفاء الضوء بواسطة قاطعة وغيرها ،هذه السلوكيات النمطية التكرارية هي المظاهر المميزة للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، فهي تظهر واضحة للعيان ، و بمثابة أهم أوجه القصور البارزة لمن يتعاملون مع هذه الفئة ، حيث يختلف نوع و شدة السلوك النمطي من طفل لآخر، فبعضها قد يظهر أحياناً ، وبعضها قد يظهر بعد فترة حسب البيئة التي يعيش فيها و سبب السلوك النمطي.

3-6-3 السلوكيات العدوانية: تشير دراسات "ويبستر وآخرون" Webster,et al (1980) إلى أن أكثر من (65%) من الأطفال التوحديين يظهرون سلوكا تدميريا تجاه أنفسهم وتجاه الآخرين ، يعضون أو يضربون أنفسهم ، وفي بعض الحالات يكون هذا السلوك تدميريا حادا، كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته ورأسه ، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك. (القمش، 2011، 57)

يمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد كما بدراسات "ويبستر وآخرون" Webster,et al (1980) ما يلي :

- يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه في الحائط أو بعض الأثاث مما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام .
- يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.
- يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام ، السكر ، الملح ، اللبن، الماء)،أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس،و إلقاء بعض الأدوات من النوافذ ، و تكسير لعبه أو أثاث المنزل.
- يسبب إزعاجا مستمرا للمحيطين به بكثرة صراخه وعمل ضجة مستمرة وعدم النوم ليلا لفترات طويلة .
- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات .
- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة ، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما بسبب تقرحها وصعوبة التئامها .
- يقترب ويمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي .
- يجلس فوق الأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا .(الجلامدة 2016،294)

3-6-4 نوبات الغضب وحدة المزاج: قد يدخل الطفل التوحدي في نوبة غضب دون سبب واضح حتى في لحظات سكونه ، أو في أثناء وجوده بمفرده في إحدى الغرف. (Schopler ,et als ,1980, 96) ويصف "كانر" (1973) و"سكوبلر وآخرون" (1980) نوبات حدة المزاج لدي الطفل التوحدي بالسمات التالية :

- يستمر في حالة من الهياج ما يبررها من أمور .
- لا يظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور.
- يبكي و يصرخ دون سبب واضح.
- تظهر هذه النوبات غالبا عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة. (القمش، 2011، 62)

من مظاهر الغضب لدي الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد الصراخ و البكاء كاستجابة للإنزعاج أو الإحباط ، وفي بعض الحالات قد تتحول إلى نوبات الغضب إلى سلوك عدواني تجاه الآخرين، وهذا السلوك تتداخل مع التفاعل الإجتماعي المناسب وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال.(الزريقات، 2010، 423)

كما يمكن إضافة بعض المشكلات السلوكية والتي تتمثل في السلبية وعدم الطاعة ، حيث يذكر (القمش، 2011) عددا من العناصر السلبية التي يبيدها الطفل التوحدي والتي تظهر على النحو التالي : يلعب بين الأطفال وليس معهم ، يقاوم تعلم أي مهارة جديدة ، يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين وكلامهم ولكنه لا يرغب في الإستجابة ، يرفض الدخول في أي علاقة مع الأم أو بديلتها.

بعض الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يظهرون مشكلات مختلفة في النوم ، والتي تتضمن صعوبات في بدء النوم ، والإستيقاظ ليلا ، والمشي ليلا ، والمشي أثناء النوم ، والإستيقاظ مبكرا ، وأنماط نوم شاذة ، وقدرت بعض الدراسات نسبة إنتشار صعوبات النوم بين الأفراد التوحديين ما بين (36-83%).(الجلامدة، 2016، 65)

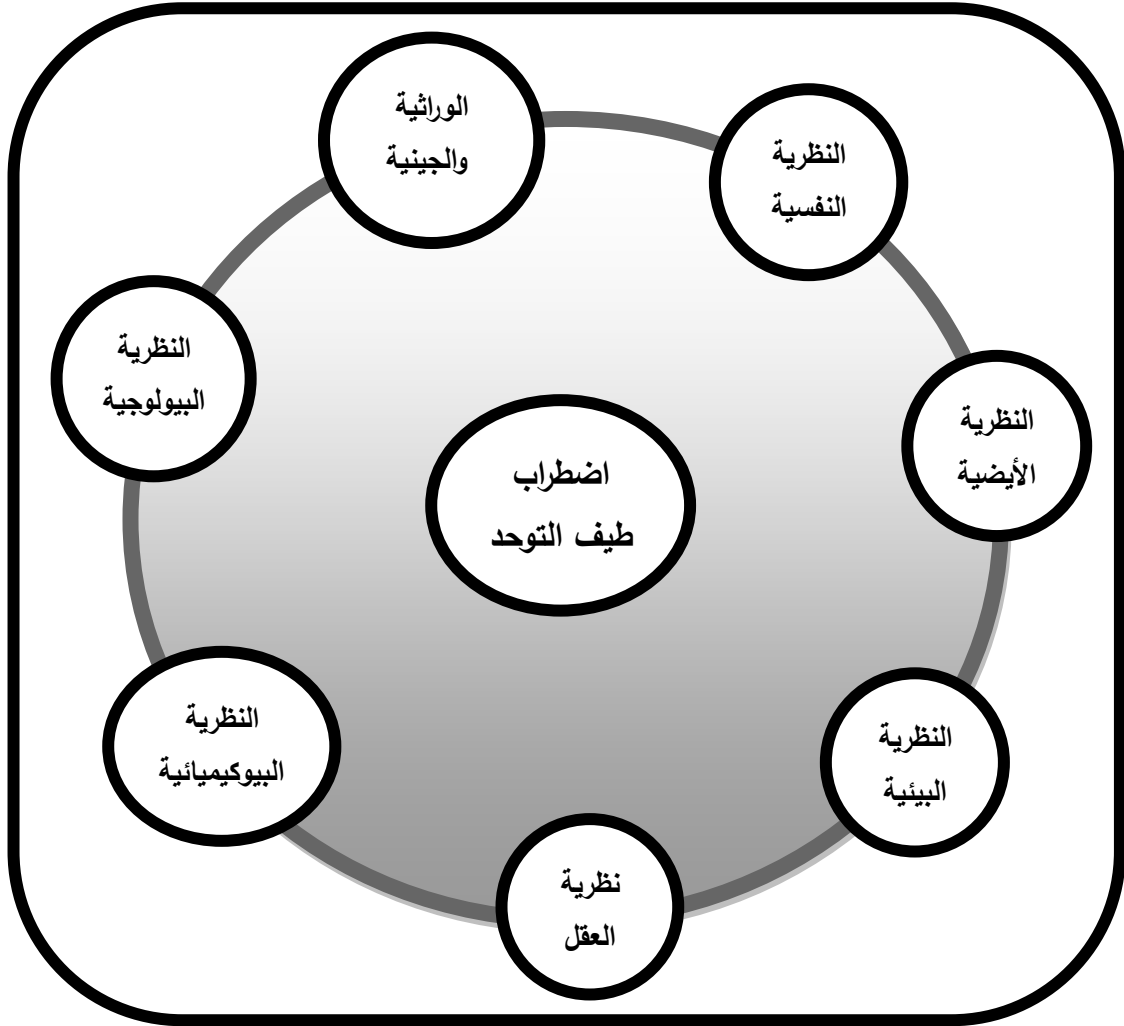
ونضيف إلى مجموعة المشكلات كالبرود العاطفي ، والخوف ، حيث يشير "سكولر وآخرون" Schopler ,et ,als (1980) إلى أن الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد يخاف من أشياء غير مؤذية و لا تسبب الخوف للآخرين ، مثلا صوت الطائرة أو مرور حافلة كبير ، او مشاهدة حيوان يتحرك أو نباح كلب .ومما يثير الفضول و العجب أنه لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف و تحتاج للحماية و الحذر .

وخلاصة القول عما تم عرضه عن خصائص والمشكلات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد والتي كانت تمس الجوانب التواصلية اللغوية والإجتماعية والحركية والحسية والسلوكية، فقد تتشابه تلك الخصائص والمشكلات عامة بين الأطفال ، لكن ربما يكون الاختلاف بين طفل وآخر باختلاف الأعراض التي يظهرها كل طفل ، أو حتى عند الطفل نفسه فقد تظهر من وقت لآخر ، كل هذا يساعدنا على عملية التشخيص الدقيق لإضطراب طيف التوحد ، هذا ما سنتناوله في العنصر الموالي.

4- النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بإضطراب طيف التوحد:

لم يتوصل لحد الآن من العلماء والباحثين إلى الأسباب المؤكدة والمؤدية لإضطراب طيف التوحد والتي يمكن الإسناد عليها ، وكل ما قدم في هذا المجال عبارة عن نظريات وفرضيات ، تسعى لتأكيداها من خلال البحث المعمق في مجالات النفسية ، البيولوجية ، البيوكيميائية ، الجينية ، الوراثة ، الأيضية ، البيئية للوصول لعلاجات فعالة أو للوقاية من إضطراب طيف التوحد . وعليه سنتناول هذه الفرضيات والنظريات كل على حدة وفق الشكل التالي:

شكل رقم (03) يبين أهم النظريات المفسرة لعوامل الإصابة بـ اضطرابات طيف التوحد



4-1 النظرية النفسية :

تعتبر هذه الفرضية الأولى التي قدمت تفسيراً لسبب إضطراب التوحد ، حيث انتشرت هذه الفرضية في الخمسينيات وستينيات من القرن الماضي ، وهي ترجح بأن سبب إضطراب التوحد هو ظروف العائلة المحيطة بالطفل ، فالبعض أشار بأن برود عاطفة الأم وانشغالها عن الطفل مسؤول عن حدوث البرودة العاطفية والعزلة لدى الطفل ، والبعض أشار إلى إنشغال الآباء وليس الأم وحدها عن الطفل ، وأن آباء أطفال التوحد من النوع التي ليس لها ميول إجتماعية.(غانم، 2013، 36)

وفي هذا الصدد يضيف "برونو بتلهايم" Bruno Betlhim "أنه «إحتمال أن يكون الطفل ذوي التوحد ذكيا ، ولكنه انسحب من الإتصال الإجتماعي بسبب أحداث مؤلمة حدثت في البيئة من حوله أو عمدت البيئة بالعزلة الإجتماعية وخاصة إفتقاره للرعاية الدافئة من أحد أو كلا الوالدين». (سهيل ، 2015، 91-92)

وقد أكد "ليو كانر" Leo Kanner (1943) إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين: نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل ، وثانيا نتيجة المناخ النفسي السيئ الذي يعيش فيه الطفل. ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بإضطراب طيف التوحد ، دراسة "كياراند" Kiarend (1992) على أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرز مدى إحتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة ، يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية ، ويشبعون إحتياجاته ، كما يساعدونه على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية. (بيومي، 2008، 5)

لم يلقى هذا الطرح النظري تأييدا ودعم من قبل الباحثين ، فتعرضت وذهبوا إلى عوامل أخرى غير عامل الآباء وشخصيتهم بمعنى ليس للآباء سببا لإصابة طفلهم بإضطراب طيف التوحد، فقد أشار وينغ "Wing" (1979) في دراسة أجراها إلى « أن سوء التعامل والتصرف مع الأطفال من الصعب أن تكون إحدى أسباب التوحد ، كما بينت دراسات أخرى أن هناك أطفال توحيدين ولدوا لأبوين ليسوا من النمط الذي تحدث عنه كانر ». (Perko & Mclaughlin, 2002, 71)

كما تتفق نتائج دراسة كل من "عمر بن الخطاب" (1994) و "Demyer & Mcodoo" (1994) على أن شخصيات آباء الأطفال المصابين بالتوحد لا تختلف عن شخصيات الآباء الأطفال المضطربين بإضطرابات أخرى. (بيومي، 2008، 33)

وخلاصة القول في النظرية النفسية أنه لا يمكن قبول والتسليم بأن العلاقة بين الأم الباردة أو أولياء الأمور هم السبب في الإصابة بإضطراب طيف التوحد، لأن في الواقع عكس ذلك ، ويظهر جليا ذلك من خلال مقابلتنا اليومية مع أمهات أو أولياء أمور أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، والتي يصرحون غالبا أن علاقتهم بأطفالهم كانت جيدة قبل و أثناء و بعد الولادة ، ومع ذلك ولد طفل توحيدي .ومن جهة أخرى يكون عدم تقبل و رفض للجنين من البداية ومع ذلك يولد طفل غير توحيدي .

4-2 الفرضيات الوراثية والجينية :

تشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المجال، كما أشار "قزاز" (2007) أن الجينات دور قوي وبارز في حدوث اضطراب التوحد ، حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة أعلى منها في التوائم غير المتطابقة ،حيث كانت النسبة في التوائم المتطابقة تتراوح ما بين (60%- 100%)، أما في غير المتطابقة لم تتجاوز النسبة (50%) و هذا يعطي تفسير بأن للجينات دور رئيسي لظهور اضطراب طيف التوحد ، بالإضافة إلى ذلك أشارت نتائج الدراسات العائلية أن ظهور طفل آخر مصاب بالتوحد لدى أسرة لديها طفل مصاب بالتوحد (20/1) وهي أعلى مقارنة مع الأسر التي ليس لديها طفل مصاب بالتوحد . وأشارت "هارون"(2008) أن هناك عدد من الكروموزومات تفسر حدوث اضطراب التوحد ومن هذه الكروموزومات هي : (2 ، 7 ، 13 ، 15 ، 16 ، 17 ، x) والكروموزون الأخير مشترك بين توحد ومتلازمة ريت و متلازمة الكروموزون x الهش .(المقابلة،2016، 25) ولم يتفق العلماء كما أشار "الظاهر"(2006) على خلل في الكروموزون معين وحالات التوحد، فهناك من ربط بين كروموزون 2 وحالات التوحد ،لاعتقادهم بوجود علاقة بينه وبين اضطرابات النطق ، وهناك من ربط بين كروموزون رقم 3 وحالات التوحد ، حيث يعتقد بأن وجود جين يدعى (Gat) ، هذا الجين يصنع البروتين والذي يعمل مع أحد النواقل العصبية (Gaba) وإيصاله للرسائل بين خلايا الدماغ ، زيادة أو عدم اتزان (Gaba) ينشط خلايا الدماغ فوق الحد الطبيعي ، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية والبعض الآخر ربط بين الكروموزوم 7 وحالات التوحد حيث يحتوي هذا الكروموزون على مجموعة من الجينات لها وظائف معينة ومحددة هي (Fox 2) ، وهذا مرتبط باضطرابات النطق واللغة وتعابير الوجه والانفعالات و(wnv2) مسؤولة عن مصير وتنقل وظائف الخلايا في جسم الجنين و(Relo) مسؤولة عن تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين .(الظاهر،2006، 11) بالرغم من توفر الأدلة العلمية التي تؤكد بأن التوحد سببه جيني ، إلا أن العلماء يفترضون حسب "غانم"(2013)أنه حتى لو كان للتوحد أساس جيني ، فإن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة.وعليه لا يكن اعتبار هذا السبب اساسي ومباشر للإصابة بإضطراب طيف التوحد ، وذلك لأن الدراسات والأبحاث التي أجريت بهذا المجال استندت وارجعت لحالات فردية وعينة صغيرة ، وبالتالي لا يمكن تعميمها على جميع حالات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .

4-3 النظرية البيولوجية (Biological Theories):

تفسر هذه النظرية إصابة الأطفال بإضطراب طيف التوحد نتيجة خلل أو تلف في الدماغ والجهاز العصبي و تؤكد هذه الإفتراضات بمجموعة من الدلالات منها:

- ترافق التوحد مع مجموعة من الأمراض العصبية أو الصحية ، كذلك ظهور التوحد في كافة الثقافات والأعراق والأديان ، النسبة نفسها مما يؤكد أنه لا يتأثر بهذه العوامل . ووجود خلل في تركيبة الدماغ لدى بعض هؤلاء الأطفال ، ووجود شذوذ في التخطيط الدماغي لبعض هؤلاء الأطفال . (نسيب ، 2013، 21)
- إصابة المخ قبل أو في أثناء الولادة ، حيث يرى " سكوبلر "Schopler" (1982) أن الحالات التي تسبب تلف الدماغ قبل الولادة أو أثناءها تهيئ الفرصة لحدوث التوحد ، مثل حالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا (Phenyl Ketonuria) ، والتصلب الحدبي (Tubrous Sclerosis) والإختناق في أثناء الولادة والتهاب الدماغ ، تشنجات الرضع ،الالتهاب السحائي (Meningitis) . (Schopler , 1982 , 51)
- الخلل في المخ ، حيث أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخ كما توصلت دراسة هاشيموتو على أطفال التوحد ، أن المخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد حجمه أصغر من الحجم الطبيعي ، وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ. كما أثبتت الدراسات أن الخلل الموجود في العرق الدماغي يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسي والجسدي وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبي الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الإنتباه والإثارة عند الأشخاص التوحديين، وبذلك فإن الخلل في المخ والعرق الدماغي قد يكون مقرونا بالتخلف العقلي الموجود في حالات التوحد فقد ربط (كورشين) نقص الإنتباه بخلل في المخ. (متولي، 2015، 24)
- الخلل الوظيفي في المخ حيث يشير أنصار هذه النظرية إلى أن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس ، وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس ، وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحديين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم. (القمش، 2011، 36)
- التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي حيث أشارت دراسات كامبل وآخرون (1978، 1972، 1980، 1991) إلى وجود علاقة إرتباطية بين التوحد وإضطراب الهيپوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناء على أن إضطراب الهيپوثلاموس يسبب توقفا في نشاط الغدد الصماء والإنسحاب والتلعثم في أثناء الحوار، وهذا ما يظهر على الأطفال التوحديين . (Campbell,et als , 1991, 337)

- وافترض كل من "ديمير و بارتون وديمير " Demyer,Barton,Demyer (1973) أم مواقع التلف في القشرة الدماغية (Cerebral Cortex) الأكثر بعدا من الدماغ قد تكون هي المسؤولة عن الإختلال الوظيفي اللفظي الإدراكي . (الظاهر، 2006، 13)
- وفي كلية هارفارد الطبية قامت الدكتورة "بايومان" Baiemen " بتشريح الدماغ لجنّة (30) من الأفراد ذوي طيف التوحد تمتد أعمارهم بين (5 - 74) عاما إكتشفت علامات غير طبيعية في تركيب الدماغ ، ومع اختلاف واضح في المخيخ وحجم المخ وعدد معين من خلايا البيركنجي (Perkinje Cells). (المقابلة، 2016، 25)
- وأشارت دراسات كل من "بارسيل" Parsell و "روتر" Rutter و "مليبرغ" Maliaburg و "فايث" Vaeth إلى مجموعة من الأمراض والعوامل المرتبطة بالأم الحامل ، والتي بدورها تزيد من احتمالية إصابة الطفل بإضطراب التوحد تمثلت في : الحصبة والحصبة الألمانية ونقص نشاط الغدة الدرقية وفيروسات الحمل ومشكلات جهاز المناعة وتعاطي الكحول والأدوية المهدئة وعمر الأم الذي يزيد عن (35) عام ، وبضيف "الخطاب" (2009) إلى علاقة السائل الداخلي المحيط بالجنين وتعقيدات عالية في مرحلة ما قبل الولادة – على الرغم أن بعضها قد يكون عرضيا – ولادة طفل توحيدي .(المقابلة، 2016، 25)
- اختلال الوظائف التنفيذية نتيجة لشذوذ في المخ وتحديدًا منطقة الفص الجبهي ، حيث أكدت نتائج دراسات "الرفاعي" (2016)، "الليثي" (2016) ، "مرسى" (2013)، LeMonda et al (2012) و "Sachse et al" (2012)، "Taylor et al" (2012)، "Robinson" (2009) أن الأطفال ذوي لإضطراب التوحد يعانون من قصور واضح بصورة دالة ، في مهام الوظائف التنفيذية مقارنة بالأطفال العاديين أو ذوي الإعاقات الأخرى ممنهم في نفس الأعمار العقلية ، وأن هذا القصور هو السبب الرئيسي لإضطراب التوحد ، كما أن هذا القصور يجعلهم يواجهون صعوبات كبيرة في التخطيط والتنظيم والذاكرة العاملة وغيرها من الوظائف ، وهذا يؤدي إلى ظهور السلوكيات النمطية المتكررة وضعف التواصل الإجتماعي لديهم.(مصباح ، 2018 ، 36) وعليه يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتلخص في إصابة المخ أو عدم إكمال نمو الخلايا العصبية أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو الخلل في الوظائف التنفيذية أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم .و بالرغم مما قدمته هذه النظرية من أبحاث و أدلة علمية إلا أن قصورها يظهر في إختلاف نتائج الدراسات و الأبحاث التي توصلوا إليها، بحيث لاتوجد دراسات مشابهة في النتائج ، كما أنه دراسات اقتصرت على حالات فردية لا يمكن تعميمها.

4-4 النظرية البيوكيميائية : (Biochemical Theories) :

تقتض هذه النظرية حدوث خلل في النواقل العصبية كالسيروتونين (Serotonin) والدوبامين (Dopamine) والبيبتيدات العصبية (Neuropeptid) ، حيث الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة ، وإفراز الهرمونات ، وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم.(الخطيب ، وآخرون،2013، 322)

وقد أشارت نتائج البحوث التي أجريت على الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin) ، حيث تشير دراسة "يونج و آخرون" "Yong, et als" (1982) إلى أن ثلث الأفراد التوحديين يظهر لديهم إرتفاع في نسبة السيروتونين في الدم ، و هذا ناشئ عن إرتفاع معدل السيروتونين في كل صفيحة دموية ، وليس بالضرورة عن إزدياد عدد الصفائح الدموية ، كما لوحظ أيضا أن هذا المعدل المرتفع موجود لدى ثلث الأطفال ذوي التخلف العقلي الشديد غير المصحوب بالتوحد .(القمش،2011، 38)

ويضيف "بوترن وزملاؤه" "Bootzin&Others"(1993) أن تناول الأطفال المصابين بأعراض التوحد العقاقير التي تخفض مستوى السيروتونين في الدم يؤدي إلى تحسن واضح في الكلام ، والسلوك الإجتماعي ودرجة الذكاء ، واستمر تحسن الذكاء بعد توقف العلاج مدة ستة أسابيع ، ولكن تحسنه تلاشى تماما بعد ثلاثة أشهر.(الظاهر،2006، 12)

وتستخدم بعض المثبطات عادة للحد من نشاط الدوبامين ، وهي ما تسمى بالمهدئات العصبية حيث يعتقد أنه المسؤول عن سلوكيات التوحد النمطي وسلوكيات إيذاء الذات .(نسيب ،2013، 23)

ووجد بأن هناك خلل في نواقل عصبية أخرى كإرتفاع الناقل العصبي الدوبامين (Dopamine) لدى بعض الأفراد ذوي لإضطراب طيف التوحد وإنخفاضه لدى البعض الآخر بالمقارنة مع النسب الموجودة لدى الحالات العادية ، وتمت الإشارة إلى وجود خلل في نسب الأدرينالين في الدم والدماغ لدى الأفراد التوحديين .(المقابلة، 26،2016)

أما البيبتيدات العصبية فهي تلعب دورا هاما في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الإنفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي ، وتشير الدراسات إلى عدم توازن البيبتيدات العصبية عند الأطفال التوحديين.(متولي،2015، 28)

من خلال عرض للنظرية البيوكيميائية المتمثلة في النواقل العصبية (الدوبامين،السيوتونين،البيبتيدات العصبية الأخرى) التي توضح أن الخلل في هذه النواقل العصبية تؤدي للإصابة بإضطراب طيف التوحد ومع هذا الطرح يبقى الإحتمال وارد وليس الأكيد والوحيد تفسير حدوث الإصابة بإضطراب.

4-5 الفرضية الأيضية (Metabolism Hypothesis) :

أشارت هذه النظرية أن سبب اضطراب التوحد يعود إلى عدم قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على هضم البروتينات ، وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجودة في القمح و الشعير ومشتقاتهما، وهو الذي يعطي القمح اللزوجة و المرونة أثناء العجن ، بالإضافة إلى بروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ، هو سبب أعراض التوحد ، وهذا مما يفسر استفراغ الطفل المستمر للحليب ، والأكزيما الموجودة خلف ركبتيه ، والإمساك و الإسهال واضطرابات التنفس لديه، ومن مظاهر اضطرابات الهضم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد : حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتيريا الموجودة في المعدة والأمعاء ، وزيادة الأفيون في الجسم ، وعدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت والنفاذية المعوية، ونقص بعض الأحماض والإنزيمات في الجسم .(الخطيب وآخرون، 2013، 322) ففي دراسة أجراها "جرين وآخرون" "Green et al" (2006) وجدوا بأن حمية الأغذية الخالية من بروتين الكازين والجلوتين ساهمت في خفض العديد من أعراض التوحد ، وذلك من وجهة نظر أسر الأطفال التوحديين . (Green et al, 2006, 81)

وقد يرتبط وجود المادتين بإفراط في الطفل بظهور بعض الأعراض مثل عدم الشعور بالألم، والحركة الزائدة ، أو الخمول الزائد ، واضطرابات في النوم ، وفي هذا السياق قام "كولمان ومكارثي" "Mcarthy Coleman" باستخدام الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين علة عينة من أطفال التوحديين وبينت الدراسة تحسن هؤلاء الأطفال . (الظاهر، 2006، 14)

وعلى قد تكون بعض الأطعمة التي تحتوي على المادتين الكازين والجلوتين تسبب حساسية لدى الأطفال ولها علاقة بأعراض التوحد، لكن قد لا تكون هي العامل المباشر للإصابة باضطراب طيف

4-6 الفرضية البيئية (Environmental Hypothesis) :

تفترض هذه النظرية أن اضطراب طيف التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيئية خارجية تؤدي لحدوث إصابة أو خلل في الجهاز العصبي ووظائفه . حيث يرى "أديلسون" "Edelson" أن الأسباب الشائعة لحدوث اضطراب طيف التوحد هي :

- العوامل الكيميائية و المواد الثقيلة في البيئة مثل الزئبق والحديد و الزنك

- تسمم الكبد ، حيث لا يستطيع الكبد القيام بوظائفه .(المقابلة، 2016، 28)

ويفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نموه الحرجة إلى التلوث البيئي، وما قد يحدثه هذا التلوث من تلف دماغي وتسمم في الدم ، يؤدي إلى أعراض التوحد ، ومن أهم هذه الملوثات التي ذكر أنها تحدث تسمما في جسم الطفل : الزئبق ، المواد الحافظة للمطاعم ، والرصاص ، وأول أكسيد الكربون . (الخطيب وآخرون، 2013، 323)

كما يفترض الباحثون أن الفيروسات والتطعيم أي اللقاحات هي المسببة في ظهور أعراض التوحد، وفي هذا الصدد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين جرعات التطعيم التي يتناولها الطفل وخاصة في سنوات حياته الأولى و ظهور علامات التوحد ، وبخاصة لقاح (MMR) وهو لقاح مركب للحماية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية . إلا أن هذه الدراسات قبلت بدراسات حديثة أظهرت بأنه لا علاقة بين هذا اللقاح وإضطراب التوحد ، ومنها دراسة هورنيك " Hornic " (2008) في الولايات المتحدة الأمريكية التي نفت وبشكل قاطع العلاقة بين اللقاح وإضطراب التوحد. (غانم، 2013 ، 40،

ومن جهة أخرى إفترض الباحثون دور الأجهزة الذكية في الإصابة بإضطراب طيف التوحد ، حيث كشفت نتائج دراسة " متولي والدلبحي" (2017) حول العلاقة بين الإصابة بسمات طيف التوحد والإستخدام المفرط للأجهزة الذكية للأطفال في السن المبكر، أنه اتجه الباحثون إلى طرح احتمالات أن تكون البيئة المحيطة بالطفل والعوامل الخارجية لها يد في الإصابة بهذا الإضطراب ، وهو خلل تتضح أعراضه في الطفولة المبكرة وتتركز بوضوح في التواصل الإجتماعي ، ومن هنا تثبت أطروحة الإصابة بإضطراب التوحد نتيجة التعرض المباشر للأجهزة الذكية لفترات طويلة في السن المبكرة. (متولي والدلبحي، 2017، 177)

وحسب رأي الباحثة لا يمكن قبول هذا الإفتراض بأن الأجهزة الإلكترونية الذكية هي سبب التوحد باعتبار هناك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لم يعرضوا ولم يستخدموا الأجهزة الذكية ومع ذلك مصابون بالإضطراب ، لكن يمكن القول أن الأجهزة الذكية تزيد من مظاهر وسمات الإضطراب وليس سبب الإصابة بإضطراب طيف التوحد.

لقد فسرت هذه النظرية سبب الإصابة بإضطراب طيف التوحد بالعوامل الخارجية البيئية والمتمثلة في الإصابة بالتسممات وأخذ اللقاحات والتلوثات البيئية في المراحل الأولى من عمر الطفل ، إلا أن هذا الإفتراض ألغي بعدما أشارت الدراسات الحديثة أن هذه العوامل ليست هي المسبب الأساسي للإضطراب.

4-7 نظرية العقل Theory of Mind :

تعرف نظرية العقل على أنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأشخاص والمتعلقة بأفكارهم ورغباتهم و نواياهم وكذلك القدرة على استخدام هذه المعلومات لتفسير ما يقولون وفهم سلوكهم والتنبؤ بما سيفعلونه لاحقاً . (سهيل، 2015 ، 93)

فقد لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين ويقترح "بارون كوهين" أن الخاصية الأساسية في التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر. (الإمام والجوالدة، 2010، 164)

ومثال ذلك يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين ، أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من التفكير ، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرين ، والأطفال التوحديين قد يعتقدون بأنك تعرف تماما ما يعرفونه هم ويفكرون فيه ، وعلى الرغم من معرفة الأطفال التوحديين لما ينظر إليه الآخرين إلا أنهم يعانون صعوبة كبيرة في القدرة على إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار . (الكيكي ،2011، 82-83)

كما أوضحت نظرية العقل الصعوبات التي يعاني منها الطفل ذوي إضطراب التوحد من خلال العجز في التواصل وكذا صعوبة بناء علاقات إجتماعية مع الآخرين ، وعدم القدرة على التعاطف وتفهم الآخر . (Douglas Braaten,2009)

وينتج عن تعطل وظائف الخلايا العصبية المسؤولة عن فهم النية والقصد الموجه لآخرين ، وعدم القدرة على التعاطف أو التفهم ، وكذا عجز في التفاعلات الإجتماعية . (Vilayanur S & all,2006, 65)

إن نظرية العقل قد إزدادت شعبيتها بين الأخصائيين الذين يعملون مع التوحديين ، ولأنها أخفقت في تفسير تطور التوحد ، أثبتت هذه النظرية :

- أنها مفيدة جدا عند تطبيقها في المجال التطبيقي مع المصابين بإضطرابات طيف التوحد
- وهي تعطي الأخصائيين والآباء تفسيرات لما يمكن بدونها أن يظهر على أنه سلوكيات تمييزية

- كما أنها توفر أفكارا حول طريقة معالجة هذه المشكلات . (سهيل، 2015، 93)

وتوصل "بوعافية"(2014) إلى إثبات فعالية هذا برنامج معلوماتي في الكشف عن إضطرابات التقمص الوجداني للملامح الوجهية ، حيث يستفاد منها في بناء بروتوكولات التأهيلية لفئة التوحد من نمط أسبرجر فيما يتعلق بتنمية هذه القدرة العقلية البالغة الأهمية في اكسابهم الإستقلالية ومهارات الحياة اليومية . (بوعافية،2014، 04)

بالرغم مما قدمته هذه النظرية من أدلة تفسيرية في حدوث التوحد ، إلا أنها فشلت في تفسير آلية حدوثه وتطوره ، قد تفيد هذه النظرية في تفسير بعض أعراض ومظاهر إضطراب طيف التوحد ، ولكن ليس في تفسير أسباب هذه الأعراض . وعليه قد لا تكون نظرية العقل من العوامل الرئيسية لحدوث إضطراب طيف التوحد .

ومن خلال عرض النظريات السابقة المفسرة لحدوث إضطراب طيف التوحد ، يمكن أن نقول ليس هناك سبب رئيسي علمي مشترك و متفق عليه ، بل هي عبارة عن فرضيات قيد الدراسة و البحث من أجل إثبات صحتها أو نفيها ، وعليه إضطراب طيف التوحد هو ليس نتيجة لسبب أو عامل واحد فقط ، بل قد يكون نتيجة لعوامل وأسباب مجتمعة نفسية ،بيولوجية ،جينية وراثية ، بيئية ، أي تجمع مجموعة من العوامل في ظهور إضطراب طيف التوحد ، وبغض النظر عن هذه الأسباب والعوامل لا بد من التعامل مع مظاهر هذا الإضطراب والتقليل من حدة سلوكياته، وذلك بالتشخيص الدقيق لإضطراب طيف التوحد ، كما سنعرفه بالتفصيل في العنصر الآتي.

5- تشخيص إضطراب طيف التوحد :

تعتبر عملية التشخيص من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد،حيث أن التشخيص بحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات ويشمل الجوانب التالية : الطبي ، والنفسي والإجتماعي ، والتربوي .

وقد عرف "تيدمارش وفولكمانر " "Tidmarsh & Volkmar"(2003) تشخيص التوحد بأنه : تحديد مدى ودرجة القصور في التفاعل الإجتماعي ، والتواصل والسلوك النمطي ، والمقاومة للتغيير،والتأخر في اللعب التمثيلي والرمزي على طفل ما ، من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الإضطراب يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات ، يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات الذهنية ، وأشارا إلى ضرورة شمولية وتكاملية عملية التشخيص وذلك بدراسة ظروف الحمل والولادة ومراحل الطفولة الأولى والتاريخ الطبي للأسرة والطفل ، وعمل تقرير شامل خاص بجميع ما يتعلق بصحة وسلوك وعادات واهتمامات ومهارات الطفل . (سهيل، 2015، 145)

5-1 فريق التشخيص :

يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طب الأطفال / الأعصاب / الطبيب النفسيإلخ) والأخصائي النفسي ، وأخصائي التربية الخاصة ، والأخصائي الإجتماعي ، والمعالج الوظيفي ومعلم التربية الخاصة ، وأخصائي النطق واللغة ، والأسرةإلخ ، ويمكن الإستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة الطفل التوحدي . (القمش، 2013، 256)

2-5 أساليب التشخيص :

1-2-5 التشخيص الطبي :

الطبيب يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل و الولادة ، التطور الجسم النفسي والحركي للطفل حصول أمراض سابقة ، السؤال عن العائلة و أمراضها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصا الجهاز العصبي ، وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الإحتياج لها و منها :

- صورة صبغيات الخلية (Chromosomal analysis) لإكتشاف الصبغي الذكري المنكسر . Fragile-x syndrome

- تخطيط المخ EEG

- أشعة مقطعية للمخ CT scan

- أشعة بالرنين المغناطيسي MRI

قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد ، ولكن قد تكون مصاحبة له ، مثل وجود تشنج وغيره . (العبادي، 2006 ، 48)

2-2-5 التشخيص النفسي :

الهدف من التشخيص أو التقييم السيكولوجي هو: معرفة مستوى القدرات العقلية ومظاهر السلوك التكيفي لدى الطفل الذي لديه إضطراب طيف التوحد، وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة ، والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمني . ويجب على الأخصائي النفسي تقييم القدرة العقلية (الذكاء) للطفل على إختبارات رسمية ومقننة ، ومن أهمها إختبار وكسلر للأطفال وإختبار وبسي للأطفال ما قبل المدرسة ، وفيما يتعلق بتقييم مظاهر السلوك التكيفي للطفل ، فيمكن استخدام مقياس فايلاند للسلوك التكيفي ، ومقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (غانم ، 2013، 55).

3-2-5 التشخيص السلوكي :

يهدف هذا التشخيص إلى تقييم السلوك التكيفي للطفل المرتبط بقدراته ومهاراته في مواقف الحياة الواقعية ، ويمكننا معرفة نتائج هذا التشخيص من خلال تطبيق الأدوات الخاصة بالمعايير التشخيصية لإضطراب طيف التوحد . ولتعدد وكثرة الأدوات المستخدمة في التشخيص ، ركزنا في دراستنا على تطبيق المعايير التشخيصية الرسمية و العالمية على أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، نستعرضها في الآتي .

3-5 المحكات التشخيصية لطيف التوحد:

لقد أصدرت منظمة الصحة العالمية "WHO, ICD-10" (1992) تصنيفها الدولي العاشر للأمراض الذي تضمن مجموعة من المعايير التشخيصية اللازمة لتشخيص اضطراب التوحد ، تمثلت فيما يلي :

- الضعف النوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل ، ويظهر في مشكلات الإستجابة لمشاعر الآخرين /أو ضعف في استخدام سلوكيات تناسب الموقف الاجتماعي والإفتقار للقدرة على استخدام الإشارات الاجتماعية والتبادل الإنفعالي الاجتماعي .
- الضعف النوعي في التواصل ، ويظهر في مشكلات استخدام المهارات اللغوية وضعف في اللعب الاجتماعي والتقليد الاجتماعي وضعف القدرة على الحوار والنقاش وضعف في استخدام اللغة اللفظية وغير اللفظية للتواصل مع الآخرين .
- سلوكيات ونشاطات نمطية ومتكررة تظهر من خلال الميل لأداء نشاطات محددة في كل يوم والإرتباط بأشياء معينة وخصوصا في مرحلة الطفولة المبكرة ، بالإضافة إلى الإنشغال بسلوكيات حركية نمطية والتركيز على خصائص معينة في الأشياء كاللون و الرائحة ، وكذلك رفض التغيير في الروتين اليومي .
- إن الخصائص والأعراض السابقة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل. (إمام والروسان، 2010، 220)

وجاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع- النسخة المعدلة عام (2000) (DSM-IV-TR, 2000) تضمن المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد نورها فيما يلي :

- (أ) ستة أو أكثر من الفقرات الواردة في البنود (1) و (2) و (3) بالإضافة إلى إثنين على الأقل من البند (1) و واحدة على الأقل لكل من البندين (2) و (3) التالية :
- **البند (1) :** قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي معبر عنه في إثنين على الأقل مما يلي :
 1. قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة والمتضمنة الأمثلة التالية (التواصل العيني المباشر، وتعابير الوجه ، والأوضاع الجسمية، والإيماءات) لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي .
 2. الفشل في تطوير العلاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني .
 3. ضعف القدرة التلقائية على مشاركة المتعة والإنجاز والإهتمامات مع الآخرين وذلك من خلال ضعف القدرة على عرض أو إحضار (جلب) أو الإشارة إلى الأشياء قيد الإهتمام.
 4. نقص التفاعل الاجتماعي والإنفعالي المتبادل والذي قد يبدو في نقص القدرة على الإرتباط بالآخرين أو إدراك حالاتهم الإنفعالية .

- البند (2): قصور نوعي في التواصل معبر عنه في واحد على الأقل مما يلي :

1. تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة أو القدرة على الحديث .
2. عدم القدرة على إنشاء المحادثات مع الآخرين أو الإستمرار بها .
3. الإستخدام النمطي والتكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة .
4. النقص في القدرة على اللعب الإيهامي التلقائي (العفوي) أو اللعب الإجتماعي المقلد والمناسب للعمر الزمني .

- البند (3) : أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية معبر عنها في واحد

على الأقل مما يلي :

1. الإنشغال الزائد في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية و المحدودة و التي تبدو غير إعتيادية من حيث مستوى شدتها ونوعية تركيزها .
2. الإلتزام الجامد (غير المرن) غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية .
3. حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل (رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع).
4. الإنشغال الزائد عن الحد بأجزاء الأشياء .

(ب) تأخر أو أداء غير طبيعي في واحد على الأقل من المجالات التالية مع ضرورة ظهور ذلك قبل سن 3 سنوات :

1. التفاعل الإجتماعي .
 2. اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي .
 3. اللعب الرمزي أو التخيلي .
- (ج) لا ينسب هذا الإضطراب إلى عرض رت أو التفكك (الإرتداد) الطفولي .

أما المحكات التشخيصية الخاصة بإضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM-5 , 2013) المستوى الأول 299.00 (F84.0):

(أ) قصور (عجز) دائم في التواصل الإجتماعي والتفاعل الإجتماعي والذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد ، والمعبر عنه بما يلي سواء كان ذلك القصور معبر عنه حالياً أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية):

1. قصور (عجز) في التفاعل الإجتماعي -الإنفعالي المتبادل والممتد ، على سبيل المثال: وجود منحى (نهج) إجتماعي غير عادي وفشل في إنشاء محادثات تبادلية (ذهاباً وإياباً) عادية ، إلى نقص في القدرة على مشاركة الإهتمامات والمشاعر أو العواطف (الوجدان) ، إلى الفشل في البدء (المبادرة) بالتفاعل الإجتماعي أو الإستجابة للمبادرات الإجتماعية .

2. قصور (عجز) في السلوكيات التواصلية غير اللفظية والمستخدم في التفاعل الاجتماعي والممتدة ، على سبيل المثال ، من الفقر في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية وغير اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي ، إلى قصور في التواصل العيني وتوظيف لغة الجسد أو قصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي ، إلى النقص الكلي في القدرة على توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي .

***يرجى تحديد مستوى الشدة :**

يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الإعتلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة .

(ب) أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية معبر عنها في إثنين على الأقل مما يلي سواء كانت هذه السلوكيات معبر عنها حاليا أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية:

1. النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية (الحركية)، واستخدام الأشياء ، واللغة (أمثلة : الحركات النمطية البسيطة ، صف الألعاب في صفوف أو تقليب الأشياء ، المصاداة ، العبارات ذات المعاني الخاصة) .

2. الإصرار على الرتبة (التشابه) ، الإلتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية و غير اللفظية (أمثلة : الإنزعاج (عدم الراحة ، الضيق) الشديد للتغيرات البسيطة ، صعوبات في الانتقال ، أنماط تفكير جامدة ، أنماط طقوسية في تحية الآخرين الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم) .

3. إهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية و التي تبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها (أمثلة : التعلق (الإرتباط) الزائد القوي أو الإهتمامك (الإنشغال) الزائد القوي بأشياء غير عادية ، إهتمامات ضيقة و محدودة.

4. فرط أو إنخفاض في الإستجابة للمدخلات الحسية أو إهتمامات غير عادية لجوانب (مظاهر) البيئة الحسية (أمثلة : عدم الإكثارات الواضح للألم أو درجة الحرارة ، استجابات متعكسة لأصوات محددة أو أنسجة (أقمشة) محددة ، الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء ، الإقتتان البصري بالأضواء أو الحركات).

***يرجى تحديد مستوى الشدة:**

يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الإعتلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة .

(ج) وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية مستوى القدرات ، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة).

(د) ضرورة أن تسبب الأعراض إعتلالا (عجزا) ذو دلالة واضحة في قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي ، و الأداء الوظيفي ، أو أية جوانب هامة أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفي .

(هـ) إن الإضطرابات التي تحدث لدى الفرد بفعل هذه الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) أو التأخر النمائي العام ، إن الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) وإضطراب طيف اتوحد كثيرا ما تتصاحب مع بعضها البعض ، وحتى يشخص الفرد بإضطراب طيف التوحد والصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) فلا بد أن يكون التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع وفقا لمستوى الفرد النمائي .

ملاحظة: إن الأفراد المشخصين رسميا بمتلازمة اسبرجر أو الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة وفقا لمعايير الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل ، لا بد وأن يحصلوا على تشخيص بإضطراب طيف التوحد، إن الأفراد الذين يعانون من قصور (عجز) واضح في القدرة على التواصل الاجتماعي ولا ينطبق عليهم الأعراض الخاصة بمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد، لا بد من أن يتم تقييمهم وفقا لفئة جديدة تسمى "اضطراب التواصل الاجتماعي".

(DSM-V, 2013)(الجابري، 2014، 12-13) (محمود والطلی، 2017، 341-343)

في حين يلخص الجدول التالي أهم الفروق بين (DSM-4) و (DSM-5)

جدول رقم (02) يوضح ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة

والمعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	DSM IV-TR (2000)	DSM V (2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمس اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	5 اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت ، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بالتوحد ، اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة
محكات التشخيص	ثلاث محكات: التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، السلوكيات النمطية	محكين: التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمس اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة

المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محدد	محددة : الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة ، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك، الكاتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	03 سنوات	الطفولة المبكرة (08 سنوات)

(الجابري،2014،10) (محمود والطللي،2017،339)

5- 4 أدوات تشخيص إضطراب طيف التوحد:

هي مجموعة من أدوات القياس والتشخيص تم تصميمها من قبل باحثين و مختصين وخبراء مهتمين بمجال التوحد، من أجل تشخيص إضطراب طيف التوحد وتمييزه عن باقي الإعاقات والإضطرابات ، ومن أكثر الأدوات إستخداما ما يلي :

- **قائمة السلوك التوحيدي (ABC) The Autism Behavior Checklist** : طورها **Kurg Arickand Almond**، وتشتمل هذه القائمة على 57 فقرة موزعة على (05) أبعاد (الإستجابات الحسية استعمال الجسم ، المهارات اللغوية ، العناية بالذات ، المهارات الإجتماعية)، من المفيد استخدامها لتوثيق تقدم الطفل. (الزراع، 2004، 05)

- **جدول الملاحظة التشخيصية (ADOS) The Autism Diagnostic Observation Schedule** : وهي أداة مراقبة تشخيصية للسلوك والتواصل والتفاعل الإجتماعي ، طورها "لورد وآخرون" (1989) ، لتستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين لديهم توحد والذين تطورت لديهم المهارات اللغوية لمستوى لا يقل عن 03 سنوات . (Mick , 2005 , 130)

- **المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI-R) Autism Diagnosing Interview-Revised** : الصورة الأصلية لها نشرت (1989)، وعدلت عام (1994) من قبل "لورد وريتير"، تتألف من (93) بند يأخذ تطبيقها بين ساعة ونصف وساعتين ، وتركز على ثلاثة مجالات وظيفية هي : اللغة والتواصل والسلوكيات النمطية ، وهي مفيدة في التشخيص الرسمي وكذلك في العلاج والخطط التربوية. (هارون ،2014، 22)

- **قائمة التوحد للأطفال دون سنتين في بداية مرحلة المشي (CHAT) Checklist for Autism in Toddlers** : تم تطويرها على يد "سيمون بارون-كوهن" "Cohen-Simon Baron" في بداية التسعينيات من أجل ملاحظة السلوكيات التحذيرية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر 18 شهرا ، إلا أن واضعي هذا الإختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد ، ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكرا بالحاجة إلى تحويل الحالة إلى اختصاصي متمرس.(الزراع،2017،93)

- **مقياس جيليام لتقدير إضطراب التوحد بنسخته الثالثة (Gilliam Autism (GARS-3 Reting Scale**: تم تصميم المقياس لتشخيص التوحد للأفراد الذين تراوحت أعمارهم ما بين (3-22) سنة ، و قد تم بناؤه بالإعتماد على المعايير التشخيصية في الدليل الإحصائي التشخيصي للإضطرابات العقلية بنسخته الخامسة (DSM-5) ، يستغرق تطبيقه (5-10) دقائق ، ويتكون من (56) فقرة موزعة على ستة مجالات فرعية وهي : التقليد ، والتكرار ، والسلوكيات ، والتفاعل الإجتماعي ، والتواصل الإجتماعي والإستجابة الإنفعالية ، والنمط المعرفي ، والكلام غير التكيفي . (Gilliam, 2014, wab)
- **مقياس تقدير التوحد الطفولي بنسخته الثانية (Childhood Autism (CARS-2 Reting Scale**: وهو من أكثر الإختبارات استخداما في تشخيص إضطراب طيف التوحد وتحديد شدته ، بني من قبل "Schopler ,Reichler ,Devellis & Daly" (1988)، ويتناول المقياس 15 جانبا هي : التفاعل مع الناس ، القدرة على التقليد ، الإستجابة العاطفية والوجدانية ، استخدام الجسم ، استخدام الأشياء ، التكيف مع التغيير ، الخوف والتوتر ، مستوى النشاط ، التواصل اللغوي ، التواصل غير اللفظي ، الإستجابات الحسية (الشم ، الذوق ، اللمس) ، الإستجابات الحسية البصرية ، الإستجابات الحسية السمعية ، ثبات الإستجابات الإدراكية ، الإنطباع العام للطفل، ويعطي المقياس أكثر من درجة للتوحد ، علما بأنه معرب ومقنن على أكثر من بيئة عربية . (الشامي أ، 2004، 314) (الجبلي، 2015، 59، وسوف يتم التطرق لشرحه بالتفصيل في الجانب الميداني للدراسة .

5-5 التشخيص الفارقي :

على الرغم من وجود محكات تشخيصية واضحة لإضطراب طيف التوحد ، ومظاهرة تميزه عن باقي الإضطرابات ، إلا أنه مازالت هناك صعوبة في الوصول إلى تشخيص دقيق وواضح ، وقد يعود ذلك لتشابه الأعراض والمظاهر ، لذلك لابد من توضيح هذا الالتباس بالتعرض للفروق الجوهرية بين إضطراب طيف التوحد والإعاقات أو الإضطرابات الأخرى .

5-5-1 التوحد و الفصام :

هناك من يرى إنإضطراب طيف التوحد ومرض الفصام هما الإضطراب نفسه ، ولكن أكدت غالبية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع على الإختلاف الشديد بين هذين الإضطرابين .نلخص هذي الفروقات كما أشار إليها كل من (الزراع، 2004-2017) و(الشامي أ، 2004) في الجدول التالي:

جدول رقم (03) يلخص الفروقات بين الفصام و إضطراب طيف التوحد

إضطراب طيف التوحد	الفصام
إضطراب نمائي	مرض عقلي
يظهر خلال ثلاث سنوات الأولى	يظهر في سن الرشد
قصور في التفاعل الإجتماعي	يعانون من ذهانات وتطابير للأفكار وهلاوس
تقترن الإعاقة العقلية بالتوحد	لا تقترن الإعاقة العقلية بالفصام
نسبة الحدوث 4/1 ذكور مقابل إناث	نسبة الحدوث متساوية بين الذكور و الإناث

هذه أهم النقاط التي يمكن أن نفق بها بين إضطراب طيف التوحد و الفصام .

5-5-2 إضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية :

أشار بعض الباحثين إلى أن أكثر من (70%) كما جاء في "الجلامدة" (2016) من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية، بمعنى أن هناك تشابه بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية، إلا أن هناك خصائص تميز بينهما.

حيث يتفق كل من (الجلامدة، 2016) و (الزراع ، 2017) و (الشرقاوي ، 2018) على بعض أهم الفروقات بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية ، نوضحها في الجدول التالي :

جدول رقم (04) يبين أهم الفروقات بين إضطراب طيف التوحد و الإعاقة العقلية

إضطراب طيف التوحد	الإعاقة العقلية
ليس لديهم تعلق بالآخرين	يتعلقون بالآخرين و لديهم وعي اجتماعي
اللغة غير موجودة و إن وجدت تكون غير عادية	حصيلة لغوية مناسبة و يكتسب نمو في اللغة
يحتاج إلى جهود فائقة و صبر في التعامل معه	يتلقى التدريب بشكل أسهل
يميلون أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية	لديهم العيوب الجسمية
إبداء مهارات خاصة مثل الرسم و الموسيقى	لا يظهر لديهم هذه المهارات بشكل كبير
يحتاج غالبا إلى رعاية مدى الحياة تقريبا	يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل
وجود سلوكيات نمطية شائعة	يختلفون في السلوك النمطي الذي يظهرونه

3-5-5 إضطراب طيف التوحد وإضطراب فراجيل اكس :

للتمييز بين التوحد ومتلازمة اكس نلاحظ الفروقات لدى ذوي هذه المتلازمة تكمن في المواصفات الجسمية غالبا فهم ذوي جبهة عريضة وعالية وعيون ساكنة وأذنين كبيرتين ووجه طويل وقدمين مسطحتين وأحيانا صمامات قلب غير عادية نسبيا . (أسامة والشربيني، 2010، 120 - 138) بينما لا تتوافر عند الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد إلا نادرا.

4-5-5 إضطراب طيف التوحد وإضطراب التواصل:

تعد إضطراب التواصل أحد المظاهر الأساسية في إضطراب طيف التوحد ، إذ أن التشابه والخلط بينهما كبير أحيانا ، بسبب اضطرابات في اللغة الإستقبالية واللغة التعبيرية مما تعيقهم على التواصل بشكل جيد مع الآخرين .

وفي هذا الصدد تشير سميرة السعد وعثمان فراج في (القمش ، 2011) إلى جوانب التشابه والإختلاف بينهما ، تتمثل في العناصر التالية كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (05) يوضح جوانب التشابه و الإختلاف بين إضطراب التواصل و إضطراب طيف التوحد

التشابه و الإختلاف	إضطراب طيف التوحد	إضطراب التواصل
أوجه التشابه	قصور في التواصل اللفظي	
	غياب القدرة على تكوين علاقات إجتماعية	
أوجه الإختلاف	تظهر عندهم خصائص التردد للكلمات (المصاداة)	لا تظهر عليهم ظاهرة التردد الآلي (المصاداة)و الخلط في إستخدام الضمائر
	القصور اللغوي يكون أكثر	درجة القصور اللغوي لديهم أقل
	يعانون من قصور في أشكال التواصل اللفظي و غير اللفظي	محدودية القصور اللغوي (في نوع معين من أشكال التواصل)
	يعانون قصورا واضحا في مجال اللعب الإبتكاري التخيلي	يندمجون في الألعاب الإبتكارية الخيالية
	نسبة ذكاء أقل	نسبة ذكاء أعلى

من خلال عرض لأهم الفروقات بين إضطراب طيف التوحد وإضطراب التواصل ،يتضح أن الإضطرابين مختلفين تماما عن بعضهما البعض.

5-5-5 إضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية :

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة ، قد يظهرون بعض السمات الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد ، من هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية .(القمش ،2011، 122)

وتتفق كل من (القمش،2011) والجلامدة(2016) في بعض جوانب التشابه والإختلاف بين إضطراب طيف التوحد و الإعاقة السمعية نلخصها في الجدول التالي :

جدول رقم (06)يوضح جوانب التشابه والإختلاف بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية

التشابه والإختلاف	إضطراب طيف التوحد	الإعاقة السمعية
أوجه التشابه	الإنسحاب و غياب القدرة على التواصل	
	الاندماج في حركات نمطية	
	عدم القدرة على التخاطب و التواصل اللفظي	
أوجه الإختلاف	معاملات الذكاء أقل	معاملات الذكاء أعلى
	لديهم عجز رئيسي في تكوين الصداقات و العلاقات الإجتماعية	لديهم القدرة على تكوين العلاقات الإجتماعية و التفاعل الإجتماعي
	لا يحققون تواصلا غير لفظي بشكل أفضل	يحققون تواصلا غير لفظي مع الآخرين أفضل
	صعوبة التشخيص لعدم توفر الأدوات المقننة لهذا الغرض	يسهل تشخيص أصحاب هذه الإعاقة بالفحص الطبي لتوفر أجهزة السمع و الكلام

لقد تم تقديم إضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-V , 2013) ضمن ما يعرف بإضطراب طيف التوحد، والذي يضم إضافة إلى التوحد : إضطراب أسبرجر، وإضطراب التفكك الطفولي ،والإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ،كما تم ذكرها سابقا .

أما التمييز والفروقات بين التوحد وبقية إضطرابات طيف التوحد الأخرى نلخصها في الجدول التالي كما جاءت في (غانم:2013) :

جدول رقم (07) يوضح الفرق بين إضطراب التوحد و إضطرابات طيف التوحد الأخرى

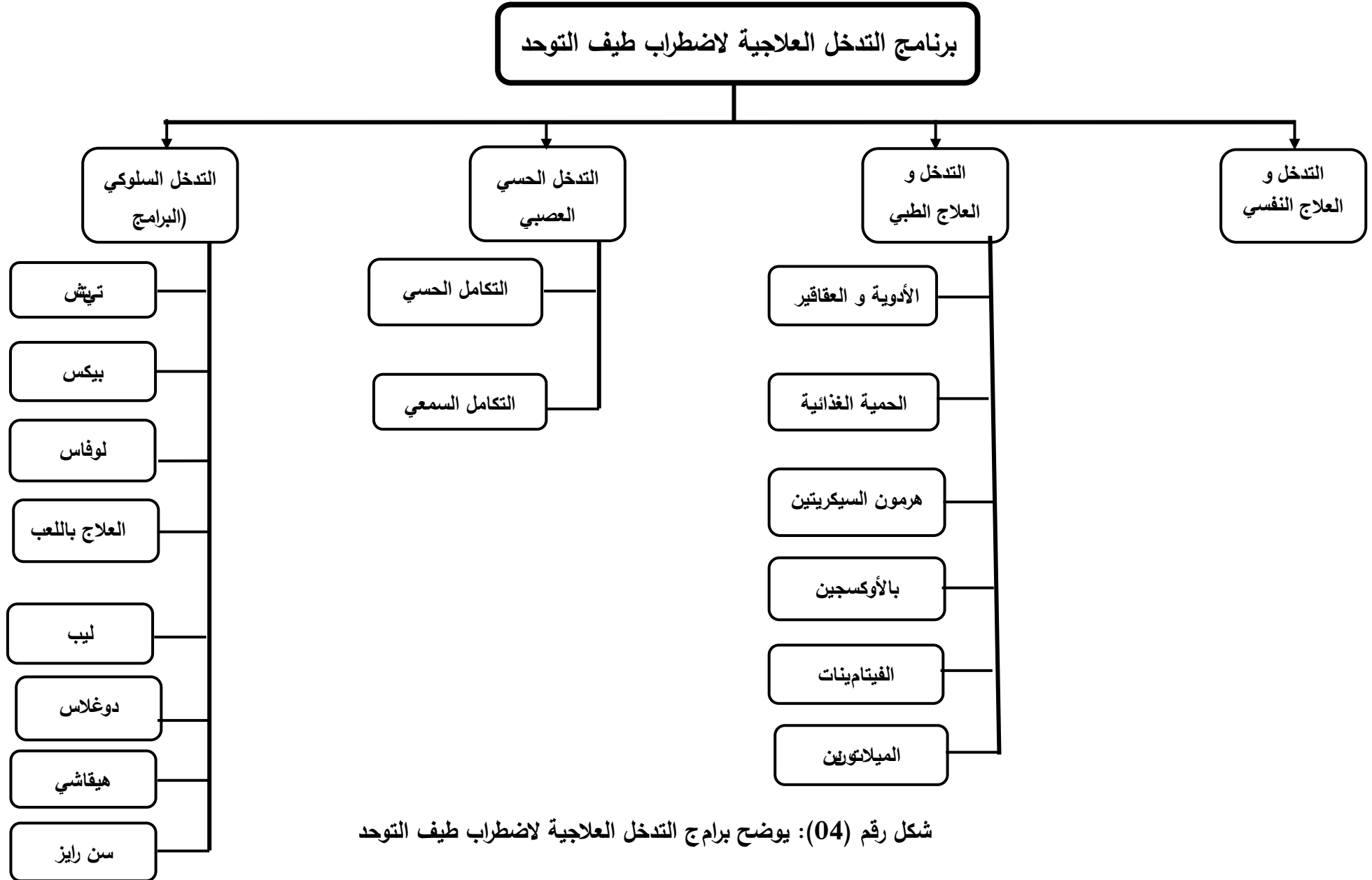
الإضطراب	معيـار التفريق 1: العمر عند بداية الإضطراب
التوحد	قبل السنة الثالثة
اسبـرجر	بعد السنة الثالثة
التفكـك الطفولي	بعد عمر سنتين و قبل عمر 10 سنوات
نمائي غير محدد	غير محدد
الإضطراب	معيـار التفريق 2: الذكاء العملي
التوحد	يتراوح من فوق المتوسط إلى الإعاقة الذهنية الشديدة
اسبـرجر	درجة ذكاء متوسط أو ما فوق
التفكـك الطفولي	تأخر عقلي شديد
نمائي غير محدد	يتفاوت بين تأخر عقلي بسيط إلى درجة ذاء فوق المتوسط
الإضطراب	معيـار التفريق 3: النمو الأولي
التوحد	من الحالات على الأقل%تأخر واضح من السنة الأولى على 75
اسبـرجر	لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام و المهارات الإدراكية
التفكـك الطفولي	تطور طبيعي في النمو حتى عمر 3-5 سنوات و أحيانا حتى العاشرة يتلوه تراجع و فقدان للمهارات
نمائي غير محدد	غير محدد
الإضطراب	معيـار التفريق 4: الخصائص الجوهرية
التوحد	قصور نوعي في مجالات التفاعل الإجتماعي والتواصل والسلوكيات
اسبـرجر	قصور نوعي في جانبي التفاعل الإجتماعي و السلوك لا يوجد تأخر بالقدرات المعرفية لديهم اهتمامات في مواضيع محددة جدا و يرغبون بالحديث عنها دائما
التفكـك الطفولي	إضطراب في التفاعل الإجتماعي و اللغة و اللعب و القدرة على ضبط المثانة و التبرز و المهارات الحركية مشكلات شديدة في اللغة الإستقبالية و التعبيرية و اللعب
نمائي غير محدد	وجود القصور النوعي في جانب التفاعل الإجتماعي وجود القصور النوعي إما في التواصل أو السلوك و ليس الاثنين معا الإضطراب في المجالات السابقة أقل حدة مما هو لدى التوحد

الإضطراب	معيار التفريق 5: المظاهر الطبية
التوحد	حدوث النوبات الصرعية بصورة شائعة
اسبرجر	حدوث النوبات الصرعية بصورة غير شائعة
التفكك الطفولي	حدوث النوبات الصرعية بصورة شائعة
نمائي غير محدد	حدوث النوبات الصرعية بصورة شائعة
الإضطراب	معيار التفريق 6: نتائج التحسن
التوحد	يتراوح ما بين الضعيف إلى الجيد
اسبرجر	يتراوح ما بين المقبول إلى الجيد
التفكك الطفولي	ضعيف جدا
نمائي غير محدد	يتراوح ما بين المقبول إلى الجيد

وخلاصة القول عن عملية التشخيص الشاملة لإضطراب طيف التوحد بأنها ليست عملية سهلة ، بل تتطلب مجهود و اتباع مراحل للحصول على تشخيص دقيق ، وذلك من خلال تضافر الجهود و توفر الخبرة الميدانية و المعرفة العلمية لفريق التشخيص المتعدد الاختصاصات أي الأطراف المشاركة في عملية التشخيص ، واختيار الأداة المناسبة التي تتناسب والمرحلة العمرية للطفل ، بالإضافة إلى المشاركة الفعلية والفاعلة لأولياء الأمور في عملية التشخيص ، بإعتبارهم أحد أهم الركائز الأساسية في عملية التشخيص تليها مرحلة تفسير النتائج وكتابة التقرير بدقة و مهنية ، وأخيرا إختيار البرنامج الفعال الذي سيتلقاه الطفل في ضوء التشخيص الدقيق .

6- برامج التدخل العلاجية والتربوية لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد:

إن تعدد الفرضيات والنظريات المفسرة لحدوث إضطراب طيف التوحد أدى لوجود أساليب علاجية متنوعة ومختلفة ، إلا أنه و لحد الآن لا يوجد علاج شاف لإضطراب طيف التوحد ، وكل البرامج والتدخلات العلاجية تهدف للوصول بالطفل إلى أفضل حال بتنمية مهاراته والتقليل من حدة مشكلاته وبالتالي ليس هناك طريقة علاج أو تدخل واحة يمكن أن تنجح مع كل الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ولكثرة تلك البرامج عمدت الباحثة على تصنيفها وفق الشكل التالي :



شكل رقم (04): يوضح برامج التدخل العلاجية لاضطراب طيف التوحد

6-1 التدخل بالعلاج النفسي :

يتفق كل من "عبد الرحمان بخيت"(1999) و"عبد الرحمان سليمان"(2001) و"رشاد موسى"(2002) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة ، وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفع اللازم له و هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج .(الشرقاوي ،2018، 241)

والعلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

الأولى : يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الإنفعالي من قبل المعالج.

الثانية : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرخاء الإشباع والإرضاء.ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليلين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى و تقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية. (الجبلي ،2015، 103)

6-2 طرق العلاج والتدخل الطبي :

تهدف هذه الطرق إلى التخفيف من أعراض إضطراب طيف التوحد من خلال استخدام العديد من الإجراءات الطبية والفسولوجية ومن هذه الطرق ما يلي :

6-2-1 العلاج باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية : وذلك للتقليل من المظاهر السلوكية للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، على إفتراض أن مثل هذه السلوكيات ناتجة أساسا من خلل بيوكيميائي في الدماغ.(الخطيب وآخرون،2013، 339)

ويصف المختصون في هذا المجال أدوية تستخدم مع فئات أخرى يفترض أن أسبابها عضوية مثل الأدوية التي توصف للأفراد الذين يعانون الفصام ، أو الإكتئاب أو القلق ، أو التشنج مثل الأدوية المضادة للذهان (Neuroleptics)، والأدوية المضادة للإكتئاب (Antidepressants)، والأدوية المضادة للقلق /المهدئات (Anti Anxiety)، والأدوية المضادة للتشنج (Anticonvulsants)، والأدوية المنبهة (Stimulants)، ومحصرات الأفيون (Opiate Blockers)، ومحصرات البيتا (Beta Blockers).(الزراع،2017، 123)

وتشير الدراسات بأن نتائج التحسن على هذه الأدوية عند الأطفال التوحديين كانت متواضعة بحيث لم تزد على (2%) للتحسن الكامل ، و(20%) للتحسن الجزئي .(غانم، 2013، 63)

للإشارة أن هذه الأدوية يجب أن تستخدم فقط للضرورة ، وفي الحالات التي يتم تهدئة الطفل للبدء في البرنامج التربوي والتدريب على المهارات الأساسية واللائمة التي يحتاجها الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد ، وتعطى بدقة وبحذر من طرف الطبيب لتفادي الآثار الجانبية للأدوية والعقاقير ، والتي قد تؤثر سلبا على تعلم وتدريب الطفل.

6-2-2 العلاج باستخدام هرمون السيكريتين:

هو هرمون يوجد في المعدة والأمعاء والبنكرياس والكبد ، وتتمثل وظيفته في تنظيم وظائف المعدة والأمعاء ، وتحفيزها على إنتاج انزيم البيبسين المحفز لإنتاج مادة السيروتونين ، كما يقوم بتحفيز البنكرياس على إفراز البيكربونات والإنزيمات الهاضمة ، وكذلك يحفز الكبد على إفراز العصارة الصفراء. (الزراع، 2017، 123)

وتبين الدراسات التي أجريت على أسر أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد تناول أطفالهم هذا الهرمون ، أن (10%) من الأسر شعروا ببعض التغيرات الجيدة على أطفالهم عند أخذ حقنة من الهرمون و (30%) شعروا بتحسنت ذات دلالة ، و (30%) كانوا غير متأكدين، و (30%) أكدوا أنه ليس هناك أي تغيرات تذكر ، وأشارت كذلك دراسات بأن هرمون السكريتين آثارا جانبية منها النشاط الزائد والعداية ونوبات صرع خفيف لبعض الأطفال بعد أخذ الجرعة الرابعة منه. (غانم، 2013، 63-64)

6-2-3 العلاج باستخدام الفيتامينات:

بسبب الافتراض بأن أمعاء أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لها خاصية منفذة أي مرشحة، في أن إستفادتهم من الفيتامينات العادية قليلة ، من هنا فإن تزويدهم بالفيتامينات المتعددة من شأنها أن يعوضهم عن الخسران في الفيتامينات العادية الموجودة في الأطعمة (الخطيب وآخرون 2013، 340) وتهدف طريقة العلاج بالفيتامينات إلى تقليص بعض أعراض إضطراب التوحد ، وذلك بإعطاء كميات إضافية من الفيتامينات تعمل على تصحيح بعض الإختلالات البيوكيميائية .ومن أمثلة الفيتامينات التي يوصى بها :فيتامين (B-6) مع المغنيسيوم ، لتقليل الآثار الجانبية مثل تخدر اليدين والقدمين ويشار إلى أنه يقلل من النشاط المفرط والسلوك العدواني ، كما ثبت أن فيتامين (B-6) يحقق (50%) من الفائدة لمن يجربونه.و هناك فيتامينات أخرى يمكن الإستفادة منها مثل فيتامين (C) وفيتامين (A) والزنك والكالسيوم وغيرها . (الزراع، 2017، 124)

6-2-4 العلاج بالميلاتونين:

وهو هرمون ينتج من خلال الغدة الصنوبرية في الدماغ وله دور في تنظيم دائرة النوم – الإستيقاظ ، لدى العديد من الأطفال التوحديين مشكلات في النوم ، حيث وجد لدى البعض إنتاج شاذ غير طبيعي لهذه المادة ، لذلك يتم إعطاء الطفل هرمون الميلاتونين لتنظيم عملية النوم والإستيقاظ. (غانم، 2013، 64)

إلا أن هذا الهرمون - وحسب دراسات مؤقتة- حقق بعض النجاحات في تحسين نظام النوم لدى عدد من الأطفال من ذوي إضطراب التوحد الذين يعانون من مشاكل في أنماط النوم.(الزراع، 2017، 125،

6-2-5 العلاج بالحمية الغذائية:

يشير ياسر "الفهد" (2000) إلى أن آخر ما توصل إليه العلماء ، والأطباء ، والكيميائيين من أن استخدام النظام الغذائي الخالي من الجلوتين و الكازين، ويعد الجلوتين هو البروتين الموجود في المواد النشوية (القمح ، الشوفان ، الشعير)، والكازين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته وذلك لأن العديد من أطفال التوحد لديهم أمعاء و معدة بها خلل أو تلف ، وهذه الأمعاء المرشحة تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئياً للمرور من خلال مجرى الدم ، وهذه البروتينات المهضومة جزئياً تكون مادة البيبتيدات التي تكون لها تأثيرات تخديرية ، وتحدث أضراراً مثل أي مخدر عادي، وهذه المخدرات تستطيع أن تسبب التوحد . (الفهد ، 2000، 66)

في هذا الصدد أوضحت دراسة كل من "وايتلي وآخرون" " Whiteley et al (2013) ان استخدام الحمية الغذائية الخالية منالكازين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد السلوكية (Whiteley et al ,2013) <https://doi.org/10.3389>

6-2-6 العلاج بالأكسجين:

هذا النوع من العلاج لم يكن مصمم للأطفال الذين لديهم توحد ، إنما وجد بأن العلاج بالأكسجين عالي الضغط يفيد في علاج إلتهاب الدماغ الفيروسي ، الذي يعتقد أنه أحد أسباب اضطراب التوحد ، وقد دلت نتائج بعض الدراسات على فعالية هذا النوع من العلاج على حالات التوحد. (غانم ، 2013، 64)

6 3 طرق العلاج والتدخل الحسي العصبي :

وتشمل تدريب التكامل الحسي وتدريب التكامل السمعي ، ونشرهما بإختصار فيما يلي :
6-3-1 التدريب على التكامل الحسي :المعالجة بالتكامل الحسي هو علاج حسي حركي للأطفال المصابين التوحد ، وقد طورتها "جين آيرز" Jean Ayres (1977-1979) التي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي ، والتدخل واستراتيجيات التدخل ، ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة التي تود باستجابات تكيفية وتعلم على نحو جيد . (القمش، 2011، 142)

6-3-2 التدريب على التكامل السمعي : تهدف هذه الطريقة من العلاج إلى تقوية عضلات الأذن الوسطى ، وتحفيز جهاز المخيخي والجهاز الدهليزي للأذن، وتم تصميم هذا الأسلوب العلاجي لجميع الفئات الخاصة التي قد تعاني صعوبات في ترجمة المثيرات السمعية .إلا أن التدريب السمعي لم يثبت فعاليته بشكل عام على الأفراد ذوي إضطراب التوحد ، وفي الحالات القليلة التي لوحظ فيها تحسن فالتدريب عليه يركز على مشكلة محددة ، وهي الحساسية الكبيرة للسمع.(الزراع، 2017، 127-128) وهناك عدد من البرامج العلاجية التي تهدف إلى تحسين الإنتباه وخفض بعض السلوكيات وأحاسيس القلق والإثارة منها: «العلاج بالموسيقى ، وعدسة إيرلين ، وآلة الضغط ، والمعالجة بالذلافين طريقة دومان ديلاكاتو ، إلا أن هذه البرامج و الطرق السابقة تعتبر مثيرة للجدل ، إذ لا توجد دراسات علمية تؤكد مدى فعالية وقياس نتائجها الحقيقية على الأطفال».(الشامي ج، 2004، 350)

6-4 طرق العلاج والتدخل السلوكي (باستخدام بعض البرامج التربوية التي تعتمد على تنمية المهارات):

يعتبر العلاج والتدخل السلوكي من أكثر البرامج المقدمة للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، والتي تعتمد أساسا على المنحى السلوكي وإجراءات تعديل السلوك ، وتنمية وإكساب المهارات . حيث تشير دراسة "عمر بن الخطاب" (1991) إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة ، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية ، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي ، وكذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين، ويعد الثواب و العقاب مبدأ رئيسا في هذه الفنية مع هدف تطوير ، وتعزيز السلوك الإيجابي ، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي.ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال ، في تشجيع اكتساب المهارات الإجتماعية ، ومهارات التواصل، ورعاية الذات ، والمهارات المعرفية . (علي، 2014، 34)

كما أن هناك العديد من البرامج التربوية التي تعتمد على تنمية المهارات مع الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، سواء في المنزل أو المراكز المتخصصة العلاجية ، والتي قد تختلف في أسسها وأهدافها لا أنها ترمي جميعا إلى التأثير الإيجابي على الطفل بتنمية جوانب القصور فيه، ومن أشهر البرامج التربوية ما يلي:

6-4-1 علاج وتربية الأطفال التوحديين و ذوي الإعاقات التواصلية (TEACCH):

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children.

أسس هذا البرنامج "أيرك سكوبلر" Eric Schopler (1970-1972) في جامعة نورث كارولينا الأمريكية ، حصل البرنامج على إعتراف جمعية التوحد الأمريكية ، بإعتباره برنامجا فاعلا لتعليم الأطفال ذوي الإضطرابات النمائية وخاصة إضطراب التوحد ، ويحظى برنامج تيتش حاليا بإنتشارا عالمي ومحلي ويطبق في العديد من البلدان ، إذ أعدت عن هذا البرنامج الكثير من الدراسات التي تناولت فعالية تطبيقه وكانت نتائجها إيجابية . (الزراع، 2017، 161)

تمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة والسلوك ، بل تقدم تأهيلا متكاملًا للطفل ، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل . (بطرس، 2009، 166)

ويشير "رياض سعد" (2008) و"مصطفى والشربيني" (2011) أن منهج تيتش يركز على تعليم مهارات التواصل ، والمهارات الإجتماعية ، ومهارات الإعتماد على النفس ، والمهارات الإدراكية ومهارات تمكن الطالب من التكيف في المجتمع ، والمهارات الحركية ، والمهارات الأكاديمية ، وذلك من أجل العمل باستقلالية.

كما أثبتت العديد من الدراسات مدى فاعلية برنامج تيتش في تحسين المهارات السابقة الذكر ، كدراسة "محمد مصباح" (2018) التي أثبتت فاعلية برنامج تيتش في تنمية بعض المهارات الإستقلالية لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف الذاتوية.

يركز برنامج تيتش على جوانب القوة والإهتمامات عند الطفل بدلا من التركيز على جوانب الضعف والخلل لديه ، والتعليم و التدريب ضمن البرنامج لا يقتصر على الطفل الذي لديه توحد ، وإنما يشمل أفراد أسرته ليتكامل العمل بين المركز والمنزل ، ويركز على تنظيم البيئة وتطوير الأنشطة المناسبة ، كما يراعي البرنامج الفروق الفردية بين الأطفال ذوي التوحد من خلال اختلافات ساعات التعليم وفق احتياجات كل طفل منهم ، كذلك اختلاف نسبة المعلمين إلى الأطفال وفق حالة الأطفال.(غانم، 2013، 69،

4-2-4 برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS) :System

وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل الذاتويين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وقد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق (Bondy Frost) عام (1994)، حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم على استخدام الشخص الذاتوي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصور للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب ، ويبني هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل : التعزيز ، التلقين ، التسلسل العكسي وغيرها ، ولا تقتصر فائدته على تسهيل التواصل فقط بل أيضا يستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.(مصباح،2018،39) ويتكون برنامج التواصل بتبادل الصور (PECS) من ستة مراحل وهي :

(1) مرحلة الاستبدال بمساعدة جسمية : وفيها يتم تعليم الطفل أن يستبدل صورة شيء مفضل له (طعام ، حلوى ،....) بهذا الشيء ، وذلك بمساعدة شخص آخر (شريك التواصل) يوجد بالقرب من الطفل ويستجيب له في الحال.

(2) مرحلة توسيع نطاق التلقائية: بعد اتقان الطفل للمرحلة الأولى تبدأ المرحلة الثانية التي تتضمن قيام شريك التواصل بالإبتعاد تدريجيا عن الطفل.

(3) مرحلة تمييز الصور: وفيها يتم تدريب الطفل على تمييز بين صورتين أو أكثر، لإختيار صورة الشيء الذي يريده.

(4) مرحلة بناء الجمل: وفيها يدرب الطفل على بناء جملة بسيطة بدلا من استخدام كلمة واحدة وذلك بزيادة صورة تعبر عن "أنا أريد" ثم صورة معزز.

(5) مرحلة الإستجابة لسؤال "ماذا تريد؟": وفيها يتم تدريب الطفل على الإستجابة لسؤال "ماذا تريد؟" ويطلب من الطفل تحديد صورة الشيء الذي يريده.

(6) مرحلة التعليق الإستجابي والتلقائي : وذلك بالإجابة عن أسئلة مختلفة مثلا : "ماذا ترى؟" و "ماذا تسمع". (الوكيل ، 2012، 55)

وفي دراسة كل من "باندي و فوست" "Bondy & Frost" (1994) أشارت إلى أنه بعد سنتين من تدريب (66) طفل دون سن المدرسة على نظام بيكس ، كانت النتيجة كما يلي: (56%) أصبحوا يتواصلون مع الآخرين من خلال الكلام فقط ، و(30%) أصبحوا يتواصلون من الآخرين من خلال الكلام والصور و(11%) أصبحوا يتواصلون من خلال الصور فقط.(غانم، 2013، 65)

تجدر الإشارة إلا أن هذا البرنامج قد يطبق بالموازاة مع برامج الأخرى مثل بيكس مع برنامج تيتش أو لوفاس أو التكامل الحسي ، بالإضافة إلى أنه يجب أن يطبق برنامج بيكس في جميع بيئات الطفل وفي مختلف الأوضاع ، من أجل تنمية وتعميم المهارات التواصلية إلى جانب المهارات الأخرى .
3-4-6 برنامج العلاج باللعب:

يعتبر اللعب أسلوبا جيدا بالنسبة للطفل العادي ولا سيما لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد إذ يعتبر مادة جيدة لحل بعض المشكلات والإضطرابات السلوكية لديهم . والهدف منه مع الأطفال ذوي التوحد هو تنمية تواصلهم بالمحيط ، حيث يرى بعض الباحثين إلى أن من خلال اللعب يمكن للطفل الذي لديه توحد تحسين مهاراته الإجتماعية ، والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة إجتماعيا والتخلص من سلوك إيذاء الذات، وذلك من خلال الألعاب والأنشطة الحركية والفنية والإجتماعية.(غانم، 2013، 67)

لذلك ركزت عليه بعض الدراسات منها دراسة "عزة" (1990) وكان الهدف منها التحقق من تأثير اللعب على حل المشكلات لدى الأطفال التوحديين ، حيث توصلت النتائج إلى أن اللعب ، وطريقة المشاركة ، وطريقة الممارسة تؤثر إيجابيا في حل مشاكل الأطفال. وهدفت دراسة " محمد" (2005) إلى إعداد برنامج باللعب لخفض حدة بعض الإضطرابات السلوكية لدى الطفل التوحدي، حيث أسفرت النتائج أن اللعب شأنه شأن معظم أساليب العلاج النفسي حيث يتناول الشخصية ككل ، ويؤثر عليها بشكل عام.(علي، 2014، 37)

4-4-6 برنامج الخبرة التعليمية كبرنامج بديل للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ليب (LEAP)

Learning Experiences Analternative Programming :

بدأ البرنامج في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر (3-5)سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.و يشمل أهداف هذا البرنامج في المنهاج الفردي على مجالات النمو الإجتماعية ، والإنفعالية ، واللغوية، والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية والحركية ، ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة .(سهيل، 2015، 182)

5-4-6 برنامج علاج الحياة اليومية هيقاشي (DLT Higashi School :Daily Lile Therapy)

يتبنى هذا المنهج مدرسة هيقاشي Higashi School في اليابان ، وهي من مدارس التربية الخاصة في اليابان ، ويركز البرنامج على التدريب البدني الشديد الذي ينتج عنه إطلاق مادة الأندروفينات (Endorphins) التي تحكم القلق والإحباط ، إضافة إلى برنامج موسيقى مكثف ، بالإضافة إلى الفن والدراما مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة ، وهذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي فريد في التعامل مع التوحد ، ويعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للإحتكاك ، والتفاعل من النمو الطبيعي يمكنهم من بناء قوة بدنية ، وتثبيت المشاعر والتعبير عن قدراتهم. (بيومي ، 2008، 40) وتؤكد دراسة كل من (بيومي ، 2008) و(محمود، 2009) على أن فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال الذين يعانون من التوحد ، حيث حقق البرنامج نتائج إيجابية على أبعاد قائمة المظاهر السلوكية الأربعة وهي : الإضطرابات الإنفعالية ، الإضطرابات الإجتماعية ، الإضطرابات في اللغة ، والأنماط السلوكية النمطية. ويعتمد برنامج العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية وهي :التعلم الموجه للمجموعة وتعليم الأنشطة الروتينية اليومية ، والتعليم بالتقليد ، وتقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم ، ويعتمد على الموسيقى والرسم والألعاب والرياضة . (سلامة، 2014 ، 67-68)

6-4-6 برنامج سن رايز:

بدأ هذا البرنامج على يد السيد والسيدة كافمان (1970) ابوين لطفل توحدي (رون)، وهو برنامج تدريبي للأسر وليس مركزا أو مدرسة، ويتلقى الطفل العلاج على مدى 12 ساعة يوميا وعلى مدار السنة، ويتم التدريب في المنزل وفي بيئة خالية من أي مثيرات قد تشتت انتباهه.(الشامي، 2004، 91)

7-4-6 برنامج دوغلاس للإعاقات النمائية (DDDC The Douglass Development :Disabilities Canter)

تعود بداية البرنامج لعام (1972) نتيجة التعاون بين جامعة ولاية نيوجرسي وبين المجلس المحلي للمدينة إلا أنه تم افتتاحه رسميا في عام (1987) بعد إجراء بعض التغييرات عليه على يد هاريس وزملاءه في جامعة روتجرز ، بهدف دمج الأطفال ذوي إضطراب التوحد مع أطفال طبيعيين في الروضة بعد أن يتلقى الأطفال التوحيديون تدريباً يمكنهم من ذلك .و يتبنى البرنامج فلسفة الدمج عن طريق تعليم الأطفال المهارات الضرورية التي تسهل دمجهم في الصفوف العادية باستخدام التعليم المباشر ، والتدرج بالخبرات وتغيير نسبة المعلمين إلى عدد الأطفال حسب شدة الحالات ، كما تبلغ عدد الساعات التدريسية للبرنامج (25) ساعة أسبوعيا.(الزراع، 2008، 73)

يتضمن البرنامج ثلاث مراحل تتدرج في الصعوبة ، إذ تنتهي هذه المراحل بدمج الطفل ذي إضطراب التوحد في فصول التعليم ، وهذه المراحل هي : فصل التحضير أو التهيئة ، وفصل المجموعة الصغيرة وفصل الدمج.(الزراع،2017، 170-171)

وبالإضافة لهذه البرامج توجد برامج أخرى منها: برنامج بيودهن لمرحلة ما قبل المدرسة ، وبرنامج والدين لمرحلة ما قبل المدرسة ، وبرنامج ديلور للتوحد ، وبرنامج سبيل ، فهي تختلف فلسفة عملها وأهدافها و طريقة تطبيقها و التدريب عليها .

6-4-8 برنامج مشروع الأطفال التوحديين لوفاس (YAP) Young Autistic Program:

استخدمت طريقة تحليل السلوك التطبيقي للإشارة إلى برنامج أو أسلوب لوفاس ، تم تم الإشارة إليه في فصل تحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك . وهو أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا) والذي يدير مركزا متخصصا لدراسة وعلاج التوحد، والذي استخدم الطريقة بنجاح مع أطفال التوحد. (شاكر ،2010، 133)

صمم هذا البرنامج "إيفار لوفاس" "Lovaas"(1964) وهو عالم نفس بجامعة كاليفورنيا ، وهذا البرنامج يعتمد على مبادئ العلاج السلوكي ، بهدف اكساب وبناء المهارات الضعيفة الموجودة عنده، مثل اللغة واللعب، ورعاية الذات والمهارات الأكاديمية، ومهارات الإنتباه،بالإضافة إلى أن البرنامج يسعى إلى التخفيف من المشكلات السلوكية المرتبطة بأطفال ذوي إضطراب التوحد.(Ozonoff,et al,2002, 77)

قد يتبادر للذهن عن ماهو أفضل برنامج تدخل العلاجي والتربوي لأطفال ذوي إضطراب طيف

التوحد، يمكن أن نتبعه للتخفيف من حدة الأعراض والمشكلات السلوكية المنتشرة بين حالات الأطفال،فيمكن أن نقول أنه لا توجد طريقة أو برنامج محدد ومعين بذاته يصلح لكل الحالات، بل قد تكون هناك استجابة لبعض البرامج والتي تكون قائمة ومصممة بناء على إحتياجات كل طفل ،حيث يشمل البرنامج تنمية جوانب القصور عند الطفل من مهارات وسلوكيات تكيفية ، والتغلب على أية من المشكلات التي قد تعيق عملية التعلم والتدريب ،على أن تصمم وتدار هذه البرامج من قبل مختصين مدربين مع مراعاة الفروق الفردية لكل طفل ، كما لا يجب إغفال دور أولياء الأمور والمهتمين برعاية الأطفال على ضرورة تدريبهم وتعليمهم لتنفيذ البرنامج ونجاحه .

خلاصة الفصل:

وخلاصة لما تم عرضه عن برامج التدخل العلاجية والتربوية للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، يمكن القول بسبب طبيعة الإضطراب الذي تختلف أعراضه وسماته وخصائصه من طفل لآخر وعدم الوصول إلى السبب الحقيقي لحدوثه ، وصعوبة تشخيصه بين الأخصائيين، فإنه ليس هناك اتفاق موحد حول برنامج وطريقة معينة تصلح لعلاج والتقليل من أعراض إضطراب طيف التوحد مع كل الأطفال وفي كل الحالات، إلا أن البحوث و الدراسات أثبتت أن البرامج العلاجية التدريبية والتربوية السلوكية المصممة لتنمية المهارات الأساسية الحياتية،و المعتمدة على فنيات تعديل السلوك وخاصة التعزيز، يستجيبون لها الأطفال بشكل جيد ، على أن تكون مطبقة من طرف مختصين مدربين ومؤهلين بشكل جيد ، وبطريقة متسلسلة وشاملة ومرنة تلائم واحتياجات الفردية لكل طفل ،مع إشراك الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج ، وتقديم الدعم النفسي والإجتماعي لهما من حين لآخر . وهذا ما سنتناول في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: تحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك

تمهيد

أولاً : تحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك

- 1- الأسس التاريخية لتحليل السلوك التطبيقي
- 2- تعاريف مفهوم تحليل السلوك التطبيقي
- 3- المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي
- 4- استخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
- 5- برنامج لوفاس
- 6- مبادئ و طرق التعليم في برنامج لوفاس (تحليل السلوك التطبيقي).

ثانياً : تعديل السلوك

- 1- مفهوم تعديل السلوك
- 2- الأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك
- 3- المبادئ الأساسية لتعديل السلوك
- 4- خطوات تعديل السلوك
- 5- أساليب وفنيات تعديل السلوك

-خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر كل من تحليل السلوك التطبيقي و تعديل السلوك من المفاهيم الأكثر شيوعا في علم النفس السلوكي عامة و في التربية الخاصة خاصة ، وذلك لإعتبارهما أحد الأساليب والإجراءات المهمة لتشكيل سلوك مرغوب أو لإخفاء سلوك غير مرغوب لدى الأفراد .لذلك إعتبر مفهوم تحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك ودراستهما ضرورة ملحة في مجال التربية الخاصة .

هذا ما سنستعرضه في الفصل الثاني الذي سيناقد أبرز الجوانب النظرية بالتفصيل لتحليل السلوك التطبيقي وتعديل السلوك، أولا: بتحليل السلوك التطبيقي عن طريق التطرق للأسس التاريخية لتحليل السلوك التطبيقي، وبعض تعاريف مفهومه ، وبعدها المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي، ثم استخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، ثم برنامج لوفاس، ومبادئ وطرق التعليم في برنامج لوفاس(تحليل السلوك التطبيقي)، والتدريب من خلال المحاولات المنفصلة. ثانيا تعديل السلوك ، مفهومه ، الأسس النظرية،المبادئ الأساسية له ، ثم خطوات تعديل السلوك ، وأخيرا أساليب و فنيات تعديل السلوك .

أولا : تحليل السلوك التطبيقي :

1-الأسس التاريخية لتحليل السلوك التطبيقي:

انبثقت عدة نظريات في بداية القرن العشرين عرفت بنظريات التعلم ، وقامت تلك النظريات على مبدأ رئيس مفاده أن السلوك أي سلوك تكيفيا كان أم غير تكيفي متعلم ، ورأت تلك النظريات أن التعلم يحدث بتأثير من المتغيرات البيئية وبخاصة المتغيرات التي تلي السلوك، وأن السلوك يكون نتاجه غير مرضية لا يتعلمه الفرد ويتخلص منه ، وقد اسهم عدد كبير من علماء النفس في إكتشاف قوانين علم نفس التعلم وتشكيل إطاره العام ومفاهيمه الأساسية ومنهم ، بافلوف، ثورندايك ، واطسون ، وسكينر، ولأن الافتراضات والقوانين العلمية التي ركزت عليها هؤلاء الرواد كانت تهتم تحديدا بالسلوك الظاهر ولم تركز على ما يدور داخل الجسد فقد عرفت باسم آخر وهو النظرية السلوكية. (الخطيب ،2017، 39)

وسنتناول هذه النظريات بالتفصيل في عنصر الأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك.

ولفهم أفضل لأبعاد تحليل السلوك التطبيقي فإن الدراسة فيه يجب أن تكون تطبيقية (Applied) وسلوكية (Behavioral)، وتحليلية (Analytic)،هذا بالإضافة إلى أنها يجب أن تكون أيضا تقنية (Technological)، ونظامية مفاهيمية (Conceptually)، وفعالية (Effective)، وكذلك تتصف بالعمومية (Generality).

وهو ما أشار إليه كل من "بير و وولف و ريسلي" "Baer, Wolf & Risley" (1968)، و "جوهن وماتسون" "Johnny L. Matson" (2009)، و "الزريقات" (2007)، وكيلى أمدون "Kelly, Amanda" (2017)، نلخصه نوضحه في الشكل التالي :



شكل رقم (05) يوضح أبعاد تحليل السلوك التطبيقي (ABA)

هذه أهم الأبعاد الأساسية لتحليل السلوك التطبيقي التي تتصف بها الخصائص الأساسية لأي تدخل تطبيقي سلوكي ، وقد تكون في أي تعريف له كما سنكتشفه في التعاريف الآتية لمفهوم تحليل السلوك التطبيقي.

2- تعاريف مفهوم تحليل السلوك التطبيقي:

يعرف تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavioral Analysis) إختصاراً بـ (ABA) باللغة الإنجليزية ، فهو العلم الذي يهتم بالتطبيق المنظم لمجموعة من القوانين والمبادئ العلمية المستندة إلى نظريات التعلم وعلم السلوك الإنساني بهدف تحسين السلوكيات المهمة إجتماعياً إلى درجة ذات مغزى والتثبيت تجريبياً من أن إجراءات التدخل المستخدمة هي المسؤولة عن التحسن في السلوك (Baer & Risley, 1987, 313)

عرفت هذه الطريقة (تحليل السلوك التطبيقي) بأسماء مختلفة منها التدخل السلوكي ، التحليل السلوكي. (Bridget & Taylor, 2000, 03)

وكذلك يعرف "أحمد الحارثي" (2009) تحليل السلوك التطبيقي « بأنه تصميم وتنفيذ وتقييم التعديلات البيئية لإنتاج تحسين اجتماعي هام في السلوك الإنساني، ويشمل تحليل السلوك التطبيقي على كل من استخدم الملاحظة المباشرة والقياس والتحليل الوظيفي للعلاقات الموجودة بين البيئة والسلوك». (الحارثي ، 2009 ، 35)

في حين يعرفه "الخطيب" (2017) بأنه «هو مجموعة أساليب منهجية منظمة تستخدم للتأثير على السلوك المهم إجتماعياً من خلال تحديد المتغيرات البيئية التي وثقت نتائج البحوث التجريبية أنها ذات صلة بهذا السلوك وإنتاج تقنيات لتغيير السلوك تستخدم تلك النتائج». (الخطيب ، 2017، 22)

استناداً للتعاريف السابقة فإن تحليل السلوك التطبيقي يمتد جذوره من مبادئ النظرية السلوكية فهو يقوم بدراسة وتحليل العلاقة بين المتغيرات البيئية والسلوك المراد تعديله أو تغييره (السلوك المستهدف) وعليه فتحليل السلوك التطبيقي يسعى لتطوير وتنمية المهارات والسلوك التكيفي ، أو إلى تعديل السلوك لتقليل السلوكيات غير مرغوبة .

هذا من جهة ، ومن جهة أخرى يستخدم تحليل السلوك التطبيقي علاجاً للأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد حيث يشير في مفهومه ، هذا ما أشار إليه "شوي" Chieso (2004) على أن تحليل السلوك التطبيقي هو «نظام عملي يقوم على دراسة تعديل السلوك الملاحظ من خلال معالجة البيئة المحيطة بالطفل، حيث تم اشتقاق إفتراضاته من خلال البحوث الأساسية في تعديل السلوك وتطبيقه في علاج حالات التوحد والإضطرابات النمائية الأخرى ، ويتضمن طرقاً تجريبية لمعالجة البيئة والإختيارات المتسلسلة للسلوك ، ويسمح ذلك بالتعرف على العلاقات الوظيفية بين السلوك والمتغيرات البيئية المحيطة بالطفل وعلاجها» . (سهيل، 2014، 175)

و تضيف "خليفة" (2004) أن تحليل السلوك التطبيقي يمثل الإستراتيجية التي يمكن إستخدامها بشكل علمي وفقاً لخطوات إجرائية و منهجية لعلاج الأطفال التوحديين ، ومن ثم تعمل على تنمية جوانب السلوك التكيفي . (خليفة ، 2004 ، 189)

وفي التحليل السلوك التطبيقي يستخدم العلاقة الشرطية ذات العناصر الثلاثة لتوضيح العلاقة بين المثيرات القبلية ، والسلوك، المثيرات البعدية . وإختصارا تعرف المفردات الثلاثة بـ(ABC) حيث :

• A تشير المثيرات القبلية (Antecedent) أو الموجهات أو متطلبات أي مثيرات تدفع الطفل للقيام بالفعل (السلوك).

• B تشير السلوك (Behavior) وهي الإستجابات (أي فعل يقوم به الطفل)

• C تشير المثيرات البعدية (Consequences) أو النتائج أي التعزيز أو العقاب حتى لو كان

بسيطا أو رد الفعل السلبي. (الحارثي،2009،39)(الخطيب، 2017، 72)

الجدول رقم(08) يمثل أمثلة توضيحية للمفاهيم الأساسية لـ(ABC) نوضحه كالتالي:

المثيرات القبلية (Antecedent) A	السلوك (Behavior) B	النتائج (Consequences) C
رفض الأم إعطائه لعبته المفضلة	صراخ الطفل	تقديم له اللعبة (استجابة الأم)
طلب منه القيام بنشاط تركيب المكعبات	الررفة	إجبار الطفل على القيام بالنشاط
رفض طلب الطفل	خبط الرأس على الحائط	صراخ الأم ومنعه بقوة

ففي الأمثلة السابقة إذا نتج عن صراخ الطفل أو الررفة أو خبط الرأس أن الأم أو المعلم أو الأخصائي انصاعوا لطلباته ورغباته ، يعتبر ذلك معزز لسلوك الطفل وبالتالي هي وسيلة التواصل مع المحيطين به، ومن جهة أخرى إن لم يلبي رغباته فيعتبر عقاب له ، ويستمر الصراخ أو الررفة أو خبط الرأس، وكذلك هي وسيلة عن التعبير والتواصل .

من خلال التعاريف السابقة لتحليل السلوك التطبيقي نستخلص أنه عبارة عن استراتيجية عملية منظمة تنبثق من قوانين النظرية السلوكية ،تقوم بدراسة سلوك الطفل وعلاقته بالبيئة ،من أجل تعديل السلوك غير المقبول ، وتنمية المهارات والسلوكيات المرغوبة ، والتي من خلالها تساعد الطفل على عملية الاندماج والتكيف مع الذات والمحيط الخارجي ، وهذا بإتباع برنامج تدريبي وتعليمي منظم ، منها برنامج لوفاس الذي يعتمد على تحليل السلوك التطبيقي.

وتحليل السلوك التطبيقي يرتبط ببعض المفاهيم الأساسية التي تشكل الأرضية التي بنيت عليها

منهجه ، نشرحه في العنصر الموالي.

3- المفاهيم الأساسية في تحليل السلوك التطبيقي:

3-1 السلوك:

يتفق كل من "سكينر" Skinner (1938) و"كاتانيا" Catania (2007) في تعريفهما للسلوك على أنه وعلى نطاق واسع يشمل كل ما يفعله الإنسان عند التعامل مع البيئة المادية. (Fisher & Roane, 2011, 03)

أما "جونستون وبينيبكر" Johnston & Pennypaker (1983) فيشيران للسلوك على أنه الجزء من تفاعل الإنسان مع بيئته وينتج عنه تغيير يمكن قياسه في بعد واحد على الأقل من أبعاد البيئة. (Johnston & Pennypacker, 1983, 461)

من خلال التعريفين يوضح أنه توجد علاقة ارتباطية وتفاعلية متواصلة ومستمرة بين الإنسان والبيئة المحيطة به. وحسب "الخطيب" (2017) فإن أهم خصائص السلوك تتمثل في أنه: قابل للتنبؤ، قابل لل ضبط ، قابل للقياس.

3-2 السلوك الإيجابي:

هو السلوك الذي تتحكم به المثيرات التي تسبقه ، فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك ، وهو أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي. (أبو السعد ، 2014، 22)

ومن أمثلة السلوك الإيجابي والذي قد نعتبره برد الفعل اللاإرادي هي : تضيق حدقة العين عند تعرضها للإنارة القوية ، واستنشاق غبار أو نكهات قوية يؤدي إلى العطاس ،الوخز بالإبر رجل طفل يؤدي السحب الفوري لها ، وغيرها من الأمثلة.

ولأن السلوك الإيجابي يتأثر بالمثيرات القبلية ولا يتأثر بالمثيرات البعدية فهو ثابت نسبيا ولا يتغير من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى ولكن ما يتغير هو أنواع المثيرات التي تستجده. (الخطيب، 2017، 64) وقد تم شرح المثيرات القبلية والمثيرات البعدية سابقا في عنصر تعاريف مفهوم تحليل السلوك التطبيقي .

3-3 السلوك الإجرائي:

هو نمط من الإشرط يعتمد على الإجراء يقوم به الكائن الحي تحت شوط معينة للتعلم ،ويسمى إشرطاً لأنه يعتمد على الإستجابة دون المثير ، كما أنه يتحدد بفعل العوامل البيئية ، ويظهر تلقائيا نتيجة لعدم إرتباطه بمثير معين .(نفس المرجع السابق، 23)

وتضيف كل من "ستادو وسريري" Staddon & Cerutti (2003) بأن السلوك الإجرائي تتحكم فيه نتائجه. (Staddon & Cerutti, 2003, 116)

من أمثلة عن السلوك الإجرائي أن الإنسان عندما يقرأ ويتعلم ويفكر وينام ، ويمشي ويجري ويأكل ويضحك ، ويسبح ، هذه جميعها أنواع من السلوك الإجرائي التي قد يقوم بها الإنسان من محض إرادته أي سلوك إرادي .

إن السلوك الإجرائي أقرب ما يكون من السلوك الإرادي ، بمعنى حدوثه ليس نتيجة مثيرات سابقة معينة ، بل ينتج من خلال تأثير المثيرات البعدية على السلوك الإجرائي ، بمعنى يحدث تغييرا في البيئة وأنه يتأثر بذلك التغيير . وينصب الإهتمام في البحوث المتصلة بالسلوك الإجرائي على دراسة نتائج التغيرات البيئية على السلوك من خلال تحليل العلاقة بين السلوك والمثيرات القبلية والمثيرات البعدية. (الخطيب،18،2014)

إن السلوك الإجرائي كما سبق ذكره يصدر عن الإنسان إراديا ، فقد يضعف السلوك الإجرائي أو يقوى بحسب المثيرات البعدية التي تؤثر فيه ، فعملية تقوية السلوك أو إضعافه تتحكم فيه التطبيق العملي لإستخدام أساليب تعديل السلوك التي سوف نتطرق لها بالتفصيل في عنصر تعديل السلوك.

3-4 البيئة :

يعرف جونستون وبينيبكر " " Johnston & Pennypaker (1981) البيئة بأنها مجموعة الظروف التي يسلك فيها الشخص. (Johnston & Pennypaker ,1981 ,62)

ويضيف "الخطيب"(2014) للبيئة إلى أنها مجموعة الظروف الحقيقية التي يعيش فيها الفرد ويؤثر فيه ويؤثر فيها ، فعلاقة الإنسان مع البيئة علاقة متبادلة بإتجاهين لا بإتجاه واحد ، ولهذا تحتل البيئة مكانا بارزا في علم تعديل السلوك ، فالهدف الأساسي من هذا العلم هو إكتشاف العلاقات الوظيفية بين البيئة والسلوك . (الخطيب،2014، 18)

قد تؤثر البيئة على السلوك الإنساني من خلال تنظيم أو إعادة تنظيم المثيرات الداخلية أو الخارجية للإنسان، حيث تتمثل المثيرات الداخلية في كل ما يدور داخل جسم الإنسان من إنفعالات ومشاعر و تفكير وإدراك وإحساس وغيرها، أما المثيرات الخارجية كل ما يدور حولنا ويحدث خارج جسم الإنسان من ضوضاء وضوء وروائح ، وأصوات مختلفة وبشر مختلف الأجناس، وأماكن وغيرها . فجل العمل كيف نضبط هذه الظروف لتتلاءم وتتوافق مع متطلبات العيش في الحياة اليومية. لاسيما في وجود صعوبات كوجود طفل من ذوي إضطراب طيف التوحد داخل الأسرة ، والتي تجعلنا نوجد أساليب ومناهج خاصة للتكيف مع الوضع الجديد، هذا ما سنتناوله في العنصر الموالي في كيفية استخدام منهج تحليل السلوك التطبيقي في علاج أو التخفيف من مشكلات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .

4- استخدام تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

هناك عدد من المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى برنامج أو أسلوب لوفاس مثل الإشراف الإجرائي والتي تستخدم التعزيز الإيجابي في تعديل السلوك ومصطلح محاولات التدريب المنفصلة. (متولي، 2015، 353)

ترجع هذه الطريقة إلى "إيفار لوفاس" "Ivor Lovaas"، وهو أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا) والذي يدير مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد، والذي استخدم الطريقة بنجاح مع أطفال التوحد. (شاكر، 2010، 133)

يعد تحليل السلوك التطبيقي أحد أشهر برامج لوفاس المستخدمة عالمياً في تعليم لأطفال المصابين بالتوحد ويقوم على استخدام برامج تعديل السلوك بشكل مكثف، وهو واحد من طرق العلاج السلوكي والتي تقوم على النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك في البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، وقد بدأ لوفاس مشروعه بتدريب (20) طفل عام (1963) ولمدة عام واحد في معهد مستشفى جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس، وكانت أعمارهم ما بين 5-12 سنة، وكان يهدف في البداية إلى إختيار فعالية أسلوب تحليل السلوك التطبيقي مع الأطفال ذوي الإضطرابات النمائية و السلوكية الشديدة بما فيها سلوك إيذاء الذات، ولقد نجح في وفق سلوك إيذاء الذات عندما فشل الآخرون، ولأن النتائج كانت مشجعة عمل لوفاس وتلاميذه على إعداد برنامج (منهاج) يعتمد على فكرة التدريب على المهارات المحددة مع التكرار للوصول إلى درجة الإتقان و كانت المهارة التي يريد تعليمها تجزأ إلى مهارات جزئية ينتقل من مرحلة إلى مرحلة تدريجياً و هذا كان ميلاد ما عرف بالتدريب من خلال المحاولات. (متولي، 2015، 252)

وقد نشر لوفاس نتائج برنامجه عام (1987) بعد التعديلات التي طرأت عليه، وأشار بأن (47%) من الأطفال أبدوا تحسناً وارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي، ويعتبر من أكثر البرامج التربوية المستخدمة في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وخاصة في مرحلة التدخل المبكر من (5-6) سنوات. (Schraibman, 2000, 373)

5- برنامج لوفاس:

تقوم فكرة برنامج لوفاس على التدخل السلوكي من خلال منهج تحليل السلوك التطبيقي، والتي تتلخص في الأفكار التالية:

- إمكانية الطفل من الاستفادة من طرق التعليم العادية وأن انخفضت قدراته بشكل أقل من المتوسط أن بيئة الطفل العادية تساعد الطفل على التعلم ضمن المتوسط و لزيادة تعليم الطفل يجب تعديل وتطوير البيئة التعليمية.

- أن أخصائي التربية الخاصة وعلم النفس قادر على مساعدة الطفل الذي ينحرف عن المتوسط من خلال بيئة منظمة للتعليم .
 - كما أن البيئة يجب أن تمثل البيئة الطبيعية للطفل قدر الإمكان ، وعلاج سلوك معين لا يعني بالضرورة علاج سلوك آخر ، فمثلا إذا أردنا تطوير سلوك الإنتباه عند الطفل فهذا لا يعني تحسن السلوك النمطي مثل سلوك هز الجسم ، والعلاج يجب أن يكون مستمرا (40) ساعة أسبوعيا تشتمل المدرسة كل يوم دراسي ، دون حساب فترات راحة بالإضافة إلى التدريب في البيت باقي ساعات اليوم .
 - يجب التخطيط لتعميم المهارات منذ البداية ، كما يجب التخطيط لتعليم إتقان المهارة لأنه يتوقع من الطفل التوحيدي تعميم المهارة تلقائيا دون التدريب عليها . (متولي، 2015، 254)
 - كما أشار لوفاس إلى أهمية إشراك الوالدين في عملية تدريب الطفل ، حيث أن إستمرارية حدوث السلوك لدى الأطفال التوحيديين والذين تعرض ولديهم إلى دورات تدريبية ، يتم من خلالها تعليم الوالدين إجراءات تطبيق البرنامج مع الطفل التوحيدي ، كانت أكثر من الآباء والأمهات الذين لم يتلقوا التدريب .
 - يقوم على تجزئة المهارة إلى أجزاء (أهداف فرعية) ، ويتم تدريب الطفل عليها إلى أن يتحقق كل هدف فرعي ، ومن ثم يتم الانتقال إلى الهدف التالي ، وهكذا إلى أن يصل الطفل إلى إتقان المهارة (الهدف النهائي) بشكل كلي . (القمش، 2013، 263)
- لقد أثبت برنامج لوفاس فاعليته في تنمية بعض المهارات عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال التدريب المكثف ، ففي هذا الصدد قام "هوتجستون هاريس" Hutchison-Harris " (2003) بدراسة حول « فاعلية برنامج لوفاس القائمة على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية المهارات من خلال تدريب مكثف لمدة سنة عند (79) طفلا ، أعمارهم ما دون (49) شهرا ، وأظهرت نتائج الدراسة تحسنا واضحا لدى المجموعتين في اللغة ، والقدرات الإدراكية والسلوك التكيفي ، حيث إستمر التدريب ثلاث سنوات، إلا أن النتائج أظهرت أن التدريب المكثف خلال السنة الأولى كان التحسن أسرع وأكثر نجاحا في الدمج وأقل تكلفة» . (الحمداني ، 2016 ، 9)

نستخلص مما سبق ذكره عن برنامج لوفاس أنه مقدم للأطفال ذوي الإضطرابات النمائية وبالأخص ذوي إضطراب طيف التوحد ، كما أنه يقدمه مختص في التربية الخاصة أو دارس لعلم النفس، يقصر على علاج سلوك محدد ومستهدف ، بالإضافة للجلسات المقدمة للأطفال تكون مكثفة (40) ساعة أسبوعيا وعند إتقان أو إكتساب مهارة معينة لا بد من تجزئة المهارة إلى أجزاء فرعية ، ومن ثم تعميمها في موافق الحياة الأخرى المشابهة للطفل ، وهذا بإشراف الوالدين في عملية التدريب والتأهيل. وعليه فقد اتبع لوفاس بعض المبادئ والطرق للتعليم الأطفال ، نوضحها في العنصر التالي .

6- مبادئ و طرق التعليم في برنامج لوفاس (تحليل السلوك التطبيقي):

6-1 استخدام التقنيات السلوكية : من أكبر التقنيات المستخدمة في برنامج لوفاس التعزيز و التعلم من خلال المحاولات المنفصلة ، تستخدم المعززات بشكل مكثف ضمن برنامج لوفاس (Lovaas)، للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة ، وزيادة تعليم الطفل للمهارات المستهدفة في البرنامج . أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فيتكون من ثلاث عناصر أساسية وهي: المثير ، الإستجابة ، وتوابع السلوك. (المقابلة ، 2016، 227)

6-2 القياس المستمر :يعتبر القياس المستمر ركيزة أساسية في تطبيق إجراءات تعديل السلوك

للسلوكيات المستهدفة ، لذلك يتوجب على القائمين بتطبيق برنامج لوفاس قياس مدى تقدم التلاميذ في كل مهارة من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة .(الشامي ج، 2004، 52)

6-3 منهج متسلسل : يتضمن المنهاج أكثر من (500) هدف تم ترتيبها من الأسهل إلى الصعب ، إذ يسمى كل هدف برنامج قد يتكون من عدة خطوات أو أهداف صغيرة ، يتضمن ثلاثة مناهج وهي:

6-3-1 منهاج المبتدئين: ويشمل التدريب على مهارة الإنتباه وهي مهارة يصعب في بداية الأمر التدريب عليها، ومهارة التقليد ، ومهارة اللغة الإستقبالية المكونة من طلب واحد ، ومهارات اللغة التعبيرية التي تشتمل على تقليد الأصوات و الكلمات البسيطة ، ومهارات ما قبل الأكاديمي المتضمن العد والألوان والأحرف ، ومهارات العناية بالذات مثل : الأكل ودخول الحمام وخلع الملابس. (الزراع، 2017، 167)

6-3-2 منهاج المتوسط: يتضمن مهارة الإنتباه و مهارة التقليد ، واللغة الإستقبالية بإتباع أوامر مكونة من خطوتين ، واللغة التعبيرية من خلال جمل مكونة من كلمتين أو ثلاث و الطلب والسؤال وتسمية وظائف الأشياء ، والمهارات الإجتماعية مثل: اللعب ، ومهارات ما قبل الأكاديمية مثل : المطابقة والتصنيف ، ومهارات العناية بالذات مثل: اللبس وقضاء الحاجة في الحمام دون مساعدة .

ونلاحظ أن هذا المنهاج أكثر تعقيدا من المهارات السابقة . (الروسان، 2010، 43)

3-3-3 المنهاج المتقدم : هو أكثر تعقيدا من المنهاجين السابقين ، يتم التدريب على مهارة الإنتباه مثل : المحافظة على الإنتباه خلال المحادثات والتعليم الجماعي ، ومهارة التقليد مثل : اللعب مع الأقران وتقليد سلسلة من الخطوات ، ومهارات اللغة الإسقبالية مثل : إتباع تعليمات مكونة من ثلاثة خطوات مفاهيمية ، ومهارات اللغة التعبيرية مثل : وصف أحداث قصة ، ومهارات أكاديمية مثل : القراءة والكتابة بشكل مبسط ، والمهارات الإجتماعية والتحضير لدخول المدرسة ، ومهارات العناية بالذات مثل تنظيف الأسنان بالفرشاة. (الزراع، 2017، 167)

المناهج الثلاثة في برنامج تحليل السلوك التطبيقي تشمل التدريب على نفس المهارات باستثناء المنهج المتوسط يركز على مهارات ما قبل الأكاديمي ، والمنهج المتقدم يركز على المهارات الأكاديمية والمهارات الإجتماعية لم تدرج في منهج المبتدئين.

4-6 إجراء الجلسات التدريبية: تتراوح مدة الجلسة ما بين (60-90) دقيقة و يتخللها استراحة دقيقة أو دقيقتين بعد كل فترة من (10-15) دقيقة من التدريب حين الإنتهاء من الجلسة يشجع الطفل بإستراحة لعب مدتها من (10-15) دقيقة ، وبعد ذلك يعود إلى الجلسة الأخرى بنفس المدة و يتخللها استراحة ووجبة طعام وهكذا إلى أن ينتهي الدوام .أما غير المستجدين في البرنامج تستمر جلساتهم (04)ساعات تتخللها فترات استراحة من (1-5)دقائق ، وبعد الإنتهاء من الجلسات هنالك استراحة لمدة (15) دقيقة تقريبا ، وهكذا إلى أن تنتهي ساعات التدريب المحددة وهي (08)ساعات . (الشامي ج:2004، 53)

تتلخص مبادئ لوفاس في تعليم أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في أنه يستخدم التقنيات السلوكية كالتعزيز و التعليم من خلال المحاولة المنفصلة ، والقياس المستمر للسلوكيات المستهدفة سواء بتعديل السلوكيات غير المرغوبة وخاصة المتعلقة بإيذاء الذات والعوانية أو المحافظة على السلوكيات الإيجابية الموجودة لدى الطفل التوحدي ومساعدته على تنميتها وتطويرها، واتباعه لمنهج متسلسل يشمل (500) مهارة بما فيهم مهارة الإنتباه ،ومهارة التقليد ، ومهارة اللغة الإسقبالية ، ومهارة اللغة التعبيرية والمهارة الإستقلالية ، والمهارة الإجتماعية ، والمهارة ما قبل الأكاديمية ،والمهارة الأكاديمية ، ويتم ترتيبها من الأسهل إلى الأصعب ،كما يخضع هذا التعلم إلى جلسات تدريبية مكثفة ومدرسة بدقة من خلالها يتم تعلم المهارات الأساسية المستهدفة .

7- التدريب من خلال المحاولات المنفصلة Discrete Trial Training:

إختصارا تسمى بـ (DTT) ، يستند التدريب إلى تعليم الطفل الذي يستند إلى تعليم الطفل الذي يعاني من التوحد الإستجابة للمهارة من خلال تحليل المهارة إلى عدة من الأهداف الصغيرة ، والتي يتم من خلال تعزيز السلوك الإيجابي الخاص بإكتساب المهارة ، وأيضا يتم مساعدة الطفل الموصول إلى الإستجابات الصحيحة من خلال التلميح له بطريقة الإستجابة .(سهيل، 2015، 177)

وهذا البرنامج بني مكثف (40) ساعة أسبوعيا يتبع أسلوب تدريب محاولات الإتصال بين إثنين ويشترك الآباء وغيرهم من المساعدين البالغين في توصيل البرنامج الذي يتألف من عدة مراحل هي :

***العام الأول :** يركز البرنامج على تخفيف الإثارة الذاتية (Self-Stimulation) أو السلوك العدواني (Aggressive Behaviour) وتطوير الإمتثال وتشجيع التقليد واللعب .

* **العام الثاني :** تركيز أكثر على اللغة التعبيرية و اللعب التفاعلي .

* **العام الثالث :** ينتقل التركيز على التعبير الإنفعالي (Expression Emotional) في المهام ما قبل الأكاديمية والتعليم عبر الملاحظة . (الإمام و الجوالده:، 2011، 88) (JODD,2008, 05)

إن التدريب بالمحاولات المنفصلة أو المجزأة توفر فرص أكبر للطفل لتعلم المهارات الأساسية ، من خلال تجزأة المهارات إلى أهداف أو مهارات فرعية ، ويكون التدريب مكثف ضمن جلسات فردية (طفل + معلم) أو (طفل + أم)، وهذا من أجل التحكم في سلوك الطفل وتوجيه الجلسة بما يتناسب مع قدرات ومهارات الطفل ، وتجدر الإشارة إلى أن البيئة يجب أن تكون معدة مجهزة بكافة المستلزمات الخاصة بالتدريب والتعليم .

بالإضافة إلى الأساليب تعديل السلوك الفعالة ، التي يمكن استخدامها مع أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في تعليم المهارات الإستقلالية والإجتماعية والمعرفية والإدراكية والحركية ، وكذلك التخفيف من المشكلات السلوكية التي تظهر لديهم ، كل هذا سنوضحه في العناصر الآتية حول تعديل السلوك .

ثانيا : تعديل السلوك :

هناك إختلاف بين الباحثين في تناول مصطلح تعديل السلوك والعلاج السلوكي، فهناك من يعتبرهما مصطلحين لعملية واحدة ، في حين هناك من يعتبر كل مصطلح له تعريفه وخصوصيته وكيفية تطبيقه فتعريف العلاج السلوكي كما أشار إليه محمد محروس الشناوي أنه " أسلوب من الأساليب الحديثة ، يقوم على أساس استخدام نظريات ، وقواعد التعلم ويشمل على إحداث إيجابي في سلوك الفرد .(الشناوي، 1996، 13)

إلا أن مكيولاس (Mickiolas) استخدم مصطلح تعديل السلوك "بوصفه العنوان الأكثر شمولاً والذي يشير إلى تطبيق الأسس التي ثبتت فعاليتها تجريبيا على مشكلات السلوك ، وهو يستمد الأسس من دراسات ، وليس من نظريات التعلم والدافعية ، ولكنه لا يقتصر عليها ، وحين يستخدم تعديل السلوك في مواقف إكلينيكية فإنه يسمى علاجا سلوكيا أو علاجا إشرافيا " . (مليكه ، 1990 ، 11)

وفي الدراسة الحالية يتم استخدام مصطلح **تعديل السلوك** إعتبارا لطبيعة المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ، التي تهتم بها الدارسة والمتمثلة في تعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

وفيما يلي نورد مجموعة من تعاريف لمصطلح تعديل السلوك .

1- مفهوم تعديل السلوك:

يعرف " كوبر وهيوارد" تعديل السلوك على أنه: «العلم الذي يشتمل على التطبيق المنظم للإجراءات التي إنبثقت عن القوانين السلوكية .ويضيف كازدين بأنه :الميدان الذي استمد أصوله من بحوث التعلم وقوانينه وهو في جوهر تعديل للظروف البيئية والاجتماعية وإعادة تنظيمها». (أبو السعد، 2014، 31) كما يؤكد "القحطان" (2004) أن مصطلح تعديل السلوك هو: "هو مجموعة الإجراءات التي تشكل قوانين السلوك ، والتي تصف العلاقات الوظيفية بين المتغيرات البيئية والسلوك". (القحطان، 2004، 23) فيما أكد "الروسان" (2005) على أن تعديل السلوك هو مجموعة من الإجراءات العلمية المنظمة، التي تتمثل في تحديد السلوك الحالي المرغوب فيه ، أو غير المرغوب فيه ، ومن ثم تعديله ، وفق عدد من الأساليب التي تعمل على تقوية العلاقة بين المثيرات والاستجابات المرغوب فيها ، أو على إضعاف العلاقة بين المثيرات ، والاستجابات غير المرغوب فيها . (الروسان، 52، 2005) في حين ترى محمدي (2011) أن تعديل السلوك هو : "عملية تحويل السلوك المشكل ، وغير المرغوب ، القابل للملاحظة ، إلى سلوك مقبول ، قابل للملاحظة ، ويتم ذلك وفق قواعد وقوانين عادة ما تكون برامج التعديل التدريبية والمعرفة والسلوكية ، وتتم باستخدام أساليب تراعي قدرات الأفراد". (محمدي، 2011، 106)

أما (الخطيب، 2014) فهو تبني التعريف الذي قدمه كوبر و"هيرون وهيوارد" " Cooper ,Heron Hewerd" (1987) الذي ينص على أنه : « علم يشتمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية ، وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي، وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها في التغيير الذي حدث في السلوك » . (الخطيب، 2014، 15)

ويتفق كل من "عبد المنعم" (2012) و"بهاء الدين جلال" (2015) إلى أنه: «عملية تقوية السلوك المرغوب به من ناحية وإضعاف أو إزالة السلوك غير مرغوب به من ناحية أخرى». (عبد المنعم، 2012، 36) (جلال، 2015، 15)

من خلال ما سبق نستنتج أن العامل المشترك بين التعاريف السابقة هي : التحليل أي تحليل العلاقة بين البيئة والسلوك ، والتعديل وهو تغيير السلوك من غير المرغوب إلى سلوك مرغوب ، وإجراءات أو فنيات تعديل السلوك التي نستخدمها في إحداث هذا التغيير . وعليه يمكن تلخيص تعريف تعديل السلوك بأنه : "عملية تتضمن مجموعة من الإجراءات العملية المنظمة ، والتي تستند إلى قوانين النظرية السلوكية ، من أجل تشكيل و تقوية السلوك المقبول ، وإطفاء السلوك غير المقبول ، ويتم ذلك باستخدام أساليب وفنيات لإحداث التغيير في هذا السلوك .

ومن أجل معرفة الأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك ، نتطرق للنظريات في العنصر الموالي.

2- الأسس النظرية التي يستند إليها تعديل السلوك:

تعتبر الأسس النظرية من المسلمات والمبادئ العامة لنظريات التعلم ، والتي تتمثل في :النظرية السلوكية (الإشرط الكلاسيكي، الإشرط الإجرائي)، ونظرية التعلم الاجتماعي ، ونظرية التعلم المعرفي. وفيما يلي عرض لهذه النظريات المفسرة لتعديل السلوك .

2-1 النظرية السلوكية :

إن إكتشاف قوانين التعلم أمر حديث نسبيا يعود إلى نهاية القرن التاسع عشر ، وعلى الرغم من أن المنحى السلوكي كان نتاج بحوث الكثيرين من علماء النفس الذين أسهموا إسهاما كبيرا في تطور علم النفس التعلم ، إلا أن هذا المنحى تأثر كثيرا ببحوث ونظريات منهم : إيفان بافلوف ، وإدوارد ثورندايك وجون واطسون ، سكينر ، فلقد شكلت المبادئ التي وضعها هؤلاء العلماء الإطار النظري و الفلسفي والأسس المنهجية التي إنبثقت عنها تكنولوجيات تعديل السلوك .(الخطيب ،2014، 47) تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك في البيئة التي تحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة هذا السلوك .(لطفى،2015، 251)

وفيما يلي عرض لنظريتين (الإشرط الكلاسيكي ، والإشرط الإجرائي)

2-1-1 نظرية الإشرط الكلاسيكي :

يعتبر النموذج الشرطي الكلاسيكي أول النماذج الاختزالية ظهورا ومن أكثرها شيوعا ، ويعود هذا النموذج بأصوله إلى عالم الفيسيولوجيا الروسي الشهير "إيفان بافلوف" (1849-1936) بينما كان يجري تجاربه على الجهاز الهضمي للكلاب (وخاصة الغدة اللعابية) لاحظ أن الحيوان يفرز لعابه حين يتعرض لبعض المثيرات التي ترتبط ارتباطا متكررا بالطعام (وهو عبارة عن مسحوق اللحم) وليس حينما يوضع الطعام بالفعل في فمه، ومن المعروف أن الوظيفة الفيسيولوجية لللعاب هي تيسير مضغ الطعام ، وبلعه ثم هضمه ، والمثير الطبيعي لإفرازه في هذه الحالة هو وجود الطعام بالفعل في الفم ، إلا أن الحيوان كان يفرز لعابه لمثيرات أخرى محايدة ،ومعنى ذلك أنه يستجيب لمثير آخر(سماء بافلوف المثير الشرطي)غير ذلك يعد مثيرا طبيعيا . (أبو حطب وصادق، 2002 ، 263)

ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجربة الطفل الصغير ألبرت والتي قام بها "واطسون" "Watson" (1920) حيث لاحظ أن الطفل كان يلعب مع الحيوانات مثل الفأر والأرنب دون خوف ، وإذا تم أحداث صوت مرتفع مزعج بطريقة فجائية كان الطفل يخاف ، وإذا تكرر إحداث هذا الصوت المرتفع مع إقتراب الطفل من كان يخافه بشدة ، وأصبح ظهور الحيوان دون إقترانه بالصوت المرتفع مصدر خوف شديد للطفل . (مصطفى ،2011، 166)

فلقد لخص "فرنون" Vernon " بعض المبادئ المتعلقة بالإشراف الكلاسيكي :

- إن اقتران مثير مشروط بمثير غير مشروط ، يمنح المثير المشروط قوة ذاتية لإثارة نفس الإستجابة ، التي تمتع بها المثير غير المشروط.
- إذا كان المثير غير المشروط قويا ، فإن استجابته الإنعكاسية تكون قوية والعكس صحيح .
- إذا كان المثير غير المشروط قويا ، وعالي الفعالية أثناء عملية التعديل السلوكي ، فإن استجابة المثير المشروط خلال أقرانها تكون قوية أيضا .
- إذا إزدادت مرات إقران المثير المشروط بدرجة كافية ومناسبة بالمثير غير المشروط ، فإن ذلك يساعد المثير المشروط على إكتساب استجابة المثير غير المشروط بشكل كاف .
- إن تقديم مثيرات مشابهة للمثير المشروط ، يؤدي إلى ظهور استجابات متشابهة . (قحطان ، 2004 ، 40)

ونستفيد من نظرية المثير والإستجابة في تعديل وتغيير وإطفاء كثير من السلوكيات غير السوية كالخوف والقلق ، وذلك من خلال التحكم بالمثير أو الإستجابة ، وفي أحيان أخرى لا نستطيع التحكم بالمثير فنغير الإستجابة ، من خلال بعض الأساليب الفنية . (قحطان ، 2004 ، 41)

أما تطبيق هذه النظرية على الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد فقد استخدم Gredon and Avtala " في دراسته برنامجا إشتراطيا بهدف زيادة التفاعل اللفظي لدى عدد من التوحديين المراهقين ، وقد تبين نجاح هذا البرنامج في زيادة التفاعل الإجتماعي المناسب مع الأقران ، كما وجد هذان الباحثان أن التدريب على المهارات الإجتماعية وطريقة الإسترخاء قد خفضت من السلوكيات غير التكيفية للتوحديين . (سليمان ، 2010 ، 135)

وللإفادة من هذه النظرية في تعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يتم من خلال استخدام بعض الفنيات كإطفاء السلوكيات الخاطئة التي تعلمها الطفل من خلال تفاعله مع البيئة والأقران بعادات سلوكية جديدة بالإستفادة من التدعيم و التعزيز التي جاءت بها النظرية .

2-1-2 نظرية الإشراف الإجرائي :

ارتبطت هذه النظرية بالعالم الأمريكي "سكينر" (1904-1991) الذي ميز بين السلوك الإستجابي وهو السلوك الذي تحكمه المثيرات السابقة ، والسلوك الإجرائي وهو السلوك الذي تحكمه المثيرات اللاحقة حيث لم يركز سكينر على العلاقة بين المثير والإستجابة فقط بحد ذاتها ، بل على نتائجها النفسية والمادية على الفرد ، ثم كيفية تعزيزها ، وهو ما يسمى بالإشراف الإجرائي . (قحطان ، 2004 ، 42)

وتركز هذه النظرية على أهمية تشكيل السلوك الصحيح الذي ينطوي على إجراءات تحديد الهدف السلوكي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة من الخطوات المتتابعة التي اقترت تدريجيا من بلوغ الهدف ويتم تعزيز كل خطوة على حدة حتى تحقق الهدف المنشود ، ولا يحدث الانتقال من خطوة إلى أخرى إلا إذا أُنقن الطفل أداء الخطوة السابقة لها ويستمر هذا النوع من التقريب المتتالي إلى أن يتمكن من تحقيق السلوك الصحيح .(أبو جادو ، 2000 ، 204)

ويقوم التعلم بالإشراف الإجرائي بصفة عامة وللمعاقين بصفة خاصة على الأسس التالية :

- وجود دافع قوي للتعلم
- وجود عائق يحول بين المعلم و إشباع الدافع.
- إصدار المتعلم استجابات إجرائية خاطئة .
- الوصول إلى الإستجابة الناجحة بالصدفة .
- الحصول على الثواب بعد كل استجابة ناجحة يقوي الرباط و بين المثير و يتم التعلم بحيث يسهل استدعاء الإستجابة مباشرة و بطريقة آلية كلما تكرر الموقف و في المواقف المماثلة .
- ويرى "سكينر" أن فشل الطفل المعاق ذهنيا في التعليم أو التدريب يرجع إلى أخطاء في طريقة تعليمه، فإن تم توفير البرامج المناسبة لقدراته وتم تعليمه بطريقة مناسبة سوف ينجح في تعلم ما نريد منه وأفضل الطرق الإشراف الإجرائي .(سليمان، 2010 ، 135)

وللإفادة من هذه النظرية في خفض مظاهر السلوك لدى أطفال ذوي لإضطراب طيف التوحد يتم تشكيل الإستجابات السلوكية الصحيحة عند الطفل ، والمتمثلة في خفض من حدة بعض المشكلات السلوكية ، وتنمية مهاراتهم الحياتية التكيفية بدلا من الإستجابات الخاطئة المتعلمة والمكتسبة سابقا وذلك من خلال تحديد الهدف السلوكي النهائي المرغوب فيه وتجزئته إلى سلسلة من الخطوات المتتابعة التي تقترب تدريجيا من بلوغ الهدف وهو تعديل السلوك و يتم تعزيز كل خطوة سلوكية على حدة بالترتيب حتى يتحقق الهدف .

2-2 نظرية التعلم الإجتماعي:

ارتبطت نظرية التعلم الإجتماعي في ميدان تعديل السلوك بعالم النفس ألبرت باندورا ، الذي حاول دمج النظريات السابقة جميعا بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية ، تشتمل على العوامل البيولوجية والبيئية و المعرفية ، وتتمثل الخاصية الأساسية لهذا النموذج في إيضاح عملية التعلم من خلال الإعتماد على دور العمليات المعرفية (Cognitive Processes) أو ما يسمى أيضا بالبنى المعرفية الوسيطة (Mediational Constructs).

ويرى أتباع هذه النظرية أن التعلم قد يحدث دون تدريب مباشر أو دون تأثير مباشر للظروف البيئية ، وإنما من خلال التعلم بالملاحظة (Observational Learning) أو ما يسمى أيضا بالتعلم بالمحاكاة أو النمذجة (Modeling) و باختصار فإن نظرية التعلم الإجتماعي قد جاءت كمحاولة لتضييق الهوة بين المنحى السلوكي وعلم النفس المعرفي . ولكن هذا النموذج حاول تحقيق ذلك دون التخلي عن المهج العلمي الذي تتبناه النظرية السلوكية . (الخطيب، 2010، 23)

وتركز هذه النظرية في تعديل السلوك على عملية التعلم بالنموذج والتدريب على المهارات الإجتماعية بهدف تعليم الأفراد أساليب مختلفة من الإستجابات بشكل فعال في موافق الصراع والتقليل من إمكانية ظهور السلوك العدواني مثلا ، ويتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية استخدام فنيات النمذجة والتعليمات والبروفة السلوكية ولعب الدور والتغذية الرجعية ، ومما لا شك التدريب على هذه المهارات يحسن من أداء الفرد على تعلم مهارات معينة ويزيد من السلوك الإيجابي الإجتماعي والسلوك التوافقي ويخفض من السلوكيات السلبية . (حسين، 2008، 78)

للإفادة من هذه النظرية في تعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد يتم من خلال تقديم نماذج سلوكية صحيحة و حية يقوم بها بعض الأطفال أمام الطفل بطريقة مقصودة مباشرة أمامه ، أو بطريقة غير مباشرة من خلال الإستماع إلى قصة عن نموذج ذو سلوكيات إيجابية ليفتدى بها الطفل ويتم جذب انتباهه لمتابعة هذه النماذج ومحاكاتها وتعزيزه عند القيام بتقليد النموذج بشكل صحيح .

2-3 نظرية التعلم المعرفي:

لقد جاء هذا النموذج كردة فعل قوية على طريقة التعلم الإشرطي و التعلم الإجتماعي ، والقاعدة الرئيسية لتعلم السلوك حسب نظرية التعلم المعرفي تعتمد على أن الناس لا يتعلمون فقط عن طريق الإشرط أو التعلم الإجتماعي ، ولكن من خلال العمليات العقلية (التفكير ، الإدراك ، الإنتباه) التي تلعب دورا حاسما في تشكيل السلوك الظاهر، ولذلك يجب أخذها بعين الإعتبار حتى ولو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة . (محمدي، 2011، 116)

كما تركز النظرية السلوكية المعرفية على ضرورة أخذ العمليات العقلية بالإعتبار كعوامل وسيطة بين المثيرات و الإستجابات و أن التعلم بحد ذاته هو حدث عقلي ، وان المعرفة تؤثر بالسلوك بصورة مستقلة عن المثيرات بمعنى أن أفعال الفرد هي ليست مجرد استجابات لمثيرات خارجية و إنما تتأثر بالعمليات العقلية للفرد التي تمر بها تلك المثيرات . (صالح وطارق ، 1998، 181)

كما تقوم على إفتراض أن الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة إن الحديث الداخلي يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تعديل سلوكه ، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة .(العزة وعبد الهادي ، 1999 ، 151)

وفي هذا الصدد يرى ميكيبنوم (Mikibnom) أن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي و السلوك الناتج ، وتعتبر النظرية المعرفية بأن عملية التغيير تتطلب من الفرد أن يجد سلوكا جديدا بدلا من السلوك القديم ، من خلال عملية التكامل بين البناء المعرفي القديم والجديد ، ذلك لأن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي.(بطرس، 2008 ، 180)

ويفسر هذا النموذج ظهور الإضطرابات والمشكلات السلوكية عند الأطفال على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم ، لذا فإن هذا الإتجاه يركز ويعمق على إفتراض أن (إعادة الفرد لتنظيم أفكاره سيؤدي إلى إعادة تنظيم سلوكه).(القمش والمعاينة ، 2007 ، 102)

يعتمد هذا النموذج على عدد من الفنيات والأساليب لتعديل سلوك الأفراد منها: ضبط المثير، والمراقبة الذاتية ، والتعزيز الذاتي أو العقاب الذاتي ، والتعلم الذاتي ، والتدريب على الإستجابة البديلة ، وتقييم الذات ، والتدريب القائم على العزو السببي ، وإحدى فوائد الضبط الذاتي هو إمكانية تطبيقه في معالجة الأطفال المضطربين سلوكيا من ذوي النشاط الزائد والإندفاعية .(يحي، 2000 ، 51)

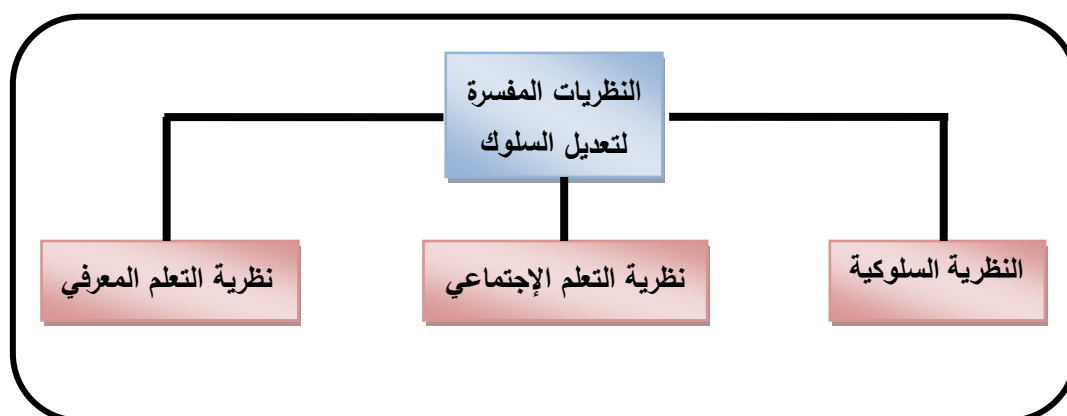
ويمكن تلخيص ما تم عرضه سابقا للأسس النظرية لتعديل السلوك مجملا في الجدول التالي كما أورده جمال الخطيب (2003):

جدول رقم (09) يوضح الأسس النظرية لتعديل السلوك كما أورده جمال الخطيب (2003)

الرقم	النماذج النظرية في تعديل السلوك	بعض الخصائص لكل نموذج
01	نموذج الإشرط الكلاسيكي Classical Conditioning Model	من حيث السلوك: فالمثير يسبقه ، وتحديثه مثيرات معينة ، وهو إرادي ، ويتعلم عن طريق الإنفعالات المختلفة .(ومن أشهرهم العالم الروسي إيفان بافلوف)
02	نموذج الإشرط الإجرائي Operant Conditioning Model	من حيث السلوك : فالمثير يتبعه ، ولا تحديثه مثيرات معينة ، ويحدث إراديا، وأن أهمية التغيير تحدث بمقدار معدل تكراره ، ويتم تعلمه بشكل مقصود وهادف يعتمد على التعزيز .(من أشهر العاملين به العالم الأمريكي سكينر)
03	نموذج التعلم الإجتماعي Social Laerning Model	أن التعلم قد يحدث بدون تدريب مباشر ودون تأثير مباشر من قبل البيئة، وهو يحدث من خلال التعلم بالملاحظة أو بالمحاكاة أو النمذجة (من أشهر العاملين البرت باندورا)وقد حاول هذا العالم دمج

		النماذج السابقة جميعا بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية وتشمل على العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية
04	نموذج التعلم المعرفي Cognitive Learning Model	يهتم هذا المنحى بكيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية ، وتفسيره لسلوكه وتبريره ، وأنماطه الفكرية وحديث الذات والإستراتيجيات المعرفية المستخدمة والضبط الذاتي،(وقد إنبثق عن هذا أساليب عدة منها : اسلوب إعادة البناء المعرفي، والتعلم الذاتي، والعلاج المعرفي ، وحل المشكلات ، والعلاج العقلاني العاطفي ، وغير ذلك....)

يمكن أن نلخص النظريات المفسرة لتعديل السلوك في المخطط التالي:



مخطط رقم (06) يوضح النظريات المفسرة لتعديل السلوك

وعليه يتضح من المخطط رقم (06) أن أهم النظريات المفسرة لتعديل السلوك تمثلت في النظرية السلوكية و نظرية التعلم الإجتماعي ونظرية التعلم المعرفي .

3- المبادئ الأساسية لتعديل السلوك:

تخضع عملية تحليل السلوك الإنساني وتعديله خاصة عند أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد

للعديد من المبادئ الأساسية ، يلخصها القحطان (2004) فيما يلي :

3-1 نتائج السلوك تتحكم به : إن لسلوك الإنسان نتائج تحدد بها البيئة ، وهي تؤثر في احتمالية حدوث السلوك ، أي أن السلوك يتأثر بنتائجه ، فإذا كانت نتائج السلوك مؤلمة قلت احتمالية تكرار السلوك، لذلك فإن نتائج السلوك تؤدي إلى زيادته ، أو نقصانه أو إطفاءه.

3-2 التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة : إن التركيز على السلوك الظاهر ، يساعد على القياس بشكل ، بشكل دقيق بعيدا عن التنبؤ الكيفي ، كما يمكن التعرف على فعالية الإجراءات المتبعة في العلاج ، ولن يكون القياس دقيقا وموضوعيا إذا كان السلوك غير قابل للملاحظة ، الأمر الذي يجعل الباحث يعطي تفسيرات مبهمة ، أو قد يدخل في مآهات لا يستطيع الخروج منها .

3-3 السلوك الظاهر غير المقبول هو المشكلة ذاتها و ليس إنعكاس لعوامل داخلية : وهو بهذا يختلف عن نظريات علم النفس التقليدية التي تنتظر إلى السلوك على أنه عرض لصراعات نفسية داخلية فالمدخل الطبي على سبيل المثال يرى ضرورة معالجة الأسباب الداخلية ، التي ستؤدي تلقائيا إلى تغيير السلوك ، كما هو الحال عند معالجة حرارة الجسم ، يكون بعلاج الأسباب الداخلية ، بطبيعة الحال لا يمكن لأحد أن ينكر المدخل الطبي و خاصة لبعض السلوكيات كالصرع مثلا ولكن السلوكيات غير المقبولة كثيرة الأنماط ، ومتعددة الدرجات ، ومختلفة الأسباب، وقد يكون كثيرا منها لا يحتاج إلى علاج طبي ، وإنما يحتاج إلى علاج تربوي أو نفسي إكلينيكي .

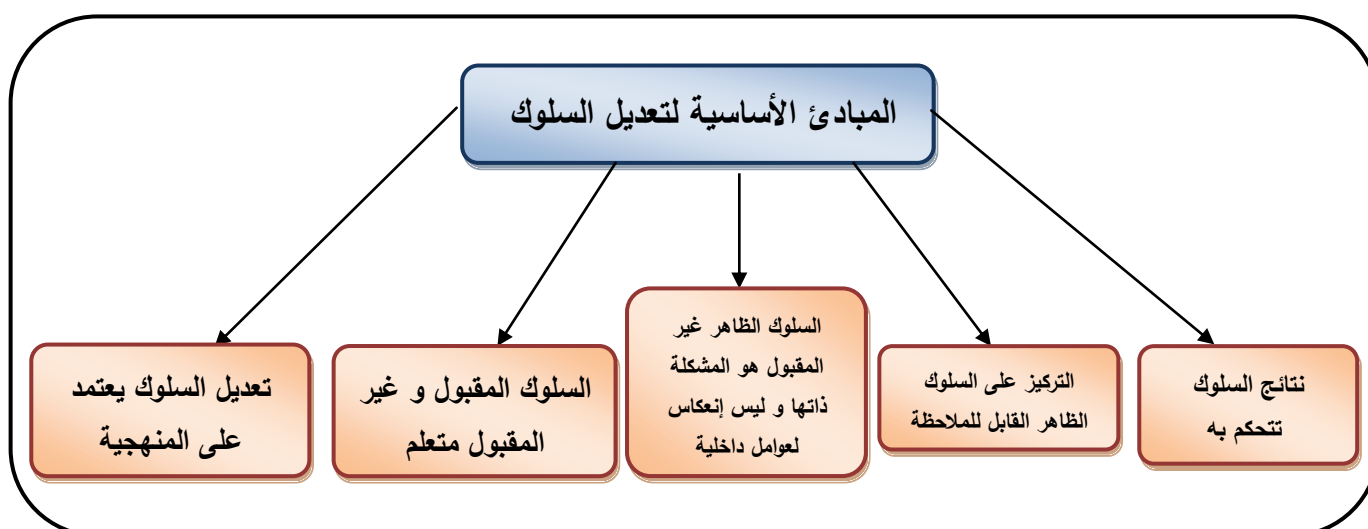
ومدخل تعديل السلوك قد يكون فاعلا في هذا المجال ، وخاصة في المؤسسات والمراكز الخاصة لذوي الاحتياجات وبالأخص لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، بالنظر إلى كل سلوك على أنه مشكلة و ليس عرض لأسباب داخلية ، فهذا ينسجم تماما مع فهمنا للسلوك ، ويساعدنا على وضع البرامج التربوية والعلاجية المناسبة لكل طفل .

3-4 السلوك المقبول وغير المقبول متعلم : إن السلوك المقبول وغير المقبول متعلم حيث يخضع كلامها لقوانين التعلم نفسها، فالنتائج المعززة التي يشعر من خلالها الفرد بالإرتياح تميل إلى التكرار ولكن قد يكون هذا السلوك غير مقبول إجتماعيا ، فالمشكلة السلوكية ما هي إلا استجابات أو عادات إكتسبها الفرد بفعل خبرات خاطئة ، يمكن التوقف عنها ، أو استبدالها بسلوك أنسب وأفضل ، كما أن بعض الأنماط السلوكية غير الصحيحة ، هي نتيجة لعوامل عضوية كالعوامل الجينية أو الفسيولوجية كالخلل في الكروموزومات ...و لهذا هناك من يرى أن العلاج السلوكي ضيق ومتحيز في نظره للسلوك ، بسبب إصرار بعض المعالجين السلوكيين، على أن كل جوانب السلوك المرضي ، تخضع لقوانين التعلم و أن مبادئ التعلم لا تشق ، إلا من التجارب المعملية .

الحقيقة إن ممارسي العلاج السلوكي لا يتفقون بالإجماع على ذلك حيث يشير "ولبه" "Wolpe (1970) مثلا أن العصاب والذهان اضطرابان سلوكيان أسبابهما منفصلة ومتباعدة ، ويذكر البعض إلى احتمال دخول أسباب فسيولوجية غير مكتسبة على بعض من أنواع الذهان لكنهم يقترحون أن القصور الفسيولوجي يؤدي إلى استجابات معرفية وجدانية ، وأن هذه الإستجابات يمكن إكتشافها وإزالتها وفق قوانين التعلم.

3-5 تعديل السلوك يعتمد على المنهجية والتجريب: إن تعديل السلوك يركز على إيجاد العلاقة بين المتغيرات البيئية والسلوك ، حيث يمكن السيطرة على تلك المتغيرات ، ومراقبة نتائج السلوك ، إذن تعديل السلوك لا يتم بطريقة عشوائية ، ونلمس في حياتنا اليومية كثيرا من الآباء ، والأمهات والمعلمين وأناس آخرون يستخدمون أنواعا كثيرة من التعزيز ، لكنها تفتقد إلى المنهجية ، فتنقسم بالعشوائية التي قد ترجع في بعض الأحيان بمردود سلبي على الأطفال ، ولأسيما طفل ذوي اضطراب طيف التوحد. إن فاعلية التعزيز تعتمد على كيفية استخدامه ، ومكان وزمان الاستخدام ، ومراعاة الفروق الفردية بين الأفراد ، من حيث الصفات والسمات والأمزجة التي يتصفون بها ، فضلا عن إختلاف ظروفهم البيئية . (قحطان ، 2004، 32)

ويمكن تلخيص كل ما ورد عن المبادئ الأساسية لتعديل السلوك في الشكل التالي :



شكل رقم (07) يوضح المبادئ الأساسية لتعديل السلوك

وعليه فإن نتائج السلوك يتحكم به ما هو ظاهر أي المشكلة وفي أي مكان وزمان حدوثها سواء في المدرسة تعالج فيها، وإن كانت في البيت تعالج فيها ، مع إمكانية تعلم سلوك جديد ، كما أن عملية تعديل السلوك تكون قابلة للتجريب مادام السلوك قابل للملاحظة هذا من جهة . ومن جهة أخرى نلاحظ أن مبادئ تعديل السلوك التي سبق ذكرها تتفق المبادئ التي وضعها كل من لوفاس في منهج تحليل السلوك التطبيقي ، وسكينر في منهج الإشراف الإجرائي .

وعليه راعت الباحثة عند بناء برنامج تعديل السلوك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد القائم على تحليل السلوك التطبيقي كل هذه المبادئ.و يتم تعديل السلوك وفق مجموعة من الخطوات التي سنتعرف عليها في العنصر الموالي .

4-خطوات تعديل السلوك:

تعتبر خطوات تعديل السلوك ، هي الأساس التي يبنى عليها خطط و برامج تعديل السلوك ، كما أن هذه الإستراتيجيات توضح الخطوات العملية المنظمة التي يجب إتباعها لإنجاح عملية تعديل السلوك والمتمثلة في تحديد السلوك المستهدف ، وتحديد السلوك النهائي بعد التعديل ، ووضع خطة لتعديل السلوك ، وتحديد إجراءاتها ، وفيما يلي تفصيل لهذه الخطوات :

4 8 تحديد السلوك المستهدف :

ويقصد بها المشكلة السلوكية التي بحاجة إلى تعديل أو علاج لدى الطفل سواء كان عاديا أو معوقا وتعريف السلوك المستهدف المطلوب تعديله تعريفا موضوعيا ودقيقا وبصيغة سلوكية واضحة بحيث يمكن ملاحظته وقياسه وتقييمه. (عبد العظيم،2008، 100).

ومن بين أشكال السلوك القابل للملاحظة والذي يعد من المشكلات السلوكية الأكثر إنتشارا لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد هي:(العنوانية ، النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه ، إيذاء الذات ضعف المهارات الإجتماعية ،ضعف المهارات التواصلية ، السلوكيات النمطية التكرارية ، ...) وغيرها من السلوكيات التي تصدر عنه ، فلا يمكن تعديل كل هذه السلوكيات دفعة واحدة وفي زمن ومكان واحد، بل اختيار المشكلة يتوقف على أهميتها وأولويتها من ناحية الخطورة على الطفل وعلى الآخرين بحيث نجعل من تعديلها حلقة مترابطة و متسلسلة .

حيث تذكر "محمدي"(2011) أن « تحديد نوع السلوك الملاحظ ، يتعين عليه ضبط حدوده بالشكل الذي يمكن قياسه ، والتعبير عنه ، بطريقة كمية ورقمية ، بإستخدام أدوات القياس مثل الملاحظة المباشرة والإختبارات ، كما يتم تحديدها رقميا بتحديد أوقات حدوثها أو عدد مرات الحدوث ، أو طول زمن الحدوث، لذلك وجب ضرورة تحديد السلوك إجرائيا بطريقة محددة، وقابلة للملاحظة والقياس،من أجل :

*أن نقيم بطريقة موضوعية وفاعلة فيما إذا كان السلوك تعدل أم لا .

*لضمان حدوث إتفاق على السلوك الملاحظ من كل الملاحظين له». (محمدي ،2011، 123)

وبناء على ذلك قامت الباحثة بتحديد ورصد سلوكيات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من خلال ملاحظتها المباشرة ، ومن ثم قامت بتحديد قائمة للمشكلات السلوكية الواجب تعديلها أو التخفيف منها ،ثم تحويلها إلى بطاقة ملاحظة يمكن من خلالها جمع البيانات وتحديد المشكلات كميا وبسهولة.بالإضافة إلى كل الملاحظات التي تم جمعها من أولياء الأطفال والمربين والأخصائيين المتواجدين في المراكز المتخصصة لرعاية و تأهيل أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .

وعليه ينبغي مراعاة بعض الشروط عند رصد أو ملاحظة السلوك كما أورده كاظم الفتلاوي (2005) نقلا عن محمدي(2011) :

- يفضل أن تكون مدة الملاحظة قصيرة ، يمكن أن تكون من (5-10) دقائق ،أو (10-20)دقيقة أو (15-25) دقيقة .
 - يلاحظ السلوك في نفس الوقت ، الذي لوحظ فيه سابقا وبالمدة الزمنية نفسها.
 - إتمام الملاحظة بأكثر من واحد على الأقل ، للتأكد من صلاحية و دقة و تسجيل الملاحظة.
 - عدم معرفة المتعلم بعملية الملاحظة ، و التسجيل لأن ذلك قد يشجعه على تغيير نموذج حدوث سلوكه ، بالتقليل أو الزيادة .
 - أن تكون ظروف الملاحظة واحدة في جميع المرات ، من حيث الوقت والمدة الزمنية، والظروف المكانية ، لضبط العوامل البيئية ، أو المثيرات والمنبهات التي يمكن أ تتدخل في السلوك سلبا أو إيجابا.
 - يجب أن يكون الملاحظ سواء كان معلم أو مرشد قريبا من المتعلم ، بحيث يستطيع رصد كل سلوكياته ، و بالتوقيت نفسه لا يؤثر على أدائه .
 - تعريف السلوك أو وصفه من حيث تكراره ، ووقت ظهوره ، ومدى إستمراره ، ومكان ظهوره والظروف أو المسببات أو المثيرات التي تؤدي إليه.
 - تحديد مكونات السلوك المستهدف ، ثم تحديد درجة تأثيرها في عملية التعلم و جمع المعلومات والبيانات عن السلوك الملاحظ ، وفق نموذج أو استمارة ملاحظة.
- عند تحديد السلوك المستهدف وتعريفه يمكن جمع البيانات عن السلوك بعدة طرق حددها Kazdin (1980) فيما يلي :
- أ. طريقة عدد المرات التي يظهر فيها السلوك في فترات زمنية معينة . من أمثلة ذلك (حسب الباحثة) :

- يضرب الطفل رأسه على الحائط (04)مرات يوميا .
- يجري الطفل في أنحاء الغرفة بمعدل (06) مرات يوميا .
- يحرك رأسه يمينا و شمالا في القسم بمعدل 3مرات يوميا

ب. طريقة تحديد الفترة الزمنية لظهور السلوك:

يقصد بها تحديد الفترة الزمنية لظهور السلوك فهل هي (10) دقائق أو (15) دقيقة أو (30)دقيقة أو في فترة الحصص الدراسية الأولى ، أو في فترة الحصص الدراسية المتأخرة .

ج. طريقة تحديد السلوك في فترات زمنية متباينة : يقصد بذلك قياس السلوك في فترات زمنية متباينة ، وفي عدد من المواقف، لغرض التأكد من حدوث السلوك ، وتكراره في المواقف متعددة. (محمدي، 2011، 124)

والجدول التالي يوضح الطرائق المتبعة في تحديد السلوك المستهدف وفق نموذج "كازدين" كما أوردته "الفتلاوي" (2005) نقلا عن "محمدي(2011):

جدول رقم (10) يوضح الطرائق المتبعة في تحديد السلوك المستهدف وفق نموذج كازدين

اسم المتعلم :المرحلة الدراسية الفصل :			
العمر :اسم الملاحظ : السلوك المستهدف :			
مكان وزمن الملاحظة : التاريخ:.....			
درجة الحالة :			
زمن الملاحظة و تاريخها	عدد مرات حدوث السلوك	مدة حدوث السلوك بالزمن	ملاحظات أخرى
تحديد السلوك المستهدف في فترات زمنية متباينة			

يوضح الجدول أعلاه أنه عند تحديد السلوك المستهدف ، لا بد من تحديد اسم المتعلم (الطفل) وسنه ، والمرحلة الدراسية أن كان متمدرس ، كما يتم تحديد اسم الملاحظ ، والسلوك المستهدف (المشكلة)، ومكان و زمان الذي تمت فيه الملاحظة ، والتاريخ ، وتحديد السلوك المستهدف في فترات زمنية متباينة ، وعدد مرات حدوث السلوك ، ومدة حدوث السلوك ، ودرجة الحالة . حيث أخذت الباحثة هذه الشروط وطرق تحديد السلوك المستهدف بعين الاعتبار بعين الاعتبار عند تطبيقها لبطاقة الملاحظة ، كما قامت بشرح تفاصيلها للمربين الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في المراكز وكذا أوليائهم .

4 9 قياس السلوك المستهدف والمواقف التي يحدث فيها:

وذلك عن طرق جمع المعلومات والبيانات للوقوف على مدى تكرار حدوثه ويقصد هنا بالتكرار عدد المرات التي يظهر فيها السلوك في فترة زمنية معينة و مدى شدته و الفترة الزمنية التي تنقضي بين ظهور المثير وحدث السلوك (كمون السلوك) والشكل الذي يظهر عليه السلوك (طبوغرافية السلوك). وهناك أكثر من طريقة لقياس السلوك يختار المرشد أو معدل السلوك المناسب منها ، ومن هذه الطرق الملاحظة وقياس نتائج السلوك لقياس مدى إستمرار السلوك ومدى تكراره وشدته ، وقد يلجأ ألى الطلب من الوالدين الإستجابة على استبيانات وإختبارات نفسية خاصة. (عبد العظيم، 2008، 101)

4 10 تحديد الظروف السابقة واللاحقة لظهور السلوك غير المرغوب فيه:

بمعنى ماذا يحدث قبل وبعد ظهور السلوك المشكل (تاريخ حدوثه ، الوقت الذي يستغرقه مع من حدث ، كم مرة حدث ، ما الذي يحدث قبل ظهور السلوك ، كيف استجاب الآخرون، ما المكاسب التي جناها الطالب (الطفل) من جراء سلوكه ، و أي ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة). (حمدي، 2013 ، 31)

بمعنى التحديد الدقيق لكل الظروف التي تسبق حدوث السلوك المشكل ، و كذا كل الإستجابات التي تلي ظهور السلوك .

4 11 تحديد الأهداف المرجوة من برنامج تعديل السلوك :

بعد تحديد المشكلة السلوكية و تعريفها و قياسها ، يجب تحديد الهدف المراد الوصول إليه بوضوح أي ما الأهداف التي نود تحقيقها بعد الإنتهاء من برنامج تعديل السلوك و هذا ما يسمى بالأهداف السلوكية و لابد من المختص أو القائم على تعديل السلوك من التحقق من مدى ملائمة الهدف لقدرات العميل (الطفل) وإمكانياته. (عبد العظيم ، 2008، 102)

4 12 تصميم خطة أو برنامج تعديل السلوك تنفيذها :

تتضمن الخطة ما يلي :

- تحديد الأهداف النوعية التي نتطلع لإنجازها.
 - إشراك الوالدين و الطفل في وضع البرنامج من خلال التعامل معهما ، يمكن أن نحدد المعززات الإيجابية و السلبية التي ستعيق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.
 - الإستعانة بقائمة المعززات اللفظية أو المصورة و يفضل أن تكون ملائمة لسنه و متنوعة ، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الإيجابي .
 - توجيه إنتباه المحيطين بالطفل إلى ضرورة الإكثار من التعزيز عند ظهور الجوانب من السلوك المرغوب فيها .
 - يجب أن تتضمن الخطة جميع الأساليب الفنية التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب وإيقاف السلوك غي المرغوب.
 - ينبغي أن تشمل الخطة على مدى زمني لتقييم البرنامج . (إبراهيم وآخرون، 1993، 167)
- عند تصميم أي برنامج تعديل السلوك لابد من مراعاة الخصائص الشخصية لكل طفل و المتمثلة (القدرات النفسية والبيولوجية والعقلية والاجتماعية والإنفعالية) ، وملاءمتها مع برنامج تعديل السلوك الذي سيطبق.

4 13 تقويم فعالية الخطة أو برنامج تعديل السلوك:

والهدف من ذلك هو التعرف على مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه ومعرفة ما إذا كانت هناك حاجة إلى تغيير أسلوب التعديل المستخدم و تلخيص النتائج ، ولا شك أن فعالية أي برنامج تتحدد في مدى تحقيقه لأهدافه ، وهذا التقويم لا يكون محدد بالمراحل الأخيرة من تعديل السلوك ، بل هو عملية مستمرة من بداية البرنامج و مواصلة مع كل خطوة من خطوات تعديل السلوك ، وكلما كانت عملية التقويم تتسم بالموضوعية و الصدق والدقة ، كلما كان البرنامج أكثر فعالية ، وعليه يكون الحكم على فاعلية برنامج تعديل السلوك.(عبد العظيم، 2008، 103)

4 14 تعميم السلوك :

ويقصد به تعميم السلوك المعدل على مواقف التفاعل الأخرى التي يمر بها الطفل وتعميم خبراته الإيجابية الناجحة على المواقف الأخرى، ويجب تشجيعه بكل الوسائل والمدعمات للحرص على إبقاء هذا السلوك الجديد المعدل مع الحرص على المتابعة له في كل المواقف بصفة مستمرة و ضرورة تقييمه كل فترة مع وصف التغيرات التي طرأت على هذا السلوك .

(سليمان، 2010، 136)

ويتفق "الظاهر" (2004) مع "الخطيب" (2001) على تحديد الخطوات العامة للبرنامج تكون مختصرة على النحو التالي :

- تحديد الأهداف السلوكية
- ترتيب المشكلات حسب الأهمية
- عمل خط الأساس
- تحديد المعززات
- مرحلة التدخل
- مراقبة التقدم

في حي يتفق "الروسان" (2000) مع "سليمان" (2010) إلى خطوات تعديل السلوك على الشكل التالي:

- تحديد السلوك المراد تعديله
- تحديد مقدار السلوك
- تحديد السوابق واللواحق
- تسجيل الخطوات أي تسجيل المظاهر السلوكية كما تحدث خطوة خطوة

- تحديد المعززات المشكلة
 - وضع التشخيص أي تحديد السلوك المشكل ووضع الأهداف و الأساليب التي تعدل بها السلوك
 - البرنامج العلاجي و التوقعات العلاجية
 - تعميم السلوك. (سليمان ، 2010، 136)
- يبدو مما سبق عرضه عن خطوات تعديل السلوك أن هناك إتفاق بين المختصين والباحثين على أن عملية تعديل السلوك يجب أن تكون على خطوات ، أما محتوى الخطوات فهناك تباين بين الباحثين من حيث تناول أنواع المشكلات .
- يمكن تلخيص كل هذه الخطوات في الشكل التالي :



شكل رقم (08) يوضح خطوات تعديل السلوك

في حين يمكن إجمال خطوات تعديل السلوك بتحديد السلوك المستهدف ، قياس السلوك المستهدف ، تحديد الظروف أو المثيرات السابقة واللاحقة المحيطة بالطفل ، تحديد الأهداف الموجوة من التعديل تصميم الخطة أو البرنامج ، يليه تقويم فعالية البرنامج ، وأخيرا تعميم السلوك المعدل والحفاظ على إستمراريته . وكل هذا يتم وفق جملة من أساليب تعديل السلوك المستمدة من نظريات التعلم والتي يتم التعرف عليها في العنصر الموالي .

5- أساليب وفنيات تعديل السلوك:

إن معظم الأساليب التي بنيت عليها برامج تعديل السلوك قدتم اشتقاقها من البحوث العلمية التجريبية في مجال علاج المشكلات السلوكية ، وهي تعتبر العامل الحاسم في إحداث التغيير في السلوك للأفضل .في هذا الصدد يشير "رايمد" Raymond " (2008) أنه يتم تطوير إجراءات تعديل السلوك من قبل المتخصصين وتستخدم لتغيير السلوكيات الهامة اجتماعيا، وذلك بهدف تحسين بعض جوانب من حياة الفرد.(Raymond, 2008, 05)

ومن إجراءات أو أساليب تعديل السلوك نذكر أساليب زيادة حدوث السلوك الإيجابي ، وأساليب تقليل وحذف السلوك غير المرغوب ، وأساليب تكوين سلوكيات جديدة والحفاظ عليها ، وفيما يلي عرض مفصل لتلك الأساليب :

5-1 أساليب تعديل السلوك بزيادة السلوك المرغوب فيه :

يهدف تطبيق هذا السلوك إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه ، ويتضمن مجموعة من الفنيات هي :

1-1-5التعزيز (Reinforcement):

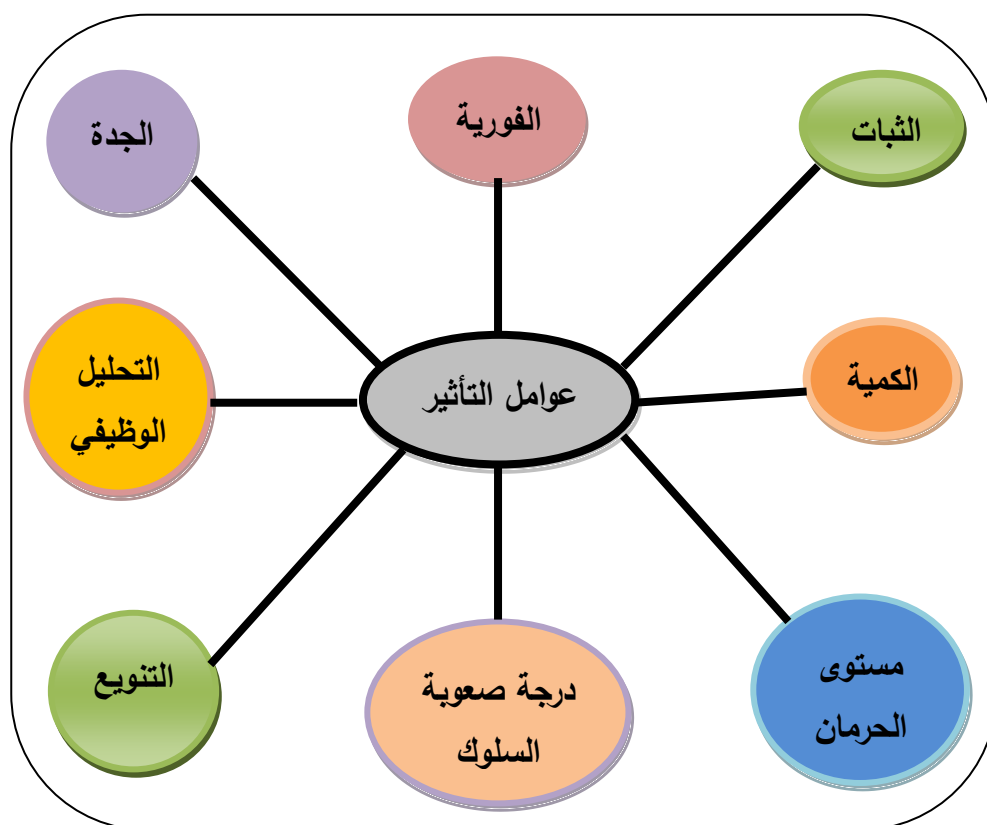
يعرف التعزيز بأنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى تلقي توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية ، على أن يترتب على هذه التوابع زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة .كما يعرف التعزيز على أنه العملية السلوكية التي تشتمل على تقوية السلوك . (سليمان ،2010، 138،

والتعزيز الذي ينجم عنه نتائج إيجابية بالنسبة للفرد يسمى التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement) فهو يحدث تغييرا إيجابيا في بيئة الفرد ، وهذا النوع من التعزيز من أكثر أساليب تعديل السلوك إستخداما ،ويسمى التغيير أو المثير أو الحدث الإيجابي الذي يتبع السلوك فيقويه بالمعزز الإيجابي(Positive Reinforcer) ،أما التعزيز الذي يعمل على إزالة أو إيقاف المثيرات السلبية ، يسمى بالتعزيز السلبي(Negative Reinforcement) ويسمى بالسلبي لأنه يزيل المثير ، ويسمى المثير الذي تعمل إزالته على تقوية السلوك بالمعزز السلبي . (الخطيب ،2001، 37)

تجدر الإشارة إلى أنه ينبغي معرفة معرفة الطفل من حيث خصائصه العقلية والمعرفية وصفاته الشخصية ، وتحليل العوامل المؤثرة في تكوين السلوك المرغوب ، هذا ما يساعد على إختيار أنواع التعزيز المناسبة لتعديل سلوك الطفل ، ومن أنواعها مايلي:

- أ - معززات أولية (Primary Reinforcers) أو غير إشتراطية : وهذه معززات غير متعلمة ومن أمثلتها الطعام و الشراب .
- ب معززات ثانوية (Secondary Reinforcers) أو إشتراطية : و هي متعلمة و تكتسب خاصية التعزيز من خلال الإقتران بمثيرات تعزيزية أخرى.
- وينفق كل من " الخطيب " (2001) و "الظاهر" (2004) في تصنيف المعززات إلى عدة أشكال منها:
- معززات إجتماعية (Social Reinforcers): وهذه المثيرات التعزيزية قد تكون لفظية "كالثناء" أو غير لفظية كالإبتسامة . بالإضافة إلى المدح والتشجيع والربت على الظهر واللعب بالشعر ونظرات الإعجاب ، ويجب استخدامها بتنوع لتفادي الإشباع.
 - معززات مادية (Tangible Reinforcers): ومن الأمثلة على هذا النوع من المعززات الألعاب ، المجلات ، النجوم . بالإضافة إلى الأقلام والصور وغيرها .
 - معززات نشاطية (Activity Reinforcers): وتشمل قراءة القصص والترفيه والنشاطات الرياضية والرحلات ، بالإضافة إلى الرسم والعزف على الآلات الموسيقية واللعب مع من يحب.
 - معززات معممة (Generalized Reinforcers) : وهي مثيرات تعزيزية إقترنت بمعززات أولية أو ثانوية متنوعة ومن أمثلتها المعززات الرمزية (Token Reinforcers) وهي عبارة عن رموز مادية تعطى للفرد أو الطفل ويستطيع صرفها في أوقات لاحقة بالأشياء التي يرغب فيها. وحتى يكون أشكال التعزيز التي تم عرضها سابقا ذو فاعلية على إكساب الطفل سلوك مرغوب أو جديد لا بد من توفر بعض العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز يذكرها "الفسفوس" (2011) في:
- فورية التعزيز: هو أحد أهم العوامل التي تزيد من فعالية التعزيز وهو تقديمه مباشرة بعد حدوث السلوك . مثال : أن يعطى الطفل الحلوة مباشرة بعد القيام بالنشاط المطلوب منه، ولا يجب التأخير أو التأجيل في ذلك .
- ثبات التعزيز: يجب أن يكون التعزيز على نحو منظم وفق قوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ برنامج العلاج وأن نبتعد عن العشوائية، كما أن من المهم تعزيز السلوك بتواصل في مرحلة اكتساب السلوك وبعد ذلك في مرحلة المحافظة على استمراريته .
- كمية التعزيز: يجب تحديد كمية التعزيز التي ستعطى للطفل وذلك يعتمد على نوع المعزز، فكلما كانت كمية التعزيز أكبر كانت فعالية التعزيز أكثر ، إلا أن إعطاء كمية كبيرة جدا من المعزز في فترة زمنية قصيرة قد يؤدي إلى الإشباع ، والإشباع يؤدي إلى فدان المعزز لقيمته ، لهذا علينا استخدام معززات مختلفة لا معزز واحد .

- **مستوى الحرمان - الإشباع:** فكلما كانت الفترة التي حرم فيها الطفل من المعززات طويلة كان المعزز أكثر فعالية ، فمعظم المعززات تكون أكثر فعالية عندما يكون مستوى حرمان الطفل منها كبيرا نسبيا.
 - **درجة صعوبة السلوك :** كلما إزدادت درجة تعقيد السلوك ، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أكثر ، فالمعزز ذو الأثر البالغ عند تأدية الطفل لسلوك بسيط قد لا يكون فعالا عندما يكون السلوك المستهدف سلوكا معقدا أو يتطلب جهدا كبيرا .
 - **التنوع :** إن استخدام أنواع مختلفة من المعزز نفسه أكثر فعالية من استخدام نوع واحد منه. مثال: إذا كان المعزز عند تنفيذ الطفل نشاط التقليد، فلا نقل له مرة بعد مرة "ممتاز، ممتاز ممتاز"، ولكن من الأفضل القول: ممتاز مع ابتسامة و عناقه .
 - **التحليل الوظيفي :** يجب أ يعتمد استخدامنا للمعززات إلى تحليلها للظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في تلك البيئة لأن ذلك : - يساعدنا على تحديد المعززات الطبيعية - يزيد من إحتمال تعميم السلوك المكتسب والمحافظة على استمراريته.
 - **الجدة:** عندما يكون المعزز شيئا جديدا فإنه يكسبه خاصية ، لذا ينصح بمحاولة استخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان . (الفسفوس، 2011، 43-44)
- يمكن تلخيص العوامل المؤثرة في فاعلية التعزيز في الشكل الآتي:



شكل رقم (09) يوضح العوامل المؤثرة في فاعلية التعزيز

مما سبق ذكره فإن تعزيز السلوك المرغوب فيه يزيد من احتمالية حدوثه وتكراره واستمراره ، وذلك باستخدام مختلف المعززات المتنوعة والتي يتم تقديمها بطريقة منظمة ودقيقة وعلمية ، كما قد يطور بعض المهارات الأساسية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

هذا ما تؤكدته دراسة "إنجيسول وريني" "Ingersol & Renee" (2003) الذي استخدم التعزيز والحث لتدريب خمسة أطفال من التوحديين على المحاكاة . وتكونت جلسات التدريب على اللعب المشترك وقد أظهر جميع المشاركين زيادة في قدرتهم على المحاكاة ، كما أظهروا تطوراً في مهارات التواصل الاجتماعي والانتباه المشترك. (Ingersoll & Renee, 2003, web)

هذا بالنسبة لأساليب تعديل السلوك الخاصة بزيادة حدوث السلوك المرغوب ، أما عن السلوكيات المرغوبة والمقبولة، والتي نود أن تكون عند الأطفال كمهارات حياتية تساعدهم على عملية التعلم والتدريب، فتوجد أساليب وفنيات لتكوين وتشكيل سلوكيات مرغوبة جديدة ، سنتعرض إليها في العنصر الموالي .

5-2 أساليب تعديل السلوك لتشكيل سلوكيات أو عادات جديدة:

قد يحتاج في الكثير من الأحيان تعديل بعض السلوكيات بتشكيل أو تكوين سلوكيات وعادات جديدة ، وخاصة عندما يتعلق الأمر بذوي الاحتياجات الخاصة وبأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة الذين يحتاجون لتعلم سلوكيات ومهارات حياتية جديدة بواسطة أساليب تعديل السلوك ، ومن بين هذه الأساليب : النمذجة ، التشكيل ، التسلسل ، التلقين ، الاسترخاء ، وفيما يلي تفصيل لهذه الأساليب.

5-2-1 النمذجة (Modeling) :

تعتمد فكرة النمذجة أن يلاحظ الفرد أشخاصاً آخرين يؤديون سلوكيات (الآخرون هنا نماذج)، وبالتالي يمكن اكتساب سلوكيات آخرين أو جزء منها ، وقد يكون النموذج حياً أو على شكل أفلام ، وكل ما يفعله الفرد هو المراقبة والملاحظة ، واستخدم هذا الأسلوب في التدريب على الاستجابات الاجتماعية كالسلام والمصافحة والتحية وطريقة الكلام، وإرتداء الملابس، وترتيب الغرف والحديث. (فاروق والشربيني، 2011، 178)

وهناك أنواع من النمذجة منها النمذجة الحية ، والمصورة ، والمشاركة ، والعوامل التي تزيد من فاعلية النمذجة : إنتباه الطفل للنموذج ، ودافعيته ، وقدرته على تقليد سلوك النموذج ، والإستمرار في تأدية السلوك بعد اكتسابه. (Strauss & Eyman, 1996 , 1425)

وقد وجد كريستوس وكينان (Christtos & Keenan,2004) أن استخدم النمذجة من خلال الفيديو على التفاعل الاجتماعي واللعب التبادلي لدى ثلاثة أطفال توحديين، تتراوح أعمارهم بين (7-9) سنوات كانوا قد شخصوا على أنهم توحديين من متوسط إلى شديد ،على مقياس تقدير السلوك التوحيدي (CARS) أن تفاعلهم الاجتماعي واللعب التبادلي ، لديهم قد إزداد بشكل ملحوظ ،حيث قام الأطفال بتقليد النموذج الذي عرض أمامهم ، من خلال شريط الفيديو المصور ، وذلك بالإقتراب من الفاحصين وأخذهم من أيديهم مع قول هيا نلعب .(نسيب ،2013، 62)

يضيف عالم النفس الأمريكي ألبرت باندورا (Bandura,1969) عن النمذجة في كتابه "مبادئ تعديل السلوك" ، أنه يمكن خفض السلوكيات من خلال مشاهدة سلوك الآخرين يتعرضون للعقاب .

(Bandura ,1969, 118)

قد يكون أسلوب النمذجة أحد أهم الأساليب التي يتأثر بها الفرد في تعلم الأنماط السلوكية المقبولة وغير المقبولة ، من خلال عملية ملاحظة أفراد آخرين أو تقليدهم فيما يقومون به من تصرفات ، لذلك على المربين والأخصائيين في مجال التربية الخاصة مراعاة سلوكياتهم في التعامل مع الأطفال، واختيار النماذج الجيدة لتعلم مهارة أو سلوك مقبول كان موجود سابقا ، أو تعديل سلوك . وتجدر الإشارة إلى مراعاة ذوي الاحتياجات الخاصة الشديدي الإعاقة لأنهم يعانون من عجز عن تقليد النموذج ، ولذا على معلمهم وآبائهم تعليمهم مهارة التقليد أولا .

5-2-2 التشكيل Shaping:

يعد التشكيل أسلوبا هاما من أساليب تعديل السلوك وبصفة خاصة عندما ينصب الإهتمام على إكساب الفرد سلوكيات جديدة غير متوفرة في الحصيلة السلوكية للفرد ، ويعرف بأنه ذلك الإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية ، وتعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي، ويسمى كذلك هذا الأسلوب بالتقريب المتتابع (المتعاقب). وبتعبير آخر يعرف التشكيل بأنه الإجراء الذي يشتمل على التعزيز الإيجابي المنظم للإستجابات التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائي بهدف إحداث سلوك لا يوجد حاليا.(عبد العظيم ،2008، 245)

يمكن إستخدام هذا الإجراء كأسلوب فعال مع الأطفال العاديين عامة والأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد خاصة ، في تعليمهم وتشكيل مهارات وسلوكيات جديدة تمس مختلف مجالات الحياة المختلفة ، فمثلا المهارات التي نستطيع استخدام أسلوب التشكيل مع أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد هي : تنمية مهارات تناول الطعام والشراب ، ومهارات الإستقلالية والعناية بالذات(الإستحمام ، النظافة الشخصية ، نظافة الأسنان)، المهارات الإجتماعية (التحية والسلام) والمهارات اللغوية ، مهارات الشرائية (التسويق ، والبيع والشراء)، ومهارات الحركية العامة والدقيقة (الإستلقاء ، الحبو، الجلوس، الوقوف المشي التحكم في حركة الرأس) وغيرها .

3-2-5 التسلسل (Chaining):

يعتبر أسلوب تسلسل السلوك أسلوباً مكملاً لأسلوب تشكيل السلوك ويتشابه التسلسل مع التشكيل في أن كليهما يعتمد على تجزئة السلوك إلى سلوكيات فرعية (Task analysis)، حيث يتم التدريب على كل جزء من أجزاء السلوك النهائي باستخدام التعزيز فهو يشبه التشكيل من حيث الهدف ولكنه يسير في عكس اتجاهه من ناحية التطبيق. (عبد العظيم، 2008، 253)

ويمكن تلخيص الاختلافات بين التشكيل والتسلسل في الجدول الآتي :

جدول رقم (11) يوضح الاختلافات بين التشكيل والتسلسل

التسلسل	التشكيل
آخر خطوة هي التي تعزز دائماً	يتم تعزيز كل خطوة صحيحة تقترب إلى السلوك المستهدف
يتعامل مع سلوكيات موجودة و تحدث على شكل حلقات متتابعة	يستخدم عندما لا يكون السلوك موجوداً في الحصيلة السلوكية
يسير إلى الوراء من الخطوة الأخيرة إلى الخطوة الأولى	يسير باتجاه متقدم إلى الأمام و يبدأ بأول خطوة و يعززها ثم ينتقل إلى الخطوة الثانية و تعزز كل خطوة

ويرى كلا من "جونيس وجانزين" Janice & Janzen (2002) أن هذا الأسلوب يستخدم لتعليم سلوكيات مركبة أو معقدة للأطفال التوحديين كون معظم هؤلاء الأطفال القادرين على إكتساب السلوك ككل واحد لذا لابد من تجزئته لخطوات يسهل إنتقائها . (نسب، 2013، 62)

ويمكن استخدامه مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تعلم وتسلسل مهارة إرتداء الملابس التي تتكون من عدد من الإستجابات المترابطة في سلسلة من الحلقات، لتشكيل جميعها ومعا مهارة إرتداء الملابس المكونة من الحلقات التالية : مهارة إرتداء الملابس الداخلية ، مهارة ، إرتداء القميص ، مهارة إرتداء البنطلون ، مهارة إرتداء الجاكيت ، مهارة إرتداء ووضع ساعة اليد، مهارة إرتداء الحذاء.

4-2-5 التلقين (Prompting) :

هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة احتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف، وبمعنى آخر هو حدث الفرد حدث الفرد على أن يسلك على نحو معين والتلميح له بأنه سيعزز على ذلك السلوك. (الخطيب، 2014، 172)

ويعتبر التلقين إجراء مفيداً في عملية تعليم الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة لأنه يساعدهم على تعلم السلوكيات المستهدفة حيث يعطيهم فرصة أكبر لإكتساب المعززات من خلال مساعدتهم على الإجابة الصحيحة، وعند العمل مع الطفل التوحدي يجب أن يخطط لكيفية إزالة التلقين تدريجياً إلى أن يتمكن الطفل من القيام بالعمل المستهدف بشكل مستقل. (الشامي "ج"، 2004، 224)

ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع وهي: التلقين اللفظي، التلقين الإيمائي، التلقين الجسدي. ويمكن إعطاء أمثلة توضيحية لكل نوع من أنواع التلقين الثلاثة التي سبق ذكرها نلخصها في الجدول التالي :

جدول رقم (12) يوضح أنواع التلقين بأمثلة توضيحية

نوع التلقين	مثال توضيحي
تلقين لفظي	عند تعليم الطفل شكل مربع /يقول المعلم ما اسم هذا الشكل / إن لم يجب / يقول أو يجب أو يلقي المعلم له " مربع" تلقين لفظي
تلقين إيمائي	نفس المثال فقط التلقين من خلال الإشارة أو لفت الإنتباه أو النظر باتجاه معين
تلقين جسدي	يكون التلقين جسديا كليا أو جزئيا ك كأن تمسك الأم بيد الطفل لأداء سلوك مستهدف بأكمله و هو تلوين دائرة " تلقين كلي " ، أما الجزئي لمس جسد الطفل و القيام بجزء من العمل المستهدف كأن تمسك يده و تبدأ معه بغسل يده و بعدها تتركه ليكمل السلوك المستهدف

وقد يحدث اتكال كلي على المعلم أو على الأم حين تطبيق إجراء التلقين ، ولذلك يتلائم مع أسلوب التلقين إجراء أو أسلوب ثاني وهو الإخفاء نوضحه في العنصر الموالي .

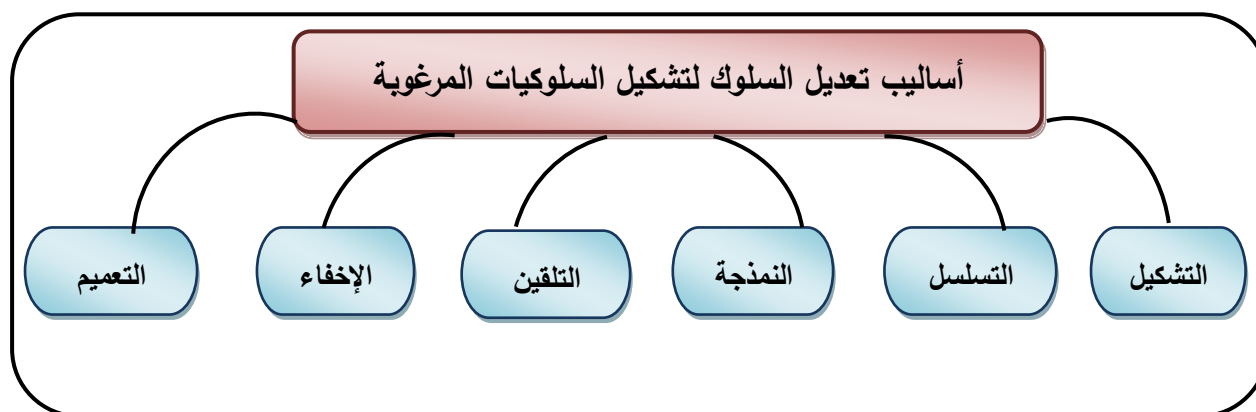
5-2-5 الإخفاء (Fading):

وهو أسلوب منظم لتقليل التلقين المستخدم أيا كان نوعه بشكل تدريجي كلما أصبح المتعلم قادرا على أداء السلوك المستهدف باستقلالية. (Janice & Janzen,2002, 182) في هذا الصدد تشير "بيليوس" ورفاقها "Pelios et al" (2003) أن استخدام هذه الإستراتيجية كان فعالا في حث الأطفال على العمل باستقلالية ، كما استطاع هؤلاء الأطفال من تعميم المهارات التي اكتسبوها في البرنامج على أوضاع أخرى وفي التعامل مع موضوعات مختلفة دون إشراف المعلمين. (نسيب، 2013، 60)

5-2-6 التعميم (Generalization):

معناه الإستجابة التي تصدر من الفرد تجاه مثير تميل إلى الظهور مع المثيرات الأخرى المشابهة له ، أو بمعنى آخر هو تطبيق الخبرات السابقة على مواقف جديدة، فالطفل يعمم خبراته التي تعلمها في موقف معين على مواقف أخرى متشابهة، وهذا يفسر لنا كثير من سلوكنا (عبد العظيم، 2008، 255) إن تعميم الطفل للسلوكيات التي تعلمها في موافق تدريبية قد تحدث ثانية أو مشابهة لها في موافق أخرى لم ينفذ فيها التدريب بأدوات مختلفة ، وأشخاص مختلفين، وأماكن مختلفة ، ونبرات صوت أخرى التي تواجه الطفل في موافق حياته المختلفة ، وتبقى دائما تعميم المهارة أهم من تعلم المهارة نفسها.

يمكن تلخيص أساليب تعديل السلوك لتشكيل السلوكيات المرغوبة في المخطط التالي :



شكل رقم (10) يوضح أساليب تعديل السلوك لتشكيل السلوكيات المرغوبة

هذه بعض الأساليب تعديل السلوك التي تساهم في تشكيل سلوكيات جديدة لدى الطفل و التي تساعد على التعلم والتدريب والتأهيل ، هذا عن السلوكيات الجديدة التي يتعلمها ويكتسبها ، أما عن السلوكيات الموجودة عند الطفل وغير المقبولة فهناك أساليب تعديل السلوك تقلل من حدوثها ، سنتطرق إليها في العنصر التالي .

3-5 أساليب تعديل السلوك لخفض السلوكيات غير المرغوبة:

تتمثل فنيات تعديل السلوك الخاصة بتقليل السلوكيات غير المرغوبة بالتعزيز السلبي ، الإطفاء التجاهل ، تكلفة الإستجابة ، الإبعاد المؤقت ، التصحيح المفرط أو الزائد ، الغمر ، والتغذية الراجعة والتعاقد السلوكي، وإدارة الذات ، وفيما يلي عرض مفصل لهذه الأساليب .

1-3-5 العقاب(Punishment):

هو من الأساليب الشائعة والمستخدم في خفض وتقليل السلوكيات غير المرغوبة فيها لدى الأطفال العاديين والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، ويعرف بأنه: " تقديم مثير مؤلم غير مرغوب فيه أو سحب مثير إيجابي مرغوب فيه من أجل تعديل سلوك الفرد بتقليل هذا السلوك وحذفه".(سليمان، 2010، 152)

ويأخذ العقاب أحد الشكلين التاليين :

- العقاب الموجب أو الإيجابي : ويعني تقديم مثيرات مؤذية أو كريهة بعد حدوث السلوك مباشرة .
- العقاب السالب أو السلبي : ويعني حرمان الطفل من معززات أو مثيرات يحبها بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه مباشرة مما يؤدي إلى إضعافه أو إختفائه.(عبد العظيم، 2008، 224)

يشير كل من "مارتن وبير" " Martin & Pear (2010) و"الخطيب" (2017) أن العقاب باستخدام المثيرات المنفرة قد يكون إجراء لا بد منه في استخدامه أحيانا و أن المشكلة تكمن في كيفية استخدامه لذلك ينبغي على محلي السلوك أن يكونوا على معرفة جيدة بكيفية استخدام المثيرات المنفرة لخفض السلوك بفاعلية .

فمثال على العقاب الإيجابي عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وضع مادة كريهة ومنفرة وغير ضارة على يد الطفل بعد قيامه بعض ظهر يده مباشرة .أما عن العقاب السلبي فالمثال هو حرمان الطفل من النزهة أو الخروج للعب بسبب صراخه المستمر .

ولكي يصبح العقاب فعالا يجب الإنتباه إلى: طبيعة المثيرات المستخدمة ، شدة العقاب وفورية العقاب ، استخدام العقاب بهدوء، استخدام العقاب بطريقة متسقة ، إقتران العقاب بالتعزيز ومعاقبة السلوك نفسه، لا بمعاقبة الطفل، تهيئة الظروف البيئية المناسبة، استخدام العقاب عند الضرورة القصوى فحسب، أن يكون العقاب مصحوب بتعليمات لفظية واضحة.(عبد الهادي ، 2000 ، 93-95) (عبد الباقي، 2001، 51-52)

تجدر الإشارة إلا أن العقاب مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ليس الضرب كما هو معروف عن مفهوم العقاب ولا يجب معاقبتهم بدنيا وبقسوة شديدة بل يتعين علينا تعديل السلوك غير المقبول بأسلوب العقاب المناسب وهذا من شأنه تعويد الطفل السيطرة على سلوكياته غير المقبولة والتخفيف أو التقليل منها.

5-3-2 الإطفاء (المحو) (Extinction):

يستند هذا الأسلوب إلى السلوك الذي لا يعزز يضعف، وقد يتوقف نهائيا بعد فترة زمنية معينة فهو يتركز على تجاهل الإستجابات غير المرغوبة بدون اللجوء إلى استخدام مثيرات منفرة ، وهذا لا يعني التوقف عن التعزيز الإيجابي بل يعزز السلوك المرغوب فيه في الوقت نفسه. (محمدي، 2011، 135) إن اسلوب الإطفاء يستلزم وقتا كافيا لإطفاء السلوك غير المرغوب فيه ، فهو لا يحدث بشكل فوري وقد يزيد الإطفاء في بعض الأحيان السلوك غير المرغوب ، يقول "الكر وشيا" (1984) في هذا الصدد يكون الإطفاء فاعلا إذا إتصف بالانتظام والاستمرارية. (قحطان، 2004، 181) وحتى يكون الإطفاء فاعلا يفضل أن يشترك مع المربي أو الأخصائي من يتفاعل مع الفرد المستهدف أو الطفل (كالوالدين والإخوة والأقران) ، ولكي يكون فاعلا وناجحا يحب إتباع بعض المبادئ ومنها :

- يجب أن يصحب إطفاء سلوك ما التعزيز الإيجابي لسلوك آخر مرغوب.
- ضبط مصادر التعزيز الأخرى للسلوك المراد تقليله.
- الموقف الذي ينفذ فيه برنامج الإطفاء : حيث تنتوع المواقف التي يمكن استخدامها إجراء الإطفاء فيها من مواقف إطفاء عادية لإطفاء سلوك يسهل إطفاءه إلى مواقف مصطنعة لإطفاء سلوك من الصعب إطفاءه في المواقف العادية .
- التعليمات: حيث تساعد التعليمات في سرعة تناقص السلوك المراد إطفاءه. (سليمان، 2010، 155،

نستخلص مما سبق أنه يمكن تعديل بعض المشكلات السلوكية عن طريق الإطفاء وحتى يكون هذا الأسلوب يحقق الهدف المنشود، لا بد من تطبيق بمبادئ استخدامه.

5-3-3 التجاهل:

- يتلخص هذا الأسلوب بتجاهل السلوك غير المرغوب فيه ، وتعزيز نقيضه ، حيث أن التجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة سيؤدي إلى إخفائها تدريجيا . واستخدام التجاهل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يكون أكثر صعوبة مما هو مع الأطفال العاديين .
- ولكي يكون التجاهل فعالا فلا بد من توافر بعض الشروط منها :
- الانتظام و الإتساق في تطبيق طريقة التجاهل
 - تجنب التواصل البصري بالطفل
 - البعد عن المكان الذي يظهر فيه الطفل السلوك السيئ
 - لا بد من الإحتفاظ بتعبيرات الوجه محايدا.
 - لا يجب الدخول في حوارات مع الطفل في فترة التجاهل .
 - يجب أن يكون التجاهل فوريا ، أي وقت صدور السلوك غير المرغوب فيه. (سليمان، 2010، 163-164)

ومثال على ذلك في مجال التربية الخاصة أن الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد عندما يريد جلب إنتباه الأم أو المربية أو لا يريد تنفيذ مهمة ما ، فيقوم بسلوك غير مرغوب فيه وهو البكاء، وبالتالي قد يؤدي تجاهل هذا السلوك إلى إطفائه . بشرط وبعد التأكد التام بأن التجاهل لا يضر بصحة وسلامة الطفل الجسمية والنفسية .

5-3-4 التعزيز التفاضلي لخفض السلوك (Differential Reinforcement):

يشتمل هذا الإجراء على تعزيز الفرد عندما يصبح معدل حدوث السلوك غير المرغوب فيه لديه أقل من قيمة معينة يتم تحديدها مسبقاً. ففي دراسة قام بها "لوسيكي وسلوكمب" Luiselli and Slocump (1983) بإختبار فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى، و تألف الإجراء من زيادة المدح و الأكل المفضل في نهاية الفترات التي لا تقدم فيها الطفل التوحيدي إظهار العدوان ، و قد أشارت النتائج إلى فاعلية الإجراء في خفض السلوك العدواني ، واستمرت فترة المحافظة إلى أربعة وثلاثين أسبوعاً متتابعاً. (الزريقات، 2016، 493)

في دراسة أخرى قام بها "سميث" Smith (1985) استعمل فيها التعزيز التفاضلي لشخصين توحيدين كوفئ أحدهما بالأطعمة والشراب والنشاطات المفضلة عندما لا يقوم بالسلوك العدواني ، وعزز الشخص الآخر بالطعام و الأنشطة الجسدية عندما لا يقوم بالعدوان و إيذاء الذات ، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية الإجراء في خفض كل من السلوك العدواني وإيذاء الذات . (الزريقات، 2004، 429)

5-3-5 الإقصاء عن التعزيز الإيجابي (Time Out from Positive Reinforcement) :

ويشمل هذا الإجراء على حرمان الفرد -مؤقتاً- من إمكانية الحصول على التعزيز في حال تأديته للسلوك غير المرغوب الذي يراد تقليله. (Ross, 1981, 185)

ويأخذ الإقصاء عن التعزيز الإيجابي ثلاثة أشكال أساسية و هي :

أ - الملاحظة الشرطية (Contingent Observation) :

وفي هذا النوع من الإقصاء يتم إبعاد الطفل عن البيئة المعززة ليوضع خارج مكان النشاط ، وأثناء تلك الفترة يتم تجاهله بعد أن يكون قد حرم من النشاط المفضل ، وبطلب منه ملاحظة الأطفال الآخرين وهم يقومون بالنشاط ويحصلون على التعزيز .

ب-الإقصاء (Exclusion Time out) :

وفي هذا النوع من الإقصاء يقوم المعلم بحرمان الطفل من النشاط المفضل وحرمانه من إمكانية مشاهدة الأطفال الآخرين ولكن دون نقله إلى مكان آخر .

ج- العزل (Seclusion Time out) :

ويشتمل هذا النوع على إقصاء الطالب من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة تسمى غرفة العزل ويجب ألا يستمر العزل لأكثر من عدة دقائق ، وهذا الإجراء يتطلب معرفة خصائص الطفل قبل تطبيقه فقد يكون الابتعاد مكافأة للطالب المنطوي. (قحطان، 2004، 188)

وقد استخدم "نورد كويز " Nordquist and Whales (1973) العزل في تعديل سلوك طفل توحدي ، وتمثلت السلوكيات المستهدفة في ، سلوك عدم الطاعة والصراخ والحركات النمطية ، ويمثل الإجراء بأن يقصى الطفل مدة 15 دقيقة في غرفة ، وأشارت النتائج إلى تحسن سلوك عدم الطاعة إلا أن سلوك الصراخ و السلوكيات الطقوسية كان ضعيفا . (الزريقات ، 2016، 498)

مما سبق ذكره عن الإقصاء فهو كغيره من أساليب تعديل السلوك ، فقد يكون ناجحا وفعالا مع بعض المشكلات السلوكية ، كما قد يكون غير ناجحا في المشكلات الأخرى كإيذاء الذات عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لأنه سيستمر بالسلوك المشكل حتى ولو عزل أو أبعد أو أقصى ، لدى وجب البحث عن أساليب أو إجراءات أخرى كالتصحيح الزائد الذي سنستعرضه في العنصر التالي .

5-3-6 التصحيح الزائد (Overcorrection):

يعتبر التصحيح الزائد من أحدث أنواع العقاب ظهورا حيث قدمه "ريتشارد فوكس وناثان ازرين" Foxx and Azrin (1982) وهو من أكثر الأساليب العقابية المستخدمة في برامج تعديل السلوك ويشتمل على توبيخ الفرد أو الطفل بعد قيامه بالسلوك غير المقبول ، وتذكيره بما هو مقبول ، وما هو غير مقبول ، ومن ثم يطلب منه إزالة الأضرار التي نتجت عن سلوكه غير المقبول ، أو تأدية سلوكيات نقيضة للسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله بشكل متكرر لفترة زمنية محددة. (الخطيب، 2014، 209)

ويشتمل هذا الإجراء على صورتين و هما :

أ - **التعويض:** ويتضمن إرغام الشخص أو الطفل على أن يعيد الوضع إلى حال أفضل من الذي كان عليه قبل قيامه بالسلوك غير المناسب ، كما يسمى هذا الإجراء بتصحيح الوضع.

ب **الممارسة الإيجابية:** ويشتمل هذا الإجراء على إرغام الطالب أو الطفل في حالة قيامه بالسلوك غير المقبول على تأدية سلوك بديل له لفترة زمنية محددة. (سليمان ، 2010، 158)

وعليه فإنه لا يترتب على الطفل الذي قام بالسلوك غير مرغوب أن يصلح أو يصحح ما قام به فقط بل زيادة على هذا السلوك ، مثال : كأن يجمع الطفل الأوراق التي مزقها ورماها عي الأرض وزيادة على ذلك أن ينظف المكان الذي هو فيه .

ويهدف أسلوب التصحيح الزائد كما أورده "الخطيب" (2001) و"الظاهر" (2004) إلى :

- تقليل أو إطفاء السلوك غير المرغوب فيه .
- التدريب على تعلم الإستجابة الصحيحة .
- التدريب على تحمل المسؤولية .

فقد بينت الدراسات فعالية أسلوب التصحيح الزائد كإجراء لتقليل السلوك غير المقبول ، حيث استخدم "لوسيلي" (Luiselli) (1984) التصحيح الزائد لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتأخرين نمائياً، وتمثل الإجراء بأن يمارس الأطفال تمارين يدوية لمدة 30 دقيقة في كل وقت يضرب فيه شخص آخر، بالإضافة إلى المدح الاجتماعي عندما لا يقوم الأكفال بسلوك عدواني، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية الإجراء في خفض العدوان . (الزريقات، 2004، 431)

قد يعمل أسلوب التصحيح الزائد على التقليل من بعض السلوكيات غير المقبولة وذلك بقيام الطفل على المواظبة والإستمرارية لتأدية تلك السلوكيات مدة طويلة حتى يصبح هذا الإجراء سلوكاً مزعجاً لديه، مما قد يؤدي إلى ظهور بعض الإستجابات الإنفعالية كالعدوان والهروب وعدم تنفيذ التعليمات المطلوبة منه، لدى وجب البحث عن أساليب أخرى أكثر فاعلية سنعرضها في العنصر الموالي .

5-3-7 تكلفة الإستجابة (Espanse Cost) :

هي إحدى إجراءات العقاب الشائعة لتقليل السلوك غير المقبول هو الإجراء المعروف بتكلفة الإستجابة، وكما يفسر الاسم فهذا الإجراء يعني أن تأدية الفرد للسلوك غير المقبول سيكلفه شيئاً ما، وهذا الشيء هو فقدان كمية معينة من المعززات التي في حوزته. (الخطيب، 2014، 202) أوضحت العديد من الدراسات منها دراسة "والكير" (Walkur) (1983) فاعلية تكلفة الإستجابة كإجراء لتقليل السلوكيات غير المقبولة كالسلوكيات الإجتماعية غير المقبولة ، والسلوكيات العدوانية ، والنشاط الزائد ، ومخالفة التعليمات وغيرها. (الخطيب، 2014، 203) فقد أثبت هذا الإجراء فاعلية في خفض سلوك العدوان وإيذاء الذات لدى الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، ففي دراسة استخدم "وودز" (Woods) (1982) إجراء تكلفة الإستجابة لخفض السلوك العدواني وإيذاء الذات لدى مراهقين توحديين من خلال تدريب الأم والأخوة كيفية استخدام تكلفة الإستجابة. (إبراهيم والزريقات، 2004، 432)

وهناك مجموعة من الخطوات تلخص تكلفة الإستجابة كما أوردها "كارولي" (Caroly) (1980) إلى :

- تسحب المعززات عند ظهور السلوك غير المرغوب بشكل فوري
- الإستمرار في التعزيز الإيجابي للإستجابات المرغوبة .
- يجب أن تكون المعززات المسحوبة ذات قيمة في نظر الطفل .
- تنظيم طريقة الحصول على المعززات و فقدانها بشكل مقبول بحيث لا تسحب مرة واحدة ، أو في جلسة واحدة ، وفي نفس الوقت ، ولا يكون السحب ضئيلاً إلى الحد الذي لا يلاحظ. (الظاهر،

(185، 2004)

مما سبق ذكره يمكن لأن نستخلص أنه يمكن تطبيق هذا الإجراء بسهولة وفاعلية في تعديل السلوك غير المرغوب ، بوضع اتفاق أو تعاقد مسبق بين الطفل ومعدل السلوك ، مع تحديد كمية المعززات المحببة للطفل الموافقة لسنه وإمكانياته، كما يمكن فقدان هذه المعززات في حال قيامه بالسلوك غير المرغوب . فأسلوب تكلفة الإستجابة ظرفي ومؤقت ، حيث يسعى الطفل لكسب أكثر المعززات على حساب السلوك المرغوب ، وبالتالي لا يمكن الإستمرار في هذا الإجراء فترة طويلة ،لدى وجب البحث عن أساليب أخرى كالإبعاد ، وهو ما سنوضحه بالإيجاز في العنصر الموالي .

5-3-8 الإشباع (Satiation):

لقد أشرنا فيما سبق عن العوامل المؤثرة في فعالية التعزيز إلى ظاهرة الإشباع ، و «التي تعني أن إعطاء الفرد كمية كبيرة من المعزز نفسه في فترة زمنية قصيرة نسبيا ، سيؤدي إلى فقدان ذلك المعزز لقيمتة ، وهكذا بالإمكان استخدام الإشباع كإجراء لتقليل السلوك غير المقبول ، وذلك من خلال تحديد المعزز الذي يعمل على استمرار حدوثه ، ومن ثم تزويد الفرد بكمية كبيرة من ذلك المعزز ، فمن خلال هذا الإجراء يحصل الفرد على المعزز بشكل متواصل قبل تأديته للسلوك غير المقبول ، بمعنى آخر فالفرد لا يحتاج أن يسلك على نحو غير مقبول ليحصل على المعزز وذلك يؤدي إلى إضعاف السلوك لأنه لا يبقى لدى الفرد دافع لتأديته، إذ أنه لم يعد محروما من المعزز». (الخطيب، 2014، 212-213) قد يترتب على إستخدام اسلوب الإشباع عدة مضار بالنسبة للطفل ذوي إضطراب طيف التوحد يؤثر على عليهم صحيا كالبدانة عند استخدام المعزز المادي الطعام .ولذلك عند استخدامه يجب مراعاة كل من الجانب الصحي للطفل والمشكلات الحسية ، بالإضافة إلى تحديد نوع المعزز المناسب لإجراء هذا الأسلوب فمثلا يمكن استخدام هذا الأسلوب في مشكلة الإحتفاظ والتعلق بالأشياء عند الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد (التعلق بالكرة)، بتوفير وجلب ذلك الشيء المتعلق به (الكرة مثلا) بعدد كبير ووضعها أمامه.

5-3-9 التمرين (Exercise):

يمكن خفض السلوكيات غير المألوفة من خلال تمارين جسدية متزامنة أو غير متزامنة، يتضمن التمرين المتزامن ممارسة الشخص لتمرين جسدي بعد ظهور السلوك غير مرغوب ،والتمرين غير متزامن هو إشغال الفرد بأنشطة وتمرين مكثفة قبل دخول المواقف التي يتوقع فيها ظهور الصعوبات. وفي هذا الصدد قام "اليسون" وزملاؤه "Allison et al" (1991) باستعمال تمرين قبلي لخفض سلوك العدوان لدى شخص توحدي ،وتمثل بأن يدفع شيئا لمدة عشرون دقيقة كل مساء ،لقد أدى هذا الإجراء إلى إنخفاض ملحوظ لسلوك العدوان أكثر من إستعمال الأدوية.(الزريقات ،2016، 494)

5-3-10 الممارسة السلبية (Negative Practice):

ويشتمل هذا الأسلوب على إرغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل متواصل فترة زمنية محددة ، والإفتراس الرئيسي الذي ينطلق منه الممارسة السلبية هو أن الممارسة المتكررة للسلوك غير المقبول سيؤدي في النهاية إلى أن يصبح ذلك السلوك شيئاً مكروهاً للفرد. (سليمان، 2010، 160) وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب لا يستخدم إلا نادراً في برامج تعديل السلوك ، والسبب هو أنه يوجد بعض السلوكيات لا نستطيع استخدام معها أسلوب الممارسة السلبية مثل السلوكيات العدوانية والتخريبية بينما قد يمكن استخدامها في خفض بعض السلوكيات مثل الحركات النمطية ومص الإصبع وقضم الأظافر والمصاداة عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

5-3-11 تغيير المثير (Stimulus Change) :

تحدث بعض السلوكيات غير المقبولة في ظروف بيئية معينة ، واستناداً إلى هذه الحقيقة فإن باستطاعتنا تقليل تلك السلوكيات من خلال تعديل الظروف البيئية التي تحدث فيها ، وهذا ما يسمى بإجراء تغيير المثير ، الذي يستخدم كثيراً في حياتنا اليومية . (الخطيب، 2014، 216) وهناك من يسميه بضبط المثير أي التحكم بالمثيرات المحيطة ، حيث ترى "كريستين" ورفاقها "Kristin et al" (2004) أن استخدام بعض استراتيجيات تعديل السلوك ومنها (تنظيم وقت النوم وتغيير المثير) في علاج المشكلات السلوكية لدى طفل توحيدي يبلغ من العمر أربع سنوات يعاني من اضطرابات في النوم ونوبات الغضب وبكاء ، أظهرت النتائج إنخفاضاً ملحوظاً فيعدد المرات التي يستيقظ فيها الطفل كما أن مدة الإستيقاظ إنخفضت إلى نصف الساعة بالإضافة إلى إنخفاض كبير في حدة نوبات الغضب والبكاء. (نسيب ، 2013، 63)

فعلى سبيل المثال الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد الذي لديه مشكلة رمي كل شيء يأتي في يده على الأرض ، فيمكن أن نبعد أي عن متناول يد الطفل، وبذلك غيرنا المثير لضبط السلوك غير المرغوب. بالرغم من أن هذا الأسلوب متعامل به في الكثير من الأحيان، إلا أنه يبقى حلاً مؤقتاً للمشكلة ولا تساعد الطفل على إكتساب مهارات حياتية مناسبة و جديدة .

5-3-12 التوبيخ (Reprimanding) :

ربما يكون التوبيخ من أكثر الطرق التي يلجأ إليها المعلمون والآباء لتقليل السلوكيات غير المقبولة ، والتوبيخ هو أي تعبير عن عدم الموافقة على سلوك الآخرين ، وقد يكون التوبيخ لفظياً (Verbal Reprimands) كقول : اسكت ، لا ، خطأ ، كلام سخيف ، إلخ ، أو قد يكون غير لفظي (Nonverbal Reprimands) من خلال الإيماءات المختلفة " كتعبيرات الوجه مثلاً " . ومن حسناته سهولة تطبيقه مباشرة بعد حدوث السلوك غير المقبول ، وهو غير مؤلم جسدياً ، وهو أيضاً ذو فاعلية كبيرة إذ ما استخدم بشكل منظم ، واستخدامه مع إجراءات تعديل سلوك أخرى. (الخطيب، 2014، 63)

قد يكون التوبيخ أحد أشكال تعديل السلوك المستخدمة بشكل كبير في المراكز الخاصة لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة لسهولة تطبيقه وغير مكلف ، إلا أنه قد لا يكون ذا فعالية حين لا يستند في استخدامه إلى قوانين محدد وواضحة ، والدليل على ذلك أصوات المربين والمعلمين وأوليائهم الأمور التي نسمعها دائما من المراكز الخاصة والمنازل ، بالإضافة إلى استمرارية السلوك غير المرغوب أو ظهور سلوكيات أخرى ، يعني ذلك أن التوبيخ لم يؤد وظيفة الأساسية . وعليه يتوجب علينا البحث عن وسائل بديلة تقوم بوظيفة تعديل السلوك منها الإسترخاء الذي سنوضحه فيما يلي .

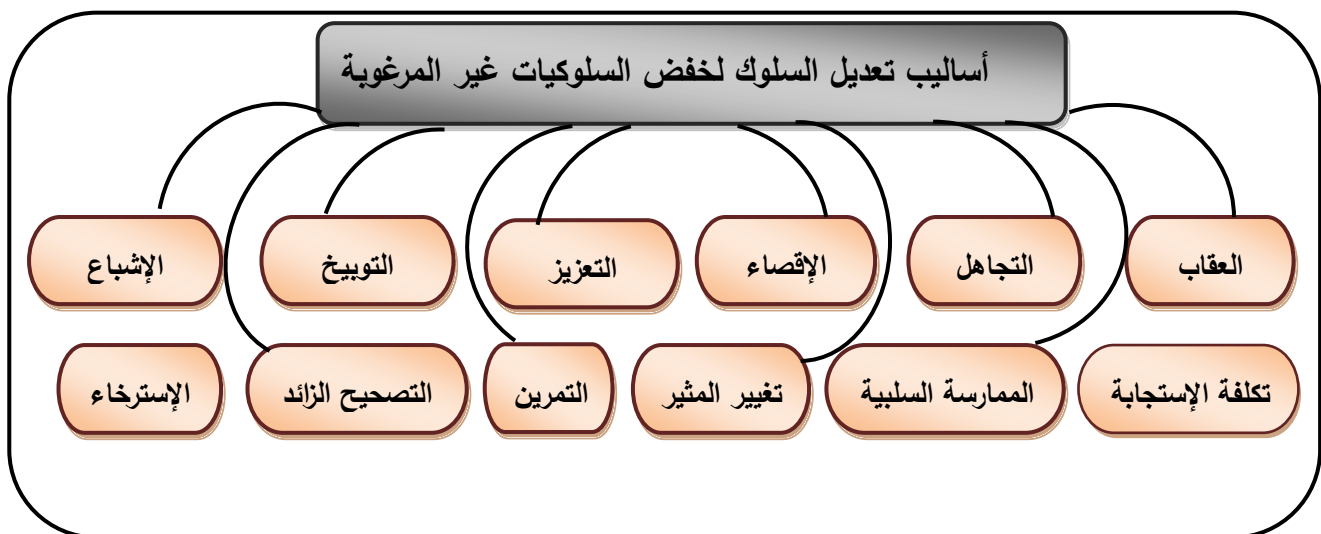
5-3-13 الإسترخاء (Relaxation):

يستند إجراء الإسترخاء إلى شد العضلات بطريقة منظمة ، ووفقا لتسلسل هرمي منظم ، حيث يدرّب الفرد على شد وإرخاء مجموعات عضلية ومن ثم التمييز بين إحساسات الإسترخاء و التوتر. ولقد استخدم الإسترخاء بفعالية في خفض الإستراتيجيات العدوانية لدى الأفراد التوحديين ، ويعمل أسلوب الإسترخاء على :

- خفض مشاعر القلق و الإنفعالات السلبية
- زيادة القدرة على ضبط الأنشطة الذاتية .
- زيادة القدرة على ضبط الأنشطة المعرفية . (سليمان ، 2010، 161)

تتلخص عملية الإسترخاء لدى أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في حالات التوتر والقلق والعدوان بوضعهم في غرف الإسترخاء مهيأة و معدة بأجهزة و أدوات تساعد على الإسترخاء ، كما تجدر الإشارة إلى أن الأطفال يختلفون في مدى استجابتهم للإسترخاء ، تبعا لشدة توترهم وتعلقهم بالمشغولات المسببة للتوتر .

يمكن تلخيص أساليب تعديل السلوك لخفض السلوكيات غير المرغوبة في المخطط التالي :



شكل رقم (11) يبين أساليب تعديل السلوك لخفض السلوكيات غير المرغوبة

يتبين من العرض السابق تعدد أساليب والفنيات التي يمكن استخدامها في برامج تعديل السلوك تعديل السلوك ، وهذه الأساليب منها من تعمل على تعزيز وزيادة حدوث السلوك المرغوب ، ومنها من تعمل على تشكيل السلوك المرغوب ومنها من تعمل على خفض أو حذف السلوك غير المرغوب .
قد استخدمت الباحثة في دراستها أساليب تعديل السلوك لخفض السلوك غير المرغوب للتقليل من المشكلات السلوكية عند أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، مع مراعاة خصوصية كل طفل والمرحلة العمرية له.

خلاصة الفصل:

تكتسي عملية تعديل السلوك لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، أهمية بالغة في التعلم ، وهو من المطالب الأساسية لنجاح عملية التدريب واكتساب المهارات الحياتية الأساسية ، في حين تعتبر المشكلات السلوكية والسلوكيات غير المرغوبة عائقا أمام تطور الطفل واندماجه في المجتمع ، لذلك لابد من تطبيق برامج تعديل السلوك للتخفيف من هذه السلوكيات وتنمية المهارات اللازمة للحياة الطبيعية للطفل ، وهذا يتطلب البحث المستمر بالتحليل والتفسير والتجريب، وسنتناول هذا الجزء الميداني من الدراسة في الفصل الموالي.

الجانب الميداني

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

الفصل السادس: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

الإستنتاج العام

المقترحات

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

- تمهيد

1- المنهج المتبع

2- مجتمع الدراسة

3- المعاينة

4- أدوات جمع البيانات

4-1 المقابلة العيادية

4-2 استمارة دراسة حالة الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد

4-3 مقياس تقدير التوحد الطفولي 2-CASR

4-4 بطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية لأطفال ذوي طيف التوحد

4-5 البرنامج التدريبي تعديل السلوك

5- إجراءات تطبيق الدراسة

6- الصعوبات التي واجهت الباحثة في إعداد و تطبيق البرنامج

7- أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى الجانب النظري الذي يعتبر بمثابة الأساس النظري لأي دراسة علمية ، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني ، الذي سيتم من خلاله تجسيد ما تم تناوله نظريا في شكله الإحصائي الكمي ، من خلال التعرض للمنهج المتبع في الدراسة ، ومجتمع الدراسة ، ثم العينة بمواصفاتها ، تم أدوات القياس وخصائصها السيكمترية ، وإجراءات الدراسة ، وأخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة البيانات المحصل عليها من خلال تطبيق الأدوات المستخدمة في الدراسة .

1- المنهج المتبع:

إن أي باحث في دراسة لموضوع ما يعتمد على منهج معين يسير عليه ، وبما أن الإشكالية تدور حول معرفة أثر برنامج تدريبي قائم على منهج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

يتبع الباحث في دراسة أي موضوع منهج معين يسير عليه، و بما أن إشكالية الدراسة الحالية تدور حول معرفة المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وعلى هذا الأساس تم الاعتماد على المنهجين الوصفي كونه «أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كميا عن طريق جمع البيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة».(ملحم، 2000، 324) واستخدم المنهج الوصفي لمعرفة مدى إنتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما إعتدنا كذلك في الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي لأنه يعرفه "عدس وآخرون " (2005) بأنه «استخدام التجربة في إثبات الفروض، أو إثبات الفروض عن طريق التجريب». (بلجون، 2007، 157) . والتجريب هو « تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما ، وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته وتفسيرها» (فان دالين، 1997، 348)

وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه تجريبي من خلال « تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي، ويتم بعد ذلك إدخال المتغير التجريبي المراد اختبار تأثيره ثم يجري قياس بعدي ثم تقارن درجات القياسين القبلي و البعدي لاختبار دلالة الفروق».(ابراهيم ، 2000 ، 143) تم إختيار المنهج شبه التجريبي لأنه يهتم بتقييم نتائج العلاجات النفسية ، والأساليب الإرشادية وخدمات النفسية والعيادية وهو ما ينطبق على موضوع الدراسة الحالية .

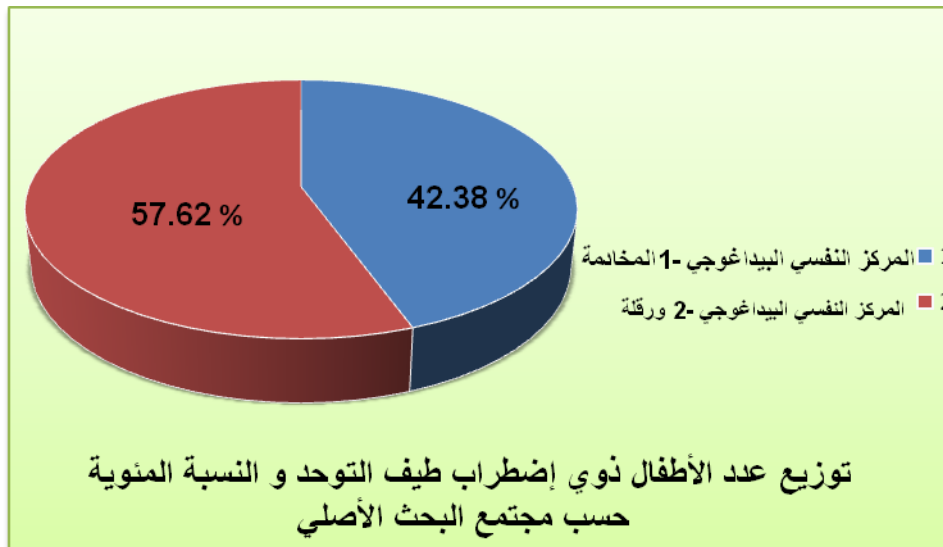
2- مجتمع الدراسة:

1-2 عينة الدراسة الإستطلاعية :

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المسجلين والمصرح بهم من المراكز المتخصصة التابعة لمديرية النشاط الإجتماعي بورقلة ، والبالغ عددهم (59) طفل ذوي اضطراب طيف التوحد ، وقد اختير أفرادها بالطريقة الميسرة من المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بورقلة ، حيث شملت مدينة ورقلة على مركزين للمعاقين ذهنيا ، وكل مركز نفسي بيداغوجي يحوي على قسم خاص بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، أما أفراد العينة فهم الأطفال الموجودين في المركزين النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا المخادمة ورقلة- 1 والمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا ورقلة- 2 . والجدول التالي يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة :

جدول رقم (13) يوضح توزيع عدد الأطفال والنسبة المئوية حسب مجتمع الدراسة :

النسبة المئوية	المجموع	عدد الأطفال		عدد المراكز
		الذكور	الإناث	
42.38%	25	15	10	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا 1-المخادمة (قسم التوحد)
57.62%	34	19	15	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال للمعاقين ذهنيا 2-ورقلة (قسم التوحد)
100%	59	34	25	المجموع



شكل رقم (12) يوضح توزيع عدد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والنسبة المئوية حسب مجتمع الدراسة

من خلال الجدول رقم (13) والشكل رقم (12) يظهر أن العدد الإجمالي لأفراد مجتمع الدراسة قد بلغ (59) طفل و طفلة ، وذلك حسب إحصائيات المسجلة للسنة الدراسي (2017-2018) المصرح بها وهي موزعة بالشكل الآتي : عدد الأطفال في المركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا -2 ورقلة (34) ، ويمثلون بذلك نسبة (57.62%) ، و هذا المجموع موزع على الأطفال الذكور الذي بلغ عددهم (19)، والأطفال إناث الذي بلغ عددهن (15). أما المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا - 1 بالمخادمة بلغ عدد أطفالها المسجلين (25) طفل وطفلة ويمثلون نسبة (42.38%) ، وهذا المجموع موزع على الأطفال الذكور الذي بلغ عددهم (15)، والأطفال إناث الذي بلغ عددهن (10).

الملاحظ أن العدد الكبير من الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد المسجلين خلال الموسم الدراسية (2017-2018) كان في المركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا -2 ورقلة ، وهذا قد يعود إلى: وجود الأخصائيين والمربين بالعدد الكافي وقرب المركز من مديرية النشاط الإجتماعي مما يسهل عملية التنقل و لتواصل .

3- المعاينة:

3-1 حجم العينة ومواصفاتها:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (04) حالات أطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد شخصوا من طرف طبيب الأمراض العقلية والنفسية للأطفال والمراهقين ، على أنهم يعانون من إضطراب طيف التوحد والتي تتراوح أعمارهم بين 07-12 سنوات ، تم اختيارهم بطريقة قصدية من المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا مخادمة ورقلة - 1 . والجدول التالي يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

جدول رقم(14) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس (ن=04)

الجنس		المتغير
ذكور	إناث	
03	01	العدد
04		المجموع الكلي

يلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن العدد الإجمالي لأفراد الدراسة الأساسية قد بلغ (04) أطفال من ذوي إضطراب طيف التوحد ، موزعين حسب الجنس إلى (03)ذكور ، و(01) إناث.

4- أدوات جمع البيانات:

إعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية :

4-1 المقابلة العيادية :

وقد عرف "عادل الأشول" طريقة دراسة الحالة بقوله : « هي وسيلة تجميع للبيانات عن طفل معين لمساعدة الأخصائي في تفهم سلوك الطفل ». (محمد وعبد الجواد ، 1989 ، 105)

وتم استخدام المقابلة العيادية النصف الموجهة التي تعتمد على دليل المقابلة و التي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفصيل توضع لها تعليمة موحدة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض، وفيها تحدد الأسئلة وصياغتها ويترتب توجيهها وطريقة إلقائها بحيث تكون هناك مرونة تجعل هذه الطريقة بعيدة عن التكلف. (بركات، 1984، 399)

وقد اخترنا لهذا الغرض دراسة حالة ، بغرض جمع المعلومات عن العميل وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها والإستدلال بالمشكلة ثم التنبؤ بحالة العميل في المستقبل مع وضع توصيات بطرق الإرشاد المناسبة .

إذ تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي يستعين بها الأخصائي النفسي على التشخيص وفهم حالة الفرد و علاقته بالبيئة . فهي عبارة عن « جمع المعلومات المفصلة والشاملة التي تجمع عن الفرد المراد دراسته في الحاضر والماضي ، وهي تاريخ شامل لحياه الفرد، وتاريخ الحالة ما هي إلا جزء من دراسة الحالة، وتعتبر الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية». (فكري وخالد، 2017، 13)

4 2 استمارة دراسة حالة الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد:

تم الإعتماد في الدراسة الحالية على استمارة دراسة حالة "دلال الحارثي" (2016)

<http://dalalalharthi.blogspot.com>

إذ احتوت على المحاور التالية(أنظر ملحق رقم 02) :

1. المعلومات الشخصية .
2. المعلومات الخاصة بالأسرة.
3. مرحلة الحمل .
4. مرحلة الولادة .
5. مرحلة الطفولة المبكرة .
6. الوضع الحالي للطفل (مستوى الأداء الحالي) .

4-3 مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale CARS-2) :

مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) أعده "سكوبلر وآخرون" Schopler, et al (2010) ، فقد صمم ليستخدم مع الأطفال من سنتين فما فوق بهدف التعرف على الأطفال التوحديين وتحديد شدة التوحد من بسيط أو متوسط أو شديد ، وقد جاءت الطبعة الثانية من مقياس (CARS-2) لتصنيف تشخيص التوحديين ذوي الأداء المرتفع وبهدف التمييز بين الأطفال التوحديين وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصة ذوي الإعاقة العقلية القابلين للتدريب . وهو مقياس سلوكي مكون من (15) بعد ويستغرق تطبيقه ما بين (30-45) دقيقة لإكماله ، حيث يقيم الفاحص المفحوص من خلال جمع المعلومات بناء على الملاحظة المباشرة ، ثم من الوالدين وتسجل الدرجة الخام ليتم تحويلها إلى درجة معيارية أو رتبة مئوية و يقدم الدليل تفسير النتيجة . ويشتمل المقياس (CARS-2) النسخة الثانية على ثلاثة صور (Forms) وهي :

1 -مقياس التوحد الطفولي -الطبعة الثانية - النسخة القياسية) Childhood Autism Rating Scale , Second Edition – Standart Version (CARS2-ST) قد تم تحديثه من مقياس (CARS) الأصلي و يستخدم مع الأفراد الذين يعانون من صعوبات في التواصل ولديه معدل ذكاء أقل من المتوسط .(أنظر ملحق رقم 03)

2 مقياس التوحد الطفولي -الطبعة الثانية - نسخة ذوي الأداء المرتفع) Childhood Autism Rating Scale , Second Edition –High Function Version (CARS2-HF) يستخدم مع الأطفال ممن لديهم معدل ذكاء أعلى من (80).

3 مقياس تقدير التوحد الطفولي -الطبعة الثانية - النسخة أولياء الأمور أو مقدمي الرعاية (Childhood Autism Rating Scale ,the Questionnaire for Parents or Caregivers (CARS2-QPC) و هو يجمع المعلومات المستخدمة في كلا الصورتين السابقتين (CARS2-ST) و (CARS2-HF) .(هارون ، 2014 ، 47)

وفي الدراسة الحالية إعتمدنا على مقياس (CARS2-ST) فقط بهدف الكشف على الدرجة الكمية لطفل ذوي اضطراب طيف التوحد و شدتها ، بإعتبار بنود (CARS-2) تتفق مع ما جاء في المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حسب (DSM-5) .

4 3 1 الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) :

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) الذي ترجمته "لانا هارون" (2014) إلى اللغة العربية (أنظر ملحق رقم 04) ، حيث توافرت دلالات صدق البناء للمقياس ما بين (0.71- 0.85) ، وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) .

أما دلالات ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ فكانت درجته (0.96). وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بمستوى عال من الصدق والثبات ، وبالتالي يستخدم في تشخيص حالات التوحد .

ويتم تصنيف درجات المقياس (CARS-2) كما يلي :

يتم تصنيف أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفق نتائج تطبيق مقياس (CARS-2) على النحو الموضح في الجدول التالي :

جدول رقم (15) يوضح تصنيف الأطفال وفق تطبيق مقياس (CARS-2)

العمر/ التصنيف	الحد الأدنى من مظاهر التوحد	توحد من بسيط إلى متوسط	توحد شديد
أقل من 13 سنة	من 15 إلى 29.5	من 30 إلى 36.5	37 فأكثر
من 13 سنة فما فوق	من 15 إلى 27.5	من 28 إلى 34.5	35 فأكثر

(نفس المرجع، 48)

ولتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس (CARS-2) قمنا بإعادة تقدير صدقه وثباته بإعتبار أن هذا المقياس قد يؤثر خصوصية البيئة الثقافية والاجتماعية التي يتميز بها كل مجتمع حتى وأن كان المجتمع العربي فقد يكون له تأثير بإعتبار خصوصية والتنوع الثقافي للمجتمع الجزائري عامة والورقلي خاصة .حيث تم التطبيق على عينة تكونت من (23) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة ورقلة اختيروا بالطريقة القصدية ، فكانت نتائج فحص صدق الاتساق الداخلي للفقرات بالدرجة الكلية، حيث يلاحظ أن قيمة المعاملات الارتباط تتراوح بين (0.73 و 0.75) ، وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=2، P<0.05) فإن كل الفقرات المكونة لمقياس كارز-2 (CARS-2) ترتبط ارتباطاً قوياً ببعضها البعض، وبالتالي فهي تعبر على مدى صدق اتساقها الداخلي في مقياس (CARS-2).

أما ثبات المقياس فقد كانت قيمة معامل ألفا كرومباخ للمقياس وصلت إلى (0.76) وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=2 ، P<0.05) فهي قيمة دالة وبالتالي هي مطمئن على ثبات المقياس عند استخدامه في الدراسة الأساسية. في حين أظهرت نتائج حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية قدرت بـ(0.96) بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان- براون ، وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=2، P<0.05) فهي قيمة دالة ، وبالتالي هي قيمة لمعامل ثبات دالة على وجود علاقة ما بين الجزأين المكافئين ، وهي تؤكد على استقرار نتائج الأداة وصلاحيه تطبيقها في الدراسة الأساسية . (أنظر ملحق 05)

4-4 بطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية لأطفال ذوي طيف التوحد :

تعرف الملاحظة كما ذكر "زيتون" (2004) أنها طريقة لجمع المعلومات عن سلوك في سياقه الطبيعي، وتوصف الملاحظة بأنها أفضل طرق جمع المعلومات عن السلوك ، لأنها تتطلب وسيطا كالاختبارات والاستبيانات . (زيتون ، 2004 ، 90)

وتعني أيضا حسب (سيد و سالم ، 2005) أنها الإلتباه المقصود و الموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعة و رصد تغيراته ، ليتمكن الباحث من وصف السلوك فقط ، أو وصفه وتحليله أو وصفه و تقويمه . (سيد وسالم ، 2005 ، 120)

ولكون الدراسة الحالية تسعى إلى تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، تم إعداد بطاقة ملاحظة بهدف تحديد المشكلات السلوكية لأطفال ذوي طيف التوحد الواجب أي تحديد درجة حدوث سلوك ما.

4-4-1 مبررات بناء بطاقة ملاحظة جديدة :

قامت الباحثة بإعداد بطاقة ملاحظة للمشكلات السلوكية بالرغم من وجود بعض البطاقات السابقة التي تقيس هذه المشكلات ، وذلك يعود للمبررات التالية :

- عدم وجود بطاقة ملاحظة معدة و مقننة خاصة بالمشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على البيئة المحلية ، وهذا من شأنه أن يشكل إسهاما يثري المكتبة السيكمترية بمقياس جديد متخصص يمكن استخدامه في الدراسات والبحوث أو في المراكز والعيادات المتخصصة بغرض تشخيصي و تقييمي .
- أن بناء مقياس جديد يزيد من قيمة الدراسة الحالية ، ويشكل موقفا تعليميا للباحثة للتدريب على مهارة إعداد وبناء المقاييس .

4-4-2 وصف خطوات بناء بطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية لأطفال ذوي طيف التوحد:

وفي سبيل إعداد بطاقة ملاحظة تم إتباع الخطوات التالية :

- 1 +الإطلاع على بعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت موضوع اضطراب طيف التوحد والمشكلات السلوكية والتي سبق الإشارة إليها في الإطار النظري.
- 2 +الاستفادة من بعض المقاييس و بطاقات الملاحظة التي تم الإطلاع عليها و منها:

* مقياس السلوك النمطي (لذوي طيف التوحد) لـ "صبري الحبشي" و "السيد الأقرع" (2017)

*مقياس فاينلد للسلوك التكيفي تعريب وتقنين " بندر ناصر العتيبي"(2004)

*الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)

*برنامج تيتش (النشاطات التعليمية لأطفال التوحد) إعداد "أبو عبد الرزاق نور الدين شيباني"

* مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لـ "عبد العزيز السيد الشخص" (2013).

*الحقيبة التدريبية لمهارات تسجيل سلوك الملاحظة المباشرة إعداد "حنان عبد الرحمن السرحان"

<http://dr-banderlotaibi.com>

ومراجعة بعض الدراسات والبحوث منها :

* دراسة السلوك الإنسحابي عند الأطفال التوحديين بعمر الروضة (دراسة تشخيصية) لـ "سميرة كاظم" و"ضحى العاني" و"أريج الشرقي" (2011).

*دراسة المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم لـ "محسن الكيكي" (2011).

*دراسة فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتيين بمدينة قنا، لمصطفى أبو المجد سليمان ومفضل وخالد سعد سيد محمد" (ب س)
*دراسة فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين لـ "أميرة طه بخش" (ب س).

*الإضطرابات السلوكية لـ "ماجدة السيد عبيد" (2015)

* مشكلات الأطفال السلوكية الأسباب و طرق العلاج لـ "وفيق صفوت مختار" (1999)

* خفايا التوحد لـ "وفاء الشامي" (2004)

* سمات التوحد لـ "وفاء الشامي" (2004)

*المشكلات السلوكية لدى الأطفال لـ "خالد خليل الشخيلي" (2005)

* الاستفادة من خبرات الأخصائيين والمربين العاملين مع أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك من خلال المقابلات التي أجرتها الباحثة معهم حول المشكلات السلوكية التي ممكن أن تظهر لدى هذه الفئة .

3 خبرة الباحثة من خلال عملها في المجال النفسي كأخصائية نفسانية متابعة لحالات التوحد واستفادتها من بعض الدورات التدريبية التي تلقتها من مدربين متخصصون في مجال التربية الخاصة والتوحد.

بعد اطلاع الباحثة على الإطار النظري والمقاييس وبطاقات الملاحظة لاحظت أنها لا تتلاءم وخصوصيات عينة الدراسة الحالية التي تتكون من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وسنهم، كما أنها لا تجمع جميع الأبعاد المحددة في الدراسة (سلوكيات إيذاء الذات ، السلوكيات العدوانية ، السلوكيات النمطية). أما الاستفادة من مراجعة ما تم ذكره من خبرات الباحثة والأساتذة والأخصائيين والمربين والمدربين في مجال التربية الخاصة وبالأخص مجال اضطراب طيف التوحد ، فكانت في تحديد أبعاد المشكلات السلوكية وصياغة بعض الفقرات المشكلة للأداة .

4-4-3 الخصائص السيكومترية لبطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية :

أولاً : صدق المحكمين :

بناء على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت مفهوم المشكلات السلوكية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، تمت صياغة التعريف الإجرائي للمشكلات السلوكية بأنها : " كل تصرف أو فعل يصدر من طفل ذوي اضطراب طيف التوحد سواء كانت سلوكيات إيذاء الذات ، أو سلوكيات عدوانية ، أو سلوكيات نمطية " .

و مما سبق قامت الباحثة ببناء وصياغة الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة وفقاً لما يلي :

- مراجعة أدبيات الدراسة، والموضوعات المشتملة عليها ، من أجل تحديد عبارات كل أبعاد بطاقة الملاحظة وصياغة فقراتها .
 - مراعاة أن تخدم فقرات البطاقة الأهداف المطلوب تحقيقها والتي تعمل على تحقيق أهداف الدراسة
 - صياغة فقرات بطاقة الملاحظة ، بحيث تكون واضحة و مفهومة و مناسبة .
 - مراعاة أن يكون لكل فقرة سلوك محدد يقيس مهارة محددة .
- حيث تكونت الأداة في صورتها الأولية من (28) فقرة موزعة على الأبعاد السابقة الذكر (سلوكيات إيذاء الذات ، السلوكيات العدوانية ، السلوكيات النمطية)، بالإضافة إلى وضع بدائل الأجوبة وهي (رصد /لم يرصد). والجدول التالي يوضح الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد :

جدول رقم (16) يوضح الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية لأطفال

ذوي اضطراب طيف التوحد :

الأبعاد	عدد الفقرات
سلوكيات إيذاء الذات	تتضمن (08) فقرات
السلوكيات العدوانية	تتضمن (10) فقرات
السلوكيات النمطية	تتضمن (10) فقرات
المجموع الكلي للسلوكيات	(28) سلوك

يوضح الجدول رقم (16) الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية لأطفال ذوي

اضطراب طيف التوحد التي تكونت من بعد السلوكيات النمطية يتضمن (08) فقرات ، وبعده السلوكيات العدوانية شمل (10)، وبعده السلوكيات النمطية تضمن (10) فقرات.

بعد الانتهاء من إعداد بطاقة الملاحظة في صورتها الأولية تم التأكد من خصائصه السيكومترية لاختبار مدى صلاحيته في قياس الأبعاد المراد قياسها من خلال التطبيق الذي كان خلال الثلاثي الأول من السنة الدراسية (2017-2018) ، وبالضبط في شهر فيفري.

كما صممت استمارة تحكيم مزودة بالتعريف الإجرائي لتسهيل عملية التحكيم (أنظر ملحق رقم 06) وبعدها عرضت استمارة تحكيم على (13) خبير، (02) منهم بدرجة أستاذ التعليم العالي و (04) أساتذة جامعيين ، و(06) مدرء مراكز ومختصين نفسانيين ومدرين في مجال التوحد ، و (01) طبيبة مختصة في الأمراض العقلية والنفسية للأطفال والمراهقين. (أنظر ملحق رقم 07) لغرض إبداء آرائهم حول :

- مدى إنتماء الفقرة للبعد.

- حذف أو إضافة أو تعديل بعض الخطوات الفقرات السلوكية الفرعية بما يتناسب مع كل فقرة .

- التأكد من وضوح و سلامة تعليمات البطاقة.

- التأكد من دقة الصياغة اللغوية وسهولتها .

- التأكد من ملائمة البدائل وكفايتها.

وبناء على ذلك تم تفرغ استمارة التحكيم حسب تحديد الخبراء للنسبة الملائمة (أقل من 25%، 50% ، أكثر من 75%) لنحصل في نهاية التحكيم على (27) فقرة حصلت نسبة التحكيم في صلاحياتها على (75% فما فوق) ، وأجريت التعديلات التي اقترحها الأساتذة والمختصين المحكمين بشأن حذف بعض الفقرات المتكررة ، كما تمت إعادة الصياغة اللغوية للبعض منها ، في حين اتفق الخبراء على عدد البدائل ، لتصبح الأداة جاهزة لاختبار نتائج صدقها وثباتها تجريبيا، وذلك من خلال تطبيقه على عينة من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .(أنظر ملحق رقم 08)

ولغرض حساب الصدق والثبات تم تطبيق بطاقة ملاحظة للمشكلات السلوكية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عينة مكونة من (23) طفل (ذكر/ أنثى) من ذوي اضطراب طيف التوحد في مدينة ورقلة.

أجري التطبيق بشكل جماعي مع الأطفال كل قسم على يحوي أطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد ، و بمساعدة المربيات أثناء التطبيق .

- دامت مدة التطبيق حوالي 04 ساعات لكل قسم يحوي أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- تجدر الإشارة أن الأداة تكشف عن وجود أو عدم وجود المشكلات السلوكية ل أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

إضافة إلى صدق المحكمين الذي تم الاعتماد عليه في حساب الصدق والثبات، استخدمت الدراسة طريقة أخرى و هي:

ثانيا : صدق الاتساق الداخلي :

لغرض الكشف عن الفقرات التي ترتبط بدرجة كبيرة لبعضها البعض سواء التي تتدرج تحت نفس البعد أو البطاقة ككل. والجداول الآتية توضح نتائج فحص صدق الاتساق الداخلي للفقرات بالدرجة الكلية باستجابات أفراد عينة التقنين. (أنظر ملحق 09)

جدول رقم (17) يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة و الدرجة الكلية لبعد سلوكيات إيذاء الذات في بطاقة الملاحظة (ن=23)

الرقم	فقرات المقياس	قيمة "ر"
01	يضرب رأسه على الحائط أو على الأرض	0.74**
02	يخدش جسمه بأظافره	0.74**
03	يعض أصابعه و يده	0.73**
04	يصفع وجهه	0.74**
05	يأكل أظافره	0.72**
06	يشد شعره	0.74**
07	يلف شعر رأسه	0.77**
08	يلطم رأسه على الطاولة	0.74**

p<0.05 (**)

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (17) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة في تقدير العلاقات ما بين فقرات بعد سلوكيات إيذاء الذات بالدرجة الكلية للبعد، وأنها تراوحت ما بين (0.72 و 0.74)، وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن-2= 21، P<0.05)، فإن قيمتها دالة على وجود علاقة جوهرية تثبت وجود الاتساق الداخلي ما بين فقرات بعد سلوكيات إيذاء الذات. في حين لم ترتبط فقرة واحدة والمتعلقة بـ(يلف شعر رأسه) بالدرجة الكلية للبعد وبالتالي تم حذفها.

وفيما يلي نتائج تحليل العلاقات الارتباطية ما بين فقرات بعد السلوكيات العدوانية لبطاقة الملاحظة بالدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة التقنين . والجدول التالي يعرض قيم معاملات الارتباط المحسوبة .

جدول رقم (18) يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة و الدرجة الكلية
لبعد السلوكيات العدوانية على بطاقة الملاحظة (ن=23)

الرقم	فقرات المقياس	قيمة "ر"
01	يظهر نوبات غضب حادة	**0.72
02	يصدر أصوات مزعجة كصرخات حادة	**0.73
03	يصرخ لأتفه الأسباب	**0.72
04	ينفجر بالبكاء بدون سبب	**0.73
05	يرمي أشياء غير محددة على الأرض	**0.73
06	يمزق الأشياء مثل الملابس	**0.74
07	يقطع الأشياء مثل الأوراق	**0.74
08	يؤذي الآخرين من خلال (العض، الضرب، الركل ..)	**0.73
09	يكسر الألعاب أو أدوات الموجودة أمامه	**0.73
10	لا يستجيب للأوامر والتعليمات البسيطة مثل إجلس هنا	**0.73

$p < 0.05$ (**)

ينضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (18) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة في تقدير العلاقة ما بين فقرات البعد الخاص بالسلوكيات العدوانية ، دلت النتائج على ارتباط (10 فقرات بالدرجة الكلية للمقياس ، حيث تراوحت قيم معاملاتها ما بين (0.72 و 0.74) و عند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=21 ، $p < 0.05$) فإنها قيم دالة على تحقق الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي نتائج تحليل العلاقات الارتباطية ما بين فقرات بعد السلوكيات النمطية لبطاقة الملاحظة بالدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة التقنين . والجدول التالي يعرض قيم معاملات الارتباط المحسوبة .

جدول رقم (19) يوضح ترتيب قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة و الدرجة الكلية
لبعد السلوكيات النمطية في بطاقة الملاحظة (ن=23)

الرقم	فقرات المقياس	قيمة "ر"
01	يرفرف بيديه	**0.71
02	يدور حول نفسه دون سبب	**0.71
03	يمشي ذهابا و إيابا دون سبب	**0.71
04	يركض في أرجاء الغرفة	**0.72

05	يهز جسمه باستمرار	**0.73
06	يصفق باستمرار بدون سبب	**0.72
07	يصر على التعلق بأشياء محددة (لعبة، وسادة ، كرسي)	**0.74
08	يحرك رأسه يمينا و شمالا	**0.73
09	يقفز بسرعة	**0.72
10	يقوم بتدوير بعض الأشياء مثل القارورة	**0.74

(**) $p < 0.05$

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (19) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة في تقدير العلاقة ما بين فقرات البعد الخاص بالسلوكيات النمطية ، دلت النتائج على ارتباط (10 فقرات بالدرجة الكلية المقياس ، حيث تراوحت قيم معاملاتها ما بين (0.71 و 0.74) و عند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=2-21 ، $p < 0.05$) فإنها قيم دالة على تحقق الاتساق الداخلي بين الفقرات و الدرجة الكلية للمقياس.

أما الفقرات غير دالة التي لم يتم ترتيب درجاتها بالدرجة الكلية فهي فقرة واحدة بدرجة تشبع (0.77)، لذلك تم إلغاؤها لعدم اتساقها بالمقياس. وعلى ضوء ذلك تم حساب الاتساق الداخلي للأبعاد المكونة لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية بالدرجة الكلية، وذلك بحساب معاملات الارتباط بينها وبين الدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة التقنين والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (20) يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد المكونة لبطاقة الملاحظة للمشكلات

السلوكية بالدرجة الكلية (ن=23):

الرقم	أبعاد بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية	قيمة "ر"
01	بعد سلوكيات إيذاء الذات	**0.84
02	بعد السلوكيات العدوانية	**0.82
03	بعد السلوكيات النمطية	**0.80

(**) $p < 0.05$

من خلال الجدول رقم (20) يتبين أن معاملات الارتباط ما بين كل بعد مكون لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية بالدرجة الكلية للبطاقة، بأنها تراوحت بين (0.80 و 0.84) وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن=2-21 ، $P < 0.05$) فإنها كلها دالة على وجود اتساق داخلي قوي بين الأبعاد الثلاثة المكونة لبطاقة الملاحظة (سلوكيات إيذاء الذات ، السلوكيات العدوانية ، السلوكيات

النمطية) بالبطاقة ككل ، وهي بذلك تعبر عن مدى صدق الأبعاد في قياسها للمشكلات السلوكية المراد قياسه في الدراسة.

بعدما تم التأكد في المرحلة الأولى من الارتباطات بين الفقرات المكونة لنفس البعد بدرجته الكلية وكذلك بالنسبة لكل بعد بالدرجة الكلية لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية ، تم إقرار وجود علاقات قوية ودالة على اتساقها داخليا ، يطمئن على صدق الفقرات والأبعاد في قياسها الخاصة المراد قياسها.

• حساب الثبات:

اعتمدت الدراسة في حساب ثبات أداة بطاقة الملاحظة على طريقتين و هما:

الطريقة الأولى : هي حساب معامل ألفا كرومباخ لتبيين مدى صدق اتساق الفقرات المكونة للأداة لبعضها البعض داخل البطاقة والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول رقم (21) يوضح قيمة معامل الثبات لبطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية و أبعادها بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ

بطاقة الملاحظة و أبعادها	عدد الفقرات	معامل ألفا كرومباخ (α)
سلوكيات إيذاء الذات	07	**0.76
السلوكيات العدوانية	10	**0.75
السلوكيات النمطية	10	**0.74
المقياس ككل	27	**0.84

$p < 0.05$ (**)

يظهر من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة معادلة ألفا كرومباخ والخاص لحساب ثبات بعد سلوكيات إيذاء الذات قد قدر بـ($r = 0.76$) ، كما وصلت قيمة ثبات البعد الخاص السلوكيات النمطية ($r = 0.75$) ، في حين حقق البعد الثالث والمتعلق بالسلوكيات النمطية معامل ثبات قدر بـ($r = 0.74$) أما الأداة ككل وصلت قيمة معامل ثباتها المحسوب بـ($r = 0.84$) وعند مقارنة كل القيم بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية ($n-2=21$ ، $P < 0.05$) نجد قيمها دالة وعليه فكل القيم تؤكد على تمتع بطاقة الملاحظة بمستوى جيد من الثبات وهذا يجعلنا نطمئن لاستخدام بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الدراسة الأساسية .

الطريقة الثانية : وهي حساب معامل سبيرمان- براون والنتائج موضحة في الجدول الآتي :

جدول رقم (22) يوضح قيم معاملات الثبات لبطاقة الملاحظة بتطبيق

معادلة سبيرمان - براون :

بطاقة الملاحظة و أبعادها	معامل الارتباط المحسوب "ر"		درجة الحرية
	قبل التعديل	بعد التعديل	
سلوكيات إيذاء الذات	**0.94	**0.97	21
السلوكيات العدوانية	**0.87	**0.93	21
السلوكيات النمطية	**0.86	**0.92	21
المقياس كـ	**0.94	**0.97	21

p<0.05 (**)

من خلال الجدول رقم (22) أن نتائج حساب معاملات الثبات بتطبيق التجزئة النصفية تراوحت بين (0.92-0.97) في الأبعاد المكونة للأداة ، وهي كلها قيم لمعاملات ثبات دالة على وجود علاقة ما بين الجزأين المكافئين بعد التصحيح بالنسبة لكل بعد ، بينما وصلت قيمة معامل الثبات الإجمالي للأداة (ر=0.97) بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان - براون وعند مقارنة كل القيم بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية (ن-2=21، P<0.05) نجد قيمها دالة ، ومنه يمكن الاطمئنان مرة ثانية على ثبات نتائج الأداة إذا ما استخدمت في الدراسة الأساسية.

وفي هذا السياق يرى "أحمد عبد الخالق" (1996) أنه بوجه عام « يعد معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن (0.70) مقبولا في المقاييس الشخصية». (الأنصاري، 2002 ، 366) وعليه فالنتائج المحصل عليها في حساب معامل الثبات بتطبيق معامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية كلها تطمئن على إستقرار درجات بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية ومنه نتنبأ على صدقه نظريا .

4-4-4 إعطاء الأوزان لبطاقة الملاحظة:

اعتمدت الدراسة في تصحيح بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية بعد أن أصبحت جاهزة في صورتها النهائية (أنظر ملحق رقم 10) على جمع الدرجات التي يحصل عليها الفرد أو الطفل من خلال استجاباته على كل فقرات البطاقة، والتي تم التأكد من صدقها وثباتها، إذ تتكون كل فقرة من عبارتين تقدر من صفر (0) إلى (1) والدرجة القصوى أو الكلية التي يحصل عليها الطفل هي (27) وأدناها درجة (0) وذلك على النحو التالي :

- رصد نقطة (01).
- لم يرصد صفر نقطة (00).

والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (23) يوضح كيفية تصحيح عبارات بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية:

لم يرصد	رصد	
00	01	العبارات

حيث:

- تعطى الدرجة (01) عندما يلاحظ ويرصد السلوك المشكل وتعطى له الدرجة (01) ، وتعطى الدرجة (00) إذا لم يلاحظ ولم يرصد السلوك المشكل.

4-5 البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف

التوحد (برنامج تعديل السلوك): الذي إحتوى في مجمله على مايلي :

➤ فكرة البرنامج :

تقوم فكرة البرنامج على أساس تعديل بعض سلوكيات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين لديهم مشكلات سلوكية بالإستعانة ببرنامج تحليل السلوك التطبيقي "بمنهج إيفار لوفاس" والاستفادة من برامجه ، ومن نتائج الدراسات التي أجراها على فئة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في علاج بعض الحالات.

➤ مصادر إعداد برنامج تعديل السلوك القائم على تحليل السلوك التطبيقي :

يعتمد البرنامج على منهج تحليل السلوك التطبيقي الذي طوره إيفار لوفاس ، إضافة إلى مراجعة بعض الأدبيات و الدراسات التي تناولت موضوع تحليل السلوك التطبيقي ، من أهم هذه الدراسات دراسة "أميرة" (2002)، "عزة" (2003)، "عبد الله" (2004)، "صديق" (2006)، "السلمي" (2009) ، "ليلى" (2011) ، "أحمد رزق" (2010) ، "رندة" (2011) ، "البطانية وعرنوس" (2001)، "القواسمة" (2011)، "سهى" (2012)، "سيف ويحيى" (ب س)، "الغصانة والشرمان" (2013)، "حسام" (2014)، "مصدر" (2015)، "الحمدانوعمر" (2016)، "ناصر" (2018).

كما اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج على ملاحظاتها وملاحظات المربية وأولياء الأمور لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المركز مدة (30) يوما ، كما لم يتجاهل البرنامج دور أولياء الأمور في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، حيث يعتبر تعاون الأسرة من الركائز الأساسية في نجاح البرنامج ، من خلال بطاقات المتابعة لأولياء الأمور ، حيث قامت الباحثة بتدوين أكثر المشكلات السلوكية لديهم التي تحتاج إلى تعديل وتخفيف من حدتها بمشاركة أولياء الأمور في ذلك .

- التخطيط العام للبرنامج:

➤ أهداف برنامج تعديل السلوك القائم على تحليل السلوك التطبيقي:

يتمثل الهدف العام من البرنامج في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و الذين يعانون من مشكلات سلوكية ، وتتراوح أعمارهم بين (7 - 12) سنوات من هم من فئة اضطراب التوحد المتوسط .

أما أهداف جلسات أولياء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فجاءت على النحو التالي :

- 1 -التعريف بماهية البرنامج وأهدافه
 - 2 -بناء العلاقة بين الاولياء والباحثة وطرق التعاون المشترك اللازمة لتحقيق أهداف البرنامج
 - 3 -الوصول بالأولياء بأن هناك طرق للتخفيف من المشكلات السلوكية .
 - 4 -الاتفاق مع الأولياء على تنفيذ البرنامج في المركز والبيت .
 - 5 -يتعرف الأولياء على أهمية تعديل السلوك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .
- وقد جاءت الأهداف الفرعية لجلسات برنامج تعديل السلوك القائم على تحليل السلوك التطبيقي على النحو التالي:

*التعرف على فاعلية البرنامج في رفع مستوى معرفة أمهات الأطفال التوحدين بأساليب تعديل السلوك.

*تعرف فاعلية البرنامج في خفض بعض المشكلات السلوكية (إيذاء الذات ، السلوكيات العدوانية ، النمطية).

➤ عدد جلسات البرنامج :

قامت الباحثة بإعداد (02)جلستين إرشاديتين لأولياء أمور أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تهدف إلى بناء علاقة وتعزيز التعاون ، وشرح البرنامج من أجل تحقيق أهداف البرنامج المقترح ، أما جلسات برنامج تعديل السلوك فبلغت (08) أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعيا تتراوح مدتها (30-40) دقيقة لمدة شهرين في داخل المركز ، وهذا حسب النظام الأسبوعي للمركز ، وباقي الجلسات كلها متابعة في البيت مع أولياء الأمور ، تبعا للمشكلة السلوكية التي تم تحديدها لتعديلها ، طبقت بشكل فردي بواقع

جلسة واحدة أسبوعيا بالإضافة إلى تطبيق ومتابعة البرنامج في البيت ، وهذا حسب النظام المعمول به في المركز.

➤ مكان إنعقاد جلسات البرنامج:

قامت الباحثة بتهيئة قسم وقاعة لإرشاد أولياء الأمور داخل المركز ، أما تطبيق جلسات البرنامج اشتمل القسم على كافة الأدوات الموجودة والمستخدمه في النشاطات اليومية التي تقدم للأطفال كل حسب حالته . أما في البيت فاشتمل التطبيق على كل الأدوات المتاحة والموجودة فيه والتي تحقق الأهداف المرجوة .

➤ استراتيجيات تعديل السلوك القائم على تحليل السلوك التطبيقي والأدوات المستخدمة :

قامت الباحثة بمطالعة العديد من الأدبيات ذات العلاقة بعلاج السلوكي ومنهج "إيفر لوفاس" في تعديل السلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من المشكلات السلوكية التي يواجهونها، وكانت أهم الإستراتيجيات المستخدمة هي: التعزيز ، التعزيز التفاضلي ، الإشباع الإطفاء ، التلقين ، الإخفاء التجاهل، وتم استخدام ثلاث استراتيجيات أو أكثر من فنيات تعديل السلوك كحد أقصى ضمن الجلسة الواحدة ، والأدوات المستخدمة ، لاستهداف وتعديل سلوك واحد فقط ضمن الجلسة ، وملئ قائمة أنواع المعززات هذه الأخيرة من إعداد الأستاذ " بلال عودة " ، حيث تم أخذ موافقته واستشارته شخصيا على اعتماد الإستمارة في الدراسة الحالية وتطبيقها على الأطفال من خلال الأمهات بعد إجراء عليها بعض التعديلات (أنظر ملحق رقم 11) مع شرط تدريب الأم على نفس استراتيجيات في البيت ، وتدوين كل الملاحظات على بطاقة المتابعة لأولياء الأمور (أنظر ملحق رقم 12) .

ويمكن توضيح هذه الأساليب والأدوات وطريقة العمل في الجدول التالي:

جدول رقم (24) يوضح طريقة العمل والأساليب و الأدوات المستخدمة في البرنامج :

البعد	المشكلة السلوكية	طريقة التعامل	الأدوات المستخدمة	الإستراتيجية المستخدمة
إيذاء الذات	عض ظهر اليد	1- التجاهل عند قيامه بالعض من أجل جذب الإنتباه مع توجيه انتباهه إلى مثير آخر كلعبة يفضلها 2- تعزيز الطفل عندما لا يقوم بسلوك العض وعدم تعزيزه عندما يقوم به. 3- استخدام شئ منفر مثل مادة مزعجة وكريهة على يد الطفل . 4- إشراكه في نشاطات متنوعة كتلقينه التلوين والقص واللصق والرسم والتعرف على الأشكال والألوان والنشاطات الرياضية بالمساعدة الجسدية ثم اللفظية ثم إخفاء المساعدة ، وأن تكون دائما بجواره قدر الإمكان وتمنع مباشرة حركة إيصال اليد للفم ، وإمساك يده ومواصلة النشاط الذي يقوم به.	لعبة ، مادة منفرة أقلام التلوين، أوراق مقص ، غراء، لوحة الأشكال، كرة كبيرة، كرات ملونة	التعزيز التفاضلي/التفجير/ /التجاهل/التلقين / الإخفاء/التوبيخ
السلوكيات العدوانية	البكاء بدون سبب	1 التجاهل عند قيامه بالبكاء دون سبب في بعض الأحيان. 2- تعزيز الطفل بعمل جولة تسوق مع الأب عندما لا يقوم بالبكاء وعدم تعزيزه عندما يقوم به. 3- المساعدة اللفظية بالكلام والجسدية بلمس يده في إنجاز نشاط معين كالتعرف على الحيوانات والرسم والتلوين والقص واللصق وطي الورق ثم سحب المساعدة وتركه يواصل العمل وحده حتى يكمل النشاط. 4- عمل نشاطات رياضية يومية كاللعب بالكرة مع الإخوة أو في ملعب رياضي مع الأقران بتلقينه التعليمات اللازمة للنشاط الرياضي.	الكرة، صور الحيوانات ، مقص، أقلام ألوان ، أوراق الملونة ، غراء ، أوراق بيضاء .	الإطفاء /التعزيز التفاضلي / التلقين/ الإخفاء

السلوكيات النمطية	المشي ذهابا وابابا	1-نتركه فترة محددة بالوقت تقوم بالقفز على الحبل أو التبولين و عند الإشارة بالتوقف تتوقف بالإضافة إلى الركض وعند الإشارة تتوقف. 2-تلقينها المشي على أسهم يتتبعها و يمشي وراءها و أخرى للعودة أو دوائر أو خشب متوازية بمساعدة جسدية ولفظية وبعدها نسحب (إخفاء)المساعدة تدريجيا بتركها تقوم بالنشاط لوحدها. 3-تقديم لها المساعدة اللفظية والجسدية لنشاطات الرسم والتلوين واللصق 4-تقديم المعزز فوريا في كل نشاط تنجح فيه.	الحبل ، لعبة البربولين ،الدوائر البلاستيكية الملونة ،ألواح خشب طويلة ،أقلام ألوان ، أوراق الملونة ، غراء .	التعزيز/التصحيح الزائد/التلقين/الإخفاء/
السلوكيات النمطية	التصفيق باستمرار	1-نقوم بإشغال وقت فراغ الطفل بأشغال وأنشطة يدوية مثل تشكيل بالعجين واللعب بالماء والرمل أو الصلصال. 2- نتركه فترة محددة بالوقت يقوم بالتصفيق المتواصل أي (الاشباع) وعند الإشارة بالتوقف يتوقف. 3-تلقينه بواسطة مسك يده وتتبع الخطوط على الرمل تكون الخطوط واضحة ومتنوعة بمساعدة جسدية ولفظية وبعدها نسحب (إخفاء)المساعدة تدريجيا بتركه يقوم بالنشاط لوحده إن اتقن النشاط. 4-منع سلوك التصفيق نهائيا عندما يكون يقوم بالأشغال والأنشطة بإمساك يده وإعادتها للنشاط مع قول كلمة " توقف " أي توبيخه. 5-تلقينه لعبة الحبل والنط عليه لإشغال يديه الإثنين وكذلك مسك الكرة.	الرمل ، الصلصال ، الماء ،العجينة ،كرة، حبل ،أقلام ألوان ، أوراق بيضاء.	التعزيز/الإشباع /التلقين/الإخفاء /التوبيخ

		6-تقديم لها المساعدة اللفظية والجسدية لنشاطات التلوين والخرشة أو الرسم والمطابقة وطي الورق. 7-تقديم المعزز فوراً وبشكل متواصل في البداية أي بعد كل مرة يتوقف فيها عن التصفيق ويقوم بالنشاط المطلوب وينجح فيه. وبعد أن يتم ضبط السلوك نستخدم التعزيز المتقطع حتى يتوقف السلوك غير المرغوب نهائياً. التعزيز يكون مادي أو إجتماعي.		
--	--	---	--	--

➤ خطوات تطبيق برنامج تعديل السلوك القائم على تحليل السلوك التطبيقي:

يتكون البرنامج من مجموعة من الخطوات تم تطبيقها في جلسات تدريبية ، حيث راعت الباحثة خصائص أفراد العينة المستهدفة في الدراسة الحالية ، كطبيعة المشكلة السلوكية المراد تعديلها ، والفروق الفردية بين أفراد العينة وكذا أسرهم من حيث المستوى التعليمي و الإقتصادي ، كما جرى تطبيق البرنامج بالموازاة مع الأنشطة والتدريبات الخاصة المقدمة للطفل لتنمية كافة الجوانب النمائية لديه. وفيما يلي عرض لخطوات تعديل السلوك موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (25) يوضح خطوات تطبيق برنامج تعديل السلوك

معلومات عامة عن الحالة					
الإسم و اللقب		الجنس		التشخيص	
تاريخ الميلاد		مصدر المعلومات		اسم المركز	
العمر		رقم الهاتف		تاريخ إعداد الخطة	
تحديد السلوك المستهدف					
ويتم تحديد السلوك غير مرغوب فيه أو السلوك المشككة عن طريق مقابلة الأهل والمربين ، وكذا ملاحظة السلوك من قبل المربي أو معدل السلوك.					
تعريف السلوك المستهدف إجرائيا					
أي تعريف السلوك غير مرغوب فيه تعريفا إجرائيا واضحا ودقيقا قابل للقياس .					
قياس السلوك المستهدف					
هو تسجيل تكرار السلوك أو مدة حدوثه ،للحكم فيما بعد على نجاح برنامج تعديل السلوك وتجدر الإشارة إلى أن تعديل لسلوك هو عملية مستمرة تشمل القياس في مرحلة الخط القاعدي ما قبل العلاج ، وأثناء العلاج ، ومرحلة ما بعد العلاج (المتابع). وأشهر طرق القياس هي : ● تسجيل تكرار السلوك: وهو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة وعلى معدل السلوك تحديد تلك الفترة الزمنية ● مدة حدوث السلوك: وهي تسجيل طول الفترة الزمنية التي يستمر فيه السلوك بالحدوث خلال فترة الملاحظة وتحسب بالمعادلة التالية : نسبة حدوث السلوك = مدة السلوك / مدة الملاحظة x 100					

التحليل الوظيفي للسلوك
وهي المثيرات القبلية والبعدية التي تسبق السلوك والتي تتبعه وذلك للتعرف على مدى تأثيرها على قوة السلوك ومدى تكرار السلوك للتحكم فيها لصالح برنامج تعديل السلوك . المثيرات القبلية للسلوك : وهو الفعل الذي يحرك أو يثير السلوك المثيرات البعدية (توابع السلوك): أي نواتج حدوث هذا السلوك من قبل الطفل
تصميم البرنامج
وهنا يراعى فيها النقاط التالية : ✓ معدل السلوك ✓ المشاركون ووظيفتهم في البرنامج ومنهم أولياء الأمور . ✓ تحديد الزمان و المكان لتطبيق البرنامج ✓ تحديد المعززات. ✓ تحديد إجراءات خفض المشكلة السلوكية (أساليب تعديل السلوك) . ✓ المعززات والعقاب في حال فشل الإجراءات السابقة ✓ مبررات تعديل السلوك لهذه الحالة
تنفيذ البرنامج
يبدأ التطبيق الفعلي لإجراءات السابقة الذكر مراعين أن عملية القياس هي عملية مستمرة وفيها شرح خطوات التطبيق بعبارات واضحة وسلوكية.
تقييم فعالية برنامج العلاج
ويأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها : ✓ رأي ولي أمر الطفل و ملاحظاته ✓ رأي مربية الطفل في المركز وملاحظاتها ✓ ملاحظة الباحثة لسلوك الطفل ويلخص ملاحظاتها عن التقييم بعبارات واضحة وسلوكية
تلخيص النتائج وكتابة التقرير
وهنا تكتب الباحثة التقرير النهائي له بعد تطبيق برنامج تعديل السلوك وتراعي النقاط التالية : ✓ مبررات تطبيق برنامج تعديل السلوك وما هو السلوك المشكل والسلوك المرغوب فيه . ✓ عرض نتائج التقييم ما قبل القياس وما بعد القياس ✓ التوصيات للأطراف المشاركة في البرنامج ✓ الخلاصة

البرنامج التدريبي في نظام معلوماتي

يعود الفضل إلى الأستاذ والمدرّب زهير كحال أستاذ في التربية الخاصة ومدرّب في البرامج المعلوماتية في التربية الخاصة ، حيث حول هذا البرنامج (برنامج تعديل السلوك) إلى برنامج معلوماتي (حيث شاركت الباحثة في دورة تدريبية حول البرنامج المعلوماتي) ، يسهل هذا البرنامج المعلوماتي على عملية تسجيل وتنظيم وترتيب وتخزين ومعاينة المعلومات بطريقة تواكب التقدم والثورة الحاصلة في مجال التكنولوجيا ، دون اللجوء للطرق التقليدية في الحصول على البيانات أو الرجوع إلى الملفات القديمة ، هذا التطبيق يمكن استخدامه من أي جهاز حاسوب ، وهو مقدم للمراكز الخاصة والجمعيات التي لها أطفال ذوي التربية الخاصة وأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة. من هنا استوجب علينا استعمال المعلوماتية في عملية المتابعة و التقييم في ميدان التربية الخاصة ، والتي نفترض أن تكون طريقة ناجعة مقارنة بالطرق الكلاسيكية، وهذا ما سنبيّنه في دراستنا الحالية، ولكيفية عمل شاشات نظام البرنامج المعلوماتي الخاص بتعديل السلوك . (أنظر ملحق رقم 13) .

• خطوات تطبيق الجلسة التدريبية:

تتمثل خطوات تطبيق الجلسة التدريبية للبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي لتعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في العناصر التي يلخصها في الجدول التالي :

جدول رقم (26) يوضح خطوات تطبيق الجلسة التدريبية

التاريخ	اسم الحالة	عمر الحالة	
البعد	انتماء المشكلة السلوكية للأبعاد (إيذاء الذات، السلوكيات العدوانية، السلوكيات النمطية)		
المشكلة السلوكية	وصف دقيق للمشكلة أو السلوك المراد تعديله كما هو		
الهدف العام	المهام التي يدرب عليها الطفل ويشمل مجموعة من الأهداف الفرعية التي ينبغي تحقيقها في فترة زمنية محددة		
الهدف الخاص	يشترك من الهدف العام ويكون قابل للتطبيق والقياس خلال فترة زمنية محددة		
الطريقة	الإجراءات	كيفية تطبيق أو تنفيذ الهدف الخاص	
	الأدوات	كل الأدوات والوسائل المستخدمة في الجلسة لتنفيذ هدف البرنامج	
	الإستراتيجيات	أساليب وفنيات تعديل السلوك المستخدمة منها (التعزيز ،التلقين ، الإخفاء، التجاهل ، الإشباع، ابعاد المثيرات)	
	من	() الأخصائي	() الأسرة
	أين	() المنزل	() الروضة
		() المعلمة	() المعلمة
		() المركز	() الفصل

متى	() صباحي	() مسائي
نوع الجلسات	() فردي	() جماعي
عدد الجلسات	() جلسة	
فترة إنجاز الهدف	() شهر	() شهرين
النتيجة	مدى تحقق الهدف من الجلسة التدريبية والنتيجة التي وصل إليها الطفل	
التوصيات	الإقتراحات أو الأهداف التي سوف تحقق على المدى البعيد	

5- إجراءات تطبيق الدراسة:

مر البرنامج أثناء تطبيقه بالمراحل الآتية:

5-1 مرحلة القياس القبلي:

تم إجراء الدراسة الأساسية خلال السنة الدراسية (2017-2018) ، وذلك بعد الحصول على الموافقة من مدير النشاط الاجتماعي بورقلة وبعدها مديرة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا -1 بالمخادمة (أنظر ملحق رقم 01) ، وكذا أخذ موافقة أولياء أمور الأطفال على تطبيق البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد والعمل معهم، تم تحديد الأطفال المشاركون في الدراسة ، أجري التطبيق بشكل فردي على أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد كل طفل على حدى ، حيث تم جمع البيانات حول الحالة وأسرتها بواسطة استمارة دراسة الحالة (أنظر ملحق رقم 02) ، بعدها تطبيق كل من مقياس كارز - 2 (CARS-2) لتشخيص وتحديد درجة وشدة إضطراب طيف التوحد (أنظر ملحق رقم 04) ، وبطاقة الملاحظة لتحديد المشكلات السلوكية. (أنظر ملحق رقم 09) ، وبعدها ملئ قائمة أنواع المعززات هذه الأخيرة من إعداد للأستاذ " بلال عودة "، حيث تم أخذ موافقته واستشارته شخصيا على تطبيق بعد إجراء عليها بعض التعديلات (أنظر ملحق رقم 11)، حيث تمت الملاحظة بأخذ 04 ساعات ملاحظة تكرار السلوك خلال الأنشطة لمدة 10 أيام التي يقومون بها في القسم وبحضور المربية ، لتحديد الخط القاعدي لتكرار السلوك لدى الأطفال لمعرفة أي من السلوك من بين السلوكيات الموجودة في بطاقة الملاحظة الأكثر إنتشارا (تكرارا)، ولمعرفة مقدار تكراره ومدى حاجته للتدخل العلاجي أو التعديل.

كما تم الحرص على إتباع مجموعة من الإجراءات من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية ومنها:

- تقديم الباحثة لنفسها للمربية القسم.
- الحضور اليومي للقسم قبل تطبيق البرنامج من أجل تعود الأطفال على شخص جديد ودام أسبوع
- شرح طريقة العمل للمربية لمساعدتي في أي معلومة أو ملاحظة ، والتي تتمثل في تعريف المربية بماهية المشكلات السلوكية المتضمنة في الأبعاد التالية (سلوكيات إيذاء الذات، السلوكيات العدوانية، السلوكيات النمطية) الموجودة في بطاقة الملاحظة المعدة في الدراسة ، وتوضيح لها المشكلة السلوكية الأكثر تكرارا وخطرا على الطفل التي سوف يعمل البرنامج على تعديلها، ونفس الشيء تم إجراؤه مع الأم ، بالإضافة إلى طريقة استخدام إجراءات تعديل السلوك.
- التأكد أن حضوري اليومي لم يعد يشكل للأطفال أي مشكل في التكيف مع الشخص الجديد
- تقديم الشكر للمربية على مساعدتها الفعالة في إعداد هذه الدراسة.

5-2 مرحلة التدريب على البرنامج: بعد التأكد فعليا من إمكانية تطبيق البرنامج ، من حيث عدد الجلسات ، وملاءمة محتواه للأهداف المسطرة ، والإجراءات والفنيات والوسائل المستخدمة ، تم تطبيق البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي لتعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عينة أفراد الدراسة بواقع جلسة واحدة في الأسبوع ، حيث استغرقت مدة التطبيق مع كل طفل حوالي ساعتين في المركز، أما التطبيق الإجمالي دام شهرين على التوالي.

5-3 مرحلة القياس البعدي: قامت الباحثة بإعادة تطبيق بطاقة الملاحظة للمشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج على أفراد عينة الدراسة. تفرغ النتائج وإجراء المعادلات الحسابية اللازمة وتنفيذها بيانيا للإجابة على فرضيات الدراسة.

6- الصعوبات التي واجهت الباحثة في إعداد و تطبيق البرنامج:

واجهت الباحثة عدة صعوبات في بناء وتطبيق البرنامج ، كان أهمها :

- الحضور غير المنتظم للعينة في بداية التدريب.
- عدم التزام أولياء الأمور ببعض التعليمات الخاصة بتطبيق البرنامج
- قلة الجلسات التدريبية في المركز مما جعل الباحثة تتعامل مع أولياء الأمور بالإتصالات الهاتفية
- انقطاع وعدم إنتظام الجلسات التدريبية لبعض الحالات بسبب المرض .
- عدم إنتظام الحصص أدت إلى طول فترة التطبيق وهذا راجع لخصوصية العينة .

وتم التغلب على هذه الصعوبات ب:

- الاستئذان من مديرة المركز بحضور الحالات في غير الأيام المبرمجة لهم.
- التشدد من حين لآخر على أولياء الأمور بالحرص على إتباع التعليمات الخاصة بالبرنامج.
- تكثيف المكالمات الهاتفية على أولياء الأمور بالحضور الضروري موعد التدريب .
- مواصلة و تكثيف تطبيق البرنامج بعد شفاء الحالة من المرض.

7- أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة:

إعتمدت الباحثة لمعالجة البيانات إحصائيا في البحث الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (0, 17) ، وذلك في شقي الدراسة الاستطلاعية منها والأساسية ، ووفقا لفرضيات الدراسة فقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية :

- الوزن النسبي لمعرفة وتحديد المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال التطرق إلى المنهج المتبع في الدراسة ، والعينة ومواصفاتها ، وصف أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية من خلال حساب معاملات الصدق والثبات باستخدام طرق مختلفة ، والتي انتهت إلى الاطمئنان عليها أثناء التطبيق في الدراسة الأساسية ، ثم التعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية ، وأخيرا الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات ، أما تحليل وتفسير النتائج سيتم عرضها في الفصل الآتي.

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

- تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

خلاصة الفصل

تمهيد :

بعد عرض إجراءات الدراسة الميدانية في الفصل السابق ، سيخصص هذا الفصل لعرض و تحليل الحالات الخاصة بالعينة التجريبية ، من خلال النتائج المتوصل إليها من اختبار فرضيات الدراسة ، وكذا مجريات البرنامج التدريبي باستعمال الأساليب الإحصائية المعتمدة .

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ما يلي: "نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بنسب متفاوتة." وللإجابة على هذه الفرضية ولغرض المعالجة الإحصائية، وتحديد المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تم الاعتماد على تحديد الوزن النسبي لكل مشكلة سلوكية من ثلاث سلوكيات، والذي يحسب عن طريق قسمة المتوسط الحسابي لدرجات استجابات الأطفال على الدرجة الكلية للسلوك ثم ضرب الحاصل في مئة (100) ، ومعادلته كالتالي:

$$\text{الوزن النسبي} = \frac{\text{المتوسط الحسابي}}{\text{الدرجة الكلية للبعد}} \times 100$$

بعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (27) يوضح متوسط الدرجات والوزن النسبي للمشكلات السلوكية

لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ن=23

السلوك	عدد البنود	الدرجة الكلية للبعد	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
سلوكيات إيذاء الذات	08	46	2	7.40
السلوكيات العدوانية	10	82	3.56	13.19
السلوكيات النمطية	09	95	4.13	15.29
المجموع	27	223	9.69	35.88

يتضح من خلال الجدول رقم (27) أن المتوسط الكلي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد بلغ (9.69)، ووزن نسبي بلغ (35.88 %) ، ويتضح أيضا أن السلوكيات النمطية كانت الأكثر انتشارا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بحيث بلغ المتوسط الحسابي والوزن النسبي له (4.13 ، 15.29%)، تليها السلوكيات العدوانية (3.56، 13.19%)، في حين كانت سلوكيات إيذاء الذات أقل انتشارا بمتوسط درجات بلغ (2) ووزن نسبي بلغ (7.40%).

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن انتشار المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تميز بالتقارب بين البعد الثاني (السلوكيات العدوانية) والبعد الثالث (السلوكيات النمطية)، وتفاوت مع البعد الثالث (سلوكيات إيذاء الذات)، ومنه نستنتج أن الفرضية الأولى والتي تنص على أن " نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بنسب متفاوتة" قد تحققت.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة. بناء على المشكلات التي ظهرت لدى عينة الدراسة في عرض نتائج الفرضية الأولى، تم معالجة نتائج الفرضية الثانية من خلال استخراج درجات كل حالة على مقياس المشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وتحديد نوع المشكلة المراد تطبيق البرنامج عليها ، من خلال التكرار الأكثر ظهوراً للمشكلة لدى كل حالة من الحالات الأربعة عينة الدراسة ، وهي كالتالي :

– **الحالة الأولى:** المشكلة (السلوك) الأكثر تكراراً وظهوراً، عض ظهر اليد والتي تنتمي لبعدها مشكلات إيذاء الذات.

– **الحالة الثانية:** المشكلة (السلوك) الأكثر تكراراً وظهوراً، البكاء بدون سبب والتي تنتمي لبعدها المشكلات العدوانية.

– **الحالة الثالثة:** المشكلة (السلوك) الأكثر تكراراً وظهوراً، المشي ذهاباً وإياباً والتي تنتمي لبعدها المشكلات النمطية.

– **الحالة الرابعة:** المشكلة (السلوك) الأكثر تكراراً وظهوراً، التصفيق بإستمرار بدون سبب والتي تنتمي لبعدها المشكلات النمطية.

لغرض معالجة الفرضية الثانية نقوم بعرض وتحليل الحالات الأربعة .

➤ تقديم الحالة الأولى:

هو الطفل (ح ن) ترتيبه الميلاي الرابع في العائلة من مواليد (2007) أي يبلغ من العمر 11 سنة يسكن في ولاية ورقلة ، مسجل في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً ورقلة - 1 منذ سنة ويقيم مع عائلته في سكن أرضي ملك ، أبواه ذا مستوى تعليمي جامعي وهم بصحة جيدة ، الأب عامل والأم لا تعمل ، حالتهم الإجتماعية ميسورة ، وحسب المعلومات التي تم جمعها عن الطفل ، فإن الأم لم تعاني من أية أمراض أو مشاكل صحية أثناء فترة الحمل والولادة، مدة الحمل طبيعياً (09 أشهر)، والولادة طبيعية ، بوزن ضعيف نوعاً ما (2.900 غ)، ولقد أجريت فحوصات طبية خاصة بالسمع والبصر وأجهزة النطق، كلها سليمة ، وحالياً الطفل يستخدم علاجات طبية يتعاطى عقار دوائي ، العائلة متقبلة لاضطراب الطفل ، وعرف الطفل أنه مصاب باضطراب طيف التوحد منذ أن كان عمره عامين من طرف طبيبة الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين بمصلحة الأمراض العقلية .

• نتيجة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) :

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) الذي ترجمته (لانا هارون 2014) إلى اللغة العربية و قننته على البيئة الأردنية ، ويظهر الجدول رقم (28) درجات الحالة الأولى على المقياس .

جدول رقم (28) يوضح درجات الحالة الأولى على مقياس تقدير التوحد الطفولي

البعد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	3	3.5	3.5	4	3.5	3	3.5	3.5	3	4	3	3	3	2	3	48.5

عند جمع درجات الأبعاد نتحصل على الدرجة الكلية والتي تمثل درجة مقياس تقدير التوحد الطفولي لتشخيص التوحد ، والتي تحصلت عليها الحالة الأولى قدرت بـ(48.5) وتشير هذه الدرجة إلى وجود مستوى شديد من اضطراب طيف التوحد .

• نتيجة مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد:

كما قامت الباحثة باستخراج درجات الحالة الأولى على مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد ، وتحديد نوع المشكلة المراد تطبيق البرنامج عليها ، من خلال الإنتشار و التكرار الأكثر لتلك المشكلة . حيث تم ملاحظة سلوك الحالة الأولى في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم لمدة 10 أيام متتالية في المركز والمنزل ، واستخلصنا المشكلة السلوكية الأكثر تكراراً وانتشاراً عند الحالة الأولى هي مشكلة عض ظهر اليد من بعد سلوكيات إيذاء الذات .والجدول التالي يوضح تكرار المشكلة السلوكية في 10 أيام .

جدول رقم (29) يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الأولى لمدة 10 أيام

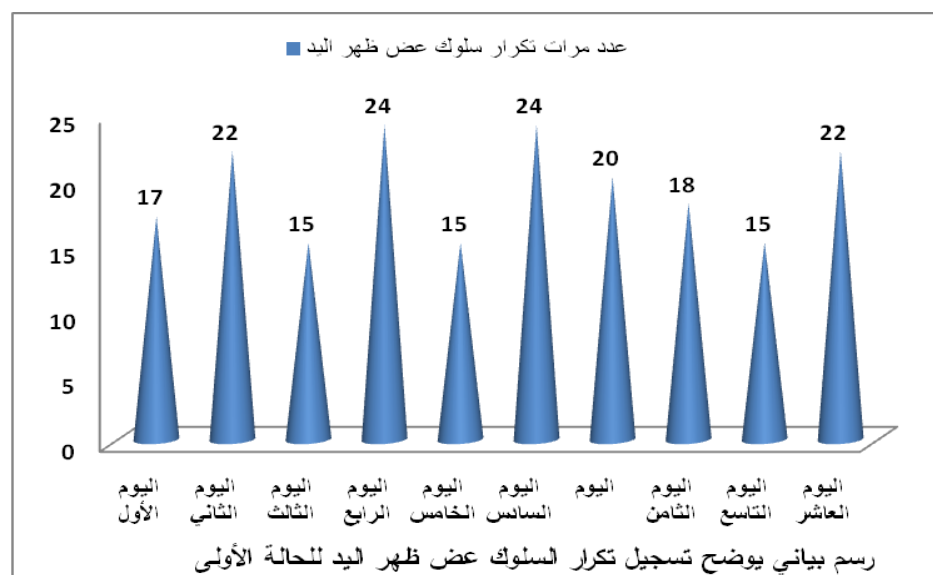
الأيام	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
تكرار المشكلة السلوكية (عض ظهر اليد)	17	22	15	24	15	24	20	18	15	22

بعدما حددنا المشكلة السلوكية المتمثلة في عض ظهر اليد للحالة الأولى قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي المتمثل في مجموعة من الخطوات لتعديل السلوك وفيما يلي عرض برنامج تعديل السلوك موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (30) يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الأولى

معلومات عامة عن الحالة										
الإسم و اللقب	ح ن	الجنس	ذكر	التشخيص و درجة التوحد	إضطراب طيف توحد شديد					
تاريخ الميلاد	2007/07/19	مصدر المعلومات	الأم	اسم المركز	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيًا -1					
العمر	11 سنة	رقم الهاتف	/	تاريخ إعداد الخطة	2018/01/14					
تحديد السلوك المستهدف										
عض ظهر اليد										
تعريف السلوك المستهدف إجرائيًا										
قيام الطفل بعض ظهر يده بشكل مستمر ولفترات طويلة ، وهذا يؤدي أحيانا لخروج الدم أو ظهور آثار ونذبات على اليد وهو من بعد سلوكيات إيذاء الذات										
قياس السلوك المستهدف										
• تسجيل تكرار السلوك: وهو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك (عض ظهر اليد) في فترة زمنية مقدرة بـ(04) ساعات في اليوم ولمدة 10 أيام متتالية، نوضحه في الجدول التالي :										
جدول رقم (31) يوضح تسجيل تكرار سلوك عض ظهر اليد قبل التدخل										
الأيام	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
تكرار السلوك	17	22	15	24	15	24	20	18	15	22
عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد	17	22	15	24	15	24	20	18	15	22

✓ الرسم البياني :



رسم بياني رقم (13) يوضح عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد قبل تطبيق البرنامج

التحليل الوظيفي للسلوك

المثيرات القبلية للسلوك : عندما لا تلبي طلباته و رغباته / عند رفض طلبه/ عندما ينزل منه شيء كالكرة أو لعبة/ عند الصراخ عليه/ رفض أداء مهمة ما.
المثيرات البعدية (توابع السلوك): الصراخ عليه /منعه من عض يده / غضب الأم عليه وضربه .

تصميم البرنامج

✓ معدل السلوك: الباحثة

✓ المشاركون ووظيفتهم في البرنامج : الباحثة / الأم / مربية المركز .

✓ تحديد الزمان والمكان لتطبيق البرنامج :

الباحثة في المركز: فترة وجودها في المركز وهي 03 ساعات صباحا وفي حال ظهور سلوك عض ظهر اليد

الأم في البيت: طول الوقت في حالة ظهور سلوك عض ظهر اليد

مدة التطبيق: شهرين

✓ تحديد المعززات:

معززات غذائية: بطاطا المقلية ، تفاح ، البسباس

معززات مادية : الكرة الكبيرة

معززات نشاطية و اجتماعية : الإحتضان ، التسوق ، التصفيق ، المدح

✓ تحديد إجراءات خفض المشكلة السلوكية (أساليب تعديل السلوك) :

التعزيز النفاذلي/التجاهل/التلقين/الإخفاء/التوبيخ

✓ تحديد نوع جداول التعزيز (متصل / متقطع):

متصل وبعدها متقطع

✓ المعززات والعقاب في حال فشل الإجراءات السابقة:

المعززات : عمل يوم ترفيهي مفتوح في الهواء الطلق ، الذهاب مع الأب في السيارة للتسوق.

العقاب: الإقصاء حرمانه من اللعب بالكرة ، منعه من ركوب السيارة مع الأب .

✓ مبررات تعديل السلوك لهذه الحالة:

-سلوك يعيق عملية التدريب و التعلم

-سلوك مؤدي مزعج و غير مقبول إجتماعيا

-تعب الأسرة من سلوكها و خوفهم من تعميم السلوك على كل شيء يريده و استمراره طول الحياة	
تنفيذ البرنامج	
✓ الهدف العام : تخلص الحالة من سلوك عض ظهر اليد في كل المواقف الحياتية . ✓ الهدف الفرعي: أن يقلل من سلوك عض ظهر اليد في المركز والمنزل ل 04 ساعات متتالية ، وأن يتعلم الحالة سلوكيات بديلة تساعده على التعبير عن احتياجاته وشعوره بالتوتر . ✓ الطريقة: 1 -التجاهل عند قيامه بالعض من أجل جذب الإنتباه مع توجيه انتباهه إلى مثير آخر كلعبة يفضلها 2-استخدام شيء منفر مثل مادة مزعجة وكريهة على يد الطفل . 3-إشراكه في نشاطات متنوعة كتلقينه التلوين والقص واللصق والرسم والتعرف على الأشكال والألوان والنشاطات الرياضية بالمساعدة الجسدية ثم اللفظية ثم إخفاء المساعدة ، وأن تكون دائما بجواره قدر الإمكان وتمنع مباشرة حركة إيصال اليد للفم ، وإمساك يده ومواصلة النشاط الذي يقوم به. ✓ الأدوات المستخدمة: لعبة ، مادة منفرة ، أقلام التلوين، أوراق ،مقص ،غراء، لوحة الأشكال، كرة كبيرة، كرات ملونة ✓ المدة : شهرين	
تقييم فعالية برنامج العلاج	
ويأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها :	

✓ رأي ولي أمر الطفل و ملاحظاته:

رأت أم الطفل أن هناك تحسن ملحوظ في سلوك ابنها

✓ رأي مربية الطفل في المركز وملاحظاته:

مربية المركز رأت أن الحالة أصبح أكثر هدوء وتركيز من قبل مع الإستجابة للتعليمات الموجهة له ، بالإضافة لإختفاء ملحوظ لسلوك العض

✓ ملاحظة الباحثة:

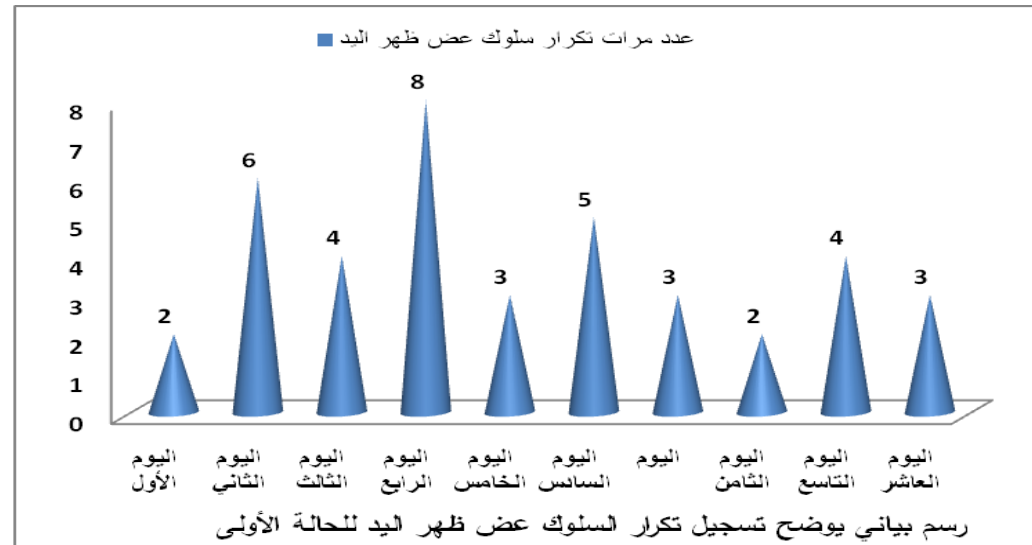
رأت الباحثة أن هناك انخفاض ملحوظ في سلوك عض ظهر اليد في المركز ، مع تحسن واضح في بعض السلوكيات الأخرى كالإنتباه والإستجابة للتعليمات المقدمة له ، حتى أثار العض بدأت تختفي شيئاً فشيئاً.

✓ جدول القياس السلوك بعد التدخل:

جدول رقم (32) يوضح تسجيل تكرار السلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى بعد التدخل

اليوم تكرار السلوك	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد	02	06	04	08	03	05	03	02	04	03

الرسم البياني :



رسم بياني رقم (14) يوضح عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد بعد تطبيق البرنامج

تلخيص النتائج و كتابة التقرير

• سابعا / تلخيص النتائج و كتابة التقرير :

الحالة ح ن أنثى عمرها 09 سنوات تعاني من اضطراب طيف التوحد شديد ، لديها مشكلة عض ظهر اليد و لفترات طويلة عندما لا تلبى طلباته و رغباته و رفض طلبه ، و كذا عند الصراخ عليه أو رفض أداء مهمة ما أو شعوره بالقلق و التوتر وبكثرة الفراغ و الملل. و السلوك المرغوب فيه هو التقليل أو التخفيف من مشكلة عض ظهر اليد في المنزل وكل الأماكن التي يذهب إليها ، ومن جهة أخرى استبداله بوسائل التواصل اللفظية وغير اللفظية للتعبير عن حاجاته ورغباته. أما مبررات تطبيق برنامج تعديل السلوك هو سلوك مؤدي مزعج وغير مقبول إجتماعيا وسلوك يعيق عملية التدريب والتعلم، وأنه سلوك مزعج ومقلق ، كما أنه متعب وأنهك الأسرة من سلوكها خوفهم من تعميم السلوك على كل شيء يريدونه و استمراره طول الحياة.

✓ عرض نتائج التقييم ما قبل القياس و ما بعد القياس:

- * أصبح الحالة أقل هدوء من ذي قبل تقليل عض ظهر اليد .
- * أصبح ينتبه ويقوم بالنشاطات المقدمة لها من طرف مربية المركز وحتى في المنزل.
- * أصبح يحب اللعب مع إخوته في البيت وأقرانها في النادي الذي إنخرط فيه والمركز ولا ينزعجون منها.
- * أصبح يداوم على نشاط السباحة بكل فرح و بهجة .

✓ التوصيات للأطراف المشاركة في البرنامج :

- * متابعة الحالة على نفس الخطة والإستمرار بها للوصول إلى إختفاء السلوك نهائيا.
 - * التنوع في استخدام التعزيز والتقليل من العقاب.
 - * لا بد من تنمية المهارات اللغوية للحالة بتدخل الأخصائي الأرتو فوني
 - * تكثيف الجلسات التدريبية في المركز من أجل تنمية باقي المهارات الحياتية الأساسية ومنها التواصل اللفظي.
- ✓ الخلاصة :

تم إنخفاض السلوك غير المرغوب (عض ظهر اليد)، وقد أصبح الحالة أكثر هدوء وأقل إفراط في الحركة والسيطرة على سلوك عض ظهر اليد، وأكثر استجابة للتعليمات المطلوبة منها في البيت والمركز والنادي.

خلاصة الحالة الأولى

من خلال ملاحظات الأم والمربية والباحثة على الحالة الأولى التي بينت تحسنا واضح بتراجع سلوك عض ظهر اليد ، هذا ما وضحه الفرق في الرسمين البيانيين رقم (13) ورقم (14) في القياسين القبلي والبعدي على سلوك عض ظهر اليد ، وعليه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك عض ظهر اليد لدى الحالة الأولى من إضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي."

➤ تقديم الحالة الثانية:

هو الطفل (ب ع) ترتيبه الميلادي السادس في العائلة من مواليد (2006) أي يبلغ من العمر 12 سنة ، يسكن في ولاية ورقلة ، مسجل في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعوقين ذهنيا ورقلة -1 منذ عامين ، ويقيم مع عائلته في سكن أرضي ملك ، الأب ذا مستوى تعليمي جامعي والأم مستوى تعليمي ثانوي ، الأب عامل والأم لا تعمل وهي مريضة حاليا بمرض القلب ، حالتهم الإجتماعية ميسورة وحسب المعلومات التي تم جمعها عن الطفل ، فإن الأم لم تعاني من أية أمراض أو مشاكل صحية أثناء فترة الحمل والولادة، مدة الحمل كانت أكثر من (09 أشهر)، والولادة طبيعية ، بوزن (4كغ)، ولقد أجريت فحوصات طبية خاصة بالسمع والبصر وأجهزة النطق، كلها سليمة ، وقد استخدم الطفل علاجات طبية بتناول عقاقير دوائية ، العائلة متقبلة لإضطراب الطفل ، وقد تم تشخيص الطفل أنه مصاب بإضطراب طيف التوحد منذ أن كان عمره ثلاث سنوات ونصف من طرف طبية الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين بمصلحة الأمراض العقلية .

• نتيجة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) :

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) الذي ترجمته (لانا هارون 2014) إلى اللغة العربية و قننته على البيئة الأردنية ، ويظهر الجدول رقم (33) درجات الحالة الأولى على المقياس .

جدول رقم (33) يوضح درجات الحالة الثانية على مقياس تقدير التوحد الطفولي

البعد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2.5	3	3.5	3	2	1.5	3	2	4	3	3.5	3	3.5	3.5	3.5	44.5

عند جمع درجات الأبعاد نتحصل على الدرجة الكلية والتي تمثل درجة مقياس تقدير التوحد الطفولي لتشخيص التوحد ، والتي تحصلت عليها الحالة الثانية قدرت بـ (44.5) وتشير هذه الدرجة إلى وجود مستوى شديد من إضطراب طيف التوحد .

• نتيجة مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد:

كما قامت الباحثة باستخراج درجات الحالة الثانية على مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد ، وتحديد نوع المشكلة المراد تطبيق البرنامج عليها ، من خلال الإنتشار والتكرار الأكثر لتلك المشكلة . حيث تم ملاحظة سلوك الحالة الثانية في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم لمدة 10 أيام متتالية في المركز و المنزل ، واستخلصنا المشكلة السلوكية الأكثر تكرارا و انتشارا عند الحالة الثانية هي مشكلة (بند) الانفجار بالبكاء بدون سبب من بعد السلوكيات العدوانية . والجدول التالي يوضح تكرار المشكلة السلوكية في 10 أيام .

جدول رقم (34) يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الثانية لمدة 10 أيام

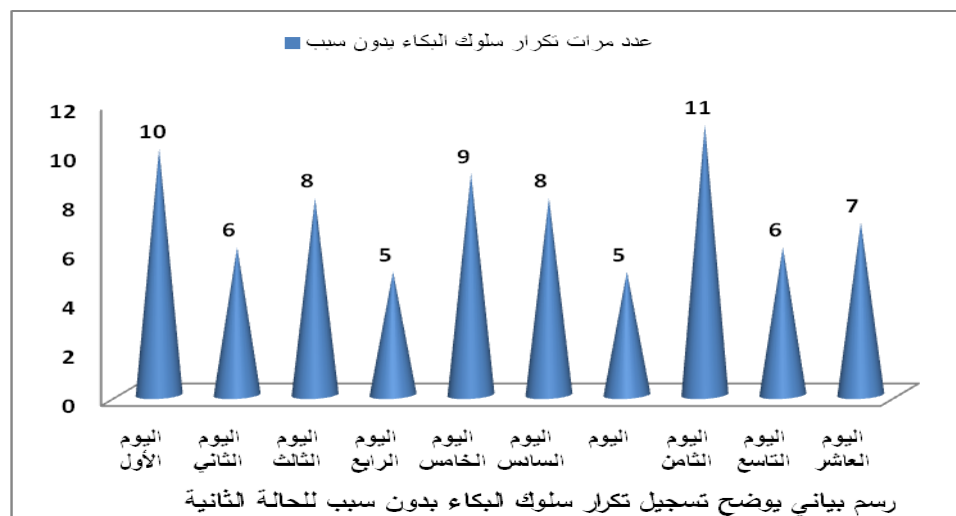
10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	الأيام
07	06	11	05	08	09	05	08	06	10	تكرار المشكلة السلوكية (البكاء بدون سبب)

بعدما حددنا المشكلة السلوكية المتمثلة في المشي البكاء بدون سبب للحالة الثانية قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي المتمثل في مجموعة من الخطوات لتعديل السلوك وفيما يلي عرض برنامج تعديل السلوك موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (35) يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الثانية

معلومات عامة عن الحالة										
الإسم و اللقب	ب ع	الجنس	ذكر	التشخيص و درجة التوحد	إضطراب طيف توحد شديد					
تاريخ الميلاد	2006/11/23	مصدر المعلومات	الأم	اسم المركز	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا					
العمر	12 سنة	رقم الهاتف	/	تاريخ إعداد الخطة						
تحديد السلوك المستهدف										
سلوك البكاء دون سبب										
تعريف السلوك المستهدف إجرائيا										
قيام الطفل بالبكاء بصوت عال وبشكل مستمر ولفترات طويلة أثناء قيامه بالنشاطات والتدريبات وفي الحياة اليومية ، مما قد يلحق الأذى بنفسه، وهذا يؤدي إلى صعوبة التعامل معه وهو من بعد السلوكيات العدوانية.										
قياس السلوك المستهدف										
تسجيل تكرار السلوك: وهو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك (البكاء بدون سبب) في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم ولمدة 10 أيام متتالية، نوضحه في الجدول التالي .										
جدول رقم (36) يوضح تسجيل تكرار سلوك البكاء بدون سبب قبل التدخل										
الأيام	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
تكرار السلوك	10	06	08	05	09	08	05	11	06	07
عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب										

✓ الرسم البياني :



رسم بياني رقم (15) يوضح عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب قبل تطبيق البرنامج

التحليل الوظيفي للسلوك

المثيرات القبلية للسلوك : الإصرار على تنفيذ و الحصول على ما يريد مثلا الخروج من البيت و رفض الأم لطلبه/لا يستطيع التعبير عن حاجاته /للفت الإنتباه من حوله

المثيرات البعدية (توابع السلوك): الصراخ على الطفل / تنفيذ طلباته

تصميم البرنامج

✓ معدل السلوك: الباحثة

✓ المشاركون و وظيفتهم في البرنامج : الباحثة / الأم / مربية المركز

✓ تحديد الزمان و المكان لتطبيق البرنامج :

الباحثة في المركز : فترة وجودها في المركز وهي 03 ساعات صباحا وفي حال ظهور سلوك البكاء بدون سبب

الأم في البيت: طول الوقت في حالة ظهور سلوك البكاء دون سبب

المدة : شهر واحد

✓ تحديد المعززات:

معززات غذائية : العصير ، بيتزا ، لحم الدجاج

معززات مادية : كرة ، سيارة

معززات نشاطية و إجتماعية : التسوق ، التصفيق ، المدح

✓ تحديد إجراءات خفض المشكلة السلوكية (أساليب تعديل السلوك) :

✓ الإطفاء /التعزيز التفاضلي / التلقين / الإخفاء

✓ تحديد نوع جداول التعزيز (متصل / متقطع):

متصل وبعدها متقطع

✓ المعززات و العقاب في حال فشل الإجراءات السابقة:

المعززات : الخروج للتسوق، إشراك الطفل في صنع البيتزا داخل المطبخ.

العقاب: الإقصاء حرمانه من اللعب بالكرة ، والذهاب للتسوق مع الأب.

✓ مبررات تعديل السلوك لهذه الحالة:

- سلوك يعيق عملية التدريب والتعلم

- تأثير هذا السلوك من الناحية الطبية على الحبال الصوتية وعلى حاسة العين.

- سلوك مزعج وغير مقبول إجتماعيا ومخرج للوالدين في الأماكن العامة والمناسبات الإجتماعية

- تعب الأسرة من سلوكها وخوفهم من استمراره طول الحياة

تنفيذ البرنامج
✓ الهدف العام : أن تتخلص الحالة من سلوك البكاء بدون سبب في كل المواقف الحياتية بنسبة. ✓ الهدف الفرعي: أن يقلل الطفل من سلوك البكاء بأن لا يبكي عندما يرفض طلبه خلال 04 ساعات متتالية بأن يتعلم سلوكيات بديلة كأن لا يبكي عندما يرفض طلبه في البيت والمركز. ✓ الطريقة: 1-التجاهل عند قيامه بالبكاء دون سبب في بعض الأحيان حتى يوقف البكاء أ الإطفاء. 2- تعزيز الطفل بعمل جولة تسوق مع الأب عندما لا يقوم بالبكاء وعدم تعزيزه عندما يقوم به. 3- المساعدة اللفظية بالكلام والجسدية بلمس يده في إنجاز نشاط معين كالتعرف على الحيوانات والرسم والتلوين والقص واللصق وطي الورق ثم سحب المساعدة و تركه يواصل العمل وحده حتى يكمل النشاط. 4-عمل نشاطات رياضية يومية كاللعب بالكرة مع الإخوة أو في ملعب رياضي مع الأقران بتلقيه التعليمات اللازمة للنشاط الرياضي. ✓ الأدوات المستخدمة: *الكرة ، صور الحيوانات ، مقص، أقلام ألوان ، أوراق الملونة ، غراء ، أوراق بيضاء . ✓ المدة :شهر واحد
تقييم فعالية برنامج العلاج
و يأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها : ✓ رأي ولي أمر الطفل و ملاحظاته: رأت أم الطفل أن هناك تحسن ملحوظ في سلوك البكاء عند إبنها

✓ رأي مربية الطفل في المركز وملاحظاته:

مربية المركز رأت أن الحالة أصبح لا يبكي في المركز مع وجود انتباه و تركيز في عمل الأنشطة والتمارين

✓ ملاحظة الباحثة:

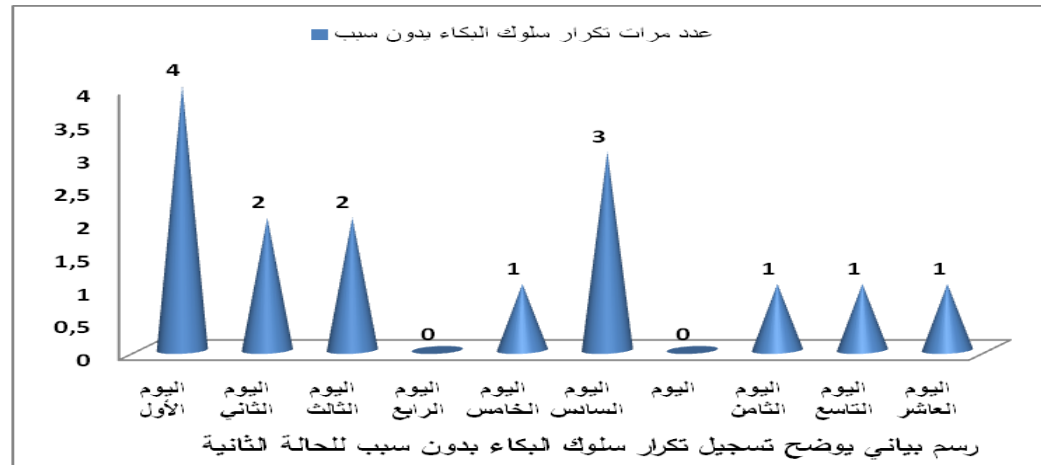
رأت الباحثة أن هناك انخفاض واضح في سلوك البكاء بدون سبب في المركز ، مع تحسن ملحوظ في بعض السلوكيات الأخرى كالإنتباه والتواصل البصري والتفاعل الإجتماعي مع أقرانه في المركز ومحاولة التعبير عن إنفعالاته ورغباته بالإشارة .

✓ جدول القياس السلوك بعد التدخل:

جدول رقم (37) يوضح تسجيل تكرار السلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية بعد التدخل

اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
04	02	02	00	01	03	00	01	01	01
عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب									

الرسم البياني :



رسم بياني رقم (16) يوضح عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب بعد تطبيق البرنامج

تلخيص النتائج وكتابة التقرير

• سابعا / تلخيص النتائج و كتابة التقرير :

الحالة (ب ع) ذكر عمره 12 سن يعاني من اضطراب طيف التوحد شديد بدون إعاقات مصاحبة ، لديه مشكلة البكاء دون سبب ولفترات طويلة عندما يريد الحصول على ما يريد مثلا الخروج من البيت ورفض الأم لطلبه، ولا يستطيع التعبير عن حاجاته ، وأحيانا للفت الإنتباه من حوله، حيث تم قياس قبلي لهذا السلوك في فترات متابعة باستخدام بطاقة ملاحظة للمشكلات السلوكية التي تم من خلالها تحديد السلوك الأكثر تكرارا عند الحالة ، وبعد تطبيق البرنامج تم التوصل للسلوك المرغوب فيه هو التقليل أو التخفيف من مشكلة البكاء بدون سبب في المنزل وكل الأماكن الحياتية اليومية التي يذهب إليها ، ومن جهة أخرى استبداله بوسائل التواصل غير اللفظية للتعبير عن حاجاته ورغباته . أما مبررات تطبيق برنامج تعديل السلوك هو سلوك يعيق عملية التدريب والتعلم ، وأنه سلوك مزعج ويؤثر من الناحية الطبية على الحبال الصوتية وعلى حاسة العين ، وغير مقبول إجتماعيا ومزعج للوالدين في الأماكن العامة والمناسبات الإجتماعية، كما أنه متعب وأنهم الأسرة من سلوكها وخوفهم من استمراره طول الحياة ، ودامت مدة التدريب شهرين متتاليين .

✓ عرض نتائج التقييم ما قبل القياس و ما بعد القياس:

* أصبح الحالة أقل حركة وهدوء من ذي قبل وخاصة في الأماكن العامة

* أصبح ينتبه وينفذ التعليمات ويقوم بالنشاطات والتمارين المقدمة لها من طرف المربية في المركز وحتى في المنزل.

* أصبح يطلب بهدوء بكاء ويلعب مع أقرانه في المركز وفي المنزل مع إخوته بدون بكاء ، وحتى استعابه للتعليمات أصبح أكثر فهما له.

✓ التوصيات للأطراف المشاركة في البرنامج :

* متابعة الحالة على نفس الخطة والإستمرار بها للوصول إلى إختفاء سلوك البكاء نهائيا.

* التنويع في استخدام التعزيز

* لا بد من تنمية المهارات والجانب اللغوي للحالة بتدخل الأخصائي الأروطوفوني

* تكثيف الجلسات التدريبية في المركز من أجل تنمية باقي المهارات الحياتية الأساسية التي يحتاجها و خاصة أنه في فترة المراقبة .

* ممارسة رياضة السباحة مهمة في هذه المرحلة .

* يحتاج إلى التدريب على التربية الجنسية و أساسيات مرحلة البلوغ .

✓ الخلاصة :

تم إنخفاض السلوك غير المرغوب (البكاء بدون سبب) ، وقد أصبحت الحالة أكثر هدوء وسيطرة على البكاء بشكل ملحوظ وخاصة في المركز

والأماكن العمومية ، وأكثر استجابة للتعليمات المطلوبة منه ، وأصبح يتفهم رفض الأم لطلباته بشكل ملحوظ .

➤ خلاصة الحالة الثانية

من خلال ملاحظات الأم والمربية والباحثة على الحالة الثانية التي بينت تحسنا واضح بتراجع سلوك البكاء، هذا ما وضحه الفرق في الرسمين البيانيين رقم

(15) ورقم (16) في القياسين القبلي والبعدي على سلوك البكاء ، وعليه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك البكاء بدون سبب

لدى الحالة الثانية من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

➤ تقديم الحالة الثالثة:

هي الطفلة (ه ش) ترتبها الميلادي الأولى في العائلة من مواليد (2011) أي يبلغ من العمر 07 سنوات ، تسكن في ولاية ورقلة ، مسجل في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعوقين ذهنيا ورقلة - 1 منذ سنة ، ويقوم مع عائلته في سكن أرضي ملك ، أبواه ذا مستوى تعليمي ثانوي وهم بصحة جيدة، الأب عامل والأم لا تعمل ، حالتهم الاجتماعية متوسطة ، وحسب المعلومات التي تم جمعها عن الطفل ، فإن الأم لم تعاني من أية أمراض أو مشاكل صحية أثناء فترة الحمل و الولادة، مدة الحمل طبيعية (09 أشهر)، والولادة طبيعية ، بوزن ضعيف نوعا ما (1.800غ)، ولقد أجريت فحوصات طبية خاصة بالسمع والبصر وأجهزة النطق، كلها سليمة ، وحاليا الطفل يستخدم علاجات طبية يتعاطى عقار دوائي ، العائلة متقبلة لإضطراب الطفل ، وعرف الطفل أنه مصاب بإضطراب طيف التوحد منذ أن كان عمرها عام ونصف من طرف طبيبة الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين بمصلحة الأمراض العقلية .

• نتيجة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) :

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) الذي ترجمته "لانا هارون" (2014) إلى اللغة العربية وقننته على البيئة الأردنية ، ويظهر الجدول رقم (38) درجات الحالة الأولى على المقياس .

جدول رقم (38) يوضح درجات الحالة الثالثة على مقياس تقدير التوحد الطفولي

البعد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	3.5	3	3.5	1.5	1	3.5	3.5	3	1.5	4	2.5	3	2	3.5	41

عند جمع درجات الأبعاد نتحصل على الدرجة الكلية والتي تمثل درجة مقياس تقدير التوحد الطفولي لتشخيص التوحد ، والتي تحصلت عليها الحالة الثالثة قدرت بـ (41) وتشير هذه الدرجة إلى وجود مستوى شديد من إضطراب طيف التوحد .

• نتيجة مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد:

كما قامت الباحثة باستخراج درجات الحالة الثالثة على مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد ، وتحديد نوع المشكلة المراد تطبيق البرنامج عليها ، من خلال الإنتشار والتكرار الأكثر لتلك المشكلة . حيث تم ملاحظة سلوك الحالة الثالثة في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم لمدة 10 أيام متتالية في المركز والمنزل ، واستخلصنا المشكلة السلوكية الأكثر تكرارا وانتشارا عند الحالة الأولى هي مشكلة (بند) المشي ذهابا وإيابا دون سبب من بعد السلوكيات النمطية . والجدول التالي يوضح تكرار المشكلة السلوكية في 10 أيام .

جدول رقم (39) يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الثالثة لمدة 10 أيام

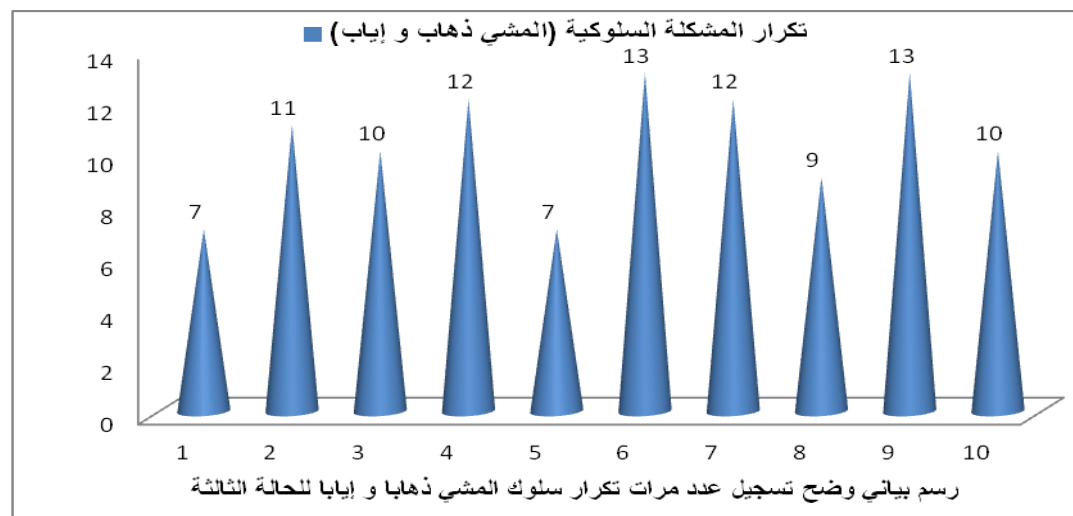
الأيام	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
تكرار المشكلة السلوكية (المشي ذهاب و إياب)	07	11	10	12	07	13	12	09	13	10

بعدما حددنا المشكلة السلوكية المتمثلة في المشي ذهابا و إياب دون سبب للحالة الثالثة قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي المتمثل في مجموعة من الخطوات لتعديل السلوك وفيما يلي عرض برنامج تعديل السلوك موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (40) يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الثالثة

معلومات عامة عن الحالة										
الإسم و اللقب	ه ش	الجنس	أنثى	التشخيص و درجة التوحد	إضطراب طيف توحد شديد					
تاريخ الميلاد	2011/04/28	مصدر المعلومات	الأم	اسم المركز	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا					
العمر	7سنوات	رقم الهاتف	/	تاريخ إعداد الخطة	2018/01/10					
تحديد السلوك المستهدف										
سلوك المشي ذهابا وإيابا دون سبب										
تعريف السلوك المستهدف إجرائيا										
قيام الطفلة بالمشي ذهابا وإيابا بشكل مستمر ولفترات طويلة دون شعوره بالتعب ، وهذا يؤدي إلى صعوبة التعامل معه وهو من بعد السلوكيات النمطية										
قياس السلوك المستهدف										
• تسجيل تكرار السلوك: وهو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك (المشي ذهابا و إياب) في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم ولمدة 10 أيام متتالية، نوضحه في الجدول التالي .										
جدول رقم (41) يوضح تسجيل تكرار سلوك المشي ذهابا و إياب للحالة الثالثة قبل التدخل										
الأيام	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
تكرار السلوك	07	11	10	12	07	13	12	09	13	10
عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهابا و إياب										

الرسم البياني :



رسم بياني رقم (17) يوضح عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهابا وإيابا قبل تطبيق البرنامج

التحليل الوظيفي للسلوك

المثيرات القبلية للسلوك : عندما تشعر بالقلق والتوتر لبقائها لوحدها ودون عمل أي نشاط (تشعر بفراغ) وكذلك في الأماكن الضيقة
المثيرات البعدية (توابع السلوك): محاولة تجليتها من قبل الأم / مشاهدة الرسوم الكرتونية / شغلها بالألعاب

تصميم البرنامج

✓ معدل السلوك: الباحثة

✓ المشاركون و وظيفتهم في البرنامج : الباحثة / الأم / مربية المركز / مربية الروضة

✓ تحديد الزمان و المكان لتطبيق البرنامج :

الباحثة في المركز : فترة وجودها في المركز وهي 03 ساعات صباحا وفي حال ظهور سلوك المشي ذهابا وإيابا

الأم في البيت: طول الوقت في حالة ظهور سلوك المشي ذهابا وإيابا.

المدة : شهرين .

✓ تحديد المعززات:

معززات غذائية :طماطم طازج ، تفاح ، شيبس ، شوكلاطة ، مصاصة ، عصير

معززات مادية : لعبة دمية أو سيارة

معززات نشاطية و إجتماعية : نشاط رياضي ، التسوق ، التصفيق ، المدح

✓ تحديد إجراءات خفض المشكلة السلوكية (أساليب تعديل السلوك) :

التعزيز/التصحيح الزائد/التلقين/الإخفاء

✓ تحديد نوع جداول التعزيز (متصل / متقطع):

متصل وبعدها متقطع

✓ المعززات و العقاب في حال فشل الإجراءات السابقة:

المعززات : عمل يوم ترفيهي مفتوح في الهواء الطلق ، زيارة لمنزل جدها.

العقاب: الإقصاء حرمانها من اللعب بالأرجوحة ، منعها من زيارة منزل جدها .

✓ مبررات تعديل السلوك لهذه الحالة:

-سلوك يعيق عملية التدريب و التعلم

-سلوك مزعج و غير مقبول إجتماعيا

-تعب الأسرة من سلوكها و خوفهم من استمراره طول الحياة

تنفيذ البرنامج
✓ الهدف العام : أن تتخلص الحالة من سلوك المشي ذهابا وإيابا في كل المواقف الحياتية. ✓ الهدف الفرعي: أن تقلل الحالة من سلوك المشي ذهابا وإيابا في المركز والروضة والمنزل 04 ساعات متتالية بأن تتعلم سلوكيات بديلة للتعبير والتواصل. ✓ الطريقة: 1-نتركها فترة محددة بالوقت تقوم بالقفز على الحبل أو التربولين وعند الإشارة بالتوقف يتوقف بالإضافة إلى الركض وعند الإشارة تتوقف . 2-تلقينها المشي على أسهم يتتبعها ويمشي وراءها وأخرى للعودة أو دوائر أو خشب متوازية بمساعدة جسدية ولفظية وبعدها نسحب (إخفاء)المساعدة تدريجيا بتركها تقوم بالنشاط لوحدها . 3-تقديم لها المساعدة اللفظية والجسدية لنشاطات التلوين واللصق. 4-تقديم المعزز فوريا و بشكل متواصل في البداية أي بعد كل مرة تتوقف فيها عن المشي ذهابا وإيابا و تقوم بالنشاط المطلوب وتنجح فيه. و بعد أن يتم ضبط السلوك نستخدم التعزيز المتقطع حتى يتوقف السلوك غير المرغوب نهائيا . ✓ الأدوات المستخدمة: *الحبل ، لعبة التربولين ،الدوائر البلاستيكية الملونة ،ألواح خشب طويلة ،أقلام ألوان ، أوراق الملونة ، غراء . ✓ المدة : شهرين
تقييم فعالية برنامج العلاج
ويأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها : ✓ رأي ولي أمر الطفل و ملاحظاته: رأت أم الطفلة أن هناك تحسن ملحوظ في سلوك إبنتها

✓ رأي مربية الطفل في المركز و ملاحظاته:

مربية المركز رأت أن الحالة أصبحت تجلس بدون حركة زائدة أو مشي مع وجود انتباه في الأنشطة

✓ ملاحظة الباحثة:

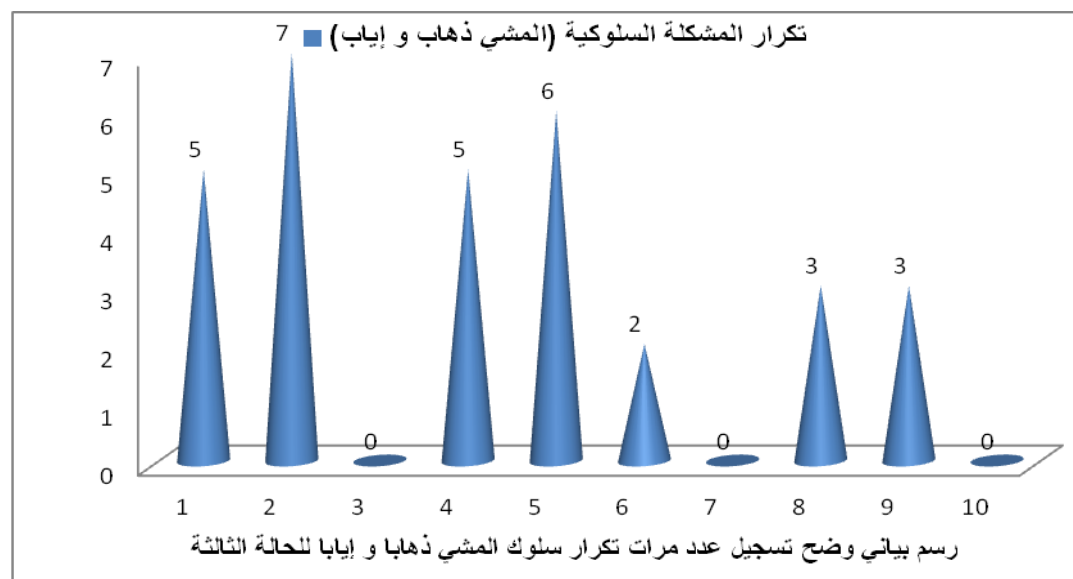
رأت الباحثة أن هناك انخفاض واضح فيسلوك المشي ذهابا و إيابا دون سبب في المركز ، مع تحسن ملحوظ في بعض السلوكيات الأخرى كالإنتباه و التواصل البصري .

✓ جدول القياس السلوك بعد التدخل:

جدول رقم (42) يوضح تسجيل تكرار السلوك المشي ذهابا و إيابا للحالة الثالثة بعد التدخل

اليوم تكرار السلوك	اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهابا و إيابا	05	07	00	05	06	02	00	03	03	00

✓ الرسم البياني :



رسم بياني رقم (18) يوضح عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهاباً وإياباً بعد تطبيق البرنامج

تلخيص النتائج و كتابة التقرير

• سابعا / تلخيص النتائج وكتابة التقرير :

الحالة (ه ش) أنثى عمرها 07 سنوات تعاني من اضطراب طيف التوحد شديد بدون إعاقات مصاحبة ، لديها مشكلة المشي ذهاباً وإياباً دون سبب ولفترات طويلة عندما تشعر بالقلق والتوتر وبكثرة الفراغ والملل والوحدة وفي الأماكن الضيقة، حيث تم قياس قبلي لهذا السلوك في فترات متتابة باستخدام بطاقة ملاحظة للمشكلات السلوكية التي تم من خلالها تحديد السلوك الأكثر تكراراً عند الحالة ، وبعد تطبيق البرنامج تم التوصل للسلوك المرغوب فيه هو التقليل أو التخفيف من مشكلة المشي ذهاباً وإياباً دون سبب في المنزل وكل الأماكن التي تذهب إليها ، ومن جهة أخرى استبداله

بالسيطرة على الحركة العشوائية بطريقة هادئة .أما مبررات تطبيق برنامج تعديل السلوك هو سلوك يعيق عملية التدريب والتعلم ، وأنه سلوك مزعج ومقلق ، كما أنه متعب وأنها الأسرة من سلوكها وخوفهم من استمراره طول الحياة ، ودامت مدة التدريب شهرين متتالين .

✓ عرض نتائج التقييم ما قبل القياس و ما بعد القياس:

*أصبحت الحالة أقل حركة وهدوء من ذي قبل

*أصبحت تنتبه وتقوم بالنشاطات المقدمة لها من طرف مربية الروضة والمركز وحتى في المنزل.

*أصبحت تلعب وتحب اللعب مع إخوتها في البيت وأقرانها في الروضة والمركز ولا ينزعجون منها.

✓ التوصيات لأطراف المشاركة في البرنامج :

*متابعة الحالة على نفس الخطة والإستمرار بها للوصول إلى إختفاء السلوك نهائيا.

*التنوع في استخدام التعزيز

*لا بد من تنمية المهارات اللغوية للحالة بتدخل الأخصائي الأروطوني

*تكتيف الجلسات التدريبية في المركز من أجل تنمية باقي المهارات الحياتية الأساسية.

✓ الخلاصة :

تم إنخفاض السلوك غير المرغوب (المشي ذهابا و إياب دون سبب) ، وقد أصبحت الحالة أقل إفراط في الحركة و سيطرة على الحركة بشكل ملحوظ ، وأكثر استجابة للتعليمات المطلوبة منها .

➤ خلاصة الحالة الثالثة

من خلال ملاحظات الأم والمربية والباحثة على الحالة الثالثة التي بينت تحسنا واضح بتراجع سلوك المشي ذهابا وإيابا، هذا ما وضحه الفرق في

الرسمين البيانيين رقم (17) ورقم (18) في القياسين القبلي والبعدي على سلوك المشي ذهابا وإيابا ، و عليه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك المشي ذهابا وإيابا دون سبب لدى الحالة الثالثة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

➤ تقديم الحالة الرابعة:

هو الطفل (ح ك) ترتيبه الميلادي الرابع في العائلة من مواليد (2008) أي يبلغ من العمر 10 سنوات ، يسكن في ولاية ورقلة ، مسجل في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعوقين ذهنيا ورقلة - 1 منذ سنة ، ويقدم مع عائلته في سكن أرضي ملك، أبواه ذا مستوى تعليمي ثانوي وهم بصحة جيدة ، الأب عامل والأم لا تعمل ، حالتهم الاجتماعية ميسورة ، وحسب المعلومات التي تم جمعها عن الطفل ، فإن الأم عانت أثناء الولادة مما نتج عنها لإختناق المولود وخروجه أزرق ، بقي في الحضانه مدة 06 ساعات ، مدة الحمل طبيعية (09 أشهر)، والولادة طبيعية ، بوزن ضعيف نوعا ما (3.300 غ)، ولقد أجريت فحوصات طبية خاصة البصر وأجهزة النطق والسمع، في البداية إتضح للطبيب أنه لا يسمع حيث وضع سماعات لمدة 06 أشهر وبعدها تخلى عنها عندما تأكدوا من سلامة حاسة السمع ، وحاليا الطفل يستخدم علاجات طبية يتعاطى عقار دوائي، أخذ 40 جلسة علاج بالأكسجين في الأردن ، العائلة متقبلة لإضطراب الطفل ، وعرف الطفل أنه مصاب بإضطراب طيف التوحد منذ أن كان عام من طرف طبيبة الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين بمصلحة الأمراض العقلية .

• نتيجة مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) :

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS-2) الذي ترجمته "لانا هارون" (2014) إلى اللغة العربية وقننته على البيئة الأردنية ، ويظهر الجدول رقم (43) درجات الحالة الرابعة على المقياس .

جدول رقم (43) يوضح درجات الحالة الرابعة على مقياس تقدير التوحد الطفولي

البعد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة	2	3.5	3	3.5	1.5	3	3.5	4	4	3	3.5	3	3	3	3.5	50

عند جمع درجات الأبعاد نتحصل على الدرجة الكلية والتي تمثل درجة مقياس تقدير التوحد الطفولي لتشخيص التوحد ، والتي تحصلت عليها الحالة الرابعة قدرت بـ (50) وتشير هذه الدرجة إلى وجود مستوى شديد من إضطراب طيف التوحد .

• نتيجة مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد:

كما قامت الباحثة باستخراج درجات الحالة الرابعة على مقياس المشكلات السلوكية لإضطراب طيف التوحد ، وتحديد نوع المشكلة المراد تطبيق البرنامج عليها ، من خلال الإنتشار والتكرار الأكثر لتلك المشكلة . حيث تم ملاحظة سلوك الحالة الرابعة في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم لمدة 10 أيام متتالية في المركز والمنزل ، وإستخلصنا المشكلة السلوكية الأكثر تكرارا وانتشارا عند الحالة الرابعة هي مشكلة (بند)التصفيق باستمرار من بعد السلوكيات النمطية . والجدول التالي يوضح تكرار المشكلة السلوكية في 10 أيام .

جدول رقم (44) يوضح تكرار المشكلة السلوكية للحالة الرابعة لمدة 10 أيام

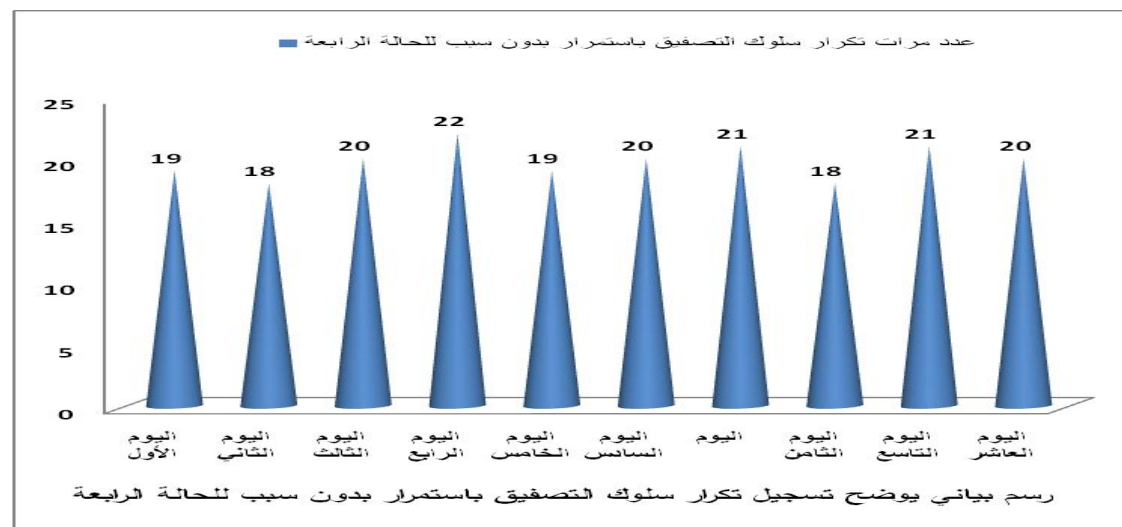
الأيام	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
تكرار المشكلة السلوكية (التصفيق باستمرار دون سبب)	19	18	20	22	19	20	21	18	21	20

بعدما حددنا المشكلة السلوكية المتمثلة في التصفيق باستمرار دون سبب للحالة الرابعة قمنا بتطبيق البرنامج التدريبي المتمثل في مجموعة من الخطوات لتعديل السلوك وفيما يلي عرض برنامج تعديل السلوك موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (45) يبين برنامج تعديل السلوك للحالة الرابعة

معلومات عامة عن الحالة											
الإسم و اللقب	ك. ح	الجنس	ذكر	التشخيص و درجة التوحد	إضطراب طيف توحد شديد						
تاريخ الميلاد	2008/10/18	مصدر المعلومات	الأم	اسم المركز	المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا-1						
العمر	10 سنوات	رقم الهاتف	/	تاريخ إعداد الخطة	2018/01/10						
تحديد السلوك المستهدف											
سلوك التصفيق باستمرار دون سبب											
تعريف السلوك المستهدف إجرائيا											
قيام الطفل بسلوك التصفيق بشكل مستمر ولفترات طويلة دون شعوره بالتعب أو الملل، وهذا يؤدي إلى صعوبة التعامل معه وهو من بعد السلوكيات النمطية											
قياس السلوك المستهدف											
• تسجيل تكرار السلوك: وهو تسجيل عدد المرات التي يحدث فيها السلوك (التصفيق باستمرار) في فترة زمنية مقدرة بـ (04) ساعات في اليوم ولمدة 10 أيام متتالية، نوضحه في الجدول التالي .											
جدول رقم (46) يوضح تسجيل تكرار السلوك التصفيق باستمرار قبل التدخل											
الأيام		اليوم الأول	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن	اليوم التاسع	اليوم العاشر
تكرار السلوك		19	18	20	22	19	20	21	18	21	20
عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار		19	18	20	22	19	20	21	18	21	20

✓ الرسم البياني :



رسم بياني رقم (19) يوضح عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار قبل تطبيق البرنامج

التحليل الوظيفي للسلوك

المثيرات القبلية للسلوك : عندما يشعر بالقلق والتوتر والفراغ والسعادة لبقائه لوحده ودون عمل أي نشاط أو مهمة (يشعر بفراغ) وكذلك في عندما يتواجد في الأماكن الضيقة خاصة في البيت وفي غرفة .

المثيرات البعدية (توابع السلوك): عقابه بتخويفه بعضا / نهرة والصراخ عليه / حبسه أي سجنه في غرفة لوحده وخاصة في أوقات الغذاء والعشاء

تصميم البرنامج

✓ معدل السلوك: الباحثة

✓ المشاركون و وظيفتهم في البرنامج : الباحثة / الأم / مربية المركز .

✓ تحديد الزمان و المكان لتطبيق البرنامج :

الباحثة في المركز: فترة وجودها في المركز وهي 03 ساعات صباحا وفي حال ظهور سلوك التصفيق باستمرار.

الأم في البيت: طول الوقت في حالة ظهور سلوك التصفيق باستمرار.

المدة : شهرين

✓ تحديد المعززات:

معززات غذائية: البطاطا المقلية ، السكر ، الموز.

معززات مادية : اللعب بالأوراق.

معززات نشاطية و إجتماعية :الحضن والعناق

✓ تحديد إجراءات خفض المشكلة السلوكية (أساليب تعديل السلوك) :

التعزيز/الإشباع/التلقيح/الإخفاء /الإقصاء

✓ تحديد نوع جداول التعزيز (متصل / متقطع):

متصل وبعدها متقطع

✓ المعززات و العقاب في حال فشل الإجراءات السابقة:

المعززات : عمل يوم ترفيهي مفتوح في الهواء الطلق ، عمل نشاط السباحة.

العقاب: الإقصاء حرمانه من النشاط الترفيهي، منعه من عمل نشاط السباحة .

✓ مبررات تعديل السلوك لهذه الحالة:

-سلوك يعيق عملية التدريب والتعلم

-سلوك مزعج جدا وغير مقبول إجتماعيا

-تعيب الأسرة من سلوكه وخوفهم من استمراره طول الحياة و أصبح يهدد استقرار الأسرة .

تنفيذ البرنامج

✓ الهدف العام :

تخلص الحالة من سلوك التصفيق باستمرار في المواقف التي يكون فيها .

✓ الهدف الفرعي:

أن تقلل من سلوك التصفيق باستمرار في المنزل والمركز خلال 04 ساعات بأن تتعلم الحالة سلوكيات بديلة للتعبير عن حالة الفرح والقلق والضيق.

✓ الطريقة:

- 1 تقوم بإشغال وقت فراغ الطفل بأشغال و أنشطة يدوية مثل تشكيل بالعجين و اللعب بالماء و الرمل أو الصلصال.
- 2 -نتركه فترة محددة بالوقت يقوم بالتصفيق المتواصل أي (الاشباع) وعند الإشارة بالتوقف يتوقف.
- 3 تظينه بواسطة مسك يده وتتبع الخطوط على الرمل تكون الخطوط واضحة ومتنوعة بمساعدة جسدية ولفظية وبعدها نسحب (إخفاء)المساعدة تدريجيا بتركه يقوم بالنشاط لوحده إن اتقن النشاط.
- 4 منع سلوك التصفيق نهائيا عندما يكون يقوم بالأشغال والأنشطة بإمساك يده وإعادتها للنشاط مع قول كلمة " توقف".
- 5 تظينه لعبة الحبل و النط عليه لإشغال يديه الإثنين وكذلك مسك الكرة .
- 6 تقديم لها المساعدة اللفظية والجسدية لنشاطات التلوين والخريشة أو الرسم والمطابقة وطي الورق.
- 7 تقديم المعزز فوريا وبشكل متواصل في البداية أي بعد كل مرة يتوقف فيها عن التصفيق ويقوم بالنشاط المطلوب وينجح فيه. وبعد أن يتم ضبط السلوك نستخدم التعزيز المتقطع حتى يتوقف السلوك غير المرغوب نهائيا. التعزيز يكون مادي أو إجتماعي.

✓ الأدوات المستخدمة:

*الرمل ، الصلصال ، الماء ،العجينة ،كرة، حبل ،أقلام ألوان ، أوراق بيضاء.

✓ مدة التطبيق : شهرين

تقييم فعالية برنامج العلاج

ويأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها :

✓ رأي ولي أمر الطفل وملاحظاته:

رأت أم الطفل أن هناك تحسن ملحوظ في سلوك ابنها أي قل السلوك مقارنة بما كان ، مع وجود بعض الكلمات التي بدأ يقولها .

✓ رأي مربية الطفل في المركز وملاحظاته:

مربية المركز رأت أن الحالة أصبح يستجيب للتعليمات وسلوك التصنيف قل مقارنة بالسابق،بالإضافة إلى تحسن بسيط في اللغة بمعنى تكرار بعض الكلمات التي تقال له ،مع وجود تواصل بصري ملحوظ في الأنشطة المقدمة له.

✓ ملاحظة الباحثة:

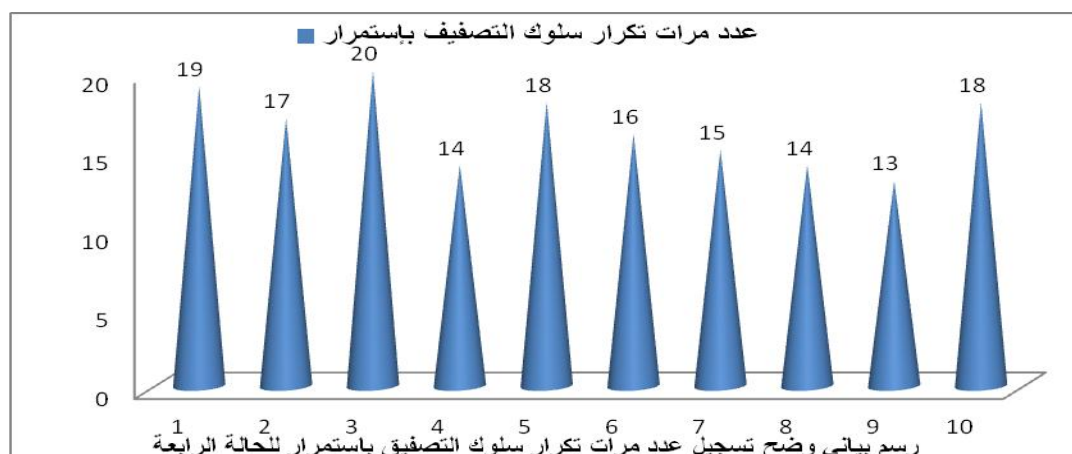
رأت الباحثة أن هناك انخفاض واضح في سلوك التصنيف بإستمرار في المركز ، مع تحسن ملحوظ في بعض السلوكيات الأخرى كالإنتباه والتواصل البصري .

✓ جدول القياس السلوك بعد التدخل:

جدول رقم (48) يوضح تسجيل تكرار السلوك التصنيف بإستمرار للحالة الرابعة بعد التدخل

اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	اليوم	الأيام تكرار السلوك
اليوم العاشر	اليوم التاسع	اليوم الثامن	اليوم السابع	اليوم السادس	اليوم الخامس	اليوم الرابع	اليوم الثالث	اليوم الثاني	اليوم الأول	عدد مرات تكرار سلوك التصنيف بإستمرار
18	13	14	15	16	18	14	20	17	19	

✓ الرسم البياني :



رسم بياني رقم (20) يوضح عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار بعد تطبيق البرنامج

تلخيص النتائج و كتابة التقرير

• سابعا / تلخيص النتائج و كتابة التقرير :

الحالة (ح ك) ذكر عمره 10 سنوات يعاني من اضطراب طيف التوحد شديد بدون إعاقات مصاحبة ، لديه مشكلة التصفيق باستمرار دون سبب ولفترات طويلة عندما يشعر بالقلق والتوتر والفراغ والسعادة لبقائه لوحده ودون عمل أي نشاط أو مهمة (يشعر بفراغ) وكذلك في عندما يتواجد في الأماكن الضيقة خاصة في البيت وفي غرفة ،حيث تم قياس قبلي لهذا السلوك في فترات متتابة باستخدام بطاقة ملاحظة للمشكلات السلوكية التي تم من خلالها تحديد السلوك الأكثر تكرارا عند الحالة ، وبعد تطبيق البرنامج تم التوصل للسلوك المرغوب فيه هو التقليل أو التخفيف من التصفيق باستمرار دون سبب في المنزل وكل الأماكن التي يذهب إليها، ومن جهة أخرى استبداله بوسائل التواصل غير اللفظية للتعبير عن فرحه وغضبه ،والسيطرة على الحركة العشوائية بطريقة هادئة .أما مبررات تطبيق برنامج تعديل السلوك هو سلوك يعيق عملية التدريب والتعلم ، وأنه سلوك مزعج جدا و غير مقبول إجتماعيا ، كما أنه متعب للأسرة وخوفهم من استمراره طول الحياة وأصبح يهدد استقرار الأسرة .، ودامت مدة التدريب شهرين متتالين .

✓ عرض نتائج التقييم ما قبل القياس و ما بعد القياس:

* أصبح سلوك التصفيق أقل مقارنة بالسابق.

* أصبح ينتبه و يقوم بالنشاطات المقدمة لها من طرف المربية و حتى في المنزل لكن بعد الإصرار.

* أصبح ينفذ التعليمات من حين لآخر ويلعب مع إخوته في البيت لكن سرعان ما يمل ويتوقف عن اللعب وأصبح يجلس معهم في طاولة الغذاء والعشاء بأقل هدوء ولا يزعجون منه.

✓ التوصيات للأطراف المشاركة في البرنامج :

* متابعة الحالة على نفس الخطة و الإستمرار بها للوصول إلى إختفاء السلوك نهائيا.

* التنويع في استخدام التعزيز وتقليل العقاب

* لا بد من تنمية المهارات اللغوية للحالة بتدخل الأخصائي الأروطوني

* تكثيف الجلسات التدريبية في المركز من أجل تنمية باقي المهارات الحياتية الأساسية.

* إضافة تدخل علاجي آخر وهو التكامل الحسي لمعالجة المشكلات الحسية لديه .

✓ الخلاصة :

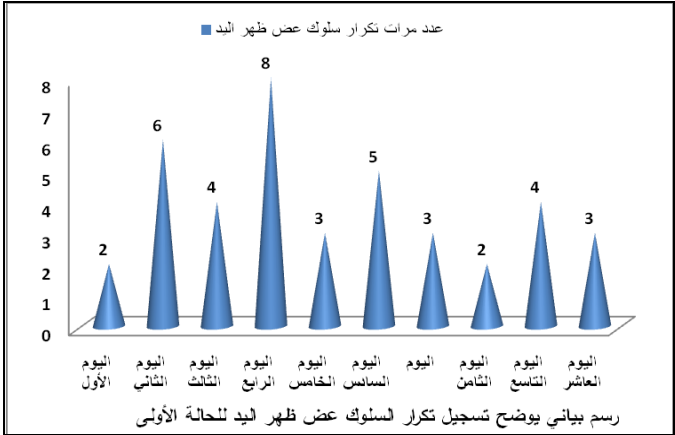
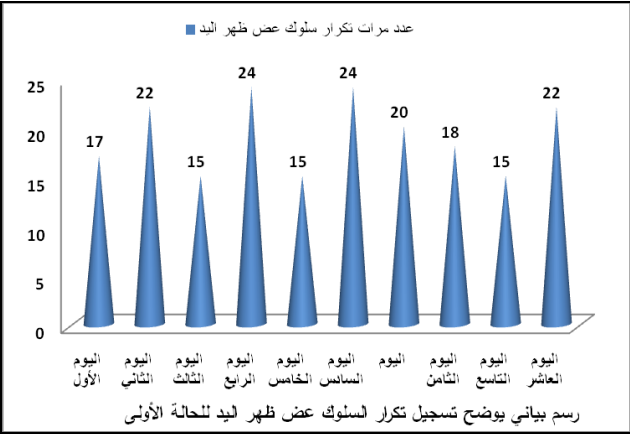
تم إنخفاض السلوك غير المرغوب (التصفيق بإستمرار دون سبب) ، وقد أصبح الحالة أقل إفراط في الحركة والتصفيق بشكل ملحوظ ، وأكثر استجابة للتعليمات المطلوبة منه ، مع وجود تواصل بصري وتفاعل إجتماعي ملحوظ وخاصة مع أخوته .

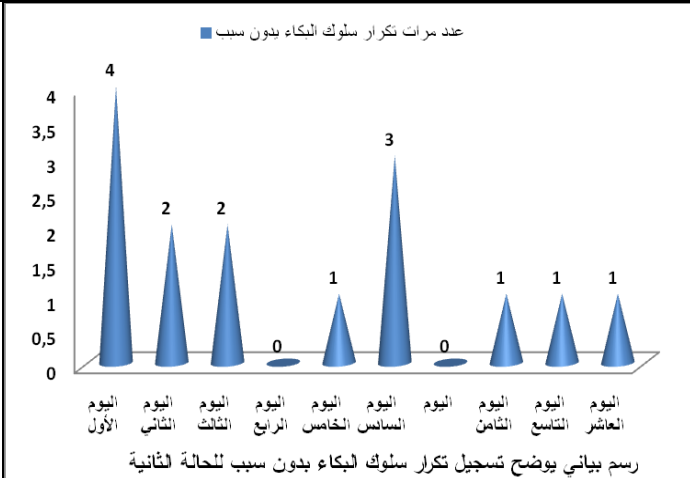
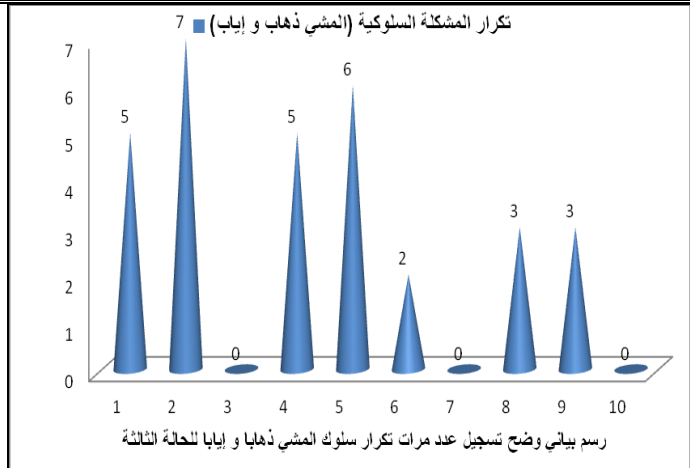
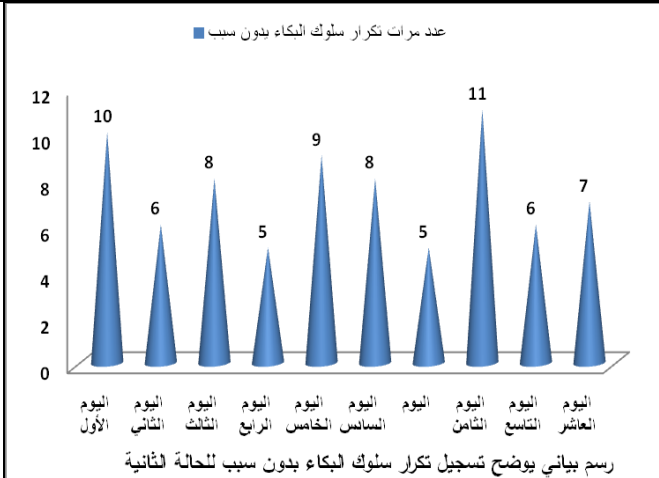
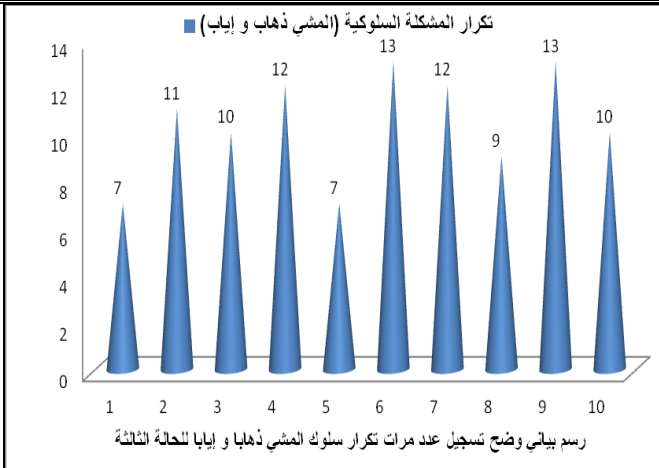
➤ خلاصة الحالة الرابعة

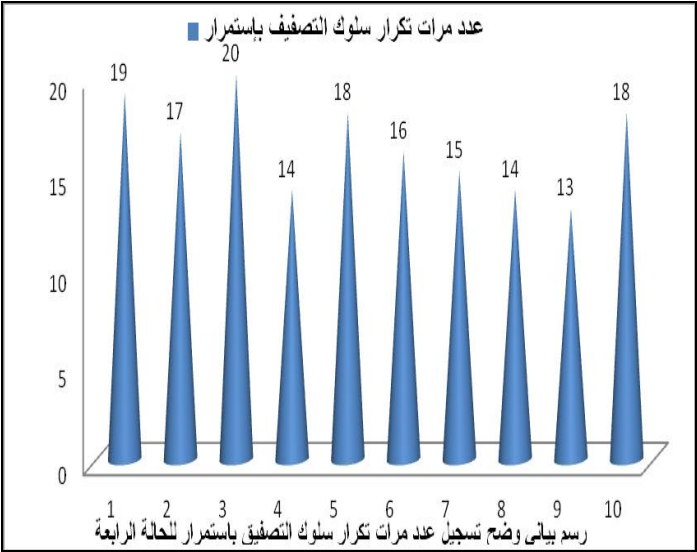
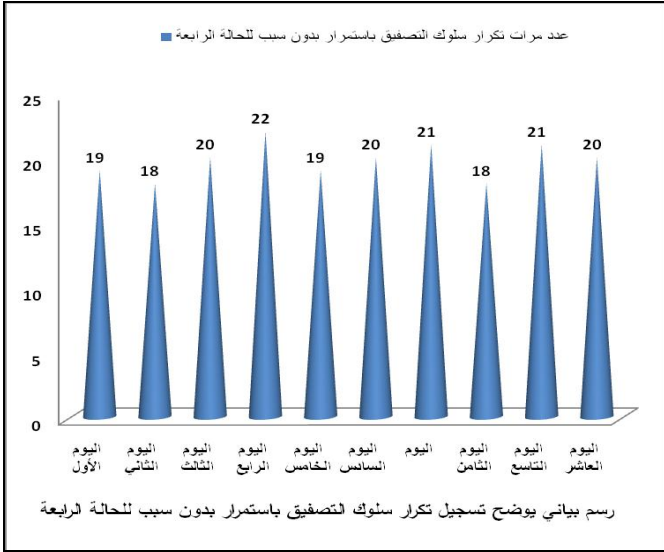
من خلال ملاحظات الأم و المربية و الباحثة على الحالة الرابعة التي بينت تحسنا طفيف ملحوظ بتراجع بسيط لسلوك التصفيق بإستمرار، هذا ما وضحه الفرق في الرسمين البيانيين رقم (19) ورقم (20) في القياسين القبلي والبعدي على سلوك التصفيق بإستمرار ، وعليه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك التصفيق بإستمرار لدى الحالة الرابعة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

بناء على الفرضية الثانية التي نصت على أنه : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة "، ومن خلال عرض نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالات الأولى ، الثانية ، والثالثة ، والرابعة ، وعليه فالفرضية الثانية تحققت والتي نصت على أنه : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة " يمكن تلخيص نتائج القياسين القبلي والبعدي لدى الحالات الأربعة أفراد عينة الدراسة ، بعد تطبيق البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل السلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وفق الجدول التالي:

جدول رقم (48) يوضح تلخيص نتائج الفرضية الثانية للقياسين القبلي والبعدي للحالات عينة الدراسة

نتائج بطاقة الملاحظة		الاختبارات	نتائج اختبار
قياس قبلي	قياس بعدي	الحالات	(CARS-2)
الحالة الأولى		معالجة النتائج	
 عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد رسم بياني يوضح تسجيل تكرار السلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى		48.5	الحالة الأولى
 عدد مرات تكرار سلوك عض ظهر اليد رسم بياني يوضح تسجيل تكرار السلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى			

معالجة نتائج		الحالة الثانية	
44.5	الحالة الثانية	عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب  رسم بياني يوضح تسجيل تكرار سلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية	
معالجة نتائج		الحالة الثالثة	
41	الحالة الثالثة	تكرار المشكلة السلوكية (المشي ذهاب و إياب)  رسم بياني يوضح تسجيل عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهاباً وإياباً للحالة الثالثة	
44.5	الحالة الثانية	عدد مرات تكرار سلوك البكاء بدون سبب  رسم بياني يوضح تسجيل تكرار سلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية	
41	الحالة الثالثة	تكرار المشكلة السلوكية (المشي ذهاب و إياب)  رسم بياني يوضح تسجيل عدد مرات تكرار سلوك المشي ذهاباً وإياباً للحالة الثالثة	

الحالة الرابعة	معالجة نتائج																																												
 عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار <table border="1"> <thead> <tr> <th>يوم</th> <th>عدد مرات تكرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>19</td></tr> <tr><td>2</td><td>17</td></tr> <tr><td>3</td><td>20</td></tr> <tr><td>4</td><td>14</td></tr> <tr><td>5</td><td>18</td></tr> <tr><td>6</td><td>16</td></tr> <tr><td>7</td><td>15</td></tr> <tr><td>8</td><td>14</td></tr> <tr><td>9</td><td>13</td></tr> <tr><td>10</td><td>18</td></tr> </tbody> </table>	يوم	عدد مرات تكرار	1	19	2	17	3	20	4	14	5	18	6	16	7	15	8	14	9	13	10	18	 عدد مرات تكرار سلوك التصفيق باستمرار بدون سبب للحالة الرابعة <table border="1"> <thead> <tr> <th>يوم</th> <th>عدد مرات تكرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>اليوم الأول</td><td>19</td></tr> <tr><td>اليوم الثاني</td><td>18</td></tr> <tr><td>اليوم الثالث</td><td>20</td></tr> <tr><td>اليوم الرابع</td><td>22</td></tr> <tr><td>اليوم الخامس</td><td>19</td></tr> <tr><td>اليوم السادس</td><td>20</td></tr> <tr><td>اليوم السابع</td><td>21</td></tr> <tr><td>اليوم الثامن</td><td>18</td></tr> <tr><td>اليوم التاسع</td><td>21</td></tr> <tr><td>اليوم العاشر</td><td>20</td></tr> </tbody> </table> 50 الحالة الرابعة	يوم	عدد مرات تكرار	اليوم الأول	19	اليوم الثاني	18	اليوم الثالث	20	اليوم الرابع	22	اليوم الخامس	19	اليوم السادس	20	اليوم السابع	21	اليوم الثامن	18	اليوم التاسع	21	اليوم العاشر	20
يوم	عدد مرات تكرار																																												
1	19																																												
2	17																																												
3	20																																												
4	14																																												
5	18																																												
6	16																																												
7	15																																												
8	14																																												
9	13																																												
10	18																																												
يوم	عدد مرات تكرار																																												
اليوم الأول	19																																												
اليوم الثاني	18																																												
اليوم الثالث	20																																												
اليوم الرابع	22																																												
اليوم الخامس	19																																												
اليوم السادس	20																																												
اليوم السابع	21																																												
اليوم الثامن	18																																												
اليوم التاسع	21																																												
اليوم العاشر	20																																												

خلاصة الفصل :

توصلت نتائج المعالجات الإحصائية لبيانات الفرضيات المقترحة في الدراسة الحالية إلى:

- نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بنسب متفاوتة
- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

و قد تم التوصل لهذه النتيجة من خلال عرض نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالات التالية:

- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك عض ظهر اليد لدى الحالة الأولى من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك البكاء بدون سبب لدى الحالة الثانية من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك المشي ذهابا وإيابا لدى الحالة الثالثة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك التصفيق بإستمرار دون سبب لدى الحالة الرابعة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.

وسيتم مناقشة وتفسير النتائج المحصل عليها في ضوء الدراسات السابقة وهذا ما سيتناوله الفصل الموالي.

الفصل السادس :مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

-تمهيد

1- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى

2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية

الاستنتاج العام

المقترحات

تمهيد:

بعد تطرقنا لعرض النتائج في الفصل السابق سنتناول في هذا الفصل تحليلها ومناقشتها تبعا للدراسات السابقة والإطار النظري.

1- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (27) الخاصة بمعالجة بيانات الفرضية الأولى التي تنص على أنه « نتوقع وجود مشكلات سلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة بنسب متفاوتة » ، وقد تحقق هذا الفرض بصورة واضحة ، حيث انتهت نتائجها إلى أن انتشار المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تميز بالتقارب بين البعد الثاني (السلوكيات العدوانية) والبعد الثالث (السلوكيات النمطية)، وتفاوت مع البعد الثالث (سلوكيات إيذاء الذات). ويستخلص من هذه النتيجة أن المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد موجودة بنسب متفاوتة .

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة "الجوهرة" (2007) التي هدفت إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى المراهقين التوحديين ومدى شيوعها، من وجهة نظر كل من الوالدين والمعلمين والمعلمات . وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي: جاء ترتيب المشكلات السلوكية لدى المراهقين التوحديين من وجهة نظر الوالدين كما يلي: السلوك العدواني - السلوك الفوضوي - السلوك الجنسي - التواصل - التفاعل الاجتماعي. بينما جاء ترتيب المشكلات السلوكية من وجهة نظر المعلمين والمعلمات كما يلي: السلوك الفوضوي - السلوك العدواني - التواصل - التفاعل الاجتماعي - السلوك الجنسي. كما تتفق مع دراسة "شاهين" (2007) التي هدفت إلى معرفة المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا لدى الأطفال التوحديين وأساليب المعلمين في التعامل معها حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (85) معلم ومعلمة. وأظهرت نتائجها أن المشكلات الأكثر شيوعا هي المتعلقة بصعوبات التفاعل الاجتماعي والمشكلات المتعلقة بصعوبات الاستقلالية الذاتية، يليها المشكلات المتعلقة بالسلوك الروتيني، ثم المشكلات المتعلقة بالعدوان.

وكذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسة "الكبي" (2011) التي هدفت إلى التعرف على المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، وأظهرت النتائج إلى وجود العديد من المظاهر السلوكية عند أطفال التوحد ، من بينها السلوك العدواني.

و أيضا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها دراسة "أيمن سالم" (2014) التي هدفت إلى التعرف على الأداء التشخيصي الفارق على مقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية ، وكشفت النتائج على وجود اضطرابات السلوك وإيذاء الذات ، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمعدل أعلى من أقرانهم المعاقين فكريا .

ويمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها في أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تشيع وتظهر لديهم مشكلات سلوكية من خلال التعاريف والخصائص المشار إليه في الأدبيات النظرية ، وأن المشكلات السلوكية هي من بين أهم المشكلات الأساسية التي تعيق عملية التواصل والتعلم الفعال والتكيف مع المحيط الخارجي بالمقارنة مع الأطفال العاديين. هذا ما أشار إليه كل من (Fielding,1996) و (Koegel and Koegel) في تعريفهما للتوحد :بأنه اضطراب نمائي متعدد الأسباب، يؤدي إلى ظهور مجموعة من الخصائص مثل النقص في المهارات الاجتماعية والسلوك النمطي وإيذاء الذات، وتكون المشكلة الأساسية في التواصل الذي يعيق هؤلاء الأفراد بشكل أساسي.(شاهين،2007، 3)

وكما يظهر من الجدول رقم (27) أن السلوكيات النمطية احتلت المرتبة الأولى على حساب السلوكيات العدوانية وسلوكيات إيذاء الذات ، فقد تعزو للوقت الكبير الذي يستغرقه الوالدين في المنزل والأخصائيين والمربين في المراكز الخاصة للتقليل أو القضاء على هذه السلوكيات، والتي تحتاج وقت وجهد كبيرين وإستمرار وتكرار ومراجعة في تدريب المهارات المكتسبة وتعميمها ، إذ أن الطفل ذوي إضطراب طيف التوحد يبدأ تدريجيا بنسيان السلوكيات والمهارات المكتسبة في حالة عدم تكرارها بالشكل المستمر وتعميمها في المواقف المختلفة من حياته. وهو ما يتفق مع رأي "الزريقات" (2004) الذي أكد على أن «السلوك النمطي للطفل التوحدي يمكن أن يطفأ فيما لو تم استخدام تدريب لفترة زمنية ، وكلما كان عمر الطفل صغيرا يمكن أن يطفأ منه ذلك».

قد تعزو النتيجة الحالية إلى عمر الطفل كما جاء عند "الزريقات" (2004) «فكلما كان أصغر كما كان التكفل والعلاج والسيطرة على السلوكيات النمطية أسهل » .فكما هو ملاحظ أن عينة الدراسة الحالية أطفال كلهم من (06) سنوات فما فوق ، هذا حسب النظام الداخلي للمراكز الخاصة التي تستقبل وتتكفل بالأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ابتداء من سن (06) سنوات أي سن التمدرس ، وهو ما يؤخر نوعا ما عملية التكفل وتعديل السلوكيات النمطية والتي يكون قد تعود عليها الطفل ، ومن ثمة يصعب السيطرة عليها من طرف اولياء الأمور في البيت ، والمختصين والمربين في المراكز .

زد على ذلك قلة ساعات التدريب من قبل القائمين برعاية الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في المركز ، الذي يعادل 03 ساعات في الأسبوع وهو ضئيل جدا بالمقارنة مع برنامج التدخل المكثف لهم للوصول إلى نتيجة نوعية كافية لتعديل سلوكهم، وهو ما أوصى به "لوفاس" "Lovaas" (1987) في أول تطبيقه لبرنامج تحليل السلوك التطبيقي إذ أكد على أن يكون البرنامج مستمرا ومكثفا لتنمية المهارات الأساسية و تعديل السلوكيات غير مرغوبة قدرت بـ (40 ساعة أسبوعيا تشتمل التدريب المدرسة كل يوم دراسي . وفي هذا الصدد يشير فاروق وكمال (2013) إلى أن برنامج لوفاس Lovaas مبني على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات، ومعتمدة على النظرية الإشتراطية من خلال التعزيز المتزامن، ومحاولة ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة .(فاروق وكمال، 2013، 296)

بالإضافة إلى التدريب في البيت باقي ساعات اليوم .وهذا ما لم تستطيع الأمهات والأخصائيات توفيره للأطفال مما أدى للسلوكيات النمطية تكون في الصدارة . أما السلوكيات العدوانية التي احتلت المرتبة الثانية على حساب سلوكيات إيذاء الذات ، تعزو الباحثة النتيجة المتحصلة عليها كون الأطفال متواجدين في المراكز النفس-بيداغوجية وهم في إحتكاك مع الأطفال المعوقين ذهنيا التي يشيع لديهم هذا السلوك، وبالتالي قد يعتبره الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد سلوكا طبيعيا وعادي ، وهذا يجعلهم يمثلون لهذا السلوك ويسلكون على نحوه. إلا أنه لا يمكننا إهمال الدور الكبير الذي يلعبه كل من الوالدين والمربين والأخصائيين في متابعة ومعالجة السلوكيات العدوانية فور ظهورها على حساب السلوكيات الأخرى، ولأنها من السلوكيات التي يسهل التحكم فيها والقضاء عليها في وقت وجيز، باستخدام استراتيجيات فعالة تتبناها الأم والمربية ، والتي تعتمد على مبادئ النظرية السلوكية على رأسها مبدأ التعزيز الفوري للسلوك الإيجابي ، مما يؤدي إلى زيادة حدوث تلك الإستجابة مستقبلا. كما قد تعزو الباحثة النتيجة إلى حرص أولياء الأمور والأخصائيين و المربين لإبعاد الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد من مواقف الإحباط التي تثير العدوان ، والتي قد يتعرضون لها في البيت أو المراكز الخاصة.

في حين احتلت سلوكيات إيذاء الذات المرتبة الأخير والتي تشيع بنسبة صغيرة مقارنة بالسلوكيات النمطية ، والسلوكيات العدوانية ، فقد تعزو الباحثة النتيجة المتحصل عليها إلى خبرة الأخصائيين والمربين ومشاركة أولياء الأمور في التعامل مع هذه السلوكيات في المراكز الخاصة ، ولأن سلوكيات إيذاء الذات أولى السلوكيات التي يجب أن تراعى وتعالج حفاظا على سلامة وصحة الطفل بالدرجة الأولى ، ولأنها تسبب معاناة كبيرة للطفل وللمحيطين به في الحياة اليومية ، لدى يسعى كل القائمين برعاية أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد لبذل كل المجهودات وإيجاد أفضل البرامج منها البرامج السلوكية ، للقضاء على سلوكيات إيذاء الذات.

2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أنه « توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة» من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (48) الخاصة بالقياسين القبلي والبعدي للحالات عينة الدراسة أسفرت النتائج إلى أنه: يوجد فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك عض ظهر اليد للحالة الأولى من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وإن سلوك عض ظهر اليد من بعد سلوكيات إيذاء الذات التي إعتمدت عليها الدراسة الحالية . يوجد فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وإن سلوك البكاء بدون سبب من بعد السلوكيات العدوانية ، كما انتهت النتائج إلى أنه يوجد فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك الذهاب والإياب للحالة الثالثة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وإن سلوك المشي ذهاباً وإياباً من بعد السلوكيات النمطية. وأخيراً أوضحت النتائج إلى أنه يوجد فرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك التصفيق باستمرار لدى الحالة الرابعة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي، وأن سلوك التصفيق باستمرار من بعد السلوكيات النمطية.

وعليه يكمن مناقشة وتفسير النتائج إنطلاقاً من نتائج الحالات

بالنسبة للحالة الأولى:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الرسمين البيانيين رقم (13) ورقم (14) في القياسين القبلي والبعدي على سلوك عض ظهر اليد ، أنه " يوجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك عض ظهر اليد لدى الحالة الأولى من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي." وقد إتفقت هذه النتيجة مع دراسة " Creedon (1993) التي هدفت إلى تدريب مجموعة من الأطفال التوحديين على برامج التواصل بغرض تحسين مهاراتهم الإجتماعية والتخلص من بعض السلوكيات غير المقبولة إجتماعياً، مثل إيذاء الذات والعدوان، ومع نهاية البرنامج استطاع الأطفال تحديد السلوكيات غير المناسبة وقاموا بمساعدة بعضهم البعض ، كما إزداد نشاطهم الإجتماعي وحدث نقص واضح في سلوك إيذاء الذات من جانبهم.(البطانية، 2011، 308) وكذلك دراسة " عبد الله" (2004) التي هدفت إلى فحص فاعلية التعزيز التفاضلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين ، وكانت عينة الدراسة (31) طفل من لديهم السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات، فأشارت النتائج إلى أن جميع أفراد المجموعة التجريبية أظهروا تحسناً في السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات . (المصدر، 2015، 40)

ودراسة "عبد الموجود" (2009) المعنونة بفاعلية برنامج تدريبي لخفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحدين ، وانتهت نتائج الدراسة إلى وجود تحسن واضح في سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق البرنامج .

ودراسة "عبد الحميد كمال" (2016) التي هدفت للتعرف على فاعلية برنامج تدريبي قائم على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات وأثره في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض في سلوك إيذاء الذات وتحسين السلوك الاجتماعي .

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى استخدام استراتيجيات تعديل السلوك تتناسب مع طبيعة المشكلة السلوكية الواحدة وهي عض اليد التي استهدفتها الدراسة والتي تنتمي لبعد سلوكيات إيذاء الذات وهي (التعزيز التفاضلي، التجاهل، التلقين، الإخفاء، التوبيخ)، إضافة لدقة تطبيق الإستراتيجية، حيث أن استخدام استراتيجية التعزيز التفاضلي من الأساليب الفعالة في خفض السلوكيات غير المرغوبة ، هذا ما تؤكدته دراسة "رشيد" (2004) التي هدفت لفحص فاعلية التعزيز التفاضلي لخفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات ، وانتهت نتائجها للتحسن الواضح في سلوك إيذاء الذات.بالإضافة إلى استخدام استراتيجيتين (التلقين والإخفاء) وهما متلازمتان لإعطاء أفضل النتائج مع الأطفال والعمل بإستقلالية وشغل اليد من خلال الأنشطة المقدمة له في المركز والبيت مثل القص واللصق والرسم والتلوين ونشاط العجينة . في هذا الصدد تشير دراسة "بيليوس ورفاقه" "Pelios et al" (2003) أن استخدام استراتيجية التلقين والإخفاء كان فعالا في حث الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على العمل بإستقلالية .

وتعزو الباحثة هذه النتيجة للدور الفعال لأولياء الأمور وخاصة الأم التي شاركت في تطبيق البرنامج في البيت بكل حماس وإصرار ومتابعة ، من خلال عملية التكرار المستمرة للإستراتيجيات المستخدمة في البيت ، وإتساقها مع الأساليب المستخدمة في المركز، بغية السيطرة والتقليل من المشكلة عض اليد ، التي كانت تسبب أذى للطفل وإحراجا أمام العائلة وفي المناسبات العائلية والاجتماعية. باعتبار البيت أو المنزل هو البيئة الأولى الطبيعية للطفل والتي يقضي فيها معظم أوقاته ، مقارنة بالبيئة الثانية وهو المركز، هذا ما أكدته "هوسكينسم وفيريورغ" "Huskensm & Verburg" (2011) «أن تدريب الأسر على تقنيات تحليل السلوك التطبيقي ساعد في تحسين ظروف تفاعل الأسرة مع طفلها التوحدي» . كما ركزت الباحثة على متابعة الأم في تطبيقها للبرنامج من خلال استمارة المتابعة والواجبات المنزلية في شكل أنشطة المستمرة طيلة فترة تطبيق البرنامج ، مما ساعد على التحسن في أداء الأنشطة وقلل من ظهور المشكلة السلوكية. حيث يشير ريد وآخرون (Reed et al, 2007) في دراسته التي هدفت إلى معرفة فاعلية أنواع مختلفة من التدخلات السلوكية المنزلية المطبقة قبل الوصول للمعاهد الخاصة في بريطانيا ،أسفرت نتائج الدراسة إلى أن التدخلات السلوكية المنزلية كان لها أثر كبير في تطوير معدلات الذكاء للأطفال المشاركين التدخلات السلوكية المنزلية عموما.

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة لمجموعة من العوامل و هي : إستخدام أكثر من استراتيجية مع سلوك أو مشكلة سلوكية واحدة وفي نفس الوقت كاستخدام (التعزيز التفاضلي، التجاهل، التلقين، الإخفاء، التوبيخ) مما سهل وفي عملية إكتساب المهارات الأساسية والتخفيف من مشكلة عض اليد ،حيث أن التركيز على مشكلة واحدة قد يساهم في تحقيق نتائج أفضل .

وكذلك تعزو الباحثة هذه النتيجة لكفاءة وخبرة المربية والمختصين القائمين على تدريب وتأهيل الطفل من خلال عملية التكرار، والتزامها بمبادئ وتعليمات تطبيق البرنامج .هذا ما أكدته نتائج دراسة "كوجل وآخرون" "Koegel et al" (1987) أن التحسن المنتظم والملاحظ في سلوك الأطفال التوحديين يعتمد بالدرجة الكبيرة على مدى إتقان المعلمين لإجراءات تعديل السلوك. للإشارة فإن الحالة الأولى تم إدماجها في نادي السباحة مع الأطفال العاديين، بعدما تم السيطرة على بعض المشكلات السلوكية على رأسها عض ظهر اليد.

3 بالنسبة للحالة الثانية:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الرسمين البيانيين رقم (15) ورقم (16) للقياسين القبلي والبعدي على سلوك البكاء بدون سبب ، أنه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك البكاء بدون سبب لدى الحالة الثانية من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

تتفق هذه النتيجة ،مع دراسة سارة جولدبرج وأمير " Goldberg & Imber"(1980) بتقديم برنامج إرشادي لمعلم طفل توحدي عدواني في السادسة من عمره، وقد تضمن البرنامج أيضا العمل على تنمية مهارات الطفل الإجتماعية في سبيل خفض عدوانيته ،وتم استخدام فنيات الإستبعاد لجزأ من الوقت ،والتعزيز اللفظي والمادي حتى تم تعديل سلوكه العدواني غير المقبول ، وأوضحت النتائج أن الفنيات التي تم استخدامها خلال هذا البرنامج التدريبي قد أدت إلى حدوث نقص دال في عدوانية الطفل إلى جانب حدوث نقص تدريجي في سلوك عدم الطاعة من جانبه.(بخش، 2002، 8)

ودراسة "Giddan"(1990) إلى أهمية النشاطات اليومية الحياتية بإستخدام أسلوب التعزيز كبرنامج لتحسين التفاعل الإجتماعي مع الأسرة و الأقران، وهذا يساهم بشكل كبير في خفض السلوكيات غير المقبولة على رأسها العدوانية.

كما تتفق هذه النتيجة، مع دراسة "معمور" (1998) التي هدفت إلى التأكد من فاعلية برنامج سلوكي في التخفيف من حدة أعراض التوحد المتمثلة في كل من القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط وضعف الإنتباه ، وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين ،على عينة من الأطفال التوحيديين مكونة من (30) طفلا ملتحقين بمراكز الأمل بجدة ، وأوضحت النتائج إنخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط لديهم ، وازدياد مستوى الإنتباه ، وزادت علاقاتهم الإجتماعية مع الآخرين مما يدل على فاعلية البرنامج في هذا الإطار.(البطانية، 2011، 308)

وهو ما تتفق معه نتيجة الدراسة الحالية ، منها ما قام به "بخش" (2002) في دراسته التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج سلوكي تدريبي على عينة من الأطفال التوحدين لتنمية مهارات تفاعلهم الإجتماعي وخفض سلوكهم العدوانى ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض السلوك العدوانى لدى عينة الدراسة .

وترجع الباحثة النتيجة هذه النتيجة إلى الإستخدام المناسب لإستراتيجيات تعديل السلوك المستخدمة في الدراسة الحالية هي (الإطفاء ، التعزيز التفاضلي، التلقين ، الإخفاء) ، المناسبة لطبيعة المشكلة السلوكية وهي البكاء بدون سبب ، والتي تنتمي لبعد السلوكيات العدوانية ، ولهذه الإستراتيجيات فاعلية عالية مع الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في حال استخدمت بالشكل الصحيح ،حيث أن إستخدام التجاهل في كثير من جوانب السلوك المزعجة سيؤدي إلى إختفائها تدريجيا ،أي إطفاء السلوك بواسطة التجاهل ، وهنا يشير "ماركوس ورفاقه" "Marcus et al (2001) أن استخدام الإطفاء كان له الدور الأكبر في خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال المعوقين عموما . في حين استخدام التعزيز التفاضلي للسلوك البديل وهو تقديم المعزز في حالة عدم البكاء ، مقابل تجاهل سلوك البكاء ، مما جعل سلوك البكاء بنطفي في حالة عدم تعزيزه. حيث يشير "جيدان" "Giddan (1990) إلى أهمية النشاطات اليومية الحياتية بإستخدام أسلوب التعزيز كبرنامج لتحسين التفاعل الإجتماعي مع الأسرة و الأقران، وهذا يساهم بشكل كبير في خفض السلوكيات غير المقبولة على رأسها العدوانية.

وقد استخدمنا استراتيجية الإطفاء مع مشكلة البكاء بدون سبب تحت شروط معينة ، أهمها أن يكون السلوك لا يترتب على استمرارها أضرار كبيرة للطفل ،أو لجذب الإنتباه كما هو الحال مع سلوك البكاء بدون سبب. ولذلك إنخفض سلوك البكاء كما هو موضح في المخطط البياني رقم (16) ، اما استخدام الاستراتيجيتين التلقين والإخفاء بمساعدة الأم في المنزل والمربية أو الباحثة بالمركز في النشاطات اليدوية الفنية والرياضية متمثلة في التلوين ، التشكيل بالعجينة ،القص ، واللعب بالكرة ، والتي كان لها الأثر الكبير واستخدمت كمعزز لأداء المهمات أو الأنشطة والقيام بالسلوك المرغوب فيه . كذلك قيام الباحثة بجدولة الأنشطة وتجزئتها حسب المهمات المطلوبة في البيت والمركز تفاديا للملل والإحباط الذي قد يقع فيه كل هذا ساعد الطفل على شغل اليدين والذهن والعمل باستقلالية بعيدا عن سلوك البكاء بدون سبب.

في هذا الصدد يشير "محمد الحلي" (2012) أن ممارسة النشاط الرياضي في شكل ألعاب له أثر كبير وإيجابي من السلوكيات العدوانية ،لا سيما شغل اليدين والذهن بنشاط هادف على شكل ألعاب، مما قد يخلق روح المتعة وتقبل النشاط أو اللعبة وتنفيذها، وبالتالي امتصاص إنفعالاته وتوجيهها بشكل صحيح ، لنصل في الأخير التخفيف من السلوك العدوانى.

كما قد تعزو النتيجة الحالية وهي إنخفاض سلوك البكاء بدون سبب للحالة الثانية إلى الدور الفعال الذي لعبته الأسرة وخاصة الوالدين (الأب والأم) في هذه الحالة ، في مشاركتها في تطبيق البرنامج وحرصهما الشديد على اكتساب مهارات إجتماعية جديدة ، والتخفيف من المشكلات السلوكية على رأسها مشكلة البكاء من خلال عملية التكرار . حيث كشفت نتائج دراسة شينكوف وسيغل " Sheinkopf & Siegel (1998) أن العلاج السلوكي المنزلي المقدم من قبل الأسر لمعالجة الفتية التوحديين سجل أعله النتائج في مجال تعديل السلوك الخاصة بالسلوكيات الفوضوية . (نسب 2013، 73) إضافة إلى ما سبق دعم القائمين على تطبيق البرنامج في المركز من أخصائيين ومربيين والتزامهم بمبادئ وقوانين تطبيق برنامج تعديل السلوك ودقة استخدام الإستراتيجيات وتكرارها وإتساقها مع البيت والمركز ، مما جعل التفاعل بينهم وبين الحالة الثانية سهلة من حيث التدريب والتعامل مع الطفل . كما قد تعود النتيجة المحققة مع الحالة الثانية لإستخدام حزمة من استراتيجيات تعديل السلوك مع السلوك أو المشكلة الواحدة بغية الوصول لأفضل النتائج.

4 بالنسبة للحالة الثالثة:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الرسمين البيانيين رقم (17) ورقم (18) للقياسين القبلي والبعدي على سلوك المشي ذهابا وإيابا ، أنه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك المشي ذهابا وإيابا دون سبب لدى الحالة الثالثة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

إنفقت هذه النتيجة مع دراسة "عبد الله" (2004) التي هدفت إلى فحص فاعلية التعزيز التفاضلي والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، فأشارت النتائج إلى أن جميع أفراد المجموعة التجريبية أظهروا تحسنا في السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات. (المصدر، 2015، 40)

ودراسة "الخطيب وبحراوي" (2007) التي هدفت إلى معرفة برنامج سلوكي يعتمد على التعزيز التفاضلي لغياب السلوك والتصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين عقليا وأظهرت النتائج أن البرنامج السلوكي المعتمد على التعزيز التفاضلي لغياب السلوك والتصحيح الزائد قد عمل على خفض السلوك النمطي لدى المجموعة التجريبية. (الخطيب وصحراوي، 2007، 13) وكذلك إنفقت مع دراسة "نسب" (2013) التي هدفت للكشف عن فاعلية برنامج تدريب سلوكي بمشاركة الأمهات في خفض المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، وأوضحت النتائج ان البرنامج التدريبي السلوكي حقق نتيجة حاسمة في إكساب الأطفال العديد من المهارات الإجتماعية ومهارات الإستقلالية الذاتية ، وفي الحد من السلوكيات الروتينية والفوضوية والنمطية لديهم ، ومحافظة أطفالهم على هذه المهارات المكتسبة بمرور الوقت. (نسب، 2013، 166)

وكذا دراسة "صبري" (2016) التي هدفت للكشف عن فاعلية برنامج أنشطة فنية تشكيلية للحد من السلوكيات النمطية لدى عينة من الأطفال الذاتويين ، اسفرت النتائج على أن البرنامج باستخدام الأنشطة الفنية التشكيلية مع استخدام التدعيم الإيجابي أدى إلى خفض السلوك النمطي التكراري للأطفال الذاتويين.(صبري، 2016، 141)

وترجع الباحثة النتيجة السابقة لاستخدام استراتيجيات تتناسب مع طبيعة المشكلة السلوكية المستهدفة وهي سلوك الذهاب والإياب المنتمية لبعد السلوكيات النمطية،وهذه الإستراتيجيات هي (التعزيز، التصحيح الزائد، التلقين، الإخفاء) ، حيث استخدم التعزيز الذي يعتبر من أهم المبادئ التي يستند إليها ميدان تعديل السلوك ، في التخفيف من سلوك الذهاب والإياب بواسطة تقديم في كل مرة مكافئة وهي المعزز تم تحديد مسبقا مع الأم وذلك عند القيام بالنشاط المطلوب ، مراعين بذلك شروط استخدام التعزيز حتى يكون ذا فاعلية . في حين استخدام استراتيجية التصحيح الزائد في شكل ألعاب رياضية وحركية محبة للحالة (كالقفز ولعبة الترامبولين ولعبة الحبل والركض) ب تكرارها عدة مرات في المركز والبيت ، إذ يعتبر اللعب من الحاجات الأساسية لنمو شخصية كل طفل ،وفي هذا الصدد يشير "الخوالدة"(2007) « أن الطفل يتعلم من خلال اللعب قواعد و السلوك السليم » . فمن خلال اللعب يمكن من تصريف كل طاقة الطفل بالشكل الصحيح والمفيد وخاصة إذا كانت في شكل جماعة الأطفال،مع تعزيز السلوك الجيد في كل مرة.هذه الإستراتيجية التصحيح الزائد أثبتت فاعليتها مع الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، ففي دراسة لـ"روزينثال" " Rosenthal et al (1997) رأى أن «استخدام التصحيح الزائد كان فعالا في خفض السلوك النمطي لدى مجموعة من المراهقين يعانون التوحد» ، حيث قدمت للحالة الثالثة في شكل تقنية علاجية باللعب ، والتي نتج عنها التقليل من سلوك الذهاب والإياب،هذا ما أكدته نتائج دراسة "بن سعد وكمال" (2016) أن تقنية العلاج باللعب حسنت من المهارة الحركية العضلية لدى الأطفال التوحديين.

أما استراتيجيتي التلقين والإخفاء فقد ساهمتا كثيرا في التقليل من سلوك الذهاب والإياب كما وضحه نتائج المخطط البياني رقم (18) ، من خلال الأنشطة الفنية واليدوية المتمثلة في(الرسم والتلوين والعجينة والقص واللصق) ، والتي يمكن من خلالها شغل يد الحالة بإنشغاله بالنشاطات والمهام المطلوب القيام بها سواء من طرف الأخصائية أو المربية في المركز أو الأم في المنزل .

وتعزو الباحثة النتيجة المتحصل عليها إلى حزمة أو مجموعة من الإستراتيجيات السابقة الذكر مع المشكلة الواحدة باعتبار كل طفل حالة خاصة ،مما ساهم في تطبيق البرنامج بدقة والتنفيذ الدقيق للخطوات الأساسية له، وبالتالي تحقق الهدف المطلوب وهو التخفيف من مشكلة الذهاب والإياب الموجود في بعد السلوكيات النمطية .

كما قد تعزو النتيجة الحالية وهي إنخفاض سلوك الذهاب والإياب للحالة الثالثة إلى مشاركة أولياء الأمور و بالأخص الأم في تطبيق كافة إجراءات البرنامج وحرصهما الشديد على اكتساب مهارات تكيفية جديدة ، والتخفيف من المشكلات السلوكية على رأسها مشكلة الذهاب والإياب من خلال عملة التكرار . هذا ما أشار إليه "لوفاس" Lovaas (1987) في أول دراسة تجريبية له قام في جامعة لوس أنجلوس والتي استهدفت في العام الأول على التخفيف من سلوكيات تحفيز الذات والسلوك العدواني،الطلب اللفظي،التقليد،اللعب التكيفي وتعزيز تمديد العلاج ضمن العائلة ،أما في العام الثاني فقد ركز على تعليم اللغة التعبيرية والتفاعل مع الأقران، لتتوصل في نهاية الدراسة إلى دمج 47% من أطفال مجموعة التدخل السلوكي المكثف ضمن الأقسام العادية.(McEachin, Smith,1993 , 359)

للإشارة فإن الحالة الثالثة من بين الحالات التي أدمجت في الروضة مع الأطفال العاديين، نتيجة لتلقيها برنامج مكثف داخل الأسرة بالموازاة مع برنامج تعديل السلوك ، من خلال متابعة الأم في تطبيقها للبرنامج بتقييم استمارة المتابعة والواجبات المنزلية في شكل أنشطة مستمرة طيلة فترة تطبيق البرنامج وهذا ما قد ساهم بشكل كبير في تعميم المهارات المكتسبة والسلوك التكيفي في حياة الطفل اليومية. هذا ما أشارت إليه دراسة "شينكوف وسيغل" Sheinkopf & Siegel (1998)

إضافة إلى ما سبق دعم القائمين على تطبيق البرنامج في المركز من أخصائيين ومربين والتزامهم بمبادئ وقوانين تطبيق برنامج تعديل السلوك ودقة استخدام الإستراتيجيات وتكرارها وإتساقها مع البيت والمركز ، مما جعل التفاعل بينهم وبين الحالة الثالثة سهلة من حيث التدريب والتعامل مع الطفل، وحتى إدماجها في روضة مع أطفال عاديين .

5 بالنسبة للحالة الرابعة:

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الرسمين البيانيين رقم (19) ورقم (20) للقياسين القبلي والبعدي على سلوك التصفيق باستمرار ، أنه " توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في تكرار سلوك التصفيق باستمرار لدى الحالة الرابعة من اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي".

وقد إتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه كل من "داغستاني" (2011) في دراسته التي هدفت إلى بناء برنامج قائم على جداول الأنشطة المصورة لإكساب أطفال الروضة الذاتيين بمركز والددة الأمير فيصل بن فهد للتوحد فأشارت النتائج إلى تحسن سلوكياتهم النمطية ومهاراتهم الإجتماعية.

ودراسة ليكوايا وآخرون "Lequia et al (2012) التي هدفت للكشف عن مدى قدرة جداول النشاط في خفض السلوكيات الروتينية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، أسفرت النتائج خفض حدة السلوكيات الروتينية ، وضرورة استخدام أكثر من استراتيجية في آن واحد لضمان تحقيق النتائج الموجوة.

وكذلك اتفقت مع دراسة "الخفاجي" (2012) التي هدفت لإعداد برنامج حركي لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية الخاطئة لدى أطفال التوحد ، وكانت أهم النتائج أن البرنامج قد نجح في تقليل هذه الحركات الروتينية خلال فترة تنفيذ البرنامج.

وترجع الباحثة النتيجة السابقة لاستخدام استراتيجيات تتناسب مع طبيعة المشكلة السلوكية المستهدفة وهي سلوك التصفيق المنتمي لبعد السلوكيات النمطية، وهذتي الإستراتيجيات هي) التعزيز الإشباع ،التلقين الإخفاء ، التوبيخ) ، حيث استخدم العزير الذي يعتبر من أهم المبادئ التي يستند إليها ميدان تعديل السلوك ، في التخفيف من سلوك التصفيق المستمر بواسطة تقديم في كل مرة مكافئة وهي المعزز تم تحديد مسبقا مع الأم وذلك عند القيام بالنشاط المطلوب أو يقوم بالسلوكيات الإيجابية ، مراعين بذلك شروط استخدام التعزيز حتى يكون ذا فاعلية . في حين استخدام استراتيجية الإشباع في حث الطفل في كل مرة ان يقوم بسلوك التصفيق بصورة مستمرة ولفترة زمنية قصيرة ، أما استخدام التلقين والإخفاء في النشاطات اليدوية(العجين والرمل والصلصال والماء)، والتي يمكن من خلالها شغل يد الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد وانشغاله بالنشاطات التي يوم بأدائها مع الأم في البيت أو الباحثة أو المربية في المركز ، وبداية سحب المساعدة (التلقين) فور تمكن الطفل من النشاط (الإخفاء) ، مع التأكيد على ضرورة التعزيز الفوري لحظة ظهور سلوك إيجابي أو أداء مهمة ، وإيجاد وسيلة للتواصل معه للتعبير عن إحتياجاته وحالته الإنفعالية . ففي هذا السياق تشير "هناء الذهبي" (2010) أن « الأطفال التوحديين لا يستطيعون اللعب بطريقة بناءة وفاعلة فهم غالبا ما يمزقون أوراق الكتب وغيرها من الأشياء لذلك فالتراب والماء والطين الصناعي والأنشطة الرياضية هي أشياء تقل إثارة الطفل من هذا السلوك». أما استخدام استراتيجية التوبيخ في منع حركة التصفيق بمسك اليدين وقول كلمة "لا" أو "توقف" ومواصلة النشاط أو المهام المطلوب .قد تكون استخدام هذه الاستراتيجيات قلل مشكلة التصفيق باستمرار حيث ظهر التحسن الطفيف في الإلتزام بالتعليمات الموجه له وأداء الأنشطة ، وهو ما أظهرته نتائج المخطط البياني رقم (20) للحالة الرابعة .

وتعزو الباحثة النتيجة المتحصل عليها إلى حزمة أو مجموعة من الإستراتيجيات السابقة الذكر مع المشكلة الواحدة باعتبار كل طفل حالة خاصة ، مما ساهم في تطبيق البرنامج بدقة والتنفيذ الدقيق للخطوات الأساسية له، وبالتالي تحقق الهدف المطلوب وهو التخفيف من مشكلة التصفيق باستمرار الموجود في بعد السلوكيات النمطية .

كما قد تعزو النتيجة الحالية وهي إنخفاض سلوك التصفيق باستمرار للحالة الرابعة إلى المشاركة الوالدية وبالأخص الأم في تطبيق كافة إجراءات البرنامج وحرصهما الشديد على اكتساب مهارات تكميلية جديدة ، والتخفيف من المشكلات السلوكية على رأسها مشكلة التصفيق باستمرار، بالإضافة للواجبات المنزلية المقدمة والمتابعة والتقييم المستمرين لتطبيق البرنامج، والتي كان لها دور في التحسن الطفيف للحالة . وفي نفس السياق أثبتت دراسة (Sheinkopf , Siegel, 1998) فاعلية العلاج السلوكي المنزلي

الذي يستند على أساليب التي حددها لوفاس وزملاؤه (Lovaas et al,1981) من حيث الرفع من معدل الذكاء وتحسن الوظائف التكيفية والتخفيف من شدة الأعراض. (Sheinkopf , Siegel, 1998 ,15) إضافة إلى ما سبق دعم القائمين على تطبيق البرنامج في المركز من أخصائيين ومربين والتزامهم بمبادئ وقوانين تطبيق برنامج تعديل السلوك ودقة استخدام الإستراتيجيات ، مما جعل التفاعل بينهم وبين الحالة الرابعة سهلة من حيث التدريب والتعامل مع الطفل.

إن العمل التعاوني بين الأسرة والمراكز الخاصة أهمية كبيرة في نجاح أي برنامج مقدم للأطفال، و أفضل طريقة لضمان إحداث تغيرات إيجابية أو تعديل سلوك أطفالهم ، هذا ما دفعنا لإنشاء أفضل الإستراتيجيات لتعديل السلوك ، وبالتالي التخفيف من شدة ظهور المشكلات السلوكية عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وللإشارة فإن التحسن الطفيف الذي ظهر على الحالة الرابعة والموضح في المخطط البياني رقم (20) ، قد يرجع لكون الحالة يعاني من عدة مشكلات ليست سلوكية فحسب ، بل مشكلات حسية وانفعالية وحركية ، وخاصة الارتباط القوي المشكلة السلوكية بالاضطرابات الحسية ، حيث أثبتت دراسة "الكويتي وآخرون"(2013) أن «هناك ارتباط قوي بين الحركات النمطية والاضطرابات الحسية لدى الأطفال التوحديين» . مما جعلنا الوقت الكبير وجهد عال لتنمية المهارات والتخلص من المشكلات التي يعاني منها، كما أن الإستراتيجيات المطبقة تحتاج لوقت كبير حتى تصبح مواقف إعتيادية يومية عند الطفل وأسرته.

ومما سبق عرضه حول مناقشة وتفسير نتائج الحالات الأربعة ، ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم(48) الخاصة بمعالجة بيانات الفرضية الثانية للقياسين القبلي والبعدي لدى الحالات أفراد عينة الدراسة ، والتي نصت على أنه « توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة» قد تحققت، حيث انتهت نتائجها إلى أنه يوجد فرق القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة .

وعليه يظهر جليا فاعلية برنامج تدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة في تحقيق الأهداف التي وضع لأجلها ، ألا وهي تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، من خلال استخدام إجراءات تعديل السلوك للمشكلات السلوكية التي تظهر لديهم ، وهذه النتيجة تتفق مع معظم الدراسات التي استخدمت البرامج السلوكية في التخفيف من المشكلات السلوكية وتعديل السلوك ، ابتداء من أول دراسة تجريبية قام بها "لوفاس" "Lovass"(1987) والتي « ركزت أهدافها في العام الأول على تخفيف سلوكيات التحفيز الذاتي والسلوك العدواني، وتوصل في نهاية الدراسة إلى دمج 47% من أطفال مجموعة التدخل السلوكي المكثف ضمن أقسام عادية ». (McEachin et al,1993,359)

مرورا بدراسة كل من دراسة "عرنوس" (2008) والتي هدفت إلى التعرف على أثر برنامج مقترح في تعديل السلوك لخفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد، وقد أظهرت النتائج إلى فاعلية الإجراءات السلوكية في خفض الأنماط السلوكية . ودراسة "ماتسون وآخرون" (Matson et al) (2009) التي هدفت إلى الكشف عن أكثر الطرائق المستخدمة من قبل الأهل فاعلية في علاج اضطرابات طيف التوحد على اختلافها ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر الدراسات تحقيقا للنتائج مع الأطفال المشخصين ضمن أحد اضطرابات طيف التوحد هي التي اعتمدت على مبادئ تعديل السلوك ، حيث جاء تحليل السلوك التطبيقي في الدرجة الأولى من حيث إكتساب الأطفال مهارات التقليد ، والمهارات اللغوية الإستقبالية والإنتاجية، وفي الحد من السلوكيات غير المرغوبة لدى هؤلاء الأطفال .

وصولا إلى دراسة كل من "مصدر" (2015) التي هدفت للتعرف على فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد ، أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات أطفال التوحد وتعديل سلوكهم وخفض التوحد لديهم . ودراسة "النجادات والزريقات" (2016) التي استهدفت التعرف على فاعلية التدريب على التواصل الوظيفي في خفض السلوكيات غير المرغوب فيها وتنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في الأردن ، وقد أظهرت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض السلوكيات غير التكيفية في التعبير عن الإحتياجات وإستبدالها بسلوكيات إجتماعية مقبولة . كما تتفق كذلك الدراسة الحالية مع ما جاء في دراسة "رانيا عبد القوي" (2016) التي هدفت إلى التحقق من أثر برنامج تدريبي للمهارات الإجتماعية في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى عينة من الطالبات التوحيديات بمنطقة تبوك المملكة العربية السعودية ، وتوصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض المشكلات السلوكية . ودراسة "ناصر" (2018) التي هدفت لمعرفة أثر تحليل السلوك التطبيقي ABA في إكتساب بعض المهارات والتخفيف من حدة أعراض إضطراب طيف التوحد، توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في إكتساب المهارات (اللغة التعبيرية ، اللغة الإستقبالية ، التعبير العاطفي، التجاوب الإجتماعي الخصائص الحركية السلوكية والخصائص السلوكية اللفظية)، وكذا أثره في التخفيف من المشكلات السلوكية .

يستنتج من الدراسات أعلاه على أهمية البرامج والتدخلات السلوكية والتي تعتمد على أساليب تعديل السلوك في تنمية بعض المهارات الأساسية والتخفيف من شدة أعراض التوحد لدى الأطفال .

تعزو الباحثة نتائج الدراسة الحالية إلى أن استخدام أكثر من استراتيجية تعديل السلوك مع مشكلة سلوكية واحدة تشكل حزمة ، كما دعم البرنامج التدريبي مشاركة الأهالي والتي كان لها دور كبير في ذلك ، بالإضافة إلى تناسق الأساليب التعليمية المستخدمة منها إستراتيجيات تعديل السلوك في المراكز المتخصصة والبيت، تفاديا لمقاومة التغيير والتي تعتبر من الخصائص المميزة لأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد. زد على ذلك كفاءة الأمهات والمربية والمختصات إلترامهم بدقة ومعايير وطرق ملاحظة وقياس السلوك . هذا ما أكدته ريد و آخرون "Reed et al" (2007) أن « أهم النتائج المحققة مع الأطفال

كانت عائدة إلى استخدام تقنية التحليل الوظيفي للسلوك ، ومن تم استخدام حزمة متكاملة من تقنيات تعديل السلوك مع السلوك الواحد وليس الإكتفاء بتقنية دون غيرها» .

إن إعتبار كل طفل حالة خاصة وإعتماد البرنامج التدريبي على استراتيجيات تعديل السلوك، والتنفيذ الدقيق لخطوات البرنامج ، والتحكم الجيد بأنشطته وأدواته ، والتركيز على هدف واحد في الجلسة ، كل هذا قد ساهم في تحقيق الإستجابة وتثبيتها ، تم تعميمها في كل موافق الحياة اليومية، وذلك من خلال مشاركة أهالي الأطفال في البرنامج و تنفيذه ، والذي قد يعتبر أفضل طريقة لإحداث تغيرات إيجابية في سلوك الأطفال ، هذا ما أكدته "الخطيب" (2001) «أن مشاركة الأسرة في البرنامج سيفيدها في التعامل مع كافة أفرادها وليس طفلها المعوق وحسب » . إذ أن مشاركة الأسر تسهم بشكل كبير في تعميم الإستجابات المكتسبة الجديدة و المرغوبة في الحياة اليومية للطفل .

إن أغلب هذه الدراسات تناولت موضوع برامج تعديل السلوك على عينة من أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، ما عدا دراسة "الخطيب وبحراوي" (2007)، بإعتبار أن برامج تعديل السلوك لا يقتصر على أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد فقط بل يمنح للفئات ذوي الإحتياجات الخاصة فرص متساوية في عمليات التدريب و التعلم، لذلك جاءت النتائج بأن أغلب البرامج السلوكية التي تستخدم أساليب تعديل السلوك تكون فعالة في التخفيف من المشكلات السلوكية . وبذلك يمكن الإعتماد عليها في التفسير لأن النتائج متقاربة .

كما أن وجود هذه المشكلات عند الأطفال في مجال التدريب قد يحد من القدرة على التعلم والإستيعاب وإكتساب مهارات أساسية ، هذا ما أشار إليه " Lovaas , Newson and Hickman (1987) من أن السلوك النمطي يحد من القدرة على التعلم و بالتالي فإن كبه ينعكس إيجابا على الفرص المتاحة للتعلم .

إن البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي المقدم في هذا البحث لتعديل سلوك أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد تم تصميمه بناء على مراجعة برامج عالمية سبق وأن ثبتت فاعليتها في تدريب وتعديل سلوكيات الأطفال الناتجة عن المشكلات السلوكية ، مثل ما جاء في برنامج و دراسة "لوفاس" ، حيث أن استخدام أساليب تعديل السلوك بما يتناسب مع كل مشكلة سلوكية لدى كل طفل ذوي إضطراب طيف التوحد ، وكذا تدريب المربية وأمهاتهم على تطبيق هذا البرنامج في المنزل والمركز وكذلك الحث على المتابعة المستمرة من خلال استمارة المتابعة المطلوب إنجازها من الأهل والتي توضح مدى التحسن الحاصل من عدمه في تطبيق البرنامج المقدم .

إن البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي لتعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد استخدام استراتيجيات تعديل السلوك المناسبة للتخفيف من المشكلات السلوكية ،ومنها سلوكيات إيذاء الذات ، والسلوكيات العدوانية ، والسلوكيات النمطية ، فهذا البرنامج حقق أهدافه بدرجة عالية،واتضح أن هذه الأساليب المستخدمة في البرنامج التدريبي قابلة للتنفيذ في المراكز المتخصصة وفي البيت وحتى في المواقف الحياتية الطبيعية .

فقد لوحظ أن البرنامج التدريبي قد ساعد المختصات والمربية والأمهات ليس فقط في التخفيف من المشكلات السلوكية ، بل حتى في اكتساب وزيادة سلوكيات تكيفية كالإنتباه والتركيز والتواصل البصري. كما ينبغي الإشارة إلى أن أنواع أسلوب التعزيز المستخدمة قد تنوعت وشملت التعزيز الغذائي والتعزيز الاجتماعي والتعزيز النشاطي حسب الخصائص النمائية لكل طفل من أفراد العينة ، بالإضافة إلى الإجراءات التي تضمنها البرنامج التدريبي .

قد تعزو النتيجة التي حققها البرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أهمية التكرار في تعديل السلوك وإن كان يحتاج إلى وقت ،إلا أنه يؤثر بشكل مباشر على سلوك الطفل ذوي اضطراب التوحد، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال تكرار إجراءات تعديل السلوك من أجل التقليل من المشكلة السلوكية التي يعاني منها الطفل ،وخاصة بعد تعميم السلوكيات المرغوبة المكتسبة في كل المواقف الحياتية التي يتعرض لها .

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة "إيكسيت " Eikeseth et al (2002) والتي توصلت إلى ضعف البرامج السلوكية بضبط السلوكيات غير المرغوبة ومهارات العناية الذاتية. (Eikeseth et al 2002 , 49

يرجع سبب ضعف البرامج السلوكية في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى قلة عدد ساعات التدريب واختيار استراتيجيات غير مناسبة للسلوك غير مرغوب ،أو حتى عدم استجابة الطفل للتدريب نتيجة لتداخل المشكلات السلوكية مع المشكلات الأخرى .

تبقى هذه الدراسة الوحيدة في النتيجة التي توصلنا إليها - في حدود علم الباحثة - فأغلب الدراسات اتفقت في نتائجها مع الدراسة الحالية ، من خلال اثباتها أن للبرامج السلوكية أثر في تعديل سلوكيات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من مشكلات سلوكية. وتبقى نتيجة كل الدراسة في حدود العينة المدروسة، والمنهج المطبق، والأدوات المستخدمة، ومكان إجراء الدراسة.

وخلاصة لما تم عرضه يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى طبيعة ونوعية الأنشطة وأساليب تعديل السلوك التي تم تنسيقها وإعدادها تم تطبيقها ، وكذلك مراعاة الباحثة عند إختيار تلك الأنشطة والأساليب بحيث كانت ملهمة لمعظم جوانب المهارات التي يتدرب عليها الطفل ، بالإضافة إلى تحديد المشكلة السلوكية المراد تعديلها من بين الأبعاد التالية (سلوكيات إيذاء الذات ، السلوكيات العدوانية ، السلوكيات

النمطية)، وكذلك تصميم البرنامج بدقة بما يتناسب مع المشكلة السلوكية والالتزام بالخطوات الأساسية له ، وكذا مشاركة الأهل لتطبيق البرنامج كان له الأثر الكبير في التحسن الملحوظ ، بالإضافة إلى تطبيق البرنامج بشكل فردي على الأطفال و حتى عند تنفيذه للأنشطة يكون مع الأطفال الأسوياء ل يتيح له فرصة تعلم المهارات بشكل جيد ، ولهذا السبب لم يحقق لوفاس نتائج جيدة في بداية تطبيقه للبرامج لأنه كان يترك الأطفال بعد الجلسات في مراكز للتوحيدين ، واختلاطهم بهم أساء اكتسابهم للمهارات وتعديل سلوكهم .

الاستنتاج العام :

ويواجه الطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد من بعض المشكلات السلوكية ، والتي قد تعيق مسار نموهم النفسي والاجتماعي وقد تحد من قدراتهم على عملية التعلم الفعال، وقد تسبب إزعاجا للمحيطين به وقد تلحق به ضرر، لذا وجدت البرامج السلوكية التي تقلل أو تحد من هذه المشكلات. من هنا تكتسي أهمية هذه الدراسة التي سعت إلى التحقق من الأهداف المتمثلة في محاولة الكشف عن المشكلات السلوكية الموجودة لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المتواجدين في المراكز الخاصة، وكذا معرفة أثر برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة مايلي:

- انتشار المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تميز بالتقارب بين البعد الثالث (السلوكيات النمطية) والبعد الثاني (السلوكيات العدوانية)، وتفاوت مع البعد الأول (سلوكيات إيذاء الذات).

- توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة.

وبشكل عام أظهرت النتائج أن للبرنامج التدريبي القائم على تحليل السلوك التطبيقي فاعلية في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. و بشكل خاص و تفصيلا أثبتت النتائج عن وجود تفاوت في المشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمتمثلة في السلوكيات التالية (إيذاء الذات ، العدوانية ، السلوكيات النمطية)، بالنسبة للفرضية الأولى.

كما أكدت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المشكلات السلوكية التي ظهرت لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة، بالنسبة للفرضية الثانية من خلال التحسن الملحوظ الذي طرأ في الحالات عينة الدراسة من المشكلات السلوكية ، وتعزى لاستخدام المناسب لاستراتيجيات تعديل السلوك المختلفة المتبناة في الدراسة.

المقترحات:

وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسة الحالية يمكن إدراج جملة من المقترحات، منها ما هو موجه للأسرة كونها الخلية الأساسية الأولى التي يتكون و يتعلم فيها الطفل ، ومنها ما هو موجه للباحثين والمختصين والمتعاملين مع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وبالضبط ذوي إضطراب طيف التوحد ، من أجل التكفل الجيد بالأطفال نفسيا وإجتماعيا وتربويا . لضمان الإدماج الإجتماعي والمهني لاحقا، وقد تمثلت هذه المقترحات في :

- ضرورة استخدام جلسات برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعليم و تدريب أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.
- الاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال توفير لهم الخدمات اللازمة لهم في المراكز الخاصة.
- توعية كافة الأسر بسبل رعاية الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد وكيفية كيفية الحد من مشكلاتهم السلوكية عن طريق الكشف المبكر .
- ضرورة متابعة الأطفال بشكل فردي مع تحديد خصائص ومشكلات كل طفل ، بدء بالتشخيص المبكر.
- حث الأسرة على ضرورة مساعدة الأخصائي وإشراكهم في تطبيق كافة البرامج والجلسات العلاجية .
- ضرورة تدريب الأسر على طرق التعامل مع الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، من أجل تنمية تنمية مهاراتهم والتخفيف من مشكلاتهم السلوكية.
- الاهتمام الجيد بالبيئة المحيطة بطفل ذوي إضطراب التوحد من خلال توفير مواد تدريبية تعليمية مختصة بهم في المراكز الخاصة ،حتى يتسنى للمختص أو المربي التكفل وتطبيق البرامج العلاجية بشكل جيد .
- ضرورة توثيق وتوفير بيانات وإحصائيات حول إضطراب طيف التوحد، ليتسنى للباحثين والمهتمين في مجال التربية الخاصة الدراسة والبحث الجيد.
- ضرورة التكفل بأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد في سن مبكرة بداية من 03 سنوات ،لإعتبار ان البرنامج كلما بدأ بسن مبكرة كلما كانت النتائج أفضل.توظيف المختصين النفسانيين والمربين الخاصين في مجال التربية الخاصة (على دراية باضطراب طيف التوحد) لتنفيذ البرامج العلاجية والتأهيلية ، مع استمرار تكوينهم في دورات تدريبية لتشخيص حالات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتحديد المشكلات التي يعانون منها وعلاجها لتمكينهم من التعلم الفعال واكتساب مهارات حياتية.

- استغلال هذه البرامج في المراكز والمعاهد الخاصة بأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما فيما يخص الدراسات المقترحة فهي كالتالي :

- 1 - إجراء المزيد من الدراسات حول البرامج السلوكية وربطها بمتغيرات أخرى.
- 2 - إجراء دراسة فاعلية برنامج سلوكي في تنمية بعض المهارات الحياتية الأساسية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 3 - إجراء دراسة حول أثر برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية المهارات المعرفية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 4 - إجراء دراسة حول فاعلية برنامج قائم على التكامل الحسي في خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 5 - إجراء دراسة مقارنة في المشكلات السلوكية بين أطفال التوحد والمعاقين ذهنيا والعاديين.
- 6 - إجراء دراسات تركز على كيفية التخفيف من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الجزائر .
- 7 - إجراء دراسات تتعلق بأثر برامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية بعض المهارات منها المهارات التواصلية ، والإجتماعية ، والأكاديمية ، وغيرها.....

قائمة المراجع

المراجع العربية

1. القرآن الكريم.
2. أبو حطب فؤاد عثمان و صادق أمال (2002)، " علم النفس التربوي " ط2 ، مكتبة أنجلو المصرية ، مصر .
3. أبو جادو صالح محمد علي (2000) ، " علم النفس التربوي " ط2 ، دار المسيرة ، عمان .
4. أحمد السيد سليمان (2010)، " تعديل سلوك الأطفال التوحديين ، النظرية والتطبيق "، ط1 ، دار الكتاب الجامعي ، القاهرة .
5. أحمد عبد العزيز التميمي (2012)، " الصورة السعودية للقائمة المعدلة للكشف المبكر عن التوحد لدى الأطفال دون الثانية "، المجلة الدولية التربوية المتخصصة ، المجلد (1)، العدد (5).
6. أحمد بن سعد وبورزق كمال (2016)، "تقنية العلاج باللعب لدى الطفل التوحدي "، سلسلة المحاضرات العلمية ، مركز جيل البحث العلمي ، جامعة العربي بن مهيدي بالأغواط، الجزائر .
7. أحمد بن رزق الله الحارثي (1431)، "الحقيقية التدريجية طريقة (لوفاس) بإستخدام برنامج ABA تحليلي السلوك التطبيقي" ، جامعة الملك سعود كلية التربية ،تربية خاصة ، قسم الدراسات العليا ، السعودية.
8. أحمد عبد اللطيف أبو السعد (2014)، "تعديل السلوك الإنساني"، ط2، دار المسيرة، عمان ، الأردن.
9. أحمد مصطفى أحمد عز الدين (2016)، "فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات أطفال التوحد في مرحلة التدخل المبكر ، بحث تجريبي على أطفال التوحد بجمعية عذيرة للخدمات الإنسانية بالمملكة العربية السعودية" ، رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات العليا ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
10. أحلام رجب عبد الغفار (2003)، "الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة"، دار الفجر، القاهرة.
11. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، (2011) ، " التوحد الأسباب -التشخيص - العلاج "، ط1 ، دار المسيرة ، عمان .
12. أسامة فاروق مصطفى والسيد كامل الشربيني (2011)، "سمات التوحد"، ط1، دار المسيرة،الأردن
13. أسامه محمد البطاينة و هاني أحمد عرنوس (2011) ، "أثر برنامج تعديل سلوك مقترح في خفض أنماط سلوكية لدى أطفال التوحد " ،مجلة العلوم التربوية و النفسية ،المجلد (12) ، العدد(3).
14. أسامة فاروق مصطفى (2012) ، " مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية " ، ط2 ، دار المسيرة ، عمان.
15. أريج بنت على بن عبد الله السلامة (2014) ، " نموذج إفتراضي لتصميم برنامج تربوي فردي في مجال صعوبات التعلم " ، قسم التربية الخاصة "، كلية التربية جامعة الملك سعود ، السعودية .

16. أمل ظافر الشهراني (ب س)، "المشكلات السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، الأسباب وطرق التدخل " ،كلية التربية جامعة الملك عبد العزيز ،السعودية.
17. أميرة طه بخش (2002)، "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين"، كلية التربية ، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
18. أمين على الكويتي وخولة يحيى والسيد الخميسي (2013)، "العلاقة بين الحركات النمطية والاضطرابات الحسية لدى الأطفال التوحديين " ، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية ، المجلد الأول ، العدد(3).
19. إبراهيم عبد الستار وآخرون (1993) ، " العلاج السلوكي للطفل، أساليب ونماذج من حالاته "،مجلة سلسلة عالم المعرفة، العدد 180، الكويت .
20. إدجار دول (تقنين و تعريب) ،بندر عبد الناصر العتيبي (2004)،"صورة معدلة ومنقحة لمقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي " ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .
21. أيمن سالم عبد الله حسن (2014) ،"الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي الإعاقة الفكرية ، دراسة تشخيصية " ،كلية التربية و الآداب ، جامعة الحدود الشمالية ، المملكة العربية السعودية .
22. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004) ، " التوحد : الخصائص والعلاج " ،ب ط، دار المسيرة ،عمان، الأردن.
23. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات(2007) ، " تعديل سلوك الأطفال والمراهقين ، المفاهيم والتطبيقات " ، ط1، دار الفكر ،عمان، الأردن.
24. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010)،"التوحد ، السلوك والتشخيص والعلاج " ، ط1،دار وائل، عمان.
25. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2016)،"التوحد ، السلوك والتشخيص والعلاج " ، ط1،دار وائل، عمان.
26. إبراهيم القار (2005) ،"طرق تدريس الحاسوب "،دار الفكر، عمان، الأردن .
27. إمام قزاز و فاروق الروسان (2010)،"بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية والعاديين"،مجلة دراسات العلوم التربوية ، المجلد 37، العدد (1).
28. الإمام محمد صالح وفؤاد عيد الجوالده (2011)،"التوحد رؤية الأهل والأخصائيين"،ط1،دار الثقافة ،عمان.

29. الإمام محمد صالح وفؤاد عيد الجوالده (2011)، "إضطرابات النمو الشامل"، ط1، دار الثقافة ،عمان.
30. الجابري محمد عبد الفتاح (2014)، "التوجهات الحديثة في تشخيص إضطراب طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة"، ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة ،الرؤى والتطلعات المستقبلية ، جامعة تبوك ، المملكة العربية السعودية.
31. الجبلي سوسن شاكر (2015)، "التوحد الطفولي، اسبابه - خصائصه - تشخيصه-علاجه" ، ب ط، دار ومؤسسة رسلان،سوريا دمشق.
32. الجوهرة بنت عبد الله عبد الواحد (1433) ، " المشكلات السلوكية لدى المراهقين التوحديين من وجهة نظر كل من الوالدين و المعلمين و المعلمات في مدينة الرياض " ، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية العلوم الإجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.
33. الخفش سهام (2005)، "الخصائص والمشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال التوحديين في الأردن وأساليب التعامل معها من قبل المعلمين والآباء " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان .
34. الخوالدة محمد محمود (2007)، "اللعب الشعبي عند الأطفال"، ط1، دار المسيرة ، الأردن.
35. الفرحاتي محمود ومرفت العدروس أبو العينين ونعيمة محمد المقدامي وفاطمة سعيد الطلى (2015)، "إضطراب التوحد، دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل" ، وحدة الإختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث.
36. الفرحاتي السيد محمود وفاطمة سعيد الطلى (2017)، "تشخيص ذاكرة الأطفال ذوي إضطرابات طيف التوحد في ضوء محكات تشخيص الإصدار الخامس للدليل الإحصائي الأمريكي" ، مجلة التربية الخاصة، المجلد الخامس ، العدد (18) ج1.
37. العزة سعيد الحسني وعبد الهادي جودة عزة (1999) ، " نظريات الإرشاد والعلاج النفسي " ، ط1، دار الثقافة ، عمان ،الأردن.
38. الوكيل شيماء (2012)، "فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات الأمهات للتعامل مع أطفالهن التوحديين و خفض بعض سلوكياتهم المضطربة " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية، جامعة عين شمس.
39. باسمة سليمان شاهين (2007)، "المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديين و أساليب المعلمين في التعامل معها في الجمهورية العربية السورية"، رسالة ماجستير غير منشورة في التربية الخاصة ، كلية التربية ، جامعة دمشق .
40. بطرس حافظ بطرس (2008)، " المشكلات النفسية و علاجها " ، ط1، دار المسيرة ، الأردن.
41. بطرس حافظ بطرس (2009)، "طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا و إنفعاليا " ، ب ط، دار المسيرة.

42. بلقيس إسماعيل داغستاني (2011)، "استخدام جداول الأنشطة المصورة مدخلا لإكساب بعض المهارات الحياتية لدى أطفال الروضة الذاتويين"، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات ، العدد(22).
43. بهاء الدين جلال (2015) ، "برنامج مهارات و فنيات تعديل السلوك " ،مركز هيلب وبوب وجمعية التوعية والتأهيل الإجتماعي ،www.help-curriculum.com.
44. تامر فرج سهيل (2015)،"التوحد ، التعريف ، الأسباب ، التشخيص و العلاج " ، ط1 ، دار الإعمار العلمي ، عمان .
45. جمال محمد الخطيب (2001) ،"تعديل سلوك الأطفال المعوقين ، دليل الآباء و المعلمين"، ب ط ،دار حنين ، عمان ، الأردن.
46. جمال محمد الخطيب (2003) ، " تعديل السلوك الإنساني دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والإجتماعية" ،ط1، مكتبة الفلاح ، الكويت.
47. جمال محمد الخطيب و عاطف عبد الله بحراوي (2007) " فاعلية برنامج سلوكي في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتدريب" ، الجامعة الأردنية ، دراسات العلوم التربوية ، المجلد 34 ، العدد1.
48. جمال محمد الخطيب (2013)،"أسس التربية الخاصة" ، ط1، مكتبة المتنبي ، المملكة العربية السعودية.
49. جمال محمد الخطيب (2014) ، " تعديل السلوك الإنساني" ، ط 7 ، دار الفكر، عمان .
50. جمال محمد الخطيب (2017)،"تحليل السلوك التطبيقي"، ط1، دار الشروق، عمان.
51. جمال محمد الخطيب وآخرون (2013)،"مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة"، ط6، دار الفكر، عمان.
52. جمال خلف المقابلة (2016)،"إضطراب طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية " ، ط1 ، دار يافا العلمية عمان.
53. حسين متروك النجادات وإبراهيم عبد الله الزريقات (2016)،"فاعلية بالتدريب على التواصل الوظيفي في خفض السلوكيات غير المرغوب فيها و تنمية المهارات الإجتماعية لدى أطفال التوحد في الأردن"، دراسات العلوم التربوية ، المجلد43 ، الملحق 01.
54. حسن مصطفى عبد المعطي (2001)،" الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " ، ط1، دار النهضة القاهرة.
55. حمدي عبد الله عبد العظيم (2013)،"برامج تعديل السلوك ، مجموعة برامج عملية و نماذج تطبيقية" ، ط1، مكتبة أولاد الشيخ للتراث، الجيزة.

56. حنان عبد الرحمن السرحان (ب س)، "الحقيبة التدريبية — مهارات تسجيل سلوك الملاحظة المباشرة"، جامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية .
57. خالد بوعافية (2014)، "فاعلية برنامج معلوماتي في الكشف عن اضطراب التقمص الوجداني للملامح الوجهية لدى الأطفال ذوي تناذر أسبرجر"، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية ، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر .
58. خولة أحمد يحي (2003) ، "الاضطرابات السلوكية والإنفعالية"، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
59. ديوبولد فان دالين ، ترجمة محمد نوفل وآخرون (1997)، "مناهج البحث في التربية وعلم النفس"، ط7 ، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
60. رائد الخليل العبادي (2006)، "التوحد"، ط1 ، مكتبة المجتمع العربي ، الأردن .
61. راشد محمد الشنطي وعودة عبد الجواد أبو سنيينة (1989)، " طرق دراسة الطفولة"، ب ط ، الدار الأهلية ، عمان .
62. رانيا الصاوي عبده عبد القوي (2016)، "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض بعض المشكلات السلوكية لدى الطالبات التوحيديات بالمرحلة الابتدائية بمنطقة تبوك العربية السعودية"، مجلة الدراسات التربوية والنفسية ، العدد 03 ، المجلد 10، جامعة السلطان قابوس.
63. رشيد وخالد (2004)، "فاعلية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحيدين"، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا ، الأردن.
64. رياض سعد (2008)، "الطفل التوحيدي، أسرار الطفل التوحيدي و كيف نتعامل معه"، ب ط ، دار النشر للجامعات ، القاهرة.
65. زيتون و كمال عبد الحميد (2004) ، "منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي"، ب ط ، عالم الكتب ، القاهرة ..
66. سامي ملحم (2000) ، "مناهج البحث في التربية و علم النفس"، ط1، دار المسيرة، الأردن.
67. سوسن شاكر مجيد (2010) ، " التوحد أسبابه ، خصائصه،تشخيصه ، علاجه"، ط2، ديونو ، عمان، الأردن.
68. سهى أحمد أمين نصر (2002)، "الإتصال اللغوي للطفل التوحيدي ، التشخيص -البرامج العلاجية"، ط1، درا الفكر.
69. سيد علي أحمد وسالم أحمد محمد (2005)، "التقويم في المنظومة التربوي"، ط2 ، مكتبة الرشد ، الرياض.

70. سيد الجارحي (2005)، "فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحدين في خفض سلوكياتهم المضطربة"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
71. شبيب عادل (2008)، "ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء"، رسالة ماجستير غير منشورة، بريطانيا، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح.
72. صالح قاسم حسين و طارق علي (1998)، "الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية"، ط1، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
73. صبري عبد المحسن الحبشي (2016)، "فاعلية برنامج أنشطة فنية تشكيلية للحد من السلوكيات النمطية لدى عينة من الأطفال الذاتيين"، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.
74. صبري عبد المحسن الحبشي و السيد مصطفى راغب الأقرع (2017)، "مقياس السلوك النمطي لذوي طيف التوحد"، ب ط، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
75. طه عبد العظيم (2008)، "استراتيجيات تعديل السلوك للعائدين و ذوي الاحتياجات الخاصة"، ب ط، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.
76. عاكف عبد الله الخطيب (2011)، "نموذج مقترح لتطوير البرامج و الخدمات المقدمة لأطفال ذوي الإعاقة العقلية و اضطراب التوحد في مؤسسات و مراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير العالمية"، أطروحة الدكتوراه الفلسفة في التربية تخصص التربية الخاصة، كلية العلوم التربوية و النفسية جامعة عمان.
77. عبد الهادي وجودت عزت (2000)، "علم النفس التربوي"، ط1، دار العلمي، عمان، الأردن.
78. عبد الباقي سلوى محمد (2001)، "فن التعامل مع الطفل"، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.
79. عبد الله محمد قاسم (2001)، "طفل التوحدي أو الذاتوي: الانطواء حول الذات ومعالجته - اتجاهات حديثة"، ط1، دار الفكر، دمشق.
80. عبد العزيز الشخص (2013)، "مقياس تشخيص إضطراب التوحد للأطفال"، دليل المقياس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
81. سحر ربيع عبد الموجود (2009)، "فاعلية برنامج تدريبي لخفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحدين"، رسالة الماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس.
82. سها على الخفاجي (2012)، "أثر برنامج حركي مقترح لإطفاء بعض السلوكيات الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد"، مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، المجلد (12)، العدد (1).

83. عبد الحميد كمال (2016)، "فاعلية برنامج تدريبي قائم على مهارات إدارة الذات في الحد من سلوك إيذاء الذات و أثره في تحسين السلوك الإجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، المجلة التربوية ، العدد(45)،كلية التربية ، جامعة سوهاج.
84. عمر فندي الحمداني (2016)،"فاعلية برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر التدخل المبكر – مكعبات ملونة – مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية ، الإمارات.
85. عدنان أحمد الفسفوس (2011)،"المرجع البسيط في أساليب تعديل السلوك"، ط1 ، المكتبة الإلكترونية لأطفال الخليج ذوي الإحتياجات الخاصة www.gulfkids.com.
86. علي حسام محمد أحمد (2014)،"فاعلية برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين استجابات التواصل لدى أطفال التوحد"،رسالة الماجستير غير منشورة ، كلية التربية بقنا،جامعة جنوب الوادي.
87. غانم شوقي أحمد (2013)،"تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية و طرطوس -سورية 2013"، رسالة الماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة العربية الألمانية للعلوم و التكنولوجيا ، مدينة كولونيا.
88. فاورق الروسان(2000) ، " تعديل و بناء السلوك الإنساني "، ط1، دار الفكر ،عمان ، الأردن.
89. فتيحة سعيدة نواصر (2018)،"أثر تحليل السلوك التطبيقي ABA في إكتساب بعض المهارات والتخفيف من حدة أعراض اضطراب طيف التوحد"، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، جامعة عمار تليجي الأغواط .
90. فكري لطيف متولي(2015) ، " إستراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم " ، ط1، مكتبة الرشد ، الأردن.
91. فكري لطيف متولي و خالد غازي الدلبي (2017)،"دور الأجهزة الذكية في الإصابة باضطراب طيف التوحد "، مجلة التربية الخاصة،المجلد الخامس -العدد (18)ج2،كلية التربية بالدوامي ، جامعة شقراء.
92. فكري لطيف متولي و خالد غازي الدلبي (2017)،"دراسة الحالة لذوي الإحتياجات الخاصة "، ط1 ، درا الشروق، عمان.
93. فوزية محمدي(2011) ، " فاعلية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الإنتباه و تعديل صعوبة الكتابة " ،أطروحة الدكتوراه في علم النفس المدرسي ،منشورة، قسم العلوم الإجتماعية ،كلية العلوم الإنسانية ، جامعة قاصدي مرباح ،ورقلة.
94. فوزية الجلامدة عبد الله (2016)،"المشكلات السلوكية النفسية و التربوية لدى ذوي الإحتياجات الخاصة – المفهوم ،الأسباب ،أساليب التغلب عليها "، ط1،دار المسيرة ، عمان ،الأردن.

95. فوزية الجلامدة عبد الله (2016)، "قياس و تشخيص إضطرابات طيف التوحد، في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM-4/DSM-5"، ط2، دار المسيرة ، عمان ،الأردن.
96. قحطان أحمد الظاهر(2004) ، " صعوبات التعلم " ،ط1، دار النشر و التوزيع ، عمان، الأردن .
97. كوثر القواسمة (2011)،"أثر برنامج تدخل مبكر في تحسين المهارات الأساسية لدى أطفال التوحد"،رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات ، الأردن.
98. لانا هارون عثمان أبو زيتونة (2014)، "فاعلية الصورة الأردنية من مقياس تقدير التوحد الطفولي - الطبعة الثانية (CARS2) في قياس و تشخيص حالات التوحد في عينة أردنية " ، رسالة تكميلية لنيل درجة الدكتوراه في التربية الخاصة ،الجامعة الأردنية ، الأردن .
99. لمياء بيومي عبد الحميد (2008)،" فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين"، رسالة الدكتوراه غير منشورة ،كلية التربية بالعريش،جامعة قناة السويس
100. لويس كامل مليكة(1994) ، " العلاج السلوكي و تعديل السلوك " ،ط1، دار الشروق ،عمان.
101. ليلي يوسف كريم المرسومي (2011)،"فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الإنتباه و فرط النشاط الحركي "، رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية التربية جامعة تغز .
102. ماجدة السيد (2015)،"الإضطرابات السلوكية "، ط1 ، دار صفاء ، عمان .
103. محسن محمود أحمد الكيكي (2011)،" المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم و أمهاتهم"، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية،المجلد 11،العدد 1، العراق.
104. محمد أحمد خطاب(2005) ،"سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي" ط 1 ، دار الثقافة، عمان.
105. محمد جاسم محمد الحلي (2012)،" تأثير ممارسة النشاط الرياضي في تخفيف السلوك العدواني الصفي للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد متوسط الشدة "، مجلة علوم التربية الرياضية ، العدد الثاني ، المجلد الخامس.
106. محمد محروس الشناوي(1996) ، " العملية الإرشادية " ،ط1، دار غريب ، القاهرة ،مصر .
107. محمد بن خلف الحسيني الشمري (2007) ، " تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية " ، رسالة الماجستير منشورة في التربية الخاصة كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية .
108. محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده (2010)،"التوحد و نظرية العقل "،ط1،دار الثقافة،عمان .
109. محمد نوري القمش و خليلي عبد الرحمان المعاينة(2007) ، " الإضطرابات السلوكية والإنفعالية " ،ط1، دار المسيرة ، الأردن.
110. جيد سوسن شاكر (2010)،"التوحد : أسبابه ،خصائصه ،تشخيصه ،علاجه" ، ط2 ، دار ديبونو،عمان ، الأردن.

111. مشيرة فتحي محمد (2014)، "الانتباه المشترك و المهارات الإجتماعية لدى الأطفال الذواتيين " ، ط1 ، مؤسسة طيبة ، القاهرة .
112. مصباح محمد أحمد قرني (2018)، "فاعلية برنامج تيتش (TEACCH) في تنمية بعض المهارات الإستقلالية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، رسالة الماجستير غير منشورة ، كلية التربية للطفولة المبكرة ، جامعة القاهرة .
113. مصطفى أبو المجد سليمان مفضل و خالد سعد سيد محمد (ب س) ، "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين بمدينة قنا " ، المؤتمر السنوي الرابع ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .
114. مصطفى نوري القمش (2010)، "إضطرابات التوحد" ، ب ط ، دار المسيرة ، عمان .
115. مصطفى نوري القمش (2010)، " الإعاقات المتعددة " ، ب ط ، دار المسيرة ، عمان .
116. منى خليفة علي حسن (2004) ، " فعالية التدخل المبكر المكثف في تحسين السلوك التكيفي للأطفال التوحيديين باستخدام التحليل التطبيقي للسلوك " ، كلية التربية جامعة الزقازيق ، المكتبة الإلكترونية لأطفال الخليج ذوي الإحتياجات الخاصة www.gulfkids.com .
117. مونية قارني (2015) ، " تصميم برنامج معلوماتي لتقييم نتائج اختبارات رائز (ف ، هاموني) لدى الطفل الأصم " ، رسالة ماجستير في الأرطوفونيا ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية تخصص العلوم العصبية و العلاج المعلوماتي ، الجزائر .
118. نادية ابراهيم عبد القادر أبو السعود (2002) ، "فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ،رسالة دكتوراه،معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.
119. نايف بن عابد الزراع(2003) ، "بناء قائمة لتقدير السلوك التوحيدي على عينة سعودية" ،رسالة الماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن.
120. نايف بن عابد الزراع(2004) ، "قائمة تقدير السلوك التوحيدي" ، ط1، دار الفكر ، عمان ، الأردن.
121. نايف بن عابد الزراع (2008) ، "مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحيديين ودرجة إنطباقها على مراكز الأطفال التوحيديين في المملكة العربية السعودية" ،رسالة الدكتوراه غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ،الجامعة الأردنية.
122. نايف بن عابد الزراع(2017) ، "المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية و طرق التدخل" ، ط4، دار الفكر ، عمان ، الأردن.
123. نبيل عتروس (2010) ، "أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة و علاقتها ببعض المشكلات السلوكية " ، مجلة التواصل ، العدد (26).

124. نبيه إبراهيم إسماعيل (2009) ، " إشكالية الإضطرابات النفسية ، الإضطراب التوحيدي ، مفهومه و تشخيصه وعلاجه وكيفية التعامل معه " ، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية.
125. نور الدين شيبابي(ب ت)، "النشاطات التعليمية لأطفال التوحد " ، جروب أخصائي تخاطب، عماد السعدني. تاريخ الإطلاع 2017/08/29 على الساعة 14:51 <http://www.help-curriculum.com>
126. هالة إبراهيم محمد الجرواني ورحاب محمود صديق (2013)، "مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين"، ب ط ، دار الجامعة الجديدة ، الإسكندرية.
127. هناء مزعل الذهبي (2010)، " طفل التوحد ، كيف تتعرف عليه " ، جامعة بغداد ، مركز الدراسات التربوية للبحاث النفسية ، وحدة الإصدارات والمطبوعات ، العراق .
128. وفاء الشامي أ (2004) ، " خفايا التوحد : أشكاله ، أسبابه ، تشخيصه " ب ط ، مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.
129. وفاء الشامي ب (2004) ، " سمات التوحد : تطورها و كيفية التعامل معها " ب ط ، مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.
130. وفاء الشامي ج (2004) ، " علاج التوحد: الطرق التربوية و النفسية و الطبية " ب ط ، مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.
131. وسام نسيب منذر (2013)، " فاعلية برنامج تدريبي سلوكي بمشاركة الأمهات في خفض بعض المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، دراسة تجريبية في المراكز المتخصصة بالتوحد بمحافظة ريف دمشق " ، رسالة تكميلية لنيل درجة الدكتوراه في التربية الخاصة ، جامعة دمشق، سوريا .
132. ياسر بن محمود الفهد (2000)، "استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين و الكازين تساعد أطفال التوحد"، مجلة عالم الإعاقة ، العدد (15)، الرياض ، المملكة العربية السعودية.
133. يزيد عبد المهدي الغضاونة و وائل محمد الشorman (2013)، "بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة الطائف"، المجلة الدولية التربوية المتخصصة ، المجلد (02)، العدد (10) - تشرين الأول .

المراجع الأجنبية :

134. Albert Bandura : (1969), "Principles of behavior modification " ,New York ,Holt ,Rinehart and Winston.
135. American Psychiatry Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Texte Révision)**. Washington, DC: American Psychiatry Association.

136. American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)**. Washington DC: American Psychiatric Association.
137. American Psychiatric Association (2013).” **Desk Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-5**” , Arlington , V A 22209-390111 .
138. Al Ali; F. (2013): **Association between Autism and Iron Deficiency in Autistic Children in the Northern West Bank**, Master Theses, An-Najah National University, Nables, Palestine.
139. Baer, D, M,Wolf ,M,M,& Risley T,R(1987),” **Some still-current dimensions of applied behavioral analysis** ”,Journal of Applied Behavioral Analysis,20,313-327.
140. Baer, D, M,Wolf ,M,M,& Risley T,R(1987),” **Some current dimensions of applied behavioral analysis** ”,Journal of Applied Behavioral Analysis,1,91-97.
141. Benton, M., Hollis, C., Mahler, K & Womer, A. (2012),”**Destination Friendship: Developing Social Skills for Individuals with Autism Spectrum Disorders or other social challenges**”, AAPC Publishing. U.S.A.
142. Biklen, D. (2002),”**Communication unbound: Autism and proxis**”, Harvard Educational Review, Vol. (60), pp. 10-20.
143. Bondy, A., & Frost, L. (2001). **The Picture Exchange Communication System**. BEHAVIOR MODIFICATION,Vol.25.No 5, 725-744.
144. Bridget A.Taylor,(2000) "**l'analyse comportementale appliquée (ABA) pour le traitement des enfants autistes : mythes et faits**" .Alpine Learning Group. Montréal.
145. Campbell M,Kafantaris V ,Malone R ,Kowalik S ,(1991):”**Diagnostic and Assessment Issues Relation Pharmacology therapy for children and adolescent , Autism ,Behavior Modification**,Vol ,(15),No,(3),July pp,326-354.
146. Center for Disease Control and prevention,(2018)(CDC)”**Autism prevalence slightly higher in CDC’s ADDM Network**”
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
 تاريخ الإطلاع 2018/04/26 على الساعة 13:05
147. Cohen morries(1981) ,” **Development of language behavior in an autistic child using totale communication**” , exceptional children.47,n5.
148. Fatima Ait Khaldoun (2016) : “ **Autisme et scolarité :Ouverture de classes spéciales**“,Elwatan , le lundi 4 Avril 2016
<https://www.elwatan.com/actualite/Autisme-et-scolarite> .
 على الساعة تاريخ الإطلاع 2018/04/04 على الساعة 16:36

149. Fisher Wayne W , Rebecca A ,Groff, and Henry S , Roane (2011)"**Handbook of Applied Behavior Analysis, History ,Philosophy ,Principles , and Basic Methods**" (Eds),NY, Guilford Press .
150. Douglas Braaten,(2009), "**Autism: The Empathizing–Systemizing (E-S) Theory**". <http://onlinelibrary.wiley> 18:43 الساعة 01/03/2018 تاريخ الإطلاع.
151. Eikeseth,S,Smith ,T ,Jahr,E, & Eldevik , S (2002)" **Intensive behavioral treatment at school for 4-to 7-year-old children with autism :A1-year comparison controlled study** .Behavior Modification ,26, 49-68.
152. Gion.R & Mayers,(2004),"Caractéristiques of in Familiale Autism" , Moving Towards earlier educational of children with Autism.
153. Gilliam J.(2014)," **Gilliam Autism Rating Scale ,Third Edition(GARS-3)**, Retrieved from.
154. Grandin,t(2000),My Experiences with Visual Thinking ,Sensory Problems ,and Communication Difficulties.
<http://www.autism.org/temple/visual>.17:05 الساعة 2018/10/10 تاريخ الإطلاع.
155. Green V,Pituch K , Itchon J ,Choi A ,O'Rrilly M ,& Sigafos J ,(2006),"Internet survey of treatments used by parents of children with autism " ,Research in Developmental Disabilities , 27,70-84.
156. Huskensm ,B,Verburg ,M(2011),"An Applied Behavior Analysis Training Package in the Treatment of Autism. The Use of Principeles of Pivotal Response Treatment iv a Children Psychiatric Clinic" ,European-Psychiatry ,(1), p1835.
<http://www.sciencedirect.com>. 16:05 الساعة 2018/10/19 تاريخ الإطلاع.
157. Ingersoll and Booke. Renee (2003)" **Teaching children with autism to imitate using a naturalistic treatment approach: Effects on imitation, language, play, and social behaviors**". *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(12-B),6120.
<http://www.psycnet.apa.org/record> 16:30 الساعة 2018/08/27 تاريخ الإطلاع
158. Ivar Lovaas (1987),"**Behavioral Treatment Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autism Children**", Journal of Consulting and Clinical Psychology,vol 55 ,No 1,pp 3-9.
159. Janice ,E, Janzen ,M ,S,(2002),"**Understanding the Nature of Autism**" ,2nd Ed , UAS, Therapy Skill Builders.
160. Johnston,J M & Pennypacker,H ,S(1983) "**Strategies and tactics of for human behavioral research** " ,Journal of Applied Behavior Analysis , UNIVERSITY OF MASSACHUSETTS ,pp 461- 464.

161. Journal on Developmental Disabilities(JODD)(2008),”**The Use of Intensive Behavioural Intervention for Children With Autism**”,Vol 14, Number 2.
162. Johnny L. Matson (2009)”**Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders**” , Department of Psychology Louisiana State University Baton Rouge ,Springer New York Dordrecht Heidelberg London.
163. John E R Staddon J. E. R. Staddon and D. T. Cerutti(2003),” **OPERANT CONDITIONING**”, Department of Psychological and Brain Sciences, Duke University, Durham, North Carolina.
164. Johnston ,J,M & Pennypacker ,H,S(1981)”**Strategies and tactics of for human behavioral research**” ,Association for Behavior Analysis International (ABAI), Spring ,4(01), 61-68 .
165. Kanner,L (1943),” **Autistic disturbances of effective contact** “,Nervous Child ,2,117-250.
166. Kiln , Ami (2006) , **Autism and Asperger Syndrome** ,an overview , Revista Brasileira de Psiquiatria , 28 (1).
167. Kelly, Amanda, N. (2017). “**7 dimensions of applied behavior analysis**”.
<http://www.behaviorbabe.com/7dimensions.htm>
 تاريخ الإطلاع : 2018/07/05 على الساعة 20:30
168. Koegel, R. L., O’Dell, M. C., & Koegel, L. K.(1987),” **A natural language teaching paradigm for nonverbal autistic children**”, Journal of Autism and Developmental Disorders, 17(2), 187–200.
169. Lequia J, Machalicek W , Rispoli M J,(2012) “ **Effects of activity schedules on challenging behavior exhibited with autism spectrum disorders** ”,A systematic review ,Research in Autism Spectrum Disorders,(6) 480-492.
170. Lorna wing ,(1973),” **Short bcoklet describing autistic children and giving some practical advice**” , especially suitable for the child , London.
171. Lovaas, I., Newsom, C. and Hickman, C. (1987),” **Self stimulatory Behavior and Perceptual Reinforcement modification** “, Journal of Applied Behavior Analysis, (20),1: 45-68.
172. Martin G & Pear J (2010) “ **Behavior :What it is and how to do it**”,9th ed ,Englewood Cliffs ,N J ,Prentice –Hall.
173. Marcus,B,Vollmer ,T ,Swanson,V, Roana ,H,Rindahl ,J,(2001) “ **An experimental analysis of aggression** “,Behavior modification,25,189-213.
174. McEachin JJ, Smith T ,OI (1993) ,”**Long-term outcome f children with autism who reserved early intensive behavioral treatment** “,American Journal on Mental Retardation, vol.97,pp 359-372.

175. Mick , K. A (2005),” **Diagnosing Autism: Comparison of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) and the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)** “Unpublished Doctoral Dissertation, Wichita State University. <https://shop.acer.edu.au/acer-shop/group/GARS3>
تاريخ الإطلاع 2017/11/10 على الساعة 23:10
176. Ozonoff S ,Dawson,G.(2002): " **A Parent,s Guide To Asperger Syndrom And High – Functioning Autism** " , The Guilford Press, Inc.
177. Perko ,S ,McLaughlin,T(2002), **Autism :Caracterestics ,Causes And Some Educational Intervention**, International Journal of Special Education ,17,70-89.
178. Pelios,L,V ,MacDuff,G,S,Axelord,S(2003)”**The Effects of a Treatement Package in Establishing Independent Academic Work Skills in Children with Autism**”,Education and Treatement of Children,(26),16-27.
<http://eric.ed.gov> . تاريخ و ساعة الإطلاع 2018/10/18 على الساعة 20:15
179. Raymond G. Miltenberger,(2008),” **Behavior Modification: Principles and Procedures, Fourth Edition**“,Thomson Wadsworth, a part of The Thomso,University of South Florida.
180. Reed, F., Hirst, J., & Hyman, S.(2012),” **Assessment and treatment of stereotypic behavior in children with autism and other developmental disabilities**”, A thirty-year review. Research in Autism Spectrum Disorders. 6, 422-430.
181. Roeyers, H.(1995)."**A peer-mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a pervasive developmental disorder** " British Journal of Special Education,22(4), 161–164.
182. Ross Alan,O,(1981),"**Child behavior therapy ,Procedures and empirical basis**" ,New York John Wiley and Sons.
183. Rosenhall,A,M & Mithcell ,S (1997), “**The effects of exercise on the self-stimulatory behavior and Positive Responding of Adolescents with Autism**”,Journal of Autism and Developmental Disorder, 27,193-202 .
184. Schopler E,Riechler R, Devellis R,Daly K,(1980):”**Objective Classification of Childhood Autism:child Autism rating scale CARS**” ,J, of Autism Developmental Disorders, Vol(10),91-103.
185. Schopler Eric,(1982):”**Evolution inunderstanding and treatment Autism** ,Traingle, Vol(21),51-57.
186. Sheinkopf SJ , Siegel B, (1998)” **Home-Based Behavioral Treatment of Young Children With Autism**”,Journal of Autism and Developmental Disorders ,Vol 28,No ,1.

187. Schreibman Laura,(2000) “ **Intensive Behavioral/Psycho-educational Treatments for Autism:Research Needs and Future Directions**” ,Journal of Autism and developmental Disorders, vol, 30,No 5, pp373-378.
188. Scott Jack, Clark Claudia & Bradley Michael (2000),” **Student with autism Characteristics and instructional programming for special educators**”, California, San Diego: Singular Publishing Group.
189. Stone, W.L., & DiGeronimo, T.F. (2006). **Does my child have autism? A parent’s guide to early detection and intervention in autism spectrum disorders**. Jossey-Bass: San Francisco.
190. Strauss ,D, & Eyman,R,E(1996),”**Prediatooes of montality in children with severe mental retardation the Effect of placement**”, American Journal of Public Health ,vol(86),No(10),pp 1422-1430.
191. Tager-Flusberg ,H (1992),” **Autistic Children’s ,Talk About Psychological States: Deficits in the early Acquisition of Theory of Mind**”, Child Development,63,161-172.
192. Tsai , like (2000), “**Learn About Autism Ather Developmental Disabities**” , Vol . 15 Issue , p250 .
193. Vilayanur S.& Ramachandran and Lindsay M. Oberman , Broken Mirrors (2006),” **A Theory of Autism**”, SCIENTIFIC AMERICAN.
194. Walkur,H,M (1983),**Application of response cost in school settings** :Out comes ,Issues , and recommendations ,Exceptional Education Quarterly ,February ,47-55.
195. Whaley,C,(2002),”**Special Education Teachers “and Speech Therapist” Knowledge of Autism Spectrum Disorder**” ,Unpublished doctorat dissertation ,East Tennessee State University.
196. Whiteley P et al (2013),“ **Gluten- and casein-free dietary intervention for autism spectrum conditions**”, Front. Hum. Neuroscience.
<https://doi.org/10.3389/> تاريخ الإطلاع 2018/08/30 على الساعة 11:05
197. Wing ,L.Gould, J (1979),"**Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children**" , Epidemiology and classification , Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autismi.19:35> تاريخ الإطلاع 2017/06/30 على الساعة 19:35
198. Wolf, S. (2005),” **Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K.(Eds.) Companion to psychiatric Studies**”, London disciplines, Oxford :Pergamon Press.
199. World Health Organization, (2013)” **Autism Spectrum disorders & other Developmental Disorders : from raising awareness to building Capacity**”,

Geneva, Switzerland.

الملاحق

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
البريد الإلكتروني: 223641349
الرقم: 317
2017

Université KasdiMerbah Ouargla
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie
des sciences de l'éducation
/ Fax: 029641349

السنة الجامعية: 2017/2016

إلى السيد: مدير النشاط الاجتماعي ورقلة

الموضوع: تقديم تسهيلات

تحية طيبة وبعد.

في إطار التعاون بين الجامعة والمؤسسات الوطنية ، يقوم قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة بتدريب طلابه علميا وعصليا على انجاز البحوث والدراسات الميدانية، وذلك بهدف إعدادهم وتكوينهم لخدمة قضايا البحث العلمي وتحقيق أهداف منظومة التعليم العالي. في- أثناء تقديمهم إلى مؤسساتكم من أجل إجراء البحث الميداني ومنحهم جميع المعطيات اللازمة التي تهتم وكذلك الحرص على مرافقتهم وتوجيههم أثناء فترة البحث.

اسم الطالب:

1. ميتون مباركة .

التخصص: علم النفس .

المستوى : رابعة دكتوراه .

موضوع الدراسة: فعالية برنامج تدريبي في تعديل سلوك أطفال ذوي الاضطراب طيف التوحد .

إشراف الأستاذ: د/خلادي يسينة .

نحن على يقين بأنكم ستبدلون الجهد الكافي في إطار ما يسمح به القانون لتقديم التسهيلات الضرورية لطلابنا

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام

ورقة في: 28 SEPT 2017

رئيس القسم

رئيس قسم علم النفس وعلوم التربية

الإمضاء: 

استمارة دراسة الحالة

الجهة المحولة.....الرقم التسلسلي.....

اسم المقابل.....التاريخ / /

عدد اللقاءات.....

التشخيص (إن وجد).....

أولاً/ المعلومات الشخصية:

اسم الطفل.....الجنس.....مكان وتاريخ

الولادة.....الجنسية.....

العنوان.....

الهاتف..... جوال الأب:.....

جوال الأم:.....

أقرب شخص يمكن الاتصال به (رقم الجوال أو الهاتف).....

ثانياً/ المعلومات الخاصة بالأسرة:

اسم الأب:.....تاريخ الولادة / / المستوى التعليمي:.....

المهنة:.....الدخل:.....

اسم الأم:.....تاريخ الولادة / / المستوى التعليمي:.....

المهنة:.....الدخل:.....

صلة القرابة بين الأب

والأم:.....

هل يوجد أقارب لديهم مشكلات في الأسرة؟.....صلة القرابة.....

هل يقيم الطفل مع والديه(.....)والده فقط(.....)والدته فقط(.....)أخرى(.....)

الإخوة والأخوات بالترتيب:

الرقم	الاسم	الجنس	العمر	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الصحية
1						

2					
3					
4					
5					
6					

ثالثاً: مرحلة الحمل:

عمر الأم عند الحمل:.....عمر الأب:.....مدة الحمل:.....

هل تعرضت الأم لإحدى المشكلات التالية خلال الحمل :

☐ الأشعة ☐ أدوية وعقاقير طبية ☐ أمراض مزمنة (ضغط، سكري، أخرى.....)

☐ نزيف ☐ حمى شديدة ☐ حادث ☐ إجهاض ☐ فقر دم

☐ حالة اختناق ☐ تسمم ☐ حالات انفعالية (ضغط نفسي - عصبي - الخ).....

☐ العامل الرايزيسي (RH)

مشكلات أو ملاحظات أخرى أثناء الحمل.....

رابعاً: الولادة :

نوع الولادة :.....مكان الولادة:.....مدة عملية الولادة:.....

وزن الطفل عند الولادة:.....هل تم استخدام آلات أو وسائل مساعدة أثناء الولادة؟.....هل صرخ الطفل أثناء الولادة:.....

هل كان بحاجة إلى حاضنة؟.....هل أصيب بيرقان؟.....

هل كان بحاجة إلى دم؟.....

هل صاحب الولادة مشكلات صحية أو جسمية؟.....

خامساً: مرحلة الطفولة المبكرة:

نوع الرضاعة (طبيعية - من لوزاجة).....الاستجابة عندما يحمله أحد.....

هل ينام بشكل طبيعي؟.....

هل أصيب بارتفاع في درجة الحرارة؟.....كم كان عمره ؟.....

السبب.....كم كانت الدرجة؟.....

الفترة الزمنية المستغرقة:.....

متى أكمل الطفل زمنياً المراحل التالية:

الطعام:.....الحبو:.....الجلوس:.....التسنين:.....

الوقوف:.....المشي:.....الكلام:.....

ضبط التبول نهاراً:.....ليلاً:.....
ضبط التبرز نهاراً:.....ليلاً:.....
هل يعاني الطفل من مشكلات في السمع؟.....البصر؟.....
هل يعاني من نوبات صرع (تشنجات)؟.....نوعها.....
مدتها:.....اشارات سابقة للنوبة.....
إشارات لاحقة.....
الأدوية التي يتناولها الطفل؟.....الجرعات.....
هل أخذ التطعيمات اللازمة؟.....
هل هناك إشارات لنمو غير طبيعي لدى الطفل؟.....
متى تم اكتشاف ذلك؟.....هل تم مراجعة طبيب مختص؟.....
هل أُعطي للطفل أدوية أو عقاقير طبية علاجية؟.....
ماهي؟.....
هل يعاني الطفل من مشكلات صحية أخرى؟.....

سادساً: الوضع الحالي للطفل (مستوى الأداء الحالي):

1 -الجوانب الحياتية أو المهارات الاستقلالية:

استعمال الحمام:.....
تناول الأطعمة والسوائل:.....
ارتداء الملابس:.....
الاستحمام:.....
النظافة العامة:.....
مهارات أخرى:.....

2 -المهارات الاجتماعية

علاقته مع أفراد الأسرة:.....
من الذي يجلس مع الطفل ويلعب معه؟:.....
علاقته مع الأطفال من نفس عمره:.....
علاقته مع الغرباء:.....
اللعب:.....

3 -المهارات اللغوية:

..... اللغة الاستيعابية:

..... اللغة التعبيرية:

..... ملاحظات أخرى:

4 الجوانب المهارية والحركية:

..... المشي:

..... الركض:

..... السير بتتابع القدمين:

..... صعود ونزول الدرج:

..... القفز (الوثب) :

..... الحجل على قدم واحدة:

..... بناء برج من المكعبات:

..... وضع حلقات داخل عامود:

5 القدرات العقلية (المهارات المعرفية):

عمليات (المطابقة/التصنيف/التمييز/الإشارة/التسمية/..... إلخ المتعلقة بالألوان

,الأشكال,الهندسة,الأحجام,الصور..... إلخ

6 المهارات الأكاديمية:

..... مسك القلم:

..... الكتابة:

..... القراءة:

..... العمليات الحسابية:

7 المشكلات التي تعاني منها الأسرة أثناء التعامل مع الطفل في المنزل (حسب الأولويات):

.....-1

.....-2

.....-3

8 ملاحظات الأخصائية:

.....

.....

.....

..... اسم الأخصائية/

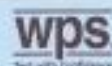
..... التوقيع/

ملحق رقم (03)

مقياس (CARS2-ST) الأصلي

Childhood Autism Rating Scale, Second Edition

Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D.,
and Barbara Rothen Renner, Ph.D.



CARS2-ST

Standard Version
Rating Booklet

Name: _____ Case # Number: _____ Test date: _____
 Address: _____ Date of birth: _____
 Based on information from: _____ Age: _____ years _____ months

DIRECTIONS: After rating the 15 items, transfer the ratings from the inside pages to the corresponding spaces below. Sum the ratings to obtain the Total raw score, and indicate the corresponding Severity Group. Circle the Total raw score value in the table in the column labeled All ages and in the column that corresponds to the age of the person who has been rated. The number printed to the left of each value you have circled is the T-score.

SUMMARY

CATEGORY RATINGS

1. Relating to People
 median = 2.5 (3.0, 2.0)
2. Imitation
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
3. Emotional Response
 median = 3.0 (3.0, 3.0)
4. Body Use
 median = 2.5 (2.5, 2.5)
5. Object Use
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
6. Adaptation to Change
 median = 2.5 (2.5, 2.5)
7. Visual Response
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
8. Listening Response
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
9. Taste, Smell, and Touch Response and Use
 median = 2.0 (2.0, 2.0)
10. Fear or Nervousness
 median = 2.5 (2.5, 2.5)
11. Verbal Communication
 median = 3.0 (3.0, 3.0)
12. Nonverbal Communication
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
13. Activity Level
 median = 2.5 (2.5, 2.0)
14. Level and Consistency of Intellectual Response
 median = 2.5 (2.5, 2.5)
15. General Impressions
 median = 3.0 (3.0, 3.0)

Note: The numbers in parentheses are medians for individuals aged 3–12 or 13+, respectively.

Total raw score =

Note: 0/0 = 0.00.

SEVERITY GROUP

- ☐ Minimal Symptoms of Autism Spectrum Disorder
 (15–29.5; 15–27.5 for ages 13+)
- ☐ Mild-to-Moderate Symptoms of Autism Spectrum Disorder
 (30–36.5; 28–34.5 for ages 13+)
- ☐ Severe Symptoms of Autism Spectrum Disorder
 (37 and higher; 35 and higher for ages 13+)

Symptom Level Compared to Individuals With Autism Spectrum Diagnoses

Percentile	T-score	Raw score		
		All ages	Ages 2–12	Ages 13 and older
>97	>70	>54	>54	>54
97	70	54	54	54
96	69	53.5	53.5	52–53.5
95	68	52–53	52.5–53	49.5–51.5
94	67	51–51.5	51.5–52	
93	66	50–50.5	51	
92	65	49.5	50–50.5	47
91	64	49	49.5	47.5–48.5
90	63	48–48.5	48.5–49	46–47
89	62	47–47.5	47.5–48	45–45.5
88	61	46.5	46.5–47	44–44.5
87	60	45.5–46	46	
86	59	44.5–45	45–45.5	43.5
85	58	44	44.5	43
84	57	43.5	44	42.5
83	56	42.5–43	43–43.5	42
82	55	42	42–42.5	41–41.5
81	54	41–41.5	41.5	40–40.5
80	53	40–40.5	40.5–41	39.5
79	52	39–39.5	39.5–40	38.5–39
78	51	38.5	39	37.5–38
77	50	37.5–38	38–38.5	36.5–37
76	49	37	37.5	36–36.5
75	48	36–36.5	36.5–37	34–34.5
74	47	35–35.5	35.5–36	33.5
73	46	34–34.5	35	33
72	45	33.5	34–34.5	32.5
71	44	33	33.5	31–32
70	43	32–32.5	32.5–33	30–30.5
69	42	31.5	32	29–29.5
68	41	30.5–31	31.5	27.5–28.5
67	40	30	30.5–31	26.5–27
66	39	29.5–29.5	30	26
65	38	27.5–28	29–29.5	25–25.5
64	37	26–27	28–28.5	23.5–24.5
63	36	25.5	26–27.5	23
62	35	24.5–25	25.5	21–22.5
61	34	24	24.5–25	20.5
60	33	23–23.5	24	
59	32	22.5	23.5	
58	31	21.5–22	23	
57	30	21	22–22.5	20
56	29	20.5		
55	28		21.5	
54	27	20	21	
53	26		20.5	
52	25		20	19.5
51	24	19.5		
50	23		19.5	
49	22			
48	21			
47	20	19	19	
46	19	18.5	18.5	
45	18	18	18	
44	17	17.5	17.5	
43	16	17	17	
42	15	16.5	16.5	
41	14	16	16	
40	13	15.5	15.5	
39	12	15	15	
38	11	14.5	14.5	
37	10	14	14	
36	9	13.5	13.5	
35	8	13	13	
34	7	12.5	12.5	
33	6	12	12	
32	5	11.5	11.5	
31	4	11	11	
30	3	10.5	10.5	
29	2	10	10	
28	1	9.5	9.5	
27	0	9	9	
26	-1	8.5	8.5	
25	-2	8	8	
24	-3	7.5	7.5	
23	-4	7	7	
22	-5	6.5	6.5	
21	-6	6	6	
20	-7	5.5	5.5	
19	-8	5	5	
18	-9	4.5	4.5	
17	-10	4	4	
16	-11	3.5	3.5	
15	-12	3	3	
14	-13	2.5	2.5	
13	-14	2	2	
12	-15	1.5	1.5	
11	-16	1	1	
10	-17	0.5	0.5	
9	-18	0	0	
8	-19	-0.5	-0.5	
7	-20	-1	-1	
6	-21	-1.5	-1.5	
5	-22	-2	-2	
4	-23	-2.5	-2.5	
3	-24	-3	-3	
2	-25	-3.5	-3.5	
1	-26	-4	-4	
0	-27	-4.5	-4.5	
-1	-28	-5	-5	
-2	-29	-5.5	-5.5	
-3	-30	-6	-6	
-4	-31	-6.5	-6.5	
-5	-32	-7	-7	
-6	-33	-7.5	-7.5	
-7	-34	-8	-8	
-8	-35	-8.5	-8.5	
-9	-36	-9	-9	
-10	-37	-9.5	-9.5	
-11	-38	-10	-10	
-12	-39	-10.5	-10.5	
-13	-40	-11	-11	
-14	-41	-11.5	-11.5	
-15	-42	-12	-12	
-16	-43	-12.5	-12.5	
-17	-44	-13	-13	
-18	-45	-13.5	-13.5	
-19	-46	-14	-14	
-20	-47	-14.5	-14.5	
-21	-48	-15	-15	
-22	-49	-15.5	-15.5	
-23	-50	-16	-16	
-24	-51	-16.5	-16.5	
-25	-52	-17	-17	
-26	-53	-17.5	-17.5	
-27	-54	-18	-18	
-28	-55	-18.5	-18.5	
-29	-56	-19	-19	
-30	-57	-19.5	-19.5	
-31	-58	-20	-20	
-32	-59	-20.5	-20.5	
-33	-60	-21	-21	
-34	-61	-21.5	-21.5	
-35	-62	-22	-22	
-36	-63	-22.5	-22.5	
-37	-64	-23	-23	
-38	-65	-23.5	-23.5	
-39	-66	-24	-24	
-40	-67	-24.5	-24.5	
-41	-68	-25	-25	
-42	-69	-25.5	-25.5	
-43	-70	-26	-26	
-44	-71	-26.5	-26.5	
-45	-72	-27	-27	
-46	-73	-27.5	-27.5	
-47	-74	-28	-28	
-48	-75	-28.5	-28.5	
-49	-76	-29	-29	
-50	-77	-29.5	-29.5	
-51	-78	-30	-30	
-52	-79	-30.5	-30.5	
-53	-80	-31	-31	
-54	-81	-31.5	-31.5	
-55	-82	-32	-32	
-56	-83	-32.5	-32.5	
-57	-84	-33	-33	
-58	-85	-33.5	-33.5	
-59	-86	-34	-34	
-60	-87	-34.5	-34.5	
-61	-88	-35	-35	
-62	-89	-35.5	-35.5	
-63	-90	-36	-36	
-64	-91	-36.5	-36.5	
-65	-92	-37	-37	
-66	-93	-37.5	-37.5	
-67	-94	-38	-38	
-68	-95	-38.5	-38.5	
-69	-96	-39	-39	
-70	-97	-39.5	-39.5	
-71	-98	-40	-40	
-72	-99	-40.5	-40.5	
-73	-100	-41	-41	

Note: SEM = 2.77.

Childhood Autism Rating Scale, Second Edition

Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D.,
and Barbara Rothen Renner, Ph.D.



CARS2-ST

Standard Version
Rating Booklet

Name: _____ Case # Number: _____ Test date: _____
 Gender: _____ Ethnic background: _____ Rate's name: _____ Date of birth: _____
 Based on information from: _____ Age: _____ years _____ months

DIRECTIONS: After rating the 15 items, transfer the ratings from the inside pages to the corresponding spaces below. Sum the ratings to obtain the Total raw score, and indicate the corresponding Severity Group. Circle the Total raw score value in the table in the column labeled All ages and in the column that corresponds to the age of the person who has been rated. The number printed to the left of each value you have circled is the T-score.

SUMMARY

CATEGORY RATINGS

1. Relating to People
median = 2.5 (3.0, 3.5)
2. Imitation
median = 2.5 (2.5, 3.0)
3. Emotional Response
median = 3.0 (3.0, 3.0)
4. Body Use
median = 2.5 (2.5, 2.5)
5. Object Use
median = 2.5 (2.5, 2.0)
6. Adaptation to Change
median = 2.5 (2.5, 2.5)
7. Visual Response
median = 2.5 (2.5, 2.0)
8. Listening Response
median = 2.5 (2.5, 2.0)
9. Taste, Smell, and Touch Response and Use
median = 2.0 (2.0, 2.0)
10. Fear or Nervousness
median = 2.5 (2.5, 2.5)
11. Verbal Communication
median = 3.0 (3.0, 3.0)
12. Nonverbal Communication
median = 2.5 (2.5, 2.0)
13. Activity Level
median = 2.5 (2.5, 2.0)
14. Level and Consistency of Intellectual Response
median = 2.5 (2.5, 2.5)
15. General Impressions
median = 3.0 (3.0, 3.0)

Note: The numbers in parentheses are medians for individuals aged 3-12 or 13+, respectively.

Total raw score =

Note: SEM = 3.68.

SEVERITY GROUP

- ☐ Minimal Symptoms of Autism Spectrum Disorder
(15-29.5; 15-27.5 for ages 13+)
- ☐ Mild-to-Moderate Symptoms of Autism Spectrum Disorder
(30-36.5; 28-34.5 for ages 13+)
- ☐ Severe Symptoms of Autism Spectrum Disorder
(37 and higher; 35 and higher for ages 13+)

Symptom Level Compared to Individuals With Autism Spectrum Diagnoses

Percentile	T-score	Raw score		
		All ages	Ages 2-12	Ages 13 and older
>97	>70	>54	>54	>54
97	70	54	54	54
96	69	53.5	53.5	52-53.5
95	68	52-53	52.5-53	49.5-51.5
94	67	51-51.5	51.5-52	
93	66	50-50.5	51	
92	65	49.5	50-50.5	47
91	64	49	49.5	47.5-48.5
90	63	48-48.5	48.5-49	46-47
89	62	47-47.5	47.5-48	45-45.5
88	61	46.5	46.5-47	44-44.5
87	60	45.5-46	46	
86	59	44.5-45	45-45.5	43.5
85	58	44	44.5	43
84	57	43.5	44	42.5
83	56	42.5-43	43-43.5	42
82	55	42	42-42.5	41-41.5
81	54	41-41.5	41.5	40-40.5
80	53	40-40.5	40.5-41	39.5
79	52	39-39.5	39.5-40	38.5-39
78	51	38.5	39	37.5-38
77	50	37.5-38	38-38.5	36.5-37
76	49	37	37.5	36-36.5
75	48	36-36.5	36.5-37	34-34.5
74	47	35-35.5	35.5-36	33.5
73	46	34-34.5	35	33
72	45	33.5	34-34.5	32.5
71	44	33	33.5	31-32
70	43	32-32.5	32.5-33	30-30.5
69	42	31.5	32	29-29.5
68	41	30.5-31	31.5	27.5-28.5
67	40	30	30.5-31	26.5-27
66	39	28.5-29.5	30	26
65	38	27.5-28	29-29.5	25-25.5
64	37	26-27	28-28.5	23.5-24.5
63	36	25.5	26-27.5	23
62	35	24.5-25	25.5	21-22.5
61	34	24	24.5-25	20.5
60	33	23-23.5	24	
59	32	22.5	23.5	
58	31	21.5-22	23	
57	30	21	22-22.5	20
56	29	20.5		
55	28		21.5	
54	27	20	21	
53	26		20.5	
52	25		20	19.5
51	24	19.5		
50	23		19.5	
49	22			
48	21			
47	20	19	19	
46	19	<19	<19	<19.5

Note: SEM = 2.77.

DIRECTIONS

For each category, use the space provided in the Observations section for taking notes concerning the behaviors relevant to that item. After you have finished observing the child, rate the behaviors relevant to each item by circling the number that corresponds to the statement that best describes the child. You may indicate that the child's behavior falls between two descriptions by circling ratings of 1.5, 2.5, or 3.5. Abbreviated rating criteria are presented for each item. See chapter 2 of the Manual for detailed rating criteria.

1. Relating to People

- 1** No evidence of difficulty or abnormality in relating to people. The child's behavior is appropriate for his or her age. Some shyness, fearfulness, or sensitivity to being told what to do may be observed, but not to an atypical degree.
- 1.5
- 2** Mildly abnormal relationships. The child may avoid looking the adult in the eye, avoid the adult as he or she approaches, be excessively shy, not be as responsive to the adult as is typical, or cling to parents somewhat more than most children of the same age.
- 2.5
- 3** Moderately abnormal relationships. The child shows aloofness (stems away from adult) at times. Persistent and forceful attempts are necessary to get the child's attention at times. Minimal contact is initiated by the child.
- 3.5
- 4** Severely abnormal relationships. The child is consistently aloof or unresponsive to what the adult is doing. He or she almost never responds to an initiated contact with the adult. Only the most persistent attempts to get the child's attention have any effect.

Observations

2. Imitation

- 1** Appropriate imitation. The child can imitate sounds, events, and movements that are appropriate for his or her skill level.
- 1.5
- 2** Mildly abnormal imitation. The child imitates simple behaviors such as clapping or single initial sounds most of the time; occasionally, imitates only after prompting or after a delay.
- 2.5
- 3** Moderately abnormal imitation. The child imitates only part of the time and requires a great deal of persistence and help from the adult. Frequently imitates only after a delay.
- 3.5
- 4** Severely abnormal imitation. The child rarely or never imitates sounds, words, or movements even with prompting or assistance from the adult.

Observations

3. Emotional Response

- 1** Age-appropriate and situation-appropriate emotional response. The child shows the appropriate type and degree of emotional response, as indicated by a change in facial expression, posture, and manner.
- 1.5
- 2** Mildly abnormal emotional response. The child occasionally displays a situation-inappropriate type or degree of emotional reaction. Reactions are sometimes unrelated to the objects or events surrounding him or her.
- 2.5
- 3** Moderately abnormal emotional response. The child shows definite signs of inappropriate type and/or degree of emotional response. Reactions may be quite inhibited or excessive and unrelated to the situation; child may giggle, laugh, or become rigid even though no apparent emotion-producing objects or events are present.
- 3.5
- 4** Severely abnormal emotional response. Responses are seldom appropriate to the situation; once the child gets in a certain mood, it is very difficult to change the mood. Conversely, the child may show wildly different moods when nothing has changed.

Observations

4. Body Use

1 **Age-appropriate body use.** The child meets with the same ease, agility, and coordination as a typical child of the same age.

1.5

2 **Mildly abnormal body use.** Some atypical peculiarities may be present, such as clumsiness, repetitive movements, poor coordination, or the mere appearance of such unusual movements.

2.5

3 **Moderately abnormal body use.** Behaviors that are clearly strange or unusual for a child of this age may include strange finger movements, peculiar finger or body posturing, staring or picking at the body, self-directed aggression, looking, spinning, finger-wiggling, or twerching.

3.5

4 **Severely abnormal body use.** Intense or frequent movements of the type listed above are signs of severely abnormal body use. These behaviors may persist despite attempts to discourage them or involve the child in other activities.

Observations:

5. Object Use

1 **Appropriate interest in, or use of, toys and other objects.** The child shows normal interest in toys and other objects appropriate for his or her skill level and uses these toys in an appropriate manner.

1.5

2 **Mildly inappropriate interest in, or use of, toys and other objects.** The child may show atypical interest in a toy or play with it in an inappropriately childish way (e.g., banging or sucking on the toy).

2.5

3 **Moderately inappropriate interest in, or use of, toys and other objects.** The child may show little interest in toys or other objects, or may be preoccupied with using an object or toy in some strange way. He or she may focus on some insignificant part of a toy, become fascinated with light reflecting off the object, repetitively move some part of the object, or play with one object exclusively.

3.5

4 **Severely inappropriate interest in, or use of, toys and other objects.** The child may engage in the same behaviors as above, with greater frequency and intensity. The child is difficult to distract when engaged in these inappropriate activities.

Observations:

6. Adaptation to Change

1 **Age-appropriate adaptation to change.** While the child may make an immediate change in routine, he or she accepts these changes without undue distress.

1.5

2 **Mildly abnormal adaptation to change.** When an adult tries to change tasks, the child may continue the same activity or use the same materials.

2.5

3 **Moderately abnormal adaptation to change.** The child actively resists changes in routine, tries to continue the old activity, and is difficult to distract. He or she may become angry and withdrawn when an established routine is altered.

3.5

4 **Severely abnormal adaptation to change.** The child shows severe reactions to change. If a change is forced, he or she may become extremely angry or uncooperative and respond with tantrums.

Observations:

7. Visual Response

1 **Age-appropriate visual response.** The child's visual behavior is normal and appropriate for his or her age. Vision is used together with other senses as a way to explore a new object.

1.5

2 **Mildly abnormal visual response.** The child must be occasionally reminded to look at objects. The child may be more interested in looking at mirrors or lighting than at his or her peers, may occasionally stare off into space, or may also avoid looking people in the eye.

2.5

3 **Moderately abnormal visual response.** The child must be reminded frequently to look at what he or she is doing. He or she may stare into space, avoid looking people in the eye, look at objects from an unusual angle, or hold objects very close to the eye.

3.5

4 **Severely abnormal visual response.** The child occasionally avoids looking at people or certain objects and may show extreme forms of other visual peculiarities described above.

Observations:

8. Listening Response

1 **Age-appropriate listening response.** The child's listening behavior is normal and appropriate for his or her age. Listening is used together with other senses.

1.5

2 **Mildly abnormal listening response.** There may be some lack of response or mild overreaction to certain sounds. Responses to sounds may be delayed, and sounds may need repetition to catch the child's attention. The child may be distracted by extraneous sounds.

2.5

3 **Moderately abnormal listening response.** The child's response to sounds is to often ignore a sound the first few times it is made, may be startled or cover ears when hearing some everyday sounds.

3.5

4 **Severely abnormal listening response.** The child overreacts and/or underreacts to sounds to an extremely marked degree, regardless of the type of sound.

Observations

9. Taste, Smell, and Touch Response and Use

1 **Normal use of, and response to, taste, smell, and touch.** The child explores new objects in an age-appropriate manner, generally by feeling and looking. Taste or smell may be used when appropriate. When reacting to minor everyday pain, the child expresses discomfort but does not overreact.

1.5

2 **Mildly abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch.** The child may persist in putting objects in his or her mouth, may smell or taste inedible objects, may ignore or overreact to mild pain that a normal child would express as discomfort.

2.5

3 **Moderately abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch.** The child may be moderately preoccupied with touching, smelling, or feeling objects or people. The child may either react too much or too little.

3.5

4 **Severely abnormal use of, and response to, taste, smell, and touch.** The child is preoccupied with smelling, tasting, or feeling objects more for the sensation than for actual exploration or use of the objects. The child may completely ignore pain or react too strongly to slight discomfort.

Observations

10. Fear or Nervousness

1 **Normal fear or nervousness.** The child's behavior is appropriate both to the situation and for his or her age.

1.5

2 **Mildly abnormal fear or nervousness.** The child occasionally shows too much or too little fear or nervousness compared to the reaction of a normal child of the same age in a similar situation.

2.5

3 **Moderately abnormal fear or nervousness.** The child shows either quite a bit more or quite a bit less fear than is typical even for a younger child in a similar situation.

3.5

4 **Severely abnormal fear or nervousness.** Fear persists even after repeated exposure with harmless events or objects. It is extremely difficult to calm or comfort the child. The child may, conversely, fail to show appropriate signs of fear that other children of the same age avoid.

Observations

11. Verbal Communication

1 **Normal verbal communication, age and situation appropriate.**

1.5

2 **Mildly abnormal verbal communication.** Speech shows some distortion, most speech is intelligible; however, some echolalia or premature reversal may occur. Some peculiar words or jargon may be used occasionally.

2.5

3 **Moderately abnormal verbal communication.** Speech may be absent. When present, verbal communication may be a mixture of some meaningful speech and some peculiar speech such as jargon, echolalia, or premature reversal. Peculiarities in meaningful speech include excessive questioning or preoccupation with particular topics.

3.5

4 **Severely abnormal verbal communication.** Meaningful speech is not used. The child may make infertile sounds, word or syllable-like sounds, or complex noises approximating speech, or may show persistent, bizarre use of some recognizable words or phrases.

Observations

12. Nonverbal Communication

1 Normal use of nonverbal communication, age and situation appropriate.

1.5

2 Mildly abnormal use of nonverbal communication. Insecure use of nonverbal communication, may only point vaguely, or reach for what he or she wants. In situations where a typically developing same age child may point or gesture more specifically to indicate what he or she wants.

2.5

3 Moderately abnormal use of nonverbal communication. The child is generally unable to express needs or desires nonverbally and cannot understand the nonverbal communication of others.

3.5

4 Severely abnormal use of nonverbal communication. The child uses only bizarre or peculiar gestures that have no apparent meaning and shows no awareness of the meanings associated with the gestures or facial expressions of others.

© 2007 Pearson Education, Inc.

13. Activity Level

1 Normal activity level for age and circumstances. The child is neither more active nor less active than a typical child of the same age in a similar situation.

1.5

2 Mildly abnormal activity level. The child may either be mildly restless or somewhat "lax" and slow moving at times. The child's activity level interferes only slightly with his or her performance.

2.5

3 Moderately abnormal activity level. The child may be quite active and difficult to restrain, he or she may have boundless energy and may not go to sleep easily at night. Conversely, the child may be quite lethargic and need a great deal of prodding to get him or her to move about.

3.5

4 Severely abnormal activity level. The child exhibits no sense of activity or inactivity and may even shift from one extreme to the other.

© 2007 Pearson Education, Inc.

14. Level and Consistency of Intellectual Response

To use this item, it is essential to read the expanded definitions in the Manual.

1 Intelligence is normal and reasonably consistent across various areas. The child is as intelligent as typical children of the same age and does not have any unusual intellectual skills or problems.

1.5

The child has low intelligence (IQ score between 71 and 85) and does not have any unusual intellectual skills or problems.

2

2 Mildly abnormal intellectual functioning. The child has very low intelligence (IQ score is 70 or lower) and his or her skills appear fairly evenly delayed across all areas. The child has very low intelligence (IQ score is 70 or lower) and skills appear to vary across areas, but none is at or above average.

2.5

3 Moderately abnormal intellectual functioning. The child's overall intelligence is in the range from intellectually disabled to average (IQ score less than 71), and there is significant variability in skills. At least one skill is in average range.

3.5

The child's overall intelligence is in the range from intellectual disability to average (IQ score less than 71), and there is significant variability in skills. At least one skill is above average range. Extreme aberrant skills are not included here but are noted in category 4.

4

4 Severely abnormal intellectual functioning. A rating of 4 is given when extreme aberrant skills are present, regardless of overall level of intelligence.

© 2007 Pearson Education, Inc.

15. General Impressions

1 No autism spectrum disorder. The child shows none of the spectrum's characteristic behaviors.

1.5

2 Mild autism spectrum disorder. The child shows only a few symptoms or only a mild degree of autism.

2.5

3 Moderate autism spectrum disorder. The child shows a number of symptoms or a moderate degree of autism.

3.5

4 Severe autism spectrum disorder. The child shows many symptoms or an extreme degree of autism.

© 2007 Pearson Education, Inc.

للباحثة لانا هارون أبو زيتونة

المعلومات الشخصية		
الإسم :	تاريخ الميلاد :	العمر :
المدرسة / المركز :		
المعلم / المعلمة /ولي الأمر :		

تعليمات التطبيق و التصحيح قيم أداء الطالب على كل بعد من أبعاد المقياس المكون من خمسة عشر بعدا ، و ذلك بإختيار الجملة التي تنطبق على المفحوص بوضع إشارة (x) في المكان المخصص لذلك، ثم سجل درجة كل بعد من الأبعاد في الجدول (1) للحصول على العلامة الكلية على كل مقياس، بحيث تقيم كل بعد بالدرجات التالية : الدرجة (1) للأداء الذي يمثل السلوك المتوقع من الطفل العادي . الدرجة (2) للأداء الذي يمثل السلوك غير المتوقع من الطفل العادي بدرجة بسيطة. الدرجة (3) للأداء الذي يمثل السلوك غير المتوقع من الطفل العادي بدرجة متوسطة. الدرجة (4) للأداء الذي يمثل السلوك غير المتوقع من الطفل العادي بدرجة شديدة. كما لابد من مراعاة مايلي : يقوم الفاحص بتعبئة الجزء الخاص بالمعلومات الأولية . لابد من وجود فترة ملاحظة تسبق تطبيق أبعاد المقياس على الطفل . كتابة الملاحظات المهمة على كل بعد في المكان المخصص لها ، و ذلك بعد ملاحظة الطفل بشكل كاف. إذا كنت تعتقد أن سلوك الطفل يقع بين درجتين ، فيمكن إستخدام الدرجات النصفية مثل (1.5 ، 2.5 ، 3.5)

جدول 01. الدرجة على كل بعد من أبعاد المقياس و المجموع الكلي

البعد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
العلامة																

1- إقامة العلاقات الإجتماعية (Relating to People)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يحسن التصرف فهو يسهل التعامل معه في المواقف الإجتماعية 1.5		1

2		يتصرف بشكل غير عادي مع الآخرين فهو مثلاً يتجنب التواصل البصري مع الكبار ، و يصبح عصبياً عندما يجبر على التعامل معهم، أو يبدو خجولاً من الآخرين بصورة مبالغ بها من الآخرين مقارنة مع أقرانه من نفس عمره الزمني 2.5
3		يتصرف بشكل غير عادي مع الآخرين فقد يبدو معزولاً عن الآخرين ، أولاً يشعر بوجود الآخرين ، أو لابد من إجباره على التواصل معهم 3.5
4		يتصرف بشكل غير عادي مع الآخرين فقد يصعب عليه إدراك ما يفعله الكبار ، أو لا يستجيب و لا يبادر للإستجابة أو التفاعل مع الكبار .

2- القدرة على التقليد (Imitation)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يقلد الأصوات ، أو الكلمات ، أو الحركات بشكل مناسب لعمره الزمني 1.5		1
2	يقلد سلوكيات الآخرين البسيطة، و قد يحتاج إلى وقت و مساعدة لتأديتها 2.5		2
3	يصعب عليه تقليد الكلمات أو الحركات مثل : (التصفيق) 3.5		3
4	يصعب عليه تقليد الآخرين سواء كان ذلك أصواتاً أو كلمات أو حركات ، و إن توافرت المساعدة.		4

3- الإستجابة الإنفعالية (Emotional Response)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يعبر عن إنفعالاته كالحنين و الفرح بشكل مناسب للمواقف الإجتماعية 1.5		1
2	يبيد ردود أفعال غير مناسبة للمواقف الإنفعالية و الإجتماعية 2.5		2
3	يبيد ردود أفعال غير مناسبة للمواقف الإنفعالية و الإجتماعية كأن يضحك بدون سبب 3.5		3
4	يبيد ردود أفعال غير مناسبة و تتناقض مع المواقف الإنفعالية و الإجتماعية كأن يضحك في موقف إجتماعي حزين.		4

4- استخدام الجسم (Body Use)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يبيد مظاهر سلوكية عادية تعبر عن التأزر الحركي مثل : (المشي بطريقة متناسقة) 1.5		1
2	يبيد مظاهر سلوكية نمطية تعبر عن ضعف التأزر الحركي 2.5		2
3	يظهر أشكالاً من السلوك النمطي غير المرغوب فيه مثلاً (لف الأصابع ، هز الجسم و الرأس، الدوران ، الحملقة ، المشي على أطراف الأصابع ، تحريك اليدين و رفرفتها) 3.5		3
4	يظهر أشكالاً من السلوك النمطي المبالغ فيه مثلاً : إيذاء الذات		4

5- استخدام الألعاب (Object Use)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يعبر عن إهتماماته بالألعاب بما يتناسب مع عمره الزمني 1.5		1
2	يعبر عن إهتماماته بالألعاب بشكل بسيط مثل الإهتمام بلعبة واحدة فقط 2.5		2

3		يعبر عن إهتماماته بالألعاب بما لا يتناسب مع عمره الزمني مثل: (أن يلف عجلة من لعبة طوال الوقت) 3.5	3
4		يعبر عن إهتماماته بالألعاب بطريقة خاطئة مثل: (تخريب الألعاب)، أو يتجاهل الألعاب تماما.	4

6- التكيف مع التغيير (Adaption to Change)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يتقبل التغيير في الروتين دون أن يسبب له ذلك أي إزعاج 1.5		1
2	يتقبل تغيير الروتين اليومي بحيث يستمر في مهامه الأخرى، لكن بعد إظهار مقاومة بسيطة للتغيير إذا حدث 2.5		2
3	يعبر عن إهتماماته بالألعاب بما لا يتناسب مع عمره الزمني مثل: (أن يلف عجلة من لعبة طوال الوقت) 3.5		3
4	يعبر عن إهتماماته بالألعاب بطريقة خاطئة مثل: (تخريب الألعاب)، أو يتجاهل الألعاب تماما.		4

7- الإستجابة البصرية (Visual Response)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يستجيب بشكل يتناسب مع عمره الزمني كأن يكتشف ما يدور حوله 1.5		1
2	يصعب عليه التواصل البصري مع الآخرين ، حيث يركز بصريا على أشياء لا علاقة لها بالحديث أو المتحدث 2.5		2
3	يصعب عليه التواصل البصري مع الآخرين ، حيث يحدق في الفضاء ، ينظر للأشياء من طرف عينيه ، يقرب الأشياء إلى عينيه لينظر إليها 3.5		3
4	ينزعج إذا تم إجباره على التواصل البصري مع الآخرين.		4

8- الإستجابة السمعية (Listening Response)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يستجيب للأصوات بشكل مناسب مع عمره الزمني 1.5		1
2	يستجيب للأصوات بصعوبة فهو يحتاج إلى تكرارها لجذب إنتباهه ، و قد يتأخر بالإستجابة قليلا 2.5		2
3	يستجيب للأصوات بصعوبة بحيث يتجاهل مرارا، و يقلل أذنيه لبعض الأصوات العالية 3.5		3
4	يستجيب بصعوبة بحيث يظهر ردود أفعال للأصوات بطريقة مبالغ فيها ، بينما قد يتجاهل نهائيا بعض الأصوات بصورة واضحة .		4

9- استخدام الحواس (التذوق و الشم و اللمس) (Taste ,Smell ,and Touch Response and Use)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يستخدم حواسه بشكل عادي و مناسب لطفل في مثل عمره ، فهو يستكشف المثيرات الجديدة ، و		1

		يشعر بالألم 1.5	
2		يستخدم حواسه بطريقة غير مناسبة ، كأن يأكل أشياء غير صالحة للأكل، ولا يشعر بالألم أو يبالغ فيه 2.5	2
3		يستخدم حواسه بشكل مبالغ فيه بعض الشيء ، فهو يبالغ باستخدام الشم و التذوق و اللمس و يتجاهل الألم (مثلا شم الألعاب و الأقلام) 3.5	3
4		يستخدم حواسه بشكل مبالغ فيه جدا كأن يتجاهل تماما و لا يظهر أي نوع من الشعور بالألم أو قد يبالغ كثيرا لحدث بسيط جدا .	4

10- الخوف أو العصبية (Fear or Nervousness)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يتصرف بشكل عادي و مناسب لطفل في مثل عمره في المواقف الإنفعالية مثل (الخوف أو الغضب) 1.5		1
2	يتصرف بطريقة غير مناسبة أمام مثير مخيف ، مثل عدم شعوره بالخطر في الأماكن المرتفعة 2.5		2
3	يتصرف بصورة غير مبالغ فيها بشكل واضح إتجاه مثير غير مخيف ، أو أنه يتجاهل بشكل واضح مثير مخيف 3.5		3
4	يعبر عن خوفه بطريقة مبالغ فيها مع الإستمرار بإظهار خوفه حيث يصعب تهدئته .		4

11- التواصل اللفظي (Verbal Communication)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يتواصل لفظيا بشكل مناسب لعمره الزمني 1.5		1
2	لديه مشكلات في التواصل اللفظي كتأخر الكلام ، أو الحديث بكلام غير مفهوم ، أو ترديد الكلام ، أو عدم استخدام الضمائر بشكل صحيح ، أو عكس المقاطع أو الكلمات 2.5		2
3	لديه مشكلات في التواصل اللفظي فهو لا يتكلم ، و عندما يتكلم فهو يردد الكلام أو ما يعرف بالمصاداة 3.5		3
4	لديه مشكلات شديدة في التواصل اللفظي ، فهو لا يتكلم و لا يعبر لفظيا ، ويردد الكلام ، و أصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان و لديه أصوات مزعجة .		4

12- التواصل غير اللفظي (Nonverbal Communication)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يتواصل مع الآخرين بطريقة غير لفظية بشكل مناسب للموقف و ينسجم مع طفل في مثل عمره كاستخدامه لتعابير الوجه بشكل مناسب ، أو يظهر عليه تغيير تعابير الوجه و حركات الجسم و الرأس بما يتناسب مع الموقف 1.5		1
2	يتواصل بطريقة غير لفظية مع الآخرين بشكل ناقص فقد يمسك باليد لطلب المساعدة 2.5		2
3	يظهر سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن حاجته، مع عدم الإهتمام بالإيماءات وتعابير جوه الآخرين 3.5		3

4	يتواصل بطريقة غير لفظية مع الآخرين فهو لا يعبر عن حاجته بالتواصل غير اللفظي ، و لا يفهم لغة التواصل غير اللفظي .	4
---	--	---

13- مستوى النشاط (Activity Level)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يظهر نشاط مناسب لطفل في مثل عمره ، فهو مثلا لا يعاني من نشاط زائد و لا خمول زائد 1.5		1
2	يظهر نشاط زائد فهو يظهر نشاط زائدا أو كسلا زائدا و يستمتع بالنشاطات عندما يكون وحيدا 2.5		2
3	يظهر نشاط زائدا فهو لا يهدأ ، أو يصعب التحكم بنشاطه ، أو هائم لا ينام إلا قليل ، أو فوضوي غير منظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه و يحتاج إلى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين 3.5		3
4	يظهر نوبات غضب مستمرة ، أو فوضوي يرمي كل شيء على الأرض .		4

14- مستوى الثبات و الإستجابة الإنفعالية (Level and Consistency of Intellectual Response)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يظهر قدرات عقلية موازي للأطفال العاديين الذين يماثلونه في العمر الزمني		1
2	يظهر قدرات عقلية أقرب ما يكون إلى حالات بطء التعلم		1.5
3	يظهر قدرات عقلية بحدود الإعاقة العقلية البسيطة		2
4	يظهر قدرات عقلية بحدود الإعاقة العقلية المتوسطة		2.5
5	يظهر قدرات عقلية بحدود حالات الإعاقة العقلية الشديدة		3
6	يظهر قدرات عقلية تفوق العاديين في مهارة ما		3.5
7	يظهر قدرات عقلية تفوق العاديين في مهارتين أو أكثر		4

15- الانطباعات العامة عن الطفل (General Impressions)			
#	الوصف	x	العلامة
1	يظهر سمات التوحد 1.5		1
2	يظهر سمات توحد بسيطة 2.5		2
3	يظهر سمات توحد متوسطة 3.5		3
4	يظهر سمات توحد شديدة .		4

(أنظر ملحق 05)

إختبار (CARS-2) الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,761	16

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,892
		N of Items	8 ^a
	Part 2	Value	,528
		N of Items	8 ^b
Total N of Items			16
Correlation Between Forms			,933
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,965
	Unequal Length		,965
Guttman Split-Half Coefficient			,820

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008.

b. The items are: VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	70,9048	213,815	,625	,748
VAR00002	70,9286	213,132	,600	,747
VAR00003	70,7857	209,739	,803	,742
VAR00004	71,0952	209,790	,783	,742
VAR00005	71,0000	205,800	,833	,737
VAR00006	71,1905	212,012	,602	,746
VAR00007	71,4048	210,765	,706	,744
VAR00008	71,3095	210,712	,689	,744
VAR00009	71,2381	213,340	,602	,748
VAR00010	71,2857	217,814	,405	,754
VAR00011	70,8095	208,237	,754	,740
VAR00012	70,9048	215,115	,631	,749
VAR00013	70,9762	214,062	,625	,748
VAR00014	71,6667	219,908	,525	,756
VAR00015	71,2857	216,964	,610	,752
VAR00016	36,7857	56,839	1,000	,917

قائمة المحكمون
لبطاقة ملاحظة المشكلات السلوكية

الرقم	الإسم و اللقب	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل	البلد
01	بهاء الدين جلال	دكتوراه	تربية خاصة	مدير مركز هيلب للشرق الاوسط وشمال إفريقيا	الكويت
02	أحمد الحايك	دكتوراه	مرض التوحد	جامعة عجلون الوطنية	الأردن
03	إيمان الصقور	ماجستير	قياس و تقويم	مركز دانه للتربية الخاصة	الأردن
04	بلال أحمد عودة	ماجستير	تربية خاصة	مدير مجمع شموع الامل للتربية الخاصة	السعودية
05	بن زعموش بوضياف نادية	دكتوراه	التربية الخاصة	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	ورقلة
06	خالد بوعافية	دكتوراه	علم النفس العصبي	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	ورقلة
07	عمر فندي الحميدان	دكتوراه	تربية خاصة	باحث في مجال التربية الخاصة الأردن	الأردن
08	محمد السيد عبد الرحمن حسن	دكتوراه	الصحة النفسية	كلية التربية - جامعة الزقازيق	مصر
09	طارق عبد المنعم شاهين	دكتوراه	الفئات الخاصة	الأكاديمية المهنية	مصر
10	زهير كحال	أخصائي نفسي	مدرب و مكون في التربية الخاصة	عضو اللجنة الوطنية للتربية المبكرة للأطفال المعوقين	قسنطينة الجزائر
11	ليلي ربحاوي	ليسانس أرطوفونيا	مدرية في مجال الإعاقة و التأهيل	مركز الدكتور نجيب موسي نجيب للتأهيل و الإستشارات	مصر
12	صبري الحبشي	دكتوراه	التوحد	مركز التوحد للكويت	الكويت
13	فريال بركة	طبيبة	مختصة في الأمراض العقلية والنفسية للأطفال و المراهقين Pédopsychiatre	مستشفى الأمراض العقلية والنفسية للأطفال و المراهقين	ورقلة

الخصائص السيكومترية لبطاقة الملاحظة

البعد الاول(سلوكيات إيذاء الذات)

الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,769	9

الثبات التجزئة

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,832
		N of Items	5 ^a
	Part 2	Value	,474
		N of Items	4 ^b
	Total N of Items		9
Correlation Between Forms			,944
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,971
	Unequal Length		,971
Guttman Split-Half Coefficient			,891

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005.

b. The items are: VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009.

Reliability

صدق الاتساق الداخلي

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,769	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	3,7391	19,656	,675	,740
VAR00002	3,8261	19,787	,757	,740
VAR00003	3,6522	19,510	,650	,739
VAR00004	3,8261	19,787	,757	,740
VAR00005	3,5652	18,984	,748	,729
VAR00006	3,7826	20,178	,578	,749
VAR00007	3,8696	21,755	,209	,775
VAR00008	3,7391	19,656	,675	,740
VAR00009	2,0000	5,636	1,000	,840

البعد الثاني (السلوكيات العدوانية)
الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00010	6,8636	31,171	,725	,721
VAR00011	6,9091	32,182	,542	,733
VAR00012	6,9091	31,229	,717	,722
VAR00013	7,0455	31,950	,631	,730
VAR00014	7,0000	32,095	,580	,732
VAR00015	7,1818	33,203	,487	,742
VAR00016	7,0455	33,284	,375	,745
VAR00017	7,0455	32,522	,520	,736
VAR00018	7,1364	32,409	,611	,733
VAR00019	6,8182	32,442	,495	,736
VAR00020	3,6818	8,894	1,000	,823

التجزئة النصفية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,799
		N of Items	6 ^a
	Part 2	Value	,519
		N of Items	5 ^b
	Total N of Items		11
Correlation Between Forms			,870
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,931
	Unequal Length		,931
Guttman Split-Half Coefficient			,822

a. The items are: VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015.

b. The items are: VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020.

البعد الثالث (السلوكيات النمطية)

الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,748	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00057	7,7826	28,269	,659	,718
VAR00058	7,9130	27,992	,753	,713
VAR00059	7,8696	28,209	,689	,716
VAR00060	7,6087	28,704	,607	,723
VAR00061	7,5652	29,439	,480	,732
VAR00062	8,0000	29,000	,602	,725
VAR00063	8,0870	31,083	,203	,749
VAR00064	7,7391	29,202	,480	,730
VAR00065	7,8696	28,937	,545	,726
VAR00066	8,0435	30,407	,328	,742
VAR00067	4,1304	8,028	1,000	,800

التجزئة النصفية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,818
		N of Items	6 ^a
	Part 2	Value	,463
		N of Items	5 ^b
Total N of Items			11
Correlation Between Forms			,863
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,926
	Unequal Length		,927
Guttman Split-Half Coefficient			,848

a. The items are: VAR00057, VAR00058, VAR00059, VAR00060, VAR00061, VAR00062.

b. The items are: VAR00062, VAR00063, VAR00064, VAR00065, VAR00066, VAR00067.

البطاقة المشكلات السلوكية الكلية
الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,849	32

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00068	29,5909	420,825	,746	,845
VAR00069	29,6818	423,084	,723	,845
VAR00070	29,5455	421,403	,682	,845
VAR00071	29,6818	423,370	,705	,846
VAR00072	29,4545	419,688	,729	,844
VAR00073	29,6364	425,671	,516	,847
VAR00074	29,7273	431,922	,201	,849
VAR00075	29,5909	420,825	,746	,845
VAR00076	27,8636	346,314	,915	,821
VAR00077	29,3636	423,100	,552	,846
VAR00078	29,4091	429,396	,252	,848
VAR00079	29,4091	425,110	,457	,847
VAR00080	29,5455	427,688	,358	,848
VAR00081	29,5000	423,690	,545	,846
VAR00082	29,6818	424,227	,652	,846
VAR00083	29,5455	420,831	,712	,845
VAR00084	29,5455	426,545	,417	,847
VAR00085	29,6364	422,814	,679	,845
VAR00086	29,3182	428,513	,294	,848
VAR00087	26,1818	343,680	,745	,828
VAR00088	29,3636	429,385	,251	,848
VAR00089	29,5000	421,976	,631	,845
VAR00090	29,4545	421,688	,631	,845
VAR00091	29,1818	422,156	,643	,845
VAR00092	29,1364	433,266	,079	,850
VAR00093	29,5909	423,396	,606	,846
VAR00094	29,6818	429,370	,333	,848
VAR00095	29,3182	425,942	,417	,847
VAR00096	29,4545	423,403	,547	,846
VAR00097	29,6818	426,227	,527	,847
VAR00098	25,5909	347,682	,756	,828
VAR00099	19,9091	193,325	1,000	,880

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,834
		N of Items	16 ^a
	Part 2	Value	,729
		N of Items	16 ^b
	Total N of Items		32
Correlation Between Forms			,944
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,971
	Unequal Length		,971
Guttman Split-Half Coefficient			,820

- a. The items are: VAR00068, VAR00069, VAR00070, VAR00071, VAR00072, VAR00073, VAR00074, VAR00075, VAR00076, VAR00077, VAR00078, VAR00079, VAR00080, VAR00081, VAR00082, VAR00083.
- b. The items are: VAR00084, VAR00085, VAR00086, VAR00087, VAR00088, VAR00089, VAR00090, VAR00091, VAR00092, VAR00093, VAR00094, VAR00095, VAR00096, VAR00097, VAR00098, VAR00099.