عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات

هبـــة المهـــتدي

رسالة ماجستير

القدس – فلسطين

2008/2007
1429هـ

فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات

إعـــداد:

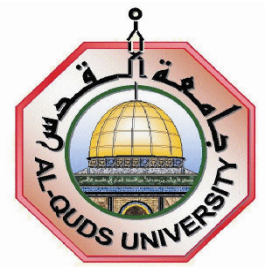
هبة المهتدي

بكالوريوس خدمة إجتماعية وعلم نفس من جامعة بيت لحم

المشرف: الدكتورة سمية الصايج

قدمت هذه الرسالة إستكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد التربوي والنفسي من دائرة التربية وعلم النفس / عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس

2008 - 1429



إجازة الرسالة

فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات

إسم الطالب: هبة المهتدي
الرقم الجامعي: 20410392

إسم المشرف: الدكتورة سمية الصايج

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 23 / 2 / 2008م من لجنة المناقشة المدرجة أسمائهم وتواقيعهم:

1- رئيس لجنة المناقشة: د. سمية الصايج التوقيع: ----------

2- ممتحنا داخليا: د. إياد الحلاق التوقيع: ----------

3- ممتحنا خارجيا: د. عبد عساف التوقيع: ----------

القدس – فلسطين
1429 / 2008م

الإهــداء

إلى من أستمد بإبتسامتهم صبري ومثابرتي

خالــد وكريــم

زوجي الغالي..... عبد الناصر

إقـــرار

أقر أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وأنها نتيجـــة أبحـــاثي الخاصة بإستثناء ما تمت الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقـــدم لنيل درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع:

الإسم: هبة المهتدي

التاريخ: 2008/2/23م،

شـــكر وعرفان

الحمد والشكر لله الذي أعانني على إنجاز هذا العمل المتواضع، الذي هو حصيلة جهد كبيـــر، وعمل تضافرت معه مساهمات وخبرات أكثر من فرد، لذلك كان من الواجـــب أن أرد هـــذا الفضل إلى أصحابه، وهنا أود التوجه بجزيل شكري وتقديري لكل من كان لهم الفـــضل فـــي إتمام هذه الرسالة وأود أن أخص بالذكر:

الدكتورة سمية الصايج التي أشرفت على هذه الدراسة، وعلى ما بذلته من جهد طيلـــة فتـــرة الإشراف، ولتوجيهاتها الكريمة وتعاونها ومؤازرتها التي تركت أكبر الأثر في إنجـــاز هـــذه الدراسة وإثرائها وخروجها بالشكل الذي هي عليه الآن، وإلى جامعة القدس على دورها الرائد في تقديم الإهتمام والتسهيلات للطلبة.

وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى عضوي لجنة المناقشة الدكتور عبد عساف والدكتور إيـــاد الحلاق على ما قاما به من جهد حثيث في مراجعة الدراسة وتقويمهـــا، ولتفـــضلهما بقبـــول المشاركة في مناقشة هذه الدراسة والعمل على إغنائها بخبراتهما، وإلى السادة أعضاء لجنـــة التحكيم على تفضلهم بقراءة أدوات الدراسة وإبداء ملاحظاتهم وإرشاداتهم القيمة التي كان لها الأثر في بناء أدوات الدراسة بصورتها النهائية.

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان والإمتنان إلى أساتذتي الأفاضل في دائرة التربية وعلـــم الـــنفس على ما بذلوه من جهود خلال فترة دراستي إضافة لتوجيهاتهم وإرشاداتهم القيمة خلال مسيرة الدراسة.

كذلك جزيل الشكر والتقدير للصديقة الغالية جزيل عوض على كل ما أبدته من تعاون ودعم، والزميلة الصديقة منى المحتسب على دعمها المتواصل...

لن أنسى فضل الإنسانة القديرة صاحبة الفضل أولا وأخيرا الطبيبة جمانة عـــودة – مـــديرة مركز الطفل السعيد التي لم تتوانى عن تقديم الدعم والمساندة لتصبح الفكرة حقيقة. وجهـــود طاقم المركز المتميزين.

وأخيرا أود أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير لأمهات الأطفال التوحديين من منتفعي مركـــزي الطفل السعيد وجبل النجمة لذوي الإحتياجات الخاصة على مشاركتهن القيمة والفعالة والتـــي قادت لإنجاز هذا العمل الذي أرجو أن يكون مقدمة أبحاث ودراسات الباحثين للعمـــل علـــى زيادة المعرفة والعلم.

لن أستطيع رد الجميل لكل أولئك ولو حرصت، فجزاهم الله عني خير الجزاء.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية:

برنامج إرشادي:

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة بأنه برنامج مخطط منظم يتضمن خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة لأمهات الأطفال التوحديين وذلك بهدف التوعية بخصائص سلوكيات أطفالهن وبالتالي تحسين التواصل والسلوكيات الإجتماعية مما يسهم في خفض السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن.

برنامج إرشادي سلوكي معرفي:

تم تحديد اطار البرنامج من ضمن النظرية المعرفية السلوكية، حيث أن الهدف الرئيسي للبرنامج يتحقق من خلال تحقيق عدة أهداف فرعية متمثلة بتزويد الأمهات بالمعلومات اللازمة عن إضطراب التوحد وأبعاده وكيفية التعامل معه وعرض لأسبابه وللنظريات المفسرة له، مع شرح للأسباب المختلفة التي يمكن أن تتبع في تدريب الأطفال التوحديين على المهارات المطلوبة، وتدريب الأمهات على الفنيات المستخدمة خلال البرنامج (المحاضرات، المناقشات "التعليم النفسي"، التحصين التدريجي، التدريب على حل المشكلات، التعزيز الذاتي والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية).

التوحد: وجدت عدة تعريفات علمية ومن أهمها:

يعد إضطراب التوحد بمثابة إضطراب نمائي عام للتعبير عن مشكلات نفسية حادة يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، يتضمن قصور حاد في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والإنفعالي والسلوك مما يؤدي لحدوث تاخر عام في العملية النمائية ويترك اثار سلبية متعددة على جوانب النمو المختلفة.

ويظهر الأطفال التوحديين أوجه قصور شديدة في التفاعل الإجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين واللعب بين الشخصي والتواصل.

التوحد: نوع من الإضطرابات النمائية يستدل على وجوده من خلال نمو غير طبيعي و/أو خلل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات، إضافة لوجود نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في ثلاث مجالات نفسية متمثلة بالتفاعل الإجتماعي، التواصل والسلوك المحدد المتكرر إضافة لشيوع وجود مشكلات متعددة وغير محددة مثل الرهاب (المخاوف المرضية) وإضطرابات النوم والاكل ونوبات هياج وعدوان موجه نحو الذات. (عكاشة، 1969)

تعرف الباحثة الطفل التوحدي إجرائيا هو كل طفل مصنف ومشخص على انه طفل توحدي داخل مؤسسة لذوي الإحتياجات الخاصة وبالتخصيص مركز الطفل السعيد.

السلوك الإنسحابي: Withdrawal Behavior

السلوك الإنسحابي سلوك غير توافقي يعني تحرك الطفل بعيدا عن الآخرين وإنعزاله عنهم وإنغلاقه على ذاته، وعدم رغبته في إقامة علاقات أو صداقات تربطه بهم او تجعله يندمج معهم، وإجتنابه للمواقف الإجتماعية التي تجمعه وإبتعاده عنها. (عبد الله ، 2001)

التمركز حول الذات: عدم قدرة الطفل على فهم الأشياء من أي وجهة نظر أخرى غير وجهة نظره هو، ويندهش الطفل نتيجة فهمه كيفية تفكير الآخرين والتي تختلف عن طريقته وهذا يجعله يعتقد أن لدى الآخرين نفس الأفكار والمشاعر التي لديه هو نفسه، ويعتقد أن الأشياء موجودة لتسليته هو، ولا يكون مشغولا بنفسه فقط إنما تجده يركز في نفسه وفي خبرته كل شيء، كما ينظر من خلال ذاته في تعامله مع الآخرين، ولا يستطيع أن يمثل وجهة نظرهم أو يضع نفسه مكانهم، ويضفي الطفل على الأشياء مشاعره ورغباته الخاصة ويتصور أن أفكاره ممكن أن تغير الأشياء وأن أفكاره وأفعاله شيء واحد لا فرق بينهم ونتيجة لأنه لا يرى الموقف من وجهة نظر الآخرين فهو لا يدرك كيف تؤثر أفعاله ومشاعره على مشاعر الآخرين ومن هذا المنطلق إذا سألت الطفل مثلا عن يده اليمنى واليسرى فإنه يجيب إجابة صحيحة تماما ولكن إذا سألته وأنت تقف بمواجهته عن يدك أنت اليمنى أو اليسرى فإنه سيعطيك إجابة خاطئة في المرتين لأنه لا يستطيع أن يضع نفسه مكانك أي لا يخرج عن منظوره هو الخاص (سليمان ، 2000)

تعريف منظمة الصحة العالمية "المراجعة العاشرة للتصنيف الولي للأمراض – تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية" ICD - 10: نوع من الإضطراب النمائي المنتشر يعرف بوجود نماء غير طبيعي أو مختل أو كليهما، يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات وبنوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الإجتماعي، التواصل، والسلوك المقيد التكراري ويحدث هذا الإضطراب بين الذكور بمعدل 3 أو 4 أضعاف حدوثه بين الإناث.

الملخص

هدفت الدراسة الحالية لقياس مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين (من مراجعي مركز الطفل السعيد) لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن وبالتالي بناء برنامج إرشادي جماعي سلوكي معرفي لزيادة وعي الأمهات بالسمات السلوكية لدى أطفالهن وتعزيز دمجهم الإجتماعي وتخفيف حدة سلوكهم الإنسحابي، ولتحقيق هذا الهدف إستخدمت الباحثة أداة من قسمين الأول لقياس مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن والثاني لقياس مدى فعالية البرنامج المتوقعة تبعا لمتغيرات (الجنس، عمر الطفل، صلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، مكان السكن، مستوى تعليم الأم، وجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد والمشاركة في برنامج إرشادي)، تم عرضه على عدد من المحكمين من ذوي الإختصاص العاملين في حقل الإرشاد النفسي، تكونت عينة الدراسة التجريبية من عدد 9 أمهات لأطفال توحديين من منتفعي مركز الطفل السعيد ومركز جبل النجمة لذوي الإحتياجات الخاصة، وتم إعتماد العينة بكامل عدد أفرادها كعينة تجريبية تم إختيارهم بطريقة قصدية، وإستخدمت الباحثة إستبانة وذلك لقياس مدى معرفة الأمهات لسمة السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن، تم تطبيق أداة القياس بعقد لقاء قبلي وبناءا على نتائج وتوقعات الأمهات من خلال الإجابة على اداة الدراسة تمت صياغة البرنامج الإرشادي ومن ثم تم تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي تم إعادة عرض أداة القياس من خلال فحص بعدي لمعرفة أثر البرنامج وقياس الفروق قبل البرنامج وبعده.

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، باستخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على الإستبانات وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (paired samples t-test)، واختبار (ت)(**Independent Samples Test**) وتحليل التباين الأحادي (one – way ANOVA) ومعامل الارتباط بيرسون. واستخدم معامل الثبات كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة، وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية تعزى لفعالية البرنامج الإرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق

البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

وفي ضوء هذه النتائج خلصت الباحثة بمجموعة من التوصيات تمثلت في الدعوة إلى ضرورة إطلاع الباحثين والأخصائيين على أهم سمات السلوك الإجتماعي للأطفال التوحديين والمتمثلة بسمة السلوك الإنسحابي وحث الباحثين لعمل دراسات تجريبية وذلك لمساعدة الأخصائيين وأمهات الأطفال التوحديين في علاج سمة السلوك الانسحابي من خلال تبني أدوات تقييم موضوعية تمكن من إعداد تدخل مبكر وتقييم التقدم والتحسن في شخصية الطفل التوحدي وبالتالي مساعدة أمهات الأطفال التوحديين في علاج سمات السلوك الإنسحابي وتعزيز دمج الأطفال إجتماعيا والتواصل والتفاعل مع البيئة المحيطة. من خلال برامج تدريبية مكثفة ولمدة زمنية أطول حيث تبرز أهمية الفترة الزمنية للتطبيق نظرا لطبيعة الإضطراب وصعوبة التواصل مع الطفل التوحدي.

Abstract

This study aims to measure the knowledge of mothers of Autistic children (Clients of The Palestinian Happy Child Centre for Special needs) for the traits of withdrawal Behavior for their children in order to build a Behavioral and Cognitive counseling Program to increase the awareness of the behavioral traits of their children and empower their social integratment and relieve the strong withdrawal behavior they have, and to achieve this goal the researcher used a tool two parts, First to measure the knowledge of the Autistic mothers the traits of the withdrawal behavior of their children, Second to measure the effectiveness of the expected program according to the variables (Sex, age, relatives between parents, residence, , Mothers Education level, members of family with same disorder , participating in counseling program), These tools were investigated by a number of referees and related to specialization taking their notes into consideration and make the required changes.

The study case consist 9 mothers of Autistic Children (clients of the Palestinian Happy Child and Jabal Al Nejmeh centers for Special needs), the researcher used a questionnaire to measure the mothers knowledge of the withdrawal behavior traits of their children.

A pre – test was done through a previous session and according to the results of mothers expectation, a counseling program was prepared and implemented with the experimental group, and after implementing the counseling program post-test was made to measure the effectiveness of the program before and after the sessions.

Results showed that there are no significant differences at the level ($\alpha \leq 0.05$) in the mean of the effectiveness of counseling program for mothers of Autistic children decrease the withdrawal behavior for their children before and after the program due to the variants (Sex, age, relatives between parents, residence, , Mothers Education level, members of family with same disorder, participating in counseling program), The reliability with its different dimensions was.

According to the results, the researcher came back to a number of recommendations which are: The importance of knowledge of researchers and specialists for the most social behavior traits which is The Withdrawal Behavior, and to experimental studies to help the specialist and Autistic mothers in the treatment of the withdrawal Behavior through adopting diagnosing and testing tools that be able to make early intervention and evaluate the progress in the personality of Autistic children in order to help

Autistic Mothers to deal with their children's withdrawal Behavior and empower integrating children with social life through an intensive and long term programs, where it shows the importance of the implementation according to the Autistic disorder and the difficulties in dealing with Autistic Child.

الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة

1.2 مشكلة الدراسة

1.3 أسئلة الدراسة

1.4 فرضيات الدراسة

1.5 أهداف الدراسة

1.6 أهمية الدراسة

1.7 محددات الدراسة

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

يعد الإهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الإهتمام هو في الواقع إهتمام بمستقبل الأمة، فإعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغير السريع الذي نعيشه، إن مرحلة الطفولة بما لها من أهمية، من حيث الخصائص والمعدلات النمائية في حياتنا، تستوجب أن لا يكون الطفل خلالها عرضة لإضطرابات عنيفة تؤثر على شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد، ولا بد أن نضمن له مناخ هادىء مستقر يسوده الهدوء والإستقرار النفسي، وحيث أن مرحلة الطفولة تعد فترة حساسة أكثر من أي مرحلة عمرية أخرى فإن الطفل يكون فيها أكثر عرضة وإستهداف لنمو أشكال من السلوك الدال على سوء التوافق النفسي

ويواجه الطفل اليوم في العالم المعاصر وفي ظل الألفية الثالثة العديد من الإضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأطفال كغيرهم في المراحل النمائية الأخرى. (ببلاوي، 2002)

يحظى ذوي الإحتياجات الخاصة اليوم بقدر كبير من الإهتمام على كافة المستويات الدولية والإقليمية والمحلية بهدف رعايتهم والنهوض بتربيتهم وتحسين ظروف معيشتهم، آخذين بالإعتبار ضرورة إدماجهم مع الآخرين في المجتمع. وإحدى هذه الإحتياجات فئة الأطفال التوحديين التي لم تنل حظها من الإهتمام ولا حتى على مستوى المجال البحثي في فلسطين، إذ نشأ إهتمام لدى الغرب بهذه الفئة متمثل بكم من الأبحاث والدراسات التشخيصية بالخصوص، إضافة لخدمات عديدة يتم تقديمها لهم ولأسرهم من خلال توفير المدارس الخاصة والجمعيات والمراكز، علما بأن هذه الفئة ما زالت تتعامل على أنهم متخلفون عقليا ويتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية على هذا الأساس، إضافة لعدم توفر مراكز متخصصة للتعامل معهم.

إن تقديم الخدمة المتكاملة لهؤلاء الأطفال لا يتم الا بارشاد الاسرة وخاصة الام حيث تضطلع بدور اساسي في توجيه الطفل وتشكيل سلوكه، حيث انها تتناول فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تكاد ان تكون مهملة في مجتمعنا العربي اضافة لندرة الدراسات العربية التي تتناول اضطراب التوحد

عامة، على الرغم مما تناله من اهتمام في البلدان المتقدمة، وعليه فإن الدراسة الحالية ستقدم مقياس للسلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال يمكن إستخدامه في التشخيص المبكر لحالاتهم مما ييسر تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المختلفة لهم.

أكدت بعض الدراسات الطبية ومنها دراسات المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية 1998 بأن إضطراب التوحد يصيب الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهرا، ويصيب أربعة لخمسة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل، وتتضاعف إصابة البنين قياسا بالبنات من ثلاث إلى أربع مرات، وهو بالتالي إضطراب يستمر مدى الحياة، وتشير الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) إلى أن معدل الإنتشار جعل منه ثالث أكثر الإضطرابات النمائية شيوعا، ويعد أكثر شيوعا من زملة أعراض داون.
نظرا لأن الدراسات التي أجريت على هذه الفئة في المجتمع العربي وخاصة التجريبية منها غير متوفرة في معظم الأقطار العربية، بناءا على البحث الذي أجري من قبل الباحثة فإن البحث الحالي كدراسة تجريبية قد يساعد على توعية الأمهات لفهم هذا الإضطراب وطريقة التفاعل مع الأطفال التوحديين. من خلال تصميم برنامج ارشادي يمكن من خلاله التواصل الاجتماعي بين الاطفال التوحديين وامهاتهم وبالتالي تبيان اثر ذلك في خفض مستوى السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين.

تم تحديد إطار البرنامج المقترح من ضمن النظرية المعرفية السلوكية، فالهدف الرئيس للبرنامج يتحقق من خلال عدة أهداف فرعية تتمثل بالفحص القبلي من خلال إستبانة تبين مدى معرفة الأمهات بسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ومن ثم تزويد الأمهات بالمعلومات اللازمة عن إضطراب التوحد وأبعادها وكيفية التعامل معها وعرض لأسبابها وللنظريات المفسرة لها، مع شرح للأساليب المختلفة التي يمكن أن تتبع في تدريب الأطفال التوحديين على المهارات المطلوبة، وتدريب الأمهات على الفنيات المستخدمة خلال البرنامج (المحاضرات والمناقشات "التعليم النفسي"، التحصين التدريجي، التدريب على حل المشكلات، التعزيز الذاتي والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية)

إن تناول هذا الإضطراب بالدراسة سعيا وراء الفهم تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز الطفل فيها حول ذاته مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل التوحدي يثبت عندها، كما أننا نستطيع أن نرى النكوص إلى هذه المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) يحدث في مرضى الفصام مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى جزئيا مرحلة إضطراب التوحد وإستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع ثم عاد

إلى النكوص لتلك المرحلة (التمركز حول الذات) آخذا معه بعض خصائص المراحل المتقدمة. (سليمان، 2001)

1.2 مشكلة الدراسة:

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة على النحو الآتي " مدى فعالية البرنامج الإرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين" وقد إنبثق عن مشكلة الدراسة الأسئلة التالية:

1.3 أسئلة الدراسة:

1.3.1 السؤال الأول: هل توجد فروق في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

1.3.2 السؤال الثاني: هل توجد فروق في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

1.3.3 السؤال الثالث: هل توجد فروق في المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

1.4 فرضيات الدراسة:

إنبثق عن السؤال الأول الفرضية الصفرية التالية:

1.4.1 الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

إنبثق عن السؤال الثاني الفرضيات الصفرية التالية:

1.4.2 الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

1.4.3 الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى عمر الطفل.

1.4.4 الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى صلة القرابة بين الأم والأب.

1.4.5 الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى ترتيب الطفل في الأسرة.

1.4.6 الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مكان السكن.

1.4.7 الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك

الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مستوى تعليم الأم.

1.4.8 الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى وجود أقارب آخرين مصابين بإضطرابات أخرى.

إنبثق عن السؤال الثالث الفرضية الصفرية التالية:

1.4.9 الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

1.5 أهداف الدراسة:

تقدم الدراسة الحالية دليل تدريبي يحتوي على البرنامج الإرشادي المقترح المبني على إحتياجات الأمهات حسب الفحص القبلي، وعليه من الممكن تحديد أهداف هذه الدراسة :

1) تحديد مدى فاعلية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات.

2) زيادة وعي أمهات الأطفال التوحديين لإضطراب أطفالهن وما يرافقه من سلوك وبالتالي تأثير وعيهم على دمج أطفالهن وتخفيف حدة السلوك الإنسحابي لديهم.

3) التحقق من مدى فاعلية الإرشاد الجماعي كنوع من أنواع الإرشاد النفسي لأمهات الأطفال التوحديين.

1.6 أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها تبحث في مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين لسمات السلوك الإنسحابي لدى اطفالهن وبالتالي كيفية التعامل والتواصل مع الأطفال التوحديين والعمل على تخفيف حدة سلوكهم الإنسحابي وتعزيز تواصلهم وتفاعلهم مع البيئة المحيطة، مع زيادة الوعي بالسمات النفسية والإجتماعية وزيادة وعي الأمهات من خلال تأهيلهن وتعزيز خبراتهن في التعامل مع أطفالهن التوحديين من خلال المشاركة بالبرنامج الإرشادي الذي يقوم بالأساس على فكرة تبادل

الخبرات وبالتالي زيادة الوعي بخصوصية إضطراب التوحد وأيضا يمكن النظر لأهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي:

1- تعد الدراسة التجريبية الأولى من نوعها من حيث الموضوع والأسلوب التجريبي في فلسطين، حيث لا توجد دراسات تجريبية بحثت في فعالية برامج إرشادية لتخفيف حدة السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين.

2- تساعد الدراسة الحالية من خلال تنفيذ البرنامج الإرشادي للأمهات في تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الإجتماعي لأطفالهن التوحديين.

3- قد تسهم الدراسة الحالية في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين لإندماجهم مع الآخرين في المجتمع.

4- تشكل الدراسة مرجعية علمية لدى المرشدين النفسين في مساعدتهم على تنفيذ برنامج إرشادي.

1.7 محددات الدراسة:

اقتصرت هذه الدراسة على المحددات التالية:

1.7.1 محدد مكاني: أجريت هذه الدراسة في مدينة رام الله – مركز الطفل السعيد الفلسطيني.

1.7.2 محدد زماني: طبقت هذه الدراسة في العام الدراسي 2008/2007 تم تنفيذ البرنامج بواقع (16) ساعة تدريبية موزعة على (7) لقاءات مدة كل من اللقاء الأول، الثاني، الثالث، والخامس بواقع ساعتين، اللقاء الرابع بواقع 3 ساعات واللقائين السادس والسابع بواقع ساعتين ونصف الساعة. ولمدة شهر ونصف متتالين.

1.7.3 محدد بشري: إقتصرت الدراسة على عينة قصدية من أمهات الأطفال التوحديين من منتفعي مركزي الطفل السعيد وجبل النجمة لذوي الإحتياجات الخاصة في مدينة رام الله وعدد العينة 9 أمهات لأطفال توحديين.

1.7.4 محدد إجرائي: الأداة التي تم إستخدامها وهي عبارة عن إستبانة من قسمين الأول لقياس مدى معرفة الامهات لسمات السلوك الإنسحابي لدى الطفل التوحدي والثاني لقياس مدى فعالية البرنامج المتوقعة من الأمهات المشاركات، وتم تصميم الأداة بالإعتماد على الأدبيات والمراجع السابقة، وتعتمد النتائج على صدق وثبات الأداة من خلال عرضها على محكمين من ذوي الإختصاص في مجالات الإرشاد والصحة النفسية.

1.7.5 محدد مفاهيمي: المفاهيم والمصطلحات الواردة في هذه الدراسة.

الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 الإطار النظري

2.2 الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 المقدمة:

تستعرض الباحثة في هذا الفصل الإطار النظري الذي تناول موضوع التوحد من حيث التعريف، البدايات التاريخية لدراسة التوحد، إنتشاره، توضيح لأسبابه، طرق تشخيصه، إضافة لإستعراض البرامج العلاجية المقدمة للاطفال التوحديين كما ويتناول أيضا الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية التي تناولت إضطراب التوحد.

2.1.1 الإطار النظري:

من الملاحظ عند البحث في التوحد أنه ونظرا لصعوبة التشخيص، لم تلاقي فئة التوحدية الكثير من الإهتمام حتى ظهور الطبعة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1987) ثم صدور الطبعة الرابعة من الدليل عام 1994، مع توضيح العديد من الدراسات الطبية أن السبب الرئيس لهذا الإضطراب لا يزال غير معروف للآن، وقد إختلفت الآراء فمنها من أشار إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في إضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ، ومنها من أشار إلى أنه من الأكثر إحتمالا أن يكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحدية، كذلك فيما يخص التشخيص ومن يقوم به من أطباء الأطفال أو الأخصائيين النفسيين المدربين أو أطباء نفس الأطفال أو أطباء الأعصاب، وتم الإجماع على أن التشخيص الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد وسلوكهم ومستوياتهم النمائية، هذا بالتالي يشير إلى أن التوحدية تعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية تم تحديدها بإضطرابات عامة في التفاعل الإجتماعي وإضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وإنغلاق على الذات وضعف في الإنتباه المتواصل للأحداث الخارجية.

حددت الجمعية الأمريكية للتوحدية (1999) خمسة مجالات لأوجه القصور التي يعاني منها الأطفال التوحديين منه تتمثل في مجالات التواصل، والعلاقات الإجتماعية، اللعب، العمليات الحسية والإدراكية، والسلوك حيث يكون سلوكهم نمطيا يسوده التكرار والترديد، ومن هذا المنطلق ينسحب

الطفل التوحدي من التفاعلات بشكل ملفت حيث يظل يلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات ورق أو قطعة من رباط حذاء أو ما شابه ذلك فيبدو منصرف عن العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله، كذلك فهو شخصية منغلقة يلتفت دائما إلى داخله، وينشغل إنشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير في الخيال، وهو ما يجعله ينسحب بشكل شبه تام من أي تفاعلات إجتماعية مع الآخرين، ومن ثم يصبح شديد الإنطوائية وكثير التوتر بل هو الأكثر توترا قياسا بأقرانه من ذوي الإضطرابات النمائية الأخرى، إضافة لأن إضطراب المهارات الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال يزيد من تلك العقبات التي تصادفهم في سبيل تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين ويجعلهم غير قادرين على الإندماج في اللعب الجماعي معهم أو مشاركتهم في الأنشطة الجماعية أو تكوين صداقات حميمة معهم، وهو الأمر الذي يدفع بهم لتجنب الإتصال بهم وبالتالي الإنسحاب عنهم.

إن السلوك الإنسحابي يعد من أهم ما يميز الأطفال التوحديين حيث يتسمون بالإستغراق المستمر في الإنغلاق الكامل على الذات والتفكير المتميز بالإجترار الذي تحكمه الحاجات الذاتية والذي يبعدهم عن الواقع، وعن كل ما حولهم ومن حولهم من مظاهر وأحداث وأفراد ويجعلهم دائمي الإنطواء والعزلة، ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في محيطهم النفسي مما يصبح من غير الممكن معه تكوين أي علاقة مع غيرهم من الأطفال مما يترتب عليه فقدان التفاعل الإجتماعي. (مطر، 2001)

إن الأطفال التوحديين يتسمون بدرجة من الوعي الإجتماعي أكثر إنخفاضا من أقرانهم ذوي الإضطرابات النمائية الأخرى وفي مقدمتهم المعاقين عقليا، وحتى الذين يعانون من إضطرابات في الفص الجبهي الأمامي وهو ما يجعلهم أقل قدرة على مسايرة الآخرين، ومن ثم يكونوا أكثر إنسحابا من المواقف الإجتماعية المختلفة.

إن التوحد مصطلح يستخدم لوصف إضطراب من إضطرابات النمو يتميز إلى جانب القصور في الإدراك وتأخر أو توقف اللغة بالنزعة الإنطوائية الإنسحابية التي تعزل الطفل الذي يعاني منه عن الوسط المحيط، بحيث يعيش منغلقا على نفسه لا يكاد يشعر بما حوله ومن يحيط به في البيئة المادية والإجتماعية، وإلى جانب ذلك فإن هذه الحالة تتميز بشكل خاص بعدم القدرة على الإنتماء للآخرين حسيا أو لغويا، وإضطراب الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على الإتصال أو التعلم أو المشاركة في الأنشطة الإجتماعية وهو مايؤثر سلبا على العلاقات الإجتماعية مع الآخرين التي تتأثر أيضا بعدم قدرتهم على التعلق أو الإنتماء. (ياسين،1986)
وفي دراسة أجريت في بداية الستينيات "كريك وآخرون"، تم وضع تسع نقاط كقائمة يمكن إستخدامها في تشخيص الأطفال التوحديين، من هذه النقاط نلاحظ القصور الشديد في العلاقات الإجتماعية بحيث

يكون هؤلاء الأطفال بمعزل عن الآخرين فلا يقيمون معهم سوى إتصالات قليلة وعلاقات ضـــعيفة، كما أنهم يهيمون على وجوههم في أرجاء الحجرة التي يوجدون بها، ولا يعيرون الآخرين أو ما يفعله هؤلاء الآخرين أي إهتمام، ولا يستجيبون لهم أو لما يبدونه من محاولات التقرب إلـــيهم والتعامـــل معهم، الإنسحاب الإجتماعي والقصور الشديد في العلاقات الإجتماعية لا تزال من السمات الأساسية المميزة للأطفال التوحديين حيث تظهر عليهم أعراض الإنسحاب الإجتماعي، والإنطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين حيث ينفصل الطفل عن الواقع بشكل شديد لا يستطيع معه أن يقيم علاقات إنفعالية مع الآخرين، ويعاني من نقص الآستجابة لهم والإهتمام بهـــم. (كامل،1998)

أوضحت دراسة فيما يخص النقص بالإستجابة، عبد الحميد و كفافي(1991) أن الطفل التوحدي يتسم بعدم الإهتمام بالآخرين، والفشل في الإستجابة لمحاولات تدليله من قبلهم، ونقص إنتباهه إليهم، وعدم إلتقاء عينيه بعيونهم إلى جانب اللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة التي يبدونها له فيعمل علـــى تجنبهم ويبدي عدم رغبة في صحبتهم، وقد يرجع إنسحاب الطفل التوحدي من البيئة الإجتماعية إلى ما يعانيه من قصور شديد في إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين مما يدفع به إلى الإنعزال عـــنهم والتقوقع على ذاته.

نظرا للتركيز على دور الوالدين وأهميته في تنمية قدرات الأطفال التوحديين وتأهيلهم، فقد ظهـــرت الحاجة إلى إرشاد وتدريب الوالدين للقيام بهذا الدور حيث تكون المعلومات المتوفرة لديهم عن طبيعة الإضطراب وأبعاده قاصرة وغير مترابطة فيصعب الإستفادة منها، كما أنهما قد يجهلان في بعـــض الأحيان الخطوات أو الإجراءات التي يجب أن يسيرا وفقا لها فيصبح الحصول على المعلومات فـــي هذه الحالة أمرا هاما بالنسبة لهما حتى يتمكنا من القيام بدور فعال في هذا الصدد ويـــزداد تقبلهمـــا لطفلهما، ونظرا لأن الأم تعد هي الأقرب إلى الطفل والأكثر تعاملا معه وإحتكاكا به، وهي المسؤولة بدرجة كبيرة عن تلبية إحتياجاته اليومية فهي في حاجة ماسة إلى التدريب على التعامل الـــسليم مـــع طفلها وتشجيعه على إكتساب السلوك الإجتماعي المرغوب والتخلص من مظـــاهر الـــسلوك غيـــر المرغوب، والدفع بالطفل إلى الإندماج مع الآخرين حيث يؤدي تدريب الأم على أســـاليب التعامـــل المناسبة مع طفلها إلى الإرتقاء بمستواه الأدائي السلوكي الفردي والجماعي، ويتمثل أهم ما تحتاجـــه الأم في هذا الإطار في الوقوف على أساليب التعامل التي تناسب طفلها وتعينه على إكتساب العديـــد من الأنماط السلوكية الملائمة.

إن إشتراك الأسرة وخاصة الأم في برامج من هذا القبيل يمثل الأساس القاعدي الذي تنطلـــق منـــه الخدمات المختلفة التي يمكن تقديمها لهؤلاء الأطفال، إذ أن هذا الإجراء يساعدهم في إكتساب مهارات

عديدة وتنميتها بشكل أفضل. وتعتمد هذه البرامج على مسلمات أساسية ترى أن الطفل يعد عضوا في النسق الأسري، وأنه كعضو في هذا النسق يأتي على رأس أولويات وإهتمامات الأسرة، وأن مثل هذه البرامج تسمح للأسرة بالتدخل لمساعدة الطفل حتى لا تشعر الأسرة بالتقصير تجاهه وهو ما يعطي فرصة للأسرة لتحديد طبيعة الخدمات والمساعدات التي تقدمها له.

أشارت دراسة هيلر وآخرون Heller, etc (1997) أن الأم تعد الأكثر تأثرا بإضطراب الطفل، والأكثر تعرضا للضغوط النفسية الناتجة عن تعاملها معه، وهو الأمر الذي يحتم ضرورة إرشادها حيث أن عدم وعيها بطبيعة الإضطرابات أو بالأساليب المناسبة للتعامل مع الطفل يؤدي إلى إحباط تلك الجهود المبذولة للإرتقاء بسلوك هذا الطفل، كما أن مشاركتها لطفلها لا تؤدي فقط إلى تحسين سلوكه بل تخفف أيضا من تأثير الإضطراب عليها وعلى أسرتها، وبالتالي أصبح من الواضح أن تقديم خدمة متكاملة للأطفال لا يتم ما لم يتضمن توجيه الأسرة وإرشادها إلى ذلك وخاصة الأم.

إن تقبل الوالدين للطفل وخاصة تقبل الأم له وإبدائها مزيدا من الإهتمام به وإثارته للعب معها وذلك من خلال الفهم الكامل من جانبها لظروف هذا الإضطراب، وتبصيرها بالأساليب التربوية المناسبة لتلبية حاجة طفلها والتواصل معه، وإطالتها من النظر في عينيه وهي تتحدث إليه حتى يتعود على ذلك مع تقديم التدعيم المناسب لكل سلوك ملائم به، وعدم قيامها بإحداث أي تغيير في روتين حياته أو بيئته قد يعمل على تطوير قدرته على إقامة علاقة معها ومع الآخرين حيث يدفع به إلى التفاعل معها وإبداء قدر من التعلق بها وإقامة علاقات فعلية معها ثم مع أطفال آخرين. ويمكنها في سبيل ذلك أن تبدأ بتنمية بعض المفردات اللغوية كأداة للإتصال بالغير والتخلص من عزلته مع تنمية بعض المهارات الإجتماعية التي قد تعينه على ذلك إلى جانب الإهتمام ببعض الألعاب التي قد تنبع من إهتماماته كعمل عقد من الخرز، أو إستخدام الصور أو الحروف أو المكعبات، إضافة إلى ذلك يمكن للأم أن تستخدم بعض القصص المسلية لهذا الغرض، وأن تشركه معها في أداء بعض المهام المنزلية البسيطة، وأن تساعده على أن يقوم بإعداد أدواته وملابسه بنفسه، وتعد هذه الطريقة الأساس لتكوين العلاقة الحميمية الأولى للطفل والتي قد يستطيع من جراءها أن ينفتح على الآخرين وأن يقيم معهم علاقات إجتماعية مناسبة. (ابو السعود، 2000)

تعد الدراسة الحالية بمثابة محاولة لتقديم برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات عينة من الأطفال التوحديين بغرض تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الإجتماعي لأطفالهن مما قد يؤدي للحد من سلوكهم الإنسحابي وبالتالي مساعدتهم للإندماج مع الآخرين في المجتمع.

وتهدف الدراسة الحالية بالتالي للتحقق من فعالية البرنامج المقترح والمقدم لأمهات الاطفال التوحديين في تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الإجتماعي المقبول لهؤلاء الأطفال من خلال زيادة

وعي الأمهات بطبيعة هذا الإضطراب وأبعاده، وإلقاء الضوء على أهم نواحي القصور في السلوك الاجتماعي للاطفال التوحديين تمهيدا لتنميتها، والتعرف على أهم الأساليب للتعامل مع هؤلاء الأطفال مما قد يسهم في تشكيل سلوكهم الإجتماعي وتفاعلاتهم الإجتماعية والحد بالتالي من سلوكهم الإنسحابي، الذي بدوره يساعدهم على الإندماج مع الآخرين في المجتمع.

2.1.2 البداية التاريخية لدراسة التوحد:

يعتبر الطبيب النفسي كانر Kanner (1943) أول من أشار للذاتوية "إعاقة التوحد" على أنه إضطراب يحدث في مرحلة الطفولة، من خلال ملاحظة 11 طفل مضطربون يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصاميين، وقد سمى كانر ما لاحظه من أعراض بالذاتوية الطفلية الباكرة Early Infantile Autisim نظرا لملاحظة وحدة ذاتوية متطرفة لا تسمح بأي مدخلات للطفل من الخارج، معتبرا أن الوحدة الذاتوية هي أكثر الأعراض أساسية، إضافة لملاحظة أن لدى الأطفال عجز منذ بداية حياتهم في التواصل مع الآخرين بالطريق المعتادة، مع محدودية اللغة لديهم، والإبقاء على ما حولهم دون تغيير،

كما ذكر في (خطاب، 2005) إشترك ريملاند وآخرون Rimland, etc. (1964) بوصف ليو كانر، ولكن لم يتم قبول إسم الإضطراب في الإصطلاحات التشخيصية الرسمية حتى نشر DSM III (1980)، ومن ثم DSM IV حيث تم تصنيف الإضطراب الذاتوي التوحدي على أنه أحد إضطرابات النمو المنتشرة، Pervasive Developmental Disorder ،

لقد مرت مرحلة تسمية الإضطراب بعدة مصطلحات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) والتي هي على النحو التالي:

فصام الطفولة المبكرة Early Infanile Autism.

إجترارية الطفولة المبكرة Early childhood Autism

ذهان الطفولة Children Psychosis

النمو غير السوي (الشاذ) Atypical Development

نمو (أنا) غير سوي Atypical Ego Development (الخطاب، 2005)

ويرى السيد (2002) أنه من الناحية التاريخية قد تم إستخدام مصطلح إعاقة التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام خاصة الفصام في مرحلة الطفولة أو فصام الطفولة Childhood schizophrania، حيث يستخدم مصطلح (إعاقة التوحد) كوصف لصفة الإنسحاب لدى الفصاميين، ومن ثم للدلالة على إضطراب الذاتوية.

تضم مجموعة إضطرابات النمو الشاملة والواردة ضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (1994)، 4 إضطرابات متمثلة بالتوحد Autism، الإسبرجرز، أعراض ريت Asperger & Rett، ، إضطرابات النمو التحليلي أو التفسخي Children Disintergrative Disorder، إضطرابات النمو غير المحدودة Pervasive Developmental Disorder – Nos (PDD-NOS).

عند البحث في تعريف واضح ومحدد لإضطراب التوحد نجد أن العديد من الباحثين ممن اتفقوا أو إختلفوا بالآراء قد تشابهت تسميات البعض وإختلفت مجتهدين بوضع أسس لتعريفاتهم، وهذا التوافق والإختلاف يعني أن هنالك إشكالية في الإتفاق على مصطلح واحد يستخدم للتعبير عن إعاقة التوحد، ورغم ذلك يجد القاريء للعديد من المراجع التي بحثت بالخصوص أن مصطلح التوحد هو الأكثر إستخداما في الآونة الأخيرة ولكن شيوع إستخدامه ليس دلالة على دقة التعبير عن مضمون الإضطراب.

تعرفه ماريكا (1990) Marica بأنه مصطلح يشير إلى الإنغلاق على النفس والإستغراق في التفكير وضعف القدرة على الإنتباه والتواصل وإقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود نشاط حركي مفرط.

ريتفو و فريمان (1978) ,Ritvo & Freeman ، (أوجدوا تعريف تبنته الجمعية الوطنية للأشخاص التوحديين) من خلال توضيحهم لخصائص وصفات الشخص التوحدي قبل ثلاثين شهر من عمره ومتمثلة بإضطراب في سرعة النمو أو مراحله، إضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية إضافة لإضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية كذلك إضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات. (السيد، 2001)

إن الطفل التوحدي Autistic Child هو طفل منسحب بشكل متطرف، قد يجلس الطفل التوحدي يلعب لساعات بأصابعه أو بقصاصات الورق، منصرف عن العالم لعالم خاص به من صنع خيالاته، (الخطاب، 2005)

أما من وجهة نظر الشخص والدماطي (1992) فإن التوحد يعني إضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين 30 – 42 شهر من العمر) ويؤثر في سلوكهم حيث يمتاز هؤلاء بالإفتقار إلى الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح إضافة لصفة الإنطواء

وعدم الإهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر ويطلق على هذه الحالة أيضا (فصام الطفولة) Infantile Autism أو زملة كانر Kanner's Syndrome .

يرى فراج (1994) كما ذكر في خطاب (2005) أن إعاقة التوحد مصطلح لوصف إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بالقصور في الإدراك وتأخر أو توقف النمو إضافة لنزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل عن محيطه.

أما شعلان (1979) فقد صنف التوحد ضمن الإضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة ، مركزا على الأعراض ويقتصر في تناوله لأذهنة الطفولة المبكرة على نوعين يطلق على الأول وهو "اعاقة التوحد" تسمية الذهان الذاتوي Autistic Psychosis ويرى "شعلان" أن من الممكن تسميته أيضا بالذاتوية الطفلية المبكرة Early Infantile Autism. (عبد الرحمن، 2002)

وتتفق كريستين مايلز، Kristen Mayles (1994) بأن التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل أي علاقة مع الآخرين وهذا لا ينطبق على حالات الأطفال الذين لديهم تلف دماغ Brain Damage الذي يعتبر هو المسؤول عن عدم تواصلهم، كذلك يصيب التوحد الأطفال من أي مستوى من الذكاء، فقد يكونوا طبيعين أو أذكياء جدا أو متخلفين عقليا.

إتجه البعض في وصف التوحد على أنه إضطراب واضح في التطور الإجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية Stereotyped Behaviour، زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة، مع التأكيد على حقيقة أن التوحدية غالبا ما تتسم بالشذوذ في التفاعل الإجتماعي والإتصال. (الخطاب، 1994)

يرى خطاب (2005) أن بوير (Bauer) وفريث (Frith) وهم من أهم الباحثين بمجال إضطراب التوحد قد إتفقوا على أن التوحد هو أحد الأشكال الحادة جدا والشديدة ضمن مجموعة من الإضطرابات التي تسمى الإضطرابات النمائية المنتشرة Pervasive Developmental Disorders وتعرف بالإختصار PDDS ، والتي تتميز بأن المصابين بها يعانون من أوجه قصور في الصلات الإجتماعية، ومهارات التواصل، إضافة لوجود أنشطة غير سوية وسلوكيات طقوسية ونمطية، وضعف في مهارات اللعب.

كذلك خلق ربط لدى الباحثين بين الإضطرابات النمائية المنتشرة مع ظهور بعض الإضطرابات ذات الأساس النيورولوجي العصبي، والتي ترجع أصوله للعديد من الأسباب المتداخلة في أسبابها مع إعاقات نمائية مختلفة مثل التخلف العقلي، إضطرابات النشاط الزائد مع قصور الإنتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorders ويعرف ADHD ، إضافة للصرع.

أما تعريف بدر (1997) للتوحد بأنه إضطراب إنفعالي من العلاقات الإجتماعية مع الآخرين، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة مؤثرا في العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.
لقد تبنى معمور(1997) تعريف ماريكا Marica (1995) مصطلح الأوتيزم على أنه يشير إلى الإنغلاق على النفس والإستغراق في التفكير و ضعف القدرة على الإنتباه و ضعف القدرة على التواصل و ضعف إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، بالإضافة لوجود نشاط حركي مفرط.
حسبما يرى خطاب (2005) خلاصة طرح الباحثين بخصوص إضطراب التوحد بأنه أحد الإضطرابات المنتشرة والتي تتميز بعدة أعراض متمثلة نمو غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات. مع إضطراب في الإستجابة للمثيرات الحسية، إضطراب في الكلام واللغة، شخصية مغلقة والتفات لداخل الذات، والإنشغال بالحاجات والرغبات الخاصة، والمشبعة على مستوى الخيال، أنماط سلوكية (نمطية متكررة)، شذوذ في التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين.

2.1.3 إنتشار إضطراب التوحد:

نظرا للتباين في المحكات المستخدمة في تشخيص إضطراب التوحد، وعدم وجود أدوات تشخيص تعتمد على التقدير الموضوعي، إختلفت نسب إنتشار إضطراب التوحد، إلا أن تعدد الدراسات وتنوع المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات، إضافة إلى الأطر النظرية ذات العلاقة قد تعطي مؤشرا علميا يمكن الوثوق فيه. (بن صديق،2005)

حيث أظهرت الدراسة التي أجراها مورنو(Murno,2003) معتمدا فيها على معايير الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM-IV) للإضطرابات العقلية لجمعية الطب النفسي الأمريكية لتشخيص التوحد تم التوصل لوجود (2–5) حالة لكل (10,000) ولادة طبيعية، وهذا يؤكد بالتالي ما جاء به الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM-IV) الذي يشير إلى أن حوالي (خمسة) أطفال من كل (10,000) طفل يصابون بالتوحد.
أما عن نسبة إنتشار إضطراب التوحد في المجتمعات فقد أشارت الدراسات لوجود ما يقارب من (36,000) حالة توحد في الولايات المتحدة الأمريكية. (بن صديق،2005)

أما في البلاد العربية فلم تتمكن الباحثة من تحديد إنتشار دقيقة لإضطراب التوحد مستندة على نتائج علمية موضوعية، إنما بناءا على تقديرات تخمينية، فمثلا يقدر بدر(2004) عدد الأطفال التوحديين في جمهورية مصر العربية بأنه يتراوح ما بين (100 – 200) الف طفل وهذا يظهر فرق بنسبة أعلى مما سجل في الدول المتقدمة، وعلى سبيل المثال أيضا في المملكة العربية السعودية فقد أشارت الإحصائيات لوجود ما يقارب حسب ما ورد بدراسة الشامي (2004) بوجود (6000) طفل توحدي حسب مصادر مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز البحوث في الرياض، علما بأنه وحسب المصدر ذاته يتم إكتشاف أكثر من (300) حالة مصابة بالتوحد سنويا.

2.1.4 واقع التوحد في فلسطين:

أما في فلسطين فتقدر الباحثة وبالإستناد لدراسة الطيطي(2007) عدد التوحديين في محافظات (الخليل، بيت لحم، رام الله ، نابلس، قلقيلية) والذين تم حصرهم مع المؤسسات التي تعنى بذوي الإحتياجات الخاصة وتضم فئة التوحديين من ضمن منتفعيها بأن عدد الأطفال التوحديين الذين تم التعرف عليهم وتشخيصهم بلغ عددهم ب (126) طفل مصاب بإضطراب التوحد.

يشير الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM-IV) إلى ان الوضع الإقتصادي أو الإجتماعي أو الثقافي أو العرق لا علاقة له بالإصابة بإضطراب التوحد.

أما فيما يتعلق بنسبة إنتشار التوحد وفقا لمتغير الجنس، أظهرت نتائج الدراسات أن إضطراب التوحد يظهر بنسبة أكبر لدى الذكور عن الإناث حوالي (4:1) ولكن يظهر الإضطراب بشكل أشد لدى الإناث منه عن الذكور، حيث يشير تاريخهن الأسري إلى كثرة إنتشار الضعف العقلي لديهن عن الذكور. (الزريقات،2004)

ترى الباحثة أنه وبالرغم من وجود صعوبة في تحديد نسب إنتشار التوحد في منطقة ما أو بلد ما إلا أن هنالك حقيقة ثابتة وهي أن إنتشار إضطراب التوحد بين الذكور أكثر منها في الإناث، وما تجدر الإشارة إليه أن نسب الإنتشار تلك التي تبدو في المراحل العمرية التي يتم فيها إكتشاف التوحد والتي تبدأ بعد سن الثالثة، وهو السن الذي يتم فيه الإكتشاف والتشخيص المبكر للأطفال التوحديين.

2.1.5 مسار إضطراب التوحد:

عادة يبدأ إضطراب التوحد قبل السنة الثالثة، ويصعب رصد مظاهر الإضطراب في فترة العامين الأولين من العمر، نظرا لأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، حيث تبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك لوحده وعدم الخوف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم وغياب الإبتسامة الإجتماعية والتي تظهر عادة في سن الشهرين، وإبتسامة التعرف التي تبدأ في سن الأربعة شهور، حيث لا يبدي الطفل أي حركات أو رداة فعل من المتوقعة في عمر 4 شهور، بينما تظهر الأعراض بوضوح عند وصول الطفل لمرحلة الإختلاط مع الأطفال الآخرين في مرحلة الروضة أو المدرسة حيث يظهر الإختلاف بوضوح.

بعض الأطفال التوحديين قد يتحسن تواصلهم الإجتماعي ومهاراتهم اللغوية عند سن الخامسة والسادسة، وفي مرحلة البلوغ قد يطرأ تغيير في أي من الإتجاهين (التحسن أو التدهور) وتنشأ مظاهر سلوكية إنفعالية سلبية كالعدوان.

قد يرافق الصرع ما نسبته 4:32% خلال فترة الطفولة المتأخرة أو المراهقة وبالتالي نجد أن نمو المهارات الإجتماعية واللغوية إضافة لمعامل الذكاء يعتبروا من أهم العوامل التي تلعب دور في تحديد مسار الإضطراب لدى الفرد الذاتوي. (خطاب، 2005)

يطلق الأشول (1978) على إضطراب التوحد مصطلح الإنشغال بالذات أو الأنانية وهو يرى بأنه إضطراب إتصالي خطير، وسلوك يبدأ في أثناء مرحلة الطفولة المبكرة وعادة يبدأ قبل عمر 30 شهر وحتى 42 شهر من عمر الطفل (ما بين سن العامين والنصف حتى الثلاثة سنوات ونصف تقريبا) ويتصف الطفل التوحدي بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته، وليس لديه إهتمام بالأفراد الآخرين وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين، وقد يكون المصاب لديه أحيانا ميولا للحيوانات، ويطلق أحيانا على إضطراب التوحد مصطلح الإنشغال الطفولي بالذات Infantile Autism أو عرض كانر Kanner's Syndrom.

العالم جريك (1987) Greek قام بتحديد عدد من المميزات والخصائص للأطفال المتوحدون وهي الفشل في إقامة علاقات إجتماعية بالإضافة لنقص في فهم وإدراك وتقليد أشكال السلوك المختلفة وإضطراب في الإدراك، ضعف شديد وخلل في تطوير الوظائف والمفاهيم المعرفية المختلفة مثل مفهوم الزمان والمكان، ضعف شديد في تطور اللغة، ضعف أو إنعدام الدافعية لديهم بشكل كبير وما يترتب على ذلك من الفشل في إكتشاف البيئة من حولهم.

أوجدت جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 1994) معايير وصفات للتوحد، متمثلة بالصعوبة في تطوير اللغة، إن وجدت اللغة تكون ترديد لما يقوله الآخرين بالإضافة لعكس الضمائر والسرعة في الحديث، مع ظهور الإضطرابات في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهنالك يكون عجز واضح وعدم القدرة على الإستجابة للآخرين، وتكون ردود الفعل شاذة للتغيرات التي تحدث في البيئة من حولهم مع عدم وجود الأوهام والتخيل وفقدان الترابط في الأفكار كما هو الحال في حالات الفصام، والإصرار على التماثل والنمطية في التصرف.

2.1.6 : أنواع التوحد:

تتعدد الأنماط والمظاهر لإضطراب التوحد فقد تتراوح ما بين إضطراب خفيف أو حاد، مع تباين في السلوك بمعنى انه لا يوجد نمط واحد للطفل التوحدي، وغالبا ما تكون الفروق بين السلوك تشير إلى ان الإضطرابات المتشابهة مع التوحد يصعب التفريق بينها وبين التوحد. (النجار، 2005)

ويختلف الأطفال التوحديين في إظهار الخصائص ذاتها، وعليه إتجه الباحثون لإيجاد طرق تصنيف إضطراب التوحد، وظهرت عدة إتجاهات معتمدة إما على المستوى الوظيفي الذكائي والعمر عند الإصابة وعدد الأعراض وشدتها وقد إقترحت كولمان (Colman, 1998) نظام تصنيف للأطفال التوحديين من خلال تصنيفهم بثلاث مجموعات أساسية مع التأكيد بأن التوحد ليس متلازما منفرد إنما وكما أكد كانر Kaner أن التوحد مكون من ثلاث تصنيفات فرعية هي على النحو الآتي:

2.1.6.1 النوع الاول: Type 1:

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: (Classic Autistic Syndrom) حيث تظهر أعراض مبكرة على الأطفال مع عدم ظهور إعاقات عصبية ملحوظة ويبدأ الأطفال بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة والسابعة.

2.1.6.2 النوع الثاني: Type 2:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية (Childhood Schizophrenic Syndrom with Autistic Symptoms): يشبه أطفال هذه المجموعة المجموعة الأولى، لكن العمر يتأخر شهرا بعد التلاميذ، وتشير كولمان أن الأطفال يظهرون أعراض نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية السابقة.

2.1.6.3 النوع الثالث: Type 3:

المتلازمة التوحدية المعاقة عصبيا (Neurologically Impaired Autistic Syndrom) يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمن إضطرابات أيضية ومتلازمة فيروسية مثل الحصبة والحرمان الحسي (الصمم والعمى). (الزريقات، 2004)

2.1.7: آراء في تفسير التوحد:

2.1.7.1 النظرية المعرفية:

أصحاب النظرية المعرفية يروان أن المشكلة الرئيسية لدى الأطفال التوحديين تعزى للأسباب التالية:

- تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة، من المعروف أن الأطفال التوحديين لديهم حساسية زائدة أو لا يظهرونها للأصوات العالية، قد يظهر على البعض أنهم صم وقد تكون ردة فعل الطفل التوحدي أن يجفل لدى سماع أصوات عادية، وتفسر النظرية المعرفية أن الأطفال التوحديين إنتقائيون في إنتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكي، فهم يستطيعون الإستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصريا أو لمسيا أو غير ذلك. (حمدان، 2001)
- إن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، وبالتالي هذا البحث أدى لأنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية، حيث أن بعض المعالجين السلوكيين على سبيل المثال علموا الاطفال التوحديين لغة الاشارة اعتمادا على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق. (الزريقات، 2004)

2.1.7.2 رأي نظرية عدم تطوير الأفكار:

تشير إلى ان التوحد قد يكون ناتج عن عدم إكتمال تطور الأفكار بشكل متناسب مع النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنبا إلى جنب مع هذه الأفكار وبالتالي يحول عدم نمو تلك الأفكار وغيابها دون السماح للطفل بحل ما يواجهه في حياته اليومية من مشكلات في المواقف الإجتماعية، ولا يستطيع الطفل ان يدرك أن لدى الآخرين أفكار ومشاعر ممكن قرائتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم. (Schopler, 1986)

2.1.7.3 رأي نظرية العقل:

يرى اصحاب هذه النظرية أن الأطفال التوحديين لديهم القدرة في المستوى الأول من الإدراك مثل إدراكهم للأشياء والمواد التي من حولهم لكنهم لا يتطوروا إلى المستوى الثاني من الإدراك مثل فهمهم لمعاني الكلام أو توقع سلوك الآخرين، مع تأكيد أصحاب هذه النظرية على العلاقة بين

الصعوبات الإجتماعية التي يعاني منها الاطفال التوحديين والمشكلات اللغوية لديهم، وكانت هذه النظرية حافز للعديد من الأبحاث التي ركزت على الجانب العصبي في تفسير إضطراب التوحد الذي يعد مؤثرا فيه. ويكفيلد وآخرون، (Wakefield et al, 2002)

2.1.8 تشخيص التوحد وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV):

Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) إلى أن أعراض التوحد تشتمل على عدد من العيوب في التفاعلات الإجتماعية والتواصل والأنشطة، وحتى يتم تشخيص حالة بإضطراب التوحد يجب أن يتم رصد عدد من العيوب قبل سن الثالثة من العمر:

إن تشخيص الإضطراب التوحدي وفقا لهذا التصنيف إذا توافرت واحدة في كل من جزء(1) ، (2) و (3)، إضافة إلى (6) على الأقل من المجموع:

1- إضطرابات نوعية في التفاعل الإجتماعي، كما هو ظاهر على الأقل في إثنتين من التالية:

أ- إستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية التي تشير إلى تواصل إجتماعي مثل حدقة العين وتعبيرات الوجه للآخرين (الإبتسامة أو العبوس للآخرين، كما هو مناسب) وضع الجسم يعكس الإهتمام بالآخرين (مثل الميل تجاه الشخص المتكلم) أو إيماءات (مثل عمل مع السلامة للآباء).

ب-الفشل في تطوير علاقات صداقة كما يفعل الأطفال للآخرين.

ت-قصور في البحث العفوي لمشاركة الآخرين والإهتمامات والتمتع والتحصيل مثل قصور في العرض والتقديم والإشارة إلى الأشياء المهمة.

ث-قصور في التفاعلات الإجتماعية والإنفعالية النفسية.

2- إضطراب في نوعية التواصل، كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:

أ- تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة.

ب-عند الاطفال الذين يتكلمون تدني ملحوظ في المبادرة أو المحادثة.

ت-لغة غير مألوفة أو غير إعتيادية ومشتملة على تكرار لجمل محددة وعكس للضمائر.

ث-ضعف التظاهر باللعب أو تقليد الآخرين في مستوى مناسب لعمر الطفل.

3- أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والإهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل من التالية:

أ- الإنشغال بأنشطة أو ألعاب نحددة والتقيد الإستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.

ب-حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس.
ت-الإنشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلا من كامل اللعبة) وإستعمال غير مألوف أو غير إعتيادي للأشياء. (DSM-IV, 1994)

أشارت دراسة (يحيى،2000) إلى أهم الأدوات التي أعدها المتخصصون والمساعدة في تشخيص التوحد وأهم تلك المقاييس الشائعة ما يلي:

1- قائمة شطب السلوك التوحدي Checklist for Autism in Todler (CHAT)
2- مقياس تقدير الأطفال التوحديين Children Autism Rating Scale (CARS)
3- قائمة جيليام لتقدير السلوك التوحدي Gilliam Autism Rating Scale (GARS)
4- قائمة تقدير مظاهر السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء Behavior Rating Instruments for Autistic and other atypical Children (BRIAC)

2.1.9 الوسائل المساعدة في عملية تشخيص التوحد:

من أجل الوصول لتشخيص دقيق لحالة الطفل الذي يعاني من مثل هذا الإضطراب، يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون للعديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل متمثلة بالتالية:

- **التاريخ التطوري للحالة: (Developmental Histoty)**
- إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي، يشتمل التاريخ التطوري للطفل نموه والمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات إضافة لتوضيح مراحل نموه المختلفة حتى الوقت الحالي، حدوث إضطرابات مصاحبة أو تناول أدوية وعقاقير خلال الفترة السابقة وفي أي سن... إلخ).
- **التاريخ الوراثي للحالة: (Genetic History)**
- يشمل التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، هل يوجد أفراد آخرين مصابين بإضطرابات أو خلل مرتبط بالحالة، حيث أشارت الأبحاث والدراسات لوجود نسبة ما بين (30%) إلى (50%) من حالات التوحد تكون لها أصول وراثية، وأشارت بعض الدراسات أنه قد تكون لدى أسرة الطفل التوحدي مشكلات في التفاعل الإجتماعي مع المحيطين بمعنى قد تكون الأسرة غير إجتماعية أو تحب الإنطواء، أو تكون من الأسر المحبطة وعليها ضغوط كثيرة مما بالتالي يترك أثر على الطفل. فريمان وكانديلا، (Freeman & Candela,1998)

- **تاريخ الحمل: (Pregnancy History)**
- يحتاج المختص الإكلينيكي لمعرفة المزيد من المعلومات عن فترة حمل الام للطفل، حيث قد يحدث للأم بعض المخاطر أثناء فترة حملها ولها صلو بوجود طفل توحدي، حيث من الممكن أن تتعرض الأم خلال فترة الحمل للعيدي من المخاطر متمثلة بالإصابة بأحد الأمراض المعدية أو تعاطي جرعة شديدة من الأدوية أو حدوث إضطراب في كروموزومات الجنين.
- **التقييم السلوكي: (Behavioral Assessment)**
- إن التقييم السلوكي يعتبر جزء مهم من تقييم الطفل التوحدي ولكن بالإعتماد على خبرة من قبل المختص الإكلينيكي من خلال إستخدام أحد الأسلوبين التاليين لتجميع المعلومات السلوكية:
- الأسلوب الأول: الملاحظة غير المقننة.
- الأسلوب الثاني: الملاحظة المقننة ويجب الإستناد على النوعين في آن واحد.
- **إختبارات الذكاء المقننة:**
- تفيد هذه الإختبارات بإعطاء معلومات عن مكانة الطفل من الناحية العقلية، إضافة لمعرفة نقاط القوة والضعف، وتستخدم إختبارات الذكاء لمعرفة ما يستطيع الطفل التوحدي فعله وما لا يستطيع، وتقسم إختبارات الذكاء لقسمين:
- اللغة الإستقبالية: تشير إلى قدرة الطفل على إدراك وفهم ما يقال.
- اللغة التعبيرية: تشير إلى كيفية إستخدام الطفل للغة المتحدث بها.
- تشير الدراسات إلى أن العديد من الأطفال التوحديين يتحدثون بشكل تكرار الكلام دون إدراك لما يقولونه وبالتالي أغلب درجاتهم تكون ضعيفة. (خطاب،2005)

يعتمد تشخيص التوحد على مظهرين أساسيين وهما مدى التفاعل الإجتماعي وإقامة علاقات مختلفة مع الآخرين، إضافة لتطور اللغة، ونظرا لعدم إكتمال تبلور هذه الصفات في المرحلة العمرية المبكرة، مما يدل على وجود خلل ما لدى الطفل لكن دون القدرة على التشخيص الدقيق حتى إكتمال العام الثالث من عمر الطفل، وهنالك تشابه كير في أعراض التوحد وبعض الإضطرابات الأخرى مثل الإعاقة العقلية، الإعاقة الإنفعالية وصعوبات التعلم مما يجعل من الصعوبة التوصل لتشخيص دقيق، وهذا إستدعى القيام بدراسة شاملة من مختلف الجوانب للوصول لتشخيص مناسب، وبالتالي يجب عدم إعتماد أداة أو مقياس واحد للتشخيص إنما يجب التنويع في مقايس التشخيص لإعتماد الحالة كتوحد. وعلى سبيل المثال فحص القدرة العقلية لدى الطفل ومراقبته لساعات طويلة وفي مواقف وفترات مختلفة، وعمل دراسة للتاريخ الطبي والنمائي للطفل للوقوف على أي إضطرابات قد تكون لدى الطفل من سمعية أو بصرية، إضافة للفحص الجسمي التقليدي من أشعة والفحص العبي

وتخطيط الدماغ، الدم، وسائل النخاع الشوكي للتأكد من عدم وجود أي خلل عضوي يمكن أن يعزى إليه إضطراب التوحد أو إمكانية وجود أي خلل ما وبالتالي تحديد العلاج المناسب.

إن تشخيص التوحد يتطلب جهود فريق متكامل من مختلف التخصصات للقيام بوضع تقييم شامل للجوانب المختلفة مثل فحص القدرة العقلية والملاحظة والمتابعة الطويلة للطفل وتقييم التاريخ الطبي والنمائي للطفل، ودراسة وضع الطفل الحالي وذلك لمعرفة وتحديد الخصائص السلوكية التي يظهرها وفيما إذا كانت هذه الخصائص ثانوية مصاحبة للإضطراب أم أنها رئيسية في تشخيص حالة التوحد.(الراوي، 1999)

2.1.10 اهمية التشخيص المبكر للتوحد:

إن الطفل خلال سنوات عمره الثلاث الاولى تكون بعض المركز العصبية والحسية في الجهاز العصبي ما تزال في مرحلة التشكل، وبالتالي يكون من السهل تعديلها أو تشكيلها بشكل أفضل وبالتالي التقليل من بعض أنماط السلوك الحركي أو الإنفعالي المختلفة، ويكون من السهل التأثير عليها بتعديلها لسلوكات أكثر قبولا من ناحية إجتماعية والتقليل من أشكال السلوكات الشاذة.

نظرا لتداخل أبعاد النمو لدى الفرد فإن أي خلل أو إضطراب في جانب ما يؤثر سلبا على جانب آخر، وبالتالي عدم إكتشاف الإضطراب في جانب ما في مرحلة مبكرة، يؤثر سلبيا على مظاهر النمو الأخرى لدى الطفل،

أظهرت العديد من الدراسات أهمية الخبرة المبكرة على حياة الطفل بكل جوانبها، وما يكتسبه من والديه وبيئته، وبالتالي إذا لم يدرك الأهل لما يعانيه الطفل من مشاكل والتأخر بتقديم الخدمات المناسبة له يؤثر سلبا عليه، ومثال على ذلك التأخر اللغوي لدى الطفل وعدم الإنتباه لهذه المشكلة ومعالجتها والمتابعة الحثيثة تؤدي لتدهور وتأخر النمو والتطور اللغوي لدى الطفل في المراحل المتقدمة. (عبد الرحيم، 1999)

أثبت العديد من الدراسات لأن عددا من السلوكيات الشاذة التي يتبعها الطفل التوحدي من الممكن تفاديها والتقليل من حدتها إذا تم تقديم التربية الخاصة في مراحل عمرية مبكرة، حيث أن الأمور تزداد تعقيدا وتصبح أكثر رسوخا وإستقرارا مع تقدمه بالعمر مقارنة مع السنوات الأولى من عمرة والتي تتصف بالمرونة والقابلية للتغيير والتعديل. (عبد الرحيم، 1999)

إن إتباع الأهل ومن فترة السنوات الأولى من عمر الطفل الأساليب العملية التربوية السليمة لفي التعامل مع الطفل التوحدي أثر إيجابي في تقليل السلوكيات غير المرغوب بها لديه، إضافة لتقليل الضغوط والقلق الناتج عن عدم معرفتهم للطرق والأساليب الأنسب للتعامل مع طفلهم.

2.1.11 النظرية المعرفية السلوكية:

بما أن النظرية المرجعية في هذه الدراسة هي النظرية المعرفية السلوكية سنتعمق فيها بشكل تفصيلي ، حيث الإرشاد والعلاج المعرفي (العقلاني الإنفعالي) بصورة عامة حيث يستند الإرشاد والعلاج المعرفي على نظريات عديدة مركزا على الجانب العقلي لدى الفرد وكنموذج من هذه النظريات نظرية ألبرت أليس الذي ركز فيها على الإدراك والتفكير العقلاني المنطقي واللاعقلاني اللامنطقي (سفيان، 2004)

التفكير العقلاني هو أسلوب يقترن بالمقولة الشهيرة (حياتك من صنع أفكارك) وفحوى هذا الأسلوب بصورة عامة أن أسباب الإضطراب كالضيق والإكتئاب والقلق تعود إلى طريقة تفكير الفرد، فهناك أفكار غير عقلانية تؤدي إلى الضيق وأفكار عقلانية تقينا من القلق والضيق وتخرجنا من حلقته وتحول حياتنا إلى سعادة وصفاء بدلا من الضيق والتعاسة فالفكرة التي تستولي على تفكيرنا تولد إنفعالا ومشاعر تدفعنا إلى السلوك الذي يتناسب مع هذه الفكرة والمشاعر (فكرة ---- إنفعال --- سلوك) (سفيان، 2004)

ويعتبر العلاج العقلاني الإنفعالي العاطفي الذي كان عالم النفس الأمريكي ألبرت أليس قد وضع أسسه من أكثر أساليب العلاج السلوكي المعرفي شيوعا، وقد إستند أليس في تصوره لهذا النموذج العلاجي أن الإضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان، ولذا فهو يعتقد أن السبيل إلى الحد من المعاناة الإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، فهو يرى أن المشكلات الإنسانية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها إنما في تفسير الإنسان لها وتقييمه لتلك الأحداث والظروف.

وأوضح أليس (Ellis) العناصر الرئيسية في العلاج العقلاني العاطفي:

- الحدث الذي يؤثر في الشخص A, Activating Event
- الإعتقادات والأفكار التي تتطور لدى الإنسان حول ذلك الحدث B, Belief
- الإنفعالات والسلوكيات التي تنجم عن الإعتقادات والأفكار C, Consequenses
- محاولات المعالجة لتنفيذ الإعتقادات والأفكار D, Dispute

- التغير الذي يطرأ على الإنفعالات والسلوك بفعل المعالجة E, Effect

من خلال هذه العناصر يعتقد أليس أن السبب وراء الإنفعال والسلوك هو إعتقادات الإنسان وأفكاره حول الأحداث التي يتعرض لها، لذا فإن المعالجة تشمل مواجهة الإنسان وتحديه بهدف تنفيذ تلك الإعتقادات ودحضها وتطوير طرق جديدة في التفكير تتصف بكونها منطقية وعقلانية (الخطيب، 2001)

يبين أليس Ellis جوهر نظرية العلاج العقلي العاطفي بأنه يقوم على أساس أن مجموعة معينة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وما يلحق بها من إفتراضات تقود إليها تلك المعتقدات بطبيعة الحال هي المسؤولة عن معظم الإضطرابات العاطفية وذلك أنه عندما يقبل الناس بتلك السخافات التي تنطوي عليها الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية فإنهم يميلون لأن يصبحوا مكبوتين، عدوانيين، دفاعيين، قلقين، شاعرين بالذنب، غير فعالين، منطويين على أنفسهم، غير قادرين على الضبط وبالتالي غير سعداء، وبالمقابل فإذا حرروا أنفسهم من تلك المعتقدات اللاعقلانية فإنه يصبح من الصعب عليهم الوقوع فريسة للإضطرابات العاطفية أو على الأقل فإن إضطراباتهم العاطفية لا تدوم طويلا، وبذلك يرى أليس أن المسببات الأساسية للسلوك العصابي هي الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي يتمسك بها الناس وهذه المعتقدات هي أفكار مطلقة أو متطلبات متطرفة من قبل الناس فيما يتعلق بأنفسهم من ناحية، كالإعتقاد بأن الفرد يجب أن يكون فعال وكامل ومنجز حتى تكون له قيمة أو من ناحية أخرى بالآخرين كالإعتقاد بأن بعض الأفراد سيئون ويجب أن يلاموا ويعاقبوا، أو فيما يتعلق بالعالم الذي يعيشون فيه من ناحية ثالثة، كالإعتقاد بأن تعاسة الفرد مسببة عن ظروف خارجية وأن ليس لديه القدرة على ضبطها أو التحكم فيها (الريحاني، 1987)

ويشير باترسون Patterson في (الريحاني، 1987) إلى أن نظرية ألبرت أليس في العلاج العقلي العاطفي تقوم على مجموعة من الإفتراضات حول طبيعة الإنسان وسبب إضطراباته العاطفية ويلخصها في النقاط التالية:

1- أن الإنسان كائن عقلاني ولا عقلاني متميز، وهو عندما يفكر ويتصرف بشكل عقلاني فإنه يكون سعيد فعال وكفؤ.

2- أن الإضطرابات النفسية والإنفعالية والسلوك العصابي تنتج عن التفكير اللاعقلاني وغير المنطقي.

3- يرجع التفكير اللاعقلاني في نشأته إلى التعلم المبكر غير العقلاني أو اللامنطقي الذي يتلقاه الطفل من والديه ومن الثقافة التي يعيش فيها.

4- أن الإنسان بطبيعته حيوان ناطق وأن التفكير يتم من خلال إستخدام الكلام والرموز اللفظية بمعنى أننا نفكر بلغة وبما أن العاطفة تصاحب التفكير فإن التفكير اللاعقلاني يستمر إذا ما إستمرت الإضطرابات العاطفية ، وهذا بالضبط ما يميز الأشخاص المضطربين.

5- إن إستمرار حالة الإضطرابات الإنفعالية نتيجة للألفاظ الذاتية لا يتقرر بالأحداث الخارجية بل بالمفاهيم والمعتقدات والإتجاهات التي يتبناها الفرد نحو تلك الأحداث.

6- يجب مهاجمة الأفكار والمعتقدات والعواطف السلبية التي تهزم الذات وذلك عن طريق إعادة تنظيم المدركات والأفكار حتى يصبح التفكير منطقيا وعقلانيا (الريحاني، 1987)

لقد حدد أليس في نظرية العلاج العقلي الإنفعالي السلوكي إحدى عشرة فكرة إعتبرها أفكار غير عقلانية هي المسؤولة عن العصاب في المجتمع وهذه الأفكار هي:

الفكرة الأولى: من الضروري أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من كل فرد من أفراد بيئته المحلية.

الفكرة الثانية: من الضروري أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الفعالية والكفاءة والإنجاز بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة وأهمية، وهذه الفكرة من المستحيل تحقيقها ومحاولة الفرد الإصرار على تحقيقها فإن ذلك ينتج عنه إضطرابات نفسجسمية، ويؤدي إلى شعور الفرد بالنقص وعدم القدرة على الإستمتاع بالحياة الشخصية، وكما يتولد لديه شعور دائم بالخوف من الفشل أمام الشخص العقلاني فإنه يجتهد في أداء الأفضل لنفسه وليس من أجل أن يصبح أفضل من الآخرين.

الفكرة الثالثة: يتصف بعض الناس بالشر والجبن وعلى درجة عالية من الخسة والنذالة ولذلك يجب أن يوجه لهم العقاب واللوم.

الفكرة الرابعة: أنه لمن النكبات والمصائب المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.

الفكرة الخامسة: تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها أو التحكم بها، قد تكون الظروف الخارجية في مظهرها مؤذية ومهددة لأمن الفرد، إلا أن هذا الإعتقاد نفسي في ماهيته، فالظروف الخارجية قد لا تكون ضارة ولا مدمرة بحد ذاتها ولكن ردود فعل الفرد وتأثره وإتجاهاته نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك، فالفرد هو الذي يولد لنفسه الإضطرابات الإنفعالية فيما يقوله لنفسه " كم هو شيء مخيف أن يكون هناك شخص حولي رافض أو متضايق لي وأنه غير لطيف، وإذا تأكد الفرد أن الإنفعالات المزعجة تتكون من خلال إدراكاته وحكمه عليها ونتيجة لأفكاره الداخلية، فإنه سوف يدرك أنه من الممكن ضبطها والتحكم بها أو تحويلها أو حتى تجنب آثارها المؤذية.

الفكرة السادسة: أن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للإنشغال الدائم والتفكير بها، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها، إن الإنسان العقلاني يدرك أن الأخطار المحتمل حدوثها ليست بالصورة المفجعة التي يخاف منها، ويدرك أن القلق لن يمنع هذه الأحداث وإنما قد يزيدها بل على العكس قد

يكون هذا القلق في حد ذاته أكثر ضررا من الأحداث التي يخشى الفرد وقوعها، ويـدرك الإنـسان العقلاني كذلك أن الحوادث المخيفة ينبغي في بعض الأحداث التشجيع على ممارستها إذا لـم تنطـو على أضرار أو مضاعفات خطيرة.

الفكرة السابعة: أنه من السهل أن نتفادى بعض الـصعوبات والمـسؤوليات الشخـصية بـدلا مـن مواجهتها، هذا تفكير لاعقلاني لأن تجنب القيام بعمل يؤدي إلى نتيجة أشد وأكثر أذى من القيام بـه وهذا يؤدي فيما بعد إلى مشكلات وإلى الشعور بعدم الرضا وفقدان الثقة بالنفس، وحياة الفرد السهلة والهروب من واجباته ليست حياة سعيدة ، والإنسان العقلاني هو الذي يـؤدي واجباتـه و يتحمـل مسؤولياته دون تذمر أو ألم وعليه في نفس الوقت أن يتجنب الأشياء المؤلمة غير الضرورية وهـو يدرك كذلك أن الحياة مليئة بالمسؤوليات، والتحدي وحل المشكلات، إنما هي حياة ممتعة ذات معنـى معنى وهدف.

الفكرة الثامنة: ينبغي على الفرد أن يكون معتمدا على الآخرين ويجب أن يكون هناك من هو أقـوى منه لكي يعتمد عليه، وهذه فكرة لاعقلانية، لأنه لا يوجد سبب يجعلنا معتمدين على الغيـر بدرجـة قصوى وغير منطقية، لأن ذلك يؤدي لفقدان الفرد لإستقلاليته، لأن الإعتماد على الغير يسبب إخفاقا في التعلم وعدم الأمن، لأنه يجعل الفرد تحت رحمة أولئك الآخرين الذين قدموا له المساعدة.

الفكرة التاسعة: أن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقـت الحاضـر وأن الخبـرات الماضية لا يمكن إستبعادها أو محوها.

الفكرة العاشرة: ينبغي على الفرد أن يشعر بالحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات وإضطرابات.

الفكرة الحادية عشرة: هنالك دائما حل صحيح ومثالي لكل مشكلة وعلينا البحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة.

وهنالك فكرة لا منطقية أضيفت إلى العلاج العقلي الإنفعالي السلوكي وهي الإعتقاد بـأن المعتقـدات التي تأخذ بها الوجوه المحترمة في البلد أو يتبناها المجتمع يجب أن تكون صحيحة وأن تكون مدعاة للتساؤل والتشكيك بصحتها.

وقد بينت دراسة الريحاني (1985) التي هدفت إلى تطوير إختبار التفكير العقلاني واللاعقلاني والتي أجريت على عينة من طلبة الجامعة الأردنية وجود هذه الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة بالإضافة إلى فكرتين إضافيتين هما:

أولا: ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة ومكانـة محترمة بين الناس.

ثانيا: لا شك في أن مكانة المرأة هي الأهم فيما يتعلق بعلاقة الرجل مع المرأة. (الخواجا، 2002)

2.1.12 أهداف الإرشاد والعلاج النفسي في النظرية المعرفية السلوكية:

يهدف الإرشاد والعلاج النفسي وبالإستناد إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي إلى:

- الوصول بالمسترشدة لفلسفة حياتية أكثر واقعية وتقليل نزعة هزيمة النفس.
- خفض قلق المسترشدة (أي لوم نفسها) وعدوانيتها (أي لوم المسترشدة للآخرين)
- تعليم المسترشدة طريقة لمراقبة نفسها وملاحظة تقديرها
- تعليم المسترشدة كيفية تحري ونقاش وتغيير وتعديل أفكارها اللاعقلانية.
- إزالة الحزن والشعور بالتعاسة والنقص.
- علاج اللامنطق بالمنطق.
- التحكم بالمشاعر والتفكير عن طريق الحديث الذاتي.
- الشعور بالسعادة والتصرف الفعال بهدف السعي للسعادة في الحياة.
- مساعدة الأشخاص في كيفية التفاعل الفعال مع المشاعر السلبية ومشاعر الأسى والضيق والإحباط.
- التوضيح للمسترشدة بأن حديثها الذاتي يعتبر مصدر لإضطراباتها الإنفعالية (الزيود، 1998)
- الإقلال من المعاناة النفسية الذاتية للفرد والأفعال اللاتوائمية.
- الإقلال من الإضطرابات العصابية وحل مشكلات الحياة.
- مساعدة المسترشدة وإكسابها الإستبصار على مراحل منها:
- فهم إرتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب تكمن في معتقدات الشخص.

-معرفة المسترشدة أنها لا تزال تملي على ذاتها نفس النوع من المعتقدات الخاطئة والأفكار اللاعقلانية المدمرة لذاتها وإعترافها بمسؤوليتها عن إستمرار هذه المعتقدات.

- إعتراف المسترشدة بأن نزعتها إلى التفكير اللاعقلاني هي التي أحدثت إضطرابها الإنفعالي.
- تعليم المسترشدة تعديل إتجاهاتها ومعتقداتها وتبني التفكير العقلاني والأفكار المنطقية حتى بعد إنتهاء العلاج (مليكة، 1989)

ومن الأهداف الرئيسية التي يعمل على تحقيقها الإرشاد والعلاج المعرفي والسلوكي ذلك الهدف الخاص بتغيير أو تعديل السلوك وكذلك تعلم كيفية مواجهة المشكلات وإتخاذ القرارات وتشمل العملية الإرشادية على موقف محدد له أطرافه وله موضوع ومعطيات ونتائج.

الأطراف تتمثل في المرشد والمسترشد أو مجموعة من المسترشدين في حالة الإرشاد الجماعي والموضوع فهو التغيير الإيجابي والفعال للفرد نحو الأفضل في مساعدته على تنمية قدراته على مواجهة المواقف وقدرته على إتخاذ قرارات مناسبة في الأوقات المناسبة، كذلك تعديل سلوكيات غير ملائمة. (الشناوي، 1994)

لذا فإن الهدف الرئيس للإرشاد والعلاج المعرفي والسلوكي هو تحديد الفلسفة اللاعقلانية للفرد سواء الصريحة أو الضمنية وبالتالي الإتجاه إلى محاولة تعديلها وتصحيحها. (عبد الله و عبد الرحمن، 1997)

2.1.13 فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي:

إن الإرشاد الإنفعالي المعرفي يعتبر عملية نشطة ومباشرة، وتوصف بأنها عملية تعليمية إنسانية علمية ولغوية، المرشد يعلم المسترشد كيف يتحرك ويناقش أفكاره اللاعقلانية بطريقة منطقية علمية، مما يجعل المسترشد يتقبل نفسه والتفريق بين قبول النفس اللامشروط وقبول النفس المرتكز على النجاح فقط، وبالتالي تكون المواجهة مع المسترشد موجهة نحو الأفكار اللاعقلانية والشعور بهزيمة النفس بدل من مواجهة شخصيته ولومه (الزيود، 1998)

قسم ألبرت أليس الأفكار اللاعقلانية بثلاث فئات رئيسية :

- الذات.
- الآخرين.
- الظروف.

ويرى أن هنالك تداخل وتشابك بين الإنفعال والتفكير، وأن الفرد يشعر ويفكر ويتصرف في الوقت نفسه، ويعتقد أليس أن الإضطراب النفسي والإنفعالي يكون نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي وأن التخلص من هذه الإضطرابات يكمن في تعديل التفكير اللامنطقي وإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية وهذا واضح من خلال نموذجه المعروف A,B,C,D,E,F

A تعني Activating Experience or Event أي خبرة منشطة، (حادثة)، (هنا والآن) فإن هذا الحدث يعتبر المنشطة A وفي حد ذاتها لا تحدث الإضطراب الإنفعالي،

B تعني Belief System (نظام المعتقدات) حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات (لدى الفرد) وهذه المعتقدات نوعان – عقلانية RB بمعنى Rational Belief تحقق للفرد السعادة ولا ينتج عنها إضطراب

– لاعقلانية IB بمعنى Irrational تؤدي إلى التعاسة والإضطراب الإنفعالي.

C بمعنى Consequences نتيجة (إستجابة إنفعالية) والنتيجة قد تكون عقلانية موجبة IC (Rational) (موجبة) أو غير عقلانية (IC) Irrational غير عقلانية (حزن، قلق، إكتئاب)

D تعني Disputing (الدحض أو التفنيد) يقوم المعالج العقلاني الإنفعالي السلوكي بتفنيد الأفكار اللاعقلانية ودحضها للمسترشد، من خلال توضيح دورها في إحداث الإضطراب الإنفعالي،

E تعني Effect الأثر أو التأثير (معرفي – سلوكي) وذلك يساعد المرشد في تكـوين وإحـلال مجموعة من الأفكار العقلانية والتغيير الإيجابي هو الذي يحقق التأثير في شخـصية المـسترشد للوصول إلى فلسفة عقلانية تتمتع بنجاح عملي متمثل بإستبدال الأفكارالملائمة بالأفكـار غيـر الملائمة وبالتالي يصلوا إلى F (New Feeling) وهي مجموعة من المشاعر بدلا من الـشعور بالقلق والإكتئاب (هندية، 2003)

إن العلاقة الإسترشادية والعلاجية بين المرشد والمسترشد حسب نظرية ألبرت أليس، بمقارنتها مـع العديد من النظريات نجد أنها لا ترتكز على طبيعة العلاقة بين المرشد والمسترشد، حيث لا يشترط أن تكون دافئة، فقد يناقش المرشد المسترشد في نقاط ضعفه وقد يسخر من أفكاره ويهاجمها.

2.1.14 أساليب النظرية العلاجية المعرفية:

التفكير ضمن مستويات A,B,C,D,E,F: تفسير العلاقة بين A,B,C بمعنى أن النتائج C ليست وليدة الأحداث والظروف الخارجية A وإنما نتيجة لطريقة التفكير B لدى الفرد تجاه تلـك الأحـداث ثـم الإنتقال إلى التنفيذ D للأفكار اللاعقلانيةIRB وبمناقشة المرشد للمسترشد لأفكاره اللاعقلانية يكـون قد حقق الأثر الفلسفي E, Effect الذي يتبع نموذج A,B,C ويكون المسترشد قد إكتسب نظام معرفي عقلاني يستطيع أن يواجه سلوكياته ومشكلاته في المستقبل، وما يظهر من السلوك من إنزعاج وقلق وغضب وذلك عن طريق الأفكار العقلانية بدل من الأفكار اللاعقلانية.

2.1.14.1 الأسلوب المعرفي Cognitive Approach ويظهر في المحاور التالية:

1- الحديث الذاتي المستمر Coping Self – Statement يستخدم لتقوية الأفكار العقلانية.

2- المراجعة Referencing : هذا الأسلوب أكثر تناسبا مع حالات الإدمان والـذين لا يـستطيعون مواجهة الإحباط.

3- الأسلوب التربوي النفسي Psycho Educational Methods عند إنتهاء الجلـسات العلاجيـة فالعلاج لا ينتهي عند هذا الحد، بل يطلب من المسترشد أن يقرأ بعض المنشورات التي كتبها "ألبرت أليس" من أجل المساعدة الذاتية وسماع الأشرطة المسجلة خلال جلسات العـلاج بهـدف مـساعدة المسترشد على تذكر أفضل لبعض النقاط المهمة التي حددها المرشد اثناء الجلسات.

4- تعليم الآخرين Teaching others : يقترح ألبرت أليس على المسترشد أن يقوم بتعليم أصدقاءه مباديء REBT بمحاولة التنبيه بالأفكار اللاعقلانية لدى الآخرين مع محاولة إقناعهم بعدم إسـتخدام الأفكار اللاعقلانية.

2.1.14.2 الأساليب الإنفعالية Emotive Methods:

بإستخدام مجوعة من الطرق الإنفعالية:

- التخيل والتصور Imagery للمساعدة على تغيير إنفعالاتهم غير المناسبة لإنفعالات مناسبة وهذا الأسلوب يساعد في تقليل الإنفعالات غير السارة والقلق والإكتئاب ويفضل إستخدامه يوميا ولعدة أسابيع.
- لعب الأدوار Role Playing من خلال إعادة تكرار سلوكيات محددة من قبل المسترشد يساعد على إستحضار إنفعالات لم يكن على وعي بها.
- تمارين وتدريبات مهاجمة الشعور بالخجل Shame- attaching Excercises من خلال تشجيع المسترشد على القيام بأعمال يخجل من القيام بها للتخلص منها حتى وإن لم يوافق عليها الآخرون، ويشمل طرق سلوكية وإنفعالية في الإرشاد.
- إستخدام العبارات الذاتية النشطة Forceful self – statement لتغيير الأفكار اللاعقلانية بأفكار جديدة عقلانية

2.1.14.3 الأساليب السلوكية في العلاج المعرفي الإنفعالي السلوكي

يستخدم REBT أساليب سلوكية وتكون على شكل واجبات منزلية:

- واجبات منزلية بيتية مثل مراجعة المواقف التي يخاف منها المسترشد وقد يطلب منه قراءة بعض الكتب التي تتحدث عن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي.
- تتضمن هذه الواجبات جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار اللاعقلانية وتدوينها.
- ممكن إستخدام أساليب سلوكية مثل الإشراط الإجرائي، التعزيز وأساليب تعديل السلوك وأساليب تشكيلها.
- ممكن إستخدام أساليب الإسترخاء المختلفة.
- أسلوب التخيل وقد يتضمن جوانب معرفية وإنفعالية وسلوكية (الزيود، 1998)

2.1.15 بناء البرنامج الإرشادي:

يعتمد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة على نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

إن التغيير في السلوك معرفي أساسا في حد ذاته، وهو معرفي بمعنى أن التركيز ينصب بالتعرف على كيفية حل مشاكل أنماط السلوك العقلية التي تتعارض مع الإستجابات الوجدانية (الخواجا، 2002)

يؤكد أليس في نظرته للإنسان على أن هنالك تشابك بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر وبالتالي فإن العلاج العقلاني السلوكي يركز على أن البشر يتصرفون ويفكرون ويشعرون في آن واحد، لذلك

فهم نادرا ما يشعرون دون أن يفكرون، لأن المشاعر تستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، وبالتالي فإن الأفراد عندما ينفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون وعندما يتصرفون فإنهم يفكرون وينفعلون وعندما يفكرون فإنهم ينفعلون يتصرفون.(الخواجا، 2002)

كذلك إن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على الإفتراض بأن الإضطرابات النفسية تنشأ من أنماط التفكير الخاطئة أو غير المنطقية، والأفراد يشتركوا في غايتين هما المحافظة على الحياة والإحساس بالسعادة النسبية المصحوبة بالتحرر من الألم، حيث تسهم العقلانية بإيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أن عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل تحقيقها (هندية، 2003)

2.1.16 العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الإنفعالات والسلوك معا، وإن الإضطرابات النفسية إنما تنبع من إضطراب حالات التفكير. (ميشيل) (Michael, 1992)

وقد وضع بيك (Beck, A) الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي – السلوكي الذي يرتكز على تأثير الأفكار في الإنفعالات والسلوكيات، ويهدف إلى إقناع المنتفع بأن معتقداته غير منطقية، وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي إرجاع لسوء التكيف الذي يعيشه المنتفع، ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه لدى المنتفع ، وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملائمة، مما يؤدي إلى إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وإنفعالية لدى المنتفع (جروو)،(Grew , 1991).

هذا وللعلاج المعرفي السلوكي أساليب متعددة : أهمها : التحكم الذاتي (Self Control)، التدريب على مهارات حل المشكلات (Problem Solving Skills) والتعبير اللفظي عن الذات (Self – Verbalization)، فنيات إعادة البناء المعرفي ،

نظرية العلاج السلوكي المعرفي Cognitve Behavior Modification

ميكينبوم Meichenbaum

واضع النظرية هذه هو دونالد هربرت ميكينبوم، وقد كتب ميكينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكذلك طريقته التي إشتهر بها : التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation

الخلفية النظرية والتطور : لقد وضع إلبرت إلس نظرية في العلاج العقلي العاطفي وركز على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، وإعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير وإستجابة، بل إن ذلك أفكارا مسؤولة عن حدوث النتائج ثم جاء (ميكينبوم) Meichenbaum الذي وضع نظرية العلاج السلوكي المعرفي ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن

تنحصر في مثير واستجابة كما ترى تلك النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل.

إن التركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكاته يعتبر أساس نظرية (ميكينبوم) ولقد إستنتج ميكينبوم بأن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، لها دور كبير في عملية التعلم وقد ركز (ميكينبوم) على الحديث الداخلي Inner-speechأو المحادثة الداخلية Inner dialogue، حديث الذات أو الحوار الداخلي Self– talk في محاولة لتغييرها وكذلك إهتم بالتخيلات Images على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغيرات في التفكير وفي الشعور والسلوك كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أومصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية ثم إستخدم (ميكينبوم) أسلوب التوجيه الذاتي Self- Instruction على الأطفال ذوي النشاط الزائد، وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها وذلك من أجل ضبط سلوكهم وإستخدام أسلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية بالإضافة للتعزيز والعلاج المعرفي ولقد درب ميكينبوم كل فرد أن يراقب نفسه وأن يقيم أعماله، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد وإعطائه أوامر من أجل تقديم إستجابة أفضل، وكان يطلب منهم إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المرغوب القيام به ثم يعطيه تعليمات للقيام بالمهمة بشكل بطيء، وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة، وأن يستخدم خياله لتحقيق الهدف ويقدم له عبارات المديح والإستحسان، ويعلمه كيف يضع إحتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد، وأن يقول عبارة أو جملة ليتكيف مع الفشل، وعبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات، وذلك بالقيام بمحاولة جديدة وإستجابة بديلة ومناسبة ومن هذه الجمل مثلا: " كن موضوعيا " و " قف وفكر " و " قم بواجبك " و " أنا لا أوضح ما أقوله ولأحاول مرة أخرى" وقد نجح (ميكينبوم) في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من إضطرابات سلوكية، مثل الإندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق إستخدام التعليمات الذاتية Self-Instructions وقد أدى إستخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراط الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل وقد خلص ميكينبوم من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في تغيير الأنماط المعرفية، وكذلك الخاصة بعزو attributio السلوك، ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد، وقد إستخدم طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث إشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على:

- إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
- تعليمات وإرشادات بأداء المهمة ببطء، وأن يفكر قبل التصرف.
- أسلوب معرفي بإستخدام التخيل في البحث عن حل.

- عبارات تقدير للذات.
- مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملاءمتها.
- عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الإستجابة المناسبة.

2.1.17 أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

2.1.17.1 برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوى إعاقات التواصل TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

هذا البرنامج من إعداد ايريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردى كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحديين، وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحدية والإعاقات المشابهة، ويُعطى برنامج TEACCHإهتماما كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدى إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والإجتماعية عن طريق الإكثار من إستخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحدي.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية – تنظيم العمل – جدول العمل. إستغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية .

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردى على حسب إحتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يُلبى إحتياجات هذا الطفل.

وبالرغم من الإنتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى.

2.1.17.2 التدريب على المهارات الإجتماعية Social Skills Training (SST)

ويشتمل التدريب على المهارات الإجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الإجتماعي. ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الإجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الإجتماعية بإعتبار أن المشاكل التي يواجهها

التوحديين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبنى على عدد من الإفتراضات وهى:

أ – إن المهارات الإجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب– إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية .

ج– إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن إستخدامها في التدريب على المهارات الإجتماعية القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقة، وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الإجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض التوحديين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الإجتماعية التي تدربوا عليها فى مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفى بعض الأحيان يبدو السلوك الإجتماعي للطفل التوحدي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

2.1.17.3 برنامج إستخدام الصور في التواصل Picture Exchange (PECS) Communication System : يتم في هذا البرنامج إستخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص التوحدي الذي يعانى من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تُمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب، ألام، المدرس) (حيث ينبغي على هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل و يُساعده علي تنفيذ رغباته و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل) (طفل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة .....الخ).

و هذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي و غير اللفظي و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام 1994 حيث إبتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي إستخدام الشخص التوحدي لصورة شئ يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب.

و يُبني هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي ..... و غيرها. و لا تقتصر فائدة برنامج PECS علي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

2.1.17.4 العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش : Daily Life Therapy DLT)

ابتُكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الإسم ويطلق على هذا الأسلوب إسم مدرسة هيجاش وهى كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على إفتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لدية معدل عالي من القلق، ولذلك يُركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدنى تطلق فيه الأندروفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة وإهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته .

2.1.17.5 التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training(ALT)

وقد إبتكر هذه الطريقة بيرارد (Berard, 1993) وقد إفترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص التوحديين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية، ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدى إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. ويشمل الإستماع لهذه الموسيقى مدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30) دقيقة. وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدى إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدى ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفى وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة. وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصةً مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمى .

2.1.17.6 العلاج بالتكامل الحسي : Sensory Integration Therapy (SIT)

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة جين ايريس (1998) Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادر من الجسم وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدى إلى أعراض توحدية وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال الذاتوين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها

نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين.

2.1.17.7 التواصل الميسر : Facilitated Communication(FC)

هذه الطريقة هي إحدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوى محدود ولذلك فهو يحتاج إلى ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي إنما تنتج من إضطراب الحركة علاوة على القصور الإجتماعي والتواصلي وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدى في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر الآخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة. وقد حظيت هذه الطريقة بإهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون إستخدام الميسر.

2.1.17.8 العلاج بالمسك أو الإحتضان : Holding Therapy(HT)

يقوم العلاج بالإحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل التوحدي ينتج عنه عدم توازن إنفعالى مما يؤدى إلى إنسحاب إجتماعى وفشل فى التفاعل الإجتماعى وفى التعلم وهذا الانعدام فى التوازن ينتج من خلال نقص الإرتباط بين الأم والرضيع وبمجرد إستقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث، وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب،الأم،المدرس .....الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقى بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل. وفى هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات الذاتويين على إحتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والإبتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدى بالطفل فى النهاية إلى قبول الإحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهالى الذين جربوا هذه الطريقة بأن اطفالهم بدأو فى التدقيق فى وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصرى كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الإجتماعى .

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى إستخدام أسلوب العلاج بالأحتضان فى علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

2.1.17.9 العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercise(PE)

مؤسس هذه الطريقة هو رينلاند (Rinland, 1988) وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسمانى العنيف له تأثيرات إيجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من آباء الأطفال التوحديين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص فى أنه يحسن مدى الإنتباه والمهارات الإجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية فى الهواء الطلق تؤدى إلى تناقص هام فى إثارة الذات وإلى زيادة الأداء الأكاديمى.

2.1.17.10 التعليم الملطف : Gentle teaching(GT)

إستُخدم هذا النوع من العلاج بواسطة ماكجي، (McGee, 1985) كنوع من العلاج وقد أشار إلى أنه ناجح مع الأفراد ذوى صعوبات التعلم والسلوكيات التى تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقه إلى تقليل سلوكيات المعانده بإستخدام اللطف والإحترام تقوم على إفتراضين أساسيين هما :

1- أن يتعلم المعالج الإحترام للحاله الإنفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إضطرابه بكل أبعاده.

2- أن سلوكيات المعانده أو العناد هى رسائل تواصليه قد تُشير إلى إضطراب أوعدم راحة أو قلق أوغضب .

2.1.17.11 العلاج بالموسيقى : Music Therapy (MT)

هذا النوع يُستخدم فى معظم المدارس الخاصه بالأطفال التوحديين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات إنتظار الدور Turntaking وهى مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الإجتماعية.

والعلاج بالموسيقى اسلوب مفيد وله آثار إيجابية فى تهدئه الأطفال التوحديين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية علي سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين وبالتالى يمكن أن يتم توظيف ذلك والإستفادة منه كوسيله من وسائل التواصل.

هناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى و لكنها الأقل شيوعاً و إنتشاراً

2.1.18 البرنامج الإرشادي:

2.1.18.1 ماهية البرنامج الإرشادي:

البرنامج الإرشادي هو خطة إرشادية علاجية تقوم على أسس علمية مستندة على فنيات وأساليب إرشادية مبنية على نظريات نفسية أو معرفية أو سلوكية من نظريات الإرشاد النفسي أو التربوي أو الإجتماعي.

2.1.18.2 برنامج إرشادي معرفي سلوكي:

يشير كل من كوتل ودوني (Cattle & Downie, 1970) إلى الإرشاد بأنه تلك العملية التي من خلالها يقوم المرشد بمساعدة المنتفع على أن يواجه ويتقبل المعلومات عن نفسه ويتفاعل مع الآخرين حتى يستطيع إتخاذ قرارات فعالة في مختلف جوانب الحياة.

ويرى إستيورت (Stewart, 1996) أن إرشاد أمهات الأطفال غير العاديين هو تلك العملية التي تهدف إلى مساعدة الأمهات ليصبحوا أفرادا يعملون على أكمل وجه لمساعدة أطفالهن على التوافق الأسري الجيد.

ويذكر زهران (1980) أن البرنامج الإرشادي هو برنامج مخطط ومنظم يتضمن خدمات إرشادية وغير مباشرة فردية وجماعية لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالإختيار الواعي وتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة وخارجها.

وفي ضوء ما سبق تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة بأنه برنامج مخطط منظم يتضمن خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة لأمهات الأطفال التوحديين وذلك بهدف التوعية بخصائص سلوكيات أطفالهن وبالتالي تحسين التواصل والسلوكيات الإجتماعية مما يسهم في خفض السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن.

2.1.18.3 العلاج المعرفي السلوكي:

تم تحديد إطار البرنامج من ضمن النظرية المعرفية السلوكية، حيث أن الهدف الرئيسي للبرنامج يتحقق من خلال تحقيق عدة أهداف فرعية متمثلة بتزويد الأمهات بالمعلومات اللازمة عن إضطراب التوحد وأبعاده وكيفية التعامل معه وعرض لأسبابه وللنظريات المفسرة له، مع شرح للأسباب المختلفة التي يمكن أن تتبع في تدريب الأطفال التوحديين على المهارات المطلوبة، وتدريب الأمهات على الفنيات المستخدمة خلال البرنامج (المحاضرات، المناقشات "التعليم النفسي"، التحصين التدريجي، التدريب على حل المشكلات، التعزيز الذاتي والواجبات المنزلية والمراقبة الذاتية). كذلك يقوم البرنامج الإرشادي الحالي على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى تعديل

بعض الأفكار السلبية عند الأمهات الناتجة عن إضطراب التوحد لدى الأطفال (تسجيل الأفكار السلبية، إختبار واقع هذه الأفكار، إيجاد الحلول والبدائل للمشكلات التي تواجه الأمهات في تعاملهن مع أطفالهن التوحديين، التدريب المعرفي) وأيضا تطويع الفنيات المعرفية لتحقيق أهداف سلوكية وإكساب الأمهات مهارات معينة مثل إستخدام فنية المراقبة الذاتية self monitoring من خلال تعليم أفراد العينة كيفية القيام بمراقبة ذاتية للأطفال التوحديين في المواقف التي تعزز سلوكهم الإنسحابي.

يعتمد العلاج المعرفي على العمليات المعرفية وتأثيراتها اللغوية على الإنفعالات والسلوك معا، وأن الإضطرابات النفسية إنما تنبع من إضطراب حالات التفكير (William &Michael, 1993)
وقد وضع بيك (Beck, A) الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي – السلوكي الذي يرتكز على تأثير الأفكار في الإنفعالات والسلوكيات، ويهدف إلى إقناع المنتفع بأن معتقداته غير منطقية، وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما هي ارجاع لسوء التكيف الذي يعيشه المنتفع، ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه لدى المنتفع، وإبداله بطرق أخرى للتفكير تكون أكثر ملائمة، مما يؤدي إلى إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وإنفعالية لدى المنتفع.

هذا وللعلاج المعرفي السلوكي أساليب متعددة : أهمها: التحكم الذاتي (Self Control)، التدريب على مهارات حل المشكلات (Problem Solving Skills) والتعبير اللفظي عن الذات (Self – Verbalization) فنيات إعادة البناء المعرفي.

2.1.18.4 بناء البرنامج الإرشادي:

يعتمد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، إن التغيير في السلوك معرفي أساسا في حد ذاته، وهو معرفي بمعنى أن التركيز ينصب بالتعرف على كيفية حل مشاكل أنماط السلوك العقلية التي تتعارض مع الإستجابات الوجدانية (الخواجا، 2002)

يؤكد أليس في نظرته للإنسان على أن هنالك تشابك بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر وبالتالي فإن العلاج العقلاني السلوكي يركز على أن البشر يتصرفون ويفكرون ويشعرون في آن واحد، لذلك فهم نادرا ما يشعرون دون أن يفكرون، لأن المشاعر تستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، وبالتالي فإن الأفراد عندما ينفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون وعندما يتصرفون فإنهم يفكرون وينفعلون وعندما يفكرون فإنهم ينفعلون ويتصرفون.(الخواجا، 2002)
كذلك إن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على الإفتراض بأن الإضطرابات النفسية تنشأ من أنماط التفكير الخاطئة أو غير المنطقية، والأفراد يشتركوا في غايتين هما المحافظة على الحياة والإحساس

بالسعادة النسبية المصحوبة بالتحرر من الألم، حيث تسهم العقلانية بإيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين في حين أن عدم العقلانية تخلق نمط من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل تحقيقها (هنديـــة، 2003)

يتضمن البرنامج عدة إجراءات إرشادية مثل:

- شرح العلاقة بين التفكير، السلوك والإنفعال بمعنى أن تقوم الباحثة بشرح هذه العلاقة لأفراد العينة والتوضيح فيها كيفية تأثير الأفكار الخاطئة في إستثارة إنفعـــالات ســـلبية، وتوجيـــه السلوكيات بطرق خاطئة.
- تدريب الأمهات على الفنيات المعرفية: من خلال قيام الباحثة بتحديد الأفكار الخاطئـــة لـــدى أفراد العينة من خلال سجل يتم تدوين الأم للفكرة السلبية والإنفعال الناتج عنهـــا والموقـــف، ومن ثم تتم مناقشة الفكرة مع الأم خلال الجلسة الإرشادية ومحاولة الوصول مع أفراد العينة لحلول للمشكلات من خلال الفنيات المعرفية (تدريب معرفي، إعادة عزو، إختبار الواقع ..) وبعد التدريب على هذه المهارات تسجل الأم الإستجابات المنطقية الملائمة ثـــم تعيـــد مـــدى إعتقادها في الفكرة، ومن ثم إعادة تقدير درجة الإنفعال .
- الواجب المنزلي: من خلال تدوين أفراد العينة لأفكار السلبية للمناقشة في الجلـــسة التاليـــة، كذلك التدريب على المراقبة الذاتية للسلوك الشخصي كرد فعل لسلوك الطفل التوحـــدي فـــي مواقف متعددة ،

2.1.18.5 السبب في إختيار العلاج المعرفي السلوكي:

إن هدف البرنامج الإرشادي المقدم لأمهات الأطفال التوحديين متمثل في زيادة وعي الأمهات لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن وبالتالي تعزيز دمجهم في المجتمع والبيئة المحيطة، لذا وجـــدت أن هنالك توافق بين أهداف العلاج العقلاني المعرفي وأهداف دراستي الحالية، إن إتباع نظرية العـــلاج المعرفي السلوكي كأحد أهم النظريات التي تناولت إعادة البناء المعرفي، بزيـــادة وعـــي الأمهـــات بإضطراب اطفالهن التوحدي، وسمات السلوك الإنسحابي لديهن على إعتباره السمة الأكثـــر تميـــزا لإضطراب التوحد، مع تعديل السلوكيات بتعزيز الإيجابي وتعديل السلوكيات السلبية سواء في التعامل مع الطفل أو في تعديل سلوك الطفل ذاته من خلال تفاعل الأمهات مباشرة مع أطفالهن.

2.1.18.6 أهداف البرنامج الإرشادي:

- الهدف العام للبرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية: قياس مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحددين ومن ثم تعزيز أدائهن في دمج أطفالهن التوحديين في البيئة المحيطة والتقليل من عزلتهم الإجتماعية وسلوكهم الإنسحابي،
- إكساب عينة الدراسة وعددهن 9 أمهات لأطفال توحديين مهارات لدمج أطفالهن التوحديين في البيئة المحيطة والتقليل من عزلتهم وسلوكهم الإنسحابي.
- من خلال إرشاد الأم وتزويدها بكم معقول من المعلومات والحقائق والخبرات التعليمية والمفاهيم حول طبيعة إعاقة التوحد وأبعادها، والخصائص المميزة للأطفال التوحديين بهدف تشجيعها على تقبل الإضطراب وتقبل الطفل، وتنمية دافعيتها لرعايته إلى جانب إكسابها مهارات خاصة لتدريب طفلها على بعض المفردات اللغوية اللازمة للتفاعل والتواصل البصري، وكسر حاجز العزلة التي قد يضع نفسه فيها، واللعب معه وخاصة الألعاب التي ترى أنه يفضلها، وأن تقوم بروي بعض القصص المسلية له، مما قد يساعده على فهم سلوكه وسلوك الآخرين، والعمل على إشراكه معها في أداء بعض الأعمال المنزلية البسيطة، و تدريبه على بعض المهارات الإجتماعية التي قد تساعده على إقامة علاقات إجتماعية مقبولة مع الآخرين، والإقبال عليهم وتكوين صداقات معهم، وبالتالي تساعده على الحد من سلوكه الإنسحابي المتمثل في الإنسحاب من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين والتحرك بعيدا عنهم، لذا يعد البرنامج المقترح من البرامج الموجهة للأسرة تقوم فيه الأم بدور المعلمة أو المرشدة بالنسبة لطفلها، كما تقوم بدور المنتفعة من حيث تلقيها الخدمة في شكل جلسات ومعلومات ومحاضرات.

2.1.18.7 الأهداف الخاصة:

1- مساعدة الأمهات المشاركات في البرنامج الإرشادي على التخلص من الأفكار والتصورات اللاعقلانية تجاه إضطراب التوحد لدى أطفالهن.
2- توفير فرص التفاعل والمشاركة في أنشطة وفعاليات البرنامج لتعزيز البناء المعرفي لدى الأمهات المشاركات في البرنامج.
3- تنمية مهارات الإتصال والتواصل والحوار العقلاني والسلوكي.
4- رفع مستوى وعي الأمهات لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ومستوى الدافعية وتعزيز الأداء لديهن في دمج أطفالهن في البيئة المحيطة.

2.1.18.8 صيغة البرنامج الإرشادي:

يعتمد البرنامج الإرشادي على الأفكار لدى الأمهات عن أطفالهن التوحديين والواردة في النظرية المعرفية والنظرية السلوكية.

تم تطبيق الباحثة للبرنامج الإرشادي في عدد 7 جلسات إرشادية اللقاء الأول، الثاني، الثالث والخامس بواقع ساعتين لكل جلسة إرشادية واللقاء الرابع بواقع 3 ساعات أما اللقائين السادس والسابع بواقع ساعتين ونصف لكل لقاء.

إستندت الباحثة لأساليب وفنيات الإرشاد والعلاج الواردة في الأدب النظري الخاص بالنظرية المعرفية والنظرية السلوكية.

2.1.18.9 الشكل العلاجي المستخدم في البرنامج:

إستخدمت الباحثة أسلوب الإرشاد الجمعي في جلسات البرنامج الإرشادي ويعرفه زهران (1980) بأنه إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معا في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل.

تكمن أهمية الإرشاد الجمعي فيما يهيئه من تفاعل بين المنتفع (الأمهات) والمرشدة (الباحثة) وبين المنتفعات (الأمهات) وأعضاء الجماعة معا.

إن الإرشاد النفسي الجماعي يتيح المجال لكافة المسترشدين بطرح لآراءهم مع إمكانية تعلمهم كيفية مناقشة مخاوفهم وشكوكهم وأنماط فشلهم، ومقارنتها مع مشكلات الآخرين، حيث أن العلاج النفسي الجماعي Group Counseling يقوم على مسلمة مفادها أن الموقف الجماعي بعلاقاته المتعددة تكون أقرب إلى الحياة الواقعية بالمقارنة مع العلاقة الإرشادية في الإرشاد الفردي، ويعطي الإرشاد الجماعي المسترشدين إمكانية التنفيس عن الإنفعالات وتكوين علاقات إجتماعية جديدة والوصول لإستبصار يساعد في الكشف عن بعض الحلول، وإستجابات جديدة لم تكن تخطر للمسترشدين من قبل، ويتمكن كل مسترشد من خلال إستبصاره أن يرى بأن عاداته السيئة ومخاوفه وقلقه ليست حكر على نفسه وأن هنالك من يعاني منها أيضا مما يجعله أكثر جرأة وحرية في مناقشة مشكلاته وطرحها للعلاج (الزعبي، 2002)

إن فعالية العلاج والإرشاد الجماعي يعتمد على آلية تنظيم الجماعة من حيث عدد المجموعة الإرشادية، قد يتراوح حجم المجموعة العلاجية بين 3 – 15 فرد، وأجمع معظم المعالجين أن الحجم الأمثل هو ثمانية أو عشرة أفراد، فإذا كان العدد أقل يكون التفاعل أقل وإذا كان الحجم أكبر فإن التفاعل قد يكون كبير لحد يصعب على المسترشد أو المرشد متابعته (مليكة، 1989)

تظهر أهمية الضغط ضمن الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي حيث يتعرض كل فرد في المجموعة لتغيير سلوكه أو تفكيره أو مشاعره، وتتوقف درجة إستجابته لهذه الضغوط على درجة جاذبية أعضاء المجموعة له وعلى القيمة التي يضيفها بعضويته في المجموعة ، وقد يكون هذا الضغط إيجابيا أو سلبي طبقا للطريقة التي يدير بها المعالج الميكانزمات الجماعية ومنها التماسك.

أظهرت الخبرات الإكلينيكية إلى أن المسترشد ضمن الجماعة يغير سلوكه غالبا لإرضاء زملاءه المسترشدين وللإحتفاظ بإحترام الذات داخل المجموعة التي تشجعه على التغيير، وفي إطار العلاج السلوكي فإن المسترشد يقوي دافعه إلى التغيير من خلال التدعيم من قبل الآخرين والمرشد والبيئة، كما ييسر الضغط الإجتماعي إختبارمفاهيم جديدة، وبالتالي فإن عملية العلاج الجماعي عبارة عن محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمسترشد والتعديل من نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم، من خلال وضعهم مجموعة إرشادية، بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة وبين المرشد من جهة أخرى على تحقيق الأهداف العلاجية (غرابة، 2003)

2.1.18.10 السبب في إختيار العلاج النفسي الجماعي:

إن الإرشاد الجماعي يحقق وبشكل كبير أهداف العلاج المعرفي السلوكي، مقارنة بأسلوب العلاج الفردي، من خلال ما يحققه الإرشاد الجماعي من المواجهة مع الآخرين وتعزيز البناء العلائقي بين المسترشدين في المجموعة الإرشادية مما يعود بالتالي بالتغذية الراجعة وتراكم الخبرات والمعارف والتجارب عند المسترشدين ومن ثم إحداث تغيرات في الأفكار والمعتقدات والسلوك.

تم إعتماد المنهج المعرفي السلوكي في تصميم البرنامج الإرشادي حيث يركز منذ البداية بأن إستبصار المسترشد وحده بالمشكلة لا يحقق النجاح، وأدى بالتالي لظهور هذا الإتجاه العلاجي الذي يهتم بأن يمارس المسترشد سلوكياته الجديدة الناتجة عن علاج أفكاره اللاعقلانية ومفاهيمه المشوشة وإدراكاته اللامنطقية للأحداث من خلال الخبرات والأحداث الحياتية ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى دفعه في هذا الإتجاه من خلال تدعيم تلك الأفكار الجديدة لديه لتكون نظام وفلسفة حياة، إضافة إلى أن يتعلم المسترشد طرق جديدة وأساليب مختلفة بكيفية التمييز بين السلوكيات الصحيحة والخاطئة.

إن الإرشاد الجماعي يعتبر الأسلوب الأفضل لممارسة العلاج المعرفي السلوكي من خلال ما يتيحه من فرصة في التعرف على الأفكار اللاعقلانية وتعديلها ضمن إطار إجتماعي للمسترشدين، ويعطي أسلوب حوار ومشاركة وبأقل قدر من القلق والخوف، ويعطي نموذج دينامي وتحرك موضوعي في التواصل الفعلي لأعضاء المجموعة الإسترشادية، من خلال توفير بيئة هادئة قليلة التوتر والضغوطات بين أعضاء المجموعة، ويساعد بالتالي لتخفيف حدة المشكلات عند المسترشدين، نتيجة وجود طفل يحتاج لتوفير الرعاية والإهتمام الخاص نظرا لطبيعة الإضطراب وخصوصية الوضع

القائم وتأثير وجوده على بقية أفراد الأسرة والمحيطين، وبالتالي يساعد البرنامج الإرشادي المصمم بناء على النظرية المعرفية السلوكية وبأسلوب الإرشاد الجماعي على زيادة وعي الأمهات بسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين وإلمامهم بطبيعة إضطراب أطفالهن وبالتالي زيادة دمجهم في مجتمعهم وبيئتهم المحيطة.

2.1.18.11 النسق الذي تسير عليه الجلسات الإرشادية:

تتم المقابلات الإسترشادية بشكل مباشر مع المجموعة الإسترشادية ويتم إجراء المقابلات في أجواء مهنية.

معظم المرشدين المستخدمين للعلاج النفسي الجماعي يعقدون جلسة جماعية واحدة في الأسبوع ، لأنه من الضروري المحافظة على إستمرارية الجلسات بحيث يمكن متابعة مواضيع الجلسات من جلسة لأخرى، ويمكن عقد جلستين في الأسبوع الواحد إحداهما مع المعالج والأخرى بدونه ويتراوح طول فترة الجلسة من ساعتين لثلاثة ساعات ويتعين أن تكون الفترة المحددة ثابتة، مما يتعين على المجموعة المسترشدة والمرشد على التماسك بإلتزاماتهم في الحياة اليومية، وبالتالي تحقيق الهدف من الزمن المتاح بأقصى قدر ممكن من الفعالية. (مليكة، 1989)

2.1.18.12 أهداف الجلسات الإرشادية:

- زيادة الوعي الذاتي للمسترشدات فيما يخص أفكارهن تجاه إضطراب أطفالهن وخصوصية مشكلاتهن .
- التوضيح بخصوصية إضطراب التوحد ووجود حالة طفل ذو حاجات خاصة من رعاية وإهتمام وتواصل بما يسببه من قلق وتوتر لدى أفراد البيئة المحطية بالطفل التوحدي.
- مساعدة المسترشدات على التمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية وتعديل ما يلزم منها وأن تكون متعمقة .
- مساعدة المسترشدات على تطوير وتبني فلسفات ومعتقدت عقلانية لحياتهم.

إن تحديد عدد الجلسات كما يرها (فيرنون Vernon) يعتمد على نوع المشكلة وخبرة المعالج ونوع الإرشاد والعلاج المقدم للمسترشدين وحجم الجماعة العلاجية. (غرابة، 2003)

جدول رقم 2.1 مخطط سير الدراسة والبرنامج الارشادي

إختبار قبلي	مجموعة تجريبية --- خضعت للبرنامج الإرشادي	إختبار بعدي

2.1.18.13 الخطة الزمنية لجلسات العلاج في البرنامج الإرشادي:

يستغرق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي عدد 7 جلسات إرشادية جماعية اللقاء الأول، الثاني، الثالث والخامس بواقع ساعتين لكل جلسة ارشادية، اللقاء الرابع بواقع 3 ساعات اما اللقائين السادس والسابع بواقع ساعتين ونصف لكل لقاء، وتعقد الجلسات في قاعة على أن تنفذ جلسة أسبوعيا وذلك لخدمة أهداف البرنامج المتمثلة في عمل تعديل على الأفكار اللاعقلانية لدى الأمهات عن إضطراب أطفالهن التوحديين، وبالتالي مجموع المدة الزمنية المحددة لتطبيق البرنامج الإرشادي مدة شهر ونصف بواقع لقاء واحد أسبوعيا.

2.1.18.14 خطة جلسات البرنامج الإرشادي:

- إعلام المسترشدات بالزمان والمكان للبدء في تطبيق جلسات البرنامج الإرشادي:
- تعريف المسترشدات بهدف البرنامج ومدته ودورها داخل المجموعة العلاجية وأهمية البرنامج بالنسبة لها وماذا سيحقق، وتعريفها بآليات التواصل ومعايير التعامل الأفضل مع زميلاتها المسترشدات والمرشدة النفسية، إضافة لتعريفها بأهمية الأخلاقيات الواجب إتباعها داخل وخارج الجلسات الإرشادية بما تتضمنه من حماية أسرارها وأسرار الآخرين، وإحترام خصوصيات كل مسترشدة على حدة، مع إحترام حق تقرير المصير والتقبل والتواصل مع الآخرين.
- التوقيع على إتفاقية العلاج وتعتبر التعاقدات من الأمور بالغة الأهمية في رسم التوقعات المتبادلة بين الطرفين المرشدة والمسترشدة، وتعطي أهمية وجدية على العلاقة المهنية الإرشادية.
- تقوم كل مسترشدة بتعبئة إستبيان لتفيد فيما بعد المرشدة والمسترشدة في تقييم مدى التقدم وتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي أثناء الجلسات الإرشادية حيث يعاد تطبيق تعبئة الإستمارة من قبل المسترشدات في نهاية البرنامج.
- قبل البدء بالبرنامج الإرشادي على المرشدة القيام بتعريف نفسها شخصيا ومهنيا بما يضمن معرفتها من قبل المسترشدات وبالتالي تحصل تغذية راجعة لدين عنها وهذا يساعد بالتالي

لتوثيق العلاقة بين المجموعة الإسترشادية والمرشدة وتخفيف حدة التوتر الناتجة عن الدخول في العملية الإرشادية وتحقيق علاقة مهنية إيجابية بين الطرفين.

- تقوم الباحثة في الجلسة الإرشادية الأولى بتكوين علاقة مهنية مع أفراد العينة ، حيث أن الاتجاه المهني في العلاقة والإهتمام بالمسترشدين تقدم الوسط المناسب للتقدم الإرشادي، حيث تبدي المرشدة دفء صادق في العلاقة المهنية وتقبل غير مشروط للمسترشدين. وتقوم الباحثة بوضع القواعد الأساسية لعضوية المجموعة وتشمل عدة أمور مهمة مثل المواظبة على الحضور، إحترام مواعيد الجلسات الإرشادية والمشاركة في الجلسات بعرض المشكلات، وبذل المزيد من الجهد في إتمام الواجبات المنزلي من خلال المحافظة على أسرار المجموعة وعدم التحدث بها خارج المجموعة وخارج الجلسات الإرشادية.

2.1.18.15 الأدوار التي تقوم بها المرشدة خلال الجلسات الإرشادية:

أ- التوعية بالآلية المتبعة لدى المسترشدات تجاه إضطراب أطفالهن وخصوصية حاجاتهم من رعاية وإهتمام لخلق التفاعل والتواصل الإجتماعي.

ب-التعليم والتوجيه.

ت-تقديم الأمثلة التوضيحية على السلوكيات السلبية المتبعة في التفاعل مع أطفالهن التوحديين وبقية أفراد الأسرة.

- التوضيح بأن الأفكار اللامنطقية لدى المسترشدات هي التي تدفع لوجود الإضطراب لديهن في التعامل مع إضطراب أطفالهم وبالتالي شعورهن بالتعاسة.
- محاولة تحليل فلسفة وإتجاهات المجموعة الإسترشادية وذلك لخلق نوع من التفكير المعمق حول فلسفتهم للحياة وأفكارهم الحالية.
- معارضة المسترشدات لمخاوفهن تجاه تعاملهن مع أطفالهن بأسلوب إرشادي داعم.
- التشجيع على مواجهة مخاوفهم تجاه أطفالهم.
- التشجيع على تعميم الأفكار الجديدة لتصبح نمط الحياة (غرابة، 2003)

ث-عمل مراجعة لموضوع الجلسة السابقة.

ج- الملاحظة والإهتمام بالإنفعالات الظاهرة خلال الجلسات الإرشادية.

ح- فحص الواجبات المنزلية وتقديم التغذية الراجعة.

خ- تقديم التعزيز الإجتماعي، عند إتقان الإستجابة المطلوبة من المسترشدة أدائها، من بمعنى التعزيز الذاتي.

د- تقديم موضوع الجلسة وإستخدام الفنيات العلاجية اللازمة.

ذ- تقديم الواجبات المنزلية عند إنهاء الجلسة (هندية، 2003)

ر- التفريغ الإنفعالي وتنفيس المشاعر للمسترشدات عند الحاجة ضمن الجلسات.
ز- إستعراض لبعض الأفكار اللاعقلانية ضمن النظرية المعرفية وتفحصها مع المسترشدات.
س-تدعيم إطار الدعم النفسي بين المسترشدين لبعضهم.
ش-عمل تقييم بنهاية كل جلسة لتفادي الأخطاء الممكن الوقوع بها (زيدان، 2000)

2.1.18.16 عوامل نجاح الجلسات الإرشادية:

- تحديد مكان وزمان الجلسات الإرشادية.
- تحديد الأهداف المطلوبة في البرنامج الإرشادي ولكل جلسة على حدا.
- تهيئة المناخ النفسي المهني المناسب (الأمان، السرية، الخصوصية، التسامح، التقبل، حق تقرير المصير)
- المشاركة الإنفعالية والتركيز حول موضوع الجلسة.
- إستعداد المرشدة للمساعدة.
- التقبل الإيجابي غير المشروط. (زيدان، 2000)

2.1.19 فنيات وتكنيكات العلاج في البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم:

فنيات عقلانية Rational Techniques: تعتمد على الأسس المعرفية الآتية:

ملء الفراغ Filling in the Blank: حسب نظرية (ألبرت أليس) أن الفراغ يكون بين المثير والإستجابة عند المسترشدين أي تعتبر B هي الفراغ وعلى المرشد أن يملأها وقد إستخدمت المرشدة الباحثة في هذا البرنامج الفنيات التالية لتحقيق هذا الغرض:

المحاضرة: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وبعبارات تتناسب مع أمهات الأطفال التوحديين عن إضطراب التوحد، أسبابه، نظريات مفسرة له، خصائص النمو والإضطرابات التي قد ترافق، سمات الشخصية التوحدية، التشخيص، والهدف من إستخدام هذه الفنية هو إشباع الإحتياجات المعرفية لدى الأمهات مما يساعدهن في فهم السلوك الإجتماعي والسلوك الإنسحابي، الأمر الذي يسهم في خفض السلوك الإنسحابي وتعزيز التواصل الإجتماعي لدى أطفالهن التوحديين. كذلك من خلال العمل على إكساب أعضاء المجموعة الإسترشادية مفاهيم مبسطة عن العلاج النفسي وأسسه ومدارسه والتركيز على الأساليب المعرفية السلوكية والسماح بعمل مناقشة علمية حوارية دون إقحام المشكلات الفردية في نهاية المحاضرة.

عرض النماذج: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في عرض نماذج سلوكية من خلال موضوع النقاش مع الأمهات، والهدف من إستخدام هذه الفنية هو تعليم الأمهات أساليب وسلوكيات جديدة إجتماعية من خلال الإقتداء بالأنموذج. كذلك فإن عرض مشاكل مشابهة على المسترشدات وحثهم على التعرف على الأسباب الدافعة لتلك المشكلات مع كف رغبات أعضاء المجموعة الإسترشادية في التحليل لتلك النماذج يدفع لتنمية قدرة المسترشدات على إستنباط الأخطاء في التفكير مما يدعم لدى المجموعة الإسترشادية التجرد مؤقتا من إنفعالاتهن وبالتالي الحكم بموضوعية من أبعادهن عن مشكلاتهن الخاصة والحساسية المرتبطة بتلك المشكلات، وبالتالي يمهد الطريق لمناقشة أفكارهن ومدى تأثيرها على الشخصية.

المناقشة الإرشادية الجماعية: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة بين الباحثة وأمهات الأطفال التوحديين هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى بين الأمهات بعضهن مع بعض، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح موضوع النقاش والحوار، والهدف من إستخدام هذه الفنية هو إعادة البناء المعرفي لأمهات الأطفال التوحديين وتعديل الأفكار الخاطئة حول إضطراب التوحد وتعزيز التواصل بين أعضاء المجموعة. حيث تعتبر عملية المناقشة الإرشادية الجماعية بمثابة عملية فكرية جماعية يعالج بها أفراد المجموعة الإسترشادية مشكلاتهن بطريقة المشاركة التعاونية الناقدة من خلال توفيرها لكل الأفراد إمكانية توضيح وجهات النظر والآراء والتصورات. حسب ما توفره من آليات متمثلة بالتنفيس الإنفعالي Abreaction، تعديل الأفكار والتوجهات Modification of Attitudes، التفسير والتحليل Analysis & Interpretation ، الإستبصار والتعليم Insight & Learning، وحتى تحقق المرشدة أهداف المناقشة الإرشادية عليها أن تكون هي الموجه للنقاش، وأن تدور المناقشة حول أهداف وعناصر الجلسة، والإبتعاد عن المناقشة الجانبية والموضوعات الخاصة، والحوارات الفردية ذات الإتجاه الواحد وأن تخص موضوعات المناقشة جميع المسترشدات. (زيدان، 2000)
مع ضرورة إستخدام لغة واضحة وسهلة وعدم إظهار تحيز لأي من المسترشدات، وإحترام وجهات النظر بين المجموعة والمرشدة.

التنفيس الإنفعالي: متمثل بتصوير مشكلات نفسية على شكل تعبير حرفي لموقف جماعي يتيح الإستبصار الذاتي والتنفيس الإنفعالي التلقائي.

التبعيد والتركيز Distancing & Centering: بمعنى عملية رصد الأفكار ومن ثم عـزل هـذه الأفكار اللامنطقية واللاعقلانية وبالتالي عدم الوثوق بهذه الأفكار الآلية من خلال إستخدام الأسـاليب التالية:

- المناقشة الجماعية والحوار بين المجموعة الإسترشادية والمرشدة بهدف عمل تحليل منطقـي لأفكار أعضاء المجموعة الإسترشادية.
- تفنيد الأفكار المنطقية واللامنطقية لدى أعضاء المجموعة الإسترشادية وما ينتج عنهـا مـن تفسيرات غير منطقية.
- وقف الأفكار غير المنطقية وخاصة المسيطرة على تفكير المسترشدات. (غرابة، 2003)

التعزيز الايجابي: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم مدعمات (ثناء – مـدح) لأمهـات الأطفال التوحديين على الإستجابات الصحيحة والملائمة أثناء النقاش والهدف من إستخدام هذه الفنية حث الأمهات على التفكير السليم والسلوك الإجتماعي بحيث يصبح جزء من حياتهن.

الإستبصار Insight: بمعنى إدراك الفرد أنه يعاني من مفاهيم خاطئة وهذا يؤدي لإمكانية عزل هذه الأفكار ويتضمن الإستبصار إمكانية التوضح من علاقة هذه الأفكار بما تعانيه المسترشدات (أمهـات الأطفال التوحديين) من مشكلات نفسية. ويتمركز الإستبصار في البصيرة الأولى كما وصفها (ألبرت أليس) عند شعور الفرد بهزيمة النفس وما يصاحبه من سلوك إما نتيجة لأسباب سابقة متعلقة بالمفاهيم الخاطئة ، والبصيرة الثانية تحصل عندما تتفهم المسترشدة أن سبب حالتها الحالية مرتبطة بما لـديها من أفكار لاعقلانية مرتبطة بإضطراب طفلها وصلة ذلك بالحاضر لديها. (الزيود، 1998)

تغيير القواعد Changing Rules: محاولة الباحثة (المرشدة) إستبدال الأحكـام والقواعـد التـي تستعملها المسترشدات بأخرى أكثر مرونة وواقعية من خلال:

- الحوار والمحادثة الإيجابية مع الذات بدل السلبية وغير المنطقية (غرابة، 2003)
- الواجبات المنزلية والوظائف البيتيـة Home Work Assignments: مـن خـلال تكليـف المرشدة للمسترشدات القيام بمهام تتدرج عادة من السهل للأصعب (الزيود، 1998).

وتتمحور حول قيامهم بمراقبة ذاتية لسلوكيات أطفالهن وعمل تقارير من خلال ملاحظاتهت لسلوكيات الطفل وسلوكياتهن الخاصة تجاه أطفالهن ، وتطبيق لما يتم تعلمه من مهارات في التعامل مع الطفـل التوحدي بهدف زيادة دمجه في بيئته المحيطة ومشاركته في الأعمال المنزلية علـى سـبيل المثـال تكليف المسترشدات القيام بواجبات منزلية وتقديم أمثلة من واقع التجارب اليومية مع الأطفال للوقوف على الأخطاء المتبعة في التعامل مع إنسحاب الطفل التوحدي والعمل على مناقشتها و تقليل حدوثها.

الواجب المنزلـــي: يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف الأمهات ببعض الواجبات في ختام كل جلسة والهدف من إستخدام هذه الفنية نقل أثر ما إستفادته الأمهات من حضور الجلسات الإرشادية إلى البيئة الأسرية التي يعيش بها الطفل التوحدي، إضافة لتأكيد المراقبة الذاتية وملاحظـــة تعـــديل السلوك الإنسحابي للطفل التوحدي وتعزيز السلوكيات الإجتماعية لديه.

برنامج التدريب التوكيدي: بنيت برامج التدريب التوكيدي من خلال عدة إتجاهات نظرية تطـــورت لوجود الشكل الحالي من التدريب التوكيدي، يهدف هذا التدريب لتحسين وتقوية الذات فيما يخـــتص العلاقات الإجتماعية الشخصية بين الأفراد وتمكين الأم من التعبير عن شعورها والتعبير عن خوفها الإجتماعي ويحتوي البرنامج الحالي على عدة أنماط من التوكيد (التوكيد الايجابي، التوكيد الـــسلبي، الإستجابات التوكيدية اللفظية الملائمة، الأساليب غير اللفظية) التوكيدية هي مهارة الفرد في التعبيـــر عن آراءه سواء كانت متفقة أو مختلفة مع الآخرين والإفصاح عن المشاعر الإيجابيـــة (المـــدح) أو السلبية (الغضب) حيالهم، والدفاع عن حقوقها الخاصة والمبادءة أو الإستمرار في إنهاء التفـــاعلات الإجتماعية أو مقاومة ضغوط الآخرين لإجبارها على إتيان سلوك لا ترغبه (ظريـــف و شـــوقي ، 1993)

ومهارات التوكيد هي: التوكيد الإيجابي مثل تقديم مبررات السلوك ، والمجاملة والتعاطف، ويحتوي البرنامج الحالي على تقديم مبررات السلوك، والمجاملة ومهارات التوكيد السلبي، مثل رفض الطلـــب غير المناسب والإحتجاج وطلب مساعدة من الآخرين والتفاوض للوصول لحلول وسط والتعبير عن الغضب. ومن مهارات التدريب التوكيدي: التدريب على الإستجابات اللفظية الملائمة، وفي البرنامج سيكون التدريب على مهارات لفظية خاصة بإضطراب التوحد بهدف تنمية القـــدرة اللفظيـــة التـــي تستطيع الأم من خلالها أن تستجيب للعديد من المواقف الإجتماعية التي تتطلـــب منهـــا الإعتـــراف بالإضطراب لدى طفلها ، وتوضيح مدى الإضطراب للآخرين بتنوع واسع، ومن مهارات التـــدريب التوكيدي أيضا التدريب على الأساليب غير اللفظية ، وتشمل تعبيرات الوجه والكلام والمشي ونبـــرة الصوت، الإتصال البصري ، ضبط توقيت الإستجابة وهي مهارات تستخدم للتدريب عليها مع كـــل المهارات السابقة،أي متضمنة في جميع الجلسات والبعض أطلق عليها مهارات غير لفظية (سبنـــسر Spencer,1977)، (عبد العظيم ،1991)،أو إستجابات بدنية ملائمة (إبراهيم،1994) ، أو مهـــارات الإدراك الإجتماعي (متولي،1993).

التوكيد الإيجابي: تقديم مبررات السلوك – هل تستطيع الأم التوضيح لأفراد الأسرة ضـــرورة دمـــج الطفل التوحدي بالرغم من الصعوبات المترتبة على ذلك.

- إذا بذلت الجهد في دمج الطفل ، هل تتقبل ردود الفعل من الأفراد المحيطين؟
- هل تستطيع الأم التحدي في دمج الطفل بغض النظر عن الأفراد المتواجدين في المكان المحيط بالطفل؟
- المدح والثناء – هل تستطيع الأم إظهار إعجابها وثنائها على تفاعل المحيطين بالطفل نظرا لمراعاتهم ظروفه الخاصة؟

توكيد سلبي رفض عزل الطفل – هل تستطيع الأم رفض عزل الطفل في حال تواجد أفراد غريبين من أصدقاء أو معارف؟

- هل تقوى الأم على مواجهة رفض المحيطين للطفل؟

الإحتجاج: هل تستطيع الأم الإحتجاج على التعامل السلبي مع الطفل من قبل المحيطين به؟

التفاوض والوصول لحلول وسط: هل تستطيع الأم إفهام المحيطين بالطفل أنه لديه إضطراب وإحتياجات خاصة تؤدي لسلوكيات معينة؟

طلب مساعدة: هل تطلب الأم المساعدة من الآخرين عندما تشعر بالتعب تجاه تلبية إحتياجات طفلها التوحدي؟

التعبير عن الغضب: هل تجد الأم صعوبة في تأنيب أفراد الأسرة المحيطين بالطفل عند عدم مراعاتهم لظروف وإحتياجات طفلها التوحدي؟

- هل تشعر الأم بالحرج أو الغضب أثناء تواجد الطفل التوحدي في حالة معينة ؟
- التوكيد اللفظي الملائم Appropriation Assertion الأساليب والتعبيرات والمصطلحات والمحتوى اللفظي الخاص بالتوحد الذي تستطيع مواجهة المواقف الإجتماعية به ، هل تستطيع الحديث بسهولة أمام مجموعة من الناس عن إضطراب التوحد ومشكلة طفلها التوحدي؟
- هل تتجنب المواقف التي تجد نفسها فيها مرغمة على الحديث عن إضطراب طفلها؟
- المهارات غير اللفظية، التعبيرات الوجهية وأساليب الحركة والكلام والمشي ونبرة الصوت والإشارات باليد والذراع وضبط توقيت الإستجابة تستخدم مع كل المهارات التوكيدية في جميع الجلسات الإرشادية.

فنيات التدريب على المهارات السابقة:

يرى (متولي، 1993) إن التدريب على المهارات الإجتماعية بما فيها التدريب التوكيدي يقوم على خمس فنيات أساسية لا بد من تقديمها بالترتيب التالي:

1- التعليمات Instruction.

2- لعب الدور Role playing.

3- التغذية المرتدة والتدعيم Feed back and Reinforcement.

4- النمذجة Modeling.

5- الممارسة (الواجب المنزلي) Practice.

كيفية إستخدام هذه الفنيات في التدريب على المهارات التوكيدية :

تقول الباحثة لأفراد المجموعة اليوم أول جلسة للتدريب على المهارات التوكيدية ولتكن مهارة رفض طلب معين لا تستطيع أن تفعله الأم ،

التعليمات: يتجه غير التوكيديين للحديث عن عمل أشياء عديدة لا يريدون فعلا أن يقوموا بها وأنه ينبغي للإنسان أن يرضي كل أفراد أسرته أو كل شخص محيط به، طبعا هذا يعتبر إعتقاد خاطيء فليس لزاما على الفرد أن يطيع كل متطلبات الآخرين وأنا لا أطلب منك أن تعزلي وتخرجي عن معاملاتك مع الآخرين ولكن يجب أن تري إذا كان الطلب معقولا ويتناسب معك أم لا، ولا تعتادي فعل كل الأشياء التي يطلبها منك الآخرين وبخاصة تلك الأشياء التي لها تأثير عليك أو على الطفل التوحدي، لا تعتذري كثيرا عندما تقومي برفض طلب من المعتاد أن تجد الناس يقولوا دائما آسف عند عدم القدرة على تلبية هذا الطلب، إذا طلب منك القيام بسلوك لا يتفق مع صالح الطفل فيما يخص تعزيز تفاعله الإجتماعي وتقليل سلوكه الإنسحابي من الممكن القول آسفة أو لا أستطيع المشاركة، لا تسترسلي في قولك أنك بحاجة للمشاركة في النشاط أو الواجبات الإجتماعية، أنت لا تحتاجي للكثير من الإعتذارات، قدمي شرح مختصر لأسباب رفضك للطلب دون المبالغة بذلك (قولي ببساطة : أنا آسفة لا أستطيع، إن ذلك ممكن أن يؤدي لتعزيز إنسحاب الطفل أو لا يسير في مصلحته) دون الإسترسال في شرح هذه المضاعفات.

تسجيل الافكار السلبية: حيث تسجل الأم أفكارها السلبية مما يساعدها على إختبار الواقع وتهدف هذه الفنية لجعل المسترشدة قادرة على مراقبة أفكارها وأحاديثها الذاتية بصورة صحيحة عندما تشعر بالضيق أو الإكتئاب، ومن ثم تسجيل الأفكار السلبية في الدراسة الحالية بإستخدام إستمارة بيك. وليام (Williams,1992)

إختبار الواقع بإيجاد إستجابات بديلة للتفكير السلبي وإذا تمكنت الأم المسترشدة من تسجيل الأفكار البديلة فإن ذلك يساعد في أن يباعد بينها وبين أخطاء تفكيرها. وليام (Williams,1992)

لعب الدور: فيه تعبر المسترشدة عن إتجاه جديد أو معتقد عقلاني مناسب وأن تعيد وتكرر ذلك وعليه فإن الإتجاه الجديد يستحول في الغالب إلى خاصية دائمة مما تساعدها على الدخول في المواقف الجديدة بثقة أكبر، بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليها بعد أن تتقن تمثيل الدور بطريقة إنفعالية وسلوكية مناسبة، كما أن أداء الدور يساعد الفرد على تعلم المهارات الإجتماعية المناسبة للدور (إبراهيم ، 1993)

أنت في موقف معين في البيت مدعوة للمشاركة بنشاط إجتماعي من غير الممكن إصطحاب الطفل أو دمجه مع الأفراد المحيطين خوفا من تصرفاته غير المتوقعة، وطلب منك عزل الطفل في مكان خاص حتى لا يتواصل مع بقية الأفراد، تقوم إحدى الأمهات بلعب دور الأشخاص المحيطين وأخرى دور المسترشدة والقيام بتمثيل الموقف بناءا على التعليمات السابقة.

العلاج البديلي Alternative Therapy: تشجيع المسترشدة على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول وإمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير عند تعرضها لمشكلات أخرى في تعاملها مع طفلها التوحدي. (إبراهيم ، 1993)

التغذية المرتدة والتدعيم: فيها يتم تعديل الأخطاء التي تظهر خلال لعب الدور أي إظهار نقاط الضعف والقوة في الأداء وتركز الباحثة على الجوانب غير اللفظية مثل: نبرة الصوت، الإتصال البصري، ووضع الجسم وغيرها ثم تقوم الباحثة بتدريب أفراد العينة على تقييم انفسهن على المهارة محل التدريب قبل وبعد الجلسة، كما تقوم الباحثة بتعليم الأمهات كيف يدعمون أنفسهن.

التدريب على إعادة العزو: Reattribution Training: حيث تقوم المسترشدة بإرجاع تاثير الأحداث إلى نفسها وإلى الظروف المحيطة بها: أي بمعنى إعادة تشكيل الإدراك الشخصي لأسباب حدث ما مرتبط بطفلها التوحدي، بهدف تدريب المسترشدة على رؤية نتائج عزوه على سلوكه وكيفية حدوث تقدم فيه. وليام (Williams, 1992)

النمذجة: حينما لا يتمكن الفرد برغم التغذية المرتدة أن تلاحظ طريقة الأداء السلبية بين شخص آخر، عندئذ تقوم الباحثة بأخذ دور الفرد (قلب الدور) ويأخذ الفرد الدور الذي كانت تقوم به الباحثة لتلاحظ بنفسها كيفية الأداء. ثم يقوم الفرد بعد ذلك بلعب الدور مرة أخرى للتمكن من إتقان المهارة.

الواجبات المنزلية: تتم من خلال توجيه وتشجيع المسترشدة على تنفيذ بعض الواجبات الخارجية مما يمكنها من تعميم التغيرات الإيجابية التي تكون قد أنجزتها مع طفلها التوحدي. وتساعدها على أن

تنقل تغيراته الجديدة إلى المواقف الحسية وتدعم وتقوي أفكارها ومعتقداتها الصحية الجيدة علـــى أن تكون الواجبات مرتبطة بالأهداف الإرشادية وتكون الواجبات معرفية وسلوكية ، كذلك يستحـــسن أن يتم إنتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج الموقف المـــرتبط بالأهداف القريبة والبعدية للعلاج، (إبراهيم، 1993)

ممارسة الواجب المنزلي: تقول الباحثة لأفراد المجموعة أن التدريبات التي تمارس أثناء الجلسات لن تكون ذات قيمة إلا إذا تم تطبيق ما تم تعلمه خارج الجلسات الإرشادية أي في الحياة العملية. لـــذلك تقوم الباحثة بتكليف الأمهات واجبات منزلية تقوم على تأدية المهارات التي تم تعلمها خلال الجلسات الإرشادية من خلال المراقبة الذاتية لسلوكيات الأم ذاتها ومع طفلها ومع بقية أفراد الأسرة.

تعطي الباحثة كل أم واجب منزلي تقوم الأم بتقييم أدائها من خلال المهارة المتعلمة وإتباعهـــا فـــي التعامل مع الطفل التوحدي وبقية أفراد الأسرة بما يخدم تعزيز السلوك التفاعلي مع الطفل وتخفيـــف حدة سلوكه الإنسحابي.

2.2 الدراسات السابقة

لقد لاقت مرحلة الطفولة إهتمام العديد من الباحثين بهدف تحقيق النمو السوي، ونظرا لحاجة ذوي الإحتياجات لتضافر كل الجهود العلمية والإجتماعية والتربوية والإقتصادية فقد ظهرت العديد من الدراسات والبرامج التي تهدف لتحقيق هذا النمو غير السوي من خلال التدخل المبكر بالبرامج العلاجية التأهيلية لتحسين فرص نموهم.

عند مراجعة الباحثة للعديد من الدراسات التي عنيت بذوي الإحتياجات الخاصة وبالأخص التوحديين تمت الملاحظة بأن معظم ما توفر من الدراسات سواء العربية أو الأجنبية قد تطرقت لدراسات تجريبية لقياس فعالية برامج يتم تطبيقها سواءا على الأطفال التوحديين أو المدرسين والمربين والوالدين.

وقد إهتمت الباحثة بعرض بعض الدراسات التي تناولت إضطراب التوحد في كل المجالات اضافة لدراسات تناولت السمات النفسية والإجتماعية وقد إرتأت الباحثة إستعراض ملخص هذه الدراسات العربية منها والأجنبية بالإعتماد على تسلسلها الزمني آخذة بعين الإعتبار إظهار ما تشابهت به الدراسات من حيث النتائج ونقاط الإختلاف في منهجية الدراسة ونتائجها.

2.2.1 الدراسات العربية:

في دراسة الطيطي (2007) التي هدفت لمعرفة بعض السمات النفسية والإجتماعية للأطفال التوحديين في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المختصين وأمهات الأطفال التوحديين، ولمعرفة فيما إذا كان هنالك فروق في السمات النفسية والإجتماعية للأطفال التوحديين في محافظات الوطن من وجهة نظر المختصين تبعا للمتغيرات (جنس الأخصائي، التخصص، المؤهل العلمي، والخبرة) كذلك ولمعرفة إذا كان هنالك فروق في السمات النفسية والإجتماعية للأطفال التوحديين في المحافظات الشمالية من وجهة نظر الأم تبعا للمتغيرات (عمل الأم، مكان السكن، المستوى التعليمي للأم، وعمر الأم) وقد تكونت عينة الدراسة من 44 مختص ومختصة ممن يعملون في مؤسسات التربية الخاصة (الحكومية والأهلية) في المحافظات الشمالية تم إختيارهم بطريقة العينة الطبقية العشوائية، وقد مثلت العينة نسبة 50% من مجتمع الدراسة، وإشتملت على 63 أم من أمهات الأطفال التوحديين في محافظات الوطن) للعام الدراسي 2007/2006 ، وقد إستخدم الباحث إستبانة سمات السلوك الإجتماعي للأطفال التوحديين من وجهة نظر المختصين وأمهات الأطفال التوحديين وهي من إعداد الباحث. وقد خلصت الدراسة بمجموعة من النتائج تمثلت بالتالية بأن متوسطات السمات النفسية والإجتماعية للأطفال

التوحديين من وجهة نظر المختصين كانت مرتفعة، إضافة لإظهار أن أهم السمات النفسية والإجتماعية تمثلت بالسمة الإنسحابية، كذلك كان إضطراب السلوك الحسي أقل السمات إنتشارا إضافة إلى أنه لا توجد فروق تبعا لمتغير الجنس والمؤهل العلمي. بينما توجد فروق تبعا للتخصص على الدرجة الكلية لسمة التواصل اللغوي والإنسحابية لصالح تخصص علم النفس، كذلك بينت وجود فروق في سنوات الخبرة على سمة التواصل اللغوي والإنسحابية لصالح أقل من 5 سنوات أو 5 – 10 سنوات. و أن متوسطات السمات النفسية والإجتماعية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأمهات مرتفعة، كما وأظهرت أن أهم سمات السلوك الإجتماعي تمثلت في السمة الإنسحابية و الإضطراب الحسي أقل إنتشارا. مع عدم وجود فروق تعزى لمتغيرات مهنة الأم، مكان سكن الأم، المستوى التعليمي للأم وعمر الأم.

كذلك في دراسة غزال (2007) التجريبية التي هدفت لإختبار فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الإجتماعية لدى عينة من أطفال توحديين في مدينة عمان، فقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية وضابطة) تألفت كل مجموعة من 10 أطفال ذكور توحديين تراوحت أعمارهم بين 5 – 9 سنوات، إستخدم الباحث أداة من خلال تطوير قائمة تقدير التفاعلات الإجتماعية لأطفال توحديين وبرنامج تنمية المهارات الإجتماعية للأطفال التوحديين وقد خلصت الدراسة لبعض النتائج منها وجود فروق في المهارات الإجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. مع وجود فروق في المهارات الإجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وقد تشابهت الدراسة السابقة مع نتائج دراسة (نمر، 2005) التي هدفت لقياس مدى فعالية إستخدام مشروع ماكتون في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان وتكونت العينة من مجموعتين ضابطة وتجريبية).
تألفت كل مجموعة من 10 أطفال توحديين تتراوح أعمارهم ما بين 8 – 16 سنة طبق عليها مقياس الإتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي كإختبار قبلي وبعدي ، وقد أشارت النتائج لوجود فروق في مهارات الإتصال اللغوي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق مشروع ماكتون في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) وبعده، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

وفي دراسة (محمد ،2002) والتي هدفت لقياس فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال في مصر، وتألفت العينة من 8 أطفال توحديين تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين في العدد ضمت كل منهما 4 أطفال كانت

إحداهما تجريبية، تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات أفرادها في حين كانت الأخرى ضابطة لم تتعرض لأي إجراء تجريبي، تراوحت أعمارهم بين 16 – 12 سنة ونسب ذكائهم بين 55 – 68 حيث تم إستخدام مقياس السلوك الإنسحابي للأطفال إلى جانب البرنامج الإرشادي المقدم للأمهات والذي أعده الباحث. أشارت النتائج بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للسلوك الإنسحابي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الإتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك الإنسحابي في الإتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي. كذلك بينت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك الإنسحابي بالإضافة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك الإنسحابي.

كذلك بين (محمد، 2002) في دراسته التي هدفت لقياس فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال التوحديين في مصر، حيث بلغ عدد أفراد الدراسة 10 اطفال توحديين، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين في العدد، احدهما تجريبية تم تطبيق البرنامج عليها والأخرى ضابطة (لم تتعرض لأي إجراء تجريبي) وقد تراوحت أعمارهم (بين 7 – 13 سنة) وقد تم إستخدام مقياس الطفل التوحدي من إعداد الباحث ومقياس السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقليا من إعداد (ديبس، 1998) إلى جانب البرنامج التدريبي المستخدم الذي أعده الباحث.
وقد اشارت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني وأبعاده في الإتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي للسلوك العدواني وأبعاده في الإتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي، كذلك أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدوان وأبعاده، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية للقياس البعدي والتتبعي للسلوك العدواني وأبعاده.

في دراسة قام بها (الحساني 2005) هدفت لقياس مدى فعالية برنامج تدريبي باللعب في تنمية الإتصال اللغوي عند الأطفال التوحديين وقد تألفت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، يتكون عدد كل مجموعة من 10 أطفال يعانون من التوحد، تتراوح أعمارهم ما بين (5 – 10) سنوات، وقد طبق عليهم مقياس الإتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي كإختبار قبلي

وبعدي، كما طبق أيضا برنامج تعليمي باللعب لتنمية الإتصال اللغوي لـــدى أطفـــال التوحـــد علـــى المجموعة التجريبية، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحـــصائية فـــي مهـــارات الإتصال اللغوي قبل تطبيق البرنامج التعليمي باللعب وبعده لصالح المجموعة التجريبية، أما بالنـــسبة إلى مهارة الإتصال اللغوي فقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة التقليد قبل تطبيق البرنامج التعليمي باللعب وبعده لصالح المجموعة التجريبية، كذلك أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة الفهم والتعرف لصالح مجموعة من أطفال التوحد تعـــاني من صعوبة واضحة جدا قبل تطبيق البرنامج التعليمي وبعده، ووجود فروق في مهارة الفهم والتعرف قبل تطبيق البرنامج التعليمي باللعب وبعده لصالح المجموعة التجريبية، في حين أشارت إلـــى عـــدم وجود فروق في مهارة التعبير لدى مجموعة من أطفال التوحد قبل تطبيق البرنامج التعليمي باللعـــب وبعده، إلا أنها أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهارة توظيف المفاهيم قبل تطبيـــق البرنامج التعليمي وبعده لصالح المجموعة التجريبية.

في دراسة قام الشيخ ذيب (2004) بتصميم برنامجا تدريبيا لتنميـــة مهـــارات الأطفـــال التوحـــديين التواصلية والإجتماعية والإستقلالية الذاتية لقياس فعاليته، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراســـة 4 مـــن الأطفال التوحديين الذكور في الأردن، طبقت عليهم مجموعتان مـــن الأدوات والمقـــاييس، الأولـــى للتشخيص وتشمل الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضـــطرابات العقليـــة (DSM IV) والـــصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي (ABC) والصورة العربية من مقياس تقدير الـــسلوك التوحـــدي (CARS): أما الثانية لقياس فعالية البرنامج التدريبي وهي مقـــاييس المهـــارات اللغويـــة والعدديـــة ومهارات القراءة ومقياس السلوك التكيفي وقد كشفت نتائج الدراسة عن تطور المهارات التواصـــلية والإجتماعية والإستقلالية بالإضافة إلى تطور مهارة الحساب والقراءة بين الأطفال الأربعة الـــذكور بنسب متفاوتة، كما أسفرت نتائج الدراسة عن إنخفاض في عدد السلوكيات غير التكيفية بالإضافة إلى تحقيق أهداف البرنامج المعد.

في دراسة الزراع (2003) التي هدفت للتوصل إلى دلالات الصدق والثبات لصورة سعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي، ولحقيق أهداف الدراسة تم بناء قائمة تقدير السلوك التوحدي والمؤلفـــة مـــن 216 فقرة موزعة على 7 أبعاد، وقد طبقت الأداة على عينة مكونة من 180 طفل وقد إشتملت العينة على 60 من الأطفال العاديين و 60 من الأطفال التوحديين، و 60 من الأطفال المعاقين عقليا ضمن الفئات العمرية (7 – 9) سنوات، (10 – 12) سنة، (13 – 15) سنة،

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئة العمرية على بعد واحد من الأبعاد السبعة المكونة للمقياس وهو بعد العناية بالذات، بينما لم تشر النتائج لوجود فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الستة المتبقية المكونة للمقياس أو على المقياس الكلي.
كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتفاعلي متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية على ستة أبعاد وللمقياس الكلي، أما بالنسبة للبعد السابع (بعد العناية بالذات) فلم تكن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية فيه تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية ، أما فيما يتعلق بدلالات ثبات الأداة ، فقد أشارت النتائج إلى أن كرونباخ ألفا = 0.99 ومعامل الإستقرار = 0.98 .

في دراسة قامت بها أبو السعود (2002) حول فعالية إستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الإنفعالات والعواطف لدى عينة من الأطفال التوحديين وآبائهم في مصر، حيث ركزت هذه الدراسة على إستثارة إنفعالات وعواطف الطفل التوحدي في محاولة للخروج به من عزلته وجعله يتكيف مع الآخرين ويتفاعل معهم، كما ركزت الدراسة على إستثارة إنفعالات وعواطف الوالدين وتعديل سلوكهم وأفكارهم نحو الطفل والإضطراب ودفعهم للمشاركة الإيجابية مع طفلهم، إضافة إلى رفع كفاءة العلاقة بين الوالدين والطفل لتحقيق بيئة مناسبة لنمو الطفل وتفاعلات سوية تكفل تعديل سلوك الطفل، وقد تكونت عينة الدراسة من 8 أطفال توحديين تتاروح أعمارهم ما بين (3 – 6) سنوات، وقد تم تطبيق قائمة تشخيص التوحد، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية للإضطراب التوحدي، وقائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحدي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الإنفعالات السلبية للوالدين إتجاه الطفل التوحدي قبل وبعد البرنامج العلاجي لصالح بعد البرنامج، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الإنفعالات السلبية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج، وأشارت أيضا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات إضطراب التفاعل الإجتماعي لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.
إضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العزلة العاطفية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين متوسط الإشكالات السلوكية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح بعد البرنامج.

في دراسة أجراها محمد (2002) هدفت للكشف عن درجة فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعد المظاهر السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مصر، كما تقيسها قائمة كونرز لتقدير سلوك الأطفال وتضمنت عينة الدراسة 20 طفلا من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم (6 – 15) سنة ومستوى ذكائهم بين (57 – 68) وتم تقسيمهم لمجموعتين إحداهما تجريبية

والأخرى ضابطة، وقد تم إستخدام مقياس (جودار) للذكاء ومقياس المستوى الإقتصادي الإجتماعي ومقياس الطفل التوحدي، وقائمة (كونرز) لتقدير السلوك لجانب برنامج لتنمية مهارات التواصل من إعداد الباحث، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي للمظاهر السلوكية لحساب المجموعة التجريبية ، حيث قل لديها مستوى العدوان ومستوى ضعف الإنتباه والإندفاعية وفرط النشاط الحركي، وإزداد مستوى الإجتماعية لدى أعضائها قياسا بالمجموعة الضابطة.، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في المظاهر السلوكية لحساب القياس البعدي بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في المظاهر السلوكية.

دراسة محمد (2002) هدفت للتعرف لمدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الإجتماعية على مستوى التفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين في مصر، وقد تكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين ممن ينطبق عليهم 14 محكا على الأقل من تلك التي يتضمنها مقياس الطفل التوحدي المعد من قبل الباحث، وتتراوح أعمارهم ما بين (8 – 12) سنة، ونسب ذكائهم بين (58 – 78) وجميعهم من المستوى الإقتصادي والإجتماعي الثقافي المتوسط. وتم تقسيمهم لمجموعتين متساويتين في العدد إحداهما تجريبية طبق عليهم الباحث البرنامج المستخدم بينما كانت الأخرى ضابطة، وتم إستخدام مقياس (جودار) للذكاء، ومقياس المستوى الثقافي المطور للأسرة المعد من قبل (محمد بيومي خليل) ومقياس التفاعلات الإجتماعية خارج المنزل والمعد من قبل الباحث، لجانب البرنامج التدريبي المستخدم والمعد أيضا من قبل الباحث، وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى التفاعلات الإجتماعية للمجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كذلك بينت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعلات الإجتماعية للمجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعدي، وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعلات الإجتماعية للمجموعة التجريبية بين القياس البعدي والتتبعي بعد شهرين من إنتهاء البرنامج.

أجرى كل من الشمري والسرطاوي (2002) دراسة هدفت للتحقق من صدق الصورة العربية وثباتها لمقياس تقدير التوحد الطفولي (ABC) Autistic Behavioral Checklist من إعداد (كيرج) (Kurg, 1993) والصورة المختصرة التي طورها الباحثان من خلال تقديرات المعلمين ومساعدي المعلمين العاملين في أكاديمية التربية الخاصة وبرامج التوحد الملحقة بمعاهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية، وقد بلغت العينة 105 تلميذ منهم 54 تلميذ من التوحديين الصغار والكبار، و 25

تلميذ من المتخلفين عقليا، و26 تلميذ من التلاميذ العاديين، وقد مر تطبيق المقياس بـثلاث مراحـل الأولى من خلال تطبيق الصورة المختصرة التي طورها الباحثان. والمرحلة الثانية والثالثـة تمثلتـا بتطبيق المقياس قبل التدريب وبعد التدريب على التوالي.

وقد أوضحت الإجراءات التي لجأ لها الباحثان تمتع الصورة العربية للمقياس والصورة المختـصرة بدلالات صدق وثبات مقبولة. وتمثلت دلالات الصدق في الصدق التمييزي الذي تمثل في التفريق بين التلاميذ التوحديين والمتخلفين عقليا من فئة القابلين للتعلم ، كما توفرت دلالات عن صدق المحكمين تمثلت في عرض المقياس على مجموعة من المحكمين للتحقق من صدق الترجمة، وتوفرت دلالات عن الصدق العاملي تمثلت في الكشف عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت منـه جميع فقرات المقياس، أيضا توفرت دلالات عن ثبات المقياس بطريقة الإتساق الداخلي مـن خـلال إرتباط الدرجة بالدرجة الكلية عن المقياس حيث تبين أن جميع الفقرات إرتبطـت بالدرجـة الكليـة بدرجة دالة عند ($\alpha = 0.01$) إذ تراوحت قيم معامل الإرتباط بين (0.79) – (0.96) كمـا تـوفرت دلالات عن ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وقد أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فـروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية لمقيـاس تقـدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة، بالإضافة لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقـديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي قبل وبعد التـدريب، كذلك أشارت الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بـين تقـديرات المعلمـين للتلاميـذ التوحديين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي بين التلاميذ الصغار والكبار.

دراسة قام بها نصر (2001) ، حيث أجرت دراسة هدفت للكشف عن مدى فعالية برنـامج علاجـي لتنمية الإتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين ووضع برنامج إرشادي لآباء الأطفال التوحديين في مصر، وقد تألفت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين تراوحـت أعمـارهم (8 – 12) سـنة ودرجات ذكائهم بين (50 – 75) درجة وإستمر البرنامج لمدة 4 شهور، وقد أظهرت النتائج تحـسن في درجة الإتصال اللغوي لدى أطفال العينة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وذلك فـي تنميـة مهارة الإتصال اللغوي، كما أظهرت الدراسة الحالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مهـارات تطبيق البرنامج وأيضا إحتلت مهارة التقليد والتعرف والفهم والإنتباه المراكز الأولـى فـي تنميـة الإتصال اللغوي لدى أفراد عينة الدراسة.

أجرى عبد الله (2001) دراسة هدفت لقياس مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سـلوكي لأمهـات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال وتكونت عينة الدراسة من 8 أطفال

توحديين ممن إنطبق عليهم 14 بند على الأقل من بنود تشخيص الطفل التوحدي المعد من قبل الباحث في ضوء المحكات الواردة في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM IV والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، تراوحت أعمار عينة الدراسة بين (6 – 12) سنة وبلغ متوسط أعمارهم (10.45) سنة، وتراوحت نسبة ذكائهم بين (55 – 68) على مقياس جوادار بمتوسط بلغ (62.69) كما أنهم ينتموا لمستوى إقتصادي إجتماعي ثقافي متوسط، وتم تقسيم أفراد العينة لمجموعتين ضابطة وتجريبية، كل مجموعة تتألف من 4 أطفال توحديين، تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهات أطفال المجموعة التجريبية بينما أفراد الضابطة لم تخضع لأي إجراء تجريبي ولم تشارك أمهات أطفال المجموعة الضابطة بالجلسات، ودلت النتائج عدم دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للسلوك الإنسحابي، وهو ما يعني تجانس المجموعتين في هذا المتغير، وتم إستخدام مقياس جودار للذكاء إضافة لمقياس المستوى الإجتماعي الإقتصادي الثقافي المطور للأسرة من إعداد (خليل ، 2000)، ومقياس الطفل التوحدي المعد من قبل الباحث، كذلك مقياس السلوك الإنسحابي للأطفال والمعد أيضا من قبل الباحث، وتم تصميم البرنامج الإرشادي وتطبيقه من قبل الباحث ودلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك الإنسحابي في الإتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية كما أظهرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للسلوك الإنسحابي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.

إضافة لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي للسلوك الإنسحابي كذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك الإنسحابي.

صمم محمد (2001) برنامج لتنمية السلوك الإجتماعي عند الأطفال التوحديين في جمهورية مصر العربية، وتكونت عينة الدراسة من 16 طفل مصاب بأعراض التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين (3 – 7) سنوات وقد تم إستخدام 3 مقاييس للتقويم وهي من إعداد (Kurg, Arick & Almond, 1993) وتشمل قائمة السلوك التوحدي ABC , Autistic Behavioral Checklist، وإستمارة السلوك اللفظي VBR, Vocal Behavior Record Form، وإستمارة التفاعل الإجتماعي Interaction Assesment Record، وقد إستخلصت الدراسة العديد من النتائج من أهمها أنه لا توجد فروق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي في المجالات الثلاث للدراسة، السلوك التوحدي، السلوك اللفظي، والتفاعل الإجتماعي وأشارت لوجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ودرجاتها في القياس البعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية في القياس

البعدي في المجالات التالية: إنخفاض دال في مستوى الأداء المميز للطفل المتوحد لـــدى المجموعـــة التجريبية على قائمة السلوك التوحدي وقائمة العلاقات واللغة وإنخفاض دال فـــي مـــستوى التوحـــد الإجتماعي لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي وتطور في مستوى التفاعل واللعـــب البنـــاء المستقل، بينما قل معدل عدم الإستجابة، كذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحـــصائية بـــين درجـــات المجموعة الضابطة في القياس القبلي ودرجاتها في القياس البعدي في المجـــالات التاليـــة للدراســـة: السلوك التوحدي والسلوك اللفظي والتفاعل الإجتماعي.

قارن مطر (2001) في دراسة نمائية أبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقليا في المملكة العربية السعودية وهدفت الدراسة إلى التعرف على التغيرات التي تطـــرأ على أبعاد السلوك التكيفي بإزدياد أعمارهم الزمنية ومن ثم المقارنة بين هذه التغيرات، وقد تكونـــت عينة الدراسة من 101 طفل توحدي منهم 87 طفل معاق إعاقة عقلية بسيطة مـــن الملتحقـــين فـــي برنامج التربية الخاصة الحكومية والأهلية في المدن الرئيسية الثلاث في المملكة العربية الـــسعودية، وإستخدمت هذه الدراسة مقياس فيلانـــد للـــسلوك التكيفـــي Viland Adaptave Behaviour Scale (صورة المقابلة)، وقد توصلت نتائج الدراسة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية في نمو مستوى أداء الأطفال التوحديين على بعد التواصل وبعد مهارات الحياة اليومية، ومجال اللغة التعبيريـــة ومجـــال المهارات الذاتية ومجال الأنشطة المنزلية بإزدياد أعمارهم الزمنية.

هدفت دراسة عليوة (1999) لمعرفة فعالية برنامج تدريبي لمهارات الإتـــصال الإجتمـــاعي وكيفيـــة تنميتها لدى عينة من الأطفال التوحديين في مصر، وقد بلغ عدد أفراد الدراســـة 16 طفـــل توحـــدي إنطبقت عليهم محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM IV في مركـــزين للتربية الخاصة في مصر، تراوحت أعمارهم ما بين (7 – 14) سنة وقد توصلت نتـــائج الدراســـة لحدوث تحسن ملحوظ في حالة الأطفال المشاركين في البرنامج وزيادة ملحوظة في الحصيلة اللغوية، والتقليل من النشاط الزائد، بالإضافة لإستخدام هؤلاء الأطفال الخطوط المكتوبة ليتصلوا مع الآخرين المحيطين.

بينما قام الرفاعي (1999) بإجراء دراسة هدفت للكشف عن بعض إضطرابات الوظـــائف المعرفيـــة وعلاقتها بمستوى التكيف لدى الأطفال الذاتويين في مصر ، وقد تكونت عينة الدراسة من 20 طفـــل توحدي، ومجموعتين تتكون من 20 من الأطفال المتخلفين عقليا و 20 من الأطفال الأسوياء تراوحت أعمارهم من 6 – 9 سنوات وقد إســـتخدم الباحـــث مقيـــاس Viland للـــسلوك التكيفـــي Viland Adaptive Behaviour Scale وبينت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية بين إضطرابات الوظائف

المعرفية ومستوى التكيف لدى الأطفال الذاتويين وأن هنالك فروق جوهرية في الأداء الوظيفي المعرفي بين المجموعات الثلاث.

أما دراسة الدفراوي (1998) التي هدفت لوضع تقييمات لوصف لسلوك الأطفال التوحديين في مصر وتكونت عينة الدراسة من 37 طفل توحدي، تراوحت أعمارهم من 4 – 8 سنوات ، وقد إستخلصت الدراسة النتائج على أنه يوجد إرتباط بين التقييمات الإكلينيكية التي أجريت على هؤلاء الأطفال، كل طفل على حده والتشخيص المستخدم عالميا (DSM IV)، وكذلك أكدت القياسات السلوكية التي وضعت لتقييم سلوكيات الطفل التوحدي على أن عامل العزلة الإجتماعية والنشاط المفرط يوجدان بدرجات عالية عندهم.

في دراسة أخرى لغزال (1997) التي هدفت لمعرفة درجة فعالية برنامج المرافقة لإنماء العلاقات الإجتماعية لدى بعض الأطفال التوحديين من خلال وضع مقياس لتشخيص الفارق بين الأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقليا بمؤسسات الإعاقة العقلية لمحافظة المنوفية وقد تم وضع برنامج مقترح لتخفيف حدة أعراض التوحدية لدى الأطفال التوحديين، وقد تكونت عينة الدراسة من 20 طفل توحدي و 20 طفل عادي و 20 طفل متخلف عقليا، تراوحت أعمارهم من 5 – 10 سنوات، وإستخلصت نتائج الدراسة الحالية لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال التوحديين وذلك أنه من الخطأ إعتبار الطفل التوحدي متخلفا عقليا، وأن من الضروري وجود برنامج للأطفال التوحديين لتعديل سلوكهم وتخفيف حدة التوحدية عندهم.

وفي دراسة قام بها منصور (1997) هدفت لقياس فعالية العلاج المعرفي في خدمة الفرد في تحسين معاملة الوالدين للأطفال التوحديين في مصر، وقد طبقت الدراسة بإستخدام العلاج المعرفي على عينة مكونة من 20 من أمهات الأطفال التوحديين تم إختيارها بطريقة قصدية وكانت النتائج تشير لوجود فعالية للعلاج المعرفي في خدمة الفرد في تحسين المعاملة الوالدية (من جانب الأم للطفل التوحدي) حيث أثبتت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب رفض الأم للطفل التوحدي، كذلك أشارت النتائج لوجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب إهمال الأم للطفل التوحدي، إضافة لوجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب الشفقة والرثاء من جانب الأم للطفل التوحدي، كذلك تبين وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب التفرقة في المعاملة من جانب الأم للطفل التوحدي.

هدفت دراسة قام بها معمور (1997) لقياس فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف أعراض إضطراب الأطفال التوحديين في مصر وذلك من خلال تنمية بعض الإستجابات الإيجابية في سلوك الأطفال التوحديين وتزويدهم ببعض المهارات الحياتية من أجل إحداث التوافق مع أنفسهم ومع البيئة الخارجية وتكونت عينة الدراسة من 30 طفل توحدي من الملتحقين بأحد مراكز الإنماء في مدينة جدة، تراوحت أعمارهم من (7 – 14) سنة، وتوصلت النتائج لإنخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الزائد، وزيادة مدة الإنتباه وتطور المهارات الإجتماعية.

دراسة قام بها بدر (1997) هدفت لقياس فعالية العلاج بالحياة اليومية Daily Life Therapy في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد، وقد إعتمدت الدراسة على العلاج بالحياة اليومية وهو نموذج ياباني لتربية الأطفال ذوي التوحد، يعود الفضل في تقديم هذا العلاج إلى الدكتور كيتا هارا (1964)، والتي قامت بوضع منهج تربوي لمساعدة الأطفال التوحديين لتحقيق النمو الطبيعي دون الإنعزال عن مجتمعهم، وقد أتاح منهج العلاج بالحياة اليومية الفرصة للأطفال التوحديين التعامل مع الأطفال العاديين في فصل دراسي واحد، وقد راعى الباحث أن يكون الدمج تدريجيا، وتكونت عينة الدراسة من 4 أطفال توحديين ذكورا تتراوح أعمارهم بين (5.6 – 7.8) سنوات، تم تحويلهم من عيادات أمراض عصبية لمدرسة أكاديمية الحرمين التابعة لسفارة السعودية في أندونيسيا، وقد إعتمد الباحث على قائمة المظاهر السلوكية لأطفال توحديين وهي من إعداد الباحث، وقد حقق البرنامج نتائج إيجابية على أبعاد قائمة المظاهر السلوكية الأربعة (الإضطرابات الإنفعالية النفسية، الإضطرابات الإجتماعية، الإضطرابات في اللغة والأنماط السلوكية النمطية) فقد ساعد البرنامج على التقليل من هذه الإضطرابات وتبين من نتائج الدراسة أيضا مدى فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالة الأطفال التوحديين، مما يرجع ذلك إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية يساعد في تحسن حالات هؤلاء الأطفال ويجعلهم قادرين على الإعتماد على أنفسهم.

دراسة خليل (1994) هدفت للتعرف على خصائص أداء الأطفال التوحديين على إستخبار أيزنك لشخصية الأطفال قياسا بأقرانهم الأسوياء نظرا لتشخيصهم على أنهم متخلفون عقليا، وأظهرت النتائج أن الأطفال الأسوياء أكثر إنبساطية في حين كان الأطفال التوحديون أكثر إنطوائية وعصابية، وأنهم شديدوا الإنطوائية يتسمون بالإنسحاب والعزلة وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين.

2.2.2 الدراسات الأجنبية:

دراسة هوفمان (1999) Hofmman للتعرف على مدى أهمية دور الأسرة في تطور تعبير المراهقين التوحديين عن إختياراتهم المستقبلية من خلال تقديم برنامج إرشادي للأسرة يتناول كيفية التعامل مع هؤلاء المراهقين، وكيفية التأثير عليهم وتحقيق التغيرات المنشودة في سلوكهم وتقليل السلوكيات غير المقبولة إجتماعيا التي تصدر عنهم ومنها السلوك الإنسحابي والوصول لدرجة مقبولة من السلوك الإستقلالي، وأوضحت الدراسة فعالية دور الأسرة في هذا الصدد.

دراسة كويني (1999) ,Coyne للتعرف على فعالية برنامج تدريبي إرشادي على السلوك الإجتماعي والمهارات اللازمة للقيام بالإختيارات الذاتية لعينة من المراهقين التوحديين قوامها 23 مراهق وأسرهم بعد تقديم برنامج إرشادي لوالديهم يسهم في حثهم على التفاعل ومشاركة الأقران في الفصل، والقيام بإسهامات فعلية معهم داخل الفصل ، وأوضحت النتائج إنخفاض السلوك الإنسحابي لهؤلاء المراهقين بشكل دال إحصائيا، وزيادة إيجابيتهم وتفاعلاتهم الإجتماعية وإشتراكهم في الأنشطة المختلفة داخل الفصل إلى جانب قيامهم بإجراء المناقشات مع أقرانهم، وإستخدامهم لعدد من المهارات والمفاهيم المتعلمة في العديد من المواقف الأخرى.

دراسة قامت بها وليامز (Williams, 1999) هدفت لوضع وصف لكيفية نمو تطور المشاعر والأحاسيس للأفراد التوحديين بالإضافة لكيفية نمو تطور إحساس الطفل التوحدي تجاه ما يحيطه من العالم، ومعرفة الطريقة التي يمكن بها التدخل لمساعدة الطفل التوحدي في الإتصال الحسي والإحساس بالآخرين، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال البالغين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مشاعر وأحاسيس الطفل التوحدي تنمو ببطء ولا بد من التدخل لإنماءها، إضافة لأن الأطفال الأكبر سنا يتعرفون أكثر على أنواع الأحاسيس المختلفة.

دراسة ديل (1999) ,Dale للتعرف على فعالية برنامج التواصل البيئي على السلوك الإنسحابي والتفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين، يتضمن هذا البرنامج المقدم للمعلم عدة نقاط أساسية إعتمادا على مهارات المعلم في تهيئة المناخ الملائم لحدوث التفاعلات الإجتماعية وهذه النقاط متمثلة بإشراك الطفل في الأنشطة التي تزيد من فرص حدوث التفاعل، كذلك تهيئة الظروف المواتية لحدوث التفاعل وذلك بإعداد الطرف الآخر الذي يتفاعل مع الطفل التوحدي لذلك وإستخدام إستجاباته لتعليم الطفل التوحدي إستجابات أكثر قبولا وأكثر تقليدية ووظيفية، أيضا من خلال ترتيب بيئة الفصل بما

يساعد على توفير الحد الأقصى من الفرص اللازمة لحدوث التفاعل والتي تزيد من قدرة الطفل التوحدي على المبادرة بالتفاعل إستنادا على الإشارات البيئية المدركة.
وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن هذا الإجراء قد شجع الأطفال التوحديين على الإشتراك في مزيد من الأنشطة داخل الفصل أو خارجه، وزادت تفاعلاتهم الإجتماعية المقبولة وقل سلوكهم الإنسحابي بشكل دال إحصائيا.

دراسة أديلسون (1999) Edilson أشارت إلى حدوث نقص دال في السلوكيات الإجتماعية غير المناسبة التي يأتي بها الأفراد التوحديون ومنها السلوك الإنسحابي من خلال ما تعكسه درجاتهم على قائمة السلوك المنحرف أو غير الملائم في الدراسة التي أجروها على 19 فرد ممن يعانون من إضطراب التوحد مقسمين لمجموعتين إحداهما تجريبية تم تطبيق برنامج تدريبي للأنشطة الموسيقية على أفرادها على مدى عشرين جلسة مدة كل منها نصف ساعة، في حين كانت المجموعة الأخرى ضابطة ولم تخضع بالتالي لأي برنامج تدريبي.

أجرى نوريس وداتيلو (Norris & Dattilo, 1999) دراسة مبنية على منهج دراسة الحالة لطفلة توحدية بعمر 7 سنوات منتظمة بحضور الصف الثاني الإبتدائي، وذلك بهدف التعرف على مدى فعالية برنامج القصص الإجتماعية على السلوكيات والتفاعلات الإجتماعية ، وأظهرت نتائج الدراسة حدوث نقص في معدل التفاعلات الإجتماعية غير الملائمة الصادرة منها خلال تناول الغذاء وذلك بنسبة تصل ل (50%) تقريبا بالمقارنة مع ما كانت عليه في بداية العلاج.

في دراسة سترين وكورديسكو (Strain & Cordisco, 1999) هدفت لتقييم فعالية برنامج الخبرة التعليمية (بوصفه برنامج بديل) عند الأطفال التوحديين وذوي الإضطرابات النمائية الشاملة وغير المحددة، (PDD-NOS) وذلك بإستخدام مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، وتكونت المجموعة التجريبية من 48 طفلا شاركوا في البرنامج لمدة تراوحت بين (2 – 3) سنوات بمتوسط 15 ساعة أسبوعيا إضافة لبرنامج تعليمي من قبل الآباء، وقد بلغ متوسط أعمارهم الزمنية (43) شهرا، ومتوسط درجة ذكائهم (61) على مقياس مكارثي، وبلغ مستوى النطق (4 سنوات أي ما يعادل 48 شهرا) ومستوى اللغة الإستقبالية (4.44 شهرا) بينما المجموعة الضابطة لم تلتحق في أي برنامج تعليمي معتمد على فلسفة الدمج، إنما إعتمد على التدريب السلوكي من جانب الآباء، تم تشخيص جميع أفراد الدراسة بالإعتماد على معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM IV، وبإستخدام مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS وأشارت نتائج الدراسة لإنخفاض أعراض التوحد لدى المجموعة التجريبية بينما بقيت الأعراض ذاتها لدى أفراد المجموعة الضابطة، كذلك

أظهرت المجموعة التجريبية سلوك أكثر ملائمة من الناحية الإجتماعية وحافظ أفرادها على التطـــور السلوكي والتواصلي والمعرفي، وبالتالي أكثر إندماجا في العمل الأكاديمي. وقد إلتحق نسبة (50%) من أفراد المجموعة التجريبية بصفوف الدمج حتى الصف الخامس الأساســـي، وإنخفـــض مـــستوى الإحباط والتوتر لدى آباء الأطفال المشاركين في البرنامج، ولم تظهر المجموعة الضابطة أي تحسن أو تراجع بعد إنتهاء البرنامج.

قام كرانتس وبوند (Krantz – Pond, 1998) بدراسة هدفت لقياس فعالية برنـــامج معتمـــد علـــى مهارات الإتصال والتفاعل الإجتماعي وكيفية تنميتها لدى الأطفال التوحديين، وقد تألفت عينة الدراسة من 3 أطفال توحديين في مرحلة ما قبل المدرسة، حيث تم تشخيص أفراد الدراسة بناءا على معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية Diagnostic Statistical Mental – DSM IV Disorders، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: أن الأطفال المشتركين في الدراسة إكتسبوا مخـــزون لفظي والتحدث ببعض الكلمات مثل الإجابة على بعض الأسئلة أو عند طلب شيء. إضافة لأن هؤلاء الأطفال إستخدموا الخطوط المكتوبة ليتواصلوا مع الآخرين المحيطين بهم.

في دراسة جوزلين وكاسيرو (Jocelyn & Casiro, 1998) هدفت لوضع مقياس فعالية برنامج علاج الحياة اليومية Daily Life Therapy في بريطانيا وإستمر لمدة 4 اشهر عند 6 أطفال من فئة التوحد الشديد Severe Autistic حسب معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM III ، ومقياس تقدير التوحد الطفولي CARS، وبلغ متوسط أعمارهم الزمنيـــة (6.5) ســـنة، وقـــد أظهرت نتائج الدراسة لحدوث تطور في مجالات السلوك التكيفي كما أظهره مقياس فعاليـــة عـــلاج الحياة اليومية، وقد أظهر الأطفال المشتركون في البرنامج تطور على المقياس في مهـــارات الحيـــاة اليومية.

دراسة مشتركة لسكينكوف وسيجال (Skeinkoff & Siegal, 1998) هدفت للتعرف علـــى فعاليـــة برنامج يعتمد على أسلوب تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis ABA، وذلـــك بإستخدام مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، المجموعة التجريبية مكونة من 9 أطفال توحديين تلقوا البرنامج والمجموعة الضابطة تضم 9 أطفال توحديين تلقوا برنامج توحدي وإســـتخدم مع المجموعة التجريبية التوبيخ اللفظي، بينما لم يتم إستخدام العقاب الجسدي الشرطي، كما هو فـــي برنامج Loovas وخلصت النتائج إلى أن متوسط ذكاء الأطفال في المجموعة التجريبية بعد إشتراكهم في البرنامج بلغ أعلى من قبل الإشتراك في البرنامج، بينما لم تتغير درجـــة ذكـــاء الأطفـــال فـــي المجموعة الضابطة.

دراسة فيلد (Field, 1997) للتعرف على على فعالية العلاج باللمس على المشكلات التى تصاحب التوحدية بشكل شائع والمتضمنة عدم الإنتباه، والنفور من اللمس، والإنسحاب، وأوضحت النتائج أن الأصوات غير الملائمة التي تصدر عن الأطفال التوحديين والسلوكيات النمطية والمشكلات المصاحبة وفي مقدمتها الإنسحاب الإجتماعي قد قلت بدرجة دالة لدى أعضاء المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عليهم.

دراسة قام بها جونزاليز وكامبس (Gonzalez & Kamps, 1997) هدفت للتعرف على فعالية برنامج للمهارات الإجتماعية على التفاعلات الإجتماعية لهؤلاء الأطفال، حيث أجريت على 4 أطفال توحديين و12 طفل من الأطفال النمطيين (أطفال ينحرفون إنحراف ملحوظ عن المعيار في بعض الخصائص الأساسية كتلف المخ أو العجز عن التعلم أو التأخر العقلي أو الإضطراب الإنفعالي، وتتراوح أعمارهم ما بين (5 – 8) سنوات وتم تزويد الأطفال النمطيين بمعلومات عن الإعاقة إلى جانب تدريبهم على إستراتيجية إدارة السلوك والتحكم فيه جنبا لجنب مع تدريبهم على المهارات الإجتماعية، وأوضحت نتائج الدراسة حدوث زيادة في تكرار التفاعلات الإجتماعية وزيادة في دوام تلك التفاعلات، وإستمرارها، وذلك بالنسبة لكل الأطفال الذين أجريت عليهم الدراسة، أي الأطفال التوحديين والأطفال النمطيين.

دراسة أرسكينوس وموردوك (1997) للتعرف على مدى فعالية إجراء التدعيم من جانب الأقران في خفض السلوك الإنسحابي وسلوك الهروب من المحادثات من جانب مراهق توحدي في الثالثة عشرة من عمره تصدر عنه أصوات تضايق وتقاطع من يتحدث، تم اللجوء للأقران في صفه لإشراكهم في البرنامج كي يقوموا بالتدعيم اللازم للسلوك الملائم بعد تدريبهم على ذلك، وأوضحت النتائج فعالية هذا البرنامج في خفض وتقليل الضوضاء التي تصدر عنه أو هذا السلوك غير الملائم، وزادت تفاعلاته الإجتماعية مع الأقران وحدث نقص دال أيضا في سلوكه الإنسحابي من جراء ذلك، ونتائج المتابعة أوضحت إستمرار هذا التحسن لمدة خمسة أسابيع بعد إنتهاء البرنامج، وهذا يدعم بطبيعة الحال دور الأقران في حدوث التغيرات السلوكية ويدعم أهمية تقديم البرامج الإرشادية لهم.

في دراسة قام بها فنسكي، زالنسكي وكلانهان (Fenske & Zalenski & Clannahan , 1995) هدفت لمعرفة عمر التدخل المناسب وتقييم المخرجات التعليمية لبرنامج بريستون Priston المعتمد على منحنى تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis لدى 18 طفلا توحديا تم تشخيصهم بالإعتماد على معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM III وبلغ

متوسط أعمارهم الزمنية (36) شهرا وتراوحت درجات ذكائهم حسب Stanford Benne للذكاء (36 – 83) وبمتوسط (57) درجة، ولا يمتلكون قدرات لفظية، وتم توزيع العدد لمجموعتين في كل مجموعة 9 أطفال حيث إلتحق أفراد المجموعة الأولى قبل عمر 60 شهر، وإلتحق أفراد المجموعة الثانية بعد عمر (60) شهرا وكانت النتائج إيجابية حول إقامة الطفل في منزله وإلتحاقه في المدرسة العادية طوال الوقت، حيث أن 6 أطفال من أصل 9 أقاموا في البيت وإلتحقوا من ثم بالمدرسة قبل عمر 6 سنوات، مقارنة مع طفل واحد في المجموعة الثانية.

دراسة ديفيد ومارتن (David & Martin, 1995) للتعرف على مدى فعالية تدريب أخوة الأطفال التوحديين على الإجراءات التي تزيد من دافعيتهم للإستجابة للتفاعلات التي تحدث أثناء اللعب من خلال برنامج تدريب الوالدين وإرشادهما في هذا الإطار وتضمنت المقاييس مقياس التفاعلات الإجتماعية ومقياس السلوك الإنسحابي لجانب مقاييس أخرى، وأوضحت النتائج زيادة التفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين وإنخفاض سلوكهم الإنسحابي، وهو ما يدعم دور الأخوة والأسرة عامة للوصول لما يعرف بالتناغم والتوافق الأسري.

دراسة ناينتمب وكول (Ninetemb & coul, 1992) للتحقق من فعالية إستخدام إجراء تعليم الإستجابات الإجتماعية المناسبة في إطار التفاعلات الإجتماعية على السلوك الإنسحابي وبعض السلوكيات المصاحبة غير الملائمة وأوضحت النتائج حدوث زيادة في الإستجابة الصحيحة من جانبهم، ونقص في سلوكهم الإنسحابي ونقص في الترديد المرضى لكلام الآخرين وهو ما يؤكد فعالية هذا الإجراء في سبيل ذلك.

دراسة آن والترز (Walters, 1990) للتعرف على فعالية العلاج بالعقاقير حيث تم إستخدام Naltrexone Hydrochloride على سلوك إيذاء الذات والسلوك الإنسحابي لمراهق توحدي يعاني إلى جانب ذلك من التخلف العقلي يبلغ الرابعة عشرة من عمره، وأوضحت النتائج حدوث إنخفاض دال في سلوك إيذاء الذات والسلوك الإنسحابي لهذا المراهق بالإضافة لحدوث زيادة واضحة ودالة في علاقاته الإجتماعية بالآخرين.

دراسة آن كويل (1989) دراسة بإشراك أولياء الأمور والمختصين في برنامج يهدف إلى دمج الأطفال التوحديين مع أقرانهم الأسوياء في المدارس الإبتدائية وعملت الدراسة على 11 طفل توحدي إتسمت سلوكياتهم بالإنسحابية لجانب العدوانية، تم تدريبهم على تنمية مهارات وقت الفراغ وذلك أثناء وجودهم مع أقرانهم العاديين الذين قاموا بتقديم الدعم المطلوب لهم، وكشفت النتائج عن حدوث نقص دال في السلوكيات غير المقبولة إجتماعيا التي تصدر عنهم ومنها السلوك الإنسحابي.

دراسة لوفاز (Lovaas, 1987) هدفت لمعرفة فعالية برنامج التحليل السلوكي التطبيقي لدى عينة مكونة من 61 طفل توحدي، تم تشخيصهم على أنهم توحديون من جانب مختصين نفسيين يحملون درجة الدكتوراة، وقد تكونت عينة الدراسة من 3 مجموعات، الأولى تجريبية مكونة من 19 طفل تلقوا تدريبا حسب برنامج السلوك التطبيقي لمدة عامين، والمجموعة الثانية تكونت من مجموعتين ضابطتين إحداهما تكونت من 21 طفل توحدي، تلقوا تدريب حسب برنامج التحليل السلوكي التطبيقي ولكن بوقت أقل في حين تكونت المجموعة الثانية من 21 طفل تلقوا تدريبا تقليديا وتوصلت نتائج الدراسة لحدوث زيادة في درجات ذكاء الأطفال التوحديين في المجموعة التجريبية بمعدل (20) درجة، بينما لم يظهر أي تطور في درجات ذكاء أفراد المجموعتين الضابطتين، كذلك إلتحق 9 أطفال توحديين من المجموعة التجريبية من أصل 19 في الصف الأول الإبتدائي، و8 أطفال من أصل 10 قد أحرزوا تقدم في المجالات التطويرية دون الإلتحاق بالمدرسة العادية، و 2 إلتحقا في صفوف التوحد. أما أفراد المجموعة الضابطة فقد إلتحق طفل واحد في الصف الأول الإبتدائي العادي وكانت درجة ذكاءه متوسطة.

دراسة سكوبلر (Schopler, 1986) هدفت بناء برنامج لتدريب والدي الأطفال التوحديين على مساعدة أطفالهم في الحد من المشكلات السلوكية التي تصدر عنهم ومنها السلوك الإنسحابي، وركز برنامج الوالدين على حل المشكلات وإرشادهم عن كيفية التعامل مع أطفالهم التوحديين وتوجيههم وتعليمهم وتدريبهم على كيفية مواجهة سلوكياتهم غير المقبولة إجتماعيا والمشكلات التي تنجم عنها، وكيف يمكنهم أن يجدوا لها حلول مناسبة، وأظهرت النتائج فعالية هذا الأسلوب في مساعدة الأطفال التوحديين على الحد من سلوكياتهم غير المقبولة إجتماعيا ومنها السلوك الإنسحابي حيث إنخفضت هذه السلوكيات بدرجة دالة قياسا بما كانت عليه من قبل.

دراسة موتفالي وكوبلاك (Motavalli & Khoblock, 2004) هدفت لتقييم فعالية التعليم النفسي لفترة قصيرة المدى عند الأطفال التوحديين والأطفال الذين يعانون من التوحد من ذوي إضطراب التواصل التفاعلي (Reactive Attachment Disorders (RAD، وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين تراوحت أعمارهم من (24 – 66) شهر و 11 طفل لديهم RAD تراوحت أعمارهم من (30 – 70) شهر، وتم تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال أبدوا تحسن كبير في العلامات على المقاييس بعد تنفيذ البرنامج التعليمي في مجالات اللغة والمعرفة والتفاعل الإجتماعي.

في دراسة قام بها ايكيسيث، سميث وايلـدفيك (Eikeseth & Smith & Eldevik, 2002) هـدفت لتقييم مخرجات برنامج تعليمي مكثف معتمد على برنامج التحليل الـسلوكي التطبيقـي (Applied Behavioural Analysis) من تصنيف Loovas (1987) بجامعة كاليفورنيا فـي لـوس أنجلـوس للأطفال التوحديين وتتراوح أعمارهم (4 – 7) سنوات، وذلـك بتقـسيمهم لمجمـوعتين تجريبـة وضابطة، وتكونت المجموعة التجريبية من جميع الأطفال الذين تم تحويلهم للبرنامج خلال الفترة من عام (1995) حتى عام (1998) وتعرضت المجموعة التجريبية للبرنامج التعليمي لمدة سنة ركز في دراسته على اللعب والمهارات الإجتماعية والإنتقال من اللعب الفردي إلى اللعب الرمزي والتعـاوني بإستخدام أساليب الإشراط الإجرائي مثل التشكيل والتسلسل والتدريب الفردي والتعامل مع الأزمات، وتكونت المجموعة الضابطة من 12 طفل توحدي خضعت لبرنامج إنتقائي مكون من مجموعة مـن البرامج مثل التدريس المنظم، التحليل السلوكي التطبيقي، وقد تلقت المجموعتان العـدد ذاتـه مـن الساعات التدريبية الأسبوعية بمعدل (28.5) ساعة، وأشارت النتائج لإظهار المجموعـة التجريبيـة تحسن ذو دلالة إحصائية أكثر من المجموعة الضابطة، وبالمتوسط إرتفعت درجة ذكاء المجموعـة التجريبية بمعدل (17) درجة، وإرتفع الإستيعاب اللغوي بمعدل (13) نقطة، واللغة التعبيرية بمعـدل (23) والسلوك التكيفي بمعدل (11) بالمقارنة مع المجموعة الضابطة التي إرتفعـت درجـة ذكـاء أفرادها بمعدل (4) درجات وإنخفض الإستيعاب اللغوي لديهم نقطة واحدة، كمـا وإنخفـضت اللغـة التعبيرية بمعدل نقطتين، كذلك لم يحصل أي تقدم في السلوك التكيفي لديهم، كما أظهرت الدراسة عدم وجود تحسن ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مرحلة المتابعة.

في دراسة إيطالية قام بها كل من بانيري وفيرانتي (Panerai & Ferrante, 2002) هـدفت لتقيـيم فعالية برنامج التدريس المنظم بإستخدام مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية تكونت كـل مجموعة من 8 أطفال توحديين بمتوسط عمر زمني (9) سنوات تم تطبيق محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية DSM IV على أفراد العينة، ومقياس تقـدير الـسلوك التوحـدي الطفولي CARS، تم عرض برنامج التدريس المنظم على أفراد المجموعة التجريبية والـذي يعتمـد على فلسفة الإقامة الدائمة، في حين تلقى أفراد المجموعة الضابطة التعليم حسب الطريقـة التقليديـة بوجود مدرس ومساعد، وتعرضت المجموعتان لذات عدد الساعات التدريبية، ومن ثم تم تقيـيم أداء أفراد المجموعتين بإستخدام الرسم البياني النفستعليمي المنقح (PEP-P) ومقياس غاينلانـد للنـضج الإجتماعي (VABS) وأظهرت النتائج تحسن ذو دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في جميع مجالات الإختبار القبلي (PEP – R) باستثناء مجال المهارات الحركية الدقيقة، كما أظهرت الدراسة تحسن في الأداء على مقياس فاينلاند للنضج الإجتماعي (VABS) بإستثناء مجال الإتصال والعلاقات الشخصية.

دراسة بريزانت (Prizant, 2001) حول اللعب الرمزي، حيث قام بتوزيع اللعب لثلاث مستويات تم توزيعها على ثلاثة مراحل عمرية يمثل المستوى الأول بناءا الألعاب، والمستوى الثاني تنظيم إستخدام الألعاب والأهداف لخمسة مراحل، والمستوى الثالث تعقيد اللعب، قد هدف من ذلك معرفة فعالية اللعب الرمزي لتنمية المعرفة واللغة عند الأطفال التوحديين، وتكونت عينة الدراسة من 36 طفل تراوحت أعمارهم من (3 – 6) سنوات في سن ما قبل المدرسة، وخلصت نتائج الدراسة لحاجة الأطفال الأصغر سنا إلى ألعاب مركبة للعب الرمزي، وذلك لإتاحتها الفرصة بشكل أكبر لإظهار أفكارهم، أما الأطفال الأكبر سنا فاعتبرت الألعاب غير المركبة أكثر ملائمة لهم، وتوصلت الدراسة أيضا نتائج عن فعالية اللعب الرمزي في تنمية فرص التفاعل للأطفال مع الأقران وتنمية الإتصال اللغوي لديهم.

دراسة قام بها غلاديس وكورني (Gladys & Corrine, 2000) وهدفت لقياس فعالية برنامج معتمد على التعزيز من أجل تطوير اللغة عند الأطفال التوحديين بطريقة أن يقوم الكبار بسؤال الأطفال التوحديين عن لعبة مخفية داخل الصندوق وفي حال معرفة ما بداخل الصندوق فإنهم يحصلون عليها، وتكونت عينة الدراسة من 12 طفل توحدي تراوحت أعمارهم من (5 – 7) سنوات ودلت النتائج على تحسن واضح في اللغة والتفاعل الإجتماعي عند أطفال التوحد.

هدفت الدراسة التي قام بها هاريس وهاندلمان (Harris & Handleman, 2000) لقياس فعالية برنامج دوجلاس المكثف والمعتمد برنامج تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis) من إعداد Loovas (1987) لمعرفة إمكانية التنبؤ بالبديل الصفي المناسب للأطفال التوحديين من خلال درجة الذكاء والعمر الزمني عند الإلتحاق بالبرنامج التعليمي المكثف، وتكونت عينة الدراسة من جميع الطلاب الملتحقين بالبرنامج، وبلغ عددهم 27 طفلا ممن إنطبقت عليهم محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي DSM IV إضافة إلى درجاتهم على مقياس تقدير السلوك التوحدي الطفولي CARS ومتوسط درجة ذكائهم حسب مقياس بينيه بلغت 59 بينما بلغت متوسطات أعمارهم الزمنية (142) شهرا، وإستخلصت نتائج الدراسة لوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر الطفل ودرجات ذكاءه عند إلتحاقه في البرنامج من جهة وبين البديل الصفي عند تخرجه من جهة أخرى، حيث أن الأطفال ذوي درجة الذكاء الأعلى متوسط أعمارهم (78) شهرا، والأعمار الزمنية الأصغر بلغت متوسطها (42) شهرا. تم إلتحاقهم في المدارس العادية وبصفوف منتظمة، بينما إستمر الأطفال ذوي الدرجات الأقل متوسط أعمارهم (46) شهر أو أقل والأعمار الأكبر متوسط أعمارهم (54) شهرا أو أكثر في صفوف التربية الخاصة، ولم توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر الطفل عند إلتحاقه

وبين درجات الذكاء وبين الدرجات على مقياس تقدير التوحد الطفولي CARS وبين كل من درجات الذكاء أو البديل الصفي.

قام ستروين وهويسون (Stroin & Hoyson, 2000) بدراسة هدف من خلالها قياس فعالية برنامج يعتمد على الخبرة التعليمية بوصفه برنامج بديل، حيث تكونت عينة الدراسة من 6 أطفال توحديين بمعدل عمري (7.5) سنوات، إشتركوا وتخرجوا من البرنامج، وقد تم تشخيصهم بناءا على محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي للإضطرابات العقلية حسب DSM III ومقياس التوحد الطفولي CARS، وقد دلت النتائج لوجود فروق في درجات الأطفال المشتركين في البرنامج على مقياس تقدير السلوك التوحدي الطفولي CARS، كذلك توصلت الدراسة إلى زيادة عدد السلوكيات المناسبة وفي مجال التفاعل الإجتماعي، إذ ألحق 5 اطفال من أصل 6 بعد إنتهائهم من البرنامج الصفي العادي.

دراسة قام بها لاوشي وهيفلين (Laushey & Hefline, 2000) بالإعتماد على منهج دراسة الحالة عند طفلين توحديين ملتحقين في صف الروضة تراوحت أعمارهم ما بين (5-6) سنوات وذلك للتحقق من مدى فعالية تدريس الزملاء في زيادة المهارات الإجتماعية، وبلغت فترة التدريب مدة 4 أسابيع، وتم إستخدام أسلوب تعليم الزملاء عن طريق وقت اللعب الحر، وأشارت نتائج الدراسة الحالية لحدوث زيادة دالة في مهارات التفاعل الإجتماعي المناسب، إضافة لحدوث تعميم في هذه المهارات عند أحد الطفلين في الصف الدراسي.

أيضا إتبع ديتمر، سمبسون وبرندا (Dettemer & Simpson & Brenda & Ganz, 2000) منهج دراسة الحالة لمعرفة مدى فعالية الإستراتيجيات البصرية (الجداول البصرية) وصناديق إنتهاء المهمة التعليمية وساعات التوقيت في تسهيل الإنتقال بين النشاطات الإجتماعية والمنزلية لدى طفلين توحديين، أحدهما عمره 5 سنوات والآخر عمره 7 سنوات، ودلت النتائج الإحصائية لإنخفاض ذو دلالة إحصائية في فترة الكمون التي تقع بين إعطاء المعلم التعليمات للطفل وبين البدء بالنشاط الآخر، وأظهرت أيضا إنخفاض في عدد ملقنات المعلم الضرورية من نشاط لآخر عند أحد الطفلين.

دراسة سيجمان واونجير (Sigman & Ungere, 1984) هدفت للتعرف على مدى إرتباط بين اللعب والسلوك الحسي الحركي من جهة والنمو اللغوي من جهة أخرى لدى أطفال التوحد والمعاقين عقليا والعاديين، وتألفت العينة من 24 طفل تراوحت أعمارهم من (4 -6) سنوات تم تقسيم العينة على 3 فئات هم الأطفال العاديين والأطفال التوحديين والأطفال المعاقين عقليا، وتم إستخدام برنامج الألعاب

الجماعية واللعب التعاوني، أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائيا بين اللعب والسلوك الحسي الحركي ونمو اللغة لدى جميع الفئات، كما أشارت النتائج لوجود فروق في مدى نمو اللغة عند الفئات الثلاث، حيث أظهر الأطفال العاديين تحسن أكبر ثم المعاقين عقليا ثم الأطفال التوحديين.

لقد أجمعت الدراسات السابقة فيما يخص البرامج الخاصة بتدريب الوالدين في سبيل تقديم المساعدة لأطفالهما التوحديين بغرض مساعدتهم على الحد من سلوكياتهم الإجتماعية غير المناسبة وفي مقدمتها السلوك الإنسحابي على أن هذا التدريب له دور فاعل في هذا الصدد حيث أدى إلى تحقيق الهدف منه. إضافة أن من شأنها مساعدة الأطفال التوحديين على إكتساب المهارات المستهدفة وأن تعدل من سلوكياتهم غير المقبولة إجتماعيا.

إن الدراسة التجريبية الحالية هدفت لقياس فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأمهات، من خلال بناء برنامج إرشادي جماعي سلوكي معرفي لزيادة وعي الأمهات بالسمات السلوكية لدى أطفالهن التوحديين، وبالتالي تعزيز دمجهم الإجتماعي وتخفيف حدة السلوك الإنسحابي، بإستخدام أداة من قسمين الأولى لقياس مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن والثاني لقياس مدى فعالية البرنامج المتوقعة تبعا لمتغيرات (الجنس، عمر الطفل، صلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، مكان السكن، مستوى تعليم الأم، وجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد والمشاركة في برنامج إرشادي)، تم إستخدام إستبانة لقياس معرفة الأمهات لسمة السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن، وتم تطبيق أداة القياس بعقد لقاء قبلي وبناءا على نتائج وتوقعات الأمهات من خلال الإجابة على أداة الدراسة، تمت صياغة البرنامج الإرشادي ومن ثم تم تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد تطبيق البرنامج تم إعادة عرض أداة القياس من خلال فحص بعدي لمعرفة أثر البرنامج وقياس الفروق قبل البرنامج وبعده.
أظهرت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية تعزى لفعالية البرنامج الإرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، عمر الطفل، صلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، مكان السكن، مستوى تعليم الأم، وجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد والمشاركة في برنامج إرشادي).

إن نتائج هذه الدراسة لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج نظرا لعدة أسباب منها مستوى الوعي والثقافة حيث كانت العينة تمثل المجتمع بقطاعاته المختلفة، ورغم التفاوت كان لدى جميع أفراد عينة الدراسة حالة عدم وعي بإضطراب التوحد وسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ونقص للمعلومات الصحيحة والسليمة حول هذا الإضطراب، إضافة لقصر المدة التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي فيها حيث كانت فترة تطبيق البرنامج مدة شهر ونصف وهي فترة زمنية قصيرة وهذا بالتالي يفسر إنعدام الفروق، وتتفق هذه النتائج مع دراسة عبد الله (2001) والتي هدفت لقياس فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال والتي أجريت على عدد 8 أطفال توحديين وتراوحت أعمارهم بين (6-12)، بينما إختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ديل (Delle, 1999) والتي هدفت للتعرف على فعالية برنامج التواصل البيئي على السلوك الإنسحابي والتفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين، حيث أظهرت هذه الدراسة فروقات ذات دلالة إحصائية في نتائجها، كذلك دراسة (Schobler, 1986) والتي هدفت لبناء برنامج تدريب والدي الأطفال التوحديين لمساعدة أبنائهم في الحد من المشكلات السلوكية الصادرة عنهم وبالأخص السلوك الإنسحابي وأظهرت نتائجها إنخفاض هذه السلوكيات بدرجة دالة قياسيا عما كانت عليه.

بينما لم تشر أي من الدراسات العربية أو الأجنبية لمتغيري الجنس أو الترتيب الولادي وترتيب الطفل في الأسرة وتعتبر الدراسة الحالية الأولى ممن أشار لهذين المتغيرين، أما متغير عمر الطفل، فقد إختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة ذيب (2004) والتي صممت برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوحديين التواصلية والإجتماعية والإستقلالية الذاتية، حيث أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئة العمرية على بعد العناية بالذات وتشابهن بنتائجها بعدم التأثير على بعد السلوك الإنسحابي.

لقد إتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة الطيطي (2007) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية تعزى لمتغير مكان السكن. وإتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الطيطي (2007) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية تعزى لمستوى تعليم الأم، كذلك دراسة عبد الله (2001) ، بينما إختلفت مع دراسة محمد (2002) والتي أشارت لوجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى الإقتصادي والتعليمي للأم.

تختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة منصور (1997) والتي هدفت لقياس فعالية العلاج المعرفي في خدمة الفرد في تحسين معاملة الوالدين للأطفال التوحديين في مصر، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب رفض الأم لطفلها التوحدي، مع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب الشفقة والرثاء من جانب الأم لطفلها التوحدي، وتبين وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب التفرقة في المعاملة من جانب الأم للطفل التوحدي.

وهذا ما إتفقت معه نتائج دراسة درازين وكوجل (1995) التي هدفت التعرف على مدى فعالية تدريب أخوة الأطفال التوحديين على الإجراءات التي تزيد من دافعيتهم للإستجابة للإنفعالات التي تحدث أثناء اللعب من خلال برنامج تدريب الوالدين وإرشادهما في هذا الإطار، حيث أوضحت النتائج زيادة التفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين وإنخفاض سلوكهم الإنسحابي وهو ما يدعم دور الأخوة والأسرة للوصول للتناغم والتوافق الأسري.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

3.1 منهج الدراسة

3.2 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

3.4 أدوات الدراسة

3.5 إجراءات الدراسة

3.6 المعالجة الإحصائية

الطريقة والإجراءات:

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في قياس أثر وفعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ومن خلال وجهة نظرهن، تتناول الباحثة في هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة، مجتمعها وعينتها، إضافة لإعطاء وصف مفصل لأداة الدراسة وصدقها وثباتها، إجراءات الدراسة والأسلوب الإحصائي المستخدم في معالجة البيانات الإحصائية اللازمة لإستخراج النتائج.

3.1 منهج الدراسة:

إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي في الدراسة، وذلك لمناسبته لطبيعة هذه الدراسة، ويعتبر المنهج التجريبي من أفضل الطرق البحثية لبحث بعض المشكلات التربوية، حيث يجري تغيير عامل أو أكثر من العوامل ذات العلاقة بموضوع الدراسة بشكل منتظم من أجل تحديد الأثر الناتج عن هذا التغيير، يتميز البحث التجريبي عن غيره من أنواع البحوث في أن الباحث يقوم بدور فاعل في الموقف البحثي يتمثل في إجراء تغيير مقصود في هذا الموقف وفق شروط محددة وملاحظة التغيير الذي ينتج عن هذه الشروط، إن الهدف الأساسي من البحث التجريبي هو إنشاء علاقة سببية بين المتغيرات من خلال تصحيح الموقف التجريبي.

التجربة بمعنى عملية إستقصاء علمي تتم فيه الملاحظة وتجميع البيانات على أساس مجموعة محددة من المحكات.

3.2 مجتمع الدراسة:

إن هذه الدراسة التجريبية قد إستهدفت أمهات الأطفال التوحديين من مراجعي مركزي الطفل السعيد جبل النجمة لذوي الإحتياجات الخاصة وعددهم 12 أم لطفل توحدي، لقد أبدت عدد 9 أمهات لأطفال توحديين الإستعداد للمشاركة في الدراسة التجريبية المقترحة، وأبدين إهتمامهن في تحصيل معلومات تفيدهن بالخصوص.

3.3 عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عدد 9 أمهات لأطفال توحديين تم إختيارهم بطريقة قصدية من منتفعي ومراجعي مركز الطفل السعيد في رام الله وهو مركز خاص يعني بذوي الإحتياجات الخاصة يضم طاقم من المختصين في مجالات الصحة النفسية من أخصائيين إجتماعيين ونفسيين وأطباء، إضافة لمركز جبل النجمة في مدينة بيرزيت وهو مركز مختص بالعناية بذوي الإحتياجات الخاصة.

تم توجيه كتاب رسمي من عمادة الدراسات العليا – دائرة التربية وعلم النفس إلى مدير مركز الطفل السعيد بعرض الدراسة البحثية والحاجة لتطبيقها لديهم نظرا لتوفر عدد كافي لإجراء الدراسة في مركزهم وتم عرض الموضوع على الأخصائيين العاملين في المركز والإشارة إلى البرنامج التدريبي المقترح، ومن ثم تم الإتفاق على متابعة التحضير للبرنامج المقترح على أن يتم التنسيق من قبلهم مع أمهات الأطفال التوحديين "منتفعي المركز" وعمل مقترح زمني وبرنامج يتوافق مع وقتهن للتطبيق في المرحلة التالية، كذلك على أن تتم المتابعة مع المركز من خلال الأخصائية المشرفة على الحالات فيما يخص سير التدريب والتقييم.

يبين الجدول (3.1) توزيع أفراد الدراسة حسب (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

جدول 3.1: يبين توزيع أفراد الدراسة (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

المتغير		العدد	النسبة المئوية	المجموع
جنس الطفل	ذكر	4	44.4	9
	أنثى	5	55.6	
عمر الطفل	(5- 10 سنوات)	5	55.6	9
	(11- 18 سنة)	4	44.4	
صلة القرابة	توجد قرابة	4	44.4	9
	لا توجد قرابة	5	55.6	
ترتيب الطفل في الأسرة	الأول	5	55.6	9
	الأوسط	2	22.2	
	الأخير	2	22.2	
مكان السكن	مدينة	2	22.2	9
	قرية	5	55.6	
	مخيم	2	22.2	

مستوى تعليم الأم	ثانوي	7	77.8	9
	جامعي	2	22.2	
اضطرابات أخرى	نعم	3	33.3	9
	لا	6	66.7	

3.4 أدوات الدراسة

ستستخدم الباحثة إستبانة خاصة من إعدادها بالإعتماد على الدراسات السابقة التي بحثت في إضطراب التوحد وسمات السلوك الإنسحابي، وذلك لقياس مدى معرفة الأمهات لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين، وذلك من خلال وجهة نظر الأم وتتكون الإستبانة من عدد 36 فقرة تمثل العبارات سمات للسلوك الإنسحابي وهو السمة المميزة الأكثر شيوعا لدى التوحديين مع نظام تقدير للإجابة مقابل كل فقرة خمسة إجابات حسب مقياس ليكرت الخماسي " موافق بشدة، موافق، محايد، معارض، معارض بشدة" بقصد التعرف على السمات الإنسجابية من خلال معرفة الأم لها وليس لقياس مدى توفرها لدى الطفل التوحدي أي ليست بمثابة قائمة تشخيصية للطفل التوحدي من قبل الباحثة.

إضافة لقياس مدى فعالية البرنامج الإرشادي الحالي من خلال عدد 22 فقرة تتم الإجابة عليها بإحدى الإختيارين (موافق ، غير موافق)

كذلك تصميم الباحثة للبرنامج الإرشادي الحالي بغرض إجراء الدراسة التجريبية المتمثلة بقياس مدى فعالية البرنامج الإرشادي الحالي والموجه لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن من خلال وجهة نظرهن.

تم إستخدام أداتين في هذه الدراسة وهما إستبيان من قسمين الأول لقياس مدى معرفة الامهات لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ، والقسم الثاني لقياس توقعات الأمهات عن البرنامج الإرشادي، والأداة الثانية هي البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي والذي طبق في الدراسة البحثية التجريبية التالية على الأمهات بواقع 16 ساعة تدريبية موزعة على عدد 7 لقاءات. وفيما يلي وصف لأدوات الدراسة بشكل تفصيلي:

استخدمت الباحثة مقياس ليكرات الخماسي (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وقد أعطيت الإجابة (موافق بشدة، (5 درجات)، موافق(4 درجات)، محايد(3 درجات)،غير موافق (درجتين)، غير موافق بشدة (درجة واحدة). وقد طبق هذا السلم الخماسي على جميع بنود

أداة الدراسة، وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة السلوك الإنسحابي، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم اعتماد المقياس التالي:

1. درجة عالية: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية تتراوح من (3.50- 5).
2. درجة متوسطة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي محصورة بين(2.50- 3.49).
3. درجة منخفضة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (1-2.49).

3.4.1 قائمة سمات السلوك الإنسحابي:

تم الاطلاع على الدراسات السابقة وما تضمنته من مقاييس وادوات للكشف والتشخيص الدقيق لإضطراب التوحد وقامت الباحثة بتصميم قائمة بسمات السلوك الإنسحابي مستعينة بالادب التربوي والدراسات السابقة، والمقاييس العالمية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وذلك بهدف قياس مدى معرفة امهات الاطفال التوحديين "عينة الدراسة" لسمات السلوك الانسحابي لدى اطفالهن التوحديين لقياس مدى معرفة الامهات لسمات السلوك الانسحابي لدى اطفالهن التوحديين بحيث تجيب الامهات على الفقرات وعددها 36 فقرة حسب نظام ليكرت الخماسي (موافق بشدة، موافق، محايد، معارض، معارض بشدة)

القسم الثاني من الإستبيان إشتملت على عدد 22 فقرة تراوحت إجابة الأمهات بين (موافق، غير موافق) ووضعت لقياس توقعات الامهات من البرنامج الارشادي .

3.4.1.1 ثبات الأداة (السلوك الإنسحابي):

تم التحقق من ثبات الأداة بفحص الاتساق الداخلي لفقرات الأداة بحساب معامل كرونباخ ألفا(Cronbach Alpha) علي عينة الدراسة الكلية حيث بلغت قيمة الثبات (,85) قبل تطبيق البرنامج، وكانت بعد تطبيق البرنامج (,92) وبذلك تتمتع الأداة بدرجة عالية جدا من الثبات.

3.4.1.2 مفتاح تصحيح قائمة الكشف:

استخدمت الباحثة مقياس ليكرات الخماسي(موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وقد أعطيت الإجابة (موافق بشدة، (5 درجات)، موافق(4 درجات)، محايد(3 درجات)،غير موافق (درجتين)، غير موافق بشدة (درجة واحدة). وقد طبق هذا السلم الخماسي على جميع بنود أداة الدراسة، وللتعرف إلى تقديرات أفراد العينة وتحديد درجة السلوك الإنسحابي، وكذلك تقييم البرنامج، وفق قيمة المتوسط الحسابي تم اعتماد المقياس التالي:

1. درجة عالية: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية تتراوح من (3.50– 5).
2. درجة متوسطة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي محصورة بين(2.50– 3.49).
3. درجة منخفضة: إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي تتراوح بين (1–2.49).

3.4.1.3 صدق قائمة الكشف:

للتحقق من صدق أداة (قائمة سمات السلوك الانسحابي لدى الاطفال التوحديين) وقياس مدى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح قامت الباحثة بعرضها في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم 10 محكمين من المتخصصين في مجالي الصحة النفسية والإرشاد وأصول التربية، كما هو وارد في الملحق رقم (1) وقد تم تحكيم الأداة بهدف إبداء الرأي حول فقراتها من حيث شموليتها، ومدى سلامة الفقرات ووضوح صياغتها

3.4.1.4 وكان من أهم إجراءات بناء الإستبانة:

1– مراجعة الأدب التربوي والدراسات السابقة الخاصة بإضطراب السلوك الإنسحابي لدى ذوي إضطراب التوحد ، حيث تم الإطلاع على العديد من الأدوات التي عنيت بقياس التوحد ودراسته وتحليله .

– تم تحديد بعد الأداة والمتمثل بقياس السلوك الإنسحابي من واقع الإطار النظري للبحث الحالي ومن الدراسات السابقة .

– تمت صياغة عبارات الأداة لتتناسب مع أمهات الأطفال التوحديين والمشاركات في البرنامج التدريبي ممن طبق عليهم البرنامج.

3– لحساب إستجابات أفراد العينة على فقرات الإستبانة تم إعتماد مقياس ليكرت الخماسي (موافقة بشدة، موافقة، محايدة، معارضة، معارضة بشدة)

4– القياس القبلي والبعدي: يتم تطبيق الفحص على أمهات الأطفال التوحدين في لقاء قبلي أي قبل بداية تطبيق البرنامج، ومن ثم يليه سير البرنامج الإرشادي المصمم من قبل الباحثة، ومن ثم يعاد تطبيق الأداة (الإستبيان) لقياس أثر البرنامج على تعديل السلوك الإنسحابي لدى الأطفال من خلال زيادة وعي الأمهات بالتوحد ومن خلال تقديم المعلومات الصحية والتربوية عن إضطراب التوحد.

3.4.1.5 تصحيح الأداة:

تمت صياغة فقرات مقياس مدى معرفة أمهات الأطفال التوحديين لسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن وهي السمة الأبرز التي خلصت بها الدراسات السابقة والمميزة للأطفال التوحديين ، من خلال الإجابة حسب مقياس ليكرت الخماسي والمتمثل (موافقة بشدة، موافقة، محايدة، معارضة ومعارضة بشدة) مقابل كل فقرة.

3.4.1.6 صدق الأداة:

يتم التأكد من صدق الأداة في الدراسة الحالية بعرضها على عدد من المحكمين من المختصين في مجال التربية وعلم النفس .

جدول رقم 3.2.1 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس السلوك الإنسحابي مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة قبل تطبيق البرنامج.

الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
.1	0.657	0.054	19	0.865**	0.003
.2	0.895**	0.001	20	0.835**	0.005
.3	0.713*	0.031	21	0.873**	0.003
.4	0.719*	0.029	22	0.926**	0.000
.5	0.395	0.292	23	0.789*	0.011
.6	0.555	0.121	24	0.764*	0.016
.7	0.357	0.345	25	0.797*	0.010
.8	0.382	0.310	26	0.895**	0.001
.9	0.857**	0.003	27	0.713*	0.031
.10	0.200	0.606	28	0.663*	0.046
.11	0.596	0.091	29	0..912**	0.000
.12	0.537	0.136	30	0.521**	0.137
.13	0.857**	0.003	31	0.669*	0.045
.14	0.833**	0.005	32	0.719*	0.029
.15	0.678*	0.045	33	0..924**	0.000
.16	0.452	0.222	34	0.764*	0.016
17	-0.386	0.305	35	0.835**	0.005
18	0.430	0.248	36	0.865**	0.003

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن غالبية قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للأداة دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وأنها تشترك معاً في قياس مقياس السلوك الإنسحابي مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة قبل تطبيق البرنامج ، في ضوء الإطار النظري الذي بنيت الأداة على أساسه.

جدول رقم 3.2.2 نتائج معامل الارتباط بيرسون (Pearson correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مقياس السلوك الإنسحابي مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة بعد تطبيق البرنامج.

الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية	الفقرات	قيمة ر	الدلالة الإحصائية
.1	0.645	0.061	19	0.857**	0.003
.2	0.452	0.222	20	0.555	0.121
.3	-0.386	0.305	21	0.847**	0.004
.4	0.920**	0.000	22	0.720*	0.029
.5	0.674*	0.047	23	0.357	0.345
.6	0.669*	0.045	24	0.382	0.310
.7	0.719*	0.029	25	0.895**	0.001
.8	0.924**	0.000	26	0.761*	0.017
.9	0. 740*	0.023	27	0.707*	0.033
.10	0.663*	0.046	28	0.713*	0.031
.11	0.912**	0.000	29	0.865**	0.003
.12	0.900**	0.001	30	0.791*	0.011
.13	0.200	0.606	31	0.835**	0.005
.14	0.797*	0.010	32	0.789*	0.011
.15	0.780*	0.013	33	0.764*	0.016
.16	0.596	0.091	34	0.720*	0.029
17	0.865**	0.003	35	0.698*	0.036
18	0.776*	0.014	36	0.797*	0.010

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق أن غالبية قيم ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للأداة دالة إحصائياً، مما يشير إلى الاتساق الداخلي لفقرات الأداة وأنها تشترك معاً في قياس مقياس السلوك الإنسحابي مع الدرجة الكلية لأداة الدراسة بعد تطبيق البرنامج ، في ضوء الإطار النظري الذي بنيت الأداة على أساسه.

3.4.1.7 ثبات الأداة الثانية (تقييم البرنامج):

تم التحقق من ثبات الأداة بفحص الاتساق الداخلي لفقرات الأداة بحساب معامل كرونباخ ألفا(Cronbach Alpha) علي عينة الدراسة الكلية حيث بلغت قيمة الثبات (,83) قبل تطبيق البرنامج، وكانت بعد تطبيق البرنامج (,69) وبذلك تتمتع الأداة بدرجة عالية من الثبات.

3.4.1.8 صدق البرنامج الإرشادي:

تم تصميم البرنامج الإرشادي ليتماشى مع إحتياجات الأمهات من البرنامج، وقامت الباحثة بعرض البرنامج الإرشادي على عدد من المحكمين المهنيين ذوي الإختصاص في حقل الإرشاد النفسي والصحة النفسية والخدمة الإجتماعية (ملحق 1)، وذلك بهدف الإستفادة من ملاحظاتهم حول الجلسات الإرشادية والهدف منها، وفحص مدى ملائمة البرنامج للأهداف التي سيوضع من أجلها البرنامج وفحص لمدى ملائمة التمارين والأنشطة وفنيات الإرشاد المستخدمة في الجلسات الإرشادية، كذلك مدى مناسبة الواجبات المنزلية المزمع إستخدامها بعد كل جلسة تحضرها المسترشدات في البيت تثبيتا للجلسة الإرشادية السابقة وتمهيدا للجلسة الإرشادية اللاحقة.

3.5 إجراءات الدراسة:

3.5.1 محتوى البرنامج الإرشادي:

تكون البرنامج الإرشادي من عدد 7 جلسات إرشادية، حيث تتضمن كل جلسة مجموعة من الأهداف، وفعالية للتنشيط لتغطية الفكرة والهدف من كل جلسة ومن ثم واجب منزلي للتطبيق والإنجاز في البيت.

تم البدء بالجلسة الأولى كجلسة تعريفية بالبرنامج والمشاركات لبعضهن البعض، وكسر الجليد بين أعضاء المجموعة الإسترشادية وبناء الثقة كبداية لبناء المجموعة الإسترشادية القائمة على علاقة مهنية. ومن ثم تناول الموضوع الرئيس للجلسة والموضوع ضمن أهداف البرنامج بشكل عام والموزع للتنفيذ خلال الجلسات الإرشادية.

ومن ثم تم إنهاء العلاقة المهنية للمجموعة وتنفيذ خطة البرنامج الإرشادي، وتوزيع المقياس البعدي على المسترشدات من أمهات الأطفال التوحديين المشاركات في المجموعة التجريبية التي نفذ البرنامج الإرشادي معها.

تم عقد جلسات البرنامج الإرشادي في مركز الطفل السعيد – في مدينة رام الله بحضور الأمهات المشاركات في البرنامج بواقع 7 لقاءات بناءا على برنامج محدد وتم عقد اللقاءات في قاعة مخصصة إتسعت لعدد الامهات المشاركات، مع مراعاة توفير الخصوصية والهدوء والراحة للمسترشدات، مع توضيح شروط ومعايير العمل ضمن المجموعة بما يضمن عدم المقاطعة وتأكيد الإصغاء والتأييد، وتوضيح عنوان كل جلسة على حدا وربطها بمضمون الجلسة مع التأكيد على ضرورة الإلتزام من بداية الجلسات الإرشادية بالبرنامج والقيام بالمهام المطلوبة من مراقبة ذاتية من قبل الأمهات المشاركات لأدائهن في التواصل والتفاعل مع أطفالهن والعمل على متابعة الواجبات المنزلية وربط الواجبات المنزلية بموضوع الجلسات حسب التسلسل المصمم على أساسه البرنامج،

تم الإلتزام من قبل الأمهات في حضور الجلسات من خلال التنسيق معهن بالأوقات المناسبة للحضور مع توفير المساعدة اللازمة باستيعاب الأطفال في المركز من خلال توفير أخصائية تعنى بالأطفال لحين إنتهاء وقت الجلسة، كذلك تم توفير الوسائل المساعدة لتقديم المادة حسب البرنامج الإرشادي المصمم، والمتمثل بمناقشة جماعية ومحاضرات توعية وتثقيف فيما يخص إضطراب التوحد.

3.5.2 الإستراتيجية الإرشادية لسير العمل في جلسات البرنامج الإرشادي:

- تمت صياغة قواعد ومعايير لتنظيم العملية الإرشادية لجلسات البرنامج الإرشادي والتي بنيت على أسس تنظيم وتخطيط العمل الإرشادي المهني والتي هي على النحو التالي:
- تم توفير جو مهني مريح تسوده التفاهم والتعاون والمشاركة والهدوء والإنتماء، وتلعب المرشدة النفسية دور الموفقة والراعية للمسترشدات الذي بدوره يعمل على زيادة تقارب أفراد المجموعة الإسترشادية بحيث تسمح لأفراد المجموعة بطرح وجهات نظرهن ومعتقداتهن وتصوراتهن وفلسفتهن بالحياة دون قلق أو تردد.
- يمكن جلوس الأمهات خلال الجلسة الإرشادية بكل راحة بالشكل الذي يختارونه بحيث يحقق لهم راحة في المكان ومراعاة الجلوس بشكل دائري.
- عقد الجلسات الإرشادية بغرفة أو قاعة تسمح بعقد الجلسات الإرشادية بحيث تكون هادئة ومتسعة يسهل التحرك بها.
- البدء بالجلسات الإرشادية بتعريف وترحيب المرشدة بأفراد المجموعة ومن ثم تقديم المرشدة لنفسها والطلب من أعضاء المجموعة الإسترشادية من الأمهات بتعريف أنفسهن، كذلك إعطاء الفرصة للمسترشديات بالكيفية التي يردن التحدث فيها دون إكراه، مع إمكانية تدخل المرشدة لتعزيز المسترشدات ودفعهن للمشاركة والتدخل لتصويب أي مخاطبات من المسترشدات ترى فيها صعوبة في إدراكها من قبل باقي المجموعة الإسترشادية، والعمل على تقريب وجهات النظر من خلال التعزيز وتقوية جميع المشاركات لتحقيق التوافق بين أعضاء المجموعة الإسترشادية ككل.
- طلب المرشدة من الأمهات المسترشدات وضع شروط ومعايير وأنظمة لعملية التواصل والحديث أثناء الجلسات الإرشادية، بما يضمن عدم المقاطعة أثناء حديث الغير والتعليق على الحديث أو القمع والإستفزاز، تأكيد الإصغاء والتأييد، وعند عرض المرشدة النفسية موضوع الجلسة الإرشادية توضيح لآلية الإستفسار والتساؤل أو المناقشة وإمكانية التعليق أو المداخلة بعد العرض ويفضل تأجيل الإستفسارات والأسئلة والحوار بعد الإنتهاء من عرض الموضوع.
- عند عرض المرشدة لموضوع المحاضرة توثق علميا وتتم الإشارة لعلاقة العنوان الرئيس للموضوع بموضوع الجلسة السابقة، وهذا يتم بعد مراجعة المرشدة لآلية إنجاز الواجبات

المنزلية المعطاة للمسترشدات في الجلسة السابقة، وتقديم الواجبات من خلال ربطها بموضوع الجلسة التالية من خلال عرض غير ممل ووافي مع مراعاة الهدوء والشمولية في طريقة العرض والإبتعاد عن الأسلوب التقليدي ومستخدمة لأساليب جاذبة للمسترشدات، ومحاولة الطرح بأساليب غير مكلفة في العرض والإلقاء، والإعتماد على أساليب واضحة ومفهومة ومقنعة تتناسب وثقافة وتحصيل المسترشدات.

- بعد عرض موضوع المحاضرة تعطي المرشدة المجال للمناقشة الإرشادية الجماعية للتركيز على أهمية الموضوع وأهم المحاور التي تتناولها المحاضرة مع إعطاء الفرصة لهن بالتعليق على أية جانب بطريقة مريحة دون قمع أو تقليل من الأهمية.
- إعطاء المرشدة الفرصة للحوار والنقاش مع مراعاة عدم الخروج عن الموضوع الرئيس وبما يخدم الفكرة الأساسية ولا تكون المداخلات أو الإستفسارات بعيدة وغير مرتبطة بالموضوع الرئيس، مع إمكانية التدخل من قبل المرشدة عند طرح لأي موضوع ثانوي لتصويب الأفكار بما لا يخرج المجموعة عن الموضوع والإطار الرئيس.
- دور المرشدة متمثل بعدم قمع أي من خلافات الرأي أو المعتقدات، مع المحافظة على إبقاء أفراد المجموعة الإسترشادية ضمن إطار المجموعة دون إعطاء إهتمام زائد لمسترشدة دون غيرها وهذا كله بهدف المحافظة على العلاقة المهنية وكفاءة الجلسة الإرشادية.
- دور المرشدة في تنظيم عرض وجهات النظر بما لا يخلق مشاحنات بين أفراد المجموعة الإسترشادية من خلال التوضيح بأهمية إحترام الرأي والرأي الآخر والسماح بالمداخلات والتعليقات داخل إطار الموضوع لأنها تسمح بفتح أفق وأفكار جديدة وتثري النقاش والحوار وبالتالي رفع إيجابية الجلسات الإرشادية.
- تنظيم المرشدة لعملية طرح المداخلات للحفاظ على مرونة سير الجلسات، ويفضل التوضيح بأنه بحالة رغبة أي مشاركة بالحديث أن تعطي إشارة معينة للتعليق والحديث دون مقاطعة وعدم أخذ حق الغير، ومن الأفضل أن تقوم المرشدة بتسيير الجلسة الإرشادية وتنظيمها دون سيطرة أو قيود.
- إتاحة المرشدة الفرصة كاملة لأي مسترشدة بعرض النموذج للحالة النفسية من خلال فنيات العلاج المستخدمة في البرنامج الحالي كيفما تحتاج المسترشدة دون قمع أو إستهزاء، إنما يجب تعزيز المسترشدة بعرض الحالة وإستثارة المسترشدات للحوار والنقاش وأخذ الإعتبارات والتوصيات من هذه الحالات والنموذج المعروض من الزميلات.
- دور المرشدة في تفعيل وتنشيط المناقشة والمشاركة بين المسترشدات من خلال تقديمها لتعليقات أو أمثلة حية من الواقع مما يدفعهن للمشاركة بعرض خبراتهن الحياتية وتعزيز المسترشدات على المشاركة الفاعلة في إجراءات وفعاليات الجلسات الإرشادية.

- المرشدة ميسرة للجلسة الإرشادية، وعندما تستصعب المسترشدات أي فكـرة أو تعليـق أو مداخلة تقوم بإعادة صياغة الموقف وتسهيل الأفكار المطروحة بمـا يتناسـب مـع ثقافـة المسترشدات وذلك لدفع العملية الإرشادية والحوار والنقاش وإجراء تحديث لمستوى النقاش.
- تشجيع المرشدة أعضاء المجموعة الإسترشادية على طرح المزيـد مـن الأفكـار والآراء والتصورات والمعتقدات المختلفة لتسهم في حلول الموضوعات المثارة وهذا يزيد بالتالي من دافعيتهن حول زيادة التفاعل الدينامي وتحقيق أكبر قدر ممكن مـن القـدرة علـى التفكيـر العقلاني والمنطقي وبالتالي مساعدتهن في إتخاذ قرارات وإيجاد حلول مناسبة فـي التغييـر والتعديل على سلوكيات أطفالهن وعزلتهم وتعزيز دمجهم في البيئة المحيطة.
- فتح النقاش بموضوعية وواقعية بجو مرن في التفكير وعدم إصدار القرارات إنما تبني أفكار جديدة، بالإضافة لعدم الإندفاع بحلول فورية إنما البحث والتفكير المعمق في ما يـتم بحثـه ومناقشته.
- تعزيز مهارات الإتصال والتواصل من خلال فهم المسترشدة لذاتها وبالتالي التمكن من فهـم الآخرين، وليتسنى للمسترشدات التواصل مع بعضهن بعقلانية وواقعية، عوضا عن تفعيـل مبدأ التقبل للآخر من خلال قبول النقد من الآخرين وعدم تحويلها لنقاط ضعف إمـا تفعيـل مسألة الإنفتاح على أفكار وآراء الآخرين والتفاعل معهم في سبيل تحقيق الحـصول علـى صورة أكثر وضوحا لموضوعية المشكلات بمشاركة الجميع وإتخاذ قرارات جماعية.
- عند الإنتهاء من كل جلسة إرشادية ومناقشة كل جزئية من موضوع المناقشة أثناء الجلـسة الإرشادية، تراعي المرشدة أن تقوم إحدى المسترشدات في الجلسة بإعادة حـصر وإيجـاز التصور النهائي الذي توصلت إليه المناقشة الجماعية بخصوص كل نقطة وكل فكـرة فـي النقاش، إضافة لتحديد أهم الأفكار التي تم التركيز عليها أثناء الجلـسة الإرشـادية، إضـافة لتوثيق التوصيات التي إتفقت عليها المسترشدات أعضاء المجموعة الإرشـادية والمرشـدة النفسية.
- العمل على ربط الجلسات الإرشادية مع بعضها وتفحص هل تحقـق الجلـسات الإرشـادية للبرنامج الإرشادي الأهداف التي وضع من أجلهـا البرنـامج مـن خـلال المناقـشة مـع المسترشدات والعمل بالتركيز على التوصيات التي تلاحظها المرشدة بإستمرار.
- تفعيل الملاحظة المستمرة للمسترشدات خلال الجلسات الإرشادية لتجنب أي إضطراب يلاحظ عند أي مسترشدة لأجل متابعتها مباشرة من قبل المساعدة (الأخصائية النفـسية – مركـز الطفل السعيد) أو بعد الجلسة الإرشادية، ويتم العمل على تقييم الجلسة بعد كل جلسة إرشادية إما من خلال إستمارة تقييمية مكتوبة أو شفهية، وذلك لتتمكن المرشدة من العودة وتلافي أي أخطاء وتصحيح مسار الجلسات العلاجية. (دويكات، 2006)

3.5.3 مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

1- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة.

2- الدراسات الإستطلاعية الخاصة بالمراكز التي تعنى بذوي الحاجات الخاصة والمراكز التي تعنى بذوي الإضطرابات والإعاقات المختلفة والتي إتضح عدم وجود أي من المراكز المختصة بالتوحد بوجه خاص.

3- آراء أطباء ومختصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة في البرنامج الإرشادي.

3.5.4 الإعتبارات التي تمت مراعاتها من قبل الباحثة في إعداد البرنامج:

قامت الباحثة بوضع بعض الإعتبارات التي وجدت أنه يتوجب مراعاتها عند تنفيذ البرنامج وهي:

1- تدعيم العلاقة المهنية بين الباحثة والأمهات على أساس من الثقة والإحترام المتبادل.

2- إتباع أسلوب الحوار والمناقشة.

3- إستخدام اللغة السهلة والبسيطة التي تلائم إدراك الأمهات.

4- تحديد إجراءات تطبيق الجلسات من حيث عدد الجلسات وأهدافها، المدى الزمني لكل جلسة والذي بالتالي بدوره قد يحدث تأثير إيجابي على الأمهات ومن ثم يعكس فعالية البرنامج على الأطفال.

للمزيد من التفاصيل بخصوص جدول البرنامج الإرشادي أنظر الملحق رقم (3)

3.6 المعالجة الإحصائية

تمت المعالجة الإحصائية اللازمة للبيانات، وتم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدى أفراد العينة واستجاباتهم على الإستبانات وقد فحصت فرضيات الدراسة عن طريق الاختبارات الإحصائية التحليلية التالية: اختبار (ت) (paired samples t-test)، واختبار (ت)(**Independent Samples t-test**) وتحليل التباين الأحادي (One – way) ومعامل الارتباط بيرسون. واستخدم معادلة كرونباخ ألفا لحساب ثبات الأداة، كما تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

4.1 نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة عن نتائج الفحص القبلي الذي بني عليها البرنامج الإرشادي، إضافة للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها ومناقشتها .

جدول رقم 4.1.1 نتائج الفحص القبلي:

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي قبل تطبيق البرنامج الإرشادي	الانحراف المعياري قبل تطبيق البرنامج الإرشادي
.1	يجد صعوبة في اللعب والتفاعل مع الآخرين	9	4.4444	0.72
.2	طفل حساس	9	4.4444	0.70
.3	ينزعج ويغضب من المناطق المزدحمة بالناس	9	4.2222	1.09
.4	لا يتحمل أية مضايقات	9	4.2222	0.66
.5	يتغير مزاجه من دون سبب	9	4.1111	0.78
.6	يجد صعوبة في الإختلاط مع الأطفال الآخرين	9	4.1111	0.60
.7	نادرا ما يطلب أشياء أو ألعاب	9	4.0000	1.00
.8	ردود أفعاله على الأحداث بطيئة	9	4.0000	0.86
.9	يفضل اللعب لوحده	9	4.0000	1.11
.10	لا يوجد لديه أصدقاء	9	3.8889	1.26
.11	لا يفهم النظرات ذات المغزى أو المعنى	9	3.8889	0.94
.12	يضحك ويصرخ دون مبرر لذلك	9	3.8889	0.87
−13	يضحك ويبكي بدون داع	9	3.7778	0.80
.14	لا توجد لديه أية ردود فعل حسية لما يدور حوله	9	3.6667	1.00
.15	يفضل أن يكون وحيدا	9	3.6667	0.71
.16	لا يهتم كثيرا بالغرباء ولا يثيرونه	9	3.5556	1.13
.17	يرغب في الجلوس لوحده	9	3.5556	0.83
.18	يتجاهل الآخرين	9	3.5556	0.78

.19	يتصرف إبني / إبنتي كأصم	9	3.5556	0.72
.20	من الصعب لفت إنتباهه	9	3.4444	1.23
.21	نظراته بلا معنى	9	3.4444	1.13
.22	يتجنب النظر إلى الأشخاص	9	3.4444	0.88
.23	لا يحب أن يحتضنه أحد	9	3.3333	0.41
.24	لا يندمج مع الآخرين من حوله	9	3.3333	0.91
.25	لا توجد لديه إشارات أو إيماءات	9	3.3333	1.41
.26	لا يستطيع إحتضان وضم الآخرين	9	3.3333	0.82
.27	طفل مزعج جدا	9	3.2222	0.97
.28	لا يملك أشياء خاصة به	9	3.1111	0.92
.29	لا يظهر عواطفه	9	3.1111	0.90
.30	لا توجد لديه أية ردة فعل	9	3.0000	0.86
.31	يلتصق بالآخرين بشكل غير طبيعي	9	2.8889	1.16
.32	طفل هاديء جدا	9	2.8889	0. 64
.33	لديه مظاهر وسلوكيات عدوانية	9	2.7778	0. 94
.34	يرفض الملاطفة والمداعبة	9	2.6667	0.72
.35	لا يظهر الإبتسامة	9	2.6667	0.50
.36	لا يميز بين الأشخاص	9	2.2222	0.80
	الدرجة الكلية	9	3.5216	0.46

تشير المعطيات الواردة في الجدول السابق ان سمات السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين هي بدرجة متوسطة من خلال وجهة نظر الأمهات.

جدول رقم 4.1.2 نتائج الفحص البعدي

الرقم	الفقرة	العدد	المتوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي	الانحراف المعياري بعد تطبيق البرنامج الإرشادي
.1	يجد صعوبة في اللعب والتفاعل مع الآخرين	9	4.5556	0.52
.2	لا يتحمل أية مضايقات	9	4.4444	0.52
.3	يتجاهل الآخرين	9	4.4444	0.52
.4	يفضل اللعب لوحده	9	4.4444	0.44
.5	يرغب في الجلوس لوحده	9	4.3333	0.70
.6	لا يندمج مع الآخرين من حوله	9	4.3333	0.50
.7	يضحك ويصرخ دون مبرر لذلك	9	4.3333	0.46
.8	نادرا ما يطلب أشياء أو ألعاب	9	4.2222	0.83

.9	ينزعج ويغضب من المناطق المزدحمة بالناس	9	4.2222	0.68
.10	ردود أفعاله على الأحداث بطيئة	9	4.2222	0.66
.11	يتجنب النظر إلى الأشخاص	9	4.2222	0.62
.12	يتغير مزاجه من دون سبب	9	4.1111	0.78
13-	يضحك ويبكي دون داعي	9	4.1111	0.76
.14	طفل حساس	9	4.1111	0.60
.15	يفضل أن يكون وحيدا	9	4.1111	0.60
.16	يد صعوبة في الإختلاط مع الآخرين	9	4.1111	0.58
.17	يتصرف إبني/إبنتي كأصم	9	4.1111	0.54
.18	لا يفهم النظرات ذات المغزى أو المعنى	9	4.0000	1.00
.19	من الصعب لفت إنتباهه	9	4.0000	0.88
.20	لا يظهر عواطفه	9	4.0000	0.70
.21	لا توجد لديه إشارات أو إيماءات	9	3.8889	0.92
.22	لا يوجد لديه أصدقاء	9	3.7778	1.20
.23	لا توجد لديه أية ردود فعل حسية لما يدور حوله	9	3.7778	0.86
.24	لا يهتم كثيرا بالغرباء ولا يثيرونه	9	3.7778	0.84
.25	نظراته بلا معنى	9	3.6667	1.11
.26	لا يستطيع إحتضان وضم الآخرين	9	3.6667	0.70
.27	لا يحب أن يحتضنه أحد	9	3.5556	1.23
.28	يرفض الملاطفة والمداعبة	9	3.4444	1.13
.29	لا يظهر الإبتسامة	9	3.4444	1.00
.30	لا يميز بين الأشخاص	9	3.3333	1.50
.31	طفل هاديء جدا	9	3.2222	1.20
.32	لا توجد لديه أية ردة فعل	9	3.2222	1.09
.33	يلتصق بالآخرين بشكل غير طبيعي	9	3.1111	1.05
.34	لا يملك أشياء خاصة به	9	3.1111	0.92
.35	طفل مزعج جدا	9	3.1111	0.80
.36	لديه مظاهر وسوكيات عدوانية	9	2.2222	0.97
	الدرجة الكلية	9	3.8549	0.48

تشير المعطيات الواردة في الجدول الخاص بالبيانات بعد تطبيق البرنـــامج الإرشـــادي لامهـــات الاطفال التوحديين أن سمات السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين هي بدرجة متوسطة حتـــى بعد تطبيق البرنامج الإرشادي من وجهة نظر الأمهات.

4.1 نتائج الدراسة

4.1.1 نتائج السؤال الأول:

هل توجد فروق في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية التالية وفيما يلي نتائج فحصها:

4.1.1 نتائج الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

للتأكد من صحة الفرضية الأولى استخدمت الباحثة اختبار (paired samples t-test) للفروق في درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي كما هو واضح في الجدول رقم (4.2).

جدول 4.2 نتائج اختبار ت (t-test) لتوضيح فاعلية برنامج إرشادي للحد من السلوك الإنسحابي.

السلوك الإنسحابي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
قبل تطبيق البرنامج	3.52	0.46	1.783	8	0.112
بعد تطبيق البرنامج	3.85	0.48			

يتضح من الجدول (4.2) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات آداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للحد من السلوك الإنسحابي، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (3.52) بينما كان المتوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج (3.85) وهذا يظهر عدم فاعلية البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم.

4.1.2 نتائج السؤال الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنـــامج إرشـــادي لأمهـــات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيـــق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بـــين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجـــود أقـــارب آخـــرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

وانبثق عن هذا السؤال فرضيات صفرية وفيما يلي نتائج فحصها:

4.1.2.1 الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفـــال مـــن وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى جنس الطفل.

للتأكد من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبـــار ت **(Independent Samples Test)** للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبـــل وبعـــد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.3).

جدول 4.3 اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا للجنس.

المجال	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	ذكر	3.26	0.22	-1.645	7	0.144
	أنثى	3.72	0.52			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	ذكر	3.80	0.64	-0.258	7	0.804
	أنثى	3.89	0.38			

يلاحظ من الجدول السابق (4.3) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـــة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد مـــن السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى الجنس، حيـــث بلـــغ المتوســـط الحسابي للذكور في الاختبار القبلي (3.26) وفي الاختبار البعدي(3.80)، في حين بلغ المتوســـط الحسابي للإناث في الاختبار القبلي (3.72) بينما بلغ في البعدي(3.89)، وتبعا لعدم وجود فروق تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

4.1.2.2 الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى عمر الطفل.

للتأكد من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.4).

جدول 4.4 اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا لعمر الطفل.

المجال	عمر الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	(5- 10 سنوات)	4	3.71	0.53	1.468	7	0.185
	(11- 18 سنة)	5	3.28	0.23			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	(5- 10 سنوات)	4	3.74	0.56	-0.746	7	0.480
	(11- 18 سنة)	5	3.99	0.38			

يلاحظ من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى لعمر الطفل، حيث بلغ المتوسط الحسابي للاطفال ذوي الأعمار (5 – 10 سنوات) (3.71) وفي الاختبار البعدي(3.74)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للاطفال ذوي الأعمار (**11- 18 سنة**)في الاختبار القبلي (3.28) بينما بلغ في البعدي(3.99)، وتبعا لعدم وجود فروق تم قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

4.1.2.3 الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى صلة القرابة بين الأم والأب.

للتأكد من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول (4.5).

جدول 4.5 اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا لصلة القرابة بين الأم والأب.

المجال	صلة القرابة بين الأم والأب	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	توجد قرابة	4	3.18	0.12	-2.584	7	0.036*
	لا توجد قرابة	5	3.79	0.45			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	توجد قرابة	4	3.81	0.64	-0.185	7	0.859
	لا توجد قرابة	5	3.88	0.38			

يلاحظ من الجدول رقم (4.5) تأثر صلة القرابة بين الأم والأب (لا توجد صلة قرابة) على نجاح البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين، حيث كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) قبل تطبيق البرنامج لصالح (لا توجد قرابة). بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى صلة القرابة بين الأب والأم، وذلك على الاختبار البعدي للبرنامج، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الاختبار البعدي تبعا لوجود صلة قرابة (3.81) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمن لا توجد لديهم صلة قرابة **(3.88)**.

4.1.2.4 الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى ترتيب الطفل في الأسرة.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.5).

جدول 4.6: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة السلوك الإنسحابي تبعا لترتيب الطفل في الأسرة.

الأبعاد	الترتيب الميلادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	الأول	5	3.56	0.62
	الأوسط	2	3.52	0.23
	الأخير	2	3.40	0.21
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	الأول	5	4.11	0.40
	الأوسط	2	3.65	0.89
	الأخير	2	3.40	0.60

يتضح من الجدول (4.6) وجود تقارب بين متوسط درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (4.7)

جدول4.7: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا للترتيب الميلادي.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	بين المجموعات	0. 847	2	0. 423	0.069	0.934
	داخل المجموعات	1.677	6	0.279		
	المجموع	1.716	8			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	بين المجموعات	0.833	2	0.416	2.421	0.169
	داخل المجموعات	1.032	6	0.172		
	المجموع	1.865	8			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (4.7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات فعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى الترتيب الميلادي.

4.1.2.5 الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مكان السكن.

للتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.8).

جدول 4.8: الأعداد، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لدرجة السلوك الإنسحابي تبعا لمكان السكن.

الأبعاد	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	مدينة	2	3.12	0.17
	قرية	5	3.65	0.54
	مخيم	2	3.58	0.31
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	مدينة	2	3.76	0.91
	قرية	5	3.95	0.35
	مخيم	2	3.70	0.96

يتضح من الجدول (4.8) وجود تقارب بين متوسط درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (4.9)

جدول4.9: نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One - Way Analysis of Variance) للفروق في درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا لمكان السكن.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	بين المجموعات	0.412	2	0.206	0.948	0.439
	داخل المجموعات	1.304	6	0.217		
	المجموع	1.716	8			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	بين المجموعات	0.105	2	0.025	0.178	0.841
	داخل المجموعات	1.761	6	0.293		
	المجموع	1.865	8			

تشير المعطيات الواردة في الجدول (4.9) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات فعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى مكان السكن.

4.1.2.6 الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مستوى تعليم الأم.

للتأكد من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.10).

جدول 4.10 اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا لمستوى تعليم الأم.

المجال	مستوى تعليم الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	ثانوي	7	3.34	0.26	-2.900	7	0.023*
	جامعي	2	4.12	0.60			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	ثانوي	7	3.78	0.46	-0.736	7	0.485
	جامعي	2	4.08	0.66			

يلاحظ من الجدول رقم (4.10) تأثر مستوى تعليم الأم (جامعي) على نجاح البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين، حيث كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) قبل تطبيق البرنامج لصالح المؤهل العلمي (جامعي). بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى مستوى تعليم الأم، وذلك على الاختبار البعدي للبرنامج، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الاختبار البعدي تبعا للمستوى تعليم الأم (3.78) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمن لا توجد لديهم صلة قرابة **(4.08)** .

4.1.2.7 الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى وجود أقارب آخرين مصابين باضطرابات اخرى.

للتأكد من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين كما هو واضح في الجدول التالي(4.11).

جدول 4.11 اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين تبعا لوجود أقارب آخرين مصابين باضطرابات أخرى.

المجال	أقارب آخرين مصابين بالتوحد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
قبل استخدام البرنامج الإرشادي	نعم	5	3.56	0.62	0.307	7	0.768
	لا	4	3.46	0.19			
بعد استخدام البرنامج الإرشادي	نعم	5	3.93	0.66	0.557	7	0.595
	لا	4	3.75	0.11			

يلاحظ من الجدول السابق (4.11) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى وجود أقارب آخرين مصابين باضطرابات أخرى، حيث بلغ المتوسط الحسابي للاطفال الذين لهم أقارب مصابين بالتوحد أو اضطرابات أخرى في الاختبار القبلي (3.56) بينما بلغ في البعدي(3.93)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للاطفال الذين ليس لهم أقارب مصابين بالتوحد أو اضطرابات أخرى في الاختبار القبلي (3.46) بينما بلغ في البعدي(3.75).

4.1.3 نتائج السؤال الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

وانبثق عن هذا السؤال الفرضية الصفرية التالية وفيما يلي نتائج فحصها:

4.1.3.1 نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

للتأكد من صحة الفرضية التاسعة استخدمت الباحثة اختبار (t-test)، للفروق في درجة المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج كما هو واضح في الجدول رقم (4.12).

جدول 4.12 نتائج اختبار ت (paired samples t-test) لتوضيح الفروق في درجة المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

التوقعات من البرنامج	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
قبل تطبيق البرنامج	1.88	0.22	0.911	8	0.389
بعد تطبيق البرنامج	1.94	0.14			

يتضح من الجدول (4.12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات آداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي لتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (1.88) بينما كان المتوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج (1.94).

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

5.1 مناقشة النتائج

5.2 توصيات الدراسة

5.1 مناقشة النتائج

قامت الباحثة بتحويل صيغة الفرضيات لأسئلة ومن ثم الإجابة حسب بيانات الجداول الـواردة فـي الدراسة لكل متغير على حدا على النحو التالي:

5.1.1 مناقشة نتائج السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسـطات الحـسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

يتضح من الجدول (4.2) نتائج إختبار ت (t-test) لتوضيح فاعلية البرنامج الإرشادي في الحد من السلوك الانسحابي والمتمثل بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات آداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي للحد من السلوك الإنسحابي، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (3.52) بينما كان المتوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج (3.85) وهذا يظهر عدم فاعلية البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم.

حيث لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفـال من وجهة نظر الأم بين أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

تعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لعدة أمور منها مستوى الوعي والثقافة حيـث كانت العينة تمثل المجتمع بقطاعاته المختلفة ورغم التباين في مستوى الثقافـة وأسـاليب التنـشئة الإجتماعية لدى الامهات، إلا أنه كان لدى جميع أفراد عينة الدراسة حالة عدم الوعي بإضـطراب التوحد وسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين ونقص للمعلومات الصحيحة والـسليمة حول هذا الإضطراب، إضافة لقصر المدة التي تم تطبيق البرنامج الإرشادي فيها حيث كانت فترة تطبيق البرنامج مدة شهر ونصف وهي فترة زمنية قصيرة وهذا ممكن أن يفسر إنعدام الفروق.

هذه النتائج تتفق مع نتائج دراسة عبد الله (2001) والتي هدفت لقياس فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال والتي أجريت على عدد 8 أطفال توحديين وتراوحت أعمارهم بين (6-12سنة)، وإختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ديل (Delle, 1999) التي هدفت للتعرف على فعالية برنامج التواصل البيئي على السلوك الإنسحابي والتفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين، حيث أظهرت هذه الدراسة فروقات ذات دلالة إحصائية في نتائجها، كذلك دراسة (Schobler, 1986) التي هدفت لبناء برنامج تدريب والدي الأطفال التوحديين لمساعدة أبنائهم في الحد من المشكلات السلوكية الصادرة عنهم وبالأخص السلوك الإنسحابي وأظهرت نتائجها إنخفاض هذه السلوكيات بدرجة دالة قياسيا عما كانت عليه.

5.1.2 مناقشة نتائج السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى متغيرات (الجنس، وعمر الطفل، وصلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، ومكان السكن، ومستوى تعليم الأم، ووجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في برنامج إرشادي).

يتضح من الجدول رقم (4.3) باستخدام اختبار ت (**Independent Samples t- Test**) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد إستخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى الجنس، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور في الاختبار القبلي (3.26) وفي الاختبار البعدي(3.80)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث في الإختبار القبلي (3.72) بينما بلغ في البعدي(3.89)، وتبعا لعدم وجود فروق تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

إن غياب الفروق في المتوسطات الحسابية وفقا للجنس تعكس تقارب العوامل وإهتمام الأم بطفلها التوحدي بغض النظر عن جنسه، وبالتالي تعكس الخلفية الثقافية والإجتماعية لدى الأمهات في عدم وجود التمييز بين جنس الطفل (الذكور والإناث).

لم تشر أي من الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية لمتغير الجنس وبالتالي تعتبر الدراسة الحالية الأولى من خلال الإشارة لمتغير جنس الطفل التوحدي.

5.1.3 مناقشة نتائج السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى عمر الطفل.

يتضح من الجدول رقم (4.4) و باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد إستخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى عمر الطفل، حيث بلغ المتوسط الحسابي للاطفال ذوي الأعمار (5 – 10 سنوات) (3.71) وفي الإختبار البعدي(3.74)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأطفال ذوي الأعمار (**11– 18 سنة**) في الإختبار القبلي (3.28) بينما بلغ في البعدي(3.99)، وتبعا لعدم وجود فروق تم قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

بلغت المتوسطات الحسابية للأعمار من (5–10) 3.74 وكانت متقاربة مع المتوسطات الحسابية للأعمار من (11–18) وبالتالي لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير العمر.

إختلفت الدراسة الحالية في نتائجها مع دراسة ذيب (2004) من خلال تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوحديين التواصلية والإجتماعية والإستقلالية الذاتية والتي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئة العمرية على بعد العناية بالذات ولم تؤثر على بعد السلوك الإنسحابي.

5.1.4 مناقشة نتائج السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى صلة القرابة بين الأم والأب.

يتضح من الجدول رقم (4.5) وباستخدام إختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد إستخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين تأثر صلة القرابة بين الأم والأب (لا توجد صلة قرابة) على نجاح البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين، حيث كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) قبل تطبيق البرنامج لصالح (لا توجد قرابة). بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى صلة القرابة بين الأب والأم، وذلك على الاختبار البعدي للبرنامج، حيث بلغ

المتوسط الحسابي على الاختبار البعدي تبعا لوجود صلة قرابة (3.81) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمن لا توجد لديهم صلة قرابة (**3.88**).

أظهرت النتائج نجاح فعالية البرنامج الإرشادي على أمهات الأطفال التوحديين ممن لا توجد لديهن صلة قرابة (الأم والأب) عن الأمهات ممن سجلوا صلة القرابة.

تعزو الباحثة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات الآتي لهن صلة قرابة عن الأمهات الآتي لم يشرن لوجود صلة القرابة مع الزوج، على أن الأمهات ممن لديهن صلة قرابة يعزين سبب الإضطراب للوراثة وصلة القرابة وبالتالي الفكرة المسبقة عن عدم جدوى البرنامج العلاجي للطفل مما خلق لديهن مقاومة للعلاج.

5.1.5 مناقشة نتائج السؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى ترتيب الطفل في الأسرة.

يتضح من الجدول رقم (4.6) ب استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين وجود تقارب بين متوسط درجة السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين، ولفحص الفرضية تم استخراج نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي في الجدول رقم (4.7) حيث أشارت المعطيات أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات فعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى الترتيب الميلادي.

إن غياب الفروق في المتوسطات الحسابية وفقا للترتيب الولادي تعكس غياب تأثير دور الطفل التوحدي الميلادي حيث أبدت الأمهات عنايتهن بأطفالهن التوحديين بغض النظر عن ترتيبه بين أفراد الأسرة، إضافة لتسجيل عدد من الحالات للطفل التوحدي على أنه الطفل الأول في الاسرة وما له من تأثير على الأم كون خبرة الأم في التعامل مع الطفل الأول تختلف عن الأطفال التاليين.

لم تتطرق الدراسات السابقة سواء العربية أو الاجنبية لعامل الترتيب الولادي كمتغير رئيسي وتعتبر الدراسة الحالية هي أولى الدراسات التي أخذت بهذا المتغير.

5.1.6 مناقشة نتائج السؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مكان السكن.

يتضح من الجدول رقم (4.8) باستخراج المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد إستخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين وجود تقارب بين متوسط درجة السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين، ولفحص الفرضية تم إستخراج نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي كما هو وارد في الجدول (4.9) على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى مكان السكن.

إن غياب الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين المتوسطات الحسابية وفقا لمتغير مكان السكن يعكس الخلفية الثقافية والإجتماعية لدى الأمهات بغض النظر عن مكان السكن من مدينة لقرية لمخيم، واتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة الطيطي (2007) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مكان سكن الأم.

5.1.7 مناقشة نتائج السؤال السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى مستوى تعليم الأم.

يتضح من الجدول رقم (4.10) باستخدام اختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد استخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين تأثر مستوى تعليم الأم (جامعي) على نجاح البرنامج في الحد من السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين، حيث أظهر فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) قبل تطبيق البرنامج لصالح المؤهل العلمي (جامعي). بينما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الاطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى مستوى تعليم الأم، وذلك على الاختبار البعدي للبرنامج، حيث بلغ المتوسط الحسابي على الاختبار البعدي تبعا للمستوى تعليم الأم (3.78) في حين بلغ المتوسط الحسابي لمن لا توجد لديهم صلة قرابة **(4.08)** .

إن غياب الفروق بين المتوسطات الحسابية وفقا لمتغير مستوى تعليم الأم يعكس مدى إهتمام الأمهات المشاركات بأطفالهن التوحديين بغض النظر عن مستوى التعليم والثقافية، حيث أظهرت

معظم الأمهات تفهم لطبيعة إضطراب أطفالهن وهذا يعكس الخلفية الثقافية والإجتماعية لدى الأمهات، وقد أشارت بعض الدراسات لذات النتائج حيث إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة الطيطي (2007) في نتائجها من حيث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لعامل المستوى التعليمي للأم، كذلك دراسة عبد الله (2001) التي دلت النتائج على عدم دلالة الفروقات بين المتوسطات الحسابية لرتب الامهات واختلفت في نتائجها مع دراسة محمد (2002) والتي أشارت لوجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمستوى الإقتصادي والتعليمي للأم.

5.1.8 مناقشة نتائج السؤال الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج تعزى إلى وجود أقارب آخرين مصابين باضطرابات اخرى.

يلاحظ من الجدول رقم (4.11) باستخدام إختبار ت (t-test)، للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للاطفال التوحديين من وجهة نظر الأم. قبل وبعد إستخدام برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة(α= 0.05) في المتوسطات الحسابية لفعالية برنامج إرشادي لأمهات الاطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر الأم تعزى إلى وجود أقارب آخرين مصابين باضطرابات أخرى، حيث بلغ المتوسط الحسابي للاطفال الذين لهم أقارب مصابين بالتوحد أو إضطرابات أخرى في الإختبار القبلي (3.56) بينما بلغ في البعدي(3.93)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأطفال الذين ليس لهم أقارب مصابين بالتوحد أو اضطرابات أخرى في الاختبار القبلي (3.46) بينما بلغ في البعدي(3.75).

5.1.9 مناقشة نتائج السؤال التاسع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج.

يلاحظ من الجدول (4.12) باستخدام إختبار (t-test)، لتوضيح الفروق في درجة المتوسطات الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات آداء المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي والبعدي لتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج ، حيث بلغ

المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (1.88) بينما كان المتوسط الحسابي بعد تطبيق البرنامج (1.94).

إن غياب الفروق بين المتوسطات الحسابية وفقا لمتغير توقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض من كل فقرة يعزى للأفكار المسبقة المتوفرة لدى الأمهات عن طبيعة إضطراب أطفالهن التوحديين والآلية المتبعة من قبلهن في التعامل مع سلوكيات الطفل التوحدي، وهذه النتائج تختلف مع دراسة قام بها منصور (1997) التي هدفت لقياس فعالية العلاج المعرفي في خدمة الفرد في تحسين معاملة الوالدين للأطفال التوحديين في مصر، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب رفض الأم لطفلها التوحدي، مع وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل اسلوب إهمال الأم لطفلها التوحدي، ووجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب الشفقة والرثاء من جانب الأم لطفلها التوحدي، وتبين وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين إستخدام العلاج المعرفي وتعديل أسلوب التفرقة في المعاملة من جانب الأم للطفل التوحدي.
وهذا ما إتفقت معه نتائج دراسة درازين وكوجل (1995) التي هدفت التعرف على مدى فعالية تدريب أخوة الأطفال التوحديين على الإجراءات التي تزيد من دافعيتهم للإستجابة للإنفعالات التي تحدث أثناء اللعب من خلال برنامج تدريب الوالدين وإرشادهما في هذا الإطار حيث أوضحت النتائج زيادة التفاعلات الإجتماعية للأطفال التوحديين وإنخفاض سلوكهم الإنسحابي وهو ما يدعم دور الأخوة والأسرة للوصول للتناغم والتوافق الأسري.

ترى الباحثة أن النتائج التي أشارت إليها حسب ما ورد في الجداول تختلف مع ما تثبته الدراسات السابقة بأثر وفعالية البرامج التدريبية للحد من سلوكيات الطفل التوحدي وتعزيز تفاعله سواء تم تطبيقها على الوالدين أو على الطفل ذاته بإختلاف التدريبات المعطاة، حيث أظهرت العديد من الدراسات التجريبية أثر وفعالية بعض البرامج المستخدمة في تخفيف حدة سلوكيات الطفل التوحدي وتعزيز دمجه وتفاعله إجتماعيا وتعزو الباحثة الإختلاف ما بين نتائج الدراسة الحالية وما أشارت إليه الدراسات السابقة كون هذه الدراسة ونظرا لطبيعة وخصوصية إضطراب التوحد والتي تم تطبيقها خلال فترة زمنية إقتصرت على مدة شهر ونصف فقط بواقع لقاء واحد أسبوعيا، وبالتالي الفترة الزمنية غير كافية لقياس أثر في فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على أمهات الأطفال التوحديين وبالتالي دورهن في تعزيز تفاعل أطفالهن التوحديين وتقليل حدة سلوكهم الإنسحابي، من خلال التدريبات والواجبات المنزلية التي تقتضي من الأم متابعة ما تم التدريب عليه خلال جلسات البرنامج الإرشادي ونقله لأرض الواقع في تفاعلها مع طفلها ومن ثم بعد إنتهاء مدة البرنامج التدريبي

قياس أثر البرنامج مع ضرورة مراعاة تطبيق مثل هذه البرامج الإرشادية لفترات زمنية أطول لا تقل عن مدة ستة أشهر مع العمل على تطبيق القياس التتبعي بعد فترة من تطبيق البرنامج لقياس إستمرار أثر البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي، إضافة لتداخل العديد من العوامل والمعيقات خلال إجـــراء الدراسة الحالية،

عند قيام الباحثة بالإطلاع على سجلات الأطفال التوحديين من منتفعي مركز الطفل السعيد ومركـــز جبل النجمة، لدراسة البيانات الخاصة بكل حالة على حدا ومعرفة التاريخ الطبي والتشخيصي والالمام بالبيانات اللازمة إتضح تفاوت في شدة الإضطراب لأفراد العينة من الأطفال التوحديين مع تنوع في أنواع التوحد وبالتالي تفاعل الأمهات مع أطفالهن مقيد بشدة إضطراب الطفل التوحـــدي ومجـــالات التفاعل معه ومدى إعتماده على الأم أو تفاعله مع أفراد آخرين من بيئته المحيطة.

كذلك من المعيقات التي اثرت على الدراسة الحالية وفعالية البرنامج مدى تجاوب الأمهات في التعامل مع مضمون البرنامج الإرشادي، حيث ظهر تفاوت واضح في تجاوب الأمهات خاصة فيمـــا يتعلـــق بالتدريبات المنزلية المتمثلة بمراقبو ذاتية لسلوك الطفل وعمل التقريرالخاص بكل طفل من قبل والدته لمناقشته وطرح التجارب والآراء المختلفة من قبلهن في تعاملهن في مواقف متنوعة، حيث أظهـــرت بعض الأمهات تجاوب وإلتزام متمثل بطرح العديد من التجارب مع تحفظ بعضهن لعدة أسباب منهـــا عدم الرغبة بالمشاركة بالحديث وتفضيل الإستماع أو الأمكانية عن التعبير عن الـــرأي مـــن خـــلال إستخدامهن لجمل بسيطة ومعبرة عن سلوكيات أطفالهن، وباتالي تفاوت التجاوب فيما بـــين أعـــضاء المجموعة الذي أثر سلبا على النتائج وبشكل واضح.
كذلك أظهرت بعض الأمهات عدم قدرة على التواصل مع الطفل التوحدي بالشكل المناســـب حيـــث تعتبر أنها تقوم بما يلزم الطفل دون الفهم الكافي لما يتوجب عليها عمله في تفاعلها مع طفلها، وأبدى البعض عجزهن في فهم وإستيعاب معنى إيماءات الطفل أو ما يصدر عنه من حركات أو أصوات.

5.2 توصيات الدراسة:

إعتمادا على النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- تنمية الوعي الصحي والنفسي حول إضطراب التوحد عن طريق وسائل الإعلام، الجهات الصحية والتأكيد على ضرورة الكشف المبكر له.
- حث الباحثين على عمل دراسات تجريبية للحد من سمة السلوك الإنسحابي لفترات زمنية أطول وعمل الدراسات مع مراعاة إجراء دراسة تتبعية.
- عقد دورات متخصصة وورشات عمل وذلك لتمكين المختصين النفسيين والاجتماعيين العاملين في مؤسسات التربية الخاصة بسيكولوجية الطفل التوحدي، مما قد يساهم في التخفيف من الصعوبات والمشكلات التي تعقد عملية التشخيص.
- التثقيف الصحي خاصة فيما يتعلق بطرق الكشف المبكر لإضطراب التوحد.
- عقد دورات وورشات عمل للوالدين وذلك لافادتهم ومساعدتهم حول كيفية التعامل مع الطفل التوحدي وللتعرف على السمات النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي وحول كيفية تقديم المساعدة له من قبل الوالدين وبقية افراد الاسرة للوصول الى توافق نفسي واجتماعي سليم مع الطفل التوحدي ومع الاسرة والمجتمع.
- استخدام اداة الدراسة (البرنامج الارشادي) من قبل الباحثين والمختصين لتصميم برامج مشابهة مع مراعاة دمج وتفعيل دور الآباء.
- التوجه السريع للمؤسسات المعنية وطلب المساعدة.
- الإهتمام بالأطفال المصابين بإضطراب التوحد من قبل المؤسسات الخاصة والعامة، وخاصة المؤسسات التي تعنى بصحة الطفل.
- العمل على إدماج الطفل التوحدي في المجتمع المحلي من خلال إلحاقه بمؤسسات إجتماعية وتربوية مثل الروضة، مؤسسات تعنى بذوي الإحتياجات الخاصة والمدرسة.
- العمل على تبني أدوات التشخيص الدقيقة لحالات التوحد والإعاقات الأخرى التي تصاحب بعض حالات التوحد لما في ذلك من إنعكاس على المجتمع والذي بدوره يساعد على التشخيص الدقيق في مرحلة سابقة لمرحلة العلاج.
- الإهتمام بأسرة الطفل التوحدي والعمل على مساعدتهم في حل مشاكلهم وتدريبهم من خلال برامج إرشادية على كيفية التعامل مع أطفالهم التوحديين.
- ضرورة حث المجتمع بكافة مؤسساته الحكومية والأهلية على لعب دور هام وواضح في الإهتمام بهذه الفئة من الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، والعمل على توفير جميع المستلزمات المساعدة لهم.

- عمل دراسات تجريبية مطولة لقياس فعالية البرامج الإرشادية للوالدين لتخفيف حدة الـــسلوك الإنسحابي وتعزيز تفاعل الطفل التوحدي مع بيئته ومحيطه الإجتماعي.
- تقديم المراكز التي تعنى بذوي الإحتياجات الخاصة لخدمات إرشادية ودعم نفس للوالدين من خلال عقد لقاءات تعليمية وتدعيمية فيما يخص فئة الأطفال التوحديين وما ينتجه من ضغوط أسرية.

المراجع العربية والأجنبية:

المراجع العربية:

إبراهيم،ع، إبراهيم، ر.(1993) : "العلاج السلوكي متعدد المحاور ومشكلات الطفل". **مجلة علم النفس،** (26)، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

إبراهيم، ع. (1994): **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث،** ط1. دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر.

أبو جادو، م. (2003): **علم النفس التربوي**،ط3. دار الميسرة، عمان.

أبو حميدان، ي.(2003): **تعديل السلوك النظرية والتطبيق،** ط1. دار المدى للنشر ، عمان.

أبو السعود، ن. (2000): **الطفل ألتوحدي في الأسرة،** الإسكندرية، المكتب الإقليمي للنشر والتوزيع.

أبو السعود، ن (2002) : **فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال التوحديين وآبائهم** ، معهد الدراسات العليا بالقاهرة. (دراسة دكتوراه غير منشورة).

أبو عبادة، ص، نيازي، ع. (2001): **الإرشاد النفسي والاجتماعي،** ط1. مكتبة العبيكان، السعودية.

أبو عيطة، س. (2002): **مبادئ الإرشاد النفسي،** ط2. دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.

إسماعيل، ن. (2001) : **عوامل الصحة النفسية السليمة،** ط1. دار إيتراك للنشر والتوزيع، مصر.

الأشول، ع. (1982): **علم نفس النمو**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

أيزنك، هـ. (1996): **الأبعاد الأساسية للشخصية،** ترجمة أحمد عبد الخالق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

باترسون، س. (1980): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** ، ترجمة حامد عبد العزيز، دار القلم، الكويت.

باظة،أ . (2001): **مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** والعادين، ع 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

بدر، إ (1997) : **مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد في المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي 2-4 ديسمبر)** المجلد الثاني، كلية التربية، جامعة عين شمس،ص ص 727- 756.

البلاوي، ف. (2002) : **الإرشاد النفسي المدرسي،** ط1، مصر.

البواب، خ. (2005): **الموسوعة النفسية،** ط1. دار اليوسف للطباعة والنشر، بيروت.

بوعلو، أ. (1993): **الإنسان والقلق،** ط1 ، سينا للنشر والتوزيع، مصر.

حسن،ع. (2001): **فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك ألتكيفي للأطفال التوحديين،** مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن.

الحاروني، ف. (1977): **خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية،** ط7.جـ (1)، مصر.

الحساني، س. (2005): **فاعلية برنامج تدريبي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد**.الجامعة الأردنية، عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الحفني، ع. (1978): **إعاقة التوحد،** مكتبة مدبولي. القاهرة.

الحفني، ع. (1978): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي،** مكتبة مدبولي، القاهرة.

حلواني، ح. (1996): **المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية.** كلية التربية، جامعة أم القرى بمكة المكرمة. (رسالة ماجستير غير منشورة).

حمودة، م.(1998): **الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج،** ط2، مطبوعة بواسطة المؤلف.

خطاب،م. (2005): **سيكولوجية الطفل التوحدي** ، دار الثقافة

الخطيب، ج. (ب.ت) : **تعديل السلوك الإنساني**، ط1. دار حنين، عمان.

الخطيب، ج. (1987): **تعديل السلوك – القوانين والإجراءات**، ط1، مكتبة الفلاح، الكويت.

خلف الله، س. (2004): **الطفولة – المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية**، ج (1)، جهينة للنشر والتوزيع، عمان.

خليل،ع. (1994): "خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاوتيسية) على إستخبار أيزنك لشخصية الأطفال". **مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر**، 3(1).

الخواجا، ع.(2002): **الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيقية**، ط1. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان.

الخواجا، ع.(2003): **مقدمة في برامج الإرشاد والعلاج الجماعي**، بناء البرامج الإرشادية، ط1. دار المستقبل للنشر والتوزيع.

دافيدوف، ل. (2001): **الشخصية – الدافعية – الانفعالات** ، ترجمة سيد الطواب وآخرون، ط1 ، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية. عمان.

الدفراوي، ح، عاطف ، أ. (1998): الطفولة الذاتوية لدى الأطفال المصريين في التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية ، المجلة المصرية للطب النفسي.11 (9)، ص 48 – 71.

الدويكات، أ. (1998): **العلاقة بين مركز الضبط والأفكار العقلانية – اللاعقلانية ومدى تأثرهما ببعض المتغيرات الديمغرافية**. جامعة اليرموك، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الرفاعي، س. (1999) : اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الاطفال الذاتويين. جامعة عين شمس، القاهرة.(رسالة دكتوراه غير منشورة).

الريحاني، س. (1985): "تطور اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية". **مجلة دراسات نفسية**،12 (11)، ص ص 77 – 95.

الزراع، ف. (2004): **قائمة تقدير السلوك التوحدي**. الجامعة الأردنية، عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الزعبي، أ. (2002): **الإرشاد النفسي** ، نظرياته ، اتجاهاته، مجالاته، ط1، دار زهران للنشر،عمان.

زهران، ح (1980): **إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب** ،ط1. عالم الكتب، القاهرة.

زهران، ح. (1985): **التوجيه والإرشاد النفسي**، ط3، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.

زهران، س. (2004): **إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب**. ط1، عالم الكتب، القاهرة.

زهران، ع. (1995): **علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة** ، ط5. دار عالم الكتب، مصر.

الزعبي، أ. (2002): **الإرشاد النفسي نظرياته**، اتجاهاته، مجالاته. ط1، دار زهران للنشر ،عمان.

الزيات، ف. (2001): **علم النفس المعرفي**، ط1، ج (1). دار النشر للجامعات، القاهرة.

الزيود، ن. (1998): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، ط1. دار الفكر للنشر، عمان.

السرطاوي، ز، سالم، ك. (1978): **المعاقون أكاديميا**، دار عالم الكتاب للنشر والتوزيع، الرياض.

سفيان، ن. (2004): **المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي**، ط1. مصر.

سكوبلر، أ. (1993): **علم النفس الإجتماعي التجريبي**، ترجمة عبد الحميد إبراهيم،ط1. مطابع جامعة الملك سعود. الرياض.

سليمان، ع. (2000): **الذاتوية، إعاقة التوحد لدى الأطفال**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

سليمان، ع. (2002): **الذاتوية (اعاقة التوحد لدى الاطفال)** ، مكتبة زهراء الشرق ، ط1، القاهرة.
سيلامي، ن. : **المعجم الموسوعي في علم النفس**، ترجمة وجيه أسعد، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.
الشخص،ع، الدماطي،ع.(1992): **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
الشخص،ع، السرطاوي، ز. (1999): **تربية الأطفال المراهقين المضطربين سلوكيا النظرية والتطبيق**، ط1، دار الكتاب الجامعي، الإمارات.
شقير، ز. (2002): **نداء من الابن المعاق**، المجلد الأول، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
شقير، س. (2003): مدى **فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من طلبة جامعة القدس**. جامعة عين شمس، مصر. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
الشمري، ط، السرطاوي، ز. (2002) : "صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي". **مجلة أكاديمية التربية**، 2(4)، ص ص 28 – 63.
الشناوي، م. (1994): **موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي**، ط 1، جـ (1). دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
الشناوي،م، التويجري،م. (1995) : **إرشاد والدي الأطفال ذوي الحاجات الخاصة**، المؤتمر الثاني لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس.
الشناوي،م . (1996): **موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي – العملية الإرشادية والعلاجية**، ط1، جـ(3). دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
الشيخ ،ذ .(2004): **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية الاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فعاليته**. الجامعة الأردنية ، عمان. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
الشيخ، م. (1986): **أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الإمتحان**. جامعة طنطا، مصر. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
الضبع، ر. (2000): "أثر إقامة الأطفال مع ذويهم في المملكة العربية السعودية على بعض متغيرات الشخصية وأثر برنامج مقترح لتعديل بعض أنماط السلوك المضطرب لديهم"، **مجلة علم النفس**، (52)، ص ص 152 – 157.
العبادي، خ. (2006): **مقاييس في الإضطرابات السلوكية**، ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.
عبد الحليم،ع. (2004): **الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية** ، رسالة ماجستير في علم النفس جامعه عين شمس .
عبد الله، م. (2001): **الطفل التوحدي الذاتوي**، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
عبد الرحمن، م. (1998): **نظريات الشخصية**، ط1. دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
عبد الرحيم، ع.(1999): **الطفل التوحدي (الذاتي – الإجتراري)، القياس والتشخيص الفارق**، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس 10–11/12.
عبد الصبور،ع. (2001):" المشكلات السلوكية الشائعة لدى المتخلفين عقليا وحاجاتهم الإرشادية المقابلة لها"**.الثقافة والتنمية**، (3)، ص ص 236–296.
عبد العزيز، أ. (1999) : **الذاتوية لدى الأطفال** ، دراسة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس . معهد دراسات الطفولة.
عبد الهادي، ن، الصاحب، ف. (2002): **سيكولوجية الطفولة في الحضانات ورياض الأطفال**، ط1، بيت المقدس للنشر والتوزيع، الأردن.
العزة، س،عبد الهادي،ج. (2001): **تعديل السلوك الإنساني**، ط1، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر، عمان.

عطية، م. (2000): "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض إضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر". **مجلة مركز البحوث التربوية**، جامعة قطر، السنة (11) 21،ص ص 221 – 228.

علي، ع. (2000): "جماعة الأقران وعلاقتها بالإضطرابات المزاجية لدى المراهقين من طلاب المدارس الثانوية". **دراسات نفسية**، 3(10)، ص ص 444 – 474.

عكاشة، أ، (1969): **إعاقة التوحد**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

عليوة، س، (1999): **فاعلية كل من برنامج ارشادي للاسرة وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من الأعراض الذاتوية (الاوتيزم) لدى الطفل**. جامعة طنطا، القاهرة. (رسالة دكتوراة غير منشورة).

عمر، م. (1992): **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**، ط3. الدار الفنية للطباعة والنشر، مصر.

عوض، ع.(ب،ت): **الموجز في الصحة النفسية**، ط1، دار المعرفة الجامعية، مصر.

غرابة، أ.(2003): **فاعلية برنامج عقلاني انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض حدة القلق لدى عينة من المراهقين)**. جامعة عين شمس، مصر (رسالة دكتوراه غير منشورة).

غزال، ع (1997): مدى فاعلية برنامج المرافقة لإنماء العلاقات الاجتماعية لدى بعض الأطفال التوحديين لمؤسسات الإعاقة العقلية. **المجلة العلمية** ،جامعة المنوفية، 2(3)، ص ص 50 – 92.

غزال، م. (2007): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال التوحديين في مدينة عمان**. الجامعة الأردنية،عمان . (رسالة ماجستير غير منشورة).

فايد، ع. (2001): الاضطرابات السلوكية تشخيصها، أسبابها، علاجها، ط1، طيبة للنشر والتوزيع ، مصر.

فراج،ع. (1994) : **إعاقة التوحد أو الإجترار، خواصها وتشخيصها (1)** . إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، النشرة الدورية، ع. 40، السنة 11.

فراج، ع. (2001) : **توحديون ولكن موهوبين** ، النشر الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، عدد (67) 2،ص 26 .

فرحات،ع. (2001): **إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقليا على إستخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته في تحسين مستوى تفاعلاتهم الإجتماعية**، المؤتمر الدولي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة ين شمس 4 – 11/6.

فرويد، س. (1957): **الكف والعرض والقلق**. ترجمة محمد نجاتي، ط1. دار الشروق للنشر والتوزيع، الكويت.

قاسم، ج، مثقال، ع، الزعبي،أ . (2000): الإضطرابات السلوكية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

قطامي، ي. (2005): **نمو الطفل المعرفي واللغوي**، ط1، دار الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.

كامل،م. (1998): **من هم ذوي الاوتيزم وكيف نعدهم للنضج**، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

كوهين،س، بولتون،ب . (2000) **حقائق عن التوحد** ، ترجمة د. عبد الله ابراهيم الحمدان، اصدار اكاديمية التربية الخاصة ، الرياض.

مايلز،ك. (1994): **التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا**، ترجمة عفيف الزاز، ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع ، عمان.

محمد،ع. (1992): **النمو العقلي للطفل**، ط2. القاهرة ، الدار الشرقية.

محمد، ع. (2000 – أ): "فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين". **مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية**، (6)، سلسلة الإصدارات الخاصة.

محمد،ع. (2001 – أ): **الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية**، القاهرة، دار الرشاد.

محمد،ع. (2001 – ب): "بعض الخصائص النفسية الإجتماعية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقليا"، دراسة تشخيصية مقارنة. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**،11(32).

محمد، ع. (2001 – ج): "فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال".**مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس**،14.

محمد،ع. (2001 – د): **مقياس الطفل التوحدي**. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد،ع. (2000 – ب): **العلاج المعرفي السلوكي** ، أسس وتطبيقات. القاهرة ، دار الرشاد.

محمد ، ق.(2002): **الأطفال التوحديين ودراسات تشخيصية**، دار الرشاد، القاهرة ، مصر.

محمد ، هـ. (2001) : **تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد**. جامعة عين شمس، القاهرة.(رسالة دكتوراه غير منشورة).

المرشد في الطب المفسي / منظمة الصحية العالمية. (1999): دار أكاديميا للنشر، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط – مصر.

مطر، ف (2001): **حقائق عن التوحد** ، ترجمة عبد الله الحمدان، ط1، أكاديمية التربية الخاصة ، الرياض، السعودية.

المعمور،ع. (1997): **فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة اعراض اضطراب التوحد في المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسي (الارشاد النفسي والمجال التربوي 2 – 4 ديسمبر)** المجلد الاول ، كلية التربية، جامعة عين شمس ، ص 400 – ص 437.

ملحم، س. (2001): **الإرشاد والعلاج النفسي الأسس النظرية والتطبيقية**، ط1. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

مليكة، ل. (1989): **التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي**، ط1. مكتبة النهضة المصرية، مصر.

منصور، س (1997): "دورة الإرشاد الأسري في رعاية الأطفال المعوقين". **مجلة صعوبات الطفولة**، جامعة الأزهر، 5(7)، ص ص 21 – 69.

منظمة الصحة العالمية. (1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض – تصنيف الإضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة أحمد عكاشة ، منظمة الصحة العالمية – المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة. ICD – 10.

الموجز في التحليل النفسي ، ترجمة سامي محمود علي، عبد السلام القفاش، القاهرة. دار المعارف .

النجار، أ. (2006): **التوحد واضطراب السلوك**، دار أسامة النشر والتوزيع، عمان.

نصر، س. (2001): **مدى فاعلية برنامج علاجي تنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**. جامعة عين شمس، القاهرة، (دراسة دكتوراه غير منشورة).

نمر، أ. (2005): **فاعلية استخدام مشروع ماكتون في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان** ، الجامعة الأردنية، عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة).

الهنداوي، ع، ف. (2002): **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**، ط2، دار الكتاب الجامعي، الأردن.

هندية، م. (2003): **مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي – سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال**. جامعة عين شمس، مصر. (رسالة دكتوراه غير منشورة).

ياسين، ع. (1986): **علم النفس العيادي الإكلينيكي**، ط2. دار العلم للملايين، بيروت.

يحيى، خ. (2003): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط2، دار الفكر، عمان.

References:

Aarons, M. & Gittens. (1992): (The handbook of autism: a guide for parents and professionals). New York: Routledge.

A.P.A.(1994): (Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders DSM 4), 4th, Edition. Washington. DS. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association .(1994): (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), 4th ed. DSM – IV, Washington, DC, author.

Bauminger, N. & Kasari, C. (1999); (Theory of mind in high – functioning children with autism. Journal of autism and Developmental Disabilities) .

Bauer, S (1995): (Autism and the pervasive Developmental disorder prediatrics in Review) , 16. 130 – 136, 168 – 176.

Benneto, L. Rogers, S. (1996); (Autism spectrum disorders). In James Jacolison, A.M (Eds.) Psychiatric Secrets. New York, Hanly and Belfast, Inc.

Campbell, M. & Gueva, J. (1995); (Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry, a review of the past seven years) . Part 2. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 34, 1234 -1262. David, L. & Martin, E. (Abnormal psychology). (1995): Third Edition, New York. London, W. W. Norton & Company. Deuel, R. (2002); (Autism: a cognitive developmental riddle). Journal of Pediatric Neurology May. 26 (5) 349-357.

Dettemer, S & Simpson, R. & Brend S & Ganz, (2000): (The use of visual support to facilitate of students with Autism). Focus on Autism and other developmental Disabilities, 15 (3), 163 – 171.

DSM-IV-TR. (2000): (Diagnostic and statistica manual of mental disorders, fourth edition text revision). American Psychiatric Association, Washington.

Ellis, K. & Wing, L. (1990) : what is autism? Family Services, the National Autistic Society.

Edelson, Stephen A. et, al. (1999): (Auditory integretation training: a double blind study of Behavioral and Electrophysiological effects in people with Autism). Focus on Autism and developmental disapilities, V. 14, N 2.

Eikesben, S & Smith, T. & Eldveik, S. (2002): (Intensive behavioral treatment at school for 4-7 years old children with Autism) : A 1- Year comparison controlled study. Behavioral Modification. 26 (1), 49 – 68.

Fred, R. Volkmar; (1999) : (Autism and pervasive developmental disorders) . Cambridge , Monographs in Child and Adolescent Psychiatry, Cambridge University Press.

Field, Sharon & Hoffman, Alan(1999): (The importance of family involvement for promoting self – determination in adolscence with autism and other developmental disabilities). Focus on Autism and other developmental disabilities, V. 14, N.1.

Fullerton, H & Coyne, P, ,(1999): (Developing skills and concepts for self – other developmental Disabilities) , V. 14, N.1
Fenske, E & Zalenski, K & Clannahan, J. (1995): (Age at intervention program, Analysis and intervention in Developmental Disabilities) , 5, 49 – 58.
Green, G.; Brennan, L.; Fein, D. (2002); (Intensive behavioral treatment for toddler at high risk for autism) . Journal of Behavior Modification, Jan. 26 (1) 69-102.
Gonzalez, L, & Kamps, D. (1997): (Social skills trtaining to increase social interactions between children with Autism and their typical peers) . Focus on Autism and other developmental Disabilities, 12, 1, 2 – 14.
Harris, S, & Handelman, J.(2002): (Age and IQ at intake predictors of placement for young children with Autism) : A four to Six – years follow up. Journal of Autism and developmental disorders, 30 (2), 137 – 142.
Jocelyn, J & Casiro, K. (1998): (Treatment of Children with Autism), Arondom: 3rd controlled trial to evaluate a caregiver – based intervention program in community day care centers, Developmental & Behavioral Pediatrics, 19, 326 – 334.
Krantz- P, g. (1998) :(Social interaction skills of kindergarten children with Autism through the training of multiple peers as tutors) . Journal of consulting & clinical psychology. 55, 3-9.
Loovas, L. (1987): (Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning of consulting and clinical psychology) 15(3), 55, 3 – 9.
Lauskey, k. & Hefline, F. (2000): Enhancing social skills of kindergarten children with Autism through the training of multiple peers as tutors. Journal of Consulting and clinical psychology. 55, 3-9
Motvalli, N, & Khoblock H.(2004):(Psych educational treatment of children with Autism and RAD) , The international journal of research and practice, Vol 8 / issue P 101,
Maurice, C. (1996); (Behavioral international for young children with autism) . Austin, Texas Pro-Ed.
Marica, D. (1990): (Autism and life in the community, successful interventions for behavioral challenges) , London: Pawrl, H. Co.
Mc. Closkey – Dale, Susan R. (1999): (ECT and autism, making the correction) , paprer presented at annual southeast augmantative communication conference (20th, Brimingham, A 1, Oct. 1-2).
National Autistic society, (1996): (Autism on the Agenda): a coolection of papers from the national Autistic Society conference held at Leeds University. NAS Publisher, UK.
Norris, O & Dathilo. (1999): (Curriculm for students with Autism) , school psychology review. 28 (4), 595, 608.
Panerai, L & Ferrante, M. (2002): Benefit of the treatment and education of Autistic and communication handicapped children (TEACCH) Program as compared with a non – specific Journal of intellectual Disability research, 46 (4), 318 – 327.

Prizant, B. (2001): Brief report: communications, languages, social, and emotional developmental, journal of Aurtism and developmental disorders, V26 (2), P.P 98 – 173.
Patricia, A; Jean, B; Brooke, B; Carri, B; Amy, D. (2003); Interdisciplinary assessment of young children with autism spectrum disorder. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, Jul. Vol. (34) 194-202.
Robert, C. & James, N. (1992); (Abnormal psychology and modern life) . New York, Harper Collins Publishers Inc.
Skeinkoff, S, & Siegal, B. (1998): (Home based behavioral treatment of young children with Autism) . Journal of Autism and developmental Disorders, 28 (1), 15 – 23. Schopler, E. (1968):(the research, Basis for Autism intervention). Kluwer academic, New York, Boston.
Strain, P & Cordisco, C. (1999): (Activity engagement and social interaction development in young children with Autism. An examination of "free" intervention effects). Journal of Emotional & Behavioral disorders, 3, 2, 108 – 123.
Stroin, P, & Hoyson, M. (2000): (The need for longitudinal intensive social skills intervention) : LEAP Follow up outcomes for children with Autism. Topics in early children special education, 20 (2) , 116 – 123.
Sigmen, M & Vngere, J. (1984): (Cognitive and language skills in Autistic, Mentally and normal children), Developmental Psychological, 20 (2), 293 – 302.
William, H. & Michael, O. (1993): (Exceptional children). New York, Merrill, an Imprint of MacMillan Publishing Company.
Williams, D, (1999): (Nobody Now Here), London, Transword Publications Ltd.
Williams, J., M(1999): (The Psychological of Depression), London, Rott Ledge Co.

الملاحق:

ملحق رقم (1): قائمة أسماء المحكمين الذين تم عرض أداتي الدراسة عليهم لمطالعتها وإبداء الرأي فيها:

1- الدكتور عفيف زيدان	جامعة القدس
2- الدكتور محسن عدس	جامعة القدس
3- الدكتورة فدوى اللبدي	جامعة القدس
4- الدكتورة سهير الصباح	جامعة القدس
5- الدكتور نبيل عبد الهادي	جامعة القدس
6- الدكتور عمر الريماوي	جامعة القدس
7- الأستاذة ماري سابيلا	جامعة بيت لحم
8- الطبيبة جمانة عودة	مركز الطفل السعيد
9- الأخصائي عايد الحموز	جامعة القدس المفتوحة

ملحق رقم (2) إستبانة الدراسة بعد التحكيم والتعديل

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
برنامج الإرشاد التربوي والنفسي

الأم الفاضلة
تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول:

(فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال من وجهة نظرالأم)

وذلك إستكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد التربوي والنفسي، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تضع الباحثة بين يديك إستبانة لجمع البيانات اللازمة للدراسة، لذا ترجو الباحثة من حضرتك التكرم بالإطلاع على الإستبانة ، وإختيار مستوى استجابتك على كل واحدة منها وفقا لما ينسجم مع وجهة نظرك،

راجية التكرم بالإجابة عن جميع الفقرات دون إستثناء بكل صراحة ودقة.

لا توجد فقرات خاطئة وأخرى صحيحة ، علما بأن هذه الإجابات ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
تحتوي أداة الدراسة على عدد 3 أجزاء يرجى العمل على الإجابة على جميع الأسئلة نظرا للأهمية،،

- **الجزء الأول:** يهدف للتعرف على معلومات عامة عن الطفل وأسرته.
- **الجزء الثاني:** يهدف للتعرف على سمات السلوك ألانسحابي الموجودة لدى الطفل من خلال وجهة نظر الأم وإلمامها بالسمات المتوفرة لدى طفلها.
- قياس مدى فعالية البرنامج من وجهة نظر الأمهات في الحد من سلوك أطفالهن التوحديين .
- **الجزء الثالث:** يحتوي على معلومات بخصوص البرنامج الإرشادي وتوقعات الأم من البرنامج وحاجاتها والغرض من كل فقرة.

شاكرة لك حسن تعاونك،،

الباحثة: هبة المهتدي
إشراف الدكتورة: سمية الصايج

الجزء الأول: بيانات أولية / عامة عن الطفل:

الرجاء وضع دائرة حول رمز الإجابة التي تنطبق على الطفل:

- **جنس الطفل** 1 – ذكر 2– أنثى
- **عمر الطفل:**
- **هل توجد صلة قرابة بين الأم والأب :** 1– توجد 2– لا توجد
- **عدد أفراد الأسرة:**
- **ترتيب الطفل في الأسرة: ( )**
- **مكان السكن:** 1– مدينة 2– قرية 3– مخيم
- **مستوى تعليم الأم:** 1– ثانوي وأقل 2– دبلوم 3– جامعية
- **هل يوجد في العائلة أفراد لديهم توحد أو أي إضطرابات أخرى:**
  1– نعم 2– لا
- **اذا كانت الإجابة نعم :** تحديد (صلة القرابة): ----------
- **هل سبق وشاركت بأي من البرامج الإرشادية أو ورشات عمل تثقيفية الخاصة بإضطراب التوحد:** 1– نعم 2– لا

(أ)
مقياس السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين
إعداد : الباحثة هبة المهتدي
الدراسات العليا – الإرشاد النفسي والتربوي

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	معارض	معارض بشدة
1	يتصرف إبني / إبنتي كأصم					
2	يجد صعوبة في اللعب والتفاعل مع الآخرين					
3	لا يظهر عواطفة					
4	لا يحب أن يحتضنه أحد					
5	يجد صعوبة في الإختلاط مع الأطفال الآخرين					
6	لا يستطيع إحتضان وضم الآخرين					
7	يتجنب النظر إلى الأشخاص					
8	يفضل اللعب لوحده					
9	لا توجد لديه أية ردة فعل					
10	يتجاهل الآخرين					
11	يفضل أن يكون وحيدا					
12	ردود أفعاله على الأحداث بطيئة					
13	لا يظهر الابتسامة					
14	لا يفهم النظرات ذات المغزى أو المعنى					
15	يضحك ويصرخ دون مبرر لذلك					
16	لا توجد لديه إشارات أو إيماءات					
17	طفل هاديء جدا					
18	نظراته بلا معنى					
19	طفل مزعج جدا					
20	طفل حساس					
21	لا يميز بين الأشخاص					
22	يضحك ويبكي بدون داع					
23	لا يتحمل أي مضايقات					
24	يرفض الملاطفة والمداعبة					
25	لا يهتم كثيرا بالغرباء ولا يثيرونه					
26	لا توجد لديه اية ردود فعل حسية لما يدور حوله					
27	لا يملك أشياء خاصة به					
28	لا يندمج مع الآخرين من حوله					
29	نادرا ما يطلب أشياء أو ألعاب					
30	من الصعب لفت انتباهه					
31	يلتصق بالآخرين بشكل غير طبيعي					
32	لا يوجد لديه أصدقاء					
33	ينزعج ويغضب من المناطق المزدحمة بالناس					
34	يتغير مزاجه من دون سبب					
35	يرغب في الجلوس لوحده					
36	لديه مظاهر وسلوكيات عدوانية					

(ب)
قياس مدى فعالية البرنامج الإرشادي لدى الأمهات من وجهة نظرهن،،

العدد	الفقرة	أوافق	لا أوافق
1	برامج تثقيفية تساعد في إدراكي لوضع طفلي		
2	أحتاج للمعلومات التي تساعدني في التعامل مع طفلي		
3	أشعر بالرضى عن نفسي لقدرتي على رعاية طفلي		
4	أنا لا أفهم شيئا عن تشخيص حالة طفلي		
5	يمكن تدريب طفلي على أشياء كثيرة ليعتمد على نفسه		
6	أستطيع التغلب على معظم المشكلات التي تواجه طفلي		
7	أستطيع تفهم معظم إحتياجات طفلي		
8	ممكن تقليل حدة مشكلة طفلي بزيادة وعيي له		
9	وضع طفلي مقيد لحريتي		
10	أشك في قدرتي على رعاية طفلي		
11	أشعر بنجاحي معظم الوقت في تربية طفلي		
12	مشكلة إبني يمكن تحديدها بأنه بحاجة لرعاية أكبر		
13	إزدادت مشاكلي الأسرية مع وضع طفلي		
14	أشعر بالتوتر نتيجة نظرة الناس لطفلي		
15	أتردد بالإختلاط بالناس نتيجة لوضع طفلي		
16	أشعر بالعجز تجاه وضع طفلي		
17	طفلي يختلف عن الأطفال الآخرين		
18	خلافات زوجي تساهم في زيادة حالة طفلي سوءا		
19	لا أستطيع ترك طفلي وحده حتى لا يؤذي نفسه		
20	أستعين بذوي الخبرة لمعالجة أي مشكلات خاصة بطفلي		
21	أقدم الإرشاد والتوجيه للآخرين ممن لديهم طفل توحدي		
22	أستطيع التوفيق بين واجباتي نحو الأسرة والرعاية الخاصة لطفلي		

خطة البرنامج التدريبي الإرشادي

البرنامج التدريبي المقترح سيتم تطبيقه بواقع لقاء أسبوعي مدة اللقاء الأول، الثاني ، الثالث والخامس بواقع ساعتين ، اللقاء الرابع بواقع 3 ساعات واللقائين السادس والسابع بواقع ساعتين ونصف ولمدة شهر ونصف ، يضم كل لقاء عدة مواضيع يتم البحث والنقاش حولها،
البرنامج التدريبي الإرشادي المقترح يحتوي على المواضيع التالية ، لذا أرجو من حضرتكن التكرم بإضافة ما ترونه مناسبا للبحث والنقاش ضمن فعاليات البرنامج التدريبي المقترح لديكن ، ووضع ملاحظاتكن القيمة، وسيتم تحديد البرنامج بشكله النهائي بناء على ما تضعونه من مقترحات وملاحظات.

المواضيع:

1- إضطراب التوحد ، (تعريف، الأبعاد، النظريات المفسرة)
2- تشخيص إضطراب التوحد
3- خصائص الأطفال التوحديين.
4- التعامل مع الطفل التوحدي.
5- الدمج مع أفراد الأسرة.
6- التفاعل مع البيئة المحيطة.
7- التحصين ضد الضغوط.
8- التغلب على المشكلات.
9- تعديل السلوك الخاطيء بسلوك ايجابي ومقبول.

ملاحظات: ----------

مع جزيل الشكر لتعاونكن،،

الباحثة،،

ملحق رقم (3): المخطط التفصيلي للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي:

يتألف البرنامج التدريبي المصمم من قبل الباحثة من عدد 3 مراحل مكونة على النحو التالي المتتابع:

1- المرحلة الأولى عبارة عن مجموع 6 ساعات تدريبية موزعة على عدد 3 لقاءات كل لقاء مكون من ساعتين تدريبيتين (لقاء أسبوعي) يتم خلاله إستخدام إستراتيجية التعليم النفسي Psycho education ويتضمن فنيتي المحاضرة والنقاش، إضافة لإستخدام فنية المراقبة الذاتية من قبل الأم لتصوير وتدوين ما يصدر عن الطفل من سلوكيات غير مقبولة وخاصة السلوك الإنسحابي.

الجلسة الإرشادية الأولى "ساعتين":
تعارف وبناء جسور الثقة وتعريف المجموعة الإسترشادية بالبرنامج الإرشادي المستخدم.

أهداف الجلسة:

- تعزيز الحضور وتخفيف حدة التوتر الناتج عن أن الجلسة هي أول لقاء تدريبي.
- تعريف المسترشدات بمنظومة المجموعة الإرشادية والتعريف بقوانينها وأخلاقياتها .
- العمل على بناء المجموعة وتنمية مهارات التواصل وكيفية معرفة الأفكار والمعتقدات حول التوحد وسمات السلوك الإنسحابي.
- بناء العلاقة المهنية العلاجية.

خطوات تحقيق الأهداف:

- الترحيب بأفراد المجموعة الإسترشادية وتحقيق التعارف.
- التعرف على أسماء أعضاء المجموعة الإسترشادية، بإتاحة الفرصة أمام المشاركات بالتعريف عن أنفسهن وأيضا تعرف المرشدة بنفسها لتعزيز التعارف والدافعية لدى المسترشدات من خلال تخفيف التوتر وتحقيق الألفة .
- شرح أهداف المجموعة الإسترشادية من خلال توضيح المرشدة لماهية المجموعة العلاجية والأهداف العامة والخاصة للبرنامج الإرشادي وذلك بتوضيح أن الجماعة العلاجية هي نموذج مصغر للمجتمع الخارجي ولكنها تتميز بأنها تتيح للفرد رؤية الآخرين بشكل أكثر وضوحا وبالتالي رؤية لنفس الأفكار بشكل مختلف.
- توضيح المرشدة لأخلاقيات العلاج الجماعي، مؤكدة على مباديء الإرشاد النفسي والتركيز على مبدأ السرية والخصوصية والإتفاق مع المجموعة على أن ما يدور داخل قاعة العلاج لا يجوز التحدث به خارجا، مع تأكيد الباحثة المرشدة على أهمية تنمية المهارات الحياتية في التواصل بين المسترشدات والإحترام المتبادل وحق تقرير المصير.
- مناقشة المرشدة لتوقعات الأمهات المشاركات بالبرنامج التدريبي من البرنامج والدور المتوقع منهن.
- مناقشة عوامل قلق الأمهات المشاركات في المجموعة الإسترشادية حيث تطلب المرشدة من المسترشدات الحديث عن العوامل التي يروا أنها في قلقهم مع ضرورة إبراز المرشدة لدور الأفكار الموجودة لدى الأمهات عن أطفالهن التوحديين.

- مناقشة الأعضاء عن توقعاتهن من العلاج وحول تخوفاتهن ، في حالة عدم التطوع من المسترشدات بالبدء بالحديث على المرشدة المباشرة مع التأكيد بإستمرار أن الهدف من المناقشة والحوار هو ليس كشف أسرار المسترشدات أو التعرف عليها.
- تدريب المسترشدات على التفكير المنطقي تجاه إضطراب أطفالهن وما يصاحبه من توتر وإضطراب في العلاقات الأسرية وأثر ذلك على الحياة اليومية من خلال المناقشة والإقناع وإعطاء واجبات منزلية وتقديم التغذية الراجعة ولعب الأدوار والنمذجة.
- ضرورة توضيح ووصف الأعراض التي تمر بها المسترشدات ومناقشة للظروف نتيجة وجود طفل ذو حاجات خاصة في الأسرة.
- توضيح وشرح لآلية تكوين الأفكار غير المنطقية حسب نظرية "ألبرت أليس" A,B,C
- الإتفاق على المواعيد المناسبة لأعضاء المجموعة الإرشادية مع ضرورة التأكيد على إحترام تلك المواعيد.
- إجراء عملية التغذية الراجعة والتقويم للجلسة الإرشادية وكتابة تقرير المرشدة النفسية الخاصة بكل جلسة .
- إعطاء الواجب البيتي: يطلب من المسترشدات القيام بمهام منزلية تتمثل بالمراقبة الذاتية لسلوك الطفل التوحدي وتدوين ملاحظاتهم الخاصة حول ذلك وإحضارها إلى الجلسة التالية والمشاركة بنقاشها في حوار ونقاش مفتوح بين المرشدة والأمهات المسترشدات ، وعند نهاية الجلسة الإرشادية القيام بعمل تقييم ومن ثم تقديم شكر للمسترشدات وتحديد موعد الجلسة التالية.

الفنيات المستخدمة:

المراقبة الذاتية: المتمثلة بمراقبة الأم وتدوينها للأسلوب المتبع من قبلها في تعاملها مع طفلها التوحدي في مواقف معينة وتلخيص ما تلاحظه للنقاش في اللقاء الثاني.

الجلسة الإرشادية الثانية "ساعتين": محاضرة تثقيفية وتدريبية،،

أهداف الجلسة:

1- خلق جو من الألفة والمرح بين الأعضاء والعمل على تماسك المجموعة.
2- تقويم المسترشدات بالواجب البيتي وإعطائهم تغذية راجعة.
3- طرح الفكرة الأساسية من اللقاء الثاني والمتمثلة بتقديم مادة نظرية وتدعيم معلومات الأمهات وتزويدهم بمهارات عملية للتفاعل مع أطفالهن التوحديين. من خلال فنيتي المحاضرة والنقاش المفتوح.

خطوات تحقيق الأهداف:

- في بداية الجلسة الإرشادية تقوم المرشدة بمناقشة المسترشدات بالواجب البيتي المتمثل بمراقبة ذاتية لسلوك الطفل الإنسحابي وتقديم التقرير الخاص بذلك. وتصويب وتعديل ما يلزم من طرح المسترشدات.
- طرح الفكرة الرئيسية الخاصة باللقاء الثاني والمتمثلة بتقديم وتزويد الأمهات بكم من المعلومات النظرية بشكل محاضرة تشمل تعريف إضطراب التوحد، أبعاده وما يثار حول أسبابها، النظريات المفسرة ، إضافة للتشخيص وخصائص الأطفال التوحديين.
- عرض لبعض حالات التوحد يتلوها نقاش بين الباحثة والأمهات.

- توجيه المسترشدات لتنمية بعض المهارات في التفاعل مع أطفالهن التوحديين من خلال تحديد واجب منزلي بتقديم تقرير خاص يشمل الآلية المتبعة من قبلهن في مواقف معينة والعمل على نقاش كتاباتهم في الجلسة التالية.

الفنيات المستخدمة:

المحاضرة الإرشادية: ترتكز على الفكرة الأولى بشرح ما تتضمنه المادة في الدليل التدريبي من إعداد الباحثة ويشمل تعريف إضطراب التوحد، أبعاده والنظريات المفسره له، تشخيص التوحد وخصائص الأطفال التوحديين ،

المناقشة الإرشادية: إتاحة المرشدة الفرصة للمسترشدات بالنقاش حول ما تطرحه المرشدة وربطه بأمثلة من واقع التجارب الشخصية لإستخلاص بعض المهارات والعمل على تعزيز السلوكيات الإيجابية في التعامل وتدعيمها.

الجلسة الإرشادية الثالثة "ساعتين": تطبيق عملي لنماذج وفنيات

أهداف الجلسة:

1- تعريف المسترشدات بالفكرة الأساسية من اللقاء الثالث والمتمثلة بعرض نماذج في التعامل مع الأطفال التوحديين،
2- معرفة أهمية دمج الطفل التوحدي مع أفراد الأسرة والتفاعل مع البيئة المحيطة وأثر التفاعل في تخفيف حدة الإضطراب.
3- مناقشة الواجب البيتي في الجلسة الثانية والمتمثل بتنمية لبعض المهارات في التفاعل والتعامل مع الطفل التوحدي وتعديل وتصويب أية مدخلات أو سلوكيات سلبية.
4- كيفية التغلب على المشكلات من خلال تطبيق بعض المهارات المتعلمة على الطفل في المنزل.

خطوات تحقيق الأهداف:

1- تقوم المرشدة بمراجعة ومناقشة المسترشدات بالواجب البيتي وتصويب وتعديل تعليقاتهن ومداخلاتهن وتعزيزهن من خلال ما يقدمنه من تقارير.
2- المحاضرة الإرشادية وتتضمن طرح المرشدة النفسية الباحثة للفكرة الأساسية المطروحة ضمن اللقاء الحالي والمتمثلة ببعرض نماذج عن آلية التعامل مع الأطفال التوحديين ودمجهم مع أفراد الأسرة والبيئة المحيطة.
3- تقوم المرشدة النفسية الباحثة بعرض نماذج من خلال مشاركة الأمهات المسترشدات لأمثلة حية من واقع التجارب اليومية مع تقديمهن لمقترحات بآلية التعامل والتغلب على المشكلات
4- عرض المحاضرة الإرشادية بتركيز المرشدة النفسية على كيفية التغلب على المشكلات.
5- تركيز المسترشدة على الربط بين المشاكل اليومية التي تواجهها وتطبيق المهارات المتعلمة في التغلب على هذه المشكلات للتخفيف من حدة ما يصاحب الحالة من توتر وقلق وضغوطات على بقية أفراد الأسرة، من خلال إدراكها بداية لسقف قدراتها وإمكانياتها في تأديتها لعملها وإحترامها لمتطلبات طفلها التوحدي ومتطلبات بقية أفراد الأسرة وإستعدادها لتقبل أي نقد أو أخطاء قد تقع بها لأن الانسان ليس معصوما عن الخطأ لا أن يكون مذعورا مدافعا مبررا وعنيفا.

6- المناقشة الإرشادية: أن تتيح المرشدة النفسية الباحثة خلال عرض أسلوبها المتبع أن تكون المسترشدة عقلانية في التفكير بها
7- التفجير الداخلي: بمعنى العمل على تفنيد المعتقدات لدى المسترشدات ببدء تخيل الموقف بأنها تعيشه خلال الجلسة الإرشادية والإسهام والتعمق بعكس المشهد مرة أخرى، وتشير المرشدة بأنه تبدأ المسترشدة بالبحث الذاتي حول منطقية تفكيرها وعقلانيتها وأن تتعامل مع الجلسة بمشاعرها وإنفعالاتها الحقيقية.
8- العمل على خلق أجواء الهدوء وبالتالي خفض مستوى التوتر أثناء الجلسة الإرشادية ليسهم في إنجاح التفجير الداخلي للمسترشدات للوصول لمرحلة الوعي والتغيير والتفنيد لسلوكياتها الخاصة بوجود طفل توحدي (ذو حاجات خاصة) والهدف من توفير جو آمن وهاديء هو إعطاءهن الفرصة بالأمان والإطمئنان في التفكير بأريحية وإسهاب وتعمق لأجل التمكن من التوصل لتفكير واقعي دون قيود أو حدود.
9- الواجب البيتي : على المسترشدات كتابة الأفكار المرتبطة بكيفية التغلب على المشكلات وتقديم مقترحاتهن المتعلقة بتطبيق المهارات المتعلمة في المواقف اليومية المتكررة في التفاعل مع الطفل التوحدي للمساهمة في التغلب على إنسحابه والتقليل من السمات الإنسحابية بهدف تعزيز التواصل الإجتماعي للطفل التوحدي في بيئته المحيطة.
10- تمرين إغلاق وشكر للمجموعة الإرشادية وتحديد موعد الجلسة التالية.

2- المرحلة الثانية عبارة عن مجموع 7,5 ساعة تدريبية موزعة على عدد 3 لقاءات اللقاء الرابع مكون من 3 ساعات تدريبية، اما اللقاء الخامس مكون من عدد ساعتين واللقاء السادس مكون من (ساعتين ونصف) ويتضمن فنية التحصين ضد الضغوط واستراتيجيات المواجهة، إضافة للنمذجة :

الجلسة الإرشادية الرابعة "3 ساعات": التحصين ضد الضغوط

أهداف الجلسة الإرشادية:

- مناقشة الواجب البيتي للجلسة الثالثة والمتمثل بتطبيق المهارات المتعلمة على الطفل في المنزل كتجربة خاصة وجمع ما أعدته المسترشدات.
- عرض لنماذج حول فنيات التحصين ضد الضغوط
- تحقيق القدرة لدى الأمهات على تقييم أدائهن في تفاعلهن ورعايتهن لأطفالهن التوحديين وتقييم أساليبهن من وجهة نظر موضوعية تخدم الهدف الأساسي من الدراسة بتعزيز سلوكيات أكثر إجتماعية لتقليل حدة السلوك الإنتسحابي لدى أطفالهن.
- أن تستطيع المسترشدات أعضاء المجموعة الإرشادية من الإستفادة في تطبيق ما تم مناقشته حول كيفية التغلب على المشكلات وتطبيق المهارات المتعلمة على الطفل من خلال عرض لأمثلة من التجارب الخاصة.

خطوات تحقيق الأهداف

- تقوم المرشدة بمراجعة ومناقشة المسترشدات بالواجب البيتي وأخذ التغذية الراجعة منهن عنه وجمع ما كتبنه لمراجعته لاحقا فيما يخص تطبيق المهارات المتعلمة على الطفل في المنزل.
- المحاضرة الإرشادية : تتضمن طرح المرشدة النفسية لفكرة وإعطاء نماذج حية عن ذات الفكرة

- المناقشة الإرشادية: للفكرة وماهيتها وحيثياتها خلال عرض المحاضرة ونقاش أفضل الطرق والتواصل الإيجابي من خلال ما يتم طرحه من أمثلة.
- تعطي المرشدة أمثلة ونماذج حية عن حالات بنفس موضوع البحث وإعطاء الفرصة للمسترشدات بطرح أمثلة من ذاكرتهن. وإتاحة الفرصة بالنقاش وإبداء التوصيات.
- التفجير الداخلي بمعنى العمل على تفنيد ما لدى المسترشدات من قناعات وأفكار ببدء المسترشدة بتخيل الموقف بهذه الجلسة الإرشادية والإسهام والتعمق بعكس المشهد مرة أخرى وتشير المرشدة بأن المسترشدة تبدأ بالبحث الذاتي حول منطقية تفكيرها وعقلانيتها وأن تتعامل مع الجلسة بمشاعرها وإنفعالاتها الحقيقية. ومن أهم الأفكار اللاعقلانية تجاه الطفل التوحدي والغلط المتمثل بفكرة التشابه بين التوحد والتخلف العقلي، إضافة لفكرة دور الام في إضطراب طفلها وما يترتب عليه من شعور بالذنب والمسؤولية والعمل على تعديل الأفكار من خلال الدحض والتفنيد والإقناع.
- الإسترخاء: من خلال توفير الجو الآمن والهدوء وبالتالي تحقيق الإسترخاء وخفض مستوى التوتر أثناء الجلسة الإرشادية ليسهم في إنجاح اجواء التفجير الداخلي للمسترشدة لتصل لمرحلة التغيير والتفنيد والدحض لأفكارها السلبية بهذه الجلسة.
- الواجب البيتي: يتم تحديد واجب منزلي في اللقاء الرابع متمثل بتطبيق الأمهات لفنيات التحصين ضد الضغوط أثناء تفاعلهن مع أطفالهن التوحديين في البيت ومع بقية أفراد الأسرة المحيطين في الطفل والمتواجدين في بيئته، وتدوين ملاحظاتهن بتقرير يتم إعداده لمناقشته في اللقاء الخامس والقادم.
- تلخيص ما دار خلال الجلسة الإرشادية والخروج بتوصيات للإستفادة منها في الجلسات الإرشادية القادمة.
- تمرين إغلاق وشكر للمجموعة الإرشادية وتحديد موعد للجلسة الخامسة.

الجلسة الإرشادية الخامسة "ساعتين": تعديل السلوك الخاطيء بسلوك مقبول وايجابي،،

أهداف الجلسة الإرشادية:

- تعريف المسترشدات بالسلوكيات الخاطئة والسلبية.
- مناقشة الواجب المنزلي السابق والمتمثل بتطبيق فنيات التحصين ضد الضغوط من خلال ما يتم تقديمه من قبل الأمهات من تقارير بالخصوص.

خطوات تحقيق الأهداف:

- تقوم المرشدة بمراجعة ومناقشة المسترشدات بالواجب المنزلي للجلسة السابقة وقراراتهم تجاه الموضوع وأخذ التغذية الراجعة منهن حول تصوراتهن ومعتقداتهن حول الآلية الأمثل في معالجة الضغوطات.
- المناقشة الإرشادية: تتضمن طرح مشترك وعرض المرشدة بمشاركة المسترشدات للفكرة الأساسية من اللقاء الحالي والمتمثلة بعرض من خلال الأمثلة اليومية من التجارب الشخصية حول السلوكيات المتبعة والخاطئة وعمل تقييم لها ومن ثم التعديل بسلوك إيجابي مقبول.
- إعطاء المسترشدين الفرصة لإعطاء الأمثلة ومناقشتها وما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي.
- تلخيص الجلسة والخروج بتوصيات وإنهاء الجلسة الإرشادية وشكر المجموعة وتحديد موعد الجلسة الإرشادية السادسة.

الجلسة الإرشادية السادسة "ساعتين ونصف": إستراتيجيات المواجهة وحل المشكلات،،

أهداف الجلسة الإرشادية:

- تعريف إستراتيجيات المواجهة وحل المشكلات.
- التدريب على حل المشكلات بعرض نماذج وأمثلة وتقييم فردي من قبل المسترشدات للحالات المقترحة.
- تهيئة المجموعة لإنهاء اللقاءات وإنتهاء البرنامج الإرشادي.

خطوات تحقيق الأهداف:

- تقوم المرشدة بمراجعة ومناقشة المسترشدات حول تصوراتهن ومعتقداتهن حول الآلية الأمثل كإستراتيجيات مواجهة وحل المشكلات.
- المناقشة الإرشادية: تتضمن طرح مشترك وعرض المرشدة بمشاركة المسترشدات للفكـــرة الأساسية من اللقاء الحالي والمتمثلة بعرض من خلال الأمثلة اليومية والنمذجة من التجارب الشخصية حول إستراتيجيات المواجهة وحل المشكلات.
- إعطاء المسترشدين الفرصة لاعطاء الأمثلة ومناقشتها وما يصاحب الفكرة من حديث ذاتي.
- تلخيص الجلسة والخروج بتوصيات وإنهاء الجلسة الإرشادية وشكر المجموعة وتحديد موعد الجلسة الإرشادية السابعة ،التقييمية و النهائية للبرنامج الحالي.

3- المرحلة الثالثة عبارة عن مجموع 2.5 ساعة تدريبية موزعة على لقاء واحد نهائي وتقييمـــي ويتضمن تطبيق أداة قياس مدى معرفة الأمهات لسمات السلوك الإنسحابية لدى أطفالهن التوحديين من وجهة نظرهن،

الجلسة الإرشادية السابعة "ساعتين ونصف": تقييم بتطبيق قياس بعدي وتقييمي للبرنامج،

أهداف الجلسة:

- عكس محتوى البرنامج
- تهيئة المجموعة للإنهاء وإنهاء البرنامج
- توزيع الإختبار البعدي (الإستبيان المعد من قبل الباحثة لقياس مدى معرفة الأمهات لـــسمات السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن التوحديين إضافة للمقياس الخاص بـــرأي الامهـــات حـــول البرنامج الإرشادي وما تم إنجازه بناءا على مقارنته بتوقعاتهن)
- إجراء تمرين الدعم النفسي المحيط للمجموعة الإرشادية
- إجراء بناء قنوات إتصال بين المسترشدات لتستمر بعد البرنامج
- إعطاء فرصة للمسترشدات للتقويم لهذه اللقاءات الإسترشادية
- تقييم أخصائية المركز والمشرفة على البرنامج.
- إعطاء الفرصة للمسترشدات بتقديم مقترحات.

ملحق رقم (4): المادة التثقيفية والمستخدمة في البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي)

إضطراب التوحـــد

مقدمة عامة: تعد الإعاقة من الأمور التي تصيب الأطفال في عمر مبكرة وذلك نتيجة لعديد من الظروف والعوامـــل التي قد تكون وراثية أو بيئية مكتسبة أو لظروف مجتمعية، وهذا الأمر قد يشكل لبعض الأسر مصدرا للقلق والخوف وبالتالي قد يفقدها الكثير من الأساسيات الواجب إتباعها وتطبيقها لرعاية وتنشئة هذا الطفل المضطرب، الأمر الـــذي يؤدي إلى عدم التقبل (الضمني أو المعلن) من قبل الأسرة لهذا الطفل،

فقد أوضحت نتائج دراسات كل من سبريت وجامبول Spreat & Jambol 1997، إلى أن آباء و أمهـــات الأطفـــال ذوي الحاجات الخاصة يلجأون كثيرا إلى إستخدام التحاشي كأسلوب للمواجهة، كما إن لديهم شـــعورا مرتفعـــا بعـــدم الرضا وسوء التوفق ويتسم مناخهم الأسري بأنه أقل دعما للعلاقات الأسرية وأقل منحـــا لفـــرص النمـــو الشخـــصي (Spreat & Jambol, 1997: 109 – 116)

كما أوضحت نتائج بعض الدراسات أن أمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تنخفض لـــديهن مهـــارات المواجهـــة والتعايش بالمقارنة بالآباء (Carpiniello, et al, 1995: 940 – 945)

ويمكن تبرير ما تعانيه الأم من ردود فعل سلبية تجاه إبنها ذو الحاجات الخاصة، إلى دورها المهم في حيـــاة طفلهـــا المضطرب، فالأم تأخذ دور الحماية البدنية والوصية على حاجات الطفل ، بينما يكون الأب أكثر تحفظا في دوره، وقد ينحصر تعامله في الإنسحاب أو الإستدماج الداخلي لمشاعره (محمد الشناوي، 1997)

لذا فإن إرشاد الوالدين _ وخاصة الأم _ ومساندتها لمواجهة ذلك الإضطراب والعمل على الحد من تـــأثيره النفـــسي يمكن أن يلعب دور مهم في تحسين توافق الأم النفسي.

ومن هنا ترى الباحثة أن تعنى في هذه الدراسة ببناء برنامج إرشادي يمكن من خلاله تحسين التوافق النفـــسي لـــدى أمهات الأطفال المتوحدين وبيان أثر ذلك في خفض السلوك الإنسحابي لدى الأطفال التوحديين.

بالرغم من أن التربية الخاصة قديما وحاليا قد وفرت للأفراد ذوي الحاجات الخاصة الخدمات التربويـــة والعلاجيـــة المختلفة التي تتناسب مع نوع الإعاقة كل حسب حاجته، إلا أن التربية الخاصة لم تعطي فئة الأفراد التوحديين حقهـــم من الرعاية والإهتمام والخدمات التي تتناسب مع إعاقتهم، وقد يعود ذلك إلى قلة الدراسات والأبحاث في هذا المجال، وقد تكون الإنفعالات الشاذة والمظاهر السلوكية المختلفة التي يظهرها الأفراد المتوحدون سبب في إبتعاد العاملين فـــي ميدان التربية الخاصة من التعامل معهم نظرا للغموض الذي يحيط بالأفراد المتوحدون وكيفية التعامل معهـــم، وهـــذا يستدعي وجود مختصين في تشخيص الإعاقة وبالتالي بناء البرامج التربوية والإرشادية الخاصة بهم .

قد يعتبر التوحد من الإعاقات المحيرة والمربكة ولكنها في نفس الوقت من الإعاقات الأكثر إثارة وتحديا في التعامـــل وتحتاج إلى جهد ووقت كبيرين.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى إعداد برنامج إرشادي لتحسين التوفق النفسي لدى الأمهات إضافة لتزويدهن ببرنامج إرشادي تدريبي للتعامل مع أطفالهن التوحديين هذا من ناحية، والتحقق من جدوى البرنامج في خفض السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن من ناحية أخرى.

أهمية الدراسة: ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى ما يلي:

1- الإستفادة من البرنامج المقترح في مساعدة الأمهات على مواجهة خبرة رعاية الطفل التوحدي.

2- يمثل الأطفال التوحديين طاقة في المجتمع لا بد من إستثمارها، وبالتالي فإن التدريب على التعامل معهم ودمجهم في مجتمعهم المحيط ممكن أن يسهم في تقليل السلوك الإنسحابي لديهم.

مصطلحات الدراسة: البرنامج الإرشادي: Counseling Program: تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة بأنه برنامج مخطط يتضمن تقديم خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة لأمهات الأطفال التوحديين وذلك بهدف تحسين التوفق النفسي لدى الأمهات وزيادة معرفتهن وتوعيتهن بطبيعة إضطراب أطفالهن مما يتمخض عنه من إنخفاض في السلوك الإنسحابي لدى أطفالهن.

الإطار النظري: التوافق النفسي Psychological Adjustment: يعد التوافق مصطلح مرادف لمصطلحي السوية، والصحة النفسية، طالما أن الشخص المتوافق سوي وينعم بالصحة النفسية (صلاح مخيمر، 1984)

والتوافق في أصله مصطلح بيولوجي على نحو ما حدده دارون، فالتوافق لديه يعني قدرة الكائن على التلاؤم مع ظروف البيئة وما يطرأ عليها من تغيرات، بحيث تحقق المحافظة على الحياة (صلاح مخيمر، 1984)

ويعرف وولمان Wolman (1973)، التوافق بأنه التغيرات والتعديلات السلوكية التي تكون ضرورية لإشباع الحاجات والإجابة على المتطلبات بحيث يستطيع الفرد إقامة علاقة متناغمة مع بيئته، Wolman, 1973: 115

ويعرف حامد زهران (1974)، التوافق النفسي بأنه عملية ديناميه مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والإجتماعية) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة (حامد زهران، 1974)

بينما يعرف محمود أبو النيل ومجدة أحمد (1985) التوافق الإجتماعي بأنه قدرة الفرد على إقامة علاقات مناسبة ومسايرة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها، ويحظى في نفس الوقت بتقدير وتكريم وإحترام الجماعة لآرائه وإتجاهاته (محمد أبو النيل ومجدة أحمد ، 1985)

ويعرف كمال الدسوقي (1988) التوافق بأنه:

1- توفيق توازن ثابت بين الكائن وما يحيط به.
2- حالة العلاقة الإنسجامية مع البيئة التي يكون فيها المرء قادرا على تحصيل الإشباع لمعظم حاجياته ومواجهة متطلباته، الجسمية منها والإجتماعية (توافق نسبي)
3- عملية إحداث التغيرات المطلوبة، في نفس الفرد أو في البيئة، لبلوغ التوافق النفسي. (كمال دسوقي،1988)

يذكر فرج عبد القادر طه وآخرون (1993)، أن التوافق يعتبر معيارا أساسيا لتحقيق السواء النفسي والإجتماعي للفرد في إطار علاقة الفرد بالمجتمع، حيث يتضمن التوافق خفض التوتر الذي تستثير الحاجات، أما سوء التوافق فإنه ينشأ عندما تكون الأهداف ليست سهلة في تحقيقها أو عندما تتحقق بطريقة لا يوافق عليها المجتمع (فرج عبد القادر طه وآخرون، 1993)

يتضح من التعريفات السابقة لمفهوم التوافق أنه يعني التلاؤم والتناغم بين الفرد والبيئة بهدف خفض التوتر إلى أقصى حد فعندما لا يكون هناك توتر "إن كان ذلك ممكنا" تكون الحالة المثلى للتوافق.

ومن هنا كان جولدشتاين Goldstein من أوائل الذين إحتجوا على ذلك عندما رفض أن تكون وظيفة السلوك مجرد خفض للتوترات التي تهدد إتزان الكائن، ولذا أصر على أن يضيف تحقيق الإمكانيات كأعظم خاصية تخص الإنسان البشري الناضج (محمد درويش، 1985)

وكذلك مخيمر (1978) الذي أكد على أن التوافق لا يمكن أن يكون معياره هو خفض التوتر طالما أن خفض التوتر في صورته المثلى يتمي إلى غرائز الموت، بينما يكون التوتر وإشتهاء الاستثارة هو المبدأ الحق الذي ينتمي إلى غرائز الحياة، وبذلك جاء تعريف مخيمر للتوافق بأنه هو الرضا بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيلا على التغيير ، ولكن في سعي دائب لا يتوقف لتخطي الواقع الذي ينفتح للتغيير مضيا به قدما فقدما على طريق التقدم والصيرورة (صلاح مخيمر، 1978)

ومن هنا تخلص الباحثة إلى أن التوافق يعنى حالة من الرضا بخفضها الوقتي للتوترات والتي يستشعرها الفرد بالبلوغ إلى الهدف بحيث لا تلبث حتى تلد حالة من اللارضى تدفع الفرد بتوترها في سلوك جديد سعيا إلى هدف جديد وهكذا دون توقف على طريق التقدم والصيرورة.

وإذا كان الواقع العياني يؤكد لنا أن التوافق شأنه شأن المصطلحات الأخرى كالسوية والصحة النفسية مثل أعلى نحاول أن نقترب منه، فإن الصحة البدنية هي أيضا مثل أعلى نسعى إليه وإن كان لا يمكن القطع بإكتمالها.

وبالتالي فإن إضطراب التوحد لا يعني نهاية حياة الطفل التوحدي وضياع شخصيته وعدم توافق ، فتوافق التوحدي أو سوء توافقه ما هو إلا إنعكاس للتنشئة الإجتماعية وإستجابة المحيطين به ومدى تقبلهم له.

تأثير التجاوب مع الطفل التوحدي على إنسحابه وعزلته الإجتماعية: من المفيد التطرق إلى بعض الظروف المسرعة في إحداث العزلة للطفل التوحدي:

الوضع الإجتماعي: إن كثرة المشاكل بين الزوجين وإستحكامها تزيد من حدة التوتر والضغط داخل المنزل مما قد يساهم في زيادة عزلة الطفل التوحدي وإهماله. وقد تزيد إحتمالية الخطر لا سيما وأن كل من الوالدين يحمل الآخر المسؤولية عن الإضطراب الخاص بطفلهم.

الوضع الإقتصادي: إن عجز الوالدين عن تأمين إحتياجات أفراد أسرهم نتيجة لسوء الوضع الإقتصادي أو نتيجة عوامل البطالة المختلفة قد يؤدي لنشوء صراع بين الزوجين وقد تكون في العادة نتائجه سلبية وتنعكس على أطفال الأسرة.

المشكلات الإجتماعية: إن تضافر وجود الضغوط الحياتية والإجتماعية والإقتصادية المعقدة والمركبة والتي يتعرض إليها الأبوين خارج المنزل قد تزيد من حدة التوترات لهذه الأسرة وبالتالي إنتقال التوتر لداخل إطار الأسرة والتي قد تزداد حدتها في حال وجود طفل ذو حاجات خاصة كالطفل التوحدي، والذي يحمل "وبشكل غير مقصود" أسرته الوصمة السلبية.

جهل الكثير من الأبوين بالخصائص النمائية والسلوكية المتعلقة بالأطفال التوحديين، وطبيعة إضطراب التوحد مما قد يدفع بهؤلاء الأبوين إلى إساءة التعامل مع الطفل.

دور الطفل التوحدي في التعامل معه من قبل المحيطين: لقد أوضحت بعض الدراسات إلى أن الأطفال التوحديين هم أكثر من غيرهم عرضة لإيقاع الإساءة في التعامل معهم، كما وأن إضطراب التوحد قد يكون مصدر مثير للضغط والتوتر لدى الآباء بسبب حاجة هؤلاء الأطفال إلى العناية والإشراف اللازمين (Martin, 1997)

وفضلا عن ذلك يذهب كشيتي وتوث(Cicchetti & toth 2000) إلى أن الأطفال التوحديين يتصفون بعدم القابلية للتعلق والإلتصاق بالأطفال الآخرين، حيث أن الطفل التوحدي يرى نفسه يختلف عن غيره من الآخرين ولذلك فإنه يتصرف تصرفات غير لائقة وغير مناسبة، ويشعر بأنه عاجز وقليل الشأن بالنسبة لغيره من الأسوياء Cicchetti & (Toth, 2000)

وعلاوة على ذلك يرى كل من هورلي وولف Hurley & Wolfe 1990 أن التوحديين يتصفون بأنهم أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم وأقل قدرة على تفسير حقيقة التعامل معهم، وغير قادرين على التفرقة بين الإتصال المادي المناسب وغير المناسب. (Hurley & Wolfe, 1990)

أساليب تنمية التوافق النفسي لوالدي الطفل التوحدي: يذكر فولكمان وآخرون Folkman, et al 1979 أنه يمكن تنمية إستراتيجيات التعايش Coping Strategies وتشمل هذه الإستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الوالدين على إحداث التغييرات اللازمة بشأن زيادة التفاعل مع الطفل التوحدي مثل الصحة العامة لأفراد الأسرة والطاقة الكامنة لديهم، ومهارات حل المشكلات، وإدراك أفراد الأسرة لوضعهم الأسري والعلاقات الأسرية السائدة ومصادر الدعم الإجتماعي المتوافرة. (منى الحديدي وآخرون، 1994)

وتؤكد روز ماري (1996) أنه يجب على آباء الاطفال التوحديين التوافق مع تحديات إضطراب الطفل ، مع ملاحظة أنهم يواجهون متطلبات إضافية ناجمة عن إضطراب التوحد (علاء الدين كفافي، 1996)

وتوضح دراسة كل من عبد العزيز الشخصي وزيدان السرطاوي (1998) أن الدعم المادي والمجتمعي وإشباع الإحتياجات المعرفية من شأنه أن يخفف من حدة الضغوط النفسية للوالدين والناجمة عن إضطراب طفلهم.

ويمكن للباحثة أن تختصر ذلك في أنه يمكن زيادة تفاعل الطفل التوحدي من خلال مساعدة الوالدين على تبني إستراتيجيات التعايش والتوافق مع إضطراب الطفل، بهدف تقبله كما هو بغض النظر عن طبيعة إضطرابه، ومعاملته مثل أقرانه العاديين في الأسرة وتبصير الوالدين بالهيئات المتخصصة والتي تقدم خدمات تعليمية أو طبية أو تأهيلية للطفل المتوحد، وتشجيع الوالدين على إقامة علاقات إجتماعية مع أطفالهم في ضوء قدراتهم وإمكانياتهم، فضلا عن تعديل بعض الإتجاهات والتوقعات السلبية للوالدين نحو طفلهما التوحدي.

ومن هنا فإن إرشاد الوالدين وتدريبهم هو في الواقع إرشاد يهدف إلى صالح الطفل التوحدي، حيث يساعد الوالدان والأسرة معا في تحقيق توافق الطفل وإندماجه أو إعادة إندماجه في المجتمع (محمد الشناوي، 1995)

تعريف التوحد: إن أول محاولة في الأدب لوصف إضطراب التوحد كانت من قبل البروفيسور المتخصص في علم نفس الطفولة "ليو كانر" فكان أول من أطلق مفهوم "التوحد" عام 1943م، حيث أطلقت عليهم قبل ذلك العديد من التسميات المختلفة مثل توحد الطفولة المبكرة Early childhood Autism أو فصام الطفولة Childhood Schizophrenia، النمو غير العادي Abnormal Development، وقد وصف كارنر مجموعة من الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب بأنهم غريبي الأطوار ومنعزلون، ومن خلال التعرف على خصائصهم وسماتهم وإمكانية التفريق بينهم وبين حالات الإضطراب الأخرى.

أشار كارنر إلى أن التوحد عبارة عن إضطراب يظهر منذ الولادة ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الإتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين، إضافة لضعف أو إنعدام وجود اللغة لديهم، خصوصا في مراحل العمر الأولى، وإذا وجدت فإنها تتصف بالمصادئة والترديد، كذلك يمتازوا بالسلوك النمطي ومقاومة أي تغيير في البيئة من حولهم وضعف في القدرة على التخيل والربط، ولكن بالمقابل يتمتعوا بذاكرة قوية ويتصفوا بنمو جسمي طبيعي مقارنة مع غيرهم من الأطفال في نفس المرحلة العمرية.

إن أكثر الصفات إرتباطا بحالة التوحد هما العزلة والإنسحاب ومتمثل بضعف شديد وعجز نمائي واضح يظهر في السنوات الأولى من حياة الطفل، إضافة لضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الإجتماعية مع الآخرين في المجتمع وحتى مع أقرب الناس "الوالدين"، والفشل في تطوير اللغة بالشكل الطبيعي.

قام العالم جريك عام 1978م بوضع عدد من المميزات والخصائص للأطفال المتوحدون:

- الفشل في إقامة علاقات إجتماعية، بالإضافة لنقص في فهم وإدراك وتقليد أشكال السلوك المختلفة.
- إضطراب في الإدراك.
- ضعف شديد وخلل في تطوير الوظائف والمفاهيم المعرفية المختلفة مثل مفهوم الزمان والمكان.
- ضعف شديد في تطوير اللغة.
- ضعف أو إنعدام الدافعية لديهم بشكل كبير وما يترتب على ذلك من الفشل في إكتشاف البيئة من حولهم.

أما فيما يخص التعريف الذي طورته **الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين** فهو يتضمن مجموعة من المعايير والصفات التي يحكم من خلالها على وجود حالة توحد وهي كالتالي:

- الصعوبة في تطوير اللغة.
- في حالة وجود اللغة فإنها تكون عبارة عن ترديد لما يقوله الآخرين، بالإضافة إلى عكس الضمائر والسرعة في الحديث.
- ظهور الإضطراب في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.
- عجز واضح وعدم قدرة على الإستجابة للآخرين.
- ردود الفعل الشاذة للتغييرات التي تحدث في البيئة من حولهم.
- عدم وجود الأوهام والتخيل وفقدان الترابط في الأفكار كما هو الحال في حالات الفصام.
- الإصرار على التماثل والنمطية في التصرف.

نسبة إنتشار إضطراب التوحد: أظهرت الدراسات والأبحاث في هذا المجال إلى أن نسبة حدوث حالة التوحد تبلغ من 4 –10,000/5 حالة، أي أنه مقابل كل 10,000 حالة ولادة أطفال طبيعيين تحدث حالة ولادة من أطفال إلى 5 أطفال يعانون من إضطراب التوحد في المناطق المختلفة من العالم، وقد أشار العالم ريملاند إلى أن نسبة حدوث هذا الإضطراب في الذكور أعلى منها لدى الإناث وتبلغ النسبة من 1/3، وأشار البعض إلى نسبة 1/4،
تجدر الإشارة إلى أن إحتمالية إنجاب أكثر من طفل يعاني من إضطراب التوحد في الأسرة الواحدة يعد أمرا نادرا، كما أن هذا الإضطراب يظهر في الطبقات الإجتماعية والعرقية والثقافية المختلفة، فلا يقتصر على مجتمع أو طبقة معينة دون أخرى.

المظاهر العامة للتوحد: إن أعراض ومظاهر التوحد تظهر خلال خليط واسع المدى تتراوح الأعراض من البسيط إلى الشديد جدا، ورغما عن أن التوحد يعرف من خلال خصائص ومميزات محددة ومعروفة إلا أن الأطفال والكبار قد يظهرون أي خليط من أشكال السلوك وبأي درجة من الشدة، وهذا يعني أن طفلان مصابان بالتوحد قد يتصرفان بشكل مختلف تماما عن بعضهم البعض.
يمكن الحكم على طفل ما بأنه يعاني من إضطراب التوحد خلال الأسابيع الأولى من حياته، فتشعر الأم وهي تحمل طفلها بأنه لا يشعر بها وغير منتبه لها، ولا تشعر بأي نوع من التواصل أو الرابطة الطبيعية بين الأم وطفلها، فهو

ينظر لأي مكان ولا ينظر مباشرة بعيني أمه، وقد تظهر لديه في السنة الأولى من عمره صعوبة في التغذيـــة، وقـــد يصبح مهتما بنوع واحد من الأطعمة أو الألعاب، وقد يقضي ساعات طويلة ينظر بها إلى أصـــابع يديـــه أو تحريـــك جسمه ورأسه بشكل مستمر إلى الأمام والخلف.

يبدو العديد من الأطفال التوحديين كاملي النمو والصحة من الناحية الجسمية، ويتعلموا الجلوس والوقوف والمشي بنفس سرعة الأطفال الآخرين وفي الوقت الطبيعي، وبسبب قلة أو إنعدام اللغة لديه قد يعتقد أولياء الأمور أن الطفل أصـــم، فقد لا ينتبه إلى الأصوات العالية الفجائية، ولكنه قد ينتبه إلى الأصوات الإعتيادية المتواصلة مثل صـــوت المكنـــسة الكهربائية، الغسالة، الخلاط الكهربائي.. إلخ.

خلال السنة الثانية والثالثة يظهر الطفل حركة زائدة، بالإضافة إلى صعوبات في اللغة، والإنفعالات الـــشاذة التـــي لا تتناسب مع الموقف بحيث يلاحظ ويشعر جميع من حول الطفل بوجود علة ما.

في مرحلة ما قبل المدرسة، يظهر الطفل صعوبة في التواصل واللعب مع الأطفال الآخرين، وهو غير قـــادر علـــى اللعب التخيلي مع الأطفال الآخرين، ويظهر تأثر كبير بأي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به حتى لو كان هذا التغيير بسيط جدا مثل تحريك كرسي من مكان لآخر داخل الغرفة نفسها، وإغلاق الباب أو إطفاء الضوء، ويبدي الطفل أنماط غير عادية في النوم، فنادرا ما يستمر نومه لأكثر من ثلاث ساعات حتى أثناء الليل ويكون نومه على شـــكل فتـــرات متقطعة.

إن أكثر ما يميز الأطفال التوحديين، هو عدم قدرة الطفل على الإتصال مع الآخرين بشكل طبيعي، وتصبح هذه الميزة أكثر وضوحا مع تقدم عمر الطفل، ويعاني العديد منهم بضعف أو إنعدام اللغة لديهم، وإذا وجدت فإنها تكـــون علـــى شكل أصوات عديمة المعنى وترديد لبعض الكلمات ويتصف حديثهم بشكل عام بعدم الوضوح، وخلوه مـــن المعنـــى، وبأنه غير مقبول إجتماعيا، لا يظهر الطفل المتوحد أي نوع من أنواع التقرب أو المودة أو الرابطـــة الطبيعيـــة بـــين الطفل ووالديه، وفي نفس الوقت يتصفوا بقوة الذاكرة فعلى سبيل المثال يستطيع الطفل المتوحد إعادة قطعة معينة من لعبة تركيبية ما إذى رأى ذلك لمرة واحدة.

بشكل عام يبدي الأطفال المتوحدون العديد من أشكال السلوك والخصائص التي تميزهم عن غيرهم من فئات الإعاقـــة الأخرى من ضعف في اللغة، ضعف شديد في السلوك الإجتماعي وهي الميزة الأكثر وضوحا في إضطراب التوحد، الصعوبات الحسية، نقص في إظهار السلوك المناسب عند اللعب الجماعي أو اللعب بالألعاب المختلفة، أشكال السلوك الإنفعالي غير المناسبة في المواقف المختلفة بسبب أو بدون سبب، السلوك النمطي، التميز بوجود مقدرة عقلية عاديـــة أو عالية أحيانا في أحد الجوانب،

في مرحلة المدرسة، يظهر الطفل التوحدي العديد من أشكال السلوك منها:

- **السلوك التخريبي Destructive Behavior**: يتمثل في العدوان والغضب الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين.
- **إثارة الذات Self Stimulatory Behavior**: يتمثل في قبض بعض عضلات الجسم وشدها لدرجة التشنج مثـــل شد الرقبة أو الأيدي أو الأرجل أو الأصابع.
- **قلة الدافعية Lack of Motivation**: يتمثل بعدم الإهتمام أو الإكتراث للمثيرات المختلفة التي تحدث حولهم فـــي البيئة، لا يهتموا بالحوافز أو المكافآت المقدمة لهم في حالة قيامهم بالسلوك المناسب ولا يبدو أي نـــوع مـــن أنـــواع الدافعية لأي شيء من حولهم.

- **الإنتقاء الزائد للمثير Stimulus Over selectivity:** إضافة لقلة الدافعية قد يميل هؤلاء الأطفال لجزء معين من مثير ما من حولهم، وقد يستجيب لأي مثير ليس له علاقة بالمهارة التعليمية التي يتدرب عليها.

- **عدم القدرة على تعميم الأداء أو الإنجاز الصفي Lack of Generalization & Maintenance of Classroom:** يتمثل بعدم القدرة على نقل أو تعميم ما تعلمه الطفل داخل الصف للبيئة الخارجية أو تعميم أي مهارة تعلمها من بيئة معينة لأخرى، وعلى سبيل المثال قد يتعلم الطفل ويتقن مهارة الدخول إلى الحمام في الصف ولكنه لا يستطيع نقل ما تعلمه وأداء نفس المهارة في المنزل أو أي مكان آخر.

إجتهد عدد من العلماء البريطانيين لوضع معايير على شكل قائمة تتكون من تسع نقاط لإستخدامها في وصف وتشخيص الأطفال المصابون بالتوحد وهي على النحو التالي:

1- عجز نمائي واضح في إقامة العلاقات مع الآخرين وإظهار الإنفعالات المختلفة.
2- عدم إدراك وشعور الطفل بهويته الذاتية فهو لا يستطيع التفريق بين نفسه وبين الآخرين.
3- عجز واضح في القيام ببعض المهمات التي يجب أن يقوم بها والإنشغال المرضي بأمور معينة.
4- ضعف شديد في اللغة التي تكاد أن تكون معدومة.
5- مقاومة التغييرات المختلفة في البيئة.
6- إستمرار وتكرار حدوث إنفعالات القلق غير العادية والشديدة أو المفرطة.
7- وجود إستجابات إدراكية شاذة بدون وجود أي خلل عضوي.
8- إستجابات غير عادية في الأنماط الحركية امختلفة كالدوران، الإثارة الذاتية، التأرجح، الرفرفة باليدين والأصابع... إلخ.
9- إنخفاض واضح في مستوى القدرات العقلية والوظيفية مقارنة مع الأطفال الآخرين.

هنالك عدة مظاهر سلوكية تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال ويمكن تلخيصها:

- **النقص النوعي في التطور والتواصل الإجتماعي:** تظهر منذ الأشهر الأولى عند الطفل فقد لا يستجيب إلى الإبتسامة التي تصدر من أمه، وقد تظهر الإستجابة لكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الإبتسام، وقد لايبدي الطفل أي ردة فعل إذا حاولت الأم حمله كما يفعل الأطفال العاديين عندما يحاول أحد ما حملهم، كما أن الطفل المتوحد قد لا يطور أي علاقة عاطفية مع أي شخص ما حتى مع والدته أو مع الأطفال الآخرين، كذلك لا يطلب العون من الآخرين لأنه يتعامل معهم كأشياء وليس لديهم قدرة على التقليد إنما الإشارة إلى الأشياء بدل ذكر مسمياتها.
- **النمو اللغوي:** يعاني الطفل التوحدي من النقص النوعي في الإتصال اللفظي واللالفظي، وصعوبات في الفهم والإستيعاب لما يقال، يميل إلى ترديد كلمات وأحيانا شبه جمل دون الوعي والإدراك لمعناها أو مدلولاتها والظروف التي تستخدم بها تلك الجملة أو الكلمة وممكن **وصف اللغة** عنده بما يلي:

1- اللغة التعبيرية غير واضحة وغير مقبولة إجتماعيا.
2- ترديد الكلمات والميل إلى ترديد لآخر كلمة في الجملة.
3- ترديد بعض الكلمات أو الجمل في غير مواقفها.
4- قلب أو عكس الضمائر وعدم القدرة على فهم المجردات والأمور غير الحسية، قد يجيب بكلمة نعم والسبب عدم فهمه للأشياء المطلوبة منه، وقد يستخدم كلمة "أنا" للإشارة إلى نفسه وللآخرين.
5- لدى الطفل التوحدي صعوبة في فهم الجمل لذلك يجب التعامل معه من خلال الكلمات المفردة.

- **ردود الفعل غير المناسبة في المواقف غير المناسبة**: قد لا يفرح أو يبتسم في المواقف المفرحة أو الضاحكة، ولا يظهر الغضب أو الخوف في المواقف المستدعية ذلك، كذلك ردود الفعل لديه لا تتناسب مع حجم الموقف وتتسم بالمبالغة في المواقف البسيطة، وقد يبدي مخاوف من أمور لا تستوجب الخوف.
- **صعوبات حسية**: يظهر الطفل كأنه يعاني من مشاكل سمعية أو بصرية ولكن يظهر إستجابات سريعة ويقظة لبعض المثيرات مثل الصوت الخافت أو الضوء المفاجيء أو اللمس مما ينفي وجود أي إعاقة سمعية أو بصرية لديه، وليس لديه أي قدرة على التعبير عن المرض أو عن أي ألم.
- **السلوك النمطي**: بمعنى تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون الشعور بالملل أو التعب، أو ترديد بعض الكلمات عديمة المعنى دون إدراك أو وعي لما يقوله، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير المسيطر عليها مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع.
- **اللعب غير الهادف**: عدم إستيعاب قواعد اللعب الجماعي مثل القدرة على التعامل مع الألعاب، أو التعامل بطريقة غير عادية فلا يطور مهارات اللعب مثل الأطفال الآخرين، قد يلعب بالألعاب ويبعثرها بدون هدف أو اللعب لساعات طويلة دون التركيز باللعبة.
- **ظهور العديد من المشاكل مثل**:

أ- مشكلة النوم: قلق وإضطراب وعلى فترات زمنية مختلفة، ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.

ب- مشكلة الشراب والأكل، قد يأكل ويشرب بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع ويميلوا لتفضيل بعض الأطعمة ولا يرغبوا بالتنويع.

ت- مشكلة السلامة وعدم إدراك معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كالعبور أثناء سير السيارات دون إنتظار.

ث- مشكلة التغييرات التي تحدث في بيئته وخصوصا التغيرات الدقيقة أو البسيطة أما التغيرات الكبيرة فلا يعبأ بها.

ج- مشاكل إدراكية فهم يعانون من خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.

ح- مشاكل إجتماعية من خلال عدم فهم مفهوم الجماعة والتعامل مع الآخرين.

خ- نقص القدرة على الإستجابة بسبب عدم الفهم.

د- مشكلة التعميم وعدم القدرة على نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئة لأخرى.

ذ- نقص المثابرة أو الدافعية.

إن الأعراض المذكورة قد تختلف بظهورها من طفل توحدي لآخر، وقد تختلف أيضا بالشدة والدرجة، لذلك يمكن التفريق بين توحد بسيط، متوسط وشديد،

أسباب التوحد: نظرا لأن حالة التوحد تتداخل مع التطور والنمو الطبيعي للدماغ، بالإضافة إلى التفاعل الإجتماعي ومهارات الإتصال، حيث يعاني الأطفال والكبار الذين يعانون من حالة التوحد من صعوبات في الإتصال اللفظي وغير اللفظي بالإضافة لصعوبات في التفاعل الإجتماعي وممارسة مهارات ونشاطات اللعب المختلف، ونظرا للغموض الذي يحيط بالتوحد فقد تعددت الأسباب في حدوث التوحد ولكن لم يتم إعتماد أحد هذه الأسباب بشكل علمي قاطع وما زالت الدراسات البحثية العلمية قائمة لتحديد الأسباب الخفية الكامنة وراء هذا الإضطراب والمسببة له.

- تمثلت بداية الدراسات التي بحثت في الأسباب إلى النظرية السيكودينامية حيث أرجعت الأسباب إلى الآبـــاء، وأشارت العديد من النظريات إلى أن آباء الأطفال التوحديين يعانون من البرود والفتـــور العـــاطفي، وهـــم سلبيون إنفعاليا، إضافة للعلاقة الزوجية السلبية التي تتسم بالبرود واللامبالاة بين الزوج والزوجة، وبالتـــالي محصلة هذه العلاقة طفل متوحد، كذلك أبحاث للعالم روتر أثبتب وأرجعت أسباب التوحد إلـــى الأم البـــاردة إنفعاليا والتي لا تحمل أي مشاعر أو إنفعالات نحو جنينها مما ينتج عنه ولادة طفل متوحد. وأهم من بحـــث في هذا المجال كانر حيث قدم نظرية البرود والفتور العاطفي.
- ظهرت بعض الدراسات التي ترى إحتمالية وجود أساس أو سبب عضوي لإضطراب التوحد، ولكن لم يـــتم تأكيدها أو تثبيتها بدقة، وقامت عدة أبحاث بدعم النظرية على سبيل المثال مشكلات اللغة والخلل في التـــآزر الحركي والحسي لوجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجـــات الادماغ.
- بالرغم من وجود فرق كبير بين التوحد والتخلف العقلي، حيث يمكن إعتبار المتخلفين عقليا أفضل من الناحية الإجتماعية بالنسبة للناحية العقلية أما بالنسبة للأطفال المتوحدون فالأمر معكوس، إلا أن بعـــض الدراســـات إعتبرت التوحد كأحد أشكال التخلف العقلي.
- أرجعت بعض الدراسات الأسباب وراء التوحد لإحتمالية وجود خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي.
- بعض الدراسات أوضحت وجهة النظر القائلة بإرجاع السبب في حدوث التوحد للتنشئة الأسرية غير السليمة.
- أفادت دراسات فيرستر إلى أنه نتيجة للفشل في تقديم التعزيز المناسب لإستجابات الطفل المتطورة المختلفـــة بشكل عام يقلل بالتالي من فرص ظهور الإستجابات المناسبة مقارنة مع الأطفال الآخرين، وبالتالي يتمثل في قلة إستجابات الطفل التوحدي مع البيئة من حوله، والسبب عدم حصول الطفل التوحدي علـــى المعـــززات الإيجابية الكافية لتشكيل سلوكه الإجتماعي وتعزيزه وبالتالي تعلم أشكال السلوك الإجتماعية المختلفة.

إن الدراسات المتعددة السابقة مازالت تعتبر مجرد نظريات لم يتم إثباتها وتأكيدها علميا، وإنمـــا أشـــارت الدراســـات الحالية للتشكيك بها وعدم إعتمادها كأسباب للتوحد. إنما تم تقسيم الأسباب الكامنة وراء التوحد إلى مراحل متمثلة:

1- أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:
2- الأسباب الوراثية أو الجينية:
3- الأسباب البيئية والعضوية "العصابية" :

تشخيص التوحد: يعتمد التشخيص على مظهرين أساسيين وهما مدى التفاعل الإجتماعي وإقامة علاقات مختلفة مـــع الآخرين إضافة لنمو وتطور اللغة، وبما أن تلك الصفات لا تكون متبلورة كما يجب في السنوات الأولى مـــن عمـــر الطفل فإن الأخصائيين يشعرون بوجود علة ما لدى الطفل ولكن لا يمكن التأكد من ذلك بصورة مطلقة إلا بعـــد ســـن الثلاث سنوات.

ونظرا للتشابه الكبير بين أعراض التوحد وأعراض بعض الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقليـــة، الإعاقـــة الإنفعاليـــة وصعوبات التعلم ، يجب عمل دراسة شاملة من مختلف الجوانب للوصول لتشخيص مناسب، ويجـــب عـــدم إعتمـــاد مقياس أو أداة واحدة للتشخيص، بل يجب تنويع الإختبارات التي تقيس جوانب مختلفة لدى الطفل مثل فحص القـــدرة العقلية لدى الطفل ومراقبته لساعات طويلة وفي مواقف وفترات مختلفة، إضافة لدراسة التاريخ الطبي والنمائي للطفل حيث أن التقييم الطبي للطفل يساعد كثيرا في التشخيص مثل فحص النظر والسمع للتأكد من عدم وجود أي مـــشاكل

سمعية أو بصرية، كذلك الفحص الجسمي التقليدي وبإستخدام الأشعة ، والفحص العصبي وتخطيط الدماغ، وفحص الدم وفحص سائل النخاع الشوكي للتأكد من عدم وجود أي خلل عضوي يمكن أن يعزى إليه إضطراب التوحد، أو إمكانية وجود أي خلل ما وبالتالي تحديد العلاج المناسب لذلك.

لذلك إن تشخيص إضطراب التوحد يتطلب فريق عمل كامل من مختلف التخصصات للقيام بتقييم شامل للجوانب المختلفة لدى الطفل مثل فحص القدرة العقلية والملاحظة والمتابعة الطويلة للطفل، وتقييم التاريخ الطبي والنمائي للطفل، ودراسة وضع الطفل الحالي وذلك لمعرفة وتحديد الخصائص السلوكية التي يظهرها وفيما إذا كانت هذه الخصائص ثانوية مصاحبة للإضطراب أم أنها رئيسية في تشخيص حالة التوحد.

إن تشخيص الأطفال التوحديون يعتمد على أدوات وطرق مختلفة لفحص عدة جوانب يشملها التشخيص مثل الجوانب المعرفية ، القدرات العقلية، المهارات المختلفة، نقاط القوة والضعف لديه، الإدراك، العناية بالذات... إلخ.

إن التشخيص المبكر أو التدخل المبكر يعتمد على مبدأين أساسيين :

وجود فريق متنوع التخصصات معتمد على أدوات القياس المتنوعة ليتولى تقييم وتشخيص الجوانب المختلفة لدى الطفل بشكل دقيق مثل أخصائي طب الأطفال، الأعصاب، أخصائي التربية الخاصة، أخصائي النطق واللغة، الأخصائي الإجتماعي، الأخصائي النفسي... وغيرهم من التخصصات المختلفة للوقوف على وجود أو عدم وجود مشكلة ما لدى الطفل كمرحلة أولى من خلال الحصول على المعلومات والبيانات المختلفة الناتجة من إستخدام أدوات القياس والتشخيص المختلفة ومن ثم الوصول إلى فكرة واضحة ودقيقة عن وضع الطفل من كافة الجوانب وذلك للوصول لتصنيف لمشكلة الطفل، والتصنيف هنا ليس هدف بحد ذاته لعملية التشخيص، إنما هو وسيلة لتسهيل الإتصال بين الأخصائيين في المجال، والهدف الحقيقي للتشخيص هو وضع الخطط والبرامج العلاجية المناسبة للطفل وبالتالي مساعدته من خلال تلك البرامج على الوصول لأقصى الطاقات الكامنة لديه وإستغلالها في إعتماده على نفسه مستقبلا.

إعتماد التشخيص المبكر بشكل كبير على تدخل الأسرة ومشاركتها أولا في تقديم المعلومات المختلفة عن وضع الطفل، ومشاركتها ثانيا في عملية التعليم والتدريب لطفلها في حالة إكتشاف وجود مشكلة لديه. ونظرا لكون الأسرة تلعب دور هام وحيوي في دعم عملية التشخيص لدى الطفل بشكل كبير بإعتبارها البيئة التي تحتضن الطفل منذ الأيام الأولى من حياته وبالتالي تعتبر مصدر هام للمعلومات عن وضع الطفل وتطوره ونموه وسلوكاته وجوانب حياته المختلفة وتعتبر الأم أهم عناصر هذه المصادر بإعتبارها التي تقضي معه أكثر الوقت مقارنة مع الأب أو أي فرد آخر في الأسرة وبالتالي يتوفر لديها الوقت الكافي لملاحظته ومراقبته في كل مراحل نموه المختلفة وتتكون لديها صورة وشعور عن تميز طفلها وإختلافه عن غيره من الأبناء الآخرين وبالتالي التدخل بالحصول على الإستشارة المناسبة بالخصوص.

أهمية التشخيص الطبي المبكر للتوحد:

تكون لدى الطفل في السنوات الثلاث الأولى من عمره المراكز العصبية والحسية في الجهاز العصبي ما زالت في مرحلة النمو والتشكل، وهذا يجعل من السهل تغييرها وتوجيهها بشكل أفضل وبالتالي التقليل من بعض أنماط السلوك الحركي أو السلوك الإنفعالي المختلفة ويكون من السهل التأثير عليها بتعديلها إلى سلوكات أكثر قبولا من ناحية إجتماعية والتقليل من أشكال السلوك الشاذة.

نظرا لأن جوانب النمو لدى الفرد مختلفة ومتداخلة مع بعضها ومكملة لبعضها، فإن أي خلل أو إضطراب في جانب ما يؤثر على جانب آخر، بالتالي عدم إكتشاف الإعاقة أو المشكلة في جانب ما في مرحلة مبكرة يؤثر سلبا على مظاهر النمو الأخرى لدى الطفل، ومثال على ذلك يؤدي عدم معالجة أنماط السلوك الحركي الشاذ لدى الطفل المتوحد للتأثير على مظاهر النمو الحركي والمعرفي لدى الطفل مستقبلا.

إن للخبرة المبكرة المكتسبة من الوالدين والبيئة المحيطة في حياة الطفل دور هام وبالتالي وعي الأهل لوجود مشكلة ما لدى الطفل والتعامل معها تؤدي للتخفيف من الأثر السلبي لها ومثال على ذلك الضعف الشديد في اللغة دون التدخل العلاجي المناسب يؤدي لتأخر في النمو والتطور اللغوي لدى الطفل.

إن العديد من أشكال السلوك الشاذ لدى الطفل التوحدي من الممكن تفاديه والتقليل من حدوثه إذا قدمت للطفل التربية الخاصة في المراحل العمرية المبكرة، مع نمو الطفل تزداد الأمور تعقيدا وتصبح أشكال السلوك أكثر ترسخا وإستقرارا مقارنة مع السنوات الأولى من عمر الطفل حيث تتصف بالمرونة والقابلية للتغيير.

إتباع الأهل للأساليب العملية التربوية السليمة في التعامل مع الطفل تقلل من السلوكيات غير المرغوب بها وهذا يأتي في فترة الخبرات الأولى ويؤدي بالتالي للتقليل من الضغوطات والقلق الناتج من عدم تفهم الأهل لطبيعة الإضطراب والطرق المناسبة للتعامل مع الطفل التوحدي.

التشخيص الطبي: لا يوجد إختبار طبي واحد لتشخيص التوحد ومن أجل التوصل لتشخيص دقيق يجب أن يتم فحص الطفل من قبل مختص ذو خبرة في تحديد مستويات الطفل السلوكية، الإتصالية والنمائية، إضافة لضرورة إستخدام الطبيب لعدد من الإختبارات الطبية للتخلص من المسببات الأخرى وحصر الإضطراب في التشخيص التوحدي الدقيق ويتم عادة التشخيص من قبل فريق متعدد التخصصات يضم طبيب أعصاب، طبيب نفسي، طبيب أطفال، إختصاصي نطق، إستشاري تربية خاصة وغيرهم من المختصين بالتعامل مع حالات التوحد، لذا يعتبر أخذ التاريخ الطبي للأم من أهم العوامل المساعدة للوصول للعوامل المسببة أو المصاحبة لحالات التوحد، كذلك الإهتمام بالتاريخ الأسري حول وجود بعض الأمراض الوراثية كنقص متلازمة الكروموسوم الجنسي الذكري الهش أو حالات الفينالكيتونيوريا وغيرها من العوامل، ومن خلال الإهتمام بالتطور النمائي للطفل منذ الولادة وفي مراحل الطفولة الأولى خصوصا في الأشهر الأولى من عمر الطفل، مع الأخذ بعين الإعتبار أنه لا توجد لدى الطفل التوحدي أي علامة فارقة إلا إذا رافق الإضطراب حالات مصاحبة من:

الفينالكيتونيوريا والمعروف إختصارا PKU ويمثل مجموعة إضطرابات وراثية في عملية التمثيل الغذائي للفينل الانين، ويتمثل بغياب أنزيم الفنيل الانين هايدروكسيليز والذي ينتجه الكبد لحاجة الجسم لتحويل الحامض الأميني المعروف بإسم الفنيل الانين إلى تيروسين وما يحدث هو أن الفنيل الانين يتجمع بكميات كبيرة وسامة للجسم مما يؤدي لإنتقاله للدم والدماغ والأنسجة والبول، وعدم معالجة هذا المرض تؤدي للتخلف العقلي حيث أن نسبة الذكاء في معظم الحالات دون 60 مما يعني أن حالة التخلف العقلي تكون شديدة أو شديدة جدا.

متلازمة الكروموسوم الجنسي الذكري الهش: يصيب الذكور وتراوح نسبة الذكاء فيه من ذكاء طبيعي لتخلف عقلي مع شذوذ في السلوك والنمو، وقد يكون شكل الوجه متميز "رفيع وطويل" مع بروز الأذنين للأمام وبروز الفك السفلي وقد تكون الخصيتان كبيرتان في مرحلة ما قبل البلوغ.

حالة التصلب الدرني: تتراوح ظهور الأعراض حسب شدة تأثير العامل الجيني فقد يكون الطفل مصاب بتخلف عقلي شديد مع أعراض أخرى مثل البقع البيضاء على الجذع وزوائد لحمية على الوجه وتحت الأظافر ونوبات صرع مبكرة وأحيانا تكون شديدة مع ضعف في القدرة العقلية وقد يكون الطفل مصاب بالتوحد في نفس الوقت.

يستخدم الأطباء مصطلحات لتشخيص والإشارة إلى الأطفال المتوحدون ويظهرون بعض وليس كل خصائص وأعراض التوحد كما جاء تصنيفها في الدليل الإحصائي والتشخيصي **لجمعية الأمراض النفسية الأمريكية** وهي كالتالي:

- الإعاقة النمائية المعممة.
- الإعاقة النمائية المنتشرة أو المعممة.
- عرض إسبيرجر وعرض ريت

الإعاقة	التاريخ الطبي	الأعراض التشخيصية العيادية
التوحد	نمو وتطور إجتماعي وإتصالي غير عادي، قد ينمون بشكل طبيعي لغاية عمر 18-24 شهر، وتراجع واضح في المهارات الإجتماعية والإتصالية. نسبة إنتشار أكثر لدى الذكور مقابل الإناث	إعاقات نوعية في التفاعل الإجتماعي واللغوي بالإضافة إلى إهتمامات محصورة و أو سلوكات نمطية: نسبة ذكاء تتراوح من الإعاقة إلى الإعتيادي: نمو جسمي طبيعي، ولا وجود لأي هلاوس. لا يمكن الشفاء منه
عرض ريت	يتميزون بنمو مبكر طبيعي، ومن ثم تراجع واضح في النمو	يحدث في الإناث فقط، صغر حجم الدماغ، يتميزون بسلوك متكرر ونمطي في الكتابة أو أي سلوكات غريبة أخرى، قد تتواجد أعراض التوحد، قد تحدث حالة التشنجات في البلوغ
الإعاقة العقلية	ملامح تأخر وتراجع مبكرة، تدني ملحوظ في مستوى القدرات في مختلف المجالات، يعتبر إضطراب سلوكي	نسبة ذكاء أقل من 70% مع تأخر واضح في السلوك التكيفي، بشكل عام هناك تأخر واضح في جميع الجوانب، يظهرون سلوكات إجتماعية ولغوية قد تتناسب مع عمرهم العقلي

تصنيف التوحد حسب دراسة جمعية الأطباء النفسين الأمريكية:

إضطراب الريت: Rett يعتبر من أنواع التوحد التي يظهر بها تلف شديد في تطور اللغة وصعوبة التعبير في الحديث مع الآخرين لجانب تأخر حركي نفسي وعدم القدرة على الإختلاط الإجتماعي المبكر، وعدم إمتلاك المهارات اليدوية المكتسبة مسبقا بشكل فعال خاصة بين الفترة من 5 شهور و30 شهر.

إضطراب الإسبيرجرز: Aspergers : نوع آخر من إضطراب التوحد يصيب نسبة 20 – 25 طفل من كل 10,000 طفل وعرف على يد العالم النمساوي هانز اسبيرجر، وسمي بإسمه، يظهر على شكل إنحرفات وشذوذ في الأمور التالية:

أ- خلل كيفي في التفاعل الإجتماعي مثل الفشل والنقص في التبادل الإجتماعي مع الأقران.

ب- مظاهر سلوكية نمطية مثل إنهماك مستمر في الأغراض.
ت- خلل في مجال التوظيف المهني علما بأنه لا يوجد تأخر جوهري في اللغة أو النمو المعرفي.
ث- عيوب لغوية من تشبيه وإيجاز ونقد وبلاغة.

إضطراب التوحد: Autistic Disorders: من ضمن المعايير التشخيصية المستخدمة للتمييز بين الشذوذ العصبي وفيها الخلل النوعي في التفاعل الإجتماعي مثل الفشل في تنمية العلاقات مع الأقران حسب المستوى النمائي وخلل نوعي في التواصل مثل الإفتقار للعب المتنوع والتخيلي التلقائي أو اللعب التظاهري الإجتماعي ويكون لدى الطفل مظاهر سلوكية نمطية مثل حركات جسدية ذات أسلوب نمطي، أيضا لديه تأخر في اللعب الرمزي أو التخيلي.

إضطراب الطفولة الإنحلالي: Childhood Disintegrative Disorders: يتسم بالشذوذ الوظيفي في مهارات التفاعل الإجتماعي مثل الفشل في مهارة تفاعلات العواطف، وتلف في مهارات مكتسبة مثل اللعب علما بأن لديهم لعب طبيعي خلال العامين الأوليين ولديهم شذوذ وظيفي في الأنماط السلوكية وتلف إكلينيكي في المهارات الحركية. يجب أن تراعى هذه الأمور أثناء العلاج باللعب.

إضطراب نمائي شامل غير محدود Typical Prevasive Developmental Disorder: تشمل هذه النوعية التوحد الشاذ غير النمطي وتستخدم مع الإضطراب الشامل في نمو التفاعل الإجتماعي المتبادل ويظهر أثناء اللعب، ويعتبر التوحد في الوقت الحاضر إضطراب أو ملازما له ولذلك يعرف سلوكيا Behavioral وتظهر المظاهر المرضية الأساسية قبل أن يصل عمر الطفل ل 30 شهرا حيث تتضمن الإضطرابات التالية:

أ- إضطراب في سرعة أو تتابع النمو (مراحل النمو).
ب- إضطراب في الإستجابات الحسية للمثيرات.
ت- إضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.
ث- إضطراب في التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث والموضوعات

أما فيما يخص خصائص التوحد:

- العمر الزمني للإصابة بالتوحد خلال فترة الثلاث سنوات الأولى من العمر.
- نسبة الإصابة بالتوحد حوالي 20 طفل من كل 10,000 طفل .
- الإضطراب نتيجة خلل عصبي يؤثر في عمل الدماغ Brain .
- الإصابة والجنس، حيث ينتشر بين الأطفال الذكور 4 مرات عنه بين الأطفال الإناث.
- الظروف البيئية: الإصابة ليس لها علاقة بالظروف الثقافية أو الإجتماعية أو العرقية أو الأسرية أو مستوى المعيشة أو التعليم .
- آثاره على السلوك حيث يؤثر على النمو الطبيعي للدماغ عند المصاب، فيتأثر التفكير والتفاعل الإجتماعي وتضطرب مهارات التواصل مع الآخرين ويحدث قصور في التواص اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الإجتماعي وأنشطة اللعب وأوقات الفراغ ومن حيث التفاعل الإجتماعي وإضطراب القدرة على التواصل يصعب إندماجهم في الحياة الإجتماعية.
- مظاهر سلوكية: الطفل التوحدي هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي . وبالرغم من ذلك فإن سلوكياته الصعبة التي يبديها الطفل التوحدي هي عقبة ثانوية للتوحد، والتوحد لا يعتبر فقط مجموعة

من السلوكيات عديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية، إنما مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقا وغاضبا، محبطا، ومفرط الحساسية. (د. عبد الله حمدان، مترجم، 2000)

سمات أطفال التوحد: أشار هوارد و أورلنسكي (1980) Haward & Orlensky كما ورد في (النجار، 2006) للسمات التي يتصف بها الأطفال عند الإصابة بإضطراب التوحد وتشمل:

- العجز الجسمي الظاهر ومتمثل بشكوك الأم بسلوك طفلها على أنه أصم أو كفيف.
- البرود العاطفي الشديد: بمعنى إفتقاد الطفل إلى الإستجابة لمشاعر العطف والإنتماء للآخرين، ويعتقد الأهل أن الطفل يعزف عن الآخرين ولا يهتم كونه وحيدا.
- تكرار السلوك النمطي مثل إهتزاز الجسم للأمام والخلف أثناء الجلوس والدوران حول النفس وترديد كلمات محددة أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت.
- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب والصعوبة في تعامل الأهل مع الأنماط السلوكية الشاذة مثل عض الجسد حتى النزيف، أو ضرب الرأس بالحائط.
- الكلام النمطي: عند الإصابة بإضطراب التوحد يتصف الأطفال بالبكم، حيث لا يتكلموا إنما الهمهمة ويكون التكرار النمطي للكلام مباشر أو قد يحدث متأخر.
- قصور السلوك أي بمعنى التأخر في نمو السلوك، قد يكون العمر الزمني للطفل عند التوحد 5 سنوات بينما سلوكه يتماثل مع سلوك الطفل العادي بالسنة الواحدة من العمر. مع إفتقاده للإستقلالية Independency ويعتمد على الآخرين في طعامه وإرتداء ملابسه. (النجار، 2006)

خصائص وسمات الأطفال التوحديين: إن إضطراب التوحد يعني وجود خصائص مشتركة لدى التوحديين متمثلة بالجوانب التالية:

- **الخصائص السلوكية:**

تبدو سلوكيات التوحدي بسيطة ولها نزعة قسرية ، إضافة لشيوع السلوك غير اللفظي ويرى سلويفان (Sullivan 1988 ,) أنه ممكن تقديم وصف سلوكي له ملامح رئيسية متمثلة ب:

1- عدم قدرة على إستخدام اللغة بالشكل السليم الذي يؤدي لعدم تواصل مع المحيطين ووحدة شديدة.
2- روتين معين مكرر.
3- ملازمة هذه الملامح للفرد التوحدي طيلة حياته، قد تقل حدتها نتيجة برامج التدريب والتعليم المتلازمين.

- تختلف السلوكيات بحدتها وأسلوبها من فرد توحدي لآخر ومتمثلة بالقصور الشديد في التواصل مع المحيطين، والقصور في الكلام، حزن شديد لا يمكن إدراك سببه، مع تأخر في القدرات في مجالات معينة، والتفوق في مجالات أخرى، اللعب بشكل متكرر وغير معتاد، حركات جسمية غريبة مثل الرفرفة باليدين او الإهتزاز، مع وجود إستجابات وردات فعل غير مناسبة للمثيرات الإدراكية، تجنب النظر في العيون، قد تتوفر لدى الطفل التوحدي قدرات فائقة في المهارات الحركية ووجود نشاط حركي زائد أو الإتسام بالكسل والخمول، مع عدم الإحساس لظاهرة الألم، قد يؤدي لسلوك إيذاء الذات،
- ما نسبته 25% تقريبا من التوحديين قد يعانوا من نوبات صرع عند فترة البلوغ،
- نسبة 65% من التوحديين لا يستخدموا اليد اليمنى،

- إن أي قصور حاد في أداء الطفل كما يراه شاكر قنديل (2005) يؤدي لعجز في عمليات نمو الشخصية وبالتالي تقليل خبرات الطفل وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجز عن التأثير في بيئته، وبالتالي يمنع تحقيق تعزيز سلوكيات جديدة. (الخطاب 2005)

الخصائص الحركية:

- رغم التأخر البسيط في النمو إلا أن الطفل التوحدي يصل لمستوى نمو حركي مماثل للطفل العادي من نفس السن، وتظهر بعض الجوانب الحركية غير الطبيعية مثل طريقة خاصة في الوقوف، مع تكرار حركات معينة عدة مرات متواصلة أو الرفرفة بأيديهم وهذه عادة ما ترصد بأوقات يكونوا فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر للنور يضاء أو يطفأ (شاكر، قنديل، 2000)
- تعتبر سمة النشاط الحركي الزائد Hyperkinesis من أهم السمات الحركية لدى الطفل التوحدي بينما نقص الحركة Hypokinesis تعتبر أقل تكرارا وقد تتحول لفرط النشاط، مع ملاحظة سلوكيات إنفعالية سلبية من عدوان، غضب، دون أي سبب ظاهر مع قصور في مدى الإنتباه وإنعدام القدرة للتركيز على المهمة، الأرق ومشكلات الطعام والتغذية مع وجود إضطرابات في الإخراج التي تعتبر شائعة لدى الأطفال التوحديين. (حسن مصطفى، 2001)

الخصائص البدنية:

- إن الإضطراب الوظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر يجعل الطفل التوحدي يمارس إستخدام الأيدي بشكل متردد وغير ثابت، هنالك أيضا إختلاف في خصائص الجلد وبصمات الأصابع Finger Prints نتيجة خلل أو إضطراب في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم Neuroectodermal Development.
- المظهر العام للطفل التوحدي لائق ويكون أحيانا جذابا بشكل ملفت.
- طول القامة خاصة في مرحلة 2 – 7 سنوات أقصر طولا مقارنة بأطفال عاديين من نفس العمر.
- الإصابة لدى التوحديين بإضطرابات الجهاز التنفسي من حساسية وربو ونوبات ضيق التنفس ملاحظة أكثر مما لدى الأطفال العاديين.
- الإضطرابات المعوية وحالات الإمساك أو الشلل في حركة الأمعاء لدى التوحديين أكثر من حدوثها بين أطفال المجتمع عامة.
- التجاوب مع الأمراض لدى التوحديين وإنعكاساتها عليهم تختلف عن الأطفال العاديين حيث قد لا ترتفع درجة حرارة الطفل التوحدي نتيجة مرض وقد لا يعاني أو يشكو من الآلام كطفل عادي آخر، وبالتالي نعتبر سلوكيات الطفل التوحدي أكثر هدوء وتحسن أثناء المرض (Frame, et al, 1987)

الخصائص العقلية:

- حواس غير متمايزة مثل حواس الطفل العادي ولكن إنتقائية فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون بها.
- الإستجابة لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة.
- يذكر (خطاب2005) كما يراه حسن مصطفى أن حوالي 40% من الأطفال التوحديين نسبة ذكائهم (50 – 55) (تخلف عقلي متوسط، شديد أو عميق) بينما نسبة 30% تعتبر نسبة ذكائهم 70 أو أكثر، وقد أظهرت الأبحاث الكلينيكية والوبائية أن الخطورة بالنسبة لإضطراب التوحد يزداد بتناقص نسبة الذكاء.

- نسبة 5/1 من الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي عادي تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي Visiospotial (التصور المكاني) أو مهارات الإستظهار من الذاكرة Memory Rote وهذه النتائج تؤكد أهمية الخلل المرتبط بالوظائف اللغوية.
- يرى (روتر، 1983) أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة ومرتبطة بتحصيلهم الدراسي بشكل معقول وأن نسبة الذكاء لم يطرأ عليها تغيير كون الطفل أصبح أكثر إجتماعيا، وذلك يعزوه روتر إلى تفسيرين محتملين لأداءه المنخفض في إختبارات الذكاء:

أ- أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة ولكن يتعمد التجنب على الإجابة.

ب- إن أداء الطفل التوحدي يكون محكوما بطبيعة موقف الإختبار وليس بصعوبة المهمة المطلوبة.

الخصائص الإجتماعية:

- الإنسحاب من المواقف الإجتماعية للطفل التوحدي، يعتبر السمة الأساسية والمميزة، ولكن شاكر قنديل (2000) إختلف بتعميم هذه السمة حيث وجد أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة في الإقتراب من الأشخاص المألوفين لديهم والأطفال الأقل قدرة قد يعانوا قلق حاد إذا غاب عن حياتهم شخص كبير ومألوف لديهم.
- يتم تفسير بعض سلوكيات الأطفال التوحديين من خلال عجزهم عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم وعدم القدرة على تبادل المشاعر في المواقف الإجتماعية أو فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الإجتماعي، وهذا يفسر من خلال العجز عن تفسير مشاعر الآخرين خاصة التواصل غير اللفظي، ويظهر بالتالي لديهم قصور في توفيق سلوكهم مع حاجات الآخرين.
- من الممكن وحسب رأي (مصطفى، 2001) التعميم بأن الأطفال التوحديين يفشلوا في إظهار علاقات عادية مع والديهم والناس المحيطين. نتيجة للنقص فيما يتعلق بالإبتسامة الإجتماعية والتلاحم البصري غير السوي يؤدي لنمو إجتماعي متميز بالنقص وفشل مبكر في الإرتباط النوعي مع عدم القدرة على التعرف وتمييز معظم الناس المهمين مع إظهار إنعدام من قلق الإنفصال وفشل في اللعب مع الأقران، وخصوصا الفشل في إظهار التعاطف Empathy بصورة واضحة.

الخصائص الإنفعالية: تتمثل بنقص المخاوف من الأخطار الحقيقية، مع عدم قدرة على فهم مشاعر الأفراد المحيطين به، ولديه تقلب مزاجي مرتفع مع عدم إستقرار إنفعالي، رغم تقليده للآخرين في بعض التعبيرات الإنفعالية ولكن هذا ليس دليل على فهمه وتفاعله بالشكل الطبيعي. (شقير، 2002).

ونجد بعض الخصائص الأخرى مثل:

- مشكلة النوم: حيث القلق والنوم المتقطع غير المتواصل.
- مشكلة الأكل والشرب: متمثل بالأكل بشراهة دون الشعور بالشبع، مع تفضيل بعض الأطعمة وتكرارها دون التنويع،
- مشكلة السلامة: حيث أن التوحدي لا يدرك الخوف من الأخطار (كعبور الشارع أثناء سير السيارات)
- التغيرات في بيئته لا يهتم بها
- مشكلات إدراكية حيث لديه خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.
- نقص القدرة على الإستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم: لا يستطيع نقل وتعميم ما تعلمه من بيئة لبيئة أخرى. (زينب شقير، 2002)

عند إستعراض الأسباب المفسرة للتوحد (الأوتيزم) الذاتوية، ونظرا لصعوبة التواصل والتفاعل الإجتماعي مع الطفل التوحدي، وجد الباحثين أن هنالك تداخل بين عدة أسباب لحدوث هذا الإضطراب، وقد كان كارنر أول من بحث في أسباب حدوثه ومن ثم توالت دراسات عديدة للتوصل لأهم الأسباب:

أسباب إجتماعية – أسرية: متمثلة بتعرض الطفل للعديد من العوامل منها التعرض للعديد من المشكلات الإقتصادية والإجتماعية داخل الأسرة، خوف الطفل وإنسحابه من الجو الأسري والإنطواء على نفسه أو تعرض الطفل إما للحرمان الشديد داخل أسرته أو الضغوط الوالدية المتعددة، كذلك إن تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته وشعوره بالفراغ الحسي والعاطفي يشجعه على الإنغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.

أسباب نفسية وعضوية: متمثلة بتعرض الطفل التوحدي لإنفعالات حادة الذي يبدأ على شكل فصام الطفولة ومن ثم يتطور لتظهر أعراضه في المراهقة، وقد أوضحت التحاليل التصويرية للدماغ ظهور إختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ وفروق واضحة في المخيخ وضمور حجم المخيخ خاصة في الفصوص الدورية رقم (7،6) حسب قراءة تخطيط الدماغ E.E.G حيث تظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية لدى حوالي 20 – 65% من حالات التوحد، إضافة لزيادة نوبات الصرع خاصة مع تقدم عمر الطفل. وتم تعليل ذلك علميا لوجود خلل في النظام البيولوجي للطفل الذي ينتج عنه الإصابة بالإضطراب، حيث هنالك تشابه في الأعراض بين الإختلال النفسي والسلوكي الناتج عن أذى أو تلف الجزء الأيسر من المخ وبين تصرفات الأطفال التوحديين اللغوية والمعرفية والسلوكية.

أسباب إدراكية: يرى أنصار هذا المنظور أن التوحد سببه إضطراب إدراكي نمائي، حيث لدى الطفل التوحدي إنخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة التي ترجع بدورها إلى إنخفاض قدرتهم على الإدراك إضافة لإضطراب اللغة (زينب شقير، 2002)

أسباب عصبية بيولوجية: يظهر الأطفال التوحديين أدلة متعددة عن تعقيدات في المرحلة قبل الولادية حيث يوجد لديهم شذوذ جسمي فطري وهذا مؤشر على أن تعقيدات الحمل خلال الشهور الأولى تعتبر ذات دلالة هامة. إضافة لأن أعراض التوحد ترتبط بظروف ذات إضطرابات عصبية، الحصبة الألمانية Rubella، الفنيل كيتونيوريا Pku، التصلب الدرني sclerosis ous وإضطراب ريت. ويظهر رسم موجات الدماغ E.E.G لدى ما نسبته 10 – 23% عدد من الأشكال المختلفة غير الطبيعية وهذا بالتالي يعكس خلية غير سوية خلال الشهور الستة الأولى على الهضم، وأظهرت الدراسات التشريحية تناقص في عدد خلايا باركنجي، كما أوجدت زيادة في العمليات الحيوية لدى الأطفال التوحديين (Balottin, 1989.)

أسباب مناعية: وجود بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين تساهم في حدوث إضطراب التوحد، وتدعم نظرية إحتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء الحمل أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثروا وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات.

أسباب جينية: أثبتت البحوث والدراسات أن نسبة 2:4% من أشقاء الأطفال المصابين بالتوحد كانوا مصابين بإضطراب التوحدية، وهذه النسبة تصل إلى 50 مرة أكثر مما يحدث في المجتمع العام، ومن خلال دراسات التوائم وجد أن نسبة تصل إلى 36% بين زوجي التوائم العادية الزيجوت مقابل صفر % بين زوجي التوائم ثنائية الزيجوت، وبالتالي فإن الإقتران الزيجوتي وجد في حوالي نصف العينة، وتشير الدراسات حسبما أفاد (الخطاب، 2005) بأن الأعضاء في الأسرة المصابين بالتوحد لديهم عدة مشاكل لغوية أو معرفية ولكن بشكل أقل حدة من الشخص التوحدي في أسرة ليس بينها مصاب به.

العوامل قبل الولادية: تم رصد حالات حدوث عالية لتعقيدات في المرحلة قبل الولادية لدى الأطفال المصابين بإضطراب التوحد وقد يكون بعضها عرضي كعامل سببي. كما أن للسائل الداخلي المحيط بالجنين وجد بتاريخ الأطفال التوحديين أكثر مما لدى الأطفال العاديين حيث يسبب للطفل بعد الولادة متاعب تنفس وأنيميا وتشير بعض الدراسات لتأثير العقاقير التي تتعاطاها الأم خلال فترة الحمل على الأجنة والنتيجة بالتالي ميلاد طفل توحدي.

عوامل عصبية تشريحية: أوجدت الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد وتحدث في الفص القذالي Occipital lobe والفص الجداري Parietal lobe والفص الصدغي Temporal lobe، ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية ولم توضح السبب في ذلك وقد أوضح (الخطاب، 2005) أنه وبالرغم من أن المتضمنات الخاصة والسببية لهذا الكبر غير محددة فإن الحجم الزائد يمكن أن يظهرمن ثلاثة ميكانزمات مختلفة محتملة هي إزدياد الأسباب العصبية، نقص الموت لأسباب عصبية، وإزدياد إنتاج أنسجة المخ غير العبية مثل الخلايا الجلالية glial cells أو الأوعية الدموية، ولم يتم التعرف عليها تفصيليا بإعتبارها عجز عصبي تشريحي لدى التوحديين فإنه يفترض أن المخ الذي يزيد نفسه يمكن أن يكون علامة بيولوجية لإضطراب التوحد، أما الفص الصدغي فيعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لإضطراب التوحد، كذلك نقص في خلايا باركنجي Purkinje's cells في المخيخ، وهذا النقص من المحتمل أن يؤدي للحالات غير العادية في الإنتباه والإثارة في العمليات الحسية، (Balottin, et, al 1989)

عوامل بيوكيميائية: إن نسبة ثلث مرضى إضطراب التوحد سجل لديهم إرتفاع في نسبة بلازما السيورتينين Plasma serotonin وهذا الإكتشاف ليس خاص بالتوحديين فقط، كذلك مشترك مع الأطفال المتخلفين عقليا والمرضى بإضطراب التوحد دون التخلف العقلي لديهم نسبة عالية من الهيبرسيروتانيميا Hyperserotonemia ولدى بعض التوحديين توجد زيادة في السائل النخاعي الشوكي Cerebrospinal وحامض الهوموفانيليك Homovanillic (العامل الأيض الرئيسي للدوبامين) وقد يكون هذا الحامض في تناسب عكسي مع مستوى السيروتونين في الدم، وهذه المستويات تزداد بنسبة الثلث لدى التوحديين، ومشترك أيضا لدى المصابين بالتخلف العقلي (Balottin, et, al 1989)

تشخيص التوحد: وضع الدليل التشخيصي الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكي (DSM III , 1980) خصائص تشخيصية تميز الطفل التوحدي ومتمثلة بالنقاط التالية:

- عدم ظهور الأعراض قبل مرور 30 شهر من ميلاد الطفل.
- عجز الطفل عن التقليد والمحاكاة.
- سلوك فرط النشاط.
- الميل للعزلة الإجتماعية والإنطواء على الذات.
- قصور في اللغة مع قلب الضمائر.
- ضعف القدرة على الإهتمامات والتعلق بأشياء تافهة.
- ليس هناك تفكك في الشخصية ولا توجد لديه هذايانات أو هلاوس وغياب الكلام المفكك.
- عدم القدرة على الإستجابة للآخرين.
- عجز القدرة على التخيل.

عند ظهور الطبعة الرابعة و من الدليل التشخيصي لرابطة الطب النفسي الأمريكي DSM IV عام 1994 فقد قدم تصنيفين للتوحد:

1- التوحد الطفولي بوجود أعراض كاملة .

2- التوحد الطفولي بوجود أعراض متبقية.

وهذا ساهم بوضع التوحد على أنه أحد أشكال الإضطرابات النمائية العامة، واضعا لعدد 16 معيار لتشخيص التوحد تقع ضمن 3 فئات:

أ- قصور التواصل اللفظي والنشاط التخيلي

ب- قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي المتبادل

ت- إظهار مدى محدود جدا من النشاطات والإهتمامات، وإشترط توافر عدد 8 معايير من الفئة أ، وفقرة من الفئة ب، وفقرة من فئة ج، ولا يعتبر المعيار متحقق إلا إذا كان السلوك شاذ بالنسبة للمستوى النمائي للطفل.

التفاعل الإجتماعي:

- عجز واضح في مستوى الوعي بمشاعر الآخرين.
- بحث شاذ عن الراحة في أوقات الإنعصاب.
- عطب سلوك المحاكاة (لا يشير بيده مثل الآخرين ولا يقلد نشاطات الأم...)
- شذوذ في اللعب الإجتماعي (اللعب الفردي دون مشاركة باللعب الجماعي)
- عجز واضح في القدرة على تكوين علاقات صداقة مرجعية.

الإتصال اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي:

- لا توجد لدى الطفل التوحدي وسيلة للإتصال إنما يصدر أصوات غير مفهومة دون إظهار تعبيرات وجهية أو إيماءات مقبولة.
- غياب النشاط التخيلي.
- نقص وشذوذ واضح في الحصيلة اللغوية
- شذوذ واضح في محتوى الكلام ويتضمن النمطية أو تكرار الكلام
- عطب واضح في القدرة على المبادرة في الحديث أو إستمراره.
- إستخدام لغة غير مناسبة وغير لائقة.
- قصور واضح في تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم إمتلاك الطفل قدرة على الكلام.

حصيلة محدودة من النشاطات والإهتمامات:

- حركات جسمية نمطية
- الإنشغال والإهمال الكامل بشكل متواصل بأجزاء معينة من الأشياء (لمس شيء بشكل متكرر)
- الإنفعال والتوتر عند حدوث تغيرات بسيطة في البيئة.
- إصرار غير منطقي على روتين يومي مع إتباع نفس النمط من النشاطات

ويشترط أن يكون الإضطراب قد ظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل. (عمر بن الخطاب ، 1991، جمال القاسم وآخرون ، 2000)

إن تشخيص الإضطراب التوحدي طبقا للدليل الإحصائي الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM IV، 1994، يعتمد تشخيص التوحد إذا توافرت علامة واحدة في كل جزء من أ، ب، ج إضافة ستة على الأقل من المجموع (DSM IV, 1994)

أو عجز كيفي في التفاعل الإجتماعي يظهر من خلال:

- عجز واضح في إستخدام السلوك غير اللفظي المتعدد Multiple non verbal Behaviour مثل الحملقة بالعين Eye – to – eye gage والتعبير الوجهي Facial Expression والوضع الجسدي Body Postures أو الإيماءات Gestures
- الفشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.
- فشل البحث التلقائي عن مشاركة المتعة والإهتمام مع الآخرين.
- فشل المشاركة الإجتماعية والعاطفية.

العجز الكيفي في الإتصال Communication:

- تأخر أو نقص كامل في تطور اللغة اللفظية مع محاولة إيجاد لغة أو طريقة بديلة للإتصال مثل الإشارة.
- عجز واضح في القدرة على البدء الحوار مع الآخرين.
- إستخدام متكرر للغة.
- الإفتقار إلى محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الإرتقائي.

الأنشطة والإهتمامات:

- الإنشغال بنوع واحد أو أكثر من الإهتمامات من إعطاء تركيز مكثف.
- إنشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس ككل .
- سلوك نمطي متكرر.

ملحق رقم (5) كتاب موجه من مركز الطفل السعيد لدائرة التربية وعلم النفس:

PALESTINIAN HAPPY CHILD CENTRE

التاريخ: 2007/4/16

حضرة الدكتور غسان سرحان المحترم،،
رئيس دائرة التربية وعلم النفس – عمادة الدراسات العليا،
جامعة القدس،،

الموضوع: مقترح الدراسة البحثية للطالبة هبة المهتدي،،

حيث أن الطالبة المذكورة قد حضرت إلى المركز وبحثت مع المختصين مقترح دراستها وبرنامجها الارشادي

نود إعلام حضرتكم أن مركز الطفل السعيد وهو مركز يعنى بذوي الإحتياجات الخاصة بشكل عام ، لدينا عدد من المنتفعين من الأطفال التوحديين، ونظرا لإهتمامنا بهذه الفئة ، نعلمكم رغبتنا بإستيعاب الطالبة هبة المهتدي لعمل دراستها الحالية والتي بعنوان:

"فعالية برنامج إرشادي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال"

هذا مع شكري وتقديري

دجمانة عودة

مديرة المركز

Ramallah, Al-Ersal Str. Sunrise Bld. 5th floor, No. 503
Tel / Fax 00972-2-2964482 P. O. Box 54963 Jerusalem,
, www.phcc-pal.orgphcc99@palnet.comEmail:

ملحق رقم (6) صور المجموعة في اللقاءات الإرشادية

فهرس الجداول

الرقم	إسم الجدول	الصفحة
2.1	مخطط سير الدراسة والبرنامج الإرشادي	**47**
3.1	توزيع أفراد الدراسة حسب متغيرات الجنس، عمر الطفل، صلة القرابة بين الأم والأب، ترتيب الطفل في الأسرة، مكان السكن، مستوى تعليم الأم، وجود أقارب آخرين مصابين بالتوحد، والمشاركة في البرنامج الإرشادي.	**82**
3.2.1	نتائج معامل الارتباط مقياس السلوك الانسحابي مع الدرجة الكلية لاداة الدراسة قبل تطبيق البرنامج	86
3.2.2	نتائج معامل الارتباط مقياس السلوك الانسحابي مع الدرجة الكلية لاداة الدراسة بعد تطبيق البرنامج	87
4.1.1	نتائج الفحص القبلي	94
4.1.2	نتائج الفحص البعدي	95
4.2	نتائج إختبار ت (t-test) لتوضيح فاعلية برنامج إرشادي للحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين	97
4.3	نتائج إختبار ت (t-test) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا للجنس	98
4.4	نتائج إختبار ت (t-test) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا لعمر الطفل	99
4.5	نتائج إختبار ت (t-test) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا لصلة القرابة بين الأم والأب	100
4.6	الأعداد، المتوسطات الحسابية، الإنحرافات المعيارية لدرجة السلوك الإنسحابي تبعا لترتيب الطفل في الأسرة	101
4.7	نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي (One-way analysis of variance) للفروق في درجة السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا للترتيب الميلادي	101
4.8	الأعداد، المتوسطات الحسابية، الإنحرافات المعيارية لدرجة السلوك الإنسحابي تبعا لمكان السكن	102
4.9	نتائج إختبار تحليل التباين الأحادي (One-way analysis of variance) للفروق في درجة السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا لمكان السكن	102
4.10	نتائج إختبار ت (t-test) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي للأطفال التوحديين تبعا لمستوى تعليم الأم.	103

4.11 نتائج إختبار ت (t-test) للفروق في درجة الحد من السلوك الإنسحابي 104
للأطفال التوحديين تبعا لوجود أقارب آخرين مصابين بإضطرابات أخرى
4.12 نتائج إختبار (Paired sample t-test) لتوضيح الفروق في درجة المتوسطات 105
الحسابية للبرنامج الإرشادي وتوقعات الأمهات من البرنامج وحاجاتهن والغرض
من كل فقرة قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
.1	قائمة بأسماء المحكمين الذين تم عرض أداتي الدراسة عليهم لمطالعتها وإبداء الرأي فيها.....	125
.2	إستبانة الدراسة بعد التحكيم والتعديل.....	126
.3	المخطط التفصيلي للبرنامج البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي.....	131
. 4	المادة التثقيفية خلال البرنامج الإرشادي.....	137
.5	كتاب مركز الطفل السعيد الموجه لدائرة التربية وعلم النفس	157
.6	صور المجموعة الإسترشادية بأحد اللقاءات.....	158

فهرس المحتويات

الرقم	المبحث	الصفحة
	الإقرار.....	I
	شكر وعرفان.....	II
	التعريفات الإجرائية.....	III
	الملخص بالعربية.....	V
	الملخص بالإنجليزية.....	VII
	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها	
1.1	مقدمة.....	2
1.2	مشكلة الدراسة.....	4
1.3	أسئلة الدراسة.....	4
1.4	فرضيات الدراسة.....	4
1.5	أهداف الدراسة.....	6
1.6	أهمية الدراسة.....	6
1.7	محددات الدراسة.....	7
	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
2.1	المقدمة.....	9
2.1.1	الإطار النظري.....	9
2.1.2	البداية التاريخية لدراسة التوحد.....	13
2.1.3	إنتشار إضطراب التوحد.....	16
2.1.4	واقع التوحد في فلسطين.....	17
2.1.5	مسار إضطراب التوحد.....	18

2.1.6	أنواع التوحد.....	19
2.1.7	آراء في تفسير التوحد.....	20
2.1.8	تشخيص التوحد وفق الدليل التشخيصي	21
2.1.9	الوسائل المساعدة في عملية التشخيص	22
2.1.10	أهمية التشخيص المبكر للتوحد	24
2.1.11	النظرية المعرفية السلوكية	25
2.1.12	أهداف الإرشاد والعلاج النفسي في النظرية المعرفية السلوكية.....	29
2.1.13	فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.....	30
2.1.14	أساليب النظرية العلاجية المعرفية.....	31
2.1.15	بناء البرنامج الإرشادي.....	32
2.1.16	العلاج المعرفي السلوكي.....	33
2.1.17	أنواع التدخلات العلاجية السلوكية....	35
2.1.18	البرنامج الإرشادي.....	40
2.1.19	فنيات وتكنيكات العلاج في البرنامج	49
2.2	الدراسات السابقة.....	57
2.2.1	الدراسات العربية.....	57
2.2.2	الدراسات الأجنبية.....	68

الفصل الثالث: طرق الدراسة وإجراءاتها

	الطريقة والإجراءات.....	
3.1	منهج الدراسة.....	81
3.2	مجتمع الدراسة.....	81
3.3	عينة الدراسة.....	82
3.4	أدوات الدراسة.....	83
3.5	إجراءات تطبيق الدراسة.....	88
3.6	المعالجة الإحصائية.....	92

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

4.1 نتائج الدراسة..... 94
4.1.1 نتائج السؤال الأول..... 97
4.1.2 نتائج السؤال الثاني..... 98
4.1.3 نتائج السؤال الثالث..... 105

الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

5.1 مناقشة النتائج 107
5.2 التوصيات 115

المراجع
المراجع العربية 117
المراجع الأجنبية 122
الملاحق 125

الفهارس
فهرس الجداول 159
فهرس الملاحق 161
فهرس المحتويات 162