



المملكة العربية السع
وزارة التعليم العا.
جامعة الإمام محمد بن سع
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض

دراسة مقدمة إلى قسم علم النفس في كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
لنيل درجة الماجستير

إعداد

عهد بنت بشير بن سعود العسكر

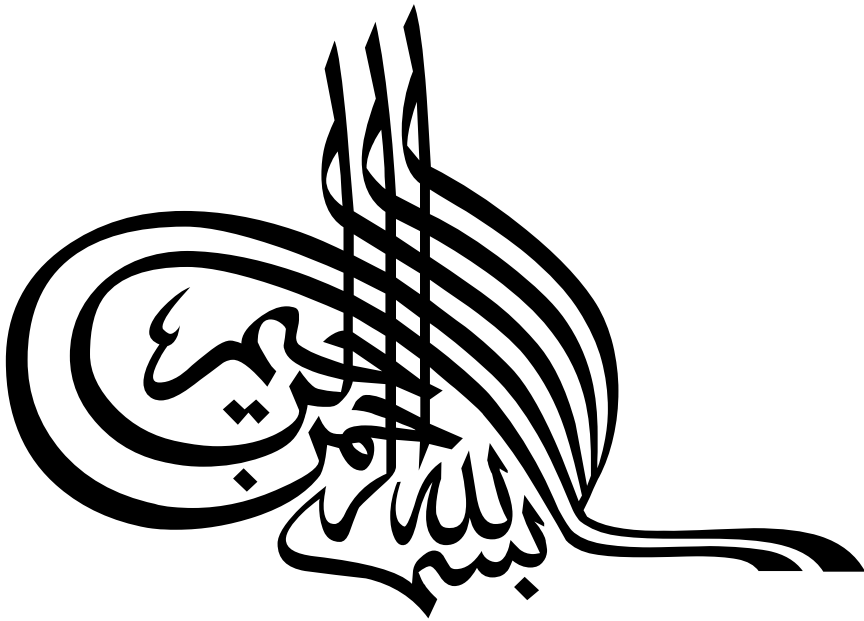
إشراف:

أ.د/محمد بن عبد المحسن التويجري

الأستاذ بقسم علم النفس

العام الجامعي

٢٠١١/١٤٣٢ هـ / ٢٠١١ م



الإهداء

إلى من لهم يعود الفضل بعد الله سبحانه وتعالى والدي ووالدي حفظهما الله إلى من غمرني بلطفه ودعمه وأخلاقه.. مشرفي الفاضل سعادة الأستاذ الدكتور محمد بن عبدالمحسن التويجري.

إلى من بهم سعادتي ونور عيني.. أخواني عبير، عماد، جهاد، عبد الله وأبناء أختي سارة وفيصل ونواف وشهد وأبناء إخواني نجد، نور، أريج، لمى.

إلى من غمروني بتعاونهم وتشجيعهم لي.. صديقاتي المقربات إلى قلبي أسيل التويجري ونوف السلطان ولينا القحطاني ورانية الشويكان وربما الحمودي وخلود الراجحي وغادة الغامدي ودنيا العقاد وربما الشمري.

شكر وتقدير

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، والحمد لله حمداً يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، أحمدك ربي على إنعامك، وأشكرك على إكرامك { رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ } (النمل ١٩) فالشكر لله أولاً وآخراً، ظاهراً وباطناً على ما من به من عون وتوفيق في إتمام هذا العمل وأصلي وأسلم على البشير النذير والسراج المنير سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم. إنه ليطيب لي امثالاً لقول الحق تبارك وتعالى: { وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ رَبِّي غَنِيٌّ كَرِيمٌ } (النمل ٤٠).

كما ورد عن النبي الكريم ﷺ: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله عز وجل" [رواه الإمام أحمد في مسنده] أن أتقدم بالشكر والامتنان لجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ممثلة في عمادة الدراسات العليا وكلية العلوم الاجتماعية وقسم علم النفس على إتاحة الفرصة لي للدراسة لنيل درجة الماجستير، ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل لجميع أساتذتي الأفاضل بقسم علم النفس على ما قدموه لي ولجميع الدارسين من علم جم وجهود مشكورة.

ويجب أن ينسب الفضل لأهله لذا أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأستاذي الفاضل سعادة الأستاذ الدكتور محمد بن عبد المحسن التويجري أستاذ علم النفس وعميد كلية العلوم الاجتماعية المشرف على هذه الرسالة اعترافاً بفضلته وخلقه وعلمه، وعلى ما قدم لي من اهتمام ونصح وتوجيه

ورعاية أخوية صادقة يحوطها أدب جم، وخلق عال، وسعة صدر، أسأل الله أن يبارك له في وقته وعمره وعلمه وفي أهله وأبنائه وأن يجزيه خير الجزاء.

وأسجل شكري وتقديري لسعادة الأستاذ الدكتور/صالح أبو عباة رئيس قسم علم النفس على ما يقدمه لأبنائه وبناته الدارسين في هذا القسم من رعاية ونصح وإرشاد.

وأسجل شكري لسعادة الدكتور عبد الرحمن النملة عميد البرامج التحضيرية والأستاذ المساعد بقسم علم النفس الذي تفضل بإبداء توجيهاته ومقترحاته حول عنوان هذه الرسالة أسأل الله العلي القدير أن يجعلها في ميزان حسناته.

كما أسجل شكري وتقديري لسعادة الدكتور سعد المشوح وكيل الكلية والأستاذ المشارك بقسم علم النفس الذي تفضل بإبداء توجيهاته ومقترحاته التي ساهمت في ارتقاء هذه الدراسة.

والشكر موصول لسعادة الأستاذ الدكتور عبد اللطيف النافع وكيل الكلية للدراسات العليا والحث العلمي على ما قدمه لي من معلومات وعلى صبره وإجابته على كل أسئلتني أسأل الله أن يحفظه ويديم عليه صحته وعافيته.

والشكر موصول لسعادة الدكتورة ليلى العياضي في مستشفى الملك خالد الجامعي (مركز أبحاث التوحد) التي تفضلت بإبداء توجيهاتها ومقترحاتها التي ساهمت في ارتقاء هذه الدراسة.

والشكر موصول لجمعية أسر التوحد المتمثلة في الأميرة سميرة آل سعود والأخصائية الاجتماعية هيا البيشي التي ساهمت في البحث عن عينة الدراسة.

والشكر موصول لأساتذة جامعة القاهرة قسم علم النفس - كلية الآداب - على مساهمتهم

في تحكيم البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي وإبداء توجيهاتهم التي ساهمت في إثراء الرسالة.

وأتقدم بوافر الشكر والتقدير لكل من استفادت منهم الباحثة من القائمين على مراكز البحوث

والهيئات والمكتبات العامة ومصادر المعلومات والجامعات داخل وخارج المملكة العربية السعودية.

والشكر موصول للأخصائية النفسية مها السيارى لمساعدتها لي في البحث عن العينة أسأل الله

العلي التقدير أن لا يضيع أجرها.

كما أقدم شكري وتقديري للجهات الذين بذلوا جهوداً مضيئة في تصويب الأخطاء

اللغوية والشكر موصول لمن استعانت بهم الباحثة في أعمال الترجمة والبحث عن الدراسات

الأجنبية.

كما أسجل اعتذاراً صادقاً لمن نسيت أن أذكره فأشكره.. داعيةً المولى جلّت قدرته أن لا

يضيع أجر من أحسن عملاً...

ختاماً أسأل الله العلي العظيم، الكريم المنان أن ينفع بهذه الدراسة كل من اطلع عليها، أو

احتاج إليها وأن يكتب للباحثة الأجر والثواب والتوفيق، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

الباحثة/عهد بشير العسكر

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
هـ	قائمة المحتويات
ك	قائمة الجداول
م	قائمة الملاحق
ن	الخلاصة
١	١- الفصل الأول: مدخل الدراسة
٢	١-١ المقدمة
١٠	٢-١ مشكلة الدراسة
١٤	٣-١ تساؤلات الدراسة
١٥	٤-١ أهداف الدراسة
١٦	٥-١ أهمية الدراسة
١٦	أ- الأهمية النظرية
١٧	ب- الأهمية التطبيقية
١٧	٦-١ مصطلحات الدراسة

الصفحة	الموضوع
٢٠	٧-١ حدود الدراسة
٢٠	أ- الحدود المكانية
٢٠	ب- الحدود الزمانية
٢١	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
٢٢	٢- مقدمة
٢٤	١-٢ الإرشاد السلوكي المعرفي
٢٤	١-١-٢ مقدمة
٢٦	٢-١-٢ نظرة عامة على العلاج السلوكي المعرفي
٢٨	٣-١-٢ المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي
٣٣	٤-١-٢ أهداف العلاج السلوكي المعرفي
٣٥	٥-١-٢ الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي
٤٥	٦-١-٢ خطوات العلاج السلوكي المعرفي
٤٧	٧-١-٢ دور المرشد أو المعالج في العلاج السلوكي المعرفي
٤٨	٨-١-٢ العلاج السلوكي المعرفي الجماعي
٥١	٩-١-٢ البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي
٥٥	٢-٢ التوحيد

الصفحة	الموضوع
٥٥	١-٢-٢ مقدمة
٦٠	٢-٢-٢ تعريف التوحد وقياسه
٦٤	٣-٢-٢ أشكال أو أنماط التوحد
٦٨	٤-٢-٢ معدل انتشار التوحد
٧١	٥-٢-٢ أسباب التوحد
٨١	٦-٢-٢ خصائص مرض التوحد
٩٠	٧-٢-٢ اللعب التخيلي
٩١	٨-٢-٢ المحكات التشخيصية للتوحد
٩٥	٩-٢-٢ علاج وتأهيل أطفال التوحد
١٠٨	١٠-٢-٢ البرامج القائمة على تعديل السلوك
١١٥	٣-٢ الأسرة والطفل التوحد
١١٥	١-٣-٢ الأسرة والكشف المبكر، وتشخيص حالات التوحد
١١٩	٢-٣-٢ الأسرة ورعاية الطفل التوحد
١٢٣	٣-٣-٢ التدخل المبكر
١٢٩	٤-٣-٢ الإرشاد الأسري
١٣١	٥-٣-٢ أهداف الإرشاد الأسري

الصفحة	الموضوع
١٣٧	٢-٣-٦ الأسرة ومآل الطفل التوحدي
١٤١	٢-٤ الدراسات السابقة
١٤٢	أ- الدراسات العربية
١٥٣	ب- الدراسات الأجنبية
١٦٣	٢-٥ تعليق عام على الدراسات السابقة
١٦٧	٢-٦ فروض الدراسة
١٦٨	الفصل الثالث: منهج البحث وإجراءات الدراسة
١٦٩	٣-١ منهج الدراسة
١٦٩	٣-٢ مجتمع الدراسة والعينة
١٦٩	٣-٢-١ مجتمع الدراسة
١٧٠	٣-٢-٢ عينة الدراسة
١٧٠	٣-٣ أدوات الدراسة
١٧٠	٣-٣-١ وصف الأدوات
١٧٠	٣-٤ الدراسة الاستطلاعية
١٧١	٣-٤-١ استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي
١٧٤	٣-٤-٢ الخصائص السيكومترية لمقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي

الصفحة	الموضوع
١٨٤	٣-٥ إجراءات التطبيق
١٨٦	٣-٦ الأساليب الإحصائية
١٨٧	٣-٧ البرنامج الإرشادي المقترح لأسرة الطفل التوحدي
٢٠٩	الفصل الرابع: عرض النتائج وتفسيرها
٢١٠	أولاً: نتائج الفرض الأول
٢١١	ثانياً: نتائج الفرض الثاني
٢١٣	ثالثاً: نتائج الفرض الثالث
٢١٤	رابعاً: نتائج الفرض الرابع
٢١٥	خامساً: نتائج الفرض الخامس
٢١٧	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات ومقترحات الدراسة
٢١٨	٥-١ مناقشة النتائج
٢١٨	أولاً: مناقشة نتائج الفرض الأول
٢٢١	ثانياً: مناقشة نتائج الفرض الثاني
٢٢٦	ثالثاً: مناقشة نتائج الفرض الثالث
٢٢٧	رابعاً: مناقشة نتائج الفرض الرابع
٢٣٠	٥-٢ التوصيات ومقترحات الدراسة

الصفحة	الموضوع
٢٣٠	١ - التوصيات والبحوث المقترحة
٢٣١	٢ - مقترحات الدراسة
٢٣٢	٣ - ملخص الدراسة باللغة العربية
٢٣٨	٤ - ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
٢٤٣	المراجع العربية
٢٥١	المراجع الأجنبية

قائمة الجداول

رقم الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
١٧١	أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية لأدوات الدراسة، وتوزيعهم على حسب جنس الوالدين	١-٣
١٧٣	التعريفات الإجرائية للمهارات المستخدمة التي يتضمنها مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	٢-٣
١٧٦	معاملات ارتباط عبارات مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي مع الدرجة الكلية	٣-٣
١٧٧	يوضح معامل الارتباط بين مرتبي التطبيق	٤-٣
١٧٨	يوضح معامل الارتباط بين نصفي المقياس فردي - زوجي	٥-٣
١٨٠	يوضح طريقة تصحيح مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	٦-٣
١٨٤	الخصائص السلوكية للطفل التوحدي في صورته النهائية وعدد مفرداتها وأرقامها	٧-٣
٢١١	معاملات الارتباط بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	١-٤
٢١٢	معاملات الارتباط بين القياس القبلي والقياس البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية على مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	٢-٤

رقم الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
٢١٣	يوضح الفرق بين درجات الأداء على القياس البعدي والقياس التبعي	٣-٤
٢١٥	يوضح أداء الأمهات والآباء على مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل تطبيق البرنامج التدريبي	٤-٤
٢١٦	يوضح أداء الأمهات والآباء على مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد تطبيق البرنامج التدريبي	٥-٤

قائمة الملاحق

رقم الملحق	موضوع الملحق	رقم الصفحة
١	أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة	٢
٢	استمارة صدق المحكمين لمقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي مع توضيح نسب الاتفاق	٤
٣	الصورة المبدئية لمقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	١٤
٤	الصورة النهائية لمقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي	٢٠
٥	صور أدوات الدراسة التي تم تطبيقها على عينة الدراسة	٢٦
٦	الجلسات الإرشادية التي أجريت على عينة هذه الدراسة	٣٦
٧	صور من المكاتبات الرسمية للسماح بتطبيق أدوات الدراسة	١٣٠

- الخلاصة -

تهتم الدراسة الحالية، بأسرة الطفل التوحدي باعتبار أن العبء الأكبر في رعاية الطفل التوحدي يقع على عاتق الأسرة، وذلك لأن الطفل يقضي أغلب وقته مع أسرته، فهي أكثر تفاعلا معه بالمقارنة بأي جهة أخرى يمكن أن تقدم الرعاية لهذا الطفل التوحدي. ولذلك فقد كانت مشاركة الأسرة في رعاية وتعليم الطفل التوحدي، وبرامج التدخل الإرشادي، والخدمات المخططة لهم، تمثل الهدف الأساسي في الدراسة الحالية.

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لدراسة فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (٥) أسر لأطفال توحديين من فئة التوحد البسيط وتتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات كما أن جميعهم ينتمون إلى المستوى الاقتصادي - الاجتماعي - التعليمي المتوسط، واستخدمت الباحثة اختبار - مان وتني لتحديد الفروق بين القياسين القبلي والبعدي، وخرجت الدراسة بعددٍ من النتائج ثم مناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث خلصت الباحثة إلى النتائج التالية أنه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الوالدين له. كما وجدت الباحثة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية. ووجدت أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبعي.

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي قبل البرنامج. ووجدت الباحثة أنه هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي بعد البرنامج.

الفصل الأول

التعريف بموضوع الدراسة

- ١ - ١ : المقدمة.
- ١ - ٢ : مشكلة الدراسة.
- ١ - ٣ : تساؤلات الدراسة
- ١ - ٤ : أهداف الدراسة.
- ١ - ٥ : أهمية الدراسة
- ١ - ٦ : مصطلحات ومفاهيم الدراسة.
- ١ - ٧ : حدود الدراسة

الفصل الأول

١- الفصل الأول: مدخل الدراسة-

١-١ المقدمة:

إن قضية الإعاقة واحدة من القضايا النفسية والاجتماعية التي أصبحت محط اهتمام وعناية المجتمعات المختلفة، فالإعاقة لا تشكل عبئا على المعاق وأسرته فحسب، بل إن آثارها تمتد لتطال قطاعا كبيرا من المجتمع. كما تعد الاضطرابات النفسية الحادة في الطفولة مشار جدل واسع بين الباحثين، من حيث أسبابها، أو تصنيفها، أو محكات تشخيصها. وكانت وجهة النظر المسيطرة حتى أواخر الستينات من القرن الماضي أن هذه الاضطرابات هي أشكال طفولية للذهان أو الفصام، أو أنها ترجع أساسا لاضطراب العلاقة الوجدانية بين الأم والطفل. في نفس الوقت كان المعالجون العياديون العاملون في الميدان يواجهون أشكالا متعددة ومتنوعة من الاضطرابات النفسية بين الأطفال عليهم تشخيصها وعلاجها، بغض النظر عما إذا كانت تقع ضمن التصنيف الرسمي وفقا للأدلة التشخيصية المعتمدة من الجهات المسؤولة، ويعتبر اضطراب التوحد مثلا حيا لهذه الاضطرابات النفسية. (هلامان وكوفمان، ٢٠٠٨م، ص ٨٥).

يعتبر التوحد Autism حالة من الحالات التي تندرج تحت الفئات الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الاضطراب يستلزم المزيد من البحث والدقة والإطلاع والتعاون بين ذوي التخصصات المختلفة، وهي ظاهرة من الظواهر النفسية التي لا بد من أن تدرس بصورة

متعددة الجوانب (Marica,1990). حيث يرى حلواني (١٩٩٦م) أن الدراسات النفسية حول التوحد تعتبر حديثة نسبيا وكلها تقريبا تم إجراؤها في بيئات أجنبية. أما على مستوى الوطن العربي فهناك ندرة في الدراسات التي تناولت التوحد، أما فيما يتعلق بالدراسات البراجمية فلا توجد فيما يتعلق بموضوع الدراسة الحالية سوى دراسات قليلة موجهة للأمم فقط أو للأب فقط.

يعتبر التوحد Autism من فئة ذوو الاحتياجات الخاصة التي لم تحصل على قدر كبير من الاهتمام على المستويين الإقليمي والمحلي ولكن يختلف الأمر على المستوى الدولي وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث كان الاهتمام بهم بوضع مدارس ومراكز وجمعيات متخصصة لتقديم الخدمات لهم ولأسرهم بهدف رعايتهم وتدريبهم" (محمد، ٢٠٠٨م، ص٣١٩).

وتحدد منظمة الصحة العالمية (WHO,1993) في بوزيون، ٢٠٠٠م، ص٥٠) اضطراب التوحد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD -10) بأنه نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة، وهو أكثر الإعاقات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل بوجه خاص، ولأسرته بوجه عام.

وقد ذكر سليمان (٢٠٠٠م) أن التوحد (Autism) إعاقه نمائية شائكة ومعقدة وشاملة (Comprehensive) تظهر أعراضها الأساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وذلك لوجود خلل أو اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر سلبا على جوانب الإدراك والتفاعل الاجتماعي والتخيل واللعب وغيرها. وتحدث إعاقه التوحد ضمن نطاق أو مجال (Spectrum)

بحيث تظهر أعراضه على هيئة أشكال مختلفة ومتداخلة ومتفاوتة في درجة حدتها ولهذا فإن هناك

فروقا فردية بين الأطفال التوحديين مما يحتم مراعاة الاحتياجات الخاصة لكل طفل على حدة.

ويشير رفيق (٢٠٠١م) أن التوحد يعرقل النمو الطبيعي للدماغ وذلك في مجالات التفكير

والتفاعل الاجتماعي والانفعالي ومهارات التواصل مع الآخرين ويكون لدى المصابين عادة قصور

التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي والانفعالي وأنشطة اللعب أو أوقات

الفراغ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصل مع الآخرين و التفاعل مع محيطهم الاجتماعي

وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول إلى أعضاء مستقلين في المجتمع. وقد يظهرون حركات

جسدية متكررة (مثل رفرفة اليدين والتأرجح)، واستجابات غير عادية للآخرين أو تعلقاً بأشياء من

حولهم مع مقاومة أي تغيير في الأمور (الروتينية)، وقد تظهر لدى المصابين بالتوحد في بعض

الحالات سلوكيات عدائية أو استجابات إيذاء الذات.

والتوحد هو إحدى حالات الإعاقة التي تحول دون استيعاب المخ للمعلومات وكيفية

معالجتها، وتؤدي إلى حدوث مشاكل لدى الطفل في كيفية الاتصال بمن حوله واضطرابات في

اكتساب مهارات التعلم السلوكي والاجتماعي. ويعتبر التوحد من أكثر الأمراض شيوعاً والتي

تصيب الجهاز النمائي للطفل (الشمري، ٢٠٠١م)

وتعد الاضطرابات الانفعالية من أهم وأخطر المشكلات لدى الأطفال التوحديين، حيث أنها تحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية والتأهيلية ويمتد أثرها أيضاً علي مستوى تفاعل الأطفال التوحديين مع المحيطين بهم، وتمتد آثار هذا الاضطراب لتؤثر علي مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي لدى الطفل التوحدي، حيث تظهر لديه ضروب من عدم القدرة علي التوافق والتكيف مع المواقف والمتغيرات التي يواجهها مهما كانت بسيطة، الأمر الذي يؤثر تأثيراً سلبياً علي مستوى التوافق لديهم سواء كان ذلك علي المستوى النفسي أو الاجتماعي أو الانفعالي.

أن الأفراد التوحديين غالباً ما يعانون من ضعف في مستوى مهاراتهم الاجتماعية حيث تكون درجاتهم في الغالب منخفضة علي مقاييس المهارات وهذا يؤدي إلى حدوث عديد من المشكلات التي تتعلق بالاتصال والتواصل والاستقلال.

ويمكن أن يحدث التوحد في أي مستوى اجتماعي أو ثقافي. ويزيد احتمال حدوث التوحد بين الأطفال الذكور مقارنة بالإناث حيث أن من بين أربعة أو خمسة أطفال ذكور أنثى توحدية واحدة تقريباً. وتشير بعض التقديرات القديمة لمدى انتشار اضطراب التوحد إلى أن حوالي أربعة أطفال من كل عشرة آلاف طفل لديهم توحد (Williams,1992، في الزهراني، ٢٠٠٦م).

وتظهر بعض الدراسات الحديثة إن هذه النسبة قد تزيد لتصل من عشرة إلى أثنى عشر حالة في كل عشرة آلاف طفل (Wing,1993، في الزهراني، ٢٠٠٦م).

وفيما يتعلق بأسباب اضطراب التوحد فإنه إلى الوقت الراهن لم يستطع الباحثون تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها على أنها السبب وراء هذا الاضطراب على الرغم من أن هناك شبه قناعة لدى العاملين في هذا المجال بأن حدوث التوحد يرجع إلى أسباب بيولوجية (جينية أو عصبية أو اضطرابات كيميائية عضوية أو أيضية). ومن المعروف أن التوحد ليس مرضاً عقلياً كما كان يعتقد في السابق، ولا يحدث نتيجة سوء معاملة الأسرة لطفلها (خاصة الأم) واضطرابات العلاقة العاطفية بينهما، ولا يحدث نتيجة لأسباب بيئية خارجية. (Simpson&Ziontz,1992، في الزهراني، ٢٠٠٦م).

يعتبر دور الأسرة أساسياً في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية للأطفال التوحدين فالأسرة هي التي تقضي وقتاً أكبر مع الطفل وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه، وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية. والوالدين هما أول من يتلقى الصدمة والمفاجأة بعد مرحلة التشخيص، ويعيشان مراحل الرفض والإنكار للحالة والتنقل من طيب إلى آخر إلى أن يصل بهم الأمر لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة. لذلك فهم يلعبون دوراً كبيراً في نجاح البرامج الإرشادية. (بوزبون، ندوة الإعاقات النمائية، ٢٠٠٠م).

وتقوم الأسرة بمساعدة الاختصاصيين على فهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى الطفل، والتي لا تظهر عادة في أماكن الملاحظة والفحص مثل العيادة أو المركز، بل تظهر لدى الأسرة فقط لأن الطفل لا يقوم بها إلا في المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة للوالدين منذ عملية التشخيص الأولى حتى صياغة البرامج التربوية وتطبيقها وتقييمها.

وقد أشارت الدراسات أن الأسرة أحد أهم أعضاء فريق العمل فلديها من المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف وتحديد الأولويات، ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل، وتدريبه على تعميم المهارات التي تعلمها في المدرسة، أو المركز ونقلها للمنزل. فالعديد من أولياء الأمور وصلوا لمرحلة الابتكار في العمل مع طفلهم التوحدي، وتوليد خيارات وبدائل جديدة لحل بعض المشكلات السلوكية التي تواجههم في المنزل وبالتالي التغلب عليها عن طريق التجريب والملاحظة، وإصرارهم على تغيير سلوك طفلهم نحو الأفضل، وإشراكه في النشاطات الاجتماعية والزيارات والتفاعل مع الآخرين. ومن العوامل والمتغيرات التي قد تؤثر سلباً على تطبيق البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للطفل التوحدي مع وجوده في الأسرة ما يلي:

١ - حجم الأسرة وعدد أفرادها، مما يؤثر سلباً على الوقت الذي يمكن لأفرادها تخصيصه في متابعة الطفل.

٢- عمل الوالدين وغياهما فترات زمنية طويلة عن المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية ترتيب الأدوار التي

سيقوم بها الوالدين تجاه الطفل وفقاً لطبيعة الظروف الأسرية.

٣- اعتماد هذه البرامج في تطبيقها ومتابعتها على الأم فقط دون بقية أفراد الأسرة، لذلك ينبغي

أن تتحمل الأسرة كاملة مسئولية التفاعل مع الطفل التوحدي والتعاون في حل مشكلاته

والتعامل معه بطريقه مماثلة من الجميع وهذا ما يقتضيه البحث الحالي.

٤- مدى تقبل أفراد الأسرة للطفل ورغبتهم وحماسهم لتغيير سلوكه، وكذلك طبيعة الروابط الأسرية

ودرجة متانتها. (هويدي، ندوة الإعاقات النمائية، ٢٠٠٠م).

والأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى لتربية الطفل ورعايته، كما أنها العنصر الأساسي في

اكتشاف التحولات في سلوك الطفل وفي التعرف على كثير من أشكال الاضطراب، الأمر الذي

يلقي على كاهل الوالدين عبء التعرف على أطفالهم المضطربين، ومساعدتهم على التكيف مع

الحياة الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال مساعدتهم على النمو الجسمي والعقلي والعاطفي

واستغلال طاقاتهم إلى أبعد مدى ممكن (الزارع، ٢٠١٠م، صص ١٦-١٧).

ويعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع هو اهتمام بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى

تقدم المجتمعات ورفيها بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها

(أحمد، ٢٠٠٩م). ولذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

وبخاصة الطفل التوحدي (Autistic Child) وذلك بسبب ازدياد هذه الفئة من الأطفال. ولاشك

أن هذا الازدياد قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين والمعلمين في تعديل سلوك الأطفال.

للكشف المبكر دور كبير في التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات، ويعني التدخل المبكر مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة الأطفال التوحيديون، بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية (Richard, 2007م).

هذا وتتفاوت كثافة وتركيز برامج التدخل المبكر حسب نوع المشكلة والعمر الزمني المكتشف فيه مشكلة الطفل (الشامي، ٢٠٠٤م، ص٦٥).

ومن هنا يمكننا القول بأن التدخل المبكر يعمل على:

- ١- تسهيل مهمة الأطفال في عمليات التعلم اللاحقة.
- ٢- يوفر المساندة للطفل التوحيدي ولأسرته ويسهم في وقاية الطفل من الوقوع في مشاكل إضافية.
- ٣- مساعدة أسر أطفال التوحد على التكيف مع حالة طفلهم وتطوير إستراتيجيات ومهارات التعامل مع أطفالهم.

وتشير الدراسات والبحوث العلمية على المستوى العالمي إلى أن التدخل المبكر يكون أكثر فعالية عندما يحدث في أسرع وقت ممكن ويشمل برامج لتطوير مهارات الاستعداد المعرفية والمهارات الأكاديمية (<http://forum.stop55.com/109560.html>).

ولعل ما سبق يؤكد أهمية وجود برنامج إرشادي والكشف عن مدي فعالية هذا البرنامج من خلال مساهمة الأسرة في تدريب طفلهم وتنمية جوانب القوة ومعالجة جوانب الضعف وتنمية القدرات العقلية والمعرفية لتنمية بعض المهارات لدى عينة من الأطفال التوحديين، والتحقق من مدي فعالية وكفاءة البرنامج في تحقيق الهدف المطلوب، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقاة الاضطراب التوحدي من حيث مفهومه ونظرياته، وتشخيصه، وطرق علاجه.

١-٢ مشكلة الدراسة:

وجدت الدراسات أن هناك عدم فهم في قابلية الطفل التوحدي للتعلم وللتدريب وللتواصل مع الآخرين مهما كانت شدة إعاقته، وأن تضع الأسرة نصب عينها التفاؤل نحو نجاح طرق التعامل معه، والصبر والمثابرة في العمل. وينبغي أن يتحلى والدي الطفل التوحدي ببعض الصفات والأمور التي تساعدهم على التعايش مع طفلهم وهي كما يلي:

- عدم الشعور بالذنب تجاه وجود هذا الطفل في الأسرة.
- الابتعاد عن الانفعالات النفسية السلبية كالقلق والغضب والاكتئاب.
- التفاؤل والأمل بإمكانية تطور مهارات الطفل.
- الصبر والمثابرة في العمل مع الطفل وعدم اليأس.
- الاطلاع على كل ما يستجد في عالم التوحد لأن هذا الاضطراب لا يزال يلفه الغموض.
- التكيف مع المشكلات السلوكية للطفل.

- القدرة على إيجاد الطريقة المناسبة للتواصل مع الطفل.
- توليد بدائل الحل وعدم الاعتماد على طريقة واحدة.
- إشراك الطفل في المناسبات الأسرية وتعريف المجتمع بإعاقته.
- الالتحاق بمجموعات الدعم الأسري والاستفادة من تجارب الآخرين (عبد الغفار، ١٩٩٩م).
- كما أن للأسرة دور كبير وفاعل في تقدم الطفل من ذوي الحاجات الخاصة بصفة عامة، وطفل التوحد بصفة خاصة. ذلك لأن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة، لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات. وتتعاون الأسرة مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم وتهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه. والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه (عبد الغفار، ١٩٩٩م ص ٥٥).

ويكمن دور الوالدين في تكوين بيئة محبة وملائمة فعليهما محاولة التعرف على طفلها هل هو مفرط (زائد) الحساسية أم لا؟ فإذا كان يعاني من فرط الحساسية فينبغي أن يكون المنزل هادئاً بقدر الإمكان وأن تكون الإضاءة معتدلة ومريحة وتجنب أي شيء يسبب الإثارة الزائدة للطفل. كذلك على الوالدين التأكد من توفير السلامة والأمان في المنزل، فبعض الأطفال قد يحاولون القفز

من النوافذ أو الجري إلى خارج المنزل أو الشارع وهؤلاء إحساسهم بالخطر ضعيف جدا في الغالب وإذا كان الطفل يميل إلى الجري إلى الشارع فهناك نظم إنذار وتحكم مناسبة لهذه الحالة. (بوزبون ،ندوة الإعاقات النمائية، ٢٠٠٠م).

تكمن مشكلة الدراسة أن الوالدين في الغالب يفتقدان لبعض المهارات الأساسية التي يحتاجها للتعامل مع الطفل التوحدي ومن تلك المهارات (التواصل البصري وتنمية المثيرات البصرية التي يحتاجها في التواصل مع الآخرين وقدرة الطفل على تركيز حواسه في المثيرات الخارجية التي يحتاجها لعملية التفاعل والتواصل مع الآخرين – التفاعل والانسحاب الاجتماعي ويعتبر وسيلة اتصال وتفاهم وتكوين علاقات مع الآخرين – الاتجاهات العاطفية وهي عبارة عن إيجاد مصدر للعاطفة وتكوين العلاقات العاطفية بين الطفل ووالديه والطفل الآخرين – المهارات الاستقلالية والعناية بالذات هي المهارات اليومية التي يمارسها الطفل بشكل طبيعي للعناية بنفسه والوصول إلى مرحلة الاستقلالية الذاتية وتحتاج لتنمية وتدريب – قدرة الطفل على تنمية العضلات الكبيرة والصغيرة التي يحتاجها في ممارسة بعض النشاطات الحركية الهامة مثل (الكتابة- الجري- التسلق- القفز) – السلوك الروتيني هو تكرار لبعض النشاطات اليومية التي يعتاد عليها الطفل من طعام وشراب وملبس. ومن هنا فإن الأسرة تحتاج لتدريب مكثف لتعليمها كيفية التعامل مع طفلها التوحدي وتنمية هذه المهارات الأساسية لديه.

بالإضافة إلى أن الأسرة التي تجهل اضطراب التوحد وتجهل التعامل مع طفلها التوحدي سيتكون لديها مجموعة من الأفكار السلبية التي قد تعيق عملية تكوين العلاقة بينها وبين الطفل ولذلك ينبغي على الأسرة استبدال هذه الأفكار السلبية بأفكار إيجابية تجاه طفلها التوحدي وتحويلها إلى أفعال لصالحه.

ومن هنا فإن دور الأسرة هو دراسة الوظائف السلوكية والبحث عن الطرق والوسائل التي تساعد على الاتصال المناسب من خلال الكلمات أو الإرشادات كبديل لمشاكل سلوكية. (محمد، ٢٠٠٩م).

ونظراً لأن العبء الأكبر فيما يتعلق برعاية الطفل التوحدي يقع على عاتق الأسرة ونظراً للدور الإيجابي الذي تلعبه الأسرة بعد تدريبها على البرنامج الإرشادي في تشكيل سلوك طفلها وفي تدريبه على معالجة نواحي قصوره المختلفة مثل مهارات التواصل اللفظي والتواصل البصري والتفاعل الاجتماعي والعمليات الإدراكية والحسية والتمسك بالروتين وتكرار السلوكيات بشكل نمطي والمهارات الاستقلالية. (محمد، ٢٠٠٩م). فالطفل يقضي أغلب وقته مع أسرته فهي أكثر احتكاكاً به من المراكز التي تقدم الرعاية لأطفال التوحد. وحيث أن الأسرة التي تكتشف أن طفلها يعاني من التوحد تفتقد للوعي بطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه وتجهل كيفية التعامل المناسب معه وتجهل الاستراتيجيات المقدمة لطفلها في مراكز التوحد هذا بالإضافة إلى عدم قدرة بعض الأسر على معالجة أطفالها التوحديين في المراكز المختلفة وذلك لارتفاع أسعارها فتضطر لأخذ

معمونة أو مخاطبة إحدى الجمعيات الخيرية لحل هذه المشكلة فيزداد قلق الأسرة على طفلهم، ومن هذا المنطلق ستقوم الباحثة بعمل برنامج إرشادي يحتوي على مجموعة من الجلسات الإرشادية لتوضيح كيفية تعامل الأسرة مع طفلها التوحدي وتأهيله ومساعدته على الاندماج مع الآخرين في المجتمع وتدريبه على بعض المهارات التي يحتاجها طفلهم التوحدي مثل المهارات الاجتماعية التواصلية والمهارات الحياتية اليومية. (عبد الله، ٢٠٠٤م). بناء على ما توصلت إليه الباحثة فإن مشكلة الدراسة الحالية تتحدد بالتساؤل الرئيس التالي: ما مدى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي وفي تحسين الأفكار السلبية تجاه اضطراب التوحد.

٣-١ تساؤلات الدراسة:

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الثانوية التالية:-

- ١- ما مدى وعي أسرة الطفل التوحدي بالأساليب المناسبة لتدريب طفلها المصاب بالتوحد؟
- ٢- هل للبرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي دور في تحسين الأفكار غير العقلانية لدى أسرة الطفل عن اضطراب التوحد؟
- ٣- هل هناك فروق بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية؟
- ٤- هل هناك فروق بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبعي؟

٥- هل هناك فروق بين الإباء والأمهات في الأداء قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل

البرنامج ؟

٦- هل هناك فروق بين الإباء والأمهات في الأداء قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد

البرنامج ؟

١-٤ أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي يتم تقديمه

لأسرة أطفال التوحد في تنمية بعض المهارات وجوانب القصور لدى الطفل. ومن خلال هذا

الهدف العام تسعى الباحثة إلى:

١- التعرف على الأفكار السلبية التي نشأت لدى الأسرة بعد معرفتهم بطبيعة اضطراب الطفل

ومعالجة هذه الأفكار من خلال الإستراتيجية المعرفية.

٢- التعرف على أهم الأساليب المناسبة لتعامل الأسرة مع أطفال التوحد ووعي الأسرة بطبيعة هذا

الاضطراب وأسبابه.

٣- التعرف على الأساليب الخاطئة التي تستخدمها الأسرة في التعامل مع طفلها التوحدي.

٤- زيادة وعي الأسرة بنقاط القوة والضعف التي يملكها طفلهم التوحدي.

١-٥ أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

تتمثل أهمية الدراسة النظرية في النقاط التالية:

- ١) الدراسة الحالية يمكن أن تكون إضافة للمكتبة العربية وذلك لما نواجهه هذه المكتبة من ندرة واضحة في الدراسات التي تتحدث عن البرامج الإرشادية المقدمة للأسر بصفة خاصة والتوحد بصفة عامة.
- ٢) تساعد الدراسة الحالية على إيجاد إطار نظري عربي للباحثين في مجال التوحد والإرشاد الأسري في المملكة العربية السعودية.
- ٣) تبرز أهمية الدراسة من أهمية البرنامج الإرشادي حيث لم تجتمع المهارات التي عملت الباحثة على تنميتها في دراسة سابقة رغم أهميتها.
- ٤) يمكن أن تصبح هذه الدراسة مرجع نظري لطلاب الدراسات الجامعية والدراسات العليا في مجال التوحد خاصة في أقسام التربية الخاصة وعلم النفس والخدمة الاجتماعية.
- ٥) تظهر أهمية الدراسة الحالية في تعاون الأسرة و المدرسة في دمج الأطفال التوحديين داخل المجتمع بعد تنمية المهارات المختلفة وبناء علاقة قوية بين الأسرة والطفل.

ب- الأهمية التطبيقية:

تتمثل أهمية الدراسة التطبيقية في قياس مدى فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي مقترح لدعم أسر أطفال التوحد البسيط في الأمور التالية:

(١) أنها تسعى لتقديم برنامج إرشادي مقترح، لأسر أطفال التوحد يدعم دور المعالج النفسي في تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي والمعرفي والسلوكي للطفل التوحدي، وهذا الأمر يؤدي إلى تحسين المهارات المتعلقة بجوانب قصوره.

(٢) زيادة وعي الأسرة بطبيعة الاضطراب.

(٣) إن إرشاد الوالدين وتدريبهم على تنمية المهارات التي يحتاجها طفلهم يساعد الطفل على الاشتراك مع الأسرة في العديد من المهام المنزلية المختلفة وتعاونهم معها، ومن ثم يتم تعميم هذا الاندماج داخل الأسرة إلى المساهمة في الاندماج خارج نطاق الأسرة.

٦-١ مصطلحات الدراسة:

أ- التوحد "Autism" هو اضطراب يتسم بالقصور في التفاعل الاجتماعي؛ والتواصل؛ وممارسة سلوكيات نمطية؛ ومقاومة للتغيير؛ والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية التي تظهر قبل بلوغ سن الثالثة من العمر" (كمال الدين، ٢٠٠١م، ص ٢٥)..

كما يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM iv الأمريكي الرابع اضطراب التوحد بأنه "اضطراب نمائي شامل (Developmental pervasive

(Disorder) يؤدي إلى انحراف في النمو العادي لدى الطفل وهو عبارة عن خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل وخلل نوعي في التواصل بالإضافة إلى التكرار الآلي لأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، ويعتبر فئة فرعية من المجموعة الكلية المتمثلة بالاضطرابات النمائية الشاملة (PDDs) التي تتضمن اضطراب التوحد (Autism Disorder)؛ ومتلازمة اسبيرجر (Syndrome Asperger,s)؛ ومتلازمة ريت (Retts,s ,Syndrome)؛ والاضطراب التفسخي (التفكك - التناثر) في مرحلة الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder)؛ والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ("pervasive Developmental Disorder-not Otherwise Specified-PDD-NOS") (DSM iv,2001,95) وقد عرفت كريستين مايلز ١٩٧٩م: "التوحد Autisem بأنه حالة غير عادية، لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلاً" (في الزارع، ٢٠١٠م، ص ٤٤). وتعرفه مارিকা Marica (١٩٩٠م) بأنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس، والاستغراق في التفكير، وضعف القدرة على الانتباه، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط. (Marica,1990) وتعرف الباحثة التوحد البسيط بأنه اضطراب في النمو الشامل يتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي، واللغة، والتواصل. والنمو المعرفي، والنمو الاجتماعي والمهارات الاستقلالية.

ب- إرشاد الوالدين هو تدريب والدي الأطفال التوحديين على تنمية المهارات التي يحتاجها الطفل التوحدي وتعليمه هذه المهارات في نطاق الأسرة وذلك في سبيل توفير فرص جيدة أمامهم للتفاعل الاجتماعي من خلال تشجيعهم على أداء تلك المهارات عن طريق الأنشطة المقدمة له والتي تقدم من خلال جدول الأنشطة اليومية وذلك يساعد الطفل التوحدي على الاندماج مع الآخرين وتنمية المهارات التي يحتاجها وذلك من خلال البرنامج الإرشادي المستخدم في لدراسة. (كفاي، ١٩٩٩م ص ٦٥).

ج- البرنامج الإرشادي المستخدم هو عملية منظمة مخططة يشتمل على النظرية المعرفية السلوكية الذي يهدف إلى مساعدة الأسر على اكتساب بعض الحقائق والمعلومات عن اضطراب التوحد وإكسابهم بعض المهارات اللازمة للتعامل مع طفلهم التوحدي وتدريبهم من أجل مساعدة أطفالهم بهدف تحقيق أفضل نتيجة لمعالجة القصور لدى طفلهم.

د- برنامج التدخل المبكر:

هو برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية وتربوية تستند إلى مبادئ وفنيات إرشادية، وذلك لتقييم مجموعة من الخبرات والمواقف، الأنشطة والمهام المختلفة التي تدخل في إطار التدخل المبكر، ويتم تقديمها في سن مبكرة لمجموعة من الأطفال التوحديين (عينة الدراسة)، وذلك من خلال عدد معين من الجلسات التي تهدف إلى تنمية مهارات الطفل التوحدي، وهذا الأمر يعمل

على تحسن التفاعلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، ويتم ذلك خلال فترة زمنية محددة. ويستهدف هذا البرنامج (الأسرة). (كمال، ٢٠٠٤م ص ٣٠).

٧-١ حدود الدراسة:-

أ- الحدود المكانية:

تمثلت الحدود المكانية للدراسة في مدينة الرياض المملكة العربية السعودية وقد شملت المعاهد ومراكز التوحد والجمعيات التي تخدم أطفال التوحد في مدينة الرياض.

ب- الحدود الزمانية:

أجريت الدراسة في عام ١٤٣١-١٤٣٢هـ في مدينة الرياض، أما الحدود الزمانية فهي الفترة التي طبقت فيها أدوات الدراسة الحالية على أسر أطفال التوحد، والتي بدأت في تاريخ ١/١١/١٤٣١هـ وانتهت بتاريخ ٧/٤/١٤٣٢هـ

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات

٢- ١ الإطار النظري

٢- ٢: الدراسات السابقة.

٢- ٣: فروض الدراسة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة:

سوف تستعرض الباحثة المفاهيم الأساسية للبحث الحالي، متمثلة في ثلاثة أقسام يختص الأول بالإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، والثاني بالتوحد والثالث بالأسرة والتوحد، كما سوف تعرض الباحثة الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث الحالي.

٢- مقدمة:-

إذا كان هناك من يعتبر مدى الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع من المجتمعات والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها أحد أهم المؤشرات الدالة على مدى رقي المجتمع وتقدمه باعتبار أن هذا الاهتمام هو اهتمام بمستقبل هذا المجتمع بأسره، فإن الأمر يزداد أهمية وخطورة فيما يتعلق بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أولئك الذين يحتاجون إلى رعاية وتدريب وتأهيل بهدف زيادة كفاءتهم وتقويم سلوكهم من أجل التمهيد لعودتهم مرة أخرى للتفاعل مع غيرهم والانصهار في المجتمع بشكل طبيعي لأن إهمال هذه الفئة سيؤدي إلى تعرضهم لمزيد من المشكلات التي تضاعف إعاقاتهم أو عدم توافقهم، ومن هنا يلزم التدخل الإرشادي والعلاجي لمواجهة المشكلات التي تترتب على إعاقاتهم (أبو المجد، ٢٠٠٧م).

اهتم الجنس البشري بذوي الاحتياجات الخاصة ومحاولة رعايتهم وتأهيلهم ومر هذا الاهتمام بأربعة مراحل متتابعة بدأت بمرحلة الإهمال والغموض ثم مرحلة الرعاية الإنسانية الخيرة، ثم

الرعاية العزلية المتخصصة، ثم أخيراً مرحلة الدمج والتكامل مع مجتمع العاديين، وهي تلك المرحلة التي تم إرساء قواعدها في القرن الماضي خاصة في أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية ولا زالت مستمرة حتى الآن (موسى، ٢٠٠٧م، ص ١٩ - ٢٠) وتعد فئة أطفال التوحد والتي اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner ١٩٤٣م من بين مجموعة من الأطفال المتأخرين عقلياً في مقدمة الفئات الخاصة التي تحتاج لأسلوب خاص، للتعامل معهم ومناهج وأساليب محددة لتربيتهم ومساعدتهم، ولهذا ففي الدول المتقدمة خاصة دول أوروبا وأمريكا تتعدد مراكز الأبحاث الخاصة بالتوحد، واهتمام كبير بوضع مدارس ومراكز متخصصة لتقديم الخدمات لهم ولأسرهم بهدف رعايتهم وتدريبهم (Eldevik et.Al.,2006).

أما على المستوى العربي والمحلي فالأمر مختلف، إذ لم تحصل تلك الفئة من الأطفال - بعد - على القدر الكافي من الاهتمام والرعاية، وذلك لأسباب متعددة منها متعلق بنشاط البحث العلمي والموارد المالية والمادية المتوفرة له ومنها ما هو خاص بغياب التقنيات اللازمة للتشخيص والعلاج (العثمان، ٢٠٠٥م، ص ٢).

أما على المستوى العالمي ظهر اهتمام شديد بالتوحد في السنوات الأخيرة وهو ما يعكسه قرار الأمم المتحدة بإجماع الأعضاء، الصادر في نهاية ٢٠٠٧م والذي يدعو جميع الدول الأعضاء إلى اتخاذ كافة التدابير اللازمة لزيادة الوعي باضطراب التوحد داخل مجتمعاتها ويقرر اعتماد يوم

الثاني من ابريل من كل عام، يوما عالميا للتوحد تكثف فيه التوعية باضطراب التوحد، والتحذير من إهمال علاجه مبكرا (الشيخ، ٢٠٠٩م، ص٩).

٢-١: الإرشاد السلوكي المعرفي:

٢-١-١-١ - مقدمه -

يشير باتيرسون (١٩٩٥م) إلى أن هناك اتفاق بين الباحثين على عدم وجود فرق واضح بين الإرشاد والعلاج النفسي وأنهما يقعان على صحيح متصل واحد فالعلاج النفسي يقصد به التغلب على المشكلات الانفعالية ومعاونة الأشخاص للسير قدما في تحقيق التوافق، كما أن الإرشاد النفسي يستهدف مساعدة الأفراد للتغلب على المشكلات التي تعترض نموهم الشخصي مع إتاحة الفرصة لتنمية الإمكانيات الشخصية اللازمة، كما يختص بالمشكلات الاجتماعية والأدوار الاجتماعية. ويمكن تسمية الأشخاص المدربين وهم ليسوا بأطباء نفسيين أو ممن حصلوا على تدريب مستوى الدكتوراه في علم النفس بمرشدين نفسيين بدلا من معالجين نفسيين (كمال، ٢٠١١م). بينما يعرف (زهران، ١٩٩٨م ص٤٩) الإرشاد النفسي بأنه (عملية منظمة ومخططة في ضوء أسس عملية لتقديم الخدمات العلاجية والإرشادية المباشرة أو غير المباشرة، فرديا أو جماعيا بهدف المساعدة في تحقيق النمو السوي والتوافق السوي لدى المسترشدين). ويعرفه كفاقي (١٩٩٩م، ص٢٣) بأنه: عملية بناء تهدف إلى مساعدة الفرد على خلعلة وكسر الأنماط السلوكية القديمة واكتساب أنماط سلوكية جديدة.

وتتعدد نظريات الإرشاد النفسي (أو العلاج النفسي) أحدها هو ما تتبناه الدراسة الحالية وهو الإرشاد السلوكي المعرفي، والذي يعرفه القاموس الدولي لعلم النفسي بأنه: استخدام مجموعة من فنيات العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، وتهدف هذه التقنيات إلى تعديل السلوك من خلال تغيير طريقة تفكير الشخص. وتعرفه شقير (٢٠٠٢م) بأنه (أحد أنواع العلاج السلوكي يتم من خلاله تقييم وتحديد وتتابع السلوك ويركز على تطوير السلوك، ونتيجة السلوك غير التكييفي من خلال هذا المدخل العلاجي، ويتم تعديل العديد من المشكلات والاضطراب النفسية الاجتماعية).

ويعرفه حماد (٢٠٠٨م) بأنه "أحد أساليب العلاج النفسي الحديث والذي يستخدم أساليب وطرق أكثر إيجابية عن طريق دمج فنيات الإرشاد المعرفي وفنيات الإرشاد السلوكي معاً، مما يؤدي إلى مساعدة الأفراد على تطوير مهاراتهم المعرفية، وإعادة بناء أفكارهم، وممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها". (ص ٥٠).

إذن الإرشاد السلوكي المعرفي هو أحد مناهج الإرشاد، ويستخدم الفنيات المعرفية والسلوكية والانفعالية بشكل منظم، وذلك بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والتي تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية المختلفة.

٢-١-٢ نظرة عامة على العلاج السلوكي المعرفي:

تعتمد الفكرة الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي على أن المتأمل لحياة الناس بصفة عامة يجد أنها لا تخلو من بعض الخبرات التي تبعث على الضيق واليأس والعجز بسبب ما يتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وأن هذه الخبرات تتكون حسب ما يستنتجه كل إنسان في ضوء تقييمه الذاتي وقدرته على ضبطها والتفاعل معها، وقد يؤدي إلى نوع من التشويه المعرفي Cognitive Distortions الذي يمكن أن يلعب دوراً أساسياً في حدوث العديد من الأعراض غير التوافقية، حيث تسيطر على الفرد مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله ولذلك فإن هذا النمط من العلاج يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للفرد من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك، ومن ثم فإن تغييرها سيعتبر عليه بلا شك تغيير في سلوك الفرد (الشناوي والسيد، ١٩٩٨م، ص ٢١٢).

والعلاج السلوكي المعرفي اتجاه علاجي حديث نسبياً يقوم على الدمج بين كل من العلاج السلوكي والعلاج المعرفي بما يضمه كل منهما من أساليب وعمليات، ويعتمد على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً (عبد الله، ٢٠٠٠، ص ١٧). وقد حدث التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الذاتي الداخلي، ومن ثم توالت ترجمة وتطبيق الإجراءات السلوكية في ضوء أسس معرفية إلى أن أصبحت

السلوكية المعرفية هي التيار العلاجي السائد منذ أوائل ثمانينات القرن الماضي، وهو تيار أو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في معارف الفرد وعمليات التفكير لديه (Oei et.Al.,2006).

وترجع جذور العلاج المعرفي السلوكي إلى أعمال ألبرت أليس (Ellis) في الخمسينات وأعمال أرون بيك Beck في الستينات وخلال الجزء الأخير من السبعينات أوضح بندورا Bandura من خلال التعلم بالملاحظة أن الجانب المعرفي يلعب دور هام في التعلم، ووجد ميكانيوم أن مفهوم السلوك العقلي يعد جوهرية في التغيير السلوكي، ثم ازدهر العلاج السلوكي المعرفي واتسع نطاق تطبيقاته خلال الثمانينات (عبد الله، ٢٠٠٠م، ص ٥٣) مرتكزا على تأثير الأفكار في الانفعالات والسلوك، وهادفا إلى إقناع العميل - أو المسترشد أو المريض - بأن معتقداته وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية، هي سبب سوء التوافق الذي يعيشه، وبالتالي فإن الإرشاد أو العلاج يهدف إلى تعديل الإدراك المشوه لدى العميل، وإبداله بطرق أخرى للتفكير أكثر ملائمة، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات معرفية وانفعالية سلوكية لديه (شقيير، ٢٠٠٢م، ص ٥٢٢).

ورغم أن ظهور العلاج السلوكي المعرفي قد ارتبط أساسا بعلاج الاكتئاب، إلا أن نطاق استخدامه قد اتسع بشده، وامتد بحيث أصبح من أكفأ العلاجات في مجالات الاضطرابات الذهانية كالفضام أو العصائية كالوسواس القهري والقلق واضطرابات الشخصية والمخاوف المرضية، ومشكلات تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات سوء التوافق

النفسي والاجتماعي بأنواعه ودرجاتها المختلفة (Butler et.al.,2006) وأصبح متوفرا الآن برامج علاجية سلوكية معرفية تنفذ على جهاز الحاسب الآلي(الكمبيوتر) حيث التعامل يكون بين المريض والجهاز وهو الأساس ولا يتدخل المعالج البشرى إلا عند الضرورة (Cols et.al.,2006).

ومنذ بدايات القرن الحالي بدأ استخدام ما يسمى بالعلاج السلوكي الجدلي أو الديالاكتيلي (Dialectical Behavior Therapy) وهو مزيج من فنيات وأساليب العلاج السلوكي المعرفي من جهة ومفاهيم ونظريات مستمدة من الثقافات والفلسفات الشرقية مثل(اليوجا) من جهة أخرى (Bibby ,٢٠٠١).

٢-١-٣ المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي:

يؤكد ليهي (٢٠٠٦م) أنه رغم أن لكل من -ألبرت أليس وأرون بيك وميكنيوم - وهم يمثلون الأركان الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي - أساليبه العلاجية المتفردة التي تعتمد على خلفية نظرية محددة أن هناك أربعة عناصر مشتركة بين مناحيهم، تمثل مبادئ عامة للعلاج السلوكي المعرفي وهي:

"أ- الافتراض أن الاضطرابات النفسية ارتبطت بمجموعة من المعارف السلبية المتعلقة بالقدرات والكفاءات الذاتية أو السلوك، وهذه المعارف تكون حاضرة دائما لكنها تنشط تحت وطأة المواقف المولدة للمشقة.

ب- رغم أن تلك المعارف السلبية قديمة أو تكونت في الماضي إلا أن الأكثر أهمية هو مايعتقده الأفراد أو يقولونه لأنفسهم الآن أكثر من الماضي، فالمهم هو التركيز على تغيير هذه الأفكار في الوقت الراهن ولو حدث ذلك فإنه سيتم الحصول على الراحة الانفعالية.

ج- التأكيد على أبطال المعارف السلبية أو تحديدها فرغم أن ألبرت أليس يعول على الجدل المباشر ويستخدم بيك أسلوب الدليل المتناقض ويعتمد ميكانيوم على إكساب المريض استراتيجيات مواجهة جديدة فكل تلك الأساليب الثلاثة تهدف إلى غاية واحدة وهي إبطال المعارف السلبية أو تحيدها.

د- هناك افتراض بأن تلك المعارف السلبية ينبغي أن تكون موجودة في مستوى الشعور أي أن تكون متاحة وواضحة بالنسبة للعميل بعد مساعدة المعالج حتى يمكن التعامل معها ودحضها وإبطالها". (ص ٤٥).

وتحصر السيد (٢٠٠٦م) المبادئ العامة الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي فيما يلي:

١- يستند العلاج السلوكي المعرفي إلى صياغة متطورة لمشكلات المريض بمصطلحات معرفية، بمعنى أن المعالج يقوم بصياغة مشكلات المريض الحالية متمثلة في الأفكار الحالية التي تعمل على استمرار الانفعالات المضطربة و المشكلات السلوكية المرتبطة بها كالانسحاب الاجتماعي والتجنب، ثم يلي ذلك البحث عن العوامل المرسبة التي أثرت في ظهور تلك الانفعالات المضطربة وأنماط التفسير الدائمة لدى المريض التي قد تكون هيئاته لان يصبح مضطربا.

٢- يؤكد العلاج السلوكي المعرفي مبدئياً على الحاضر والمشكلات الراهنة ولا يكون من المفيد النظر إلى الماضي بعمق إلا في ثلاث حالات: الأولى إذا كان العمل الموجه مباشرة للمشكلات الحالية لم يحدث تأثيراً معرفياً وانفعالياً وسلوكياً ملحوظاً والثانية عندما يبدي المريض تعبيراً قوياً عن رغبته في فعل ذلك والثالثة عندما يحكم المعالج بأنه من المهم فهم كيف ومتى تأصلت أفكار مضطربة هامة وكيف تؤثر هذه الأفكار في المريض اليوم.

٣- يؤكد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية المشاركة الفعالة ويعني ذلك تشجيع المعالج للمريض على أن ينظر للعلاج على أنه عمل فريقي أو تعاوني وأنهما معا سيقرران أشياء مثل ما الذي يقومون به أثناء كل جلسة وعدد الجلسات والواجبات المنزلية والمهام بين الجلسات وقد يجد المريض صعوبة في القيام بتلك المشاركة في البداية لكن مع التشجيع ومحاولة الاشتراك في إعطاء عائد وتلخيص وما شابه ذلك يصبح المريض قادراً على المشاركة الفعالة.

٤- العلاج السلوكي المعرفي هو علاج موجه بأهداف ويركز على المشكلات حيث تتم مساعدة المريض على تحديد أهداف سلوكية معينة وخاصة مناقشة الأفكار الذاتية المرتبطة بصياغة ووضع أهداف، وذلك لما تقوم به تلك الأفكار من إعاقة لمجهودات حل المشكلات لدى الفرد. فقد يكون من المفيد من بعض المرضى تقييم الأفكار المضطربة التي تمنع المريض من استخدام مهارات كانت موجودة لديه من فترة سابقة قبل المرض، في حين يكون المفيد للبعض الآخر بناء أو محاولة اكتساب مهارات جديدة لم يسبق أن كانت موجودة لدى

المريض. إذاً فهناك حاجة كبيرة إلى فهم الصعوبات النوعية لدى المريض وتقدير الطريقة

الملائمة والمستوى المناسب للتدخل العلاجي لها.

٥- العلاج السلوكي المعرفي علاج تعليمي أي يهدف إلى تعليم المريض أن يكون هو معالج

نفسه، ويؤكد على منع الانتكاس ويتضمن ذلك تنوير المريض بطبيعة ومسار اضطرابه،

وكذلك إمداده بمعلومات عن عملية العلاج وتعليم المريض كيف يضع خططاً للتعامل مع

المشكلات ويحدد أهدافاً معينة في المواقف المختلفة حتى يتسنى له تطبيق ذلك في المستقبل

عندما يواجه مواقف إشكالية جديدة.

معنى هذا أن العلاج السلوكي المعرفي يركز على اكتساب المريض عدد من المهارات

والتكتيكات تساعد على حل المشكلات التالية أو القادمة بطريقة أكثر توافقاً بدلاً من

الانتكاس أو تكرار السقوط في براثن الاضطراب مرة أخرى.

٦- العلاج السلوكي المعرفي يجب أن يكون محددًا بزمن فهناك مدى للجلسات وعادة ما تتراوح

تلك الجلسات بين ٤ - ٢٠ جلسة تبعاً لحالة المريض وطبيعة الاضطراب ويكون معدل

الجلسات في البداية جلتين كل أسبوع في الأسابيع الثلاثة أو الأربعة الأولى، ثم جلسة

أسبوعياً في الأسابيع التالية هذا بالإضافة إلى ما يسمى بالجلسات التنشيطية حيث يتم

التخطيط لمقابلة كل ثلاث شهور تقريباً بعد نهاية العلاج كنوع من المتابعة و التنشيط

للأساليب والفنيات التي تعلمها الفرد أثناء فترة العلاج.

٧- جلسات العلاج السلوكي المعرفي تكون محددة البناء أي يلتزم المرشد أو المعالج بالسلوك المعرفي ببناء محدد للجلسات العلاجية يبدأ عادة بمراجعة للحالة الانفعالية و الواجبات المنزلية وأحداث الأسبوع منذ الجلسة السابقة ثم وضع جدول عمل للجلسة الحالية، وتلقى وتقديم عائد على الجلسة وملخص عما يتم إنجازه أثناءها وتحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات وعادة ما يكون للجلسة الأولى التي تتضمن إجراء التقدير السلوكي للمريض بناء مختلف قليلا عن الجلسات التالية.

٨- يستخدم العلاج السلوكي المعرفي أساليب و فنيات مختلفة لتغيير تفكير المريض وانفعاله وسلوكه ويختار المعالج أيا من تلك الأساليب اعتمادا على صياغته المعرفية لمشكلات المريض والموضوعات التي يتناولها في الجلسات المختلفة وعلى المعالج أن يستخدم كل أسلوب علاجي يرى انه من الممكن أن يساعد في تحسين الأعراض والشفاء من الاضطراب الانفعالي فالعلاج السلوكي المعرفي هو منحى توفيقى واسع يتضمن أساليب كثيرة ومتنوعة تهدف كلها إلى تخفيف الضيق النفسي أو اضطراب الانفعال وما يصاحبه من سلوك مضطرب وذلك من خلال تصحيح الأفكار والمفاهيم والإرشادات الذاتية الخاطئة (السيد، ١٦٥م، ص ٢٠٠٦-١٦٩).

٢-١-٤ أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

لما كان العلاج السلوكي المعرفي ينظر للإنسان على أنه كل لا يتجزأ، ولذلك فهو يتعامل معه من خلال العديد من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية المتفاعلة والمتكاملة فإن الهدف الأساسي أو الغاية النهائية هي مساعدة الفرد على تكوين فكرة وصورة جديدة عن ذاته وعن الآخرين تمكنه من التفاعل والتوافق بدرجة أعلى من الكفاءة والإيجابية والقبول (Taule et.al.,2007). ولأن العلاج السلوكي المعرفي يقوم في الأساس على تشكيل البنية المعرفية Cognitive structure للفرد فإن هدفه الرئيسي دائماً هو إحداث تغيير جذري لأفكار وفلسفة الفرد، وذلك للتغلب على جميع الاضطرابات والمشاكل الخاصة به وأن يقنع الشخص بأن رغباته وأهدافه وقيمه ومشكلاته ومعاييرها ليست هي سبب ما يواجهه من مشاكل واضطرابات، ولكن السبب هو ومتطلباته وأفكاره غير الصحيحة وغير العقلانية بشأن كل ذلك (عبد الكريم، ٢٠٠٥م، ص١٣٩).

ويشير مليكة (١٩٩٤م) أن أهداف العلاج السلوكي المعرفي لا تختلف عن أهداف العلاج

النفسي بشكل عام، وأنها تتلخص في خمسة أهداف:

الأول: هو الإقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال غير التوافقية.

الثاني: هو الإقلال من الاضطرابات العصابية وحل مشكلات الحياة.

الثالث: هو التغيير المعرفي الذي سوف يتبعه التغييرات الوجدانية والسلوكية.

الرابع: فهو المساعدة الذاتية، أي أن يتعلم الفرد تعديل حالته المزاجية وسلوكه غير التوافقي.

الخامس: هو إعادة بناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة مدركاً أن ذلك هو الحل الذكي لمشكلاته. (ص ١٩٢)

أما باتيرسون (١٩٩٥م) فيرى أن العلاج السلوكي المعرفي يجب أن يركز على هدفين محددين: الأول هو التقليل من لوم الذات وما يصاحب ذلك من قلق، والثاني لوم الآخرين وما يصاحب ذلك من غضب أو عدوان (ص ١٧٥). ويرى الشناوي والسيد (١٩٩٨م) أن للعلاج السلوكي المعرفي ثلاث أهداف رئيسية الأول هو تعليم العميل (المسترشد أو المريض) أن يحدد ويقيم أفكاره وتخيالاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة، والثاني هو تعليمه كيفية تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة وتشوهات فكرية أما الثالث فيتمثل في تدريب العميل على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة (ص ٢١٣).

ويرى السيد (٢٠٠٦م) أن أهداف العلاج السلوكي المعرفي يجب أن تكون خمس أهداف

متتالية:

الأول هو التحديد الدقيق للمعارف المرتبطة بالمشكلة محل الاهتمام أو المراد مواجهتها أو علاجها. والثاني هو التعرف على الروابط بين المعارف والوجدان والسلوك والثالث هو فحص الدليل المؤيد والدليل المعارض للمعتقدات الأساسية. والرابع هو تشجيع العميل على تجريب طرق أخرى لفهم

المواقف وأخيرا فإن الهدف الخامس هو تعليم العميل أن ينفذ العملية المعرفية بشكل مستقل (ص ٢١٠).

نخلص من ذلك أن للعلاج السلوكي المعرفي أهدافا أساسية يجب تحقيقها من أجل الوصول إلى الصحة النفسية أو التوافق النفسي الاجتماعي ويمكننا حصرها في ثلاثة أهداف محورية الأول هو إقناع الفرد (العميل) بأن السبب الرئيسي لاضطرابه هو أفكاره ومعتقداته غير المنطقية وتعريفه بهذه الأفكار، والثاني هو دحض هذه الأفكار والابتعاد عنها، والثالث هو بناء فلسفة جديدة وذلك بتبني الفرد أفكار جديدة عقلانية.

٢-١-٥ الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي:

رغم تعدد أساليب وفنيات العلاج السلوكي المعرفي إلا أنها تصنف عادة في ثلاث مجموعات هي المعرفية والانفعالية والسلوكية ويقصد بالفنيات المعرفية تلك التي تساعد العميل على تغيير أفكاره ومعتقداته واتجاهاته غير العقلانية إلى أفكار ومعتقدات منطقية يمكن تحقيقها في الواقع، أما الفنيات الانفعالية فهي تلك التي تتعامل مع مشاعر وانفعالات العميل والمواقف المثيرة للانفعالات السلبية والخبرات الماضية التي تتصل بالمشكلة المراد حلها، وأخيرا فإن الفنيات السلوكية فهي تلك التي تساعد العميل على تغيير وتعديل السلوك المضطرب وتعزيز السلوك التوافقي (الأنور، ٢٠٠٥م، ص ٦٠-٦١).

وفيما يلي عرض موجز لأمثلة أو نماذج لفنيات في المجموعات الثلاثة:

أولاً: الفنيات المعرفية:

١- التعرف على الأفكار غير العقلانية :

يقصد بالأفكار غير العقلانية تلك الأفكار التي تعطل القدرة على التوافق مع خبرات الحياة وتولد استجابات انفعالية غير مناسبة بحيث تسبب الضيق والألم وتدفع الفرد إلى سلوك سلبي أو انهماجي. ولكن نحسن مهارة تحديد الأفكار اللاعقلانية نطلب من الفرد الاحتفاظ بمذكرة لكتابة وصف مختصر للظروف المحيطة بالمشكلة كما يجب وصف الموقف والأفكار غير العقلانية (الأتوماتيكية) التي تأتي على البال والاستجابات الانفعالية الناتجة، ذلك لأن تسجيل الفرد لأفكاره السلبية هذه يساعده على اختبار الواقع وتجعله قادر على مراقبة أفكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة (محمد، ٢٠٠٢م، ص ٥٢٣).

٢- إعادة البناء المعرفي:

ويقوم هذا الأسلوب على مسلمة أن الاضطراب الانفعالي وما يصاحبه من اضطراب سلوكي يحدث نتيجة أنماط من التفكير الخاطيء والهدف العلاجي هو تحديد هذه الأنماط واستبدالها بمعارف أكثر توافقاً. فإعادة البناء المعرفي يهدف إلى إحلال مشاعر محايدة، أو مشاعر ايجابية، محل المشاعر السلبية، وعلى سبيل المثال إحلال مشاعر الهدوء محل مشاعر الغضب، ويتعامل إعادة البناء المعرفي مع الأحداث بعد حدوثها الفعلي (الشناوي والسيد، ١٩٩٨م، ص ٢٣١).

٣- الدحض والإقناع:

يساعد الدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع على أن يكتشف الفرد طرق التفكير السابقة التي كان يستخدمها لم تعد تجدي وان استمرار تبنيها لا يعني أننا نكرر الأخطاء وندعم الاضطراب فحسب، بل نعمل أيضا على زيادتها وقوة تأثيرها، وعندما يحاول المعالج إقناع العميل بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الآخرين، وأن يتبنى أفكار جديدة أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فإن هذا لا يساعده على أن يبني أفكار جديدة ونافعة فحسب بل أن فاعليته الاجتماعية سوف تزداد وتتحسن قدرته على التوافق (عبد الكريم، ٢٠٠٥م، ص ١٤٤).

ثانيا: الفنيات الانفعالية:

هي التي تتعرض لمشاعر الفرد وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، وخبراته السابقة وهي كالتالي:

١- الأنشطة السارة:

يشير عبد الله (٢٠٠٠م) إلى أنه يجب حث المريض على زيادة عدد الأنشطة التي تبعث على البهجة والسرور بالنسبة له والتي يمكنه أن يقوم بها والتي تتضمن التفاعلات الاجتماعية الايجابية والأنشطة غير الاجتماعية كالهوايات الشخصية مثلا ولكي يتمكن المريض من تحقيق ذلك

يتم تدريبه على كيفية وضع أهداف واقعية ووضع خطة معينة لتحقيق التغيير السلوكي ومكافأة نفسه عند إنجاز أي خطوة بنجاح. (ص، ١٧٥)

٢- لعب الدور:

يعود استخدام هذا الأسلوب في مجال العلاج النفسي إلى الطبيب الفرنسي مورينو Morneno الذي أدخل أسلوب السيكودراما والذي يتبع في العلاج الجمعي حيث يقوم المريض بتمثيل ادوار معينة من واقع خبراته وذلك تحت إشراف المعالج (الشناوي والسيد، ١٩٩٨م، ص٦٣). ويستخدم أسلوب لعب الدور بغرض زيادة قدرات الفرد على التحمل ومواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية وكذلك تجنب الاندفاعات الحمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريقة التخيل أو الافتراض ويكون من شأنها إثارة الغيظ والغضب أو الإحباط ومن خلال ذلك يقوم المعالج بتدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تعبر عن ضبط النفس والثقة بها وبالتالي فإن هذا الأسلوب يجعل الفرد قادرا على التعبير عن اتجاه جديد أو معتقد عقلائي مناسب وأن يعيد ويكرر ذلك الأمر الذي سيؤدي إلى أن يتحول هذا الاتجاه الجديد إلى عادة أو خاصية دائمة مما يساعد الفرد على الدخول في المواقف الجديدة بثقة أكبر، بالإضافة إلى المشاعر الايجابية التي تسيطر عليه بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة (شقيير، ٢٠٠٢م، ص٥٢٣).

٣- التعليمات الذاتية (الحوار الذاتي):

يقصد بالتعليمات الذاتية ذلك النوع من حديث النفس الذي يأخذ صورة الحث والتوجيهات والطلب مثل (أنا لن اغضب - أنا لن استجيب لمطالب هذا الشخص) وقد استخدم التدريب على التعليمات الذاتية لتغيير الأنواع الاندفاعية من العدوانية والنشاط الزائد والغضب (الشناوي، ١٩٩٨م، ص٢٠٤) وتعتمد التعليمات الذاتية على حقيقة هامة هي أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها (عبد الله، ٢٠٠٠م، ص٥٧).

٤- التسجيل الذاتي والتقييم الذاتي:

يشير الشناوي و السيد (١٩٩٨م، ص٢٠٥-٢٠٦) إلى أن المقصود بالتسجيل الذاتي هو عملية مراقبة السلوك الذي يتطلب أحكاما تقويمية بسيطة نسبيا مثل(عدد السجائر التي تم تدخينها). أما التقييم الذاتي فيشير إلى أسلوب يتطلب قيام الشخص بالحكم على سلوكه بطريقة ذاتية(كأن يقوم بتقييم سلوكه على مقياس أو تدرج يتراوح من (١- ١٠) ويعتبر أسلوب التقييم الذاتي فعالا عندما يكون الفرد راغبا فعلا في تغيير السلوك المستهدف بالتقييم (مثل طريقة كلامه مع الآخرين). ويشير عبد الله (٢٠٠٠م، ص١١٥-١١٦) إلى انه في هذا الأسلوب أو هذه الفنية يقوم العميل بتسجيل معتقداته وأفكاره غير العقلانية وتقييمه لذاته على شريط تسجيل ويحاول هو أن يستمع إليها وأن يقوم بدحضها وتغييرها بعد تدريبه على ذلك، ثم يقوم بالاستماع إلى الدحض

والتفديد الذي قدمه لهذه الأفكار والمعتقدات، ويجعل الآخرون يستمعون أيضا لذلك حتى يروا سويا

ما إذا كانت قوية ومقنعة أم لا؟.

ثالثا: الفنيات السلوكية:

١- تأكيد الذات:

يعد التدريب على تأكيد الذات من أكثر التدخلات أو الفنيات السلوكية قيمة وفائدة، وهو الأسلوب الذي يجب أن نعتد عليه إذا أردنا تعديل سلوك غير ملائم في العلاقات بين الأشخاص ويتم هذا التدريب من خلال تدخلات تقود المريض إلى الشعور وإلى الفعل والتصرف على أساس افتراض أن له الحق في أن يكون ما هو عليه وان يعبر عن مشاعره طالما انه لم يسبب الأذى لأحد وتأكيد الذات لا يشمل التعبير عن الغضب والضيق فقط ولكنه يشمل أيضا التعبير عن كل المشاعر بما في ذلك مشاعر الحب والدفء والقصد من التدريب على تأكيد الذات هو تعليم الشخص السلوك التوكيدي المناسب والفعال والمعقول مع عدم تجاهل المعايير الثقافية والقواعد الأخلاقية (Reilly et.al.,2002).

٢- الاسترخاء :

تشير هيرون إلى أن الاسترخاء العضلي قد اثبت كفاءة عالية في مجال العلاج السلوكي المعرفي بشكل عام وفي علاج القلق والخوف والغضب على وجه التحديد فلأن الاسترخاء هو الحالة المعاكسة لحالة الانفعال فإن الأثر الذاتي الذي يصاحب حالة الاسترخاء القوية هو عكس الأثر

الذي يشعر به الفرد في حالة القلق والانفعال كذلك فالاسترخاء يؤثر بقوة على الحالة الذهنية للفرد فهو من انجح وسائل تصفية الذهن من كافة الأفكار أو صرف الأفكار بعيدا عن التشكك والارتياب في مقاصد الآخرين وما يصاحب تلك الأفكار من انفعالات سلبية وهو ما يعني أن الاسترخاء نشاط بالغ الأثر على كل من الانفعال والتفكير والجسد (هيرون، ٢٠٠٥م، ص١٤) وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس، وذلك عن طريق التنفس العميق وبتمرين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي وتتفاوت إجراءات الاسترخاء فبعض التدريبات قد تستغرق نصف الساعة وبعضها يستغرق بضع دقائق قليلة بحسب الهدف من الاسترخاء وخبرة الشخص (هيرون، ٢٠٠٥م، ص١٠٨).

٣- حل المشكلات:

أن تعليم الأفراد طرقا جديدة لحل مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية هي إحدى خصائص الاتجاهات الحديثة في علاج طرق التفكير والمعتقدات، فلأن الاضطراب يحدث عندما يفشل الفرد في استخدام ما لديه من إمكانيات أو نقاط قوة، أو يفشل في التعامل الكفاء مع تحديات أو مشكلات التوافق مع المجتمع فإن تنمية قدرته على حل المشكلات ومعرفته أن هناك طرقا بديلة للوصول إلى الأهداف قد يسهم في عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية، فحل المشكلات عملية سلوكية سواء ظاهرة (أفعال أو أقوال) أو داخلية (معرفية). ويمكن اعتبار التدريب على حل

المشكلات على انه معاونة الفرد على تطوير مجموعة من التعلم ومن زيادة احتمالية التفاعل بفاعلية في مدي واسع من المواقف كذلك يمكن النظر إلى التدريب على حل المشكلات باعتباره نوعا من الضبط الذاتي أو التدريب على الاستقلالية ويكون الهدف الأساسي في حل المشكلات هو التعرف على أفضل بديل فعال (الشناوي والسيد ١٩٩٨م، ص٢٧٧) ويعنى هذا أن التدريب على مهارات حل المشكلات يساعد المريض على مواجهة العقبات التي تعترضه وذلك بشكل واقعي ومقبول. ويقلل من حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، ولهذا يسمى هذا التدريب - إلى جانب التدريب على المهارات الاجتماعية - بتكنيكات الوقاية من حدوث انتكاسة بعد العلاج (عبدالله، ٢٠٠٠م، ص١٢٣) ويتطلب هذا الأسلوب من المعالج أن يستطيع توفير ظروف تناظر تلك الظروف التي يمكن أن يواجهها المريض في الحياة اليومية والتي تؤدي إلى حدوث المشكلات الانفعالية (عبدالله، ٢٠٠٠م، ص١٧٥).

٤- الضبط الذاتي (التحكم الذاتي):

يشير هاربرت مكينوم ١٩١٨م إلى أن الضبط الذاتي عبارة عن أسلوب لتغير السلوك يبدأه الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي ويتطلب التدريب على ضبط النفس مساندة مبكرة قوية من المعالج مع تشجيع المسترشد على الاعتماد بالتدريج على مهاراته التي يكونها في خمسة مجالات هي المراقبة أو الملاحظة الذاتية - تكوين قواعده محددة أو معايير - البحث عن المساندة من البيئة الخارجية - التغيير الذاتي - توليد نتائج مدعمة قوية (في الشناوي و

السيد، ١٩٩٨م، ص ١٩١ - ٢٠٠) ومن خلال استراتيجيات الضبط الذاتي يتم الانتقال من الضبط الخارجي لسلوك الفرد إلى الضبط الداخلي لهذا السلوك. ويشير عبد الكريم (٢٠٠٥م، ص ١٥٢) إلى أن هناك ثلاثة أساليب للضبط الذاتي هي:

أ- **الملاحظة الذاتية:** لملاحظة وتسجيل السلوك المراد ضبطه يتعين أن يكون الشخص واعيا بما يفعل. وتعتبر الملاحظة الذاتية طريقة لتنمية الوعي بالذات، أي معرفة المنبهات أو المعلومات التي تؤثر في أفعال الفرد.

ب- **التخطيط البيئي:** ويتضمن تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث يتغير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك أو عواقبه المباشرة وذلك عن طريق إلغاء أو تجنب مواقف الحياة اليومية التي يكون فيها القرار أو الاختيار ضروريا.

ج- **البرمجة السلوكية:** وفيها يستخدم الشخص نفسه بعض مقدمات أو عواقب مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها. ويمكن أن يتم ذلك من خلال عدد من الأساليب مثل التدعيم الذاتي الايجابي بعد أداء استجابة معينة، والتدعيم الذاتي السلبي، أي تجنب منه منفرد أو الهرب منه بعد استجابة معينة والعقاب الذاتي الايجابي أي إزالة مدعم متاح بعد أداء استجابة معينة، والعقاب الذاتي السلبي أي أن يقدم الفرد لنفسه منبهات منفردا بعد أداء استجابة معينة.

٥- الواجبات المنزلية:

تعتبر الواجبات المنزلية جزءاً مكملاً للعلاج السلوكي المعرفي لأنها تعمل على تعزيز ما تم تعلمه والتدريب عليه من خلال جلسات العلاج. ويجب أن تكون هذه الواجبات سهلة في بداية العلاج وان تكون تدريب على ما تم في الجلسة السابقة لها. والواجبات المنزلية تجعل الفرد يشعر بالثقة والكفاءة في مواجهة المشكلات خارج جلسات العلاج كما تقلل من الاعتماد على المعالج في حل المشكلات. وتأخذ تلك الواجبات شكل التجارب السلوكية التي يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة أفكار المريض واعتقاداته وافتراضاته وصدقها، ومع التدريب على كل مهارة جديدة أثناء العلاج (كالتدريب على السلوك التوكيدي مثلاً) يتضمن الواجب المنزلي تطبيق تلك المهارة على مواقف حياته الواقعية مع تنويع هذه المواقف (عبدالله، ٢٠٠٠م، ص ١٧٩) فمن خلال الواجبات المنزلية يتم انتقال التغيرات الجديدة إلى المواقف الحسية، وتقوى وتدعم أفكار الفرد ومعتقداته الصحيحة الجيدة، وعلى أن تكون تلك الواجبات مرتبطة بالأهداف العلاجية وان تكون معرفية سلوكية وكذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج (شقيير، ٢٠٠٢م، ص ٥٢٤).

تلخص الباحثة من ذلك أن المعالج السلوكي المعرفي يستخدم العديد من الفنيات سواء المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية، ويتوقف اختيار الفنيات على عدد العوامل أهمها نوع الاضطراب المراد

علاجه وطبيعة الخاضع - أو الخاضعين - لهذا العلاج فالتكامل بين هذه الفنيات واستخدام أكثر من أسلوب يعد هو الاتجاه الحديث والفعال في العلاج النفسي وهو ما سوف تراعيه الباحثة في ضوء مواصفات العينة والمتغيرات موضوع الدراسة.

٢-١-٦ خطوات العلاج السلوكي المعرفي :

يشير باتيرسون (١٩٩٥م) إلى أن مساعدة الأفراد على التخلص من أفكارهم ومعتقداتهم غير المنطقية وغير الواقعية، واستبدالها بآراء واتجاهات منطقية عقلية تناسبهم. ويتم عبر أربع خطوات أساسية هي: الخطوة الأولى: وهي أن نوضح لهؤلاء الأفراد أنهم غير منطقيين وأن نساعدهم على فهم كيف أصبحوا هكذا وأن نظهر لهم العلاقة بين أفكارهم غير المنطقية واضطرابهم الانفعالي والسلوكي و الخطوة الثانية: وفيها يذهب العلاج السلوكي المعرفي إلى أبعد من هذا حيث يوضح للعملاء أنهم مسئولون عن بقاء اضطرابهم واستمراره من خلال استمرار التفكير غير المنطقي في الوقت الحالي، ودون أي مسئولية للأحداث السابقة عن ذلك. والخطوة الثالثة: جعل العملاء يغيرون تفكيرهم وان يتنكروا للأفكار غير العقلية. والخطوة الرابعة: وفيها يكون التركيز على أن وجود الأفكار العقلية المنطقية يجنب العملاء الوقوع ضحايا لأفكار أخرى أو معتقدات غير منطقية ونتيجة لذلك يكتسب العملاء فلسفة عقلية جديدة للحياة ويعملون على إحلال المعتقدات العقلية محل تلك غير العقلية ومن ثم فإن الانفعالات والاضطرابات السلبية تزول ومعها يزول السلوك السليبي أو المضطرب. (ص ١٥٨)

وتعرض عبد الكريم (٢٠٠٥م) خطوات العلاج السلوكي المعرفي بشكل أكثر تفصيلاً، حيث ترى أنه يتضمن ثلاثة عشرة خطوة تهتم بتعليم العملاء إدراك العلاقة بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم وتلك الخطوات هي:

- ١- التعرف على المشكلة وتحديدتها.
- ٢- الاتفاق على الأهداف وتحديدتها بما يتلائم مع طبيعة المشكلة.
- ٣- تقييم النتائج المترتبة على المشكلة.
- ٤- تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة.
- ٥- تحديد أو تقييم أي مشكلات انفعالية ثانوية.
- ٦- تعليم العميل إدراك العلاقة بين الاعتقادات والنتائج.
- ٧- تقييم الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.
- ٨- ربط الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالنتائج.
- ٩- دحض الأفكار والاعتقادات غير العقلانية.
- ١٠- تهيئة العميل كي يعمق اقتناعه باعتقاداته غير العقلانية.
- ١١- الواجبات المنزلية (تشجع العميل على ممارسة ما تعلمه).
- ١٢- مراجعة الواجبات المنزلية.

١٣- تسهيل القيام بعملية التغيير المستهدفة وذلك من خلال تعميق واقتناع العميل بالأفكار

العقلانية عن طريق العديد من الواجبات المنزلية المتنوعة. (ص ١٦٥)

٢-١-٧ دور المرشد أو المعالج في العلاج السلوكي المعرفي :

للمرشد أو المعالج السلوكي المعرفي دوره الحاسم في مدى نجاح العملية الإرشادية أو العلاجية

وفي ذلك يؤكد (بيك، ٢٠٠٠م، ص ١٧٧) على أن التعاون الأصيل بين المعالج والعميل (المسترشد أو

المريض) هو مكون أساسي لأي علاج فعال، ويتعين على كل من المعالج والمريض أن يصلوا إلى

اتفاق في الرأي بصدد أي مشكلة يتطلب المساعدة في علاجها، وما هو هدف العلاج، وكيف

يخططان لبلوغ الهدف كما يجب الاتفاق على طبيعة العلاج ومدته لأن كل ذلك يعد عاملا حاسما

في تحديد النتيجة.

ويؤكد بايترسون (١٩٩٥م، ص ١٦١) على أن العلاج السلوكي المعرفي سوف ينجح ويحقق

أهدافه إذا نجح المعالج في القيام بدورين أساسيين الأول: هو دور الدعاية المضادة الصريحة الذي

يتناقض مع الانهزامية الذاتية وينكرها وعلى الخرافات التي كان المريض قد تعلمها وتشرب

بها، والثاني: هو قيام المعالج بتشجيع المريض، ومن حين لآخر يصمم على أن يندمج المريض في

بعض الأنشطة المحددة ويقدم عليها دون خوف بحيث تساعد على أن تقوم بدور الدعاية المضادة

للمعتقدات غير الصحيحة وغير العقلانية. ولكي ينجح المرشد في القيام بهذين الدورين لابد وأن

يتحلى بعدد من الخصائص أهمها: الإعداد المهني الملائم والخبرة في العمل مع الأفراد (إرشاد فردي)

والجماعات (إرشاد جماعي) وأن يكون على قدر مرتفع من الاتزان الانفعالي والشعور بالطمأنينة، وأن يمتلك مهارات التدريب والإرشاد اللازمة، وعلى قدر كبير من فهم الذات، وأخيرا يكون مؤمنا بالفلسفة الديمقراطية.

٢-١-٨ العلاج السلوكي المعرفي الجمعي:

يقصد بالإرشاد أو العلاج السلوكي المعرفي الجماعي، إرشاد أو علاج عدد من العملاء معا في جماعات صغيرة ويكتسب هذا النوع من الإرشاد أهمية مما يهيئه من تفاعل سواء بين المسترشدين بعضهم البعض أو بينهم وبين المرشد أو المعالج. ويعرف (كفاي، ٢٠٠٣م، ص٢٧٥) العلاج المعرفي السلوكي الجمعي بأنه: تقديم خدمة إرشادية لمجموعة من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطرابهم ويمرون بالخبرة الإرشادية في جماعات صغيرة.

و ترجع أهمية العلاج الجمعي إلى أنه يعطي الفرصة لتعلم جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية من خلال التفاعل الاجتماعي الذي يتم بطريقة منظمة وهادفة، ويتيح الفرصة للتقويم الذاتي Self Evaluation من خلال تفاعل الفرد مع المجموعة وإحساسه بردود الأفعال الايجابية والسلبية. كذلك ترجع أهمية الإرشاد الجماعي إلى أنه يزيد من قدرة المسترشد على التفاعل مع الآخرين وهذا يحزره من مشاعر الحرج، والشعور بالنقص فهو يشعر بالأمن داخل الجماعة، مما ييسر له تعليم أساليب السلوك الاجتماعي الأكثر صحة.

ويقسم بعض الباحثين مراحل الإرشاد الجمعي إلى خمس مراحل هي:

١- المرحلة المبدئية: وهي مرحلة التوجيه ويتم فيها إجراء مقابلة مع أعضاء الجماعة يحدد فيها

أهدافها. وفي هذه المرحلة تتكون الثقة بين أعضاء الجماعة وتوطد العلاقة بينهم وبين قائدهم

كما لا بد أن يتحدد للأعضاء الأهداف التي من أجلها التحقوا بالجماعة.

٢- مرحلة الانتقال: وفي هذه المرحلة يتعلم الفرد كيف يتعامل مع المشكلة وتتميز هذه المرحلة

بالتعرف والتعبير عن المشاعر السلبية.

٣- مرحلة العمل: وتقوم هذه المرحلة على التفاعل بين أفراد الجماعة وهذا يتوقف على التعاون

بينهم والمساندة والتشجيع والقبول ويشترك أفراد الجماعة في المناقشة ووضع الحلول البديلة

للمشكلات التي يعانون منها.

٤- المرحلة النهائية: وهي مرحلة التقييم، حيث يعطي لأعضاء الجماعة الفرصة لتوضيح معني

خبراتهم في الجماعة، وتثبيت وتوضيح قراراتهم عن السلوكيات الجديدة المتعلمة والتي يأمل

انتقالها في حياتهم.

٥- مرحلة المتابعة: وتحدث للتأكد من تعديل سلوك أعضاء الجماعة في المجتمع الخارجي أو تجاه

متطلبات البيئة التي يعيشون فيها (عبد الكريم، ٢٠٠٥م).

ويشير (زهران، ١٩٩٨م، ص٣٣٠) إلى أن الإرشاد الجماعي يرتكز علي إستراتيجية المحاضرة والمناقشات المفتوحة وذلك لما لها من دور هام في إيصال المعلومات إلى الأفراد والتفاعل المباشر معهم حيث يلعب التعلم و إعادة التعلم دوراً رئيساً في الإرشاد الجماعي حيث يعتمد علي إلقاء محاضرات سهلة علي العملاء يتخللها ويليها مناقشات.

ويشير (عكاشه، ١٩٩٨م، ص٢٢٨) إلى أن أهداف العلاج النفسي الجماعي هي: المعاضدة والتدعيم حيث يتغلب المريض علي فقدان الثقة في الذات، والتنبيه: حيث يفيد العلاج الجماعي في تنبيه الكثير من ملكات المرض وأهمها مشاركة الآخرين في أعراضهم التي يعانون منها، والتمرين يساعد العلاج الجماعي علي ممارسة المريض لعدة مواقف وسط مجموعة من الناس وفي هذا يختلف علي الموقف الصناعي في العلاج النفسي الفردي فلا يخشى النقد أو التعليق علي كلامه من ثم يؤدي إلي اكتساب مهارات اجتماعية جديدة والتعبير حيث يعبر المسترشد عن انفعالاته بالكلام وقدرته علي وصف إحساسه ومشاعره بطريقة لفظية مما يكسبه احتراماً لذاته.

للعلاج السلوكي المعرفي سواء الفردي أو الجمعي عدة مزايا يحصرها سليمان (٢٠٠٠م، ص٩٢ - ٩٣) في خمس مزايا هي:

١- أن العلاج السلوكي المعرفي أسلوب علاجي مبني علي مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس العاديون أي غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقت طويل.

٢- إنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل

الشخصية التي غالباً تتدخل في نتائج القياس.

٣- أنه أسلوب يهتم بالظاهرة (الاضطراب أو المشكلة أو الموضوع محل الاهتمام) ذاتها دون

تعرض لاختلافات العلماء حلو أصلها ونشأتها.

٤- أنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات

إستجابية صغيرة متتالية ومتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.

٥- وأخيراً فقد ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل الكثير من صور

السلوك بشرط مقابلة جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق.

٢-١-٩ البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي :

لعل من أهم مجالات التحول التي طرأت على الدراسات والبحوث النفسية والتربوية، الانتقال

من الاهتمام بالدراسات الوصفية القائمة على وصف و تفسير الظواهر، إلى الدراسات التجريبية

القائمة على التحكم و الضبط في متغير أو أكثر للتعرف على أثره في متغير أو عدة متغيرات

تابعة. والبرامج الإرشادية والعلاجية ما هي إلا تصميم من تصميمات الدراسات التجريبية التي

تسعى لإحداث تغيير مقصود في سلوك عينة من الأفراد، بمعنى أن هذه البرامج بإستراتيجيتها

المختلفة هي المتغير المستقل، وتغيير سلوك الأفراد الخاضعين للبرنامج هو التغير التابع

(كمال، ٢٠١١م).

يعرف البرنامج (Program) بأنه: "مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والإجراءات والأنشطة والخبرات التي توصف بأنها مخططة، متنوعة، منظمة، متكاملة، ذات مغزى سيكولوجي محدد، تستخدم أدوات وأساليب معينة مختارة بدقة في التنفيذ والتقويم وتهدف إلى إحداث تغيير مقصود في سلوك المشاركين أثناء البرنامج وبعد انتهائه، سواء كان هذا التغيير راجعا إلى التعلم أو التدريب أو التنمية أو الإرشاد أو العلاج النفسي بصورة عامة (الدريني وكامل، ٢٠٠٦ م ص ٥).

ويعرفه الأنور (٢٠٠٥ م ص ٨) إجرائيا على أنه "عملية بناء تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته وينمي إمكانياته لكي يتمكن من تحديد وحل مشكلاته، وتتم هذه العملية من خلال مجموعة من الجلسات تشتمل على تفاعل بين المعالج والعميل حتى يتم الوصول إلى تحقيق الأهداف من الإرشاد أو العلاج".

ويتم تصميم أي برنامج إرشادي أو علاجي أو تدريبي عبر عدد من الخطوات، هي: تحديد هدف البرنامج، تحديد عدد وطبيعة الأفراد الخاضعين للبرنامج والشروط التي يجب أن تتوفر فيهم، تحديد معايير أو مستويات الأداء الذي يجب أن يصل إليها الخاضع للبرنامج (العميل أو المريض أو المسترشد) - تحديد الفترة الزمنية المخصصة للبرنامج مع توزيع الوقت الكلي للبرنامج على الموضوعات المختلفة - تحديد موضوعات البرنامج - تحديد تتابع الموضوعات في البرنامج وأسلوب عرض كلا منها - تحديد النماذج العملية و التطبيقات المناسبة لكل موضوع وتحديد موضعها في البرنامج - تحديد دور كل فرد من الأفراد الخاضعين للبرنامج وأنواع الواجبات المفروضة عليهم سواء

أثناء جلسات البرنامج أو بعيداً عنها (الأنور، ٢٠٠٥م) كذلك فمن الضروري أن يحدد المرشد أو المعالج ويجهز كل ما يحتاج إليه من مساعدات لتنفيذ البرنامج سواء كانت مساعدات بصرية مثل السبورة ولوحات الحائط المكتوبة و المرسومة والرسوم التوضيحية والمقاطع والنماذج والمطبوعات والشرائح والصور الشفافة، أو مساعدات سمعية مثل أجهزة التسجيل الصوتي والإذاعة أو مساعدات سمعية بصرية مثل الأفلام والصور المتحركة والأشرطة السينمائية، وغير ذلك من المساعدات الأخرى (الأنور، ٢٠٠٥م). ويوصى الكثير من الباحثين بضرورة إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج قبل استخدامه و ذلك للتعرف عملياً على صعوبات تنفيذه وجودة محتواه، ويتم ذلك على عينات صغيرة من الأفراد المستهدفين، لأن هذه الخطوة تفيد كثيراً في التعرف على العقبات التي ستواجه التطبيق الفعلي للبرنامج، وذلك للتخطيط لكيفية التغلب عليها ومعالجتها قبل البدء في التنفيذ الفعلي، ولا يقل أهمية عن ذلك ضرورة الكشف عن مدى صدق البرنامج وثباته، وإلا يلجأ المرشد أو المعالج إلى بناء البرنامج وتطبيقه مباشرة بدون التحقق من صلاحيته (كمال، ٢٠١١م).

ولكي يؤتي البرنامج الإرشادي أو العلاجي ثماره، ويحقق أهدافه، سواء الأهداف العامة أو الأهداف الإجرائية الخاصة، فلا بد أن يتسم بعدد من الخصائص تحدد (كمال، ٢٠١١م) ثمانية منها هي:

١ - تعدد وتنوع التدريبات المقدمة في البرنامج من حيث المحتوى والطريقة ضروري للمحافظة على دافعية الخاضعين للبرنامج، كما أن تكرار التدريبات بصور مختلفة يساعد على إدراك المبدأ العام الذي يحكمها مما يؤدي إلى اكتساب السلوك المرغوب وتيسير انتقال اثر التعلم إلى مواقف جديدة .

٢ - أن يساعد البرنامج وينفذ على وجود فروق فردية بين المشاركين.

٣ - أن يكون للبرنامج أساس نظري (نظرية ، فرض علمي) يبرر بناؤه ويوجه إجراءاته ويرشد تنفيذه وتقويمه.

٤ - أن يسعى البرنامج إلى مساعدة المشاركين كأفراد على تغيير سلوكهم في اتجاه معين يحقق لكل منهم النمو الفردي.

٥ - لا ينبغي أن يكون تركيز البرنامج حول نوع المعلومات التي تحدث التغيير، بل يكون تركيزه حول عملية التغيير ذاتها و التي تسهم فيها المعلومات و الخبرات.

٦ - يجب أن يتضمن البرنامج أنشطة قصيرة المدى وأخرى طويلة المدى.

٧ - أن تعتمد الجلسات الإرشادية والعلاجية على توظيف أكثر من حاسة لدى العميل وذلك من خلال المواد التدريبية المتنوعة بحيث يكون ناتج الجلسة على درجة أعلى من الكفاءة.

٨ - ضرورة وجود مشيرات تعمل على استثارة دافعية العميل أثناء الجلسات بما يضمن عدم الشعور بالملل و القلق و الإحباط و الانسحاب من الجلسات.

٩- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف العام إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف الكلى العام (سليمان، ٢٠٠٠م، ص ٩٤).

١٠- المحك الأساسي للحكم على مدى نجاح أي برنامج إرشادي أو علاجي - خاصة إذا كان سلوكي معرفي - هو مدى قدرة البرنامج على أن يغير جوهريا انتباه وإدراك وفهم الفرد لذاته في علاقته بالسلوك المضطرب موضوع الإرشاد أو العلاج، ويكون البرنامج برنامج أقوى وأكثر كفاءة إذا تضمن ما يؤدي إلى إكساب الفرد بعض مهارات مواجهة الضغوط وكفاءة التعامل معها لان ذلك يزيد من ثقته من نفسه وتصوره الإيجابي عن ذاته (Rohde 2006 et.al.). إن مدى تمتع البرنامج الإرشادي أو العلاجي المعين، بتلك الخصائص هو الذي يحدد مدى فاعليته، تلك الفاعلية التي تكشف عن نفسها من خلال الأثر الذي يحدثه البرنامج، والذي يتم تحديده إحصائيا من خلال حجم التأثير Effect size لكل اختبار إحصائي مستخدم في التحقق من تأثير البرنامج (كمال، ٢٠١١م).

٢-٢ التوحيد:-

٢-٢-١ مقدمة:-

إن الاهتمام بالتوحيد أصبح ضرورة من ضروريات الحياة، وذلك لانتشاره في عدد كبير من أطفال العالم وترجع الأهمية كذلك إلى غموض هذا المفهوم على كثير من الناس بجميع طبقاتهم

الاجتماعية والثقافية لأن التوحد يعتبر من أكثر الاضطرابات والإعاقات غموضاً.

ويرجع ذلك الغموض إلى أن الطفل التوحدي لا تظهر عليه علامات الإعاقة كغيره من الأطفال الآخرين لأنه يتسم بالمظهر الخارجي العادي وإنما الاضطراب الذي لديه تكون علاماته غريبة كالانطواء والرغبة في العزلة وضعف التواصل الإدراكي والاجتماعي واللغوي والحركي.

يعتبر التوحد مصطلح حديث في تاريخ البشرية إذ لم يكن هناك شيء محدد يطلق عليه هذا اللفظ (التوحد) منذ اقل من قرن واحد، حيث كان ما نطلق عليه الآن مصطلح التوحد يعتبر من حالات الاضطراب العقلي الطفولي أو الصمم أو غيرها من حالات

الاضطراب (العثمان، ٢٠٠٥م). حتى اكتشفها الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر L.KANNER

عام ١٩٤٣م من بين مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين يتعامل معهم، حيث تميز بعضهم بأعراض تأخر وقصور في القدرات المختلفة، وظل ينظر إليها على أنها قريبة الشبة بحالة الفصام برغم أنه لم يكن من بين أعراضها مظاهر الهلوسة أو التهيؤات التي تعتبر أحد أهم

الأعراض المميزة للفصام، ولذا اعتبرها كانر فئة إعاقة مختلفة عنة وأطلق عليها مصطلح التوحد الطفولي المبكر Early Infantile Autism، إلى أن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح

Autism (التوحد أو الذاتوية أو الاجترار) لم يتم إلا بعد ذلك (رفيق، ٢٠٠١، ص ٤-٥).

ويطلق عكاشة (١٩٩٢م) في (محمد، ٢٠٠٨م، ص ٣٢٠) على إعاقة التوحد "اسم الذاتوية الطفولية

childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده:

١- نمو أو ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

٢- نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاث الآتية:

أ- التفاعل الاجتماعي Social Interaction.

ب- التواصل Communication.

ج- السلوك المحدد والمتكرر Steteotyped Behavior.

بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة، يشيع وجود مشكلات نفسية أخرى متعددة

وغير محددة مثل الرهاب (المخاوف المرضية Phobia) واضطرابات النوم والأكل Sleeping and

Eating Disorder ، ونوبات هياج، وعدوان الموجه نحو الذات.

ومنذ أن أماط كانر اللثام عن اضطراب التوحد وبعض أعراضه في أربعينيات القرن الماضي، مرت

الدراسات في موضوع التوحد بثلاثة مراحل:

المرحلة الأولى: يمكن أن يطلق عليها مرحلة الدراسات الوصفية الأولى وهي تلك الدراسات التي

أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من القرن الماضي، وكان هدفها الأساسي هو

التوصل لتقارير تصف سلوك الأطفال التوحديين، واثّر هذا الاضطراب - التوحد - على السلوك

بصفة عامة. ورغم أن تلك الدراسات قد اشتملت على الكثير من المعلومات عن التوحد إلا أنه

يلاحظ عدم التجانس بين المجموعات الموصوفة في تلك الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو

المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب، وهو ما يقلل من الأهمية العملية لما توصلت إليه من استنتاجات وإستخلاصات.

المرحلة الثانية: تمتد من أواخر الخمسينيات إلى أواخر السبعينيات وهي امتداد للمرحلة الأولى إذ لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن التوحد، ولا تزال تركز على التطورات المختلفة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحدين نتيجة للتدريب، ولذا يمكن وصف هذه الدراسات بأنها دراسات "قصصية" بشكل كبير، كما أنها غير منتظمة ولا تعطى صورة واضحة يمكن الاستفادة منها بشكل عملي، ورغم ذلك فدراسات تلك المرحلة تعد أكثر دقة من مثيلتها في المرحلة الأولى، ونجحت في لفت الأنظار إلى ثلاثة ملاحظات هامة بخصوص التوحد والأطفال التوحدين وهي:

- ١- التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة، لان الاستخدام الجيد أو الواضح للغة لدى الأطفال يعد احد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.
- ٢- التأكيد على أن مقدار انخفاض القدرات العقلية أحد أهم العوامل التي يمكن استخدامها كمؤشر يعتمد عليه في تحديد الطفل التوحدي.
- ٣- القابلية للتعلم وهو ما يعني أن تدريب الأطفال التوحدين يؤدي إلى نتائج ايجابية.

المرحلة الثالثة: بدأت منذ ثمانينات القرن الماضي ولا تزال مستمرة حتى الآن، وتشهد تياراً ثابتاً وقويماً في تناول موضوع التوحد في جوانبه المختلفة، وفي سياقات مختلفة طبية ونفسية واجتماعية

وتربوية وأصبحت الدراسات أكثر تحديدا وأكثر دقة، وتحاول السعي نحو التفسير وليس مجرد الاكتفاء بالوصف، والربط بين الجانبين البحثي النظري من ناحية والتطبيقي العملي من ناحية أخرى (سليمان، ٢٠٠٠م، ص ١٢-١٤).

ولأن اضطراب التوحد يتضمن أوجه قصور حادة في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها. (Kamio&Ishisaka,2004)، فإنه لا يزال من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة من حيث تأثيرها سواء على مستوى الطفل المصاب أو أسرته أو المجتمع ككل، ولا يزال المجهول عنة ربما أكثر كثيرا مما نعرفه خاصة فيما يتعلق بالعوامل المسببة له ومن ثم كيفية علاجه (رفيق، ٢٠٠١م). فإذا كانت البشرية قد نجحت في السيطرة التامة على بعض الأمراض والاضطرابات الأخرى نتيجة تقدم التقنيات الطبية واستحداث الأمصال والعقاقير المضادة، إلا أن إعاقة التوحد لم تجد - بعد - العلاج الحاسم الكافي الذي يوقف غزوها لعقول أطفالنا، وهو ما يفسر لنا الاهتمام الشديد الحالي من الدوائر الطبية والنفسية والتربوية بدراسته وأجراء البحوث على مستوى العالم، وهو ما نلاحظه أيضا في عالمنا العربي، إذ ظهر اهتمام متزايد في السنوات الأخيرة بكافة جوانب إعاقة التوحد، وتكوين الكثير من الجمعيات والمجالس الخاصة به، ومحاولة تقديم الرعاية بجميع أشكالها للأطفال المصابين به وكذلك لأسرهم (ميقاتي، ٢٠٠٦م).

إن الطفل التوحدي يعاني من مجموعة من المشكلات السلوكية وأوجه القصور التي تجعل من الصعب عليه أن لم يكن من المستحيل أن يتعلم بدون تدخل من الآخرين ومساعدتهم له بشكل مباشر وقوي، وذلك بسبب عدم استجابته للمواقف الاجتماعية واضطراب سلوكه، ومن ثم فإن تنمية مهاراته اللغوية ومهاراته الاجتماعية هي الوسيلة الأساسية لكسر حاجز عزله، ومحاولة إعادته إلى مجتمعة، وقيامه بالمشاركة في الأنشطة الحياتية اليومية التي تدور حوله (سليمان، ٢٠٠٠م، ص ٩٠).

٢-٢-٢ تعريف التوحد وقياسه:

تنوع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل، ومن ثم عادة ما تصنف في فئات مرضية محددة، لعل أهمها تلك التصنيفات التي ترد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

لم يظهر التوحد كفئة مرضية محددة من أي في الطبعتين الأولى التي صدرت ١٩٥٢م أو الثانية التي صدرت عام ١٩٦٨م من هذا الدليل، وظهر للمرة الأولى في الطبعة الثالثة (DSM-111) التي صدرت عام ١٩٨٠م، والطبعة الثالثة المعدلة (DSM-111R) الصادرة عام ١٩٨٧م حيث تم وضع التوحد في فئة تصنيفية واحدة مع ذهان الطفولة (إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣م، ص ٢٥-٢٧). وقد أبت الصورة الرابعة من هذا الدليل (DSM-IV) والصادرة عام ١٩٩٤م على مصطلح اضطراب التوحد تحت فئة "اضطرابات ارتقائية" وهي تلك التي تتميز بتأخر أو انحراف في

التفاعل الاجتماعي وقصور في مهارات التواصل وارتقاء الرمز مع وجود السلوك النمطي وقلة الأنشطة والاهتمامات ووصفت تلك الصورة خمس اضطرابات في طيف التوحد ضمن فئة اضطرابات النمو المنتشر هي:

اضطراب التوحد Autistic disorder

متلازمة إسبرجر Asperger Syndrome

متلازمة ريت Rett Syndrome

اضطراب الطفولة التفككي Childhood distintegrative disorder

اضطراب النمو المنتشر غير المحدد Pervasive not specified developmental disorder

وتتسبب كل هذه الاضطرابات في حدوث درجة من الضعف في قدرات التواصل والتفاعل مع الآخرين، كما يمكن لهؤلاء المرضى أن ينغمسوا في سلوك حافل بالطقوس أو بالأفعال المتكررة مثل الدق بأصابعهم باستمرار (Butler et.al.,2006).

أما الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين فقد عرفت التوحد عام ١٩٧٨م بأنه: "اضطراب في معدل النمو وسرعته واضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات واضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص واضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (Gray , 2003).

ويعرف عبدالله (٢٠٠٩م) سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية الصادرة عن مكتب الإنماء الاجتماعي الكويتي بأنها "أحد الاضطرابات الارتقائية التي تصيب الأطفال قبل أن يبلغوا ثلاثين شهرا وأهم أعراضه وجود مشكلات في اللغة والتواصل مع الآخرين بنوعيه اللفظي وغير اللفظي، وقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، حيث يكون الطفل منسحبا ومنشغلا بخيالاته وأفكاره وسلوكياته النمطية والمتكررة وكذلك تأخر عمليات التعلم ووجود اضطرابات في العمليات الإدراكية البصرية والسمعية (ص ٣٣٩).

ويعرف رفيق (٢٠٠١م) التوحد بأنه "حالة إعاقة من إعاقات النمو الشاملة يسببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي (المخ) يتميز في توقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي وبالتالي القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن وسطه المحيط مع اندماج الطفل في حركات نمطية أو ثورات غضب كرد فعل لأي تغير في الروتين". (ص ٨-٩)

ويعرف ريتشارد وماتيو (Richard & Matthew, 2002) التوحد بأنه "اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعي وقصور التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر.

ويعرف (العثمان، ٢٠٠٥م) التوحد بأنه "اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر ويتميز فيه الطفل بالفشل في التواصل مع الآخرين وصعوبات واضحة في التفاعل الاجتماعي وضعف في اللعب التخيلي". (ص ٢٥)

وأخيراً نعرض لتعريف عبد الحميد (٢٠٠٨م) للتوحد بأنه "اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر في التفاعل الاجتماعي وتواصل اللغة وسلوك الطفل وقابليته للتعلم والتدريب ويأخذ عدة مظاهر منها تأخر أو فقدان النمو اللغوي، نوبات غضب، وبكاء، وضحك بدون سبب، وعدم الخوف من الخطر، اللعب بطريقة شاذة، وصعوبات في مهارات العناية بالذات". هذا وتتعدد مقاييس مستويات التوحد لدى الأطفال وان كان أكثرها استخداماً في قياس التوحد وتحديد شدته "مقياس تقييم توحد الطفولة" Childhood Autism Reting Scale (CARS) والذي أعده ايريك سكوبلر E.Schopler وزملاؤه عام ١٩٨٠م ويتم من خلاله تقييم حالة الطفل في أربعة عشرة جانب سلوكي هي " التفاعل مع الآخرين- مقدرة على التقليد- استجابته العاطفية- استخدامه لجسده- استخدامه للأشياء- تكيفه مع الغير- استجاباته البصرية- استجابة حاسة التذوق والشم- الخوف والتوتر العصبي- التواصل اللغوي- التواصل غير اللغوي- مستوى نشاطه العام- ثبات استجابته الإدراكية- الانطباع العام عن الطفل(في ميقاتي، ٢٠٠٦م).

كذلك توجد قائمة التوحد للأطفال عند ١٨ شهر) والذي أعدها سيمون بارون كوهين S.B.COHEN في أوائل التسعينات (واختبار التوحد للأطفال في سن عامين) والذي

وضعة ويندى ستون W.STONE و(مقياس جليام لتقدير التوحد) Gelyam Autism Rating Scale (GARS) والذي صمم لتقدير التوحد لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٢٣ سنة. وغير ذلك من مقاييس التوحد (سليمان، ٢٠٠٠م).

٢-٢-٣ أنواع التوحد:

لان للتوحد العديد من الأعراض العقلية والوجدانية والسلوكية واللغوية والحركية، فإن ظهور هذه الأعراض يختلف من شخص لآخر، فقد تظهر بعضها عند طفل بينما لا تظهر عند طفل آخر رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد، كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر (فهد، ٢٠٠٥م). فمع التسليم بأن هناك خصائص ومظاهر مشتركة يتصف بها ذوى اضطراب التوحد، إلا أنه من العسير عمليا أن نجد الخصائص نفسها لدى كل هؤلاء الأطفال، حتى وإن وجدناها فإنها في الأغلب تختلف في طريقة ظهورها أو الدرجة والمستوى الحالي لها (Scott et.al.,2000). الأمر الذي جعل هناك أنماط مختلفة للتوحد. فهناك بعض الباحثين(سليمان، ٢٠٠٠م، ص٤٦-٤٧) الذين يصنفون التوحد إلى صنفين أو نوعين أو نمطين، يطلق على الأول التوحد ذو الأعراض الكاملة، ويطلق على الثاني التوحد ذو الأعراض المتبقية. وتتضمن المحكات التشخيصية للنوع الأول ستة محكات هي:

بدء الاضطراب قبل سن ٣٠ شهرا - العجز عن الاستجابة للآخرين - اضطراب شديد في النمو اللغوي - أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر أو قلب الضمائر) - استجابات

بيئية غير سوية (مقاومة التغير أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة) – غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط وغياب الكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث في حالات الفصام. أما المحكات التشخيصية للتوحد ذو الأعراض المتبقية فتشمل محكين اثنين هما:-

الإصابة بالاضطراب سابقا ثم الشفاء منه ثم عودة بعض الأعراض – إن الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض التصنيف الأول كاملة.

أما أكثر تصنيفات أنماط التوحد قبولا لدى معظم الباحثين (العثمان ٢٠٠٥م، ميقاتي ٢٠٠٦م) (Meese, 2001) فهو ذلك الذي يرى أن هناك نمطين أساسيين من التوحد الأول هو التوحد التقليدي أو الكلاسيكي (Classic autism) أما الثاني فهو اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum disorder والذي يشمل على خمسة أنماط فرعية وذلك كما يلي:

١- التوحد التقليدي:

ويظهر قبل عمر الثلاث سنوات ويتمثل بعدم تطور الكلام وخلل في التواصل اللفظي وفي التفاعل الاجتماعي، هذا بالإضافة إلى وجود تصرفات أو أنشطة محدودة وحركات متكررة تستحوذ على الطفل وتمنعه من التصرف الطبيعي المتوقع ممن هم في مثل عمره. باختصار فأطفال هذا النمط يكون لديهم مشكلات في كل من: التفاعل الاجتماعي، والتواصل، واللعب التخيلي، وتتراوح نسبة الذكاء من فوق المتوسط إلى تأخر عقلي شديد.

٢- اضطراب طيف التوحد: ويشتمل على الأنماط الفرعية التالية:

متلازمة إسبرجر حيث يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطوير المعرفي أو مهارات العناية الذاتية وتظهر المشكلات الاجتماعية عادة في سن المدرسة بشكل واضح حيث يكون هناك مشكلات في التفاعل وإظهار الانفعالات مع الأقران ويتراوح الذكاء بين المتوسط وفوق المتوسط.

أ- متلازمة ريت (Rett,s Syndrome)

ويظهر لدى الإناث فقط وأسبابه جينية عادة حيث أن النمو في البداية يكون طبيعياً في الجوانب الحركية ومحيط الرأس ويظهر بعد ذلك ببطء في نمو الرأس بين (٥-٤٨ شهراً) يظهر فقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة كذلك فقدان للترابط الاجتماعي وعدم السيطرة على حركات مثل المشي الصحيح وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري وكذلك يصاحبه مشكلات عصبية وإعاقة عقلية شديدة حيث الذكاء منخفض جداً وتدهور في الحالة مع تقدم العمر.

ب- اضطراب الطفولة التحللي (Childhood Disintegrative Disorder)

عادة لا يظهر الاضطراب إلا بعد سنتين من عمر الطفل بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية يصاحبها مشكلة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي وكذلك في القدرة على تطوير علاقات صداقة

مع الأقران ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة و يظهر لدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار للنشاطات و يصاحبه عادة إعاقة عقلية شديدة حيث الذكاء منخفض جدا ولا يوجد لدى الطفل مشاكل عصبية.

ج- اضطراب النمو الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified(PDDnos)

والذي يشتمل على العديد من مظاهر التوحد ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب ولعل الجوانب التي يظهر فيها اضطراب لدى هؤلاء الأطفال يتركز في الجوانب الاجتماعية و كذلك في المهارات اللفظية وغير اللفظية و يتراوح الذكاء بين تأخر ذهني بسيط إلى ذكاء فوق المتوسط.

د- متلازمة لاند وكلفنر (Landau Kleffner Syndrome)

يسمى أيضا فقدان القدرة على استيعاب الكلام والتعبير المكتسب وذلك بسبب خلل شديد في كهرباء الدماغ مصدرها الفص الصدغي على الجانبين يصاحب كل المصابين بهذا المرض متلازمة لاند وكلفنر يبدأ بالظهور بين عمر الثالثة والتاسعة و يصحب هذا النوع وجود نشاط كهربائي غير طبيعي في الدماغ إذ أن حوالي ٨٠% من الأطفال الذين يعانون من هذا النوع لديهم نوبات صرعية معظمها من النوع الجزئي البؤري وتكون عادة سهلة العلاج وغير خطيرة بحد ذاتها ولكن الجوانب الأصعب في متلازمة لاند أو كلفنر هي الجوانب المتعلقة بفقدان القدرة

الكلامية خلال السنة ٣-٧ سنوات وبما يصاحبها من خلل بالعاطفة والسلوك فكثيرا ما يعاني هؤلاء الأطفال من نوبات قلق نظرا لفقدانهم فجأة القدرة على التعبير وفهم الكلام وفي كثير من الحالات تخف الأعراض مع الوقت ويتحسن الكلام بطريقة ملحوظة مما يندر حدوثه في الحالات النموذجية من التوحد التقليدي ولكن بعض الأطفال المصابين بمتلازمة لاند وكلفنر لا يتحسنون وبعضهم تكون حالتهم أصعب وتشبه التوحد التقليدي وهؤلاء هم من يعانون مما يسمى لاند وكلفنر المعدل Landau-kleffner variant

٢-٢-٤ معدل انتشار التوحد:

ثمة اتفاق بين الباحثين أن نسبة انتشار إعاقة التوحد قد شهدت ارتفاعاً صاروخياً خلال الثلاثين عاما الأخيرة، وذلك رغم اختلاف تلك النسب من دراسة لأخرى أو من قطر لآخر، وذلك لتباين المحكات المستخدمة في التشخيص (الزارع، ٢٠١٠م ص ص ٣٠-٣١).

كذلك يعتقد البعض أن حالات التوحد الموجودة بالفعل على أرض الواقع أكثر كثيرا مما هو مشخص، وهو ما يعني أن نسب الوجود الفعلي أعلى فعليا من نسب الانتشار المنشورة (الشافعي، ٢٠٠٤م). وفيما يتعلق بالمجتمعات العربية، فرغم عدم توفر إحصائيات متكاملة تستند على نتائج دراسات علمية لنسب حدوث التوحد بشكل دقيق (الخولي، ٢٠٠٨م ص ٢٤).

فهناك من يقدر عدد أطفال التوحد في مصر بأنه يتراوح بين مائة إلى مائتين ألف طفل، وهو يفوق بكثير نسب الانتشار في الدول المتقدمة، أما في المملكة السعودية فيقدر البعض عدد أطفال

التوحد بحوالي ستة آلاف طفل، في حين رأى البعض الآخر - خلال الدورة التدريبية التي أعتها الجمعية السعودية للتوحد في مدينة الملك فهد الطبية في الرياض في مايو ٢٠١٠م - أن التوحد من أكثر الإعاقات النمائية شيوعا في المملكة، وأن عدد المصابين به يصل إلى مائة ألف حالة (هويدي، ٢٠٠١م، ص ٢٢٥).

في أمريكا تشير التقديرات إلى أن أكثر من نصف مليون شخص تقريبا مصابون بأحد أنماط التوحد، وأن نسب انتشار التوحد يصل إلى ٤ أو ٥ حالات في كل عشرة آلاف حالة ولادة طبيعية في الأعمار الأقل من خمسة عشر عاما. وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد أن نسبة انتشار التوحد بلغت ٠,٠٦% وهو معدل يجعل من التوحد ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعا (عبدالله، ٢٠٠٢م، ص ٣٧٠).

وفي أوروبا بشكل عام تشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى ٣-٤ حالات لكل عشرة آلاف ولادة (الشافعي، ٢٠٠٤م). ومع ذلك فإن نسبة انتشار الإصابة في السويد تقدر بحوالي سبع حالات لكل عشرة آلاف ولادة، وترتفع في إنجلترا لتصل إلى حوالي عشرين حالة لكل عشرة آلاف حالة ولادة (الشامي، ٢٠٠٤م، ص ٥٠).

أما في بعض المجتمعات الآسيوية فيقدر البعض عدد المصابين بالتوحد في المجتمع الهندي بأكثر من ٢ مليون شخص، في حين تقدر بعض الدراسات نسبة انتشار التوحد في المجتمع الياباني بأنها تتراوح بين ١٧% - ١٩% (Kouji&Yamamata, 2001).

وخلص القول أنه عندما اكتشف المرض في أربعينيات القرن الماضي كان معدل الانتشار هو واحد إلى كل عشرة آلاف، وفي الثمانينات أصبح واحد إلى مائة وسبعين، والآن أصبح واحد إلى مائة وعشرة، وهو ما يعني أن معدل الإصابة ارتفع منذ أول مرة لاكتشافه إلى مئة ضعف. كذلك فإنه كمتوسط عام - باختلاف الدراسات والمجتمعات - فإن نسبة انتشار التوحد حالياً تتراوح بين ٥-٢٠ في كل عشرة آلاف حالة (أبو المجد، ٢٠٠٧م).

وإذا كان هناك بعض التباين في نسب انتشار التوحد من دراسة لأخرى أو من بلد لآخر فإن هناك اتفاق بين الباحثين على أن انتشار التوحد لا علاقة له بأي خصائص ثقافية أو عرقية أو اجتماعية أو اقتصادية بما يعني أنه يحدث ويوجد في جميع الأجناس والأعراق والطبقات الاجتماعية الاقتصادية. كذلك فثمة اتفاق على أن التوحد يحدث لدى الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف حدوثه لدى الإناث، وإن كان الاضطراب أشد درجة لدى الأنثى (الشريبي ٢٠٠٤م؛ العثمان ٢٠٠٥م؛ Kasari, 2002) ويرجع البعض سبب تلك الزيادة الكبيرة في معدل انتشار التوحد لدى الذكور مقارنة بالإناث إلى الضعف في "الكروموسوم اكس Fragile X chromosome" الذي هو عيب وراثي يؤثر في النسل من الذكور فقط ويكون مصحوباً بتأخر عقلي (سليمان، ٢٠٠٠م، ص ٧٢).

٢-٢-٥ أسباب التوحد:

أن المشكلة الكبرى في موضوع التوحد هي أننا لا تزال نبحث عن الأسباب الحقيقية لهذا المرض، إذ لا توجد أسباب محددة أو سبب بعينه يمكن تعميمه على جميع الأطفال التوحديين، فكل حالة هي حالة مستقلة بذاتها إلى حد كبير، فهناك أطفال ترجع إصابتهم لأسباب أو خلل بيولوجي أو بيوكيميائي أو هضمي أو لأسباب تخص المخ والجهاز العصبي أو لأسباب وراثية غير محددة بدقة (الشيخ، ٢٠٠٩م) لدرجة أن البعض يطلق على هذه الإعاقة (التوحد) اسم "الغاز" لأنه عندما يرى الباحثون أنهم قد اقتربوا من تحديد سبب - أو أسباب - التوحد سرعان ما تظهر لهم "الغاز" أخرى تلغى أو على الأقل تضعف ما توصلوا إليه من نتائج (Richard et. al., 2007). وحيث أنه لا يوجد سبب رئيسي واحد أو أسبابا محددة دون غيرها تنشأ عنها الإصابة بالتوحد، بل فقط هناك مداخل ونظريات ينطلق منها الباحثون في تفسير أسباب ومنشأ التوحد، وحيث أن الغموض لا يزال يكتنف الكثير من جوانب الأسباب المؤدية للتوحد فإن البحث العلمي لا يزال يسير بخطى حثيثة في محاولته استقصاء الأسباب الحقيقية له، ولا تزال الكثير من الدول تخصص ملايين الدولارات للبحث العلمي في هذا الشأن (العثمان، ٢٠٠٥م).

وعلى أية حال، فإنه من الممكن تقسيم اجتهادات الباحثين فيما يتعلق بأسباب التوحد إلى نوعين:

التفسيرات التقليدية والتفسيرات الحديثة:

أولاً: التفسيرات التقليدية:

كانت مقبولة لمعظم الباحثين في فترات زمنية سابقة كتفسير للتوحد ومنشأة، إلا أنها الآن لم تعد محل قبول معظم الباحثين.

ثانياً: التفسيرات الحديثة:

وهي لا تزال تحت الدراسة، يحاول كل منها إمطة اللثام عن هذا اللغز الكبير، أي أسباب التوحد.

١- التفسيرات التقليدية:

كان يعتقد أن فقدان التفاعل الاجتماعي، والعزلة التي يظهرها الأطفال الذين يعانون من التوحد أنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه، وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه. ولذلك فقد استخدمت مصطلحات وتسميات للدلالة على هذا الاضطراب مثل الاضطراب الانفعالي الشديد، النقص في نمو الأنا، فصام الطفولة، وغيرها.

وبناء عليه، فإن والدي الأطفال المتوحدين كانوا يلامون ويصومون سلبياً على اعتبار أنهم السبب الأساس لاضطراب أبنائهم. ووصف نتائج الدراسات التي تبنت تلك الواجهة من النظر أمهات هؤلاء الأطفال بأن عواطفهن جامدة، وأهن أمهات لا يغذين أطفالهن Non-nurturing ووصفت الآباء بأنهم متشددون وحازمون، وكنتيجة مترتبة على هذه النظرة، فإن البحوث قد توجهت

لدراسة صفات وخصائص الأطفال التوحديين وذلك من أجل ربط مثل هذه الخصائص بوجود التوحد. (سليمان، ٢٠٠٠ ص ١٠).

معنى هذا أن تلك الواجهة من النظر في تفسير أسباب التوحد، قد تأثرت بآراء نظرية التحليل النفسي، وأنحت باللائمة على الوالدين وخاصة الأمهات اللاتي غالباً ما يعود إليهن السبب من حدوث اضطراب التوحد لكونهن باردات انفعالياً وغير مستجيبات لأطفالهن (Edwards و 2002). هذه الواجهة من النظر - إذن - ترجع أسباب التوحد لظروف عائلية تتمثل من ثلاثة جوانب: ضعف علاقة التواصل بين الأم والطفل، وفشل الأم في أن تكون مصدر إثارة كافي ومشبع لعواطف الطفل، ورفض متبادل لهذه العلاقة. ألا انه لا يوجد ما يؤيد هذا التصور. فعند القيام بنقل الأطفال المتوحدين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج، لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما تبين انه يوجد أطفال أصحاب لدى العائلة نفسها، كما نرى بعض حالات التوحد تبدأ منذ الولادة حيث لا يكون لتعاملهم مع الطفل أي دور. (السيد وخليفه، ٢٠٠٤ م ص ١٧).

٢- التفسيرات الحديثة:

تتعدد التفسيرات الحديثة لأسباب التوحد، ويمكن تصنيفها في خمسة أنواع من التفسيرات كما يلي:

١ - تفسيرات تتعلق بالمخ والنشاط العصبي:

خرج الباحثون من مركز دراسة أمخاخ مرضى التوحد في جامعة نيو جيرسي بأمریکا بالعديد من النتائج، منها أن سبب مرض التوحد قد يكون صدمة لأنسجة المخ أو أسباب بيئية تؤدى أنسجة المخ، وكذلك وجدت تشويهاً في الناقلات العصبية.

وقد لاحظ الباحثون أن حجم مخ مرضى التوحد أكبر من الطفل العادي رغم أن الفصين الجداريين المسؤولين عن الحركة والتوجه، والتعرف وإدراك المنبهات العصبية، أصغر حجماً من الطفل العادي، كذلك تبين أن مخ مرضى التوحد أثقل وزناً من الطفل العادي، رغم أن منطقة اللوزة (Amyddale) ومراكز الذاكرة أصغر حجماً مما هي عليه لدى الأسوياء.

كذلك يتبين أن مخ الطفل التوحدي لا يستطيع التعامل مع المعلومات المتاحة أمامه من أجهزة الجسم المختلفة بشكل عادي ولا يستطيع التنسيق بينها، فتضخم حجم المخ يجعله يتعامل مع كم كبير من الإشارات العصبية التي لا يستطيع التحكم فيها نظراً لأن عددها أكبر من قدرته تماماً كما يحدث لشبكة التليفون المحمول عندما يكون عدد الاتصالات أكبر من إمكانياتها، فتتفصل الشبكة ولا تجرى أي مكالمات.

وكذلك أوضحت صور الأشعة المقطعية للمخ وجود اختلافات في شكل وتركيب المخ خاصة الفص الجبهي لمرضى التوحد الكلاسيكي والمصابون بمتلازمة إسبرجر. ومع ذلك فإنه لم

يثبت أن تلك التشوهات في كل من حجم ووظيفة المخ لدى مرضى التوحد ناتجة عن إختلالات جينية محددة (Shore&Rastelli,2008).

وخلصت دراسات أخرى إلى أن حوالي ثلث الأطفال التوحديين يظهرون اتساعا في البطينات الدماغية في تصوير المخ المقطعي باستخدام الكمبيوتر، وكذلك لوحظ وجود شذوذ متفاوت للنشاط الكهربائي للمخ في نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين بلغت في بعض الدراسات ٨٣% منهم، وكذلك فهناك دلائل قوية على فشل سيطرة أحد نصفي المخ على النصف الآخر. أيضا تبين أن الحالات التي تسبب تلفا للمخ سواء قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، كإصابة الأم أثناء الحمل بالحصبة الألمانية، والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع تهيئ لحدوث التوحد وتزيد جوهريا من فرص حدوثه (سليمان، ٢٠٠٠م ص ص ٧٠-٧١). وفي عام ١٩٩٦م ظهرت فرضية في بريطانيا وبالتحديد في جامعة سنديرلاند تفيد بأن التوحد يمكن أن يكون ناتجا عن فعل ببتيدات Peptides (نواتج تحليل المواد البروتينية) تحدث تأثيرات أفيونية شديدة على المخ والجهاز العصبي وأن تلك الببتيدات تشتق وتنتج من عدم اكتمال هضم وامتصاص بعض الأطعمة وعلى وجه الخصوص الجلوتين Gluten من القمح وبعض الحبوب الأخرى، والكازين Casein من الحليب ومنتجات الألبان وبعض الأطعمة الأخرى (في رفيق، ٢٠٠١م). وقد دعمت الكثير من الدراسات الأمريكية والنرويجية صحة هذا الافتراض ، حيث

خلصت إلى وجود بيتيدات أفيونية في البول لدى نسبة عالية من الأطفال المصابين باضطراب التوحد، وأن لها تأثيراتها السلبية الشديدة على وظائف المخ لديهم (الجندي، ٢٠٠٩م).

٢- التفسيرات البيو كيميائية :

خلصت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط قوى بين بعض حالات التوحد والتغير في كيمياء الدم، وذلك بعد أن تم عمل فحوصات وصور للدم وأيضا للناقلات العصبية للأطفال التوحديين، وأتضح أن لديهم نسب عالية من تلك المواد الكيميائية – الناقلات العصبية – لا تعمل بشكل صحيح، وخاصة مادتي السيروتونين Serotonin والدوبامين Dopamine (ميقاتي، ٢٠٠٦م). وهما من الناقلات العصبية المهمة حيث يتحكمان في العديد من الوظائف والعمليات والسلوكيات بما فيها إفراز الهرمونات، والنوم، والشهية وتناول الطعام، وحرارة الجسم واعتدال المزاج ونقل المعلومات بين العصبيات في الجسم (العثمان، ٢٠٠٥م).

وعندما استخدم الباحثون بعض العقاقير التي تصحح من عمل السيروتونين والدوبامين لدى الأطفال التوحديين وتجعلهما يعملان بالأسلوب نفسه اللذان يعملان به لدى الطفل السوي، ولوحظ انخفاض قوى وملحوظ في الكثير من أشكال السلوك المضطرب المميز للأطفال التوحديين (Shore&Rastelli,2008).

وهو ما يدعم أن هذا الاختلال البيو كيميائي ربما يكون سببا أساسيا للإصابة بالتوحد.

٣- التفسيرات الوراثية الجينية:

خلصت بعض الدراسات إلى أن بعض المناطق في الكروموسومات تحتوي على جين أو أكثر مسبب للتوحد، وأن التوحد يرتبط ببعض الاضطرابات الجينية المختلفة مثل التشوه الجيني المورث (Tuberous Scherosis) أو خلل كروموسومي مورث (Fragile X).

ويشتهر الباحثون في وجود علاقة مباشرة بين التوحد والجين (FXR1) إذ بعد تحليل كامل للترميز التسلسلي للجين، وجد الباحثون أن أي تغير فيه من شأنه أن يسهم في الإصابة بمرض التوحد (Richard, 2007 م)، وكذلك نجح الباحثون في العثور على تغيرات في الحامض النووي للأسر التي يوجد فرد أو عدد من الأفراد من المصابين بالتوحد، وهو ما يشير إلى وجود خليفة وراثية جينية لهذا المرض. وبعد فحص الحامض النووي لأكثر من ١٥٠ زوجاً من التوائم الأخوية والمتماثلة والأقرباء من الدرجة الأولى للمصابين بالتوحد، تبين أن هناك منطقتين كروموسوميتين محدودتين لهما دور جوهري في تحديد ما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد أم لا؟ (Andrea et. Al., 2005) وان حوالي ٢% من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بالتوحد، وهذا أكثر من ٥٠ مرة مما هو عليه لدى عامة الناس، وإن درجة تطابق معدل حدوث التوحد لدى التوائم المتماثلة ٣٥% بينما هو في التوائم الأخوية (أو غير المتماثلة) يحدث بمعدل صفر (سليمان، ٢٠٠٥ م ص ٧٣).

ويخلص المركز الفيدرالي الأمريكي لمكافحة الأمراض لعدد من النتائج التي تدعم وجود أسباب وراثية جينية في الإصابة بالتوحد، منها أنه في حالة وجود طفل توحدي فإن نسبة إصابة أخوه

المتماثل تصل إلى ٧٥% في حين لا تزيد تلك النسبة عن ٣% في حالة التوائم غير المتماثلة، وأن العائلات التي فيها مريض بالتوحد يعاني ١٠ - ٤٠% من أفرادها من حالات إعاقة في التعلم والتخاطب والتفاعل الاجتماعي (Shore& Rastelli, 2008).

٤- خلل في جهاز المناعة وسهولة الإصابة بالفيروسات:

ثمة العديد من الدلائل على أن أطفال التوحد يعانون من خلل وظائف جهاز المناعة، وأن الاستعمال المبكر للمضادات الحيوية قد يكون العامل المثير للتوحد عند الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة. ويكون هذا الضعف في الجهاز المناعي أوضح ما يكون في الخلايا المناعية المحيطة بالأعضاء والجهاز الهضمي، وهو ما يؤدي إلى مشكلات مناعية كبيرة، إذ يعاني الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين من حالة تعرف بمرض الالتهاب المعوي توصف بالتهاب الجهاز الهضمي والمعدة والتهاب المريء وكذلك يشيع لدى التوحديين فرط النمى البكتيري والجراثيم إضافة إلى البكتيريا المسببة للكثير من الأمراض ويتعرض المصابين بالتوحد إلى الحساسية الناتجة عن كثير من الأغذية وهي حساسية ناتجة عن الضرر الذي يصيب الجدار المبطن للأعضاء وجهاز المناعة. (الجندي، ٢٠٠٩م). أن ما لدى أغلب مرضى التوحد من اختلالات في جهاز المناعة يجعلهم عرضة للمرض لأسباب عادية، ولذا فيدعى بعض الباحثين أن إصابة الأم بنوع من الفيروسات أثناء الحمل، سوف يتعدى أثره للجنين مؤدياً لإصابته بالتوحد (Baranek, 2002). أن هناك الكثير من المؤشرات التي تدعم فرضية وجود علاقة متشابكة بين جهاز المناعة والجهاز الهضمي والجهاز

العصبي وأن تلك العلاقة المتشابكة تسبب أعراض مرض التوحد (Shore&Rstelli,2008) فكلما الجهازين المناعي والعصبي يعتمدان على ذاكرة خاصة بكل جهاز تخزن المعلومات ثم تستدعيها عند اللزوم، ويتصل الجهازان على المستوى الخلوي وكذلك عن طريق وسائط كيميائية ومن ثم فإن رد فعل جهاز المناعة يغير من وظيفة الجهاز العصبي المركزي. ومن الثابت الآن أن الأعراض الثلاثة الأساسية الدالة على خلل الجهاز المناعي وهي نقص المناعة - الحساسية - الالتهابات - موجودة لدى مرضى التوحد (Ibid).

٥- تلوث البيئة:

ثمة مؤشرات على أن صور التلوث المتعددة مثل التلوث الكيميائي (مثل الرصاص والمعادن السامة) والتلوث الإشعاعي سواء الطبيعي أو الصناعي أو التلوث نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو التعرض للمبيدات الحشرية تؤثر بشدة على المخ والجهاز العصبي وقد تحدث الإصابة بمرض التوحد (رفيق، ٢٠٠١م) كذلك فمن الممكن أن تنقل المعادن الثقيلة السامة الموجودة في التونة والسجائر والزئبق وغيرها من الأم إلى الجنين أثناء الحمل ولا يشترط أن يكون كميات تلك المعادن كبيرة حيث أن الطفل المعرض للإصابة بالتوحد يكون لديه تشوه جيني أصلا يمنع من التخلص من تلك المواد مهما كان مقدارها ضئيلا. ولعل توصل بعض الباحثين إلى أن أعراض التوحد تتشابه بنسبة ٩٠% مع أعراض التسمم الزئبقي تدعم

افتراض إمكانية وجود علاقة سببية بدرجة أو بأخرى بين تلوث البيئة والإصابة بالتوحد
(Shore & Restelli, 2008).

٦- التطعيمات واللقاحات:

عادة ما يبدأ ظهور أعراض مرض التوحد عند عمر ١٨-٢٤ شهرا وهي فترة تطعيم مكثفة
للأطفال وهو ما دفع العلماء للاعتقاد بوجود رابطة بين التطعيم والتوحد وأوضحت الدراسات
نظريتان حول دور الطعوم في حدوث مرض التوحد:

الأولى: تتعلق بمادة التايوروسال وهي مادة حافظة للطعوم وهي من مستخلصات الزئبق.

الثانية: تتعلق بعلاقة مصل الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف والذي لا يحتوي على مادة
التايوروسال وتنص النظرية على أن المصل أصلا يحوى فيروسات تم إضافتها ويمكن أن يكون في
أمعاء الطفل عند تطعيمه بقايا من فيروس الحصبة مما يؤدي لظهور أعراض التوحد (Ibid).

وخلصت بعض الدراسات الحديثة في بريطانيا إلى وجود ارتباط بين حالات توحد وإصابات
بمرض الحصبة الألمانية، وأن هناك مؤشرات قوية على أن لقاحات تطعيم الرضع قد حفزت على
ظهور الإصابة باضطرابات التوحد والمشكلات الخاصة بكل من الجهاز المناعي والجهاز الهضمي
المرتبطة بالتوحد (رياض، ٢٠٠٨ م ص ٢٧).

لقاح MMR الثلاثي:

ليس هناك دليل على أن التطعيم الثلاثي MMR ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية يسبب التوحد. اقترحت دراسة أجراها الدكتور أندرو ويكفيلد في العام ١٩٩٨م احتمال وجود صلة بين لقاح MMR وحالتين طبييتين هما التوحد وداء الأمعاء الإلتهابي. كانت هذه الدراسة غير صحيحة وتمّ دحضها منذ ذلك الحين. فيما أثبتت العديد من الدراسات المستفيضة أنه لا يوجد صلة بين التطعيم الثلاثي ومرضي التوحد أو الأمعاء الإلتهابي.

كما كلفت منظمة الصحة العالمية WHO اللجنة الاستشارية العالمية لسلامة اللقاحات باستعراض وتقييم مستقل. وخلص هذا الاستعراض إلى أنه ليس هناك دليل على أن لقاح MMR يسبب التوحد أو اضطرابات التوحد.

(<http://arabia.babycenter.com/baby/health/worries-about-immunisations->

[vaccinations/#2](http://arabia.babycenter.com/baby/health/worries-about-immunisations-#2))

ويمكننا من الاستعراض السابق لبعض العوامل المقترحة كأسباب للتوحد أن نخرج بعدد من الاستنتاجات أهمها: تعقد مسببات التوحد وتفاعلها وصعوبة التسليم بوجود سبب واحد محدد له، وأن الأغلب أن السبب يكمن في عوامل بيولوجية (جينية أو عصبية أو كيميائية عضوية أو أفضية) وأنه لا يحدث نتيجة لأسباب بيئية خارجية كذلك فإنه لا يحدث نتيجة سوء معاملة الأسرة (خاصة الأم) لطفلها والتعلق بها.

٢-٢-٦ خصائص مرض التوحد:

لما كان التوحد إحدى حالات الإعاقة التي تعوق كل من استيعاب المخ للمعلومات وكفاءة معالجته لما يستوعبه منها (Richard&Matthew,2002) فإنه يترتب على ذلك اتسام مرض التوحد بعدد من الخصائص المميزة يمكن عرضها كما يلي:

١- الخصائص اللغوية:

اللغة من أعقد مظاهر النمو لدى الإنسان وتعتبر السنوات الأولى المبكرة فترة بالغة الأهمية في النمو اللغوي، إذ يوضع فيها الأساس للنمو اللغوي اللاحق، وما يحدث فيها يترك أثرا باقيا في قدرات الطفل اللغوية فيما بعد ولكي ينمو الكلام ويتطور فلا بد أن يتلقى الطفل اتصالا فيزيقيا وانفعاليا مباشرا ودافعا مع القائمين على رعايته، لان ذلك هو السبيل الوحيد لتحفيز واستثارة دافعية الطفل للقيام بالمنغاة والتحول في النهاية إلى الكلام ذو المعنى، ويتأثر تطور اللغة لدى الطفل التوحدي سواء لغته التعبيرية أو لغته الاستقبالية بجانبين أساسيين: الأول الجانب الإدراكي الذي يتمثل في درجة الانتباه والذاكرة بشقيها طويلة المدى وقصيرة المدى والدافعية. أما الجانب الآخر فيتمثل في مهارات التفاعل الاجتماعي وخاصة مهارات التقليد الحركي واللفظي والاستجابة والمبادرة للانتباه المتبادل والتجاوب لمواقف التفاعل الاجتماعي (الشيخ، ٢٠٠٩م).

ومن أهم الخصائص اللغوية للطفل التوحدي ما يلي:

١- التأخر في اكتساب اللغة: يكون تطور اللغة لدى الطفل التوحدي بطيئا وقد لا تتطور بتاتا فقد لا يناغى الطفل حتى سن ١٢ شهرا، ولا يستخدم كلمات مفردة حتى سن ١٦ شهرا، ولا يستخدم عبارة من جملتين حتى سن ٢٤ شهرا(Callaway,1999). وفي بعض الحالات لا يبدأ الطفل الكلام قبل ٣ سنوات وأحيانا تصل لدى البعض إلى ٥ سنوات، بل أن بعض الأطفال التوحديين قد لا يتعلمون الكلام أبدا (سليمان، ٢٠٠٠م ص٣٣). وفي حالات أخرى يكون الطفل قد مر بمرحلة تطور طبيعية في لغته خلال السنة الأولى ولكن يحدث له تراجع، فيفقد مهاراته اللغوية عند بلوغه سنة ونصف أو سنتين (Kamio&Ishisaka,2004).

٢- التكرار في الكلام: يميل الطفل التوحدي إلى تكرار ما يقوله الآخرون أو اجترار كلام بعينه سبق استماعه آلية. فعندما تقول له - مثلا - "ما اسمك" فإنه يرد قائلا "ما اسمك" بدلا من أن يقول اسمه وهو ما يعرف بصدى الكلام.(Echolalia).

٣- إن الضعف الشديد في المحصول اللغوي للطفل التوحدي، وصعوبة استخدامه لألفاظ جديدة يجعل معدل كلامه اقل كثيرا من معدل الطفل العادي ويؤدي به إلى نقص واضح في المبادرة في الحديث أو الاستمرار فيه (الشيخ، ٢٠٠٩م).

٤- يستخدم الطفل التوحيدي الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعاني غير معتادة لهذه الكلمات، وهو ما يعنى أن الطفل التوحيدي يجد صعوبة شديدة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات. (أبو المجد، ٢٠٠٧م).

٥- إذا كان لدى الطفل التوحيدي أي قدر من المهارات اللغوية فإنه غالباً ما يستخدمها بطريقة ناقصة وحرفية، فمثلاً يجد الكثير منهم صعوبة في فهم معنى للكلام غير المعنى الحرفي له ويستحيل عليه أن يفهم المعنى الدلالي أو الضمني (Bryan, 2002).

٦- عدم القدرة على استخدام الضمائر بشكل صحيح، والحديث التليغرافي الذي يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة، والخلط في ترتيب الكلمات (سليمان، ٢٠٠٠م ص ٣٤).

٧- شذوذ واضح في إيقاع الكلام، وعدم التحكم في نغمة الكلام صعوداً وهبوطاً تبعاً لمقتضيات الموقف (Giafiero, 2001).

٢- الخصائص الاجتماعية:

يتفق معظم الباحثين في مجال التوحد على أن ضعف التواصل خاصة التواصل غير اللفظي والذي يؤدي إلى ضعف التفاعل الاجتماعي هو الخاصية الأساسية لمرضى التوحد (Kouji et Al., 2002). فالطفل التوحيدي غالباً ما لا يكون لديه تواصل بصري مع الأم أثناء الرضاعة ولا

في المواقف الأخرى التي قد تجمعهما معا، كما أنه لا يستجيب لها أو لغيرها - عندما تناديه

باسمه، ومن ثم فهو لا ينمي علاقته بها (سليمان، ٢٠٠٠م ص ٣٢).

كذلك يغلب على الطفل التوحدي الانسحاب والانسواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو

الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل التواصل معهم خاصة التواصل البصري ومن ثم لا

يبادر الطفل لتكوين أي علاقة اجتماعية، كما أنه لا يستطيع الاستمرار في علاقة بدأت للتو، بل

إنه عندما يتواجد مع آخرين، فإنه يتجاهلهم تماما ويتوجه بانتباهه إلى الجوانب المادية "الأشياء"

المحيطة به (أبو المجد، ٢٠٠٧م). ويواجه الطفل التوحدي صعوبة في ممارسة الأنشطة الترفيهية أو

اللعب الجماعي الذي يتطلب تعاوننا بينة وآخرين، إذ عادة ما يرفض التعاون ويتحاشاه وينسحب

من المواقف الاجتماعية ويتفوق في عالمة الخاص، وحتى لو انخرط في علاقة اجتماعية ما

للحظات، فإنها تكون علاقة ضعيفة وخالية من "الروح" التي تميز العلاقات الإنسانية (موسى،

٢٠٠٧م ص ص ١٩-٢٠-٢١).

ويواجه الطفل التوحدي صعوبات في فهم المعايير والأعراف الاجتماعية، فهو مثلا يعاني من

صعوبات في فهم الملكية ويعتقد أن كل شيء ملكة، ومن ثم يأخذ أشياء الآخرين بدون

استئذانهم، كذلك قد يقوم بالاعتداء على الآخرين، أو معانقتهم بشدة، لأنه لا يعرف ما هو تأثير

سلوكه على الآخرين وآداب هذا السلوك، فيقوم بتصرفات اجتماعية مزعجة أو غير لائقة

(Kasari,2002).

ويصنف البعض الأطفال التوحديين من حيث سلوكهم الاجتماعي إلى ثلاثة أصناف هي:

أ- منعزل (المتوقع) اجتماعيا ويتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الاجتماعي والاستجابة الأكثر شيوعا لديهم هي الغضب أو الهروب بعيدا عندما يحاول أحد التعامل معهم. فمثل هذا الطفل يتصرف وكأنه لا يسمع من حوله، فلا ينظر لمن يكلمه ولا يهتم به.

ب- غير المبالي اجتماعيا وهؤلاء الأفراد يوصفون بأنهم في موقع الوسط اجتماعيا، بمعنى أنهم لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، إلا أنهم لا يتجنبون المواقف الاجتماعية بفاعلية، فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط بالناس ولكن في الوقت نفسه لا يسعون ولا يبادرون بالتفاعل.

ج- الأخرق اجتماعيا وهم الفاشلون في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين نظرا لفظاظتهم وافتقارهم الذوق العام عند اتخاذ القرارات الاجتماعية (Becker et.Al., 2003) ويقدر بعض الباحثين الأطفال التوحديين الذين لا ينجحون في بناء وتطوير مهاراتهم الاجتماعية من الأساس بحوالي ٧٠-٨٠% في حين ينمو ٢٠-٣٠% من الأطفال بشكل طبيعي حتى عمر ١٨-٢٤ شهر، ثم يبدأ التدهور في المهارات الاجتماعية المختلفة التي اكتسبها الطفل (بيومي، ٢٠٠٨م).

ومجمل القول أن الطفل التوحدي يواجه صعوبات شديدة في كل المهارات التي تربطه بالمحيطين به وبالعالم الخارجي، ومن ثم يكشف عن اضطرابات شديدة في كافة جوانب عملية التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية مع من حوله.

٣- الخصائص السلوكية:

رغم أن الحصيلة السلوكية الكلية للطفل التوحدي تكون أقل كثيرا مما هي عليه لدى الأطفال الأسوياء إلا أن الخصائص السلوكية لمرضى التوحد تتعدد وتتنوع بشكل كبير ويختلف ظهورها من طفل توحدي لآخر، فقد يظهر بعضها لدى طفل بينما لا تظهر عند آخر رغم أن الاثنين تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد، كما تختلف حدة أو درجة السلوك المعين من طفل لآخر (الجندي، ٢٠٠٩م). وبشكل عام فالطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته بسبب الكثير من سلوكياته التي تنم عن التحدي، كذلك فهو يبدى الكثير من المظاهر السلوكية الشاذة وعدمية الهدف والفوضوية والتي تكشف عن غضبة وإحباطه وارتباكته وفرط حساسيته (Jennifer, ٢٠٠٩) لعل أهم ما يميز الأطفال التوحديين ما يظهر لديهم من سلوك تكراري طقوسي بصورة غير طبيعية كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما أنهم يظهرون، ردودا غير معتادة عند تعاملهم مع الناس ويرتبطون ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية كأن يلعب بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلا والاضطراب عند عدم وجودها أو محاولة استبدالها مع وجود مقاومة

شديدة لأي محاولة لتغيير الروتين، وفي بعض حالات التوحد فان الطفل قد يظهر سلوكا عدوانيا سواء تجاه الغير أو تجاه الذات. كذلك فالنشاط الحركي للطفل التوحدي لا يكون أبدا معتادا أو معقولا، بل يكون أما أكثر من المعتاد، أو أقل من المعتاد مع وجود نوبات من السلوك غير السوي، كأن يضرب رأسه بالحائط دون سبب واضح أو القفز لأعلى أو الدوران أو المشي على شكل زوايا أو تكرار حركات جسدية معينة. وكثيرا ما يصر على الاحتفاظ بشيء ما أو الارتباط بشخص واحد معينة. كذلك فان الطفل التوحدي ينشغل بأجزاء الأشياء وليس الأشياء نفسها، ويبدى اهتماما غير مبرر بأشياء معينة مثل اهتمامه الشديد بالأشياء المتحركة مثل المراوح وعجلات السيارة ويميل إلى جمع أشياء بلا هدف مثل جمعة للمفاتيح ووضعها في خطوط أو ترتيب معين ويواجه معظم الأطفال التوحدين صعوبات في النوم وفي النظافة الشخصية والعناية بالذات سواء في تناولهم للطعام والشراب أو ارتداء الملابس أو عملية الإخراج أو عوامل الأمان والحماية رغم أن بعضهم يبدو في مظهر جذاب وصحة جيدة (بيومي، ٢٠٠٨م).

وإذا أردنا تصنيف تلك الخصائص السلوكية المتعددة للأطفال التوحدين في فئات قليلة فيمكن القول بأنها سلوكيات نمطية طقوسية متكررة، تكشف عن تعلق غير عادي ببعض الأشياء، ومعارضة شديدة لأي تغيير في مناشط روتينية اليومي (Kasari, 2002) وفي النهاية نشير إلى أنه ليس كل الخصائص السلوكية للأطفال التوحدين سلبية أو سيئة، فلدى بعضهم قدرات فائقة في

بعض النواحي مثل القدرة غير العادية على الحفظ أو عزف الموسيقى وممارسة بعض الفنون كالرسم، أو الذاكرة البصرية القوية (الشيخ، ٢٠٠٩م).

٤- الخصائص الحسية:

تعد مشكلة استقبال وتحليل المثيرات الحسية المختلفة من أهم خصائص الأطفال التوحدين (هويدي، ٢٠٠١م). إذ يبدي معظم هؤلاء الأطفال استجابات غريبة للاستشارات الحسية، مثل تجاهلهم بعض الإحساسات كالحرارة أو البرودة، بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات صوتية معينة مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين، أو تجنب أن يلمسه أحد، وأحياناً ما يظهر الطفل التوحدي انبهار ببعض المثيرات الحسية البصرية كالضوء المتلألئ (سليمان، ٢٠٠٠م ص ٢١). ويبدى الأطفال التوحدين استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم وهو ما جعل البعض يعتبر استجابة حاستي الذوق والشم مؤشراً أساسياً في تحديد وتقدير التوحد لدى الطفل (الشريبي، ٢٠٠٤م). ويميل الأطفال التوحديون إلى تحسس الأشياء أو شمها بشكل متكرر وعند محاولتهم اكتشاف بعض الأشياء، فإنهم قد يضعونها في الفم، أو يقربوها إلى الأنف أو العين، ويبدون اهتماماً غير مبرر ببعض الأصوات مثل صوت تنقيط الماء أو صوت لعبة معينة، كما أنهم يعانون من حساسية مفرطة نحو بعض الأصوات وبعض الروائح (رفيق، ٢٠٠١م). ولعل من أهم الخصائص الحسية لدى الطفل التوحدي أن عتبة الألم لديه عالية

بشكل كبير، إذ لا يشعر بالألم، أولاً يظهر عليه أنه يشعر به كالأطفال العاديين، وهو ما يبدو بوضوح أثناء تلقيه اللقاح (الشيخ، ٢٠٠٩م).

٢-٢-٧ اللعب التخيلي:

ترتقي مهارات اللعب عادة في السنين الأوليتين من العمر، إذ في البداية يكون اللعب بأشياء بسيطة اعتماداً على الملاحظات البصرية ثم يتطور لمحاولة تكوين أشياء أو إيجاد علاقات بين الأشياء (تكوين مكعبات مثلاً). ثم تتطور المسألة بصورة جوهرية حتى يصل إلى مستوى اللعب اعتماداً على المهارات الحسية الحركية والخاصية الرئيسية للعب الأطفال التوحيديين هي التكرار والنمطية وتناولهم للأشياء والاستخدام غير الوظيفي لها، بالإضافة إلى عدم القدرة إطلاقاً على اللعب التخيلي (خليل، ١٩٩١م) والذي يعتبر الكثير من الباحثين أن الفشل فيه، بالإضافة إلى صعوبات التواصل، وصعوبات التفاعل الاجتماعي هم الأركان الثلاثة الأساسية للتوحد (العثمان، ٢٠٠٥م) يجد الأطفال التوحيديون صعوبة شديدة في تطوير مهارات اللعب التخيلي الضرورية للتعلم وفهم الحياة، ولذا تكون ألعابهم نمطية ومكررة ويهتمون بتفاصيل هامشية أو غير مهمة للنشاط أو اللعبة أكثر من فهمهم للصورة المتكاملة (Kouji et.Al., 2002م). يفشل الطفل التوحيدي في المشاركة في اللعب الجماعي، ويتمسك بشدة باللعب وحده بنفس اللعبة وبشكل نمطي متكرر يخلو من أي تخيل أو تجديد ولا يحاول أبداً أن يغير من أسلوب لعبه أو تناوله للعبة

المعينة بل يضطرب بشدة إذا حاول أي شخص دفعه إلى ذلك فيثور ويدخل في نوبة انفعال شديد (الشرييني، ٢٠٠٤م).

٢-٢-٨ المحكات التشخيصية للتوحد:

أصبح ينظر حالياً إلى التوحد باعتباره إعاقة أو اضطراب تبدو دائماً في شكل زملة أعراض مرضية Syndrome شأنها شأن أي مرض آخر، لا بد عند تشخيصه من وجود مجموعة من الأعراض الإكلينيكية معاً وبشكل محدد (سليمان ٢٠٠٠م، ص ١١) وتعتبر عملية تشخيص إعاقة التوحد من أكثر عمليات التشخيص صعوبة وتعقيدا وذلك لعدة أسباب أهمها أن الأعراض التشخيصية للتوحد تتداخل وتتشابه مع أعراض إعاقات أو أمراض أخرى مثل التخلف العقلي، والفصام، وصعوبات التخاطب، والاضطراب الانفعالي (أبو المجد، ٢٠٠٧م) وأن بعض أعراض التوحد لم تخضع - بعد- للقياس الموضوعي بل تعتمد على التقديرات الشخصية للقائم بالتشخيص (رفيق، ٢٠٠١م) وأن التوحد ليس بالإعاقة التي يمكن لمهني أو متخصص واحد أن يقوم بتشخيصه بل يستلزم التشخيص السليم تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائيو التخاطب وأخصائيو التحليل الطبية وغيرهم حيث يقوم هذا الفريق بعملية التقييم والتي تتطلب الكثير من الوقت والملاحظة للحصول على المعلومات اللازمة للتشخيص المناسب (Bryan,2002).

لا شك أن تلك الصعوبات - صعوبات تشخيص التوحد - تكون أكثر في الدول العربية حيث يقل عدد الأشخاص المؤهلين علمياً لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود أخطاء في التشخيص أو إلى تجاهل التوحد من المراحل المبكرة من حياة الطفل مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة (الشيخ، ٢٠٠٩م).

يتم تشخيص التوحد بناءً على الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (DSM-R) الصادر عام ١٩٨٧م، إذا وجدت ثمانية أعراض من ثلاثة مجموعات، و بحيث يكون هناك عرضين اثنين علي الأقل من المجموعة الأولى، وعرض واحد علي الأقل من كل من المجموعتين الثانية و الثالثة. وتختص المجموعة الأولى بالخلل من التفاعل الاجتماعي، وتتضمن خمسة أعراض هي: عجز واضح في مستوى الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين - بحث شاذ عن الراحة في أوقات الانعصاب - قصور في التقليد - شذوذ أو اضطراب في اللعب الاجتماعي - قصور واضح في القدرة علي تكوين أصدقاء أو جماعات مرجعية. أما المجموعة الثانية فتختص بعملية التواصل وتتضمن ستة أعراض هي: عدم القدرة على التواصل اللغوي - شذوذ واضح في التواصل غير اللفظي - غياب النشاط التخيلي - شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية - شذوذ واضح في شكل ومضمون الكلام (مثل ترديد الكلام) - قصور واضح من القدرة علي المبادرة أو الاستمرار في الحديث، أما المجموعة الثالثة فخاصة بمحدودية الأنشطة والاهتمامات، وتتضمن خمسة أعراض هي: حركات جسمية نمطية - الإصرار علي تحريك أو اللعب بأجزاء الأشياء - توتر و إنعصاب

واضح عند حدوث أي تغير بسيط في البيئة - إصرار غير منطقي علي الروتين اليومي - محدودية

واضحة في الاهتمامات (سليمان، ٢٠٠٠م، ص٦٣).

ويقترح البعض (Hilton , 2004) تشخيص التوحد إذا توافرت أربعة أعراض هي: ضعف

استخدام اللغة و ضعف التواصل مع الآخرين - عدم الارتباط بالأشياء - المحافظة علي الرتبة

والروتين - ضعف في الوظائف العصبية.

أما (حمودة، ١٩٩٨م) فيري أن تشخيص التوحد يتم إذا تلازمت ستة أعراض، هي: شذوذ

في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوي الذكاء العام - شذوذ الوضع و الحركة مثل الآلية الحركية

(رفرفة الذراعين، والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشي علي أطراف القدمين، والأوضاع الغريبة

لليد و الجسم وضعف التحكم الحركي - الاستجابات الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض

الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة) بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة -

شذوذ في مجالات الأكل والشرب و النوم - شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجداني (الضحك أو

البكاء دون سبب واضح) ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف المفرط كاستجابة لمثيرات غير

مؤذية، والقلق العام و التوتر - سلوك إيذاء النفس، مثل خبط الرأس بعنف أو عض الأصابع أو

اليد.

وقدمت الجمعية الأمريكية للتوحد قائمة تشخيصية لاضطراب التوحد تتضمن ١٨ عرضاً

أساسياً، موضحة بأنه يجب توفر مالا يقل عن تسعة أعراض لدي الطفل لتكون لدينا مؤشرات

مقبولة بوجود اضطراب التوحد لديه، أما إذا تواجد عشر أعراض أو أكثر، فإن ذلك يعني وجود حالة توحد مؤكدة. وتلك الأعراض الثمانية عشرة هي: صعوبة في التفاعل مع الآخرين - ضعف أو انعدام التواصل البصري - ظهر علي الطفل عدم الشعور بالألم - عدم الاستجابة للإيماءات اللفظية (يتصرف وكأنه أصم) - لا يستجيب لطرق التدريس التقليدية - يصر علي تكرار السلوك و يرفض التغيير في البيئة أو الروتين - ضحك وقهقهة غير مناسبة - لا يبدي خوفا من المخاطر - صعوبة في التعبير عن الاحتياجات - لا يريد أن يحضن أحدا ولا أن يحضنه أحدا - يدور الأجسام و الأشياء - ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء - يطيل البقاء في اللعب الانفرادي و يلعب بطريقة غريبة و لمدة طويلة - يفضل البقاء وحيدا - نشاط بدني مفرط أو خمول بدني - ترديد الكلمات التي يسمعاها - يغضب ويبدو عليه الحزن بدون سبب ظاهر أو منطقي - المهارات الحركية الكبرى والصغرى غير طبيعية (في: العثمان، ٢٠٠٥م). ويؤكد كاسري (Kasari,2002) على ضرورة وجود ثمانية أعراض متلازمة لكي يتم تشخيص الحالة بأنها حالة توحد. وتلك الأعراض هي: عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين - تجاهل المتواجدين حوله - التعامل مع أجزاء الجسم كما لو كانت أجزاء مستقلة منفصلة - افتقاد القدرة علي التواصل البصري - افتقاد السلوكيات المقبولة وفقا للمعايير الاجتماعية - قصور في مهارات العناية بالذات - لا يقيم أي نوع من العلاقات الاجتماعية أو الصداقات - عدم إدراك مشاعر الآخرين والعجز عن التعبير عن مشاعره الخاصة. وأخيرا يؤكد (الشرييني، ٢٠٠٤م) أن للتوحد زملة أعراض

تشخيصية تشتمل ١٢ عرضاً هي: عدم التأشير بالأصبع مع بلوغ العام الأول - عدم البدء بالكلام عند بلوغ العام الأول، وعدم نطق كلمة واحدة مع بلوغ الشهر السادس، وعدم نطق كلمة واحدة مع بلوغ الشهر السادس عشر، وكذلك عدم نطق عبارة من كلمتين مع بلوغ الشهر الرابع والعشرين - فقدان أي من المهارات اللغوية في أي وقت - عدم التظاهر باللعب اهتمام ضعيف في تشكيل الصداقات - دورة تركيز قصيرة جداً - عدم الاستجابة عند مناداته باسمه وعدم المبالاة بالآخرين - القيام بحركات جسدية رتيبة - نوبات غضب حادة - الولوج بشيء واحد - مقاومة التغييرات في الروتين - حساسية مفرطة نحو بعض الأصوات و الروائح. وعلى أية حال، فإن إهمال التشخيص المبكر للتوحد، يضيع فرصة علاج أو تأهيل الطفل المعاق حتى يصبح أكبر سناً فتتعقد المشكلة وتكاد لا يمكن حلها، ومن ثم فإن الإسراع في التشخيص الدقيق، والبدء في العلاج والتأهيل، يجعل مآل الطفل المعاق أفضل (Shore & Rastelli , 2008).

٢-٢-٩ علاج و تأهيل أطفال التوحد:

بسبب طبيعة إعاقة التوحد الذي تختلف أعراضه وتتحف وتحد من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر ، فإنه لا يوجد حتى الآن أسلوب أو طريقة بعينها بمفردها تكفي لعلاج التوحد، بل توجد مجموعة من الحلول الدوائية والنفسية والاجتماعية مجتمعة مع بعضها، يمكنها المساعدة كثيراً في علاج الأعراض والسلوكيات التي تعوق الطفل التوحدي عن ممارسة حياته بشكل طبيعي (الشرييني، ٢٠٠٤م).

وتكشف وجهة النظر المقبولة حالياً لدى معظم المهتمين بمجال التوحد، أن علاج تلك الإعاقة هو عملية ذات شقين: أو لهما العلاج الدوائي والذي يهدف إلى تخفيف حدة المظاهر التوحيدية، والثاني هو العلاج التأهيلي المتمثل في العلاج بالتخاطب لمواجهة القصور في النمو اللغوي والقدرة علي التواصل والتفاعل الاجتماعي، والعلاج النفسي الذي يساعد في ضبط وتعديل السلوك. ولأن الأسباب الباثولوجية للتوحد في الغالبية العظمى من الحالات لا يكون معروفاً بدقة، فإن التعامل الدوائي مع الطفل التوحدي لا يكفي أبداً، ويصبح أساس العلاج هو التأهيل الكلامي والنفسي والاجتماعي للطفل التوحدي (ميفاتي، ٢٠٠٦م).

وفيما يلي نعرض خمسة أساليب علاجية وتأهيلية تستخدم في مواجهة إعاقة التوحد:

١- العلاج الدوائي:

مركز أبحاث التوحد Autism Research Institute الأمريكي هو أكثر الجهات المتهمة بمحاولة التوصل لعلاج دوائي فعال للتوحد، إذ يحمل هذا المركز شعار "التوحد قابل للشفاء"، وبالتالي فإن هدفه الأساسي هو التحديد الدقيق للأسباب العضوية للتوحد، ومن ثم التوصل إلى أدوية فعالة في علاجه (Shore & Rastelli , 2008). إلا أنه حتى الآن لا يوجد دواء واحد أو عائلة دوائية واحدة تصلح كعلاج دوائي لجميع حالات التوحد، بل توجد عدة أدوية لكل منها تأثيره في علاج أو تخفيف مظهر أو أكثر من مظاهر التوحد، مثل فرط النشاط، والقلق

واضطرابات النوم و السلوك العدواني، والسلوكيات النمطية، ونقص القدرة على التركيز، والسلوك العدواني وغير ذلك من المظاهر (الشيخ، ٢٠٠٩م).
ومن تلك الأدوية:

١- مهدئات ومسكنات Tranquilizers&Antidepressants: ورغم أنها تستخدم في العادة مع بعض الأمراض النفسية العصبية والذهنية، إلا أنه قد ثبت فاعليتها في بعض حالات التوحد.

٢- فينفلورامين Fenfluramin: وهو دواء أثبت فاعليته في تحسين وتخفيف أعراض التوحد خاصة، لمن يزيد معدل ذكائه عن ٤٠ درجة والمصحوب بأعراض معينة كالقلق الزائد و تقلب المزاج والحركة المفرطة. وقد تبين أن ثلث المصابين بالتوحد قد تحسّنوا بشكل ملحوظ في أدائهم الذهني و الاجتماعي و السلوكي بعد علاجهم بهذا الدواء.

٣- كربونات الليثيوم Lithium Carbonate: وهو دواء يساعد علي تنظيم النوم وتقليل الأعراض الانفعالية خاصة عند الأطفال ذوي الاضطرابات الدورية في المزاج.

٤- مضادات الأوبويد Opioid Antagonist: ويستخدم هذا العقار لتعديل نسبة الأندروفين في الدم، حيث تبين أنه يوجد لدى الأشخاص التوحديين بنسبة عالية.

٥- مضادات بيتا Batia Antipiotics: وتستخدم مع الأطفال التوحديين الذين يزداد لديهم السلوك العدواني.

٦- حامض الفوليك Folic Acid: حيث يفيد في بعض حالات التوحد المصاحبة لتكسر

كروموسومات إكس Fragile X Syndrome.

٧- مضادات الصرع Anti Epilepsy: وذلك باعتبار أن الأطفال المصابين بالتوحد هم أكثر

عرضه من غيرهم للإصابة بنوبات الصرع، أو تغير النشاط الكهربائي للمخ (E.E.G) وخاصة

في السنة الأولى من العمر.

٨- المنشطات Stimulants: حيث يساعد بعضها علي تحسين حالات الأطفال التوحديين

الذين يعانون من فرط الحركة، وأيضاً الذين يعانون من صعوبات في التركيز و الانتباه

(الشمري، ١٩٩٦م).

٩- مثبطات السيروتونين Serotonin Inhibitor: ترفع معدلات السيروتونين في الدم لحوالي ثلث

حالات الأطفال التوحديين. وباستخدام تلك الأدوية لوحظ انخفاض ملحوظ في السلوك

العدواني والتهيج والاستشارة، وزيادة ملحوظة في التواصل غير اللفظي (التواصل بالعين)،

واستجابة الطفل التوحدي لمن حوله (ميقاتي، ٢٠٠٦م). هذا وقد ثبت في الكثير من

الدراسات أن نجاح عقار طبي مع أحد حالات التوحد لا يعني بالضرورة نجاح تأثيره مع فرد

آخر، وأنه يجب الحذر من إعطاء الطفل التوحدي أدوية كثيرة أو بكميات كبيرة مع الحرص

التام علي عدم استخدام أي منها إلا بموافقة أو معرفة الطبيب المختص والالتزام الدقيق

بتعليماته من حيث حجم الجرعة وتوقيتها ومدة استمرار تعاطي الدواء (رفيق، ٢٠٠١م).

كذلك تبين أن الأعراض الجانبية لمعظم تلك الأدوية تكون أشد عند مريض التوحد، وتؤدي إلى مضاعفات أكثر مما يحدث للشخص العادي، وأنه رغم أن معظمها لا يسبب الإدمان، إلا أن إيقافها يصاحبه بعض أعراض الانسحاب (Shore & Rastelli , 2008).

وخلاصة القول أن الأدوية لا تشفي التوحد، ولكنها تقلل من بعض أعراضه أو السلوكيات غير المرغوب فيها، وتساعد في إعداد الطفل وتجهيزه للتدخل العلاجي السلوكي والتعليمي (يومي)، (٢٠٠٨م).

٢- العلاج الغذائي (نظام الحمية Diet System):

تعد الحمية الغذائية من أحدث علاجات التوحد، والتي تؤكد على أن استخدام نظام غذائي خالي من الجلوتين Gluten وهو البروتين الموجود في المواد النشوية كالكمح والشعير، والكازين Casien وهو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، سوف يؤدي إلى شفاء أو تحسن الأطفال التوحدين. والفكرة الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي هي أن العديد من أطفال التوحد يعانون من خلل أو تلف مناعي في أمعائهم يسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئياً بالمرور إلى مجرى الدم والوصول للمخ، وأن تلك البروتينات المهضومة جزئياً- الجلوتين والكازين - تكون مادة البتبايد ذات التأثير الفيوني أو التحديري الشديد، التي تحدث أضراراً شديدة تتبدى في مظاهر وأعراض مرض التوحد (الجندي، ٢٠٠٩م).

وعادة ما يستلزم علاج الطفل التوحدي بهذا الأسلوب، عزلة عن منزلة وإدخاله إحدى المصححات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة، ثم بعد ذلك يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدرج (رفيق، ٢٠٠١م). ويتم العلاج بإزالة الحليب ومشتقاته أولاً: وإذا تبين أن هناك قدر من التحسن، يتم إزالة القمح ومشتقاته، حيث يتخلص الجسم من الكازين خلال ٣-٧ أيام، بينما يتخلص من الجلوتين خلال ٥-٧ شهور. وهناك مرحلة حرجة تقدر ب ١٤-٢١ يوماً، تبدأ منذ بدأ العلاج بالحمية حيث تحصل نكسة سلوكية للطفل التوحدي، إذ يزداد بكاءه وأنيبه ويبدى الاستجداء لمن حوله لإنهاء هذا الأسلوب الغذائي، وأحياناً ما يصاب بالحمول والكسل الشديد، وقد يزداد شعوره بالألم، ويزداد عدد مرات التبول والتبرز. والواقع أن هذه الانتكاسة علامة جيدة، ولذلك يجب الاستمرار في الحمية الغذائية، وأيضاً يجب رصد سلوكيات الطفل وما نلاحظه من تحسن. وإذا تم الإخلال بالحمية الغذائية فسنلاحظ فرط الحركة وبعض الهلاوس السمعية أو البصرية بالإضافة إلى ازدياد السلوك العدواني وأحياناً سلوك إيذاء الذات. وتزول آثار هذه النكسة بعد ١٢-٣٦ ساعة من معرفتنا بسببها ومنعنا المصدر الذي حصل الطفل من خلاله على الجلوتين والكازين. هذا وتزداد فاعلية العلاج بأسلوب الحمية الغذائية لدى الأطفال التوحدين الأصغر سناً، وأيضاً لدى مرضى التوحد الكلاسيكي. وإذا تحسن الطفل التوحدي فإن هذا معناه أنه قد يستمر متبعاً لهذا الأسلوب الغذائي طوال حياته (الجندي، ٢٠٠٩ م) وهو ما يعنى أن هذا الأسلوب العلاجي يحتاج

للمراقبة الشديدة والتنسيق التام مع جميع أفراد أسرة الطفل وعائلته وأصدقائه وكل من وكل يتعامل معهم حتى لا يحدث أي خرق لهذا النظام الغذائي الصارم.

هذا وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن استخدام الحمية الغذائية الحالية من الجلوتين والكازين لها فائدة في تخفيف أعراض التوحد، خاصة السلوكية منها، حيث تزداد معدلات التركيز والانتباه ويصبح الطفل أكثر هدوءاً واستقراراً، مع انخفاض ملحوظ في معدل سلوك إيذاء الذات والسلوك العدواني، وتحسن عادات النوم، والتواصل بشقية اللفظي وغير اللفظي، وتحسن عادات الطعام (بيومي، ٢٠٠٨م، ص٣٩).

ومع ذلك فليس هناك ضمانات مؤكدة بأن كل طفل توحدي يستعمل الحمية سوف يتحسن، أو أن جميع علامات التحسن سوف تظهر على الطفل التوحدي المتبع للحمية، مع ملاحظة أن اختلافات الاستجابة للعلاج بالحمية الغذائية تختلف من طفل لآخر (الجندي، ٢٠٠٩م). وهناك حمية أخرى يطلق عليها حمية فينجولد Feingold Diet أساسها تجنب الأغذية التي تحتوي على المواد الحافظة والألوان والنكهات الصناعية (العثمان، ٢٠٠٥م).

٣- العلاج بالفيتامينات:

كثير الجدل في السنوات العشر الأخيرة حول فائدة مكملات الفيتامين والمعادن في علاج أعراض التوحد أو تحسينها وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من مشاكل سوء امتصاص الأطعمة، ونقص في المواد الغذائية التي يحتاجها الطفل لخلل في أمعائه والتهابات مزمنة في جهازه الهضمي مما يؤدي إلى سوء في هضم الطعام وامتصاصه بل وفي عملية التمثيل الغذائي ككل، الأمر الذي يجعل هؤلاء الأطفال يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الآتية: أ، ب١، ب٣، ب٥، وكذلك عنصر الزنك والمغنسيوم، بينما على الجانب الآخر يوصى بتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على عنصر النحاس على أن يتم تعويضه بعنصر الزنك لتنشيط الجهاز المناعي بالإضافة إلى ضرورة تناول كميات كبيرة من الكالسيوم (Matson, 2009). ويعتبر فيتامين ب من أكثر الفيتامينات شيوعاً في الاستخدام لعلاج التوحد، باعتبار أن هذا الفيتامين يلعب دوراً كبيراً في تخليق الإنزيمات التي يحتاجها المخ (الشربيني، ٢٠٠٤م). وفي حوالي ٢٠ دراسة تم إجراؤها تبين أن استخدام فيتامين ب٦ والمغنيسيوم الذي يجعل هذا الفيتامين فعالاً يؤدي إلى تحسن حالات التوحد حيث قلت نوبات الغضب، وأصبح الطفل أكثر هدوءاً واستقراراً في حوالي ١٥-٣٥% من الأطفال الذين عولجوا، في حين حدث تحسن بسيط لدى ٣٠% آخرين، وزاد اهتمامهم بالبيئة المحيطة لهم وبالآخرين، وكذلك بدا عليهم تحسن في التواصل اللغوي والعاطفي (بيومي، ٢٠٠٨م).

٤- برامج الدمج الحسي :

أشرنا عند الحديث عن التوحد إلى أن أهم ما يعانىه الطفل التوحيدي مشكلة استقبال وتحليل المثيرات الحسية وعدم القدرة على تنظيم تلك المثيرات، ومن ثم إبداء استجابات شاذة للأحاسيس الجسدية المختلفة، مثل أن يكون الطفل حساسا أكثر من المعتاد للمس أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم، لذا فإن الطفل التوحيدي يصبح في حاجة ماسة إلى تدخلات محددة لكي يتمكن من تنظيم وترتيب وفهم تلك المثيرات الحسية المختلفة، وهو ما يسمى ببرامج الدمج الحسي (الشربيني، ٢٠٠٤م).

وبرامج الدمج الحسي هي أحد أشكال العلاج التربوي للتوحد، والذي يتضمن مجموعة من النشاطات التدريبية والخطط التربوية المختلفة التي يتم وضعها لتلبي الاحتياجات الخاصة للطفل التوحيدي، ويقوم على تنفيذها أخصائيون من مجالات مختلفة كالتخاطب والعلاج الطبيعي والإحصائي النفسي وغيرهم من المهنيين لمحاولة الاستفادة من الإمكانيات الحسية التي يمتلكها الطفل التوحيدي - مهما كانت ضعيفة أو مضطربة - ومحاولة تطويرها وجعلها أكثر كفاءة (Symon,2001). والفكرة الأساسية التي تقوم عليها برامج الدمج الحسي هي استخدام اللعب كوسيلة لتنمية وتطوير الدمج الحسي مما يجعل الطفل أكثر توافقا وتكيفاً مع المثيرات الحسية (Baranek,2002) ومن تلك البرامج ما يلي :

أ- التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training)

والفكرة الأساسية هنا هو أن الطفل التوحدي مصاب بحساسية في السمع، فهو إما مفرط في الحساسية أو لديه نقص في الحساسية السمعية، وبالتالي فالهدف هو تحسن هذه الوظيفة وهو ما يتم عن طريق عمل فحص سمع أولاً، ثم يتم وضع سماعات على أذان الطفل التوحدي بحيث يستمع لأصوات - عادة ما تكون مادة موسيقية - تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، وشيئاً فشيئاً وبالتدريج تتجه حاسة السمع لدى الطفل التوحدي نحو الشكل الطبيعي لها (Kasari,2002).

ويرجع الفضل في استخدام هذا الأسلوب العلاجي أو التأهيلي إلى طبيب فرنسي يدعى جي بيرار حيث ابتكر عام ١٩٨٢م جهازاً يسمى Audiokintron يستخدم في التدريب السمعي للأطفال التوحدين وكذلك من فئات مرضية أخرى وإعاقات عقلية يتسم المصابون بها بالمعاناة من اضطراب حاسة السمع. وتقوم نظرية التدريب السمعي على فلتر الأصوات التي يسمعها الطفل بواسطة سماعات توضع على الأذن، يستمع من خلالها إلى أصوات توضع في جهاز Audiokintron بذبذبات تختلف من أذن لأخرى بقصد التأثير على الجهاز السمعي للطفل. وبإجراء اختيارات خاصة يقوم بها مشغل الجهاز يمكن التعرف على الذبذبات العالية جداً أو المنخفضة جداً في الأذن والذي يتم تبعاً لها تعديل الذبذبات الخاصة التي يستمع إليها الطفل بكل أذن أثناء جلسة التدريب. وعادة ما يستغرق برنامج التدريب على التكامل السمعي عشرة

أيام بواقع جلستين يومياً، يفصل بينهما ستة ساعات على الأقل، وتكون مدة كل جلسة حوالي نصف ساعة (رفيق، ٢٠٠١م).

ورغم نجاح التدريب على التكامل السمعي في رفع كفاءة وظيفة السمع لدى الكثير من التوحدين في العديد من الدراسات، إلا أنه ليس من الضروري إعطاء نتيجة إيجابية ملموسة في كل حالات التوحد (Baranek,2002).

ب- التدريب النفسي الحركي:

يقصد بالتدريب النفسي الحركي دمج للوظائف الحسية والحركية والذهنية معا من خلال التربية وتطوير الجهاز العصبي، ويعتبر الجسم صلة الوصل بين الطفل التوحدي ومحيطه، ويهتم "بالكائن الجسم"، وليس بالكائن من خلال جسمه (رفيق، ٢٠٠١م).

ولأن الطفل التوحدي لديه طقوسه الحركية، وله "ترجمته" الحركية الخاصة لما لديه من أحاسيس ومفاهيم، ولأن لغة الطفل التوحدي تكون محدودة، أو ربما لا يتكلم إطلاقاً، فإنه يتحاور مع العالم من خلال جسمه وحركاته، وهو ما يسمى بالاتصال النغمي العضلي، والذي يمكن إذا تم تطويره وتنميته أن تتسع دائرة تفاعلات الطفل ويتحسن توافقه (Smith et. al.,2000). ويهدف التدريب النفسي الحركي إلى هدفين أساسيين هما: مساعدة الطفل المتوحد على السيطرة على جسمه وتوجيه الحركات وتطوير التوازن وتطوير المفاهيم النفس حركية لدى الطفل. ومن الممكن أن يكون هذا التدريب فردياً أو جماعياً، وعادة ما يتم في غرفة مريحة لا تزدهم بالأشياء، بل فقط

بالأدوات المستخدمة في التدريب، ويؤدى الطفل فيها التدريبات التي تشجع وتنمي الحركات الإيمائية والتعبيرية والخيالية (ميقاتي، ٢٠٠٦م).

وتتعدد أنشطة العلاج الحركي التي أثبتت فائدتها في زيادة توافق وكفاءة الطفل التوحدي، ومن تلك الأنشطة الحركية أنشطة التعلق بالذراعين والتسلق والقفز للمس جزء عالي وضرب وقذف الكرات والمشي والهرولة. كذلك يستمتع الكثير من الأطفال التوحديين ببعض الأنشطة الحركية للكبار مثل كنس ومسح الأرضيات، ودفع عربة التسوق، وحمل بعض الأشياء مثل الكتب وأكياس المشتريات. كذلك فان عجن الخبز وخلط عجينة الفطائر باليد يكون مفيدا لهم، وأيضا الحفر وتقليب التربة وري النباتات وغسل السيارة. وأحيانا ما يحاول الطفل التوحدي القيام بنشاطات حركية معينة إذا رأى شخصا ذو أهمية بالنسبة له يقوم بها (Maddey,200٤).

وقد تبين أن أفضل النشاطات التي تنمي كفاءات الطفل الحركية النفسية هي تلك التي تجعله مرناً في تغير اتجاهه بشكل دائم، مكتسبا حرية الحركة بيديه ورجليه من ناحية، وعموم جسمه من ناحية أخرى، وأن الحركة في مختلف الاتجاهات تنمي قدرة الإدراك الحركي لليدين والساقين، وتؤدي إلى تعلم الطفل واكتسابه للكثير من المفاهيم (عبد الله، ٢٠٠٤م). ويأتي التدريب النفسي الحركي بنتائج جيدة إذا بدأ في سن مبكرة، وقام مدرب أو معالج يتمتع بالقدرة على الإصغاء والتفاعل بحدوء مع الطفل المتوحد ويعمل ضمن فريق عمل متعدد الاختصاصات (Morrison,2002).

٥- العلاج بالرسم:

ينطلق من فكرة أساسية مؤداها أن الرسم يشبه إلى حد بعيد اللعب التخيلي أو الإبداعي الذي يفتقر إليه الطفل التوحدي ويعد ملمحا مميزا لمرضى التوحد ومن ثم فالمؤكد أننا نستطيع توظيف الرسم لفائدة أطفال التوحد. وبالفعل فقد لجأت الدراسات إلى الرسم والتلوين لتحسين التآزر الحركي النفسي للأطفال التوحديين، وزيادة المشاركة والسلوك التعاوني لديهم، وتنمية الخيال والكثير من القدرات الذهنية، وزيادة كفاءة التواصل بشقية اللفظي وغير اللفظي، ومساعدة الطفل التوحدي على التعبير عن مشاعره وأفكاره، هذا بالإضافة إلى أن نشاط الرسم يتيح الفرصة للطفل التوحدي على اكتشاف وتناول الكثير من الخامات والأشياء والتعرف عليها وينمي شعوره بالقيمة الانجاز، وأساليب التعبير المرئية لديه، وكذلك قدرته على العمل الجماعي (عزام، ٢٠٠٤م).

هذا وهناك أساليب جديدة للرسم نشأت في السنوات الأخيرة لمساعدة التوحديين، وهي الرسم بالكمبيوتر، وتتعدد مثل تلك البرامج، وهي تلقي اهتماما واستحسانا من معظم الأطفال التوحديين، ويأتي معظمها بنتائج ايجابية ملموسة (عبد الله، ٢٠٠٤م). وعلى أية حال فإن هناك من يوصي بأنه لكي ينجح أسلوب الدمج الحسي في علاج أو تأهيل الطفل التوحدي، فمن الضروري إخضاع الطفل للخلط أو جلسات متنوعة يشترك فيها أخصائيون في الحركة، والكلام واللغة، والجهاز العصبي والطب النفسي للأطفال وغيرهم مستخدمين خطة علاجية مشتركة، موضوعة لتلبي احتياجات الطفل وما لديه من أوجه قصور سواء في مهاراته الحسية الحركية أو

مهارات اللغة والكلام والتواصل، أو سلوكه الاجتماعي مع مراعاة أن كل جانب منها إنما يعتمد على مهارات الجوانب الأخرى.

٢-٢-١٠ البرامج القائمة على تعديل السلوك:

يعني بتعديل السلوك تغيير هذا السلوك بطريقة منهجية مدروسة ومحددة ولأن الاختيار الطبي لم يصبح بعد الاختيار الأمثل للعلاج، خاصة أن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً في معظم الحالات، لذا يفضل علماء النفس تغيير السلوك باستخدام برامج تعتمد على مبادئ التعلم المتكاملة، خاصة بعد ما ثبت أن هذا الأسلوب العلاجي هو الأكثر فائدة على المدى البعيد (كمال، ٢٠١١م). وترتكز تلك البرامج على السلوك الظاهر المراد تغييره أو تعديله أو تحسينه وما يحدثه في البيئة المحيطة بالفرد أكثر من اهتمامها بالأسباب التي أدت إلى وجود أو إحداث هذا السلوك (رفيق، ٢٠٠١م). وعادة ما يتم ذلك عبر عدد من الخطوات المتتالية هي التحديد الدقيق للسلوك المراد تغييره أو تعديله، ثم التقييم الكمي لهذا السلوك ثم التدخل بالبرنامج العلاجي المحدد الذي سنعتمد عليه في تغيير السلوك، وأخيراً إجراء تقييم كمي آخر نحدد من خلاله مدى نجاح البرنامج في إحداث التعديل المطلوب (Scheckner,2003).

والهدف الأساسي للعلاج وفقاً لهذا التوجه العلاجي هو تعديل ظروف حياة المريض، أو بمعنى آخر تعديل بيئته المباشرة، ومحاولة تنظيم الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على نحو يساعده في الوصول إلى الشفاء. وتنطوي تلك البرامج تحت عباءة ما يعرف

بالعلاج السلوكي والذي تتمثل أساليبه العلاجية في الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من نظريات التعلم، والإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي على يد سكنر وأساليب العلاج المعرفي التي تركز على تعديل أساليب التفكير الخاطئ والتدريب على إيجاد الحلول للمشكلات التي يتعرض لها الشخص، والأساليب الاجتماعية بما فيها من تدريب على المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد والبناء مع الوسط المحيط من خلال النماذج السلوكية والقدوة والتدريب على الثقة بالنفس (أبو السعود، ٢٠٠٢م).

وقد أصبحت تلك البرامج تستخدم على نطاق واسع، وأثبت نجاحها في تعديل السلوك المضطرب لدى الأطفال العاديين وغير العاديين بما فيهم أطفال التوحد. ومن هذه البرامج:

أ- طريقة لوفاس Lovaas :

تعد طريقة لوفاس واحدة من أكثر طرق العلاج السلوكي استخداماً في تدريب الأطفال التوحدين وتعديل سلوكهم وتقوم الفكرة الأساسية لهذه الطريقة على أن أي سلوك هو استجابة لمؤثر ما ومن ثم فمن الممكن التحكم في السلوك بدراسة البيئة التي يحدث فيها، ثم التحديد الدقيق للعوامل المثيرة له ثم التدخل المنهجي المنظم للتحكم فيها وتغييرها أو تعديلها (العثمان، ٢٠٠٣م) ويطلق البعض على هذه الطريقة طريقة المحاولة المنفصلة Discrete Trail والتي من خلالها يمكن تعلم أنواع كثيرة من السلوك للأطفال التوحدين خاصة إذا كانوا في سنوات عمرهم الأولى وذلك عن طريق تجزئة المهارة المقدمة للطفل إلى عدة أجزاء منفصلة، وتدريبه عليها إلى أن يصل إلى درجة

الإلتقان (السيد وخليفة، ٢٠٠٤م، ص٧٧). وهو ما يعني أنها إحدى طرق التدخل السلوكي المكثف والمبكر التي يمكن استخدامها بشكل علمي وفق خطوات إجرائية ومنهجية محددة لتدريب الأطفال التوحديين (أبو المجد، ٢٠٠٧م) وتسمى هذه الطريقة أيضا طريقة التحليل السلوكي، وتعتمد على الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، ومكافأة الطفل وتدعيمه عند كل سلوك مرغوب أو عدم ارتكابه سلوكا غير مرغوب وعقابه - كقول قف أو عدم إعطائه شيئا يجبه - عند كل سلوك غير مرغوب (العثمان، ٢٠٠٣م). ووفقا لهذه الطريقة فإنه لا ينبغي أن تقل مدة العلاج السلوكي عن ٣٠-٤٠ ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة، وصلت في بعض الحالات إلى أكثر من سنتين وهو ما يعني أنها طريقة قد تكون مكلفة ماديا للكثيرين وقد ثبت من العديد من الدراسات نجاح طريقة لوفاس في زيادة كفاءة مهارات مساعدة الذات، والمهارات الاجتماعية المختلفة ومهارات الاستعداد الأكاديمي، وكذلك مهارات التحكم في السلوكيات المزعجة والفوضوية (Richard&Matthew,2002).

ب- طريقة تيتش TEACH :

وهي طريقة تعليمية شاملة، لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك مثلا، بل تقدم تأهيلا متكاملا للطفل. وهي ليست مخصصة للأطفال التوحديين فحسب بل تستخدم وبكفاءة مع غيرهم من أصحاب الإعاقات التي يغلب عليها اضطراب مهارات التواصل، سواء اللفظية أو غير اللفظية (Eldevik et.Al.,2006). وتقوم هذه الطريقة التأهيلية على مسلمة أن الطفل

التوحيدي يعاني من صعوبات في فهم وتنظيم السياق البيئي الذي يحيط به ومتطلباته، وبالتالي فإن تنظيم إطار التعليم باستعمال الوسائل البصرية، سوف يؤدي إلى ضبط سلوك الطفل ومن ثم تسهيل التعلم لديه وتمتاز طريقة تيتش بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث لا يتجاوز عدد الأطفال التوحيدين في الفصل الواحد ٥-٧ أطفال تخصص لهم معلمة ومساعدة لها، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل يلبي احتياجاته الخاصة قائم على أساس خطة محددة لترتيب وتنظيم بيئة الطفل (المدرسة أو المنزل) بحيث يمكن فهمها بشكل أفضل (العثمان، ٢٠٠٣م). ورغم أن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي إلا أن هناك أوقات مخصصة لأنشطة جماعية، وممارسات في إطار نشاط الحياة اليومية، معتمدة على تشكيل البيئة واستعمال الجداول (ميقاتي، ٢٠٠٦م). كذلك فإن هذا البرنامج التدريبي - طريقة تيتش - يمكن أن تستخدم في مساعدة الأسرة في التعامل مع الأطفال التوحيدين بشكل مناسب (مدبولي، ٢٠٠٦م). وإذا كان الهدف الأساسي لهذه الطريقة التدريبية هو تطوير مختلف جوانب سلوك الطفل التوحيدي، واستقلالته، ومهاراته الإدراكية وتطوير قدراته التواصلية، فقد تبين في دراسة حديثة أن هذه الطريقة تكون أكفأ ما تكون في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للتوحيدين، وأن هذا الأثر الإيجابي يظل قائماً ومستقراً لفترات طويلة بعد انتهاء التدريب (مدبولي، ٢٠٠٦م).

ج - طريقة بكس PECS أو برنامج نظام التواصل عن طريق تبادل الصور:

وهو أسلوب حديث نسبياً بدأ تأسيسه في منتصف تسعينيات القرن الماضي. وهو برنامج مخصص لمن لا يستطيعون الكلام، إذ تم تصميمه للتدريب على التواصل الرمزي غير المنطوق، وذلك بمنح فرص التواصل بواسطة الصور للأطفال التوحدين داخل سياق اجتماعي يكون فيه الطفل مبادراً أو مشاركاً في عملية التواصل نفسها (العثمان، ٢٠٠٣م).

يبدأ البرنامج بالتعرف على أكثر الأشياء جاذبية لانتباه الطفل وتستحوذ على أكبر قدر من اهتمامه، سواء أكانت أطعمة أو لعب أو أشخاصاً أو أي شيء آخر، ثم يتم رسم صورة ملونة لكل شيء من تلك الأشياء. ويتم تدريب الطفل على التعبير عن طلباته واحتياجاته من خلال استخدامه لتلك الصور ورفعها في يده وإعطائها للمدرب كرسالة تعبيرية عما يريد. فالطفل في البداية لا يسأل عما يريده، ولا يطلب منه تناول الصور أو رفعها، ولا يقول المدرب له أي شيء إلى أن يبادر الطفل ويبدأ التفاعل عندما يضع الصورة المعينة في يده. وفي المرحلة الأولى من التدريب يكون متاحاً للطفل صورة واحدة في الوقت الواحد، وتوضع الصور على لوحة تسمى لوحة التواصل، وبالتدريج وفي مراحل أكثر تقدماً وبعد أن يصبح الطفل قادراً على استخدام عدة صور واحدة بعد الأخرى، فإن المدرب يستطيع وضع صورتين على اللوحة ثم ثلاث فأربع صور... الخ. وعندما يريد الطفل شيئاً فإنه يذهب للوحة، وينتزع منها صورة ما يريد وسيجد من يأخذها منه ويلبي له حاجاته. وبعد ذلك نأتي إلى مرحلة أخرى أكثر تقدماً حيث يتعلم الطفل أن يكون جملاً

بسيطة باستخدام عدة صور معا في المرة الواحدة، كل صورة منها تعبر عن رمز أو مفهوم أو كلمة من كلمات تلك الجملة البسيطة. ويستمر التدريب كلما تم التوسع والزيادة في عدد الصور لكل جملة، والتوسع أيضا في عدد وظائف التواصل الرمزي التي يكتسبها الطفل بالتدريب. هذا ويتوقف مدى نجاح هذا الأسلوب التدخلي المبكر على عدة عوامل أهمها مستوى الذكاء العام للطفل التوحدي (Kenny & Winick, 2001).

هذا وثمة برامج أخرى كثيرة لتعديل سلوك للطفل التوحدي، بعضها إلكتروني يعمل من خلال جهاز الكمبيوتر، مثل برنامج Fast الذي يهدف إلى تحسين المستوى اللغوي للطفل التوحدي. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الكمبيوتر ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة ويركز هذا البرنامج على جانب واحد هو اللغة (وما تتطلبه من استماع وانتباه) وبالتالي يستلزم تطبيقه أن يكون الطفل قادرا على الجلوس أمام جهاز الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية (Lise & Pamela, 2003).

وبصرف النظر عن طبيعة البرنامج التدريبي المستخدم، والهدف الأساسي له، فإن ثمة خصائص محددة للبرنامج الجيد، أهمها الأخذ في الاعتبار أن لكل طفل توحدي مسار خاص به وحده في عملية التدريب والتأهيل، وأن المسار يتم مراجعته وتعديله في ضوء ما يحققه كل طفل على حدة وذلك في ضوء ما أمكن التوصل إليه في كل مرحلة، كذلك من المهم تقسيم عملية التدريب إلى مراحل متتابعة بشكل منطقي وإجرائي، والاعتماد في عملية التدريب على عناصر البيئة المألوفة

لدى الطفل ومساعدة الطفل على الاتصال المباشر بها، وبناء الثقة بين الطفل ومدرسه (المدرّب) -
المدرّس - الأم - الأب... الخ) كذلك ينصح بألا يكون زمن جلسة التدريب طويلاً - لا يزيد
عن ٣٠ دقيقة - وذلك لعجز الطفل التوحدي على التركيز والانتباه لفترات طويلة، وأهمية استخدام
أدوات ووسائل مثيرة لحواس الطفل التوحدي لكي تنجح في المساعدة على تنشيطه على المستويين
العقلي والاجتماعي (حماد، ٢٠٠٨م).

يتضح مما سبق أنه بسبب طبيعة التوحد، وتعدد تباين أعراضه، والاختلاف الطبيعي بين كل
طفل توحدي، وآخر فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد، أو
تأهيل وتدريب كل حالات التوحد. ومع ذلك فإن معظم التوحدين يستجيبون بشكل جيد
للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي اعتاد عليها الطفل)
والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، والبرامج التي
تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية، على أن تدار
هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة وشاملة. كما يجب أن
يكون البرنامج التدريبي مرناً يتغير بتغير حالة الطفل، وأن يعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما
يجب تقييمه بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال به من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع والأهم
من كل ذلك هو عدم إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبيهما للمساعدة في تأهيل الابن

التوحيدي، وتوفير كل صور الدعم النفسي والاجتماعي لهما (كمال، ٢٠١١م) وهو ما نتناوله في الجزء التالي من هذا الفصل.

٢-٣ الأسرة والطفل التوحيدي-

٢-٣-١ الأسرة والكشف المبكر، وتشخيص حالات التوحد:

الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى لرعاية الطفل وتربيته، ومن ثم فإنها العنصر الأساسي في اكتشاف أي تغييرات أو تحولات في سلوك أطفالها، وهو ما يلقي بالعبء الأكبر على كاهلها في التعرف على طفلها المضطرب وأهم ملامح هذا الاضطراب، وهو ما يمثل الخطوة الأولى لحدوث التدخل العاجل و المبكر قبل أن يستفحل الأمر، وتزداد الصعوبات، سواء بالنسبة للطفل المصاب، أو للأسرة نفسها (مصطفى، ٢٠٠٥م). يقصد بالكشف المبكر عن التوحد، القدرة على التنبؤ بوجود التوحد من الأيام الأولى للولادة وحتى عمر ٣ سنوات (الشيخ، ٢٠٠٩م)، وهنا تتجلى خطورة وأهمية دور الأسرة- وخاصة الأم - حيث عليها إذا وجدت أن الطفل معرض للإصابة بالتوحد أن تسرع فوراً إلى مراجعة المختصين وطلب المساعدة والنصيحة. فبعض أعراض التوحد قد تكون موجودة منذ الشهور الأولى في عمر الطفل، ولكنها تكون خفيفة، وبالتالي يصعب على الكثير التقاطها واكتشافها، خاصة إذا كان الوالدان يجهلون معني وجود تلك الأعراض (رفيق، ٢٠٠١م).

إن الكشف المبكر يسبق التشخيص الإكلينيكي، ويظهر في القدرة على التنبؤ بوجود التوحد منذ الولادة، حيث لا يمكن التشخيص الفعلي إلا بعد أن يتجاوز الطفل ٣ سنوات، وهنا تكمن خطورة دور الأسرة وخاصة الأم، للفت الانتباه و التدخل المبكر الذي يحد من تطور أعراض التوحد (Kaminsky & Dewey , 2002). فالأسرة التي لا تأخذ موقفاً متراحياً أو سلبياً من رضيعها، ويتم تفاعلها معه باليقظة والانتباه لكل جوانب سلوكه، إنما تلعب دوراً محورياً في التشخيص السليم وفي الوقت المناسب ذلك لأن تشخيص التوحد عند نهاية السنة الثالثة من عمر الطفل يكون أفيد كثيراً له ولأسرته من أرجاء التشخيص حتى سن ٥ سنوات أو عند التحاق الطفل بالمدرسة (Gray , 2003).

إن ثمة ثلاثة مؤشرات تشخيصية مبكرة جداً للتوحد، يمكن للأم المنتبهة الواعية أن تلاحظها لدى طفلها التوحدي، وهي: أنه لا ينظر إليها عند الرضاعة، ولا يشعر بالألم – مثل الأطفال العاديين – عند تلقيه اللقاح، وأنه عندما يستيقظ ويجد نفسه وحيداً، فإنه لا يضطرب أو لا يستغرب الموقف ولا يبكي مثل الطفل العادي (الشيخ، ٢٠٠٩م). كذلك فإن للأسرة – وخاصة للأم – دورها المحوري عندما تواجه القائمين على عملية التشخيص مشكلة صعوبة تطبيق بعض الاختبارات على صغار الأطفال، وبالتالي لابد من اللجوء لاختبارات التقييم التي يقوم بها القائمين على رعاية الطفل وهم الوالدين (كمال، ٢٠١١م).

والسؤال المهم هنا: ما التصرف الصحيح الذي يجب أن تقوم به الأسرة بعد تيقنها - سواء من

الكشف المبكر أو من التشخيص الإكلينيكي - أن ابنها يعاني من التوحد؟.

يشير فهد (٢٠٠٥م) إلى أن أول ما يجب أن تفعله الأسرة في هذه الحالة هو معرفة ماهية

التوحد وفهم هذا الاضطراب وكل ما يتعلق به والحصول على المعلومات اللازمة حول مشكلة

ابنهم وكيفية التعامل معها، وإدراكهم أن احتياجات هذا الطفل تختلف عن احتياجات الآخرين،

وأن مساعدة ابنهم تتطلب وقتاً وجهداً. وكذلك لا بد من إخبار إخوته بطبيعة مرضه وكيفية

مساعدته بحيث يتناسب الشرح مع عمر من نخبره وقدرته على الاستيعاب، ويتم إخبارهم بالتدرج

وبهدوء، وعلى الإخوة و الأخوات الكبار تفهم الموقف وتحمل المسؤولية التي ستلقى على كاهلهم

مع الأب و الأم. كذلك لا بد أن تخبر الأسرة جميع أقاربها بذلك، وأن يقدموا لهم شرحاً وافياً

لأسباب إصابة الابن وكيفية التعامل مع هذا الاضطراب، أضف إلى ذلك أن الحديث حول

مشكلة الطفل مع أصدقاء الأسرة يجب أن يكون في غاية الوضوح والصراحة. ولا يقل أهمية عن

ذلك أن يتبادل الأهل المشورة ووجهات النظر مع الآباء والأمهات الآخرين الذين لديهم طفل

مصاب بالتوحد، ولهذا السبب يكون انضمام الأهل للجمعيات والهيئات المتخصصة في تقديم

الدعم والمساندة لآباء وأمهات المصابين بالتوحد أمراً هاماً وضرورياً جداً.

ورغم أن اكتشاف وجود طفل معاق قد يؤدي في بعض الأحيان إلى تقوية الروابط الأسرية،

وزيادة تماسك الأسرة على اعتبار أنهم جميعاً ككيان واحد يواجهون موقفاً متأزماً أو صعباً

(مصطفى، ٢٠٠٤م). إلا أنه في الغالب الأعم تكون ردود فعل الأسرة سلبية وغير توافقية، وذلك لشعورهم بالصدمة المقرونة بالخوف من الجهول، حتى إن البعض يرى أن المشكلة لا تكمن في الطفل المصاب نفسه (التوحيدي) بقدر ما هي لدى بعض الأسر التي تخاف وتخجل من أن يعرف المجتمع أن لديه شخص توحيدي (Symon , 2001).

يمر الأهل بمشاعر عديدة تبدأ بالإحباط والقلق، وتستمر هذه المشاعر إلى حين الانتقال إلى مرحلة السعي لإيجاد الحلول المناسبة والشعور بالمسئولية، وقد يتحول شعور الأهل بالألم والحزن على حالة طفلهم إلى إحساس شديد بالكآبة والبؤس، وقد يتطور ذلك إلى شعور بالتشاؤم وفقدان الثقة بالنفس، كما قد يمتد التأثير ليشمل عدم القدرة على النوم وفقدان الشهية للطعام (فهد، ٢٠٠٥م). فالتجاهات الأسرة نحو اكتشاف وجود ابن توحيدي لها تمر في خمس مراحل متتالية، تبدأ بالصدمة عند معرفتها بالإعاقة، ثم مرحلة الإنكار التي تظهر في رفض الأسرة إعاقه طفلها والتشكك في رأي المتخصصين، يلي ذلك الشعور بالغضب ثم مرحلة الشعور بالذنب والحزن، ثم أخيراً مرحلة الاعتراف والتقبل (مصطفى، ٢٠٠٤م).

إن هناك ما يؤكد أن كل آباء و أمهات أطفال التوحد قد شعروا بدرجة ما من العار أو الوصمة، ويزداد هذا الشعور لدى الآباء و الأمهات الأصغر سناً، و أن الأثر السلبي على الآباء ليس لكون الابن مصاباً بالتوحد فحسب، بل أيضاً للحالة السيئة لزوجاتهم، وأن أمهات أطفال التوحد عادة ما ينفسن عن مشاعرهن السلبية، أما الآباء فعادة ما يقيمون تلك المشاعر، وهو ما

يؤدي إلى زيادة نوبات الغضب لديهم (Becker et.Al., 2003). ومن حسن الحظ أن الكثير من الآباء والأمهات يتكيفون بطريقة إيجابية مع مشكلة طفلهم التوحدي بعد أن يتضح لهم أن رفضهم لمشكلة طفلهم تعود لغموض الموقف وعدم قدرتهم على فهم واستيعاب الاضطراب الذي يعاني منه (فهد، ٢٠٠٥م).

٢-٣-٢ الأسرة ورعاية الطفل التوحدي:

لا شك أن العبء الأكبر في رعاية الطفل التوحدي يقع على عاتق الأسرة، باعتبار أن الطفل يقضي أغلب وقته مع أسرته، ولذلك فهي أكثر تفاعلا معه بالمقارنة بأي جهة أخرى يمكن أن تقدم الرعاية لهذا الطفل التوحدي. ولذلك فقد كانت مشاركة الأسرة في رعاية وتعليم الطفل التوحدي، وبرامج التدخل العلاجي، والخدمات المخططة لهم، محل اهتمام الباحثين في مجال التربية الخاصة لعقود عديدة (مصطفى، ٢٠٠٤م). ولما كانت أسر الأطفال ذوي الإعاقات بما فيهم أطفال التوحد، تختلف في كل من حجم وشدة ردود أفعالهم عند تشخيص طفلهم علي أنه توحدي، وكيفية تعاملهم مع الضغوط الناتجة عن هذا التشخيص، واحتياجاتهم الشخصية، وأسلوب تعاملهم مع المتخصصين ومقدمي خدمة الرعاية لطفلهم ولهم، وفي استخدامهم لأنظمة الدعم المتاحة، فإن ذلك يجعل من كل أسرة وحدة فريدة في كيفية رعايتها لطفلها التوحدي وتعاملها معه، وكذلك في تعاملها مع كل الأطراف ذات الصلة بمشكلة ابنهم، وهو ما يعني أن الأداء الأسري بشكل عام، ورعاية الأسرة لطفلها التوحدي على وجه الخصوص هو دالة لعدد من العوامل المتفاعلة، بعضها

يتعلق بالأسرة نفسها من حيث قدراتها وإمكانيتها المادية و النفسية والاجتماعية، وبعضها يتعلق بطفلها التوحدي من حيث شدة الإعاقة، والسمات الشخصية للطفل، والبعض الثالث خاص بالآخرين ممن تتعامل معهم الأسرة سواء أفراد من الأخصائيين في التوحد أو جمعيات أو مراكز خاصة بالتوحد (موسى، ٢٠٠٧م، ص٢٧). والأسرة في رعايتها لطفلها التوحدي، إنما تقوم بدور مزدوج فهي ناحية عميل لدى الأخصائيين المختلفين الذين يتعاملون مع ابنها التوحدي، تشاركهم وتنسق وتتعاون معهم باعتبارها أحد - بل أهم - أعضاء الفريق المتولي لأمر ابنها التوحدي. ومن ناحية أخرى فهي مقدم خدمة لابنهم، من خلال ترجمة تعليمات الأخصائيين وإرشادهم إلى مواقف حياتية يومية معتادة تكون نتيحتها النهائية تدريب وتأهيل وتعليم ابنهم التوحدي (علي، ٢٠٠١م).

وكلما اندمجت الأسرة في كافة جوانب رعاية طفلها التوحدي، وتفهمتها جيدا، كلما زاد الأثر الإيجابي لهذا الاندماج، سواء بالنسبة لها أو بالنسبة لطفلها التوحدي الذي ترعاه (كمال، ٢٠٠٤م). وتتجلى رعاية الأسرة لطفلها التوحدي من خلال جانبين أساسيين، الأول هو مشاركتها الفعالة في إعداد وتنفيذ وتقييم ما يخضع له ابنها من برامج علاجية أو تأهيلية أو تربية، والثاني هو تواصلها المستمر و المنتظم مع باقي الأطراف ذات الصلة بطفلها التوحدي (العثمان، ٢٠٠٥م). فإشراك الآباء والأمهات في تصميم البرنامج العلاجي والتأهيلي لطفلهم، والمشاركة الفعالة في تنفيذه لا يعزز مهارات الطفل فحسب، بل يزيد من فاعلية الذات لدى

الوالدين، وإحساسهم بالكفاءة والمقدرة (Tunali & Power , 2002). ومنذ بداية ثمانيات القرن الماضي، خلصت العديد من الأبحاث إلى أن مشاركة الأسرة في البرامج العلاجية أو التأهيلية أو التربوية التي يخضع لها ابنها التوحدي، يعد عاملاً حاسماً لنجاح تلك البرامج، ولا سيما في السنوات المبكرة من عمر الطفل (ميقاتي، ٢٠٠٦م)، ولعل ذلك يرجع إلى عدة أسباب منها مسؤولية الأسرة الأولى والأخيرة عن تربية طفلها، وفهمها لحاجاته وخصائصه، والأهم هو أن الهدف الأساسي من أي تدخل علاجي أو تأهيلي للطفل التوحدي هو دمجها في بيئته، ومن ثم فلا أهمية لهذا التدخل إذا لم يطبق في محيط أسرة الطفل (عبد الله، ٢٠٠٤م). هذا بالإضافة إلى أن التنسيق والتعاون بين الأسرة من جهة تعميم وترسيخ ما يكتسبه الطفل من مهارات في سياقات زمانية ومكانية مختلفة (Krause , 2003). وهو ما يعني ضرورة اجتماع الأسرة بصورة منتظمة مع الفريق العلاجي أو التأهيلي لتبادل الآراء ومعرفة كل طرف لتوقعات ومتطلبات الأطراف الأخرى التي تعمل معا كفريق واحدة، ولهدف أساسي هو مصلحة الطفل المصاب. إن كفاءة رعاية الأسرة لطفلها التوحدي، لا تعني مجرد لجوء الأسرة للأخصائيين لمساعدتها وتوجيهها أو إمدادها بالمعلومات والنصح والتوجيه، بل لابد أن تكون علاقة قائمة علي الشراكة الكاملة، وذلك للوصول إلى أفضل طريقة للتدخل العلاجي وتأهيل الطفل، وذلك من خلال إكساب الأسرة للأساليب والاستراتيجيات المناسبة الخاصة باضطراب طفلهم التوحدي، وتدريب الوالدين، وإعطائهما الأدوات المناسبة التي ستساعدهما في تطوير مهارات الطفل (عبد الرحيم، ١٩٩٠م). وإذا كانت الأسرة جزء لا يتجزأ

من عملية التخطيط وتقديم الخدمة العلاجية والتأهيلية لطفلها التوحدي، فقد بثت أن التشاور المتبادل المتواصل، والنهج التعاوني بين الأسرة وباقي الأطراف المتعاملة مع طفلهم هو أنسب طريق لتحسن الطفل بشكل عام، وتطور مهاراته الاجتماعية على وجه الخصوص (Symon , 2001). فمن الضروري أن يقوم الوالدان بمراجعة التقارير التي يعدها الأخصائيون لتحديد تقييم حالة الطفل، وما يمكن أن يكون هناك من اتفاق أو اختلاف (العثمان، ٢٠٠٥م).

ولا يتجلى حسن رعاية الأسرة لطفلها التوحدي في تعاونها وتنسيقها مع أعضاء الفريق العلاجي أو التأهيلي فحسب، بل أيضا في تواصلها مع كل المؤسسات الاجتماعية والتعليمية ذات الصلة بابنها. فمن الأهمية بمكان أن يقدم الأبوان تعريفا بابنهما التوحدي للمؤسسة التربوية التي سيلتحق بها، حول أهم الأنشطة التي يمكن أن يشارك فيها، واستعداداته واهتماماته. كذلك فإن الشراكة بين الأسرة والمؤسسة التعليمية ينبغي أيضا أن تتضمن المراجعة السنوية لما تم تحقيقه من نمو لشخصية الطفل، واستعراض البرامج المستقبلية وما يجب أن تتضمنه من أنشطة، وما سيحدث فيها من تغييرات، كل ذلك مع الحرص على انتظام لقاءات أولياء أمور التلاميذ ذوي التوحد بالمدرسين، ومناقشة كل ما يتعلق بجوانب العملية التعليمية لأبنائهم (Maddey , 2004).

مجمل القول أن الوضع الأمثل لدور الأسرة في علاقتها بطفلها التوحدي، يتجلى منذ البداية في قدرتها على الكشف المبكر عن بعض علامات التوحد أو المؤشرات المنبئة به، وفي مشاركتها

الفعالة في كل من التشخيص، ووضع البرنامج العلاجي أو التأهيلي، والمشاركة في تنفيذه ومتابعته وتقييمه وتعديله، وفي قدرتها علي جعل النشاطات اليومية المعتادة التي يمارسها طفلها التوحدي، نشاطات تدريبية تأهيلية تعليمية.

وواقع الأمر أنه لا يمكن للغالبية العظمى من أسر أطفال التوحد القيام بكل تلك الأدوار المرتبطة برعاية طفلها التوحدي، دون إرشاد أسري، يمثل أحد أهم جوانب ما يسمى بالتدخل المبكر.

٢-٣ التدخل المبكر وبرامج الإرشاد الأسري.

٢-٣-٣ التدخل المبكر Early Interventon :

ثمة اتفاق بين الباحثين علي أهمية مشاركة الأسر في علاج أو تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة- ومنهم أطفال التوحد - و الفوائد العديدة المتوقعة لهذه المشاركة، والتي تتم تحت إطار ما يسمى ببرامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين، والذي تخصص له الكثير من البلدان الكثير من الموارد المالية، وتجعله ضمن أولوياتها (الشيخ، ٢٠٠٩م). ويستخدم البعض مصطلح التدخل المبكر بديلا عن مصطلح الوقاية الذي كان شائعا في الستينات والسبعينات من القرن الماضي، حيث كان التصور في ذلك الوقت أن التربية التعويضية هي نظام يمكن من خلاله مساعدة الأطفال الذين ينمون في بيئة غير ملائمة للنجاح في المجتمع العادي، وكان ينظر إلي هذه المساعدة علي أنها تقي أو تمنع تأثير المتغيرات السلبية، ومن ثم فإن التدخل المبكر وفقا لهذا التصور هو

مجموعة إجراءات منتظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة ذوى الاحتياجات الخاصة، وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم، و الهدف النهائي له هو تطبيق إستراتيجيات وقائية لتقليل نسبة حدوث الإعاقة أو درجة شدتها (Giafiero , 2001).

يعرف رفيق (٢٠٠١م، ص٦٥) التدخل المبكر بأنه : "عملية تقديم الخدمات الطبية والتربوية والعلاجية الطبيعية والوظيفية والنطقية من خلال تصميم برامج تربوية فردية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة الذين هم في السنوات الست الأولى من العمر. ويعرفه الشافعي (٢٠٠٤م، ص٧٢) بأنه: "نظام وقائي وعلاجي و تربوي، يقدم للأطفال الصغار من عمر صفر وحتى ٦ سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة، ويعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر". و لا يقتصر التدخل المبكر على التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة لدعم نمو الأطفال التوحديين أو الأطفال المعرضين لخطر التشخيص بالإصابة بالتوحد ولكن أيضا يشمل على خدمات الكشف، والتشخيص المبكر، والخدمات المساعدة مثل العلاج بأنواعه المختلفة، بالإضافة إلى دعم وإرشاد وتدريب أسرة الطفل التوحدي، ذلك لأنه لن تكون هناك فائدة من عملية التدخل المبكر للطفل إذا لم تكون الأسرة هي العنصر الأساسي في عملية التأهيل (عبد رب النبي، ٢٠٠٤م) أضف إلي ذلك أن التدخل المبكر يساعد الأسرة على تخطي مجموعة كبيرة من المشاكل التي سيتعرضون لها كون أن لديهم طفل توحدي، كذلك فإن إسهام هذا التدخل المبكر في الحد بدرجة كبيرة من الكثير من المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، سوف ينعكس أثره إيجابيا على الأسرة كلها (, Taule

(2007). وتنوع برامج التدخل المبكر لتشمل تلك البرامج التي تتركز حول الطفل التوحدي، والبرامج التي تتركز حول أسرته. وفي كلا النوعين من التدخل المبكر يكون لأسرة الطفل التوحدي تواجدًا وتأثيرًا (عبد الله، ٢٠٠٤م). ويوجد نوعان من برامج التدخل المبكر التي تتركز حول الطفل، أولهما تهدف إلى الوقاية من التوحد، ومن ثم فهي تقدم لأولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للتشخيص بأنهم حالات توحد، وثانيهما برامج تعمل في سبيل تنمية وتأهيل أولئك الأطفال الذي تم تشخيصهم وتصنيفهم بالفعل على أنهم أطفال توحدين. وفي كلا النوعين من برامج التدخل المبكر المركزة على الطفل يتم إرشاد الأسرة وتزويدها بما يجب أن تقدمه للطفل، ومساعدتها في تنفيذ خطط معينة في هذا الصدد، والاشتراك معها في تحديد الأنشطة المناسبة، وتحقيق التنسيق والتكامل التام بينهما وبين جميع الأطراف الأخرى المتعاملة مع الطفل (Rohde et Al., 2006). ذلك لأن التدخل المبكر يتطلب أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على اهتماماته وميوله وتفضيلا ته، كما يتم أيضا تحديد قدراته العقلية، وقدرته على التواصل، وتحديد حاجات الطفل، ثم بناء على هذا التقييم يتم تحديد استراتيجيات التعامل المناسبة، وتحديد الخطة التربوية الفردية لكل طفل واستراتيجيات التواصل، والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل (رفيق، ٢٠٠١م). كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الهادفة التي تعمل على الحد من الآثار السلبية للتوحد، بحيث لا يتحول إلي حالة عجز دائم تشمل جميع جوانب حياة الطفل وأسرته، كما تعمل على توفير الرعاية المطلوبة، والخدمات العلاجية

اللازمة التي تساعد الطفل التوحدي على النمو والتعلم حال استفادته منها (الشيخ، ٢٠٠٩م). ونظرا لان الأطفال التوحدين غالبا ما يعانون من أوجه قصور متعددة، فإن هناك أخصائيون متعددون يشاركون في تلك البرامج، ولكي تأتي هذه العملية - عملية التدخل المبكر - بشمارها المرجوة، فينبغي أن تتضمن عدداً من العناصر هي:

- ١- أن تبدأ بعملية تقييم للأسرة و الظروف الأسرية المختلفة .
- ٢- دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل، وما يمكن أن تنتجه من فرص متنوعة للنمو أمامه.
- ٣- التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل ووالديه.
- ٤- دراسة الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وما يمكن أن يكون له من انعكاسات على تعلمه، وما يسهم به في ذلك.
- ٥- التعرف على المستوى التعليمي والثقافي للأسرة، أي مستوى وعيها بشكل عام.
- ٦- التعرف على الضغوط stress الناتجة عن إصابة الطفل بالتوحد، وتحديداتها، وتحديد أساليب التعامل معها.
- ٧- التعرف على ردود أفعال الأسرة تجاه مثل هذه الضغوط.
- ٨- تحديد مستوى الكفاءة الوالدية في التعامل مع مختلف الضغوط التي تواجههم، ومن بينها الضغوط الناتجة عن إصابة ابنهم بالتوحد (Reilly et.AI., 2002).

ومجمل القول أن برامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين تركز في الأساس على تنمية وتطوير مهاراتهم المختلفة، وخاصة مهاراتهم الاجتماعية، ومهارات الحياة اليومية كي نساعدهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وعلى أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية، وبذلك فهي تسعى لهدفين أساسيين أولهما هو التواصل والثاني هو التعلم (Anderea & Luc , 2005). أما برامج التدخل المبكر التي تكون موجهة في الأساس نحو الوالدين والأسرة، فهي تهدف إلى تعليم الوالدين وأعضاء الأسرة كيفية التغلب على تلك الصعاب والمشاكل الكثيرة التي يمكن أن تحول دون تحقيق أطفالهم للتواصل والتفاعل الاجتماعي والتعلم، سواء أكانت تلك الصعاب والمشاكل متصلة مباشرة بحالة طفلهم التوحدي، أو ناشئة بسبب حالتهم هم وردود أفعالهم واتجاهاتهم نحو إصابة طفلهم بالتوحد، أو عجزهم واضطرابهم لعدم معرفتهم كيفية التعامل الصحيح مع هذا الموقف الصعب (Reilly , 2002). إن ما نلاحظه في الكثير من حالات التوحد من ضعف شديد في رعاية الأسرة - أو الوالدين بصفة خاصة - لابنها التوحدي، لا يرجع في الغالب الأعم من تلك الأسر إلى عدم الاهتمام أو التقصير المتعمد، ولكنه يعود إلى عدم شعور الأسرة بالمقدرة على القيام بما يجب عليها أن تقوم به، ومن ثم يصبح تثقيف وتدريب تلك الأسر أمراً حتمياً، بحيث تراعي حالتهم النفسية، ويبدؤون بالتدريب على القيام بمهام سهلة، يبعث نجاحهم فيها نحو زيادة شعورهم بالمقدرة والثقة بالنفس، وبالتدريج يستطيع الأخصائيون المتعاملون مع الطفل التوحدي أن يطلبوا من الأسرة القيام بمهام أكثر صعوبة

فلاستمرار في تدريب الأسرة على المشاركة الفعالة في رعاية ابنهم التوحدي، أمر يعتبره المهتمون بمجال التوحد من أهم الأهداف التربوية الخاصة للطفل التوحدي (العثمان، ٢٠٠٥م).

إن تثقيف وتدريب أسر أطفال التوحد – كركن أساسي من أي برنامج تدخل مبكر حتى لو كان متركزاً حول الطفل – أمر لا غنى عنه سواء بالنسبة لنمو الطفل المصاب، أو لزيادة الكفاءة الأسرية، ذلك لأنه يتضمن المساندة للطفل التوحدي ولأسرته، ويسهم في الوقاية من الوقوع في مشاكل إضافية عديدة، سواء لدى الطفل المصاب نفسه، أو لأسرته (Giafiero , 2001). فإذا كانت برامج التدخل المبكر تكتسب أهميتها من قدرتها على إحداث فرقاً واضحاً في نمو وارتقاء الأطفال الصغار، بدرجة أسرع و أكفأ كثيراً من جهود العلاج أو التأهيل المتأخر الذي يبدأ مع التحاق الطفل بالمدرسة، ومن أنها تقلل كثيراً من احتمالات ظهور إعاقات أو أوجه قصور أخرى عند الطفل التوحدي وتزيد من فرص اكتسابه للمهارات النمائية التي تتأخر ولا يتعلمها الطفل، فإن أهمية التدخل المبكر للطفل التوحدي تتساوى مع أهميته لأسرته بكامل أعضائها، لسبب بسيط وهو أن العلاقة بين سلوك الطفل وسلوك الأهل علاقة دائرية، فعندما يصبح الطفل أكثر استجابة وسهل القيادة، فإن دور الأهل يصبح أقل عبئاً، وفي المقابل يكون الأهل أكثر مهارة وثقة في كونهم مدربين ومرشدين ومربين (الشربيني، ٢٠٠٤م).

وهو ما يمكن إحداثه عن طريق برامج الإرشاد الأسري لآباء و أمهات أطفال التوحد.

٢-٣-٤ الإرشاد الأسري:

ثمة دلائل عديدة على أن الإرشاد الأسري و البرامج الأسرية التي تعتمد على تنقيف وتدريب الوالدين لتعديل وتطوير سلوك الطفل التوحدي، تعد من أفضل الطرق في خفض الأعراض و المظاهر السلوكية السلبية للطفل (Davis , 2004). فالتفاعلات الأسرية ونظرة الأسرة للطفل التوحدي وموقفها منه تعد من أهم العوامل المحددة لمعاناته، ولذا فالهدف العام لإرشاد الأسرة هو إزالة الإحباط الأسري، وتهدئة الصراعات القائمة بينهم، وإعادة ترتيب الجو المنزلي، مع ضرورة توجيه الوالدين إلى عدم الاعتماد فقط على استخدام العقاقير كأسلوب علاجي وحيد لاضطرابات ابنهم التوحدي (حموده، ١٩٩٨م، ص٢٠٩). أضف إلى ذلك أن الكثير من أسر أطفال التوحد قد يلجئون إلى أساليب تربية خاطئة للحد من السلوكيات غير المرغوبة لطفلهم، كإتباع الأساليب الوالدية التي تتسم بالرفض سواء الصريح أو المقنع، والإهمال، والتحكم، واللامبالاة، والنبذ، والحرمان العاطفي من الوالدين، والحماية الزائدة أو التدليل، والعقاب البدني أو النفسي، كما أنه أحيانا يفكر بعض هؤلاء الآباء أن طفلهم هو المسئول الوحيد عن اضطراب سلوكه (Edwards , 2002).

في ضوء ما سبق تتبلور الحاجة للإرشاد الأسري، والذي يعرفه كفاي (١٩٩٩م، ص٢٣) بأنه: إقامة علاقة معاونة ومساعدة بين الأسرة ومتخصص - أو أكثر - من اجل تفهم أفضل لهموم الأسرة ومشاكلها ومشاعرهما، مما يتمخض عنه من تحسين التوافق النفسي لها وجميع أعضائها

وهو ما يعني أن كل أنواع الإرشاد النفسي هي إرشاد للأسرة طالما ينصب الإرشاد على مشكلة أسرية، فالإرشاد هو إرشاد أسرى سواء كان الذي يخضّر الإرشاد عضو واحد من أفراد الأسرة أو الوالدين معاً، أو غير ذلك من أعضاء الأسرة، شريطة أن يتخذ من الأسرة نقطة انطلاقاً ومحوراً ارتكازه، وليس الفرد الذي حدد كمريض فقط، بل إن الأسرة ككل تحتاج إلى الرعاية بعد تشخيص ارتكازه، وأحد أفرادها كمريض أو معاق. أما عن إرشاد أسر الأطفال غير العادين أو ذوى الاحتياجات الخاصة، فهو عملية تهدف إلى مساعدة أطفالهم للوصول إلى أقصى درجات التوافق الممكنة وبهذا المعنى فإن إرشاد الوالدين هو في الواقع إرشاد يهدف إلى صالح الطفل حيث يساعد الوالدين والأسرة معاً في تحقيق اندماج الطفل أو إعادة اندماجه في الأسرة والمجتمع.

ويعرف (Becker et. Al., 2003) الإرشاد الأسرى لأسر الأطفال غير العادين بأنه: مجموعه من التوجيهات العملية التي تقدم لأسرة الطفل المعوق لاسيما الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة المهارات والخبرات التي تساعد في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود طفل معوق لديها، سواء ما يتعلق برعاية هذا الطفل، أو ما يتعلق بتأهيله باستخدام كل الوسائل المتاحة أو التي يمكن إتاحتها لتقليل الآثار المترتبة على الإعاقة حتى يبلغ الطفل المعوق أقصى استفادة ممكنة من قدراته. أما كمال (٢٠٠٤م، ص ٨٥) فيعرفه بأنه "تدخل منظم للأسرة كنسق متكامل لتعديل العلاقات الأسرية بزيادة التواصل والتفاعل بينهم من خلال تقديم مجموعة من الحقائق والإرشادات والمهارات التي توجه للنسق الأسرى بهدف خفض الاضطرابات المختلفة لدى طفلهم". فلما كان

الآباء والأمهات يمثلون الجزء الأكبر في عالم الطفل التوحدي، والذي تتضاءل أمامه كل الأدوار الأخرى من الناحية الكمية، حيث يقضى الطفل مع والديه عددا من الساعات تفوق كثيرا ما يقضيه مع أي أخصائي أو في أي مركز تخصصي، فإن الإرشاد الأسري والتثقيف و تدريب الآباء والأمهات، يهدف إلى موازنة المعادلة، أي أن يصاحب التفوق الكمي جودة نوعية تساعد الآباء والأمهات على تنمية مهارات الطفل التوحدي التواصلية، والتعبير عن المشاعر وغيرها من الصعوبات التي يعاني منها أطفال التوحد على مستوى التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي (Mahoney & Frida , 2003)، بالإضافة إلى ما للإرشاد الأسري من دور حاسم في خفض مستويات التوتر الذي يصيب الأسرة بسبب إصابة طفلها بالتوحد، الذي تبين أن جانباً كبيراً منه راجع إلى غموض الموقف للوالدين، وإحساسهم بالعجز حياله، والجهل بما عليهم أن يفعلونه وما لا يفعلونه، وماهية أنسب أساليب التعامل مع طفلهم التوحدي، إلى آخر تلك الأمور التي يساهم الإرشاد الأسري في إجلائها وتوضيحها، ومن ثم يصبح الأمر أكثر يسراً للوالدين، وهو ما ينسحب إيجابياً على جميع أفراد الأسرة بما فيها الطفل المصاب بالتوحد (مدبولي، ٢٠٠٦م).

٢-٣-٥ أهداف الإرشاد الأسري:

في ضوء ما سبق يمكننا القول بان للإرشاد الأسري كجانب من جوانب التدخل المبكر

للأطفال التوحديين، عدد من الأهداف منها:

١- مساعدة أسر الطفل التوحدي من خلال اشتراك أعضاء النسق الأسري - خاصة الوالدين - في برامج إرشادية، يلعب دوراً حاسماً في التخطيط لتنشئة الطفل، وبنى جسوراً من الثقة والألفة بينهم، ويخلق إحساساً بالمسؤولية، والمساعدة في تفهم حاجاته، ويسهم في زيادة تواصل الأسرة مع طفلها بكفاءة، مما يخفف من مشاعر الإحباط وزيادة الأمل لدى الوالدين ويحثهم على التفاؤل (كمال، ٢٠٠٤م).

٢- لما كان معظم آباء وأمّهات الأطفال المعاقين بشكل عام - بما فيهم أطفال التوحد - يلجئون كثيراً إلى استخدام التجنب في مواقف المواجهة، كما أن لديهم شعوراً مرتفعاً بعدم الرضا، وسوء التوافق، ويتسم مناخهم الأسري بأنه أقل دعماً للعلاقات الأسرية، وأقل منحاً لفرص النمو الشخصي، فإن إرشادهم وتثقيفهم وتدريبهم يغير كثير من تلك الأوضاع السلبية، ويقود في اتجاه التوافق النفسي والاجتماعي للأسرة ككل (Glasser, 2002).

٣- تغيير الاتجاهات السلبية للوالدين نحو أبنائهم التوحديين، وزيادة درجة تقبلهم له، وهو وإن لم يكن علاجاً للتوحد ولا يخفف من حدة أعراضه - ما يؤدي إلى التكييف والتوافق مع الأعراض المصاحبة لهذا المرض، سواء بالنسبة للطفل، أو مردود ذلك على الأسرة كلها. فالهدف هو التوافق مع ما هو قائم بالفعل، وليس الهدف تغيير أو تعديل هذا الوضع القائم (الشيخ، ٢٠٠٩م).

٤- يساهم الإرشاد الأسري بفاعلية في مساعدة الوالدين على اكتساب بعض المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه الاستجابات المقبولة والمهارات الاجتماعية، وتفهم الوالدين حاجات الطفل ومشكلاته، والأهداف التي يمكن له أن يحققها، مع تحقيق أكبر قدر من الانسجام الأسري، وزيادة التفاعل بين أفراد الأسرة و الطفل التوحدي (Anderea & Luc , 2005).

٥- تنمية استراتيجيات المواجهة لدى أعضاء الأسرة، خاصة الوالدين وتشمل هذه الإستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط بفاعلية، وإحداث التغييرات اللازمة لزيادة كفاءة تفاعلهم مع طفلهم التوحدي، والتوافق مع التحديات التي فرضتها إعاقة الطفل، وإيمانهم بأنهم يواجهون متطلبات إضافية ناجمة عن إعاقة طفلهم، ولا شك أن الإرشاد الأسري هنا هو بمثابة دعم اجتماعي ومجتمعي من شأنه أن يخفف كثيرا من حدة الضغوط النفسية للوالدين والناجمة عن إصابة طفلهما بالتوحد (علي، ٢٠٠١م).

٦- في كثير من الأحيان يكون الهدف الأساسي للإرشاد الأسري هو تعديل البيئة المنزلية للطفل لكي تصبح أكثر ملائمة، وتدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل (Maddey, 2004).

٧- إن الإرشاد الأسري - كمكان من مكونات برامج التدخل المبكر للطفل التوحدي - تسعى إلى زيادة الكفاءة الوالدية، وذلك بتقديم المعلومات والمعارف الصحيحة التي تساهم في إحلاء الموقف، وخفض اللوم الذاتي لدى الوالدين، ومعاونتهم على الفهم الحقيقي لحالة

ابنهم، ومعاونتهم على تعلم طرق التواصل مع طفلهم، ومن ثم الإسهام في علاجه أو تأهيله خلال وجودة بالمنزل (سليمان، ٢٠٠٠م، ص١٩). ولكي يحقق الإرشاد الأسري الهدف – أو الأهداف – المحدد المنشود، فلا بد أن يتم وفق إطار تنظيمي عملي محدد يعرف ببرنامج الإرشاد الأسري، والذي قد يكون فردياً حينما تخضع له أسرة واحدة فقط – سواء عضو واحد منها أو أكثر – أو جماعياً، حينما يتم إرشاد عدد من الأسر معاً، يحسن أن تتشابه مشكلاتهم، واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة، تسمى الجماعة الإرشادية، وبحيث يتيح تشكيلها أقصى وأكفأ درجات التفاعل الاجتماعي بينها وبين المرشد من جهة، وبين كل أسرة منها والأسر الأخرى من جهة ثانية (مصطفى، ٢٠٠٥م). وثمة معايير متعددة مطلوب توافرها في أي برنامج من برامج الإرشاد الأسري، حتى يمكنه أن يحقق أهدافه، منها ما هو متعلق بإعداد البرنامج وتصميمه، ومنها ما هو متعلق بتنفيذه، والبعض الآخر يتعلق بتقييم البرنامج، من حيث حجم الأثر الذي يحدثه، وهل يختلف هذا الأثر باختلاف العينة المسترشدة، أو باختلاف المدة الزمنية بالبرنامج، أو باختلاف القائم بالإرشاد (الدريني وكامل، ٢٠٠٦م). وكنقطة انطلاق لا بد لأي برنامج إرشاد أسري من أساس نظري قوى، يوضح مبررات الاعتماد على كوسيلة أو كأداة تساهم في حل مشكلة ما، ذلك لأن الأساس النظري (نظرية أو فرض علمي) هو الذي يبرر بناء البرنامج ويوجه إجراءاته، ويرشد تنفيذه وتقويمه (كمال، ٢٠٠١م). ويولي ذلك التخطيط العام لبرنامج الإرشاد الأسري، والذي يجب أن

يتضمن وبوضوح الهدف العام للبرنامج، وما ينطوي عليه من أهداف فرعية أو مرحلية. كذلك يجب أن يشمل هذا التخطيط على تحديد الأسلوب الإرشادي المستخدم، وفتيات البرنامج، والمدى الزمني له، وزمان ومكان تطبيق الجلسات. ويولي ذلك تصميم البرنامج تفصيلاً وصياغة جلساته، وعرضه على محكمين خبراء لاستطلاع آرائهم تفصيلاً وإجراء ما يلزم من تعديلات. وبعد الاستقرار نهائياً على البرنامج يجب إخضاعه للتجريب العملي من خلال دراسة أولية، يمكن من خلالها التعرف عملياً على صعوبات التنفيذ، وجودة المحتوى، وكذلك للكشف عن الخصائص السيكومترية (صدق - ثبات) له، قبل الشروع في استخدامه على العينة الأساسية، وأخيراً فلا بد من تقييم كمي موضوعي للبرنامج وآثاره، سواء تقييم بعدى، أو تقييم تتبعي، وذلك لتحديد فاعليته بشكل دقيق (Powell , 2006). وعادة ما تعتمد برامج الإرشاد الأسري على عدد من الفنيات السلوكية والمعرفية، أكثرها استخداماً: المحاضرة - المناقشة الجماعية - التجسيد الأسري - الواجبات المنزلية - لعب الدور - إعادة الصياغة - التعزيز - النمذجة - التواصل (كمال، ٢٠١١م). مع ضرورة استخدام هذه الفنيات بشكل متكامل ومتآزر، إذ ثمة العديد من الدلائل على أن تعدد وتنوع آليات برنامج الإرشاد الأسري، والأنشطة التدريبية المستخدمة فيه من حيث المحتوى والطريقة، أمر ضروري للمحافظة على دافعية المشاركين وجديتهم، وإدراكهم للهدف العام للبرنامج وتمثلهم له وهو ما يساعد على اكتسابهم للسلوكيات والأفكار المرغوبة، ويسر انتقال أثر التعلم عليه

إلى مواقف جديدة (Krause , 2003). إن كل برامج الإرشاد الأسري المخصصة للأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إنما تهدف إلى هدفين عامين لا يمكن الفصل بينهما، الأول هو خفض مستوى الضغوط الوالدية ومن ثم رفع كفاءة الرعاية الوالدية، وهو ما سوف ينسحب بدوره على الهدف الثاني وهو خفض حدة اضطرابات الطفل التوحدي، أو على الأقل زيادة درجة التوافق معها، سواء بالنسبة للأسرة أو للطفل (Davis , 2004). وسوف ينجح البرنامج الإرشادي، في تحقيق هذين الهدفين العامين، إذا تمكن من تحقيق سبعة أهداف نوعية هي:

- ١- تبصير الآباء والأمهات بطبيعة إعاقة ابنهما، وتأثيرها عليه.
- ٢- دورهم في التخفيف من تلك التأثيرات.
- ٣- تعديل أفكارهم ومفاهيمهم الخاطئة المرتبطة بإعاقة طفلهم، إلى أفكار ومفاهيم سوية وإيجابية.
- ٤- تنمية أساليب المعاملة الوالدية السوية المناسبة لحالة ابنهم.
- ٥- إتاحة التنفس بحرية عن انفعالاتهم ومواجهة الصراعات العميقة الكامنة لديهم، وأنسب أساليب مجابته، الأمر الذي يخفض السلوك غير التوافقي لديهم.
- ٦- إتاحة تبادل المشاعر والمشورة والخبرة، وفرص للحوار الجماعي وتكوين علاقات اجتماعية قوية مع بعضهم البعض (مساندة اجتماعية) وهو ما يساعدهم على التخلص من الكثير من صور السلوك غير التوافقي، وتبني سلوكيات أكثر توافقية.

٧- تعريف تلك الأسر بالدعم المجتمعي المتاح لهم ولطفلهم، وضرورة الاستفادة منه وكيفية ذلك (مصطفى، ٢٠٠٥م). ويضاف إلى ما سبق ما يؤكد عليه البعض من أن البرنامج الإرشادي الجماعي الأسري الناجح، هو ذلك الذي يتبنى نظرة شمولية للطفل التوحيدي وأسرته، مع الأخذ في الاعتبار كل جوانب القوة، والمعوقات الموجودة في الوقت الحالي في محيط الأسرة، ويحترم فردية كل أسرة، مع التسليم بوجود ما هو مشترك بين جميع الأسر الخاضعة للبرنامج الإرشادي (Hilton , 2004).

يبقى أن نشير إلى أنه إذا كان التوحد عدة أنواع، فإن البعض يؤكد على ضرورة تحديد نوع التوحد الذي يعانيه الطفل بدقة وذلك قبل الشروع في أية إجراءات إرشادية أو تدريبية مع أسر هؤلاء الأطفال، وذلك لتحديد الأولويات الإرشادية والعلاجية، وتحديد الجوانب التي يجب أن يتم التركيز عليها، والتي قد تختلف من نوع توحد لآخر (العثمان، ٢٠٠٥م).

٢-٣-٦ الأسرة ومآل الطفل التوحيدي:

إذا كان الاكتشاف المبكر، ومن ثم التدخل المبكر، يعد أحد أهم محددات مآل إعاقة التوحد، والتي يمكن أن يحدث بدء من تكوين الجنين في رحم الأم، وتبدأ ملامح ظهوره في الأشهر الثلاثين الأولى من عمر الطفل، فإن ذلك يلقي بالعبء الأكبر من مآل الطفل التوحيدي على عاتق الأسرة، وخاصة الأم، والذي يلعب وعيها ويقظتها هنا دوراً حاسماً في مآل طفلها، يتحدد بقدر ما لديها من معارف ومعلومات تسمح لها باكتشاف الحالة مبكراً (رفيق، ٢٠٠١م ص ٩).

ومع ذلك فإن الكشف والتدخل المبكر في حد ذاته ليس هو العصا السحرية التي تضمن لنا مآلاً جيداً للطفل التوحدي، ذلك لأن استمرار فاعلية أي تدخلات مبكرة، وما يترتب عليها من آثار إيجابية، هي رهن باستمرار وجود مناخ أسرى معين، أهم ملامحه زيادة مساحة الاتصال بين الزوجين، ووضوح الأدوار، وتحديد الأولويات والمسئوليات، مما يوجد التفاهم والتعاطف والمشاركة في الأعباء، وكذلك حرية التعبير عن المشاعر وتبادلها، واقتراح الحلول داخل النسق الأسرى، بالإضافة إلى ضرورة تفهم وتقبل الوالدين للتغيرات النفسية والاجتماعية التي تطرأ على طفلهما التوحدي مع تقدمه في العمر، وابتعادهما عن استخدام أساليب معاملة سلبية كاللوم أو التهديد أو العداء اللفظي أو التقليل من شأن الطفل، بل لابد لهما - بدلا من ذلك - أن يتبعوا أساليب المعاملة السوية مع الطفل، كالاهتمام دون غلو أو تطرف وإظهار الحب والتقبل والتواصل (ميقاتي، ٢٠٠٦م). إن الاضطرابات النمائية التي يعاني منها الطفل التوحدي في الجوانب الإدراكية واللغوية والسلوكية، لا تظل ثابتة على حالها دون تغيير، بل هي قابلة للتعديل والتغيير زيادة ونقصاناً. وقد خلصت بعض الأبحاث الحديثة إلى أن هناك الكثير من المتغيرات ذات العلاقة الوثيقة بما تشهده تلك الجوانب من تدهور أو تحسن، لعل أهمها مستوى التزام الوالدين وحرصهما على متابعة البرنامج العلاجي أو التأهيلي والذي ثبت أنه يؤثر بشكل جوهري في مستوى التقدم أدياً للطفل التوحدي (يحيى، ٢٠١٠م)، وكذلك بعض المتغيرات الأسرية مثل مستوى تعليم الوالدين، والبيئة المعرفية في الأسرة ومدى إمكانية الأسرة على توفير الخبرات التربوية داخل المنزل.

(رفيق، ٢٠٠١م، ص ٨٠) وقد تبين من بعض الدراسات التي اعتمدت على تحليل شرائط فيديو تسجل كيفية تعامل بعض الأسر مع أطفالهم التوحديين، أن أي أسلوب علاجي أو تأهيلي للطفل التوحدي، لن يجدي إلا إذا صاحبه مساندة الآباء والأمهات لطفلهم، خاصة في الناحيتين الاجتماعية والعاطفية (Mahoney & Frida, 2003). بل إن الطفل التوحدي الذي يكون قد أحرز قدراً كبيراً من التقدم، يمكن أن ينتكس لأسباب كثيرة منها بيئة أسرية مضطربة مليئة بالمشكلات والشجار، ويحكم علاقاتها به الإهمال والتجاهل واللامبالاة (محمد، ٢٠٠٥م). أضف إلى ذلك أن للوالدين دورهما الحاسم سواء في تنفيذ أو متابعة بعض الأساليب العلاجية لطفلهم التوحدي، مثل أسلوب العلاج بالحمية الغذائية ذلك لأنه أسلوب بالغ الصرامة، ومن ثم فإن أي تراخي أو إهمال فيه من جانبهما سوف يؤدي إلى انتكاسة شديدة لطفلهم التوحدي (الشيخ، ٢٠٠٩م). وثمة دلائل قوية على أن مآل الطفل التوحدي يكون مبشراً، إذا تمتع الوالدين بدرجة عالية من الاتزان الوجداني، والمحافظة على هدوءهما، وتجنب ردود الفعل العنيفة، وإفساح المجال للطفل بأن يعمل بحرية في مختلف النشاطات التي يفضلها، ولكن بإشراف غير مباشر منهما، مع مراعاة شروط الأمن والسلامة للطفل (رفيق، ٢٠٠١م، ص ١١٤)، كذلك فإذا كان الوالدان ممن يتمتعون بدرجة عالية من الذكاء الوجداني، فإن مآل أطفالهم المعاقين، عادة ما يكون أحسن مقارنة بغيرهم من الأسر التي تعجز عن التعامل مع المشاعر، وتبدى قدراً منخفضاً في مهاراتها التواصلية والاجتماعية (البحيري، ٢٠٠٧م).

كذلك فقد ثبت أن التواصل المستمر والتشاور والتنسيق بين الأسرة والمؤسسة التعليمية للطفل (حضانة - مدرسة) محدد جوهرى لمآل هذا الطفل، وأنه بزيادة التعاون بينهما تتحسن الكثير من مظاهر اضطراب الطفل التوحدي، خاصة مهاراته الاجتماعية (Tunali & Power , 2002). وأنه إذا حدث تناقض بين المنزل والمدرسة، فإن ذلك يؤدي عادة إلى إرباك الطفل وقلقه وتفاقم أزماته ومشكلاته (رفيق، ٢٠٠١، ص ٨٢).

يبقى أن نؤكد على أهمية المعتقدات الدينية والأخلاقية لأسرة الطفل التوحدي، وأثرها الجوهري على مآله. فمدى تقبل الأسرة لقدرها، ورضاها بما هو مقسوم لها، مع درجة عالية من التفاؤل كفيل بأن يمدّها بطاقة نفسية هائلة، ويسمع بتوفير مناج أسري إيجابي يدعم زيادة فرص تحسن طفلهم التوحدي (Aluri & Karanth , 2002).

إن اضطراب التوحد مشكلة معقدة ومتعددة الأبعاد، ويمثل إجهاداً انفعالياً ومادياً للأسرة، ويستلزم منها أن تتدرب بشكل مكثف حتى تتمكن من إتقان الأساليب والطرق المناسبة لتأهيل وتعليم طفلهم التوحدي، والتعامل معه بشكل صحيح وعلني المجتمع أن يبذل المزيد من الجهود حتى يزداد الوعي باضطرابات طيف التوحد، والذي سينعكس بشكل كبير على نمط التقبل الاجتماعي لفئات التوحديين وأسرههم بالإضافة للعمل على سن القوانين التي من شأنها أن تدعم توفير البرامج والخدمات ذات الصلة باحتياجات التوحديين وأسرههم (الشيخ، ٢٠٠٩م) فإذا كنا - كما يرى البعض - لا يمكننا حتى الآن الحد من تلك الإعاقة نفسها، فإنه من المتاح لنا تحسين التوافق للوالدين، وذلك بتبصيرهما بمشاكل الطفل وحاجاته، وإكسابهما اتجاهات إيجابية في تربيته (مصطفى، ٢٠٠٥م). وهو ما يمثل غاية أساسية لدراستنا الحالية.

٢-٤ الدراسات السابقة:

كما سبقت الإشارة، يهدف البحث الحالي إلى اقتراح برنامج إرشادي لمساندة ومساعدة أسرة الطفل التوحيدي على التعامل الأمثل معه، من خلال تهيئة الظروف المناسبة لإكسابه مهارات حياتية معينة تساعد على التكيف. ويتطلب تحقيق هذا الهدف تنفيذ خطوة رئيسية تتصل بالخطوات الإرشادية التي سيتم من خلالها إرشاد الأسرة ومساندتها لتطبيقها مع الطفل التوحيدي. وبذلك فإن الدراسات والبحوث الأقرب لموضوع البحث الحالي هي تلك التي عنت بالجانب الأسري وتحديدًا تدريب الآباء وأفراد الأسرة على تطبيق بعض الطرق والاستراتيجيات الإرشادية لمساندة طفلهم التوحيدي بالإضافة إلى الدراسات التي اهتمت بتغيير الاتجاهات السلبية لدى الأسرة نحو أبنائهم التوحيدين. ومن خلال استقراء الباحثة للعديد من الدراسات تبين ندرة الدراسات العربية التي تناولت البرامج الإرشادية لأسرة أطفال التوحد، وبناء عليه سيتم استعراض بعض الدراسات التي تناولت إجراءات تشخيصية وإرشادية، وكذلك عرض ومناقشة الاستراتيجيات الإرشادية المختلفة التي تناولت اضطراب التوحد في محاولة للخروج بإطار عام يفيد في تحديد إجراءات البرنامج الإرشادي ورسم ملامحه.

أ- الدراسات العربية:

قام بدر (١٩٩٧م) بدراسة بعنوان: (مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد)، ويعتمد هذا البرنامج على مبادئ خمسة أساسية وهي: التعليم الموجه للمجموعة، تعليم الأنشطة الروتينية، والتعليم من خلال التقليد وتقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصادم، والمنهج الذي يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية (الحركية). وتكونت عينة الدراسة: من (٤) أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٥-٨) سنوات، وكانت قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد هي أداة الدراسة الأساسية، وهي مقسمة إلى أربعة أبعاد رئيسية، تعبر عن اضطرابات في اللغة، والأنماط السلوكية في الجوانب التالية: الانفعالية، الاجتماعية، واضطرابات اللغة والأنماط السلوكية النمطية. وقد توصلت الدراسة إلي: مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد، ويرجع ذلك إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية، وهو منهج تربوي لمساعدة الأطفال ذوي التوحد، وهذا المنهج بمبادئه الخمسة يساهم في تحسين حالات هؤلاء الأطفال ويجعلهم قادرين على الاعتماد على أنفسهم.

بينما هدف معمور (١٩٩٧م) في دراسته (فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين) إلى وضع برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف أعراض

التوحد، المتمثلة في القلق، والسلوك العدواني، والنشاط الحركي المفرط، وضعف الانتباه، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، إضافة إلى تنمية بعض المهارات الحياتية لدى هؤلاء الأطفال ، حتى يمكنهم أن يستفيدوا من الخدمات المقدمة لهم، والتوافق مع البيئة المحيطة بهم. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً من الأطفال السعوديين المصابين بالتوحدية، وتراوحت أعمارهم ما بين (٧-١٤) سنة. وقد جاءت نتائج الدراسة مشيرة إلى أن الأطفال التوحديين، قد انخفض مستوى القلق لديهم، كما حدث انخفاض في السلوك العدواني والنشاط المفرط لديهم، وكذلك ارتفع مستوى الانتباه لديهم بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي، بالإضافة إلى ارتفاع درجات التفاعل الاجتماعي.

وأجرت عبد القادر (١٩٩٧م) دراسة بعنوان: (الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية) وهدفت الدراسة إلى بحث نظام الوالدية لأسر الأطفال التوحديين، للتعرف على العلاقة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية. كما يسعى البحث لدراسة الفروق ودلالاتها بين الضغوط الوالدية لأسر الأطفال التوحديين، وأسر الأطفال العاديين، وذلك باستخدام مقياس ضغوط الوالدية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية من ٤٠ طفل وطفلة من المصابين بالاضطراب التوحدي، ممن سبق تشخيصهم بمعرفة طبيب أمراض عصبية، وأمهاتهم، إضافة إلى تطبيق قائمة الأعراض المتضمنة في دليل التشخيص الإحصائي ١٩٨٧م، بمعرفة الباحثة والأم، والمجموعة الثانية ضابطة من الأطفال العاديين عددها ٤٠ طفلاً وطفلة، تم الحصول عليها من

المدارس الابتدائية للأسوياء، وأمهاتهم. وقد كان المدى العمري للأطفال من ٦ - ١٢ عاماً، وتم مراعاة تشابه المجموعتين في المرحلة العمرية، والجنس، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. أسفرت نتائج الدراسة عن:

١- وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين الاضطراب التوحدي والضغط الوالدية.
٢- وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين ثلاث أبعاد من خصائص الطفل التوحدي مع ثلاثة أبعاد من خصائص والديه، وهي:

أ- درجات تدعيم الطفل للوالدين مع الرابطة العاطفية بالطفل.
ب- درجات الحالة المزاجية للطفل مع الرابطة العاطفية بالطفل.
ج- درجات الإلحاح وكثرة المطالبة مع درجة إحساس الوالدين بقيود الدور.
٣- وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات أمهات الأطفال التوحديين، ومتوسط درجات أمهات الأطفال العاديين على مقاييس خصائص الوالدين.

وهذه النتائج توضح أن العلاقة بالطفل في عينة الدراسة والعينة الضابطة تعتبر مؤشراً لتعرض نظام الوالدية للخطر الأمر الذي يتطلب التدخل بالخدمات الوقائية والإرشادية.

وفي سياق آخر قامت عبدالغفار (١٩٩٩م) بدراسة (فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال) وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال إستراتيجية علاجية

تعتمد على الطفل ذاته، وإستراتيجية علاجية تعتمد على الأسرة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض توحّد الطفولة لدى عينة من الأطفال التوحديين، وظهر ذلك في زيادة قدرة التركيز لديهم على بعض المعطيات الموجودة في البيئة، والتي كانت لا تجذب انتباههم قبل ذلك، وأصبحوا قادرين على المبادأة بالحديث مع الآخرين واستمرار الحديث لفترات قصيرة إذا تلقى الطفل التوحدي التدعيم والتوجيه المناسب من والديه، كما زادت قدرته على التقليد نتيجة تحسن الأداء في استخدام الأشياء والألعاب، كما ظهرت بوادر تحسن كبيرة في استجابته للمثيرات السمعية والبصرية.

وقد أجرى محمد (٢٠٠٠م) دراسة على: فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني للأطفال التوحديين. وهدفت الدراسة إلى التأكد من فعالية البرنامج في الحد من السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي.

تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة وأظهرت نتائج الدراسة حدوث انخفاض في السلوك العدواني، وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج بينما المجموعة الضابطة مازالت تعاني من حدة السلوك العدواني.

وأجرى الشمري (٢٠٠٠م) دراسة على أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج العلاجية، حيث أوضح في دراسته أن هناك اهتمامات بحثية ونتائج أبحاث متتالية في جوانب متعددة "فسيولوجية، وعصية، وأيضية، وجينية" وأوضح أن التدخل الغذائي وتعديل السلوك

والتدريس المنظم والدمج الحسي مهم جدا لنجاح برامج خدمات الطفل التوحد. وهذا الأمر يقود إلى التركيز على استراتيجيات العلاج الخاصة بالتوحد والتي بدأت منذ أن تم التعرف عليه في عام ١٩٤٣م، حيث كانت المحاولات المبكرة للعلاج غير واقعية خصوصاً إذا تم النظر إليها من خلال الفهم الحالي لآليات عمل الدماغ في الحالات السوية والمضطربة.

وإذا كان المقصود بالعلاج من منظور طبي هو ضمان الصحة والسلامة فإنه لا يتوفر حتى الآن علاج للاضطرابات التي تحدث في الدماغ والتي ينتج عنها الإصابة بالتوحد. إلا أن الوضع أفضل من حيث القدرة على فهم التوحد والاضطرابات المصاحبة له، وبالتالي مساعدة المصابين به على التكيف مع الأعراض المصاحبة لهذه الإعاقة. حيث بات من الممكن إحداث تغيير إيجابي في أنماط السلوك المصاحبة للتوحد متى ما تم تبني إجراءات التدخل المبكر الملائمة، إلى الدرجة التي يبدو فيها بعض التوحدين طفلاً كان أم بالغاً إنسان عادي لاسيما في نظر الأشخاص الذين تقل خبرتهم في هذا المجال. ومن جانب آخر فإن غالبية الأطفال والبالغين التوحدين سوف يستمرون في إظهار بعض أعراض التوحد إلى حد ما طوال حياتهم.

وتناول هويدي (٢٠٠١م) في دراسته (اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة)، اضطراب التوحد من خلال ثلاث توجهات، التوجه الأول عضوي يرى أن اضطراب التوحد هو اضطراب عصبي بيوكيميائي، والتوجه الثاني بيولوجي حيث يفترض على العاملين في مجال التوحد تحديد الاختلالات السلوكية التي تنتج عن كل نوع من الاضطرابات البيولوجية. أما التوجه الثالث فهو

نفسى بحيث يمكن تفسير اضطراب التوحد من خلال التركيز على نوعية العلاقة الوجدانية بين الأم وطفلها الرضيع والعلاقة بالآخرين. والحقيقة أن مثل هذه الدراسة تفيد في أنه ينبغي تحديد نوع التوحد الذي يعانیه الطفل بدقة قبل الشروع في أية إجراءات علاجية أو تدريبية مع الأسرة.

وقام عبد الله (٢٠٠١م) بدراسة هدفت إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من سلوكهم الإنسحابي. وتكونت العينة من (٨) أطفال توحديين وطبق البرنامج على أمهات المجموعة التجريبية المتكونة من (٤) أطفال توحديين وتراوحت أعمار الأطفال من (٦-١٢) سنة وأوضحت النتائج وجود فروق دالة في الاتجاه الأفضل لصالح المجموعة التجريبية وهذا يدل على فعالية الإرشاد الأسري في الحد من السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال وبالتالي زيادة مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية.

وأجرت كمال الدين (٢٠٠١م) دراسة بعنوان: (تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد)، وهدفت الدراسة إلى تصميم برنامج لإكساب مهارات السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديين. تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلاً مصاباً بأعراض التوحد تتراوح أعمارهم بين (٣-٧) سنوات، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي، ودرجاتهم في القياس البعدي لصالح القياس البعدي في الجوانب التالية:

أولاً: انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل المتوحد على قائمة السلوك التوحدي.

ثانيا: ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة، والمتنوعة وذات المقاطع المتعددة.

ثالثا: انخفاض مستوى التوحد الاجتماعي، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء.

رابعا: انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل التوحدي لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت

تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهة التوحديين. في حين استمرت المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى

فئة الأطفال التوحديين.

وتناولت نصر (٢٠٠١م) فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال

التوحديين. تكونت عينة الدراسة من: (١٠) أطفال (٢ إناث، ٨ ذكور)، تتراوح أعمارهم بين (٨-

١٢) سنة بدرجة توحد متوسطة الشدة، ونسبة ذكاء تتراوح من (٥٠-٧٥) ويتضمن البرنامج

العلاجي مجموعة من الفنيات والنظريات العلاجية المتعددة، بالإضافة إلى أنه يتضمن مجموعة من

الأنشطة، والألعاب والممارسات اليومية، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدي،

بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي، وهذا البرنامج يركز على العلاج السلوكي، والعلاج

بالموسيقى، والعلاج بالفن، والعلاج باللعب، وتتبع الدراسة أسلوباً تطبيقياً على مجموعة واحدة

لمعرفة مدى تأثير البرنامج. وقد استمر البرنامج أربعة أشهر متواصلة من العمل مع الأطفال طوال

اليوم ومتابعة أسبوعية للأنشطة المطبقة. وقد أظهرت النتائج تحسناً في درجة الاتصال اللغوي

لأطفال العينة بعد تطبيق البرنامج، واحتلت مهارة التقليد، والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى

في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

وفي سياق ذو صلة قام عبد الله (٢٠٠٢م) بدراسة للكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين. وتضمنت عينة الدراسة ٢٠ طفلاً من الأطفال التوحديين. كشفت الدراسة عن النتيجة التالية: انخفاض مستوى العدوانية وضعف الانتباه والانفعالية وفرط النشاط الحركي وازداد مستوى الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة.

وتناولت أبو السعود (٢٠٠٢م) في دراستها فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. وهدفت الدراسة إلى: استشارة انفعالات وعواطف الطفل وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزله. تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال من المصابين بالتوحد، وتم تقسيمهم إلى (٦) ذكور و(٢) إناث وعدد (٨) آباء و(٨) أمهات للأطفال المصابين بالتوحد. وكانت أعمار الأطفال بين (٣-٦) سنوات. أوضحت نتائج الدراسة إلى حدوث انخفاض ملحوظ في المشكلات السلوكية والعزلة العاطفية والاضطراب الاجتماعي والانفعالات السلبية. كما حقق البرنامج تفاعل أفضل للوالدين مع طفلهما.

وقامت أبو غزالة (٢٠٠٤م) بدراسة فعالية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين وهدفت الدراسة إلى تزويد الأمهات

باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف تقليل الضغوط النفسية لديهم. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

وفي دراسة شوقي (٢٠٠٤م) يهدف إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين. تكونت عينة الدراسة: من (١٠) أطفال من الأطفال التوحديين من إحدى مراكز ومؤسسات رعاية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بالقاهرة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من ٥ أطفال)، والأخرى ضابطة (تكونت من ٥ أطفال). وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج أظهر فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهي على الترتيب (مهارة الاستماع - التعرف - الفهم - التحدث).

وأكد البربري (٢٠٠٤م) في دراسته على رفع مستوى النضج الاجتماعي وإحداث قدر من التوافق بين طفل التوحد والآخرين من خلال التدريب على برنامج بغرض تنمية بعض من المهارات الاجتماعية لديه. تكونت عينة الدراسة: من (٣٠) طفلاً توحدياً، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٧-١٢) سنة ومستوى الذكاء بين (٥٨-٧٥). وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبتين كل منهما (١٥) طفل (١٢) ذكور، (٣) إناث على حسب النموذج الاجتماعي المقدم. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعتي الأطفال التوحديين حسب النموذج الاجتماعي المقدم في التطبيق البعدي على مقياس فينلاندر للنضج الاجتماعي

وذلك لصالح مجموعة الأطفال التوحديين حسب النموذج الاجتماعي، وكذلك أظهر البرنامج فعالية في تنمية مستوى النضج الاجتماعي وإحداث قدر من التوافق بين الطفل التوحدي والآخرين من خلال التدريب على برنامج المهارات الاجتماعية لديه.

وأجرت ماهر (٢٠٠٥م) دراسة هدفت إلى التعرف على أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة وأخوات الأطفال التوحديين، وهل تختلف المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة وأخوات الأطفال العاديين عن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال التوحديين. أظهرت النتائج أن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال التوحديين تختلف عن المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة وأخوات الأطفال العاديين. كما أوضحت الدراسة أن أخوة وأخوات الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات الغيرة - الخوف الانسحاب (العزلة) - العدوان، وأن هذه المشكلات لا تختلف باختلاف الجنس عدا مشكلة العدوان حيث ثبت أنها تزيد عند الذكور أكثر من الإناث.

وتناولت ماضي (٢٠٠٦م) في دراسة لها بعنوان: (مدى فاعلية برنامج تدريبي مقدم لآباء الأطفال التوحديين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم التوحديين) بهدف تحديد جدوى تطبيق البرنامج التدريبي في تغيير الاتجاهات السلبية لآباء الأطفال التوحديين، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية السالبة ومدى تقدم الطفل التوحدي في البرامج التدريبية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من ٥ آباء و٥

أمهات لأطفال توحديين، وأبنائهم التوحديين. أظهرت الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تحسين الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء ذوي التوحد.

وقام الزهراني (٢٠٠٦م) بدراسة المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في المملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى معرفة المشكلات السلوكية من المشكلات البسيطة إلى البسيطة جدا للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات حيث أن هذه المشكلات السلوكية قد تعيق تواصل أطفال التوحد مع المحيطين بهم وتضعف بالتالي عملية اندماجهم مع المجتمع وهذه المشكلات السلوكية قد تؤثر بشكل أو بآخر على توافقيهم الطبيعي، وتكفيهم الاجتماعي. كما أن هذه المشكلات قد تؤرق المسؤولين عن رعايتهم من آباء ومعلمين. وأسفرت النتائج أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين الذكور في بعد التفاعل الاجتماعي وهي أربع وأربعين مشكلة سلوكية وفي بعد السلوك النمطي وجد خمس وعشرين مشكلة سلوكية وفي بعد الاستجابة الحسية وجد تسع وعشرون مشكلة سلوكية حيث أن كل هذه المشكلات السلوكية قد تعيق من العملية التربوية للأطفال التوحد وبالتالي تعيقهم من الاستفادة المثلى من البرامج التربوية المقدمة لهم.

وقامت نيازك (٢٠٠٨م) بدراسة فاعلية استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة بمحافظة جدة. تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً وطفلة في مركز جدة للتوحد ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-٧)

سنوات، وأخذت مدة تطبيق البرنامج فترة (٥) شهور. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة، على مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، قبل التجربة، وبعدها، لصالح التطبيق البعدي، كما توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياس تقدير مهارات الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

ب- الدراسات الأجنبية:

قام لوفاس وآخرون Lovaas et.al., (1993م) بدراسة بعنوان: (التأثير طويل الأمد للتدخلات السلوكية المكثفة المبكرة لعلاج الاضطراب التوحدي)، ركزت هذه الدراسة على التأثير طويل الأمد للتدخلات السلوكية المكثفة المبكرة لعلاج الاضطراب التوحدي. تكونت عينة الدراسة من (١٩) طفلاً توحدي في سن ما قبل المدرسة ذوي ذكاء مرتفع كمجموعة تجريبية، و(١٩) طفلاً توحدي كمجموعه ضابطة. وتلقت المجموعة التجريبية تدخلاً سلوكياً مكثفاً لتعديل مظاهر الاضطراب والمشكلات المصاحبة. وأشارت النتائج إلى: أن المجموعة التجريبية حافظت على ما تم اكتسابه خلال التدخلات السلوكية من تحسن في السلوك، وتفاعل أفضل. وتحقق عائداً فعالاً طويل الأمد لكثير من الأطفال التوحديين.

وقامت أندروز Andrews (1993) بدراسة هدفت إلى تقليل السلوكيات غير الملائمة المصاحبة للاضطراب التوحدي باستخدام برنامج سلوكي ، وتكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال في سن (٧-٤) تم علاجهم بتدخلات سلوكية بهدف التخفيف من السلوكيات غير الملائمة، وزيادة التفاعلات الاجتماعية، والاتصال الوظيفي والانفعالي الملائم، وتحسن التكيف. وقد أظهرت نتائج الدراسة فاعلية التدخلات السلوكية حيث قللت من سلوكيات عدم التكيف، وزيادة في السلوكيات الاجتماعية المقبولة وفهم الانفعال المناسب، وأكد الباحث على أن تدعيم تلك السلوكيات أفضل من استخدام العقاب سواء أثناء التدخلات العلاجية أو التعميم.

وإلى جانب ذلك أجرى درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥م) دراسة هدفا من خلالها إلى التعرف على مدى فاعلية تدريب أخوة الأطفال التوحدين على الإجراءات التي تزيد من دافعيتهم للإستجابة للتفاعلات التي تحدث أثناء اللعب وذلك من خلال برنامج تدريب الوالدين وإرشادهما في هذا الإطار. وأوضحت النتائج زيادة التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحدين وانخفاض سلوكهم الإنسحابي، وهو ما يدعم دور الأخوة والأسرة عامة في هذا الصدد.

وأجرى بال Ball (1996م) دراسة هدفت إلى معرفة أثر التدخلات العلاجية باستخدام أقران طبيعيين على تحسين التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحدين، وقام الباحث بوضع برنامج ينمي المهارات التالية: التواصل، واللعب التخيلي، والمهارات الاجتماعية، والمهارات الأكاديمية من خلال دمجهم مع أطفال عاديين من مرحلة ما قبل المدرسة لكلا المجموعتين وتكونت عينة الدراسة

من (٨) أطفال توحديين و(٨) أطفال عاديين، وقد أظهرت النتائج تحسناً في مهارات الاتصال،

والمهارات الاجتماعية، واللعب التخيلي، والمهارات الأكاديمية لسبعة من أفراد العينة.

وقام رويلرز ، هـ H, Roeyers (1999م) ببناء برنامج في دراسته هدف من خلاله إلى:

تحسين التفاعل الاجتماعي والانفعالي للأطفال التوحديين عن طريق الدمج مع أطفال أسوياء وقد

تكونت عينة الدراسة من (٨٥) من الأطفال التوحديين و(٨٥) من الأطفال العاديين، تم تقسيم

مجموعة الأطفال التوحديين إلى مجموعتين مجموعة ضابطة لم تدخل في البرنامج العلاجي، ومجموعة

تجريبية تلقت برنامج العلاج بالدمج مع الأطفال العاديين، مع توفير وتنظيم فرص للتفاعل بينهم

خلال اللعب. كما ركز البرنامج على تدريب الأطفال العاديين قبل الدخول في البرنامج على كيفية

التعامل مع الأطفال التوحديين. وقد أظهرت نتائج الدراسة درجات ذات دلالة من التحسن في

السلوك الاجتماعي الانفعالي لأطفال المجموعة التجريبية التي اشترك أفرادها في تفاعل مع الأطفال

العاديين، أما مجموعة أطفال العينة الضابطة التي لم يشارك أفرادها في تفاعل مع الأطفال العاديين،

فلم يظهر أي تحسن في السلوك الاجتماعي والانفعالي.

وأجرت ماك كلوسكي Mc Closkey-Dale,S (١٩٩٩م). دراسة هدفت إلى التعرف على

مدى فاعلية برنامج للتواصل البيئي يتم تقديمه للمعلم على السلوك الإنسحابي والتفاعلات

الاجتماعية للأطفال التوحديين. وأوضحت النتائج أن هذا البرنامج قد شجعهم على الاشتراك

بمزيد من الأنشطة داخل الفصل أو خارجه، كما زادت تفاعلاتهم الاجتماعية المقبولة وقل سلوكهم

الإنسحابي بشكل دال إحصائياً.

وتناول فولرتون وكوايني Fullerton & Coyne (١٩٩٩م) في دراستهما مدى فاعلية برنامج

إرشادي على السلوك الاجتماعي والمهارات اللازمة للقيام بالاختيارات الذاتية لعينة من المراهقين

التوحديين. وتكونت العينة من ٢٣ مراهق وأسرههم بعد تقديم برنامج إرشادي لوالديهم يساهم في

حثهم على التفاعل ومشاركة الأقران في الفصل، والقيام بإسهامات فعليه معهم داخل الفصل.

وأوضحت النتائج انخفاض السلوك الإنسحابي لهؤلاء المراهقين بشكل دال إحصائياً، وزيادة

إيجابياتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية واشتراكهم في الأنشطة المختلفة داخل الفصل إلى جانب قيامهم

بإجراء المناقشات مع أقرانهم، واستخدامهم لعدد من المهارات والمفاهيم المتعلمة في العديد من

المواقف الأخرى.

وفي سياق آخر قام فيلد وهوفمان Field & Hoffman (١٩٩٩م) بدراسة هدفا من خلالها

إلى: التعرف على مدى أهمية دور الأسرة في تطور تعبير المراهقين التوحديين عن اختياراتهم المستقبلية

وذلك من خلال تقديمها لبرنامج إرشادي أسري للأسرة يتناول كيفية التعامل مع هؤلاء

المراهقين، وكيفية التأثير عليهم وتحقيق التغيرات المنشودة في سلوكهم وتقليل السلوكيات غير المقبولة

اجتماعيا والوصول إلى درجة مقبولة من السلوك الاستقلالي، وأوضحت النتائج فعالية دور الأسرة

فقد أدت النتائج إلى تقليل من السلوك غير المقبول والوصول إلى سلوك استقلالي بشكل دال إحصائياً.

وفي دراسة قام بها كوجيل، كوجيل Koegel , Koegel (1999م) عنوان (فعالية العلاج السلوكي في تعليم الأطفال التوحديين الضبط الذاتي، للتقليل من الأنماط السلوكية النمطية التكرارية)، هدفت إلى تعليم الأطفال التوحديين استراتيجيات للتفاعلات الإيجابية، وتحسين فرص التعلم، عن طريق تصميم مرشد مفاهيمي وعملي للتدريس للأطفال التوحديين، بطريقة تزيد من تطوير إمكانياتهم. وتكونت عينة الدراسة من (٤) من المصابين بالتوحدية، وأربعة من الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أعمارهم ما بين (٤-٨) سنوات. أوضحت النتائج نقص معدل السلوك النمطي، واستمرار هذا النقص في المواقف الجديدة بعد انتهاء البرنامج.

وقام بيتر Peter (2001م) بدراسة بعنوان (العمليات ومردودها على الأطفال ذوي التوحد المستقبلي لتدخلات مكثفة بواسطة الآباء) وهدفت الدراسة إلى تحسن في النتائج بالنسبة للأطفال التوحديين الذين يستقبلون تدخلات مكثفة وناجحة من الأمهات. وتكونت عينة الدراسة من ٦٦ طفلاً محاطون بعناية ٢٥ مستشار. وأكدت نتائج الدراسة أن معدلات إنجازات الذكاء لم يطرأ عليها أي تغيير بينما وجد أن إنجازات السلوك التكيفي قد ازدادت بنسبة ٩، ٨ نقاط. ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ٧٢ شهراً لم يحققوا أي تقدم في الوظائف العادية. وقد وجد أيضاً أن ٦٠ طفلاً من أطفال العينة كان لديهم تقدم في العمر العقلي وذلك في الشهر

الخامس منذ إحاطتهم بالتدخل والعناية من الأم والمستشارين كما وجد أيضاً أن لديهم تقدم في السلوك التكيفي وذلك فيما بين الشهر السابع والتاسع وقد وجد أن هناك تقدم في اللغة وذلك في الشهر الخامس. وتؤكد هذه النتائج أن الرعاية الناجحة من الأمهات والمستشارين قد أدت إلى سلسلة من التقدم لم تحرزه البرامج العلاجية.

واهتمت دراسة ويز Weiss (2002) بالتعرف على المعدلات المختلفة لاكتساب المهارات ونتائج التدخل السلوكي المكثف المبكر مع الأطفال التوحديين، وتوضح الدراسة كيف أن التدخل السلوكي المكثف لصغار الأطفال التوحديين قد تزايد الاهتمام به من قبل العديد من الباحثين، ووثقوا نجاحاً ليس له مثيل في تعليم مجموعة الأطفال التوحديين، ورغم أنه ليس كل طفل يحقق مكاسب نموية ضخمة، إلا أنه من المفيد التعرف المبكر على هؤلاء الأطفال الذين سوف يستفيدون من هذه البرامج العلاجية ومن يحتاجون إلى تغييرات طفيفة في الشكل التعليمي أو في بؤرة المنهج الدراسي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً توحدي تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات تلقوا علاجاً سلوكياً مكثفاً مبكراً للاكتساب الأولي للمهارات ارتبطت بمعدلات تعلم لاحقة، واستمر التدريب على السلوك التكيفي لمدة سنة. وقد تم مناقشة النتائج على ضوء ما تحقق من فائدة لهؤلاء الأطفال، وأكدت الاحتياج العالمي للتدخل المكثف مع هذه الفئة من الأطفال.

وتناول سالت Salt (2003م) في دراسة بعنوان (برنامج المركز الاسكتلندي لعلاج الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة: مدخل نمائي للتدخل المبكر)، أعد المركز الاسكتلندي برنامجاً للتدخل

المبكر مع الأطفال الأوتيزم في مرحلة ما قبل المدرسة، ويهدف البرنامج: إلى تحسين مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي والنمو الانفعالي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلة من المصابين باضطراب التوحد في سن (٤-٧) سنوات، وطبق البرنامج بشكل فردي ومكثف بواسطة معالجين مدربين ومعلمين داخل المركز وبمساعدة الآباء بعد تدريبهم ويتضمن البرنامج استخدام التقليد وتبادل اللعب، وفتيات العلاج السلوكي أثناء النشاطات التي تقدم والمرونة في اللعب والتبادل الاجتماعي، وأكدت نتائج البرنامج على أهمية التدخل المبكر لعلاج مهارات الاتصال المختلفة مثل (اللغة-مشكلات السلوكية-الاضطرابات)، والتواصل الانفعالي، والتفاعل والاجتماعي مع الأطفال ذوي التوحد، وأن البرنامج يكون أكثر فعالية كلما تم التدخل المبكر.

كما هدفت دراسة تومانيك وآخرون (Tomanik et.al., 2004م) إلى: فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحدين وقلق الأم. وأشارت نتائج الدراسة إلى: أن ثلثي المشاركين كان لديهم قلق يرتفع بشكل واضح. كما أظهرت النتائج أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية كانت تفسر وتعلل حسب الاختلاف في قلق الأم أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم.

وقام كوجل (Kogel 2004م) عنه في أحمد (٢٠٠٩) بدراسة هدفت إلى تطبيق برنامج شامل على الأطفال ذوي الاضطراب التوحدي الطيفي وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) من الأطفال التوحديين، في أعمار (٣) سنوات. استخدم الباحثون تصميم شبه تجريبي لتحليل نتائج البرنامج

الشامل للأطفال التوحديين، ووجدوا تحسنا في السلوكيات الاجتماعية وسلوكيات اللعب والاتصال اللفظي.

وجاءت دراسة سيفين Sevin (2004م) بهدف التعرف على تأثير العلاج السلوكي المكتشف على جميع الوظائف المختلفة للطفل التوحدي، وكذلك معرفة السن المناسب لعلاج هؤلاء الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من (١٤) طفلا كمجموعة أولى تلقت العلاج السلوكي مستخدمة فنية النمذجة والتقليد والانتباه والتسلسل و(١٤) طفلا كمجموعة ثانية تلقت برنامج التربية الخاصة. وتم تطبيق البرنامج من خلال مدرسة الفصل لهؤلاء الأطفال لمدة (١٢) شهر، وأظهرت نتيجة الدراسة استفادة الأطفال التوحديين من البرنامج السلوكي. وأوضحت الدراسة أن أطفال المجموعة الأولى أكثر في تعبير (الضحك ، الحزن) ودرجة الذكاء العام واللغة والسلوك الكيفي والتفاعل الاجتماعي وبعض مهارات الحياة اليومية، وكذلك أكدت الدراسة على أهمية التدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال وذلك في سن السادسة والخامسة مع ضرورة برامج منزلية لهؤلاء الأطفال.

كما أشار سوجام وكاواي Sogam And Kawai (٢٠٠٤م) في دراستهما حول العلاج السلوكي للطفل التوحدي إلى التأكد من فاعلية العلاج سلوكي لطفل توحدي. وتكونت عينة الدراسة من طفل توحدي عمره (٦) سنوات، أكدت نتائج الدراسة على فعالية العلاج السلوكي

للأطفال المعاقين بصفة عامة والطفل التوحدي بصفة خاصة، وحل الصدمات لديهم عن طريق

تجسد التحرر من القيود الشكلية وتنمية السيطرة والتحكم في البواعث.

في حين كان تركيز ناثلي Nathaly (2005م) في دراسته عن طرق علاج التوحد إلى أن

أفضل الطرق لعلاج الاضطراب التوحدي، والمشاكل التي يتعرض لها المعالجون. أوضحت النتائج

إلى أن هناك أربع طرق علاجية حققت نتائج إيجابية دالة وهي (العلاج بالعمل - العلاج السلوكي

-العلاج بواسطة الأنشطة المصورة-العلاج بالعب).

وقام بيفينجتون وآخرون et.al., Buffington. (2005م) بدراسة بعنوان (مدى اكتساب

التعبيرات والإيماءات ومهارات التواصل عند الأطفال التوحديين)، ويهدف إلى معرفة مدى

اكتساب عينة الدراسة لمهارات التواصل من خلال برنامج سلوكي يعتمد على بعض الإيماءات

والإشارات، إضافة إلى التواصل الشفوي. و تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال توحدين تتراوح

أعمارهم من (٤-٦) سنوات، وطبق عليهم البرنامج السلوكي، إضافة إلى التواصل الشفوي،

وتدريبهم على ذلك تتابعا من خلال ثلاثة أنواع من الاستجابات (توجيه الانتباه-بعض

الإيماءات- السلوك الوصفي). أخذت فترة تطبيق البرنامج مدة (١٠) شهور بمعدل ثلاثة مرات في

الأسبوع للجلسات وأوضحت النتائج أن المفحوصين الأربعة قد اكتسبوا هذه المهارات من خلال

الفنيات الآتية (النمذجة -التعزيز-التلقين).

وتناول شاو Shaw (2006م) العلاج السلوكي للأطفال التوحديين مقارنة بين التدريب على المحاولة الخفية والتدريب على الاستجابة المحورية في تعليم مهارات اتخاذ المنظور الانفعالي. هدف البرنامج إلى تقييم طريقتين للعلاج السلوكي في تحسين مهارات اتخاذ المنظور الانفعالي للطفل التوحدي في عمر مبكر من (4-6) سنوات. حيث تمت المقارنة بين التدريب على المحاولة الخفية والتدريب على الاستجابة المحورية من حيث فعالية العلاج، والتحسن الكلي، ومعدل اكتساب المهارات ومقدار تعميم المهارات ومقدار الحفاظ عليها ولتعليم انفعال الحزن والسرور. وتكونت عينة الدراسة من (4) أطفال كمجموعة أولى تلقت التدريب على (المحاولة الخفية) و(4) أطفال كمجموعة ثانية تلقت التدريب على (الاستجابة المحورية) وتم تطبيق البرنامج من خلال مدرسة الفصل لهؤلاء الأطفال لمدة (9) أشهر. وأكدت النتائج أن الأطفال التوحديين يمكنهم تعلم مهارات اتخاذ المنظور الانفعالي بكلتا الطريقتين. وكان للتدريب على المحاولة الخفية تأثيراً أكبر على اكتساب المهارة، أما التدريب على الاستجابة المحورية فقد كان له تأثير على تعميم المهارة والحفاظ عليها. وتوصي الدراسة بتدريب الأطفال التوحديين على الاستجابات الانفعالية المختلفة باستخدام العلاج السلوكي، وباستخدام الأنشطة المصورة.

وفي دراسة لبونش Bunch (2007) حول تعليم المشرفين والمعلمين كيفية تقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال التوحديين والأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية وأشارت نتائج الدراسة أن الآباء و المشرفين والمعلمين يمكن أن يكون لهم مصدراً فعالاً لتقديم العلاج السلوكي

المبكر للأطفال التوحديين، والأطفال المصابين بالاضطرابات النمائية، حيث تم تعليم الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية مثل (الابتسامة، الضحك، البكاء) من خلال البرنامج السلوكي.

وفي دراسة كلوبتن وآخرون (Clopton et.al., 2009م) في أحمد، (٢٠٠٩) التي هدفت إلى بحث مدى تأثير الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد على العلاقات الزوجية. حاول الباحثون الإجابة على التساؤل التالي: ما الوقت الإضافي والجهد المطلوب من الأسرة؟ قارن الباحثون ٢٥ زوج وزوجة من الذين لديهم أطفال مصابين باضطرابات طيف التوحد (ASD) ب ٢٠ زوج وزوجة ليس لديهم أطفال مصابين باضطرابات نمائية. المقارنات عاجلت كل من متغيرات مشاكل سلوك الطفل child's behavior problems ورضا العلاقات relationship satisfaction (بين الزوجين). وأشارت النتائج إلى أن آباء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد واجهوا مشاكل مع سلوك أطفالهم أكثر حدّة، وإجهاد والدي أعظم، ورضا علاقات منخفضة. على النقيض من ذلك، مجموعات الأزواج لم يختلفوا حول الدعم الزوجي المتضامن، والاحترام بين الشريكين، والالتزام.

٢-٥ تعقيب على الدراسات السابقة:

(١) تتفق نتائج الدراسات السابقة التي عملت على تدريب الوالدين في سبيل تقديم المساعدة لطفلهم التوحدي بغرض مساعدتهم على معالجة بعض جوانب القصور المختلفة لدى الطفل

على أن هذا التدريب له دور فعال وإيجابي حيث أدى إلى تحقيق الهدف منه مثل دراسة درازين وكوجل (١٩٩٥)؛ ودراسة عبد القادر (١٩٩٧)؛ ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩)؛ ودراسة فولرتون وكوايني Fullerton & Coyne (١٩٩٩م)؛ وفيلد وهوفمان Field&hoffman (١٩٩٩م)؛ ودراسة وقام بيتر Bibby, Peter (2001م)؛ ودراسة عبدالله (٢٠٠١م)؛ ودراسة إبراهيم (٢٠٠٢م)؛ و سيفين sevin (2004م)؛ ودراسة لبونش Bunch (2007م).

(٢) تظهر الدراسات السابقة أن التدخلات الإرشادية التي تقدمها الأسرة لطفلها تعمل على تدعيم دور المعالج النفسي مثل دراسة فولرتون وكوايني Fullerton & Coyne (١٩٩٩)؛ ودراسة سالت Salt (2003م)

(٣) يتضح من الدراسات السابقة أن هناك شبه اتفاق وإجماع بين نتائج تلك الدراسات علي وجود أثر إيجابي علي فعالية العلاج السلوكي في تنمية المهارات المختلفة لدي الأطفال التوحديين في سن مبكر مثل دراسة الشمري (٢٠٠٠م)؛ سالت Salt (2003م)؛ ودراسة ويز Weiss (2002م)؛ ودراسة كوجل Kogel (2004م)؛ ودراسة سيفين Sevin (2004م)؛ ودراسة سوجام وكاواي Sogam And Kawa (٢٠٠٤م)؛ ودراسة ناثلي Nathaly (٢٠٠٥م) وشاو Shaw (2006م) ودراسة لبونش Bunch (2007م).

٤) نتائج الدراسات تؤكد على فعالية الإرشاد الأسري في معالجة جوانب القصور لدى أطفالهم

التوحيدين وبالتالي زيادة مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية مثل دراسة أندروز Andrews

(١٩٩٣م)؛ ودراسة درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥م)؛ ودراسة بال Ball

(1996م)؛ ودراسة بدر (١٩٩٧م)؛ ودراسة معمور (١٩٩٧م)؛ ودراسة عبد الغفار

(١٩٩٩م)؛ ودراسة رويلرز Roeyers (1999م) ودراسة فولرتون وكوايني Fullerton

& Coyne (١٩٩٩)؛ وعبد الله (٢٠٠١م)؛ ودراسة عبد الله (٢٠٠٢م)؛ ودراسة سالت

Salt (2003م)؛ ودراسة البربري (٢٠٠٤م).

٥) ويتضح من الدراسات السابقة أن البرامج الإرشادية أظهرت تفاعل أفضل للآباء والأمهات

مع أطفالهم مثل دراسة عبد القادر (١٩٩٧م)؛ ودراسة إبراهيم (٢٠٠٢م)؛ ودراسة أبو غزالة

(٢٠٠٤م)؛ ودراسة ماضي (٢٠٠٦م).

٦) ضرورة التدخل باستخدام لخدمات الوقائية والإرشادية التي تقدم للأسرة كاملة مثل دراسة

درازين وكوجل (١٩٩٥م)؛ ودراسة عبد القادر (١٩٩٧م)؛ ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩م)؛

ودراسة فولرتون وكوايني Fullerton & Coyne (١٩٩٩م)؛ ودراسة عبد الله (٢٠٠١م)؛

وسيفين Sevin (2004م)؛ ودراسة البربري (٢٠٠٤م).

٧) وتتفق الدراسات السابقة على أن هذه البرامج الإرشادية والسلوكية ساعدت في تحسين الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء ذوي التوحد مثل دراسة إبراهيم (٢٠٠٢م)؛ ودراسة ماضي (٢٠٠٦م).

٨) وأيضاً أشارت بعض نتائج الدراسات على أهمية التدخل المبكر مع الأطفال التوحديين حتى يسهل العلاج، وتنمية المهارات المختلفة للطفل التوحدي عن طريق الوالدين مثل: التواصل اللفظي وغير اللفظي، وكذلك تنمية التعبيرات الانفعالية وتنمية المهارات الاستقلالية مثل دراسة أندروز Andrews (١٩٩٣م) ؛ ودراسة بدر (١٩٩٧م)؛ ودراسة رويلرز Roeyers (1999م) ؛ وأمين (٢٠٠١م)؛ ودراسة وقام بيتر Bibby, Peter (2001م) ودراسة إبراهيم (٢٠٠٢م)؛ ودراسة سالت Salt (2003م) ؛ ودراسة شوقي (٢٠٠٤م)؛ ودراسة يفينجتون Buffington (2005م) ؛ ودراسة نيازك (٢٠٠٨م).

٩) وأشارت نتائج الدراسات أن هناك علاقة إرتباطية بين إصابة أحد أفراد الأسرة بالاضطراب التوحدي وبين حدوث ما يسمى بالضغوط الوالدية وحدثت مشاكل بين الزوجين مثل دراسة عبد القادر (١٩٩٧م)؛ ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤م)؛ ودراسة كلوبتن Clopton (2009م).

١٠) وأشارت النتائج أن المشكلات النفسية لأطفال التوحد تختلف عن المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال العاديين مثل دراسة ماهر (٢٠٠٥م).

١١) السلوكيات التي يظهرها أطفال التوحد تسبب القلق لأم الطفل مثل دراسة تومانيك Tomanik Stacey (2004م).

١٢) وأشارت النتائج إلى فاعلية البرامج الإرشادية المعرفية المقدمة لأمهات وآباء الأطفال التوحديين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم التوحديين مثل دراسة ماضي (٢٠٠٦م).

١٣) تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة أنها سوف تقدم برنامج مقدم للأسرة في أربع من جوانب القصور لدى الطفل التوحدي.

٢-٦ فروض الدراسة:

وبناء على الدراسات السابقة وفي ضوء التساؤلات التي تطرحها الدراسة الحالية يمكن صياغة الفروض التالية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الوالدين له.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل البرنامج.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد البرنامج.

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

- ٣- ١ منهج الدراسة.
- ٣- ٢ مجتمع الدراسة والعينة
- ٣- ٣ أدوات الدراسة
- ٣- ٤ الدراسة الاستطلاعية.
- ٣- ٥ إجراءات التطبيق
- ٣- ٦ الأساليب الإحصائية
- ٣- ٧ البرنامج الإرشادي المقترح لأسرة الطفل التوحدي

الفصل الثالث

منهج الدراسة وإجراءاتها

٣-١ منهج الدراسة:

قامت الباحثة باستخدام المنهج شبه التجريبي باستخدام العلاقة بين المتغيرات ، المتغير المستقل (البرنامج المقترح) والمتغير التابع (المهارات الحياتية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي) واعتمدت الدراسة علي القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث.

٣-٢ مجتمع الدراسة والعينة:

٣-٢-١ مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أسر الأطفال التوحيديين الذين يتلقون العلاج في مراكز التوحد في مدينة الرياض والذين سبق تشخيصهم باستخدام المقاييس المناسبة لتشخيص التوحد والبالغ عددهم حسب إحصائيات الدورة التي أعتها الجمعية السعودية للتوحد في مدينة الملك فهد الطبية في الرياض في مايو ٢٠١٠م مائة ألف طفل.

٣-٢-٢ عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٥ أسر لأطفال توحيدين من فئة التوحد البسيط وتتراوح أعمار أطفالهم بين ٣-٩ سنوات كما أن جميعهم ينتمون إلى مستوى اقتصادي واجتماعي وتعليمي متوسط. ويتم اختيار العينة عشوائيا من مجتمع الدراسة وسيتم تطبيق البرنامج على أسر أطفال التوحد المتكونة من الوالدين (الأم - الأب).

٣-٣ أدوات الدراسة:

٣-٣-١ وصف الأدوات:

١- استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة تحتوي استمارة البيانات الأولية على عدد من البيانات العامة حيث تشتمل على (المستوى الاقتصادي، والاجتماعي، والتعليمي) لأفراد العينة.

٢- استبيان تقدير سلوك الطفل التوحيدي.

مقياس الخصائص السلوكية من إعداد الباحثة.

٣-٤ الدراسة الاستطلاعية-

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية لهدف التحقق من قائمة الخصائص السيكمومترية لأدوات الدراسة، حيث تم بناء أدوات الدراسة الحالية والتحقق من خصائصها السيكمومترية بعد تطبيقها على عينة استطلاعية من أسر أطفال التوحد بمنطقة الرياض، من العام الدراسي ١٤٣١/١٤٣٢ هـ. وبلغ عدد أفراد العينة الاستطلاعية (١٠٠) أسرة، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٣-١)

أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية لأدوات الدراسة، وتوزيعهم على حسب جنس الوالدين وعددهم

أمهات	آباء	جنس الوالدين
٥٠	٥٠	العدد
١٠٠		المجموع الكلي

وتستعرض الباحثة فيما يلي إجراءات ونتائج الدراسة الاستطلاعية.

٣-٤-١ : استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي:

خطوات إعداد استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي:

١- الهدف من الاستبيان:

يهدف هذا الاستبيان إلى الكشف عن الخصائص السلوكية للطفل التوحدي ومدى المهارات التي يملكها الطفل والتي ترغب الباحثة بتنميتها، ومدى معرفة الوالدين (الأم - الأب) عن القدرات والمهارات التي يملكها طفلهم التوحدي.

٢- تحديد عبارات الاستبيان:

تم الاعتماد في تحديد عبارات الاستبيان على البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي، ونظراً لأن الدراسة تعتمد على هذا البرنامج فقد ركزت الباحثة على المهارات التي تناولتها في البرنامج مستفيدة من الدراسات التي تناولتها في هذه الدراسة، ومن تلك الدراسات: دراسة عبد

الغفار(١٩٩٩م) ؛ ودراسة فولترون وكوايني(١٩٩٩م) Fullerton & Coyne ؛ ودراسة فيلد
وهوفمان(١٩٩٩م) Field&Hoffman ؛ ودراسة بيتر(٢٠٠١م) Peter ؛ عبد الله (٢٠٠١م) ؛
ودراسة إبراهيم (٢٠٠٢م) ؛ ودراسة ماضي(٢٠٠٦م).

كما استفادت الباحثة من مقياس المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد لعمر (٢٠١٠م)،
ومقياس المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين لزهراي (٢٠٠٦م)، في الاسترشاد بصياغة بعض
فقرات المقياس الحالي.

ووفقا لما سبق فقد قامت الباحثة بتوصيف للخصائص السلوكية للطفل التوحدي وفق
البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي من إعداد الباحثة، ويوضح الجدول (٣-٢) التعريفات الإجرائية
للمهارات المستخدمة التي يتضمنها استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي.

جدول (٣-٢)

التعريفات الإجرائية للمهارات المستخدمة التي يتضمنها استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي

م	البعد	الوصف الإجرائي للبعد
١.	تنمية المثيرات البصرية	تمثل تنظيم المثيرات الحسية عن طريق لفت انتباه الطفل وقدرته على تركيز حواسه في مثير خارجي (شيء - شخص - موقف)
٢.	التفاعل الاجتماعي	يمثل وسيلة اتصال وتفاهم وعلاقة بين (الطفل وأسرته ، الطفل والغرباء - الطفل ومن في عمره من الأطفال)
٣.	الاتجاهات العاطفية	هو الاتجاه الذي يضع مسألة العاطفة في درجة كبيرة من الأهمية حيث يستطيع الطفل التوحدي أن يجد مصدرا لهذه العاطفة ويعبر عنها
٤.	المهارات الاستقلالية	يقصد بها مهارات الحياة اليومية مثل مهارات تناول الطعام والشراب واستخدام دورة المياه والنظافة الشخصية والاستحمام والاهتمام بالمظهر العام.
٥.	تنمية العضلات الكبيرة والصغيرة	هي عبارة عن تمارين وحركات بدنية للتحكم بالعضلات الكبيرة والصغيرة مثل عضلات الأصابع و عضلات اليدين والرجلين.
٦.	السلوك الروتيني	هو مجموعة من السلوكيات الروتينية تتمثل في تكرار الطفل لنشاطات يومية من نوع واحد ومقاومة التغيير لهذه السلوكيات
٧.	الأفكار السلبية لدى أسرة الطفل التوحدي	هي مجموعة من الأفكار الخاطئة التي تتسم بالتشاؤم في رؤية الأشياء والمبالغة في تقييم الظروف والمواقف

وبناء على ما سبق من خطوات، تم إعداد الصورة المبدئية لاستبيان الخصائص السلوكية

للطفل التوحدي في ضوء البرنامج المقترح.

تم عرض الصورة المبدئية للاستبيان على (١٥) أستاذا جامعياً من المتخصصين في علم النفس والتربية الخاصة، واستجاب منهم (١١ محكماً)؛ وذلك بهدف إبداء الرأي في عباراته ومدى مناسبة كل منها للخصائص السلوكية التي تقيسها. تم تعديل عبارات الاستبيان بناء على آراء السادة المحكمين، وقد صيغت الفقرات في صورة عبارات تقريرية، وأمام كل عبارة خمس استجابات هي: بدرجة كبيرة جداً - بدرجة كبيرة - بدرجة متوسطة - بدرجة قليلة - لا يحدث مطلقاً، وقد صيغت الاستجابات بهذا الشكل مراعاة لعينة الدراسة المكونة من أسر أطفال التوحد؛ حيث تكون أقرب للفهم من التوزيع السباعي للاستجابات، كما جاء في مقياس عمر (٢٠١٠م)، ومقياس الزهراني (٢٠٠٦م). ويطلب من الأسر المكونة من (الأم - الأب) اختيار أحد خيارات الإجابة فقط.

٣-٤-٢ الخصائص السيكومترية لاستبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي:-

أولاً: صدق الاستبيان:- Validity

تم تعين صدق استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي كالتالي:

أ- صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي على مجموعة من المحكمين وذلك للتأكد من أن العبارات الموضوعية تعبر عن أبعاد هذا المقياس، ومن سلامة العبارات ووضوح الصياغة، وقد كان الاستبيان في صورته المبدئية مكون من (٥٦) عبارة. وبعد

إجراء التعديلات المقترحة أصبح في صورته الثانية يتكون من (٥٢) عبارة، حيث تم حذف (أي عبارة) لم تصل نسبة اتفاق المحكمين على مناسبتها إلى أقل من ٩٠% (٧ من ٨ محكمين)، تم الحكم عليها بأنها غير مناسبة، أو ذات فكرة متكررة في فقرات أخرى، ويعرض الملحق رقم (٢) للاستبيان موضحا نسب اتفاق المحكمين على العبارات، كما يعرض الملحق (٣) الاستبيان في صورته التي تم تطبيقه على العينة الاستطلاعية بعد تعديله حسب آراء المحكمين.

ب- صدق الاتساق الداخلي:

تم التأكد من صدق التجانس الداخلي لاستبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي عن طريق ما يلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي باستخدام معادلة بيرسون عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للاستبيان وهو ما يتضح من خلال الجدول (٣-٢) وقد وجدت الباحثة (٤ فقرات) لم تكن مرتبطة بشكل دال بالدرجة الكلية، وبناء على هذه الخطوة تم استبعاد هذه العبارات من المقياس في صورته النهائية.

جدول (٣-٣)

معاملات ارتباط عبارات استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي مع الدرجة الكلية

العبرة	الارتباط	الدلالة	العبرة	الارتباط	الدلالة	العبرة	الارتباط	الدلالة
١	٠,٧٣	٠,٠١	٢١	٠,٨٨	٠,٠١	٤١	٠,٥٥	٠,٠١
٢	٠,٦٩	٠,٠١	٢٢	٠,٧٧	٠,٠١	٤٢	٠,٤٩	٠,٠١
٣	٠,٤٩	٠,٠١	٢٣	٠,٦٩	٠,٠١	٤٣	٠,٧٣	٠,٠١
٤	٠,٦٠	٠,٠١	٢٤	٠,٥١	٠,٠١	٤٤	٠,٦٩	٠,٠١
٥	٠,٥٩	٠,٠١	٢٥	٠,٨٦	٠,٠١	٤٥	٠,٤٩	٠,٠١
٦	٠,٥٨	٠,٠١	٢٦	٠,٤٨	٠,٠١	٤٦	٠,٦٠	٠,٠١
٧	٠,٤٨	٠,٠١	٢٧	٠,٦٩	٠,٠١	٤٧	٠,٥٩	٠,٠١
٨	٠,٥٧	٠,٠١	٢٨	٠,٧٣	٠,٠١	٤٨	٠,٥٥	٠,٠١
٩	٠,٢٧	غير دالة	٢٩	٠,٦٩	٠,٠١	٤٩	٠,٥١	٠,٠١
١٠	٠,٥٥	٠,٠١	٣٠	٠,٤٩	٠,٠١	٥٠	٠,٦٣	٠,٠١
١١	٠,٥١	٠,٠١	٣١	٠,٦٠	٠,٠١	٥١	٠,٤٣	٠,٠١
١٢	٠,٦٣	٠,٠١	٣٢	٠,٥٩	٠,٠١	٥٢	٠,٤٨	٠,٠١
١٣	٠,٤٣	٠,٠١	٣٣	٠,٥٨	٠,٠١	٥٣	٠,٤٣	٠,٠١
١٤	٠,٤٨	٠,٠١	٣٤	٠,٤٨	٠,٠١	٥٤	٠,٦١	٠,٠١
١٥	٠,٢٢	غير دالة	٣٥	٠,٥٧	٠,٠١	٥٥	٠,٦٢	٠,٠١
١٦	٠,٢٧	غير دالة	٣٦	٠,٧٨	٠,٠١	٥٦	٠,٠١	٠,٠١
١٧	٠,٤٥	٠,٠١	٣٧	٠,٩٢	٠,٠١			
١٨	٠,٦١	٠,٠١	٣٨	٠,٧٢	٠,٠١			
١٩	٠,٦٢	٠,٠١	٣٩	٠,٢٨	غير دالة			
٢٠	٠,٦٦	٠,٠١	٤٠	٠,٥٤	٠,٠١			

*دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١

ثانيا: حساب ثبات الاستبيان:-

تم التأكد من ثبات الاستبيان عن طريق ما يلي:

١- الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار:

قامت الباحثة بتطبيق الاستبيان على عينه قوامها (١٠٠) من أمهات وآباء الأطفال التوحديين، ثم تم إعادة التطبيق على نفس العينة بعد أسبوعين من تاريخ التطبيق في المرة الأولى، وقامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين الاستجابات في المرة الأولى والاستجابات في المرة الثانية وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول (٣-٣)

جدول (٣-٤)

يوضح معامل الارتباط بطريقة إعادة تطبيق الاستبيان

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	المرة الثانية		المرة الأولى	
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط
داله عند المستوى ٠.٠١	٠.٨٢	٢٠٦	١٢٠٢	٢٠٢	١١٠٧٤

*دالة عند مستوى دلالة ٠.٠١

ومن الجدول (٣٣) يتضح أن هناك ارتباطا قويا بين استجابات العينة في التطبيق الأول للاستبيان وبين استجاباتهم في التطبيق الثاني للاستبيان حيث بلغ معامل الارتباط (٠,٨٢) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ مما يعطى الثقة في ثبات الاستبيان.

٢- الثبات بطريقه التجزئة النصفية:

تم تقسيم فقرات الاستبيان إلى قسمين (فردى و زوجي) وتم حساب معامل الارتباط بين نصفى الاستبيان بعد التطبيق على عينة قوامها (١٠٠) من الآباء والأمهات للأطفال التوحديين.

جدول (٥-٣)

يوضح معامل الارتباط بين نصفى الاستبيان (فردى ، زوجي)

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	المرّة الثانية		المرّة الأولى	
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط
داله عند المستوى ٠,٠١	٠,٧٩	٢,٢٧	١١,٤٩	٢,٤٦	١١,٤٨

*دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.

ومن الجدول (٤-٣) يتضح أن معامل الارتباط بين نصفى الاختيار (فردى ، زوجي) بلغت قيمته (٠,٧٥) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ مما يزيد الثقة في ثبات الاستبيان وصلاحيته للاستخدام بالدراسة الحالية.

ثالثاً: التعليمات وطريقة الإجابة: -

لقد راعت الباحثة عند صياغتها لعبارات الاستبيان أن تكون سليمة من الناحية اللغوية، وأن تكون قصيرة ومباشرة قدر الإمكان، وقد قامت الباحثة بتوضيح الهدف من الاستبيان لأفراد العينة بشكل مبسط، مع التأكيد على أنه لا يوجد زمن محدد للإجابة، مع مراعاة عدم ترك أي فقرة دون إجابة. كما طلبت الباحثة من أفراد العينة قراءة كل عبارة قراءة دقيقة وتحديد مدى انطباقها على طفلهم التوحيدي. فإذا انطبقت العبارة تماماً على الطفل التوحيدي توضع علامة (√) في عمود (بدرجة كبيرة جداً)، وإذا انطبقت العبارة بشكل أقل نسبة على الطفل التوحيدي توضع علامة (√) في عمود (بدرجة كبيرة)، وإذا انطبقت العبارة بشكل متوسط على الطفل التوحيدي توضع علامة (√) في عمود (بدرجة متوسطة)، وإذا انطبقت العبارة بشكل قليل على الطفل التوحيدي توضع علامة (√) في عمود (بدرجة قليلة)، وإذا لم تنطبق العبارة تماماً على الطفل التوحيدي توضع علامة (√) في عمود (لا يحدث مطلقاً).

رابعاً: طريقة تصحيح الاستبيان: -

أ- يحصل المفحوص على خمس درجات إلى درجة واحدة كما في جدول (٣-٥) كالتالي:

جدول (٣-٦)

يوضح طريقة تصحيح الاستبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جدا	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	لا يحدث مطلقا
١.	يتحاشى النظر إلى من حوله من الأفراد	٥	٤	٣	٢	١
٢.	يتواصل بصريا مع الآخرين	١	٢	٣	٤	٥
٣.	ينتبه لمن يناديه باسمه	٥	٤	٣	٢	١
٤.	ينتبه للمهمة التي تعطى له بشكل جيد	١	٢	٣	٤	٥
٥.	يستطيع تتبع المثيرات البصرية	١	٢	٣	٤	٥
٦.	ينتبه لمثيرات أخرى غير المهارة المراد تعليمه إيها	٥	٤	٣	٢	١
٧.	يصعب جذب انتباهه إلى المهمة المراد تعلمها	٥	٤	٣	٢	١
٨.	يعاني من القصور في التفاعل مع الآخرين	٥	٤	٣	٢	١
٩.	يتجنب اللعب والاقتراب من الأطفال في نفس عمره	٥	٤	٣	٢	١
١٠.	يهتم بوجود الآخرين	١	٢	٣	٤	٥
١١.	قادر على التفاعل مع القائمين برعايته	١	٢	٣	٤	٥
١٢.	يفضل الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية	٥	٤	٣	٢	١
١٣.	يجد صعوبة في الاختلاط بالآخرين	٥	٤	٣	٢	١
١٤.	يجب الجلوس بمفرده لفترات طويلة	٥	٤	٣	٢	١

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جدا	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	لا يحدث مطلقا
١٥.	يهتم بالأشياء أكثر من اهتمامه بالأفراد	٥	٤	٣	٢	١
١٦.	يعبر وجدانيا عن مشاركته للآخرين	١	٢	٣	٤	٥
١٧.	قادر على إظهار عواطفه أو انفعالاته تجاه الآخرين أو التعبير عنها	١	٢	٣	٤	٥
١٨.	قادر على أن يتعلق ويظهر الحب للأفراد من خارج أسرته	١	٢	٣	٤	٥
١٩.	قادر على أن يتعلق بأبويه أو بالأُم فقط	١	٢	٣	٤	٥
٢٠.ق	يجب الاحتضان والتقبيل من الآخرين	١	٢	٣	٤	٥
٢١.	يستطيع ارتداء الملابس الداخلية بنفسه	١	٢	٣	٤	٥
٢٢.	يستطيع خلع الملابس الداخلية بنفسه	١	٢	٣	٤	٥
٢٣.	يستطيع ارتداء ملابسه الخارجية (بنطلون - ثوب - قميص) بنفسه	١	٢	٣	٤	٥
٢٤.	يستطيع خلع ملابسه الخارجية (بنطلون - ثوب - قميص) بنفسه	١	٢	٣	٤	٥
٢٥.	يستطيع غسل وجهه ويديه دون مساعدة من الآخرين	١	٢	٣	٤	٥
٢٦.	يستطيع تنشيف وجهه ويديه دون مساعدة من الآخرين	١	٢	٣	٤	٥

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جدا	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	لا يحدث مطلقا
٢٧.	يستطيع رمي الكرة المطاطية الكبيرة	١	٢	٣	٤	٥
٢٨.	يستطيع الجري	١	٢	٣	٤	٥
٢٩.	يستطيع صعود السلم	١	٢	٣	٤	٥
٣٠.	يستطيع رمي الكرة المطاطية الصغيرة	١	٢	٣	٤	٥
٣١.	يستطيع إدخال الخرز داخل الخيط	١	٢	٣	٤	٥
٣٢.	لديه القدرة على عمل أشكال من الصلصال	١	٢	٣	٤	٥
٣٣.	يقبل التغيير في الروتين اليومي	١	٢	٣	٤	٥
٣٤.	يقوم برفع الصوت والصرخ والبكاء نتيجة للتغيير البيئي المفاجئ	٥	٤	٣	٢	١
٣٥.	يكرر أنماط اللعب الحركية بشكل آلي	٥	٤	٣	٢	١
٣٦.	يقوم بالهروب من الموقف نتيجة لتغيير الروتين	٥	٤	٣	٢	١
٣٧.	يكرر الأنشطة بلا هدف	٥	٤	٣	٢	١
٣٨.	أشعر أن ابني غير قادر على أداء أي مهمة يكلف بها	٥	٤	٣	٢	١
٣٩.	أعتقد أن ابني لا يمتلك القدرة على القيام بأي شيء	٥	٤	٣	٢	١
٤٠.	أرى أنه لا فائدة من تدريب ابني على السلوك الايجابي	٥	٤	٣	٢	١
٤١.	أشعر أن ابني لا يدرك ما يدور حوله	٥	٤	٣	٢	١

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جدا	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	لا يحدث مطلقا
٤٢.	أعتقد أن أبني لا يفهم الكلام الموجه له	٥	٤	٣	٢	١
٤٣.	أعتقد أن أبني ليس له مستقبل	٥	٤	٣	٢	١
٤٤.	باعتقادي أن أبني لا يمكنه الوصول في العلم إلى درجات عليا	٥	٤	٣	٢	١
٤٥.	أرى أنه لا يمكنه الزواج وإنجاب الأطفال	٥	٤	٣	٢	١
٤٦.	أعتقد أنه مجنون	٥	٤	٣	٢	١
٤٧.	أجد أنه من الصعب التعامل معه	٥	٤	٣	٢	١
٤٨.	تخرجني نظرة المجتمع الخارج المحيط لأبني	٥	٤	٣	٢	١
٤٩.	يمكن لأبني إيذاء نفسه	٥	٤	٣	٢	١
٥٠.	لدي الخوف من إنجاب أطفال آخرين بعده.	٥	٤	٣	٢	١
٥١.	أعتقد أنني السبب في إنجاب طفل توحدي	٥	٤	٣	٢	١
٥٢.	قد يؤثر وجود طفل توحدي على علاقتي بشريك حياتي	٥	٤	٣	٢	١

خامسا: الزمن المستغرق لتطبيق الاستبيان:

تم حساب الزمن المستغرق لتطبيق الاستبيان من بداية التطبيق وحتى انتهاء آخر أسرة بين

الساعة (٣ عصرا و ٨ مساء).

وفيما يلي توضيح للخصائص السلوكية للطفل التوحدي كما هي عليه في الاستبيان في

صورته النهائية وعدد مفرداتها وأرقامها:

جدول (٧-٣)

استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي في صورته النهائية وعدد مفرداتها وأرقامها

أرقام العبارات	المهارة
٧-٦-٥-٤-٣-٢-١	التواصل البصري وتنمية المثيرات البصرية
١٥-١٤-١٣-١٢-١١-١٠-٩-٨	التفاعل الاجتماعي
٢٠-١٩-١٨-١٧-١٦	الاتجاهات العاطفية
٢٦-٢٥-٢٤-٢٣-٢٢- ٢١	المهارات الاستقلالية والعناية بالذات
٣٢-٣١-٣٠-٢٩-٢٨-٢٧	تنمية العضلات الكبيرة والصغيرة
٣٧- ٣٦-٣٥-٣٤-٣٣	السلوك الروتيني
-٤٧-٤٦-٤٥-٤٤-٤٣-٤٢-٤١-٤٠-٣٩-٣٨	الأفكار السلبية
٥٢-٥١-٥٠-٤٩-٤٨	

٥-٣ إجراءات التطبيق:

قامت الباحثة في هذه الدراسة بعض الخطوات الإجرائية وذلك للإجابة عن التساؤلات

الرئيسية المتعلقة بمتغيرات الدراسة:

١- استخراج خطابات رسمية من الجامعة لتسهل مهمة الباحثة للجهات المعنية المتمثلة في مراكز

التوحد.

٢- دراسة نظرية: استهدفت عرض الإطار النظري، مع الاستعانة بالدراسات السابقة التي

استندت عليها موضوع الدراسة والتي ساهمت في إمكانية تصميم البرنامج المقترح.

٣- تصميم البرنامج: ومر هذا الإجراء بالخطوات التالية:

أ- تحديد الأهداف العامة للبرنامج المقترح

ب- تحديد المهارات المطلوب تنميتها لدى أسرة أطفال التوحد.

ج- تحديد أهداف المهارات.

د- بناء أدوات القياس القبلي ويتمثل في: استمارة بيانات أولية - استمارة الخصائص

السلوكية للطفل التوحدي.

هـ- تقويم البرنامج، وذلك باستخدام أدوات القياس القبلي والبعدي.

٤- تنفيذ تجربة الدراسة ويتضمن:

- تحديد الهدف من الدراسة.

- تحديد متغيرات الدراسة.

- تحديد عينة الدراسة وضبطها.

- الإعداد للتجربة.

- تنفيذ إجراءات الدراسة

٥- إعداد وتجهيز الاختبارات والمقاييس في صورة كتيب يضم كل المقاييس المستخدمة وذلك

لتيسير عملية جمع البيانات ولخفض فرص فقد البيانات أو جزء منها.

٦- اختيار عينة الدراسة الأساسية ، بالطريقة المذكورة سابقا وتطبيق المقاييس عليها.

٧- إعداد كتيب توضيحي يقدم لأسرة أطفال التوحد يوضح كيفية الجلسات الإرشادية السلوكية

المعرفية التي تقدم لهم.

٨- إعداد جدول الأنشطة اليومية ويقدم لأسرة الطفل التوحد لتحديد الأنشطة والمهارات التي

سيتم تدريب الطفل عليها.

٩- إعداد جدول لتحديد الأفكار السلبية الموجودة لدى الوالدين بسبب إعاقة طفلهما.

١٠- توفير المهارات اللازمة لتدريب الأسرة عليها.

١١- تطبيق أدوات الدراسة.

١٢- إجراءات المعالجة الإحصائية اللازمة.

٣-٦ الأساليب الإحصائية-

إجراء اختبار قبلي وبعدي للمجموعة.

لتحديد الفروق بين القياسين القبلي والبعدي سيتم استخدام أسلوب اختبار - مان وتني Mann-

.Whitney U test

٣-٧ البرنامج الإرشادي المقترح لأسرة الطفل التوحدي:-

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي تتضمن إجراءات إرشادية وتأهيلية خاصة برعاية الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وتحديدًا تلك الإجراءات الإرشادية التي تأخذ في اعتبارها إرشاد وتدريب الأسر، تم تصميم البرنامج الحالي.

تقوم معظم البرامج الإرشادية الخاصة بالتوحد على جوانب معرفية Cognitive وأخرى سلوكية Behavioral بحيث يتم العمل على تعديل الأفكار والمعارف الخاطئة لدى الأسرة والمتعلقة باضطراب التوحد. ثم يُعمد بعد ذلك إلى إعداد الأسرة لتدريب طفلها التوحدي على مهارات رعاية الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي (Matson et. al., 2009)، وغير ذلك من المهارات التي بإمكان الأسرة القيام بها والتي لها دور في تحسين مهارة الطفل التوحدي.

وأظهرت نتائج هذه الدراسات بعد تطبيقها على أهالي أطفال التوحد انخفاضًا في درجة الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي وانخفاض درجة الأطفال التوحدين فيما يتعلق بالانفعالات السلبية، واضطراب التفاعل الاجتماعي والعزلة العاطفية والمشكلات السلوكية. كما أشارت نتائج الدراسات التي قامت على مشاركة الوالدين في البرامج العلاجية، إلى وجود تفاعل أفضل بين الوالدين وطفلها التوحدي وتواصل غير لفظي أفضل لدى الأطفال، واكتساب الطفل لبعض المهارات الاجتماعية، ورعاية الذات والمهارات الحسية والحركية. كذلك ظهر أن العامل النفسي وزيادة الألفة بين الأبوين والطفل التوحدي هو أساس العلاج الناجح (Gal et. al., 2009).

يتضمن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي شقين: **الشق الأول** خاص بوالدي الطفل التوحدي، ويهدف إلى تعديل الأفكار والمعارف المتعلقة بالاضطراب التوحدي والطفل المصاب، وأساليب التعامل معه وكيف يمكن مشاركتهم عالمهم والتعرض للمهارات وللمشكلات الخاصة به، وكيفية مواجهة الاضطراب في السلوك وتدريب هؤلاء الأطفال على مهارات رعاية الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي وتدريب الوالدين على أساليب التعامل مع الطفل.

أما **الشق الثاني** من البرنامج فهو خاص بالطفل التوحدي، فنظراً إلى أن كل طفل من الأطفال المصابين هو حالة فردية خاصة سواء في مظاهر الاضطراب السلوكي أو درجة الانعزال والاضطراب في التفاعل الاجتماعي ومشكلات اللغة والتواصل. فإن البرنامج تم تصميمه بشكل فردي ليتناسب مع قدرات كل طفل وطبيعة المشكلات المصاحبة، مع التركيز على مهارات رعاية الذات (تنظيف نفسه مثلاً وتنمية الانفعالات والعواطف لدى الطفل التوحدي والوالدين).

تقوم آليات تنفيذ البرنامج - علماً بأن البرنامج الحالي هو من تصميم الباحثة - على سلسلة من الجلسات عددها ١٤ جلسة بواقع جلستين أسبوعياً تتخللها جلسات متابعة، لكل جلسة إطار محدد يتضمن مدة الجلسة بحيث لا تتجاوز ٤٥ دقيقة، ومجال الجلسة، وأهدافها، والنشاط، الذي سينفذ فيها بالإضافة إلى جلسات متابعة لمعرفة مدى تطبيق الوالدين لتعليمات الباحث. ويتم تقييم البرنامج بعد انتهائه، وذلك من خلال إعادة الإجراءات التشخيصية لملاحظة التغير من

عدمه، وكذلك الاستفادة من قائمة الملاحظة والمتابعة التي يسجل فيها الوالدين ملاحظاتهم على طفلهم أثناء وبعد تعلم المهارة.

وبناءً على ذلك فإن البرنامج الإرشادي الذي يقترحه البحث الحالي قائم على الجانبين؛ المعرفي والسلوكي، بحيث يتم في البدء، وبعد الإجراءات التشخيصية^(١)، تهيئة الوالدين وإرشادهم وتزويدهم بكم معقول من المعلومات والحقائق والخبرات التعليمية والمفاهيم حول طبيعة إعاقة التوحد وأبعادها والخصائص المميزة للأطفال التوحديين بهدف تشجيعهم على تقبل الإعاقة وتقبل الطفل وتنمية دافعيتهم لرعاية الطفل إلى جانب إكسابهم مهارات خاصة لتدريب طفلهم على بعض المهارات اللازمة للتفاعل والتواصل البصري، وكسر حاجز العزلة التي قد يضع نفسه فيها، واللعب معه وخاصة الألعاب التي ترى الأسرة أن يفضلها، وأن تقوم الأسرة بقص بعض الحكايات مما قد يساعد على فهم سلوكه. هذا إلى جانب تدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية التي قد تساعده على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع الآخرين ولذا يعد البرنامج الحالي من البرامج الموجهة للأسرة ويقوم فيها الأبوان بدور المرشد بالنسبة لطفلها وكما يقومون بدور العميل من حيث تلقيهم الخدمة على شكل جلسات ومعلومات ومحاضرات، يتألف البرنامج من مرحلتين

(١) من المهم التركيز على التشخيص الدقيق لحالة الطفل وكذلك الاطلاع على التاريخ الصحي، وذلك لتحديد الأمور التي يتم التركيز عليها، مثلاً إذا كان الطفل ضعيف من الناحية اللغوية، يتم البدء بالجلسات التي تحوي مهارات التخاطب، وهكذا.

أساسية تضم أولى هذه المراحل الجلسات الأولى والثانية، ويتم من خلالها استخدام إستراتيجية التعليم النفسي والتي تتضمن فنيي المحاضرة والمناقشة.

وتضمنت المرحلة الثانية من البرنامج وهي مرحلة التدريب عشر جلسات ويتضمن تدريب الأسر على كيفية إكساب الطفل المهارات الحياتية والاجتماعية والمعرفية والتواصل وغيرها من المهارات التي يحتاجها الطفل التوحدي.

وشغلت المرحلة الثالثة آخر جلستين وهي عبارة عن تقويم البرنامج العلاجي وتحديد مدى فعاليته في علاج التوحد من خلال إجراءات مختلفة تتركز على إعادة التشخيص، مراجعة ملاحظات الوالدين حسب المدد الزمنية المحددة، ويمكن كذلك التعرف على تأثير العامل الزمني على البرنامج وذلك من خلال قياسات متكررة على فترات متباعدة تتركز على التشخيص وأيضاً تحليل ومراجعة ملاحظات الوالدين والأسرة.

إن كسب تعاون الأسرة من خلال تدريب الوالدين على المساهمة في علاج طفلهم التوحدي يعد من الأساليب الفعالة في الإرشاد والتأهيل، كما أن تهيئة الظروف والبيئة الصحية المناسبة لمريض التوحد يعتبر أحد العوامل المهمة والتي تسهم في رفع مستوى جودة الحياة Quality of Life لهذه الفئة من الأطفال ولأسرهم (Imms, et.Al., 2006; Urwin, 2002).

البرنامج الإرشادي المقترح هو كالتالي:

الجلسة الأولى

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

المجال: تقيمي - معرفي (جلسة تعريفية).

الهدف: تقديم معلومات للأسرة عن اضطراب التوحد.

النشاط:

١- تقييم المجالات المختلفة لدى الطفل التوحدي من خلال تقييم الأسرة له (المجال الإدراكي -

والتواصل - والاجتماعي).

٢- تعريف الوالدين بمفهوم التوحد وأنواعه وأعراضه: فالتوحد هو اضطراب في النمو الشامل أي

نقص في تطور ونمو نواحي متعددة ويتصف بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي، واللغة،

والتواصل، والنمو المعرفي، والنمو الاجتماعي. ويصاحب ذلك انسحابية وتعني البعد عن

التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين، وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي،

أي أن الطفل لا يتأثر بالحضن وليس لديه مشاعر الحب والعطف والحنان كالطفل العادي

ويصبح كأن جهازه العصبي قد توقف بسبب الجمود، ويصبح الطفل مندمج في حركات نمطية

عشوائية غير هادفة لفترات طويلة مثل أن يقوم بتحريك جسده من الأمام إلى الخلف ويحدث

له ثورات غضب نتيجة لمحاولة إخراجها من عالمه الخاص فالطفل التوحدي يعيش في عالم

خاص يختلف عن الأطفال العاديين.

ويكون لدى الطفل مجموعة من الأعراض تتلخص في ثلاث نقاط:

أ- صعوبة في التفاعل الاجتماعي فيبدو الطفل متحفظا وغير مبالي بالآخرين.

ب- صعوبة في الاتصال الاجتماعي أي لديه صعوبة في الاتصال الشفهي وغير الشفهي أي أنه

قد لا يفهم معنى الإيماءات الشائعة وتعبير الوجه ونغمات الصوت.

ج- صعوبة في تنمية الخيال واللعب مع الآخرين ويكون لديه عدد محدود من الأنشطة الخيالية

التي قد يستخدمها الطفل بصورة متكررة.

٣- توضح الباحثة للوالدين أن تصرفات الطفل المزعجة خارجة عن إرادته.

٤- توضح الباحثة للوالدين أن الأعراض تختلف من طفل لآخر.

إقبال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن

الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

المجال: معرفي (الكشف عن الأفكار السلبية وعلاجها).

الهدف: التعرف على الأفكار السلبية وعلاجها.

النشاط:

سيتم في هذه الجلسة توجيه الاهتمام لأسرة الطفل التوحدي وتغيير الأفكار السلبية التي تكونت لدى والدي وأخوة الطفل وذلك باستخدام العلاج العقلاني- الانفعالي.

حيث ترى النظرية العقلانية الانفعالية أن الكائن الإنساني يساهم إلى حد كبير في إحداث العواقب أو الاضطرابات الانفعالية لذاته وللآخرين. والمهمة هنا أن نقوم بمساعدة الأسرة على التخلص من تفكيرها المتنوي وانفعالها غير الملائم تجاه طفلها التوحدي وتعلم ضبط انفعالاتهم وذلك من خلال الآتي:

١- مراجعة ما تم تقديمه من معلومات في الجلسة السابقة حول مفهوم التوحد وأعراضه، وأنواعه، وذلك بقصد الإعداد للجلسة الحالية.

٢- أيضا نقوم بما يسمى بالحوار السقراطي القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسة العلاجية والتي تركز على توضيح وتحديد المشكلة للوالدين.

٣- التدريب المعرفي على حل مشكلة الوالدين وتقديم حلول منطقية قبل أن تصبح خبرة الطفل التوحيدي لديهم خبرة فاشلة بالإضافة إلى تحديد الأفكار السالبة لديهم وتوجيه تركيزهم لتدريب هذا الطفل وجعلهم يستنبطون أفكار جديدة لمساعدة طفلهم التوحيدي.

٤- جدول الأنشطة لتدريب الأبوين على تخطيط الأنشطة اليومية أو الأسبوعية التي سيقومان بتدريب طفلهم عليها وتنظيم يومهم وتحديد هدف لكل جلسة سيقومان بتقديمها للطفل. إقبال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الأهداف: التواصل البصري والنظر للمتحدث

المجال: سلوكي (تنمية المهارات الاجتماعية).

النشاط:

المهارات الاجتماعية: السلوك الاجتماعي هو أي سلوك يتواصل الطفل من خلاله مع أي شخص آخر. وتنمية المهارات الاجتماعية لها مكانة بالغة الأهمية في البرامج التدريبية لجميع الأطفال التوحيدين، وتعكس المهارات المتضمنة في هذا الجزء الحقائق المتصلة بالارتباط مع الآخرين.

نشاط التواصل البصري والنظر للمتحدث:

على الأسرة أن تدعم انتباه الطفل التوحدي من خلال تقديم مجموعة من المثيرات التي تستثير حاسة البصر لديه.

وستستخدم الباحثة في الدراسة الحالية مهارتين لتنمية التواصل البصري:

أولاً: مهارة تتبع المثيرات البصرية عن طريق ضوء الكشاف،

وذلك بتحريك الضوء على جدران الغرفة وتشجيع الطفل أن يتتبع هذا الضوء وطبعاً لن نغفل عن أهمية التعزيز حين استجابة الطفل لهذه المهارة حتى لو لم يتقنها. وعلى الأم مشاركة طفلها في تتبع ضوء الكشاف وتدعيم انتباه الطفل عن طريق تشجيعه على القيام بهذه المهارة.

ثانياً: مهارة تقليد التعبيرات لوجه الأم:

يجب أن تجلس الأم مقابل الطفل وتبعد كل المشتتات الموجودة بالغرفة كـ بعض الألعاب المحببة للطفل، ثم تبدأ الأم بعمل حركات معينة في الوجه كأن تبتسم أو تصبح عابسة، وأن تضم الفم إلى الأمام وتطلب من الطفل أن يقلدها وتقوم بتعزيز الطفل بعد كل عملية تقليد أو حتى لمجرد النظر للعين وتقوم بتشجيع طفلها بالتصفيق له وإطلاق بعض الكلمات مثل، شاطر أو تقوم باحتضانه. إذا لم ينظر الطفل لعين أمه أثناء قيامها ببعض الحركات فعليها أن تدير رأسه وعينه باتجاهها وتشجعه مرة أخرى على النظر لوجهها.

إفقال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة:

مدة الجلسة: ٥٤ دقيقة.

الأهداف: جلسة متابعة.

النشاط:

مراجعة سريعة لما تم تنفيذه في الجلسة الماضية وتحفيز الأسرة على التطبيق.

الجلسة الخامسة:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الهدف: تنمية مهارة العضلات الصغيرة والكبيرة.

النشاط:

أ- تنمية العضلات الصغيرة:

ويتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على الآتي:

١- احضر عليه تحتوي على خرز بحجم صغير وخيط لإدخال هذا الخرز.

٢- ابدأ بإدخال الخرز داخل الخيط واحدة تلو الأخرى ودع الطفل ينظر إليك.

٣- أطلب من الطفل أن يقلدك في إدخال الخرز داخل الخيط وساعده مساعدة جسدية أو لفظية

حسب قدراته.

٤- إدخال الخرز داخل الخيط ينمي العضلات الصغيرة لدى الطفل.

٥- أيضا بإمكانك استخدام مهارة أخرى وهي التشكيل بالصلصال فإذا رفض الطفل أن يمسك بالصلصال قم بإلباسه جوارب لليدين لكي لا يتقزز الطفل من الصلصال وامسك يديه لكي يقوم بعجن الصلصال وتشكيله.

ب- تنمية العضلات الكبيرة:

يستطيع الولدان تنمية العضلات الكبيرة عن طريق مجموعة من المهارات والتمارين الرياضية، ومن ذلك:

١- مهارة الجري والتسلق على السلم بمساعدة والديه.

٢- استخدام مهارة رمي الكرة المطاطية الكبيرة ومحاولة إمساكها.

٣- الاهتمام بعمليات التعزيز اللفظي والمادي وتشجيع الطفل على القيام بهذه المهارة.

إقبال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الأهداف: جلسة متابعة.

النشاط:

مراجعة سريعة لما تم تنفيذه في الجلسة الماضية وتحفيز الأسرة على التطبيق.

الجلسة السابعة:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

المجال: سلوكي (تنمية المهارات الاجتماعية).

الأهداف: اللعب والتفاعل الجماعي.

النشاط:

نشاط اللعب والتفاعل الجماعي:

ستستخدم الباحثة في الدراسة الحالية مهارتين لتنمية اللعب والتفاعل الجماعي:

أولاً : مهارة تمرير الكرة بالتعاون مع أحد الأبوين أو أحد الأخوة:

يكون عدد الأشخاص المتواجدين في هذه المهارة في بدء الأمر اثنين (مهارة تفاعل اجتماعي بسيط) أي نكتفي بوجود الأم والطفل التوحيدي، وتجلس الأم مقابل طفلها وتقوم بإحضار كرة صغيرة الحجم حتى يستطيع الطفل أن يمسك بها بعد ذلك تمرر الكرة بينها وبين طفلها مع تشجيعه وتدعيمه وتعزيزه عند كل استجابة لك.

وبعد إتقان الطفل لهذه المهارة نزيد من عدد الأشخاص ليصبح العدد ثلاثة "الأم، الأب، الطفل" بحيث يجلسون بشكل حلقة ويقومون بتمرير الكرة بدءاً من الأم ثم الطفل ثم الأب وهكذا.. مع تدعيم الطفل ببعض الكلمات الإيجابية من كلا الوالدين وتشجيع الطفل على متابعة

الأوامر اللفظية التي تطلقها الأم أو من هو بديل عنها مثل، أعطي الكرة لبابا وحين تنفيذ المهمة تقوم فورا بتعزيزه.

وبعد إتقان المهمة نزيد من عدد الأشخاص ليصبح العدد أربعة بمشاركة أحد الأخوة أو أحد الأطفال المقربين، ونبدأ بالأم، ثم الطفل التوحيدي، ثم الطفل العادي، وأخيرا الأب مع الاستمرار بعملية التشجيع.

ثانيا: مهارة البحث عن الأم وعن الطفل:

ويتم تنفيذ هذه المهارة من خلال الأنشطة التالية، والموجهة إلى الأم:

١- قومي بتغطية وجهك بقطعة قماش، وشجعي طفلك على أن يجده، كافئي محاولات الطفل.

٢- قومي بتغطية وجه الطفل بقطعة قماش، قولي للطفل: أين أنت؟ واسحبي قطعة القماش.

٣- لاعبي طفلك وشجعيه على المشاركة في اللعب كافئيه بالضحك له، والتصفيق عند الانتهاء من اللعبة.

إفقال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة:

مدة الجلسة: ٥٥ دقيقة.

الأهداف: جلسة متابعة.

النشاط:

مراجعة سريعة لما تم تنفيذه في الجلسة الماضية وتحفيز الأسرة على التطبيق.

الجلسة التاسعة:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

المجال: سلوكي (تنمية المهارات الحياتية اليومية "الاستقلالية" - العناية الذاتية):

الأهداف:

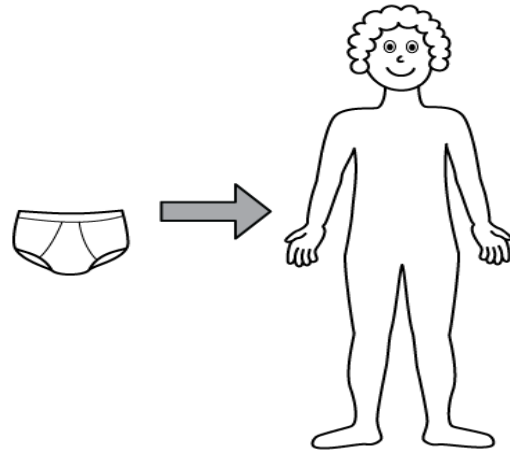
١- تدريب الطفل على ارتداء الملابس.

٢- تدريب الطفل على غسل اليدين. نشاط ارتداء الملابس:

أولاً: ارتداء الملابس الداخلية:

ويتم هذا النشاط ضمن الخطوات الآتية الموجهة إلى الأم:

أ- قومي بعرض صورة لطفل بجانبه ملابس داخلية كما في الصورة الموضحة في الشكل رقم (١).



شكل رقم ١

ب- قومي بمساعدة طفلك مساعدة جسدية واطلي منه أن يدخل الرجلين في فتحة الملابس

الداخلية الواحدة تلو الأخرى وإمسك الملابس الداخلية من الطرف الأعلى وشدها للأعلى.

ج- اجعلي الطفل ينفذ خطوات ارتداء الملابس الداخلية مع المساعدة اللفظية.

د- أخيراً قومي بإعطاء طفلك أمراً لتنفيذ الخطوات السابقة من غير مساعدة بحيث يكرر هذه

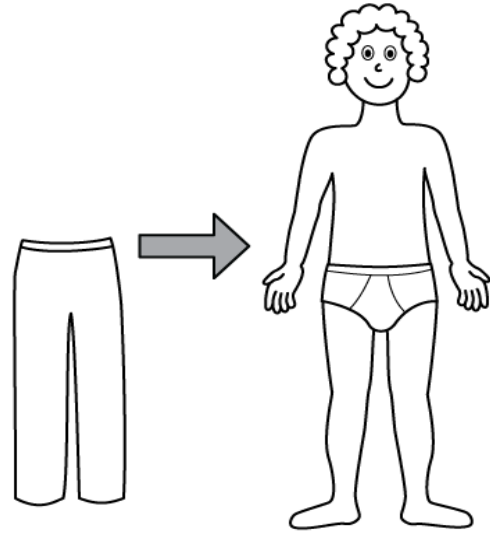
التدريبات بشكل يومي حتى يستطيع إتقانها، مع ملاحظة استمرار التعزيزات المطلوبة.

ثانياً: ارتداء البنطلون:

ويتم هذا النشاط ضمن الخطوات الآتية الموجهة إلى الأم:

أ- قومي بعرض صورة لطفلك بعد ارتداء الملابس الداخلية بجانبها بنطلون كما في الصورة الموضحة

في الشكل رقم (٢).



شكل رقم ٢

ب- على الأم أن تقوم أولاً بتمثيل وعرض عملية إلباس البنطلون على مراحل مجزئة وبسيطة

كالتالي بشرط أن يكون البنطلون بدون سحاب لتسهيل عملية اللبس في المراحل الأولى:

١- اعرضي البنطلون لطفلك واطلي منه أن يقوم بلمسه.

٢- عرفي طفلك على ما يسمى بالخطوة الوظيفية للبنطلون، أي وضحي له وجه البنطلون، ظهر البنطلون.

٣- قومي برفع إحدى القدمين وإدخالها في فتحة البنطلون، ثم اسحي البنطلون وادخلي القدم الأخرى.

٤- اسحي البنطلون لمستوى الردفين.

٥- اسحي البنطلون لمستوى الخصر.

٦- عززي طفلك وشجعيه تشجيع لفظي ومعنوي ومادي واجعلي الطفل يقوم بتقليد وتنفيذ كل مرحلة وكل خطوة من خطوات الإلباس.

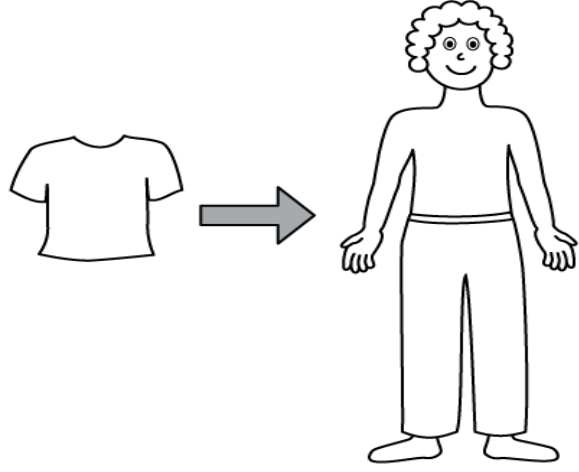
٧- ضرورة تكرار هذه العملية والتدريب عليها يوميًا حتى إتقان الإلباس باستقلالية.

ثالثًا: ارتداء القميص:

ويتم هذا النشاط ضمن الخطوات الآتية الموجهة إلى الأم:

أ- قومي بعرض صورة لطفلك بعد ارتداء البنطلون بجانبها قميص كما في الصورة الموضحة في

الشكل رقم (٣).



شكل رقم ٣

ب- قومي بعرض كل خطوة من خطوات الإلباس ثم اطلبي من طفلك تقليدك، وذلك بالصورة الآتية:

١- قومي بمعاونة الطفل جسدياً، من حيث مساعدته على إمساك القميص ووضعه على رأسه لإدخال الرأس من فتحة القميص، ثم إدخال اليدين الواحدة تلو الأخرى، ثم الإمساك بالقميص من أسفله وشدّه للأسفل.

٢- اجعلي طفلك ينفذ الخطوات في كل مرة خطوة تلو الأخرى مع المساعدة اللفظية.

٣- ثم أفسحي المجال أمام طفلك ليقوم بتنفيذ كل الخطوات بشكل متتالي حتى تتم عملية الإلباس وينجزها يومياً حتى يتم إتقانها.

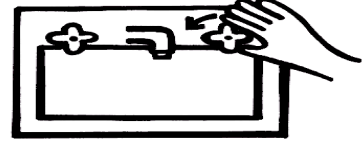
نشاط غسل اليدين:

ويتم هذا النشاط ضمن الخطوات الآتية الموجهة إلى الأم:

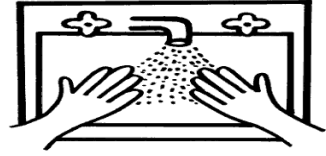
أ- قومي بعرض الصور التي تريد استخدامها في هذه المهارة، مثل: حوض الغسيل - مناديل

لتنشيف اليدين

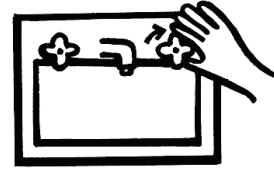
ب- قومي بغسل يديك أمام طفلك أولاً بفتح الصنبور باتجاه اليمين



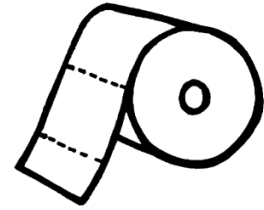
ثم غسل اليدين بالماء والصابون

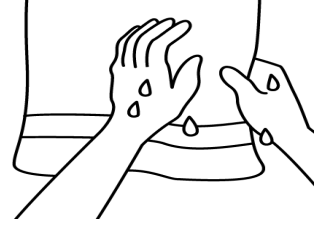


ثم إغلاق الصنبور باتجاه اليسار.



وأخذ قطعة قماش لتنشيف اليدين.





١- ساعدي طفلك مساعدة جسدية ودعيه يقلد الخطوات السابقة التي قمت بها.

٢- ساعدي طفلك مساعدة لفظية، وذلك بإعطائه أوامر لفظية للقيام بالخطوات السابقة مع

الاستمرار بعملية التشجيع والتعزيز لكل خطوة ناجحة تعزيزاً لفظياً.

٣- دعي لطفلك الحرية لغسل يديه بمفرده بدون أية مساعدة مع الاستمرار بعملية التعزيز

والتشجيع وتكرار هذه العملية يوميا حتى إتقانها.

إيقاف الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن

الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة:

مدة الجلسة: ٥٥ دقيقة.

الأهداف: جلسة متابعة.

النشاط:

مراجعة سريعة لما تم تنفيذه في الجلسة الماضية وتحفيز الأسرة على التطبيق.

الجلسة الحادية عشر:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

المجال: معرفي - سلوكي (التقليل من الشعور بالقلق الحاد نتيجة لتغيير العادات المتكررة "الروتين").

الهدف: التقليل من استجابة التغيير البيئي المفاجئ للطفل.

النشاط:

حين حدوث تغيير مفاجئ في بيئة الطفل فإنه سوف يتعرض لقلق حاد وتوتر نتيجة لهذا التغيير.

وبناءً عليه يتم في هذه الجلسة تدريب الوالدين على مراعاة الأمور الآتية:

١- يجب أن يعلم الأبوين أن هذا القلق الحاد خارج عن رغبة الطفل لذلك يجب الابتعاد تماما

عن الغضب أو رفع الصوت في وجه الطفل حينما نراه يعاني من القلق نتيجة لتغيير الروتين

سواء في المنزل أو المدرسة... الخ.

٢- السبب في هذا القلق هو أن الطفل يستغرب وجود المكان الآخر الذي تغير فجأة فهو غير

موجود في ذاكرته.

٣- قد يدخل الطفل في نوبات بكاء شديد نتيجة لهذا التغيير، وقد يقوم بالهروب من الموقف

بطلب أشياء أخرى مثلا، سوف يقول أنا أريد الحمام أو يحاول نزع ملابسه رغبة منه في

الدخول للحمام لذلك يجب على الأبوين عدم الاستجابة لمواقف الهروب لدى الطفل وأن

يقبله الأبوين ويحتضنوه.

٤ - سيستجيب الطفل لتغير الروتين إذا قدمنا له سلوك بديل يرغب به مثلاً، قراءة بعض آيات القرآن الكريم المحببة لقلب الطفل، أو سماع الموسيقى والأناشيد التي يحبها، أو تقديم اللعبة المفضلة.

٥ - مخاطبة الطفل بهدوء والطلب منه الجلوس هادئاً ونعته بألفاظ محبة ومشجعة مثل، شاطر، بطل، وتقديم التعزيز المناسب عند حدوث الاستجابة المطلوبة.

٦ - تجنب تغيير الروتين بشكل مفاجئ، ولكن في حال تغيير الروتين، مثلاً، الانتقال لمنزل جديد فينصح باستخدام طريقة التغيير التدريجية لكي يستوعب الطفل هذا التغيير أو على الأقل ليساعده في التخفيف من نوبة التوتر الحاد الذي قد يصيبه نتيجة للتغيير المفاجئ، فالطفل التوحدي يتحمل التغيير البسيط المتدرج.

٧ - في المثال السابق إذا أردنا أن نقوم بتغيير البيئة التي نعيش فيها فيجب أن نقوم بالتهيئة المسبقة وأن ندع الطفل يتعرف على المكان الجديد الذي نريد الانتقال إليه ونتحدث للطفل عن طريق التواصل اللفظي بأننا سوف ننتقل لهذا المنزل، ونقوم بتصوير المنزل وتقديم الصور له كهدية وندعه ينظر إلى المنزل يومياً، وهذه الطريقة سوف تخفف من حدة التوتر الناتج عن التغيير البيئي المفاجئ.

إفقال الجلسة: إعطاء معلومات مختصرة عن ما تم تنفيذه في الجلسة الحالية، وفكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشر:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الأهداف: جلسة متابعة.

النشاط:

مراجعة سريعة لما تم تنفيذه في الجلسة الماضية وتحفيز الأسرة على التطبيق.

الجلسة الثالثة عشر:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الهدف: تقويم البرنامج العلاجي المقترح.

النشاط:

سيتم تقويم البرنامج العلاجي وتحديد مدى فعاليته في علاج التوحد من خلال إجراءات مختلفة تتركز

على إعادة تطبيق الاستبيان البعدي، مراجعة ملاحظات الوالدين حسب المدد الزمنية المحددة.

إقفال الجلسة: إعطاء فكرة سريعة عن الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشر:

مدة الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الهدف: تقويم البرنامج العلاجي المقترح.

النشاط:

مراجعة ملاحظات الوالدين حسب المدد الزمنية المحددة.

إقفال الجلسة: شكر الوالدين لما قدموه من جهود وتعاون والتزام بالجلسات الإرشادية.

الفصل الرابع

عرض النتائج وتفسيرها

أولا: نتائج الفرض الأول

ثانيا: نتائج الفرض الثاني

ثالثا: نتائج الفرض الثالث

رابعا: نتائج الفرض الرابع

خامسا: نتائج الفرض الخامس

٤-١ النتائج الإحصائية للدراسة

تستعرض الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها من خلال تحليل البيانات الإحصائية ومرتبة حسب فروض الدراسة، واستخدمت الباحثة لتحليل البيانات الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية "spss"، حيث قامت بترميز البيانات التي تم استخلاصها من التطبيق على العينة ككل (١٠)، من أسر أطفال التوحد المكونة من "أمهات وآباء" أطفال التوحد وخرجت الدراسة بالنتائج التالية:

أولاً: نتائج الفرض الأول والذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحد نتيجة تدريب الوالدين له". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام معامل ارتباط مان وتني $M.W.U$ لحساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على القياس القبلي والبعدي وحساب مجموع الرتب ومتوسط الرتب ودرجة الفرق بين القياس القبلي والبعدي ومستوى دلالاته في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحد، كما هو موضح بالجدول (٤-١) ويتضح من هذا الجدول تحقق الفرض الأول حيث وجدت فروق دالة بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحد صالح القياس البعدي نتيجة تدريب الأسر، وبلغت قيمة الفرق ٨،٣٢ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠،٠١، مما يوضح فاعلية برنامج تدريب الوالدين في تعديل سلوك الطفل التوحد

جدول (٤-١)

معاملات الارتباط بين القياس القبلي والقياس البعدي على استبيان الخصائص السلوكية

للطفل التوحدي

المتغير	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني M.W.U.	مستوى الدلالة
الوالدين قبل البرنامج	١٠	٣٧،٦٠	١٨٨	٨،٣٢	٠،٠١
الوالدين بعد البرنامج	١٠	٢٤،٨٠	١٢٤		

*دالة عند مستوى دلالة ٠،٠١

كما يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط دال بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الأسر. ويتضح من هذه النتيجة تحقق الفرض الأول وعليه يمكن أن نخلص إلى النتيجة التالية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الوالدين له وهذا يوضح فاعلية البرنامج التدريبي في تعديل سلوك الطفل التوحدي. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة عبد الغفار (١٩٩٩م)؛ ودراسة عبد الله (٢٠٠١م)؛ ودراسة إبراهيم (٢٠٠٢م)؛ ودراسة درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥م)؛ ودراسة فيلد وهوفمان Field&Hoffman (١٩٩٩م)؛ ودراسة بنش Bunch (2007م) .

ثانياً: نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية" وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام معامل ارتباط مان وتني لحساب معاملات الارتباط بين درجات

الأداء على القياس القبلي والقياس البعدي وحساب مجموع الرتب ومتوسط الرتب ودرجة الفرق بين القياس القبلي والبعدي ومستوى دلالاته في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي كما هو موضح بجدول (٢-٤).

جدول (٢-٤)

معاملات الارتباط بين القياس القبلي والقياس البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية على استبيان

الخصائص السلوكية للطفل التوحدي

المتغير	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان وتني M.W.U.	مستوى الدلالة
الوالدين قبل البرنامج	١٠	٩٤٨	٩٨٤٤٤	٣٠٨٢	٠٠٠١
الوالدين بعد البرنامج	١٠	٦٧٥	٦٧٥٦		

*دالة عند مستوى دلالة ٠٠٠١

وتشير النتيجة إلى تحقق الفرض حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي، حيث أن قيمة الفرق ٣٠٨٢ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠٠٠١ وهذا يوضح أن تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل التوحدي يساهم في تعديل الأفكار غير العقلانية المرتبطة بطفل التوحدي.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة عبد القادر (١٩٩٧م)؛ ودراسة أبو

غزالة (٢٠٠٤م)؛ ودراسة سيد (٢٠٠٦م).

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث والذي ينص على انه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بتطبيق الاستبيان بعد شهر من انتهاء البرنامج، باستخدام معامل ارتباط مان وتني لحساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على المقياس البعدي والتبقي وحساب مجموع الرتب ومتوسط الرتب ودرجة الفرق بين القياس البعدي والتبقي ومستوى دلالاته في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي. كما يظهر في الجدول (٣-٤)

جدول (٣-٤)

يوضح الفرق في درجات الأداء على القياس البعدي والتبقي

المتغير	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني M.W.U.	مستوى الدلالة
الوالدين بعد البرنامج	١٠	١٢٤	١٢٤٣	٠,٨٩	غير دال
الوالدين بعد فترة المتابعة (شهر)	١٠	١٢٨,٦٣	١٢٥٦		

*دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق عدم تحقق هذا الفرض حيث لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي، حيث بلغت قيمة الفرق بين التطبيق

البعدي والتبعية على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي ٠،٨٩، وهي غير دالة إحصائياً وهذا يعني أن أثر البرنامج مستمر حتى بعد الانتهاء منه هذا يعني إتقان المفحوصين للمهارات، والنتائج الإيجابية التي ظهرت على طفلهم التوحدي جعلت هذه المهارات تصبح جزءاً من تعامل الوالدين مع طفلهما. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة بدر (١٩٩٧م)، ودراسة معمور (١٩٩٧م)، ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩م)؛ ودراسة عبد الله (٢٠٠٢م)؛ ودراسة ماضي (٢٠٠٦م)؛ ودراسة نيازك (٢٠٠٨م)؛ ودراسة درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥)؛ ودراسة كوجل Kogel (2004)

رابعاً: نتائج الفرض الرابع ينص هذا الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل البرنامج". وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام معامل الارتباط مان وتني لحساب معاملات الارتباط ودرجة الفروق بين الآباء والأمهات على المقياس القبلي، وحساب مجموع الرتب ومتوسط الرتب ومستوى دلالة في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل البرنامج.

جدول (٤-٤)

يوضح أداء الأمهات والآباء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي

قبل تطبيق البرنامج التدريبي

المتغير	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتني M.W.U.	مستوى الدلالة
الآباء قبل البرنامج	٥	٣٨،٢٤	١٩٠،٤٢	١،٢٣	غير دال
الأمهات قبل البرنامج	٥	٣٦،٩٩	١٨٨،٩٠		

*دالة عند مستوى دلالة ٠،٠١

ويتضح من الجدول السابق عدم تحقق هذا الفرض حيث بلغت قيمة الفرق ١،٢٣ وهي قيمة غير دالة إحصائياً. أنه لا توجد فروق بين الآباء والأمهات في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي قبل البرنامج.

خامساً: نتائج الفرض الخامس الذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي بعد البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام معامل الارتباط مان وتني لحساب معاملات الارتباط ودرجة الفرق بين الآباء والأمهات على المقياس البعدي، وحساب مجموع الرتب ومتوسط الرتب ومستوى دلالاته في الأداء على استبيان قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي بعد البرنامج.

جدول (٤-٥)

يوضح الفرق بين الآباء والأمهات في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد

تطبيق البرنامج التدريبي

المتغير	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مان وتني M.W.U.	مستوى الدلالة
الآباء بعد البرنامج	٥	٩٤،٥٥	١٨،٨٨	٣،٤٧	٠،٠١
الأمهات بعد البرنامج	٥	٧٢،٤٣	١٤،٥٩		

*دالة عند مستوى دلالة ٠،٠١

ويتضح من الجدول (٤-٥) تحقق هذا الفرض حيث بلغت درجة معامل الارتباط ٣،٤٧

وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠،٠١ وهذا يعني أن الفرق كان لصالح الأمهات.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات ومقترحات الدراسة

٥ - ١ مناقشة النتائج

١ - مناقشة نتائج الفرض الأول

٢ - مناقشة نتائج الفرض الثاني

٣ - مناقشة نتائج الفرض الثالث

٤ - مناقشة نتائج الفرض الرابع

٥ - مناقشة نتائج الفرض الخامس

٥ - ٢ الخلاصة والتوصيات ومقترحات الدراسة

١ - التوصيات

٢ - مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والخلاصة والتوصيات ومقترحات الدراسة

١-٥ مناقشة النتائج:-

أولاً: نتائج الفرض الأول والذي كان ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحيدي نتيجة تدريب الوالدين له".

والنتائج الإحصائية أظهرت تحقق الفرض حيث وجدت فروق دالة بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحيدي نتيجة تدريب الأسر، وبلغت قيمة الفرق ٨،٣٢ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠،٠١ مما يوضح فاعلية برنامج تدريب الوالدين في تعديل سلوك الطفل التوحيدي. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة عبد الغفار (١٩٩٩م)، ودراسة عادل عبد الله سنة (٢٠٠١م)؛ ودراسة نادية إبراهيم (٢٠٠٢م) ودراسة درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥م)؛ ودراسة التي قام بها فيلد وهوفمان Field&Hoffman (١٩٩٩م)؛ ودراسة التي قام بها جرجوي؛ بيش Bunch, Gregory (2007م).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أهمية البرامج الإرشادية التي تقدم لأسرة الطفل التوحيدي وتعتبر هذه البرامج وسيطاً نشطاً بين الأسرة والطفل يساهم في تقديم الرعاية ويعتبر شكلاً من أشكال الدعم الأسري بهدف مساعدتها على فهم حالة الطفل وفهم مشكلاته والأهم هو تقبله،

بالإضافة إلى تحسين أنماط الاتصال والتفاعل بين المبكر بين الوالدين والطفل، وبالتالي تهيئة بيئة منزلية معززة لنمو الطفل التوحدي. وأيضاً تساعد هذه البرامج على اكتساب وتنمية المهارات التي يحتاجها الطفل، وتساعد البرامج الإرشادية المقدمة للوالدين على أن يصبحوا و فاعلية تامة لخدمة طفلهم وهذه الخدمة تؤدي إلى تكوين أسرة منسجمة وهذا الانسجام يؤدي إلى التوافق الأسري.

ويذكر كفاي (١٩٩٩م) أن الخدمات الإرشادية تعتبر من أهم الخدمات التي تقدمها التربية الخاصة للأسر، حيث أن الاحتياجات الإرشادية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم تزداد شدة وتنوع وذلك لأهميتها لأنها تستمر مع هؤلاء الأشخاص عبر مراحل حياتهم المختلفة وتساهم في تعديل اتجاهات أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بما يحقق للطفل أقصى إمكانات النمو العادي، فالبيئة الأسرية هي الوسط الرئيسي والدائم لنمو الطفل واستجابات والديه وأخوته نحوه، وتوقعاتهم عن أدائه الوظيفي، وطريقة معاملتهم له، والكيفية التي يدرك بها الطفل ذلك كله يساهم في تشكيل صورته عن ذاته ويحدد مستوى توافقه إيجاباً أو سلباً. بالإضافة إلى أن الإرشاد الأسري يساعد الأسرة وطفلها في التعجيل بتخفيف الآثار النفسية السلبية الناتجة عن إعاقة الطفل.

وتذكر عبد الغفار في دراستها (١٩٩٩م) أن هناك وجود تأثير دال لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض توحّد الطفولة لدى عينة من الأطفال التوحدين. وازدياد وتحسن في المهارات المختلفة مثل: القدرة على التركيز - التفاعل الاجتماعي - المبادرة بالحديث - زيادة القدرة على التقليد - الاستجابة الحسية، السمعية، البصرية. نتيجة اهتمام

الأمهات والإشراف بأنفسهم على تدريب أطفالهم الذين يعانون من التوحد. ويذكر عبد الله في دراسته (٢٠٠١م) فعالية الإرشاد الأسري في الحد من السلوك الإنسحابي لأطفال التوحد وبالتالي زيادة مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية. وتتفق أيضا مع دراسة إبراهيم (٢٠٠٢م) حيث أظهرت النتائج انخفاض في المشكلات السلوكية والعزلة العاطفية والاضطراب الاجتماعي والانفعالات السلبية. وقد أشار درازين وكوجل Drazin & Koegel (١٩٩٥م) إلى أن البرنامج المقدم لأمهات أو آباء الطفل التوحدي يحقق تفاعل أفضل للوالدين مع طفلها ، وأن هذه البرامج الإرشادية التي تقدم للأمهات أو للآباء بهدف تدريب طفلها التوحدي تؤدي إلى تدعيم دور الأخوة والأسرة عامة. ويذكر فيلد وهوفمان Field&hoffman (١٩٩٩م) في نتائج دراسته أن تدريب الأم لطفلها التوحدي ومتابعة سلوكه اليومي يؤدي إلى التقليل من السلوك غير المقبول والوصول إلى سلوك استقلالي. وأشار بنش في دراسته Bunch, Gregory (٢٠٠٧م) إلى أن الآباء و المشرفين والمعلمين يمكن أن يكون لهم مصدراً فعال لتقديم العلاج السلوكي المبكر للأطفال التوحديين.

وتختلف النتائج في الدراسات السابقة جميعا ، عن النتيجة في الدراسة الحالية، في أنها توجه التدريب إما للأمهات فقط أو للآباء فقط أما النتيجة الحالية فالتحسن كان نتيجة لمشاركة الوالدين في تدريب الطفل حتى ولو كانت المشاركة من أحد الطرفين أقل ولكن يجب أن يكون للطرفين دور في تدريب الطفل، فتدريب الطرفين سيساعد الأسرة على التعاون سوياً في رعاية هذا الطفل التوحدي والاشتراك في الإحساس بالمسؤولية تجاهه وهذا ما وجدناه في عينة الدراسة الحالية.

ثانيا: نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية"

وأوضحت النتائج تحقق الفرض حيث وجدت فروق دالة بين القياس القبلي والقياس البعدي

في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحد، حيث ظهر قيمة الفرق طبقا لطريقة

مان وتني ٣,٨٢ وهي قيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ وهذا يوضح أن تدريب الوالدين على كيفية

التعامل مع الطفل التوحد يساهم في تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بطفل التوحد.

وبناء على هذه النتائج يمكن أن نخلص إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين اللاعقلانية في التالي:

١- كيفية التعامل مع الطفل التوحد يساهم في تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بطفل

التوحد.

٢- إعطاء الوالدين إستراتيجية تعديل الأفكار اللاعقلانية ومتابعة التغيير يساهم في تعديل كل

الأفكار التي ارتبطت وتكونت لديهم نتيجة وجود طفل توحد وماذا سيؤول إليه حال

الطفل.

٣- وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة نادية عبد القادر (١٩٩٧م) ، ودراسة

أبو غزالة (٢٠٠٤م)، ودراسة سيد (٢٠٠٦م).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الأسر عندما تعلم باضطراب طفلها يتكون لديها مجموعة من الأفكار السلبية وقد تشعر بالخوف أو القلق من عدم قدرة الطفل على أداء الأدوار المتوقعة منهم بالشكل المناسب مما يجعلهم شديدي الحساسية و يقضون أغلب أوقاتهم في الحسرة و الحزن على حالهم و ندب حظهم ، ومع عملية تعديل هذه الأفكار السلبية بمشاهدة قدرات الطفل بعد التدريب من قبل الوالدين سيدركون وجود طفل في بيئتهم بحاجة لعناية مختلفة في المنزل.

وتتالي سنصل لمرحلة تقبل الحقيقة وسيبدؤون في تجميع طاقاتهم لمساعدة الطفل، فبعد التدريب سيدركون احتياجاته ويستفهموا حالته وبذلك سيبدؤون ويسعون لتعلم المزيد عن طرق المساعدة والتفاعل، وهنا يبدأ الأهل في العمل من أجل الطفل وليس أنفسهم ويبدأ البحث الفعلي عن إيجاد برامج تدريبية وفرص اجتماعية داخل الأسرة وخارجها.

تتفق الدراسات على النتائج التالية:

وتذكر عبد القادر (١٩٩٧م) في نتائج دراستها وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين الاضطراب التوحدي والضغط الوالدية التي يعاني منها الوالدان نتيجة معرفتهما بإصابة الطفل بالتوحد، وأن تدعيم للوالدين للطفل سيزيد من الرابطة العاطفية للطفل مع والديه، بالإضافة إلى أن تحسين الحالة المزاجية للطفل سيزيد من الرابطة العاطفية للطفل مع والديه.

ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤م) تؤكد أن إحساس الوالدين بالمسؤولية تجاه طفلها سيزيد من الإحساس بدورها كأب وأم مسئولين عن هذا الطفل مهما كانت حالة هذا الطفل وهذا سيجعل

الوالدين يتقبلون طفلهم ويفعلون بشكل إيجابي لصالح الطفل، وتحدثت عن ضغوط الحياة مع وجود طفل توحيدي قد تؤدي إلى شعور الوالدين بالقلق تجاه طفلهم والقلق نتيجة الجهل بمستقبل الطفل العلمي والعملي والأسري وهما بحاجة إلى إرشاد لتخفيف هذه الضغوط والأفكار المكونة لديهم عن حالة الطفل أو عن الطفل نفسه. وتوضح النتائج المختلفة تعرض نظام الوالدية للخطر، الأمر الذي يتطلب التدخل بالخدمات الوقائية والإرشادية.

وتوضح سيد (٢٠٠٦م) في دراستها أن تزويد أمهات الأطفال ذوي التوحد باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف تقليل الضغوط النفسية. وأن البرامج الإرشادية المقدمة للوالدين تؤدي إلى تحسين الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء ذوي التوحد.

وتختلف النتيجة في الدراسات السابقة جميعاً، عن النتيجة في الدراسة الحالية ، في أن الدراسة الحالية وجهت جلسة خاصة لمعرفة الأفكار السلبية وتغييرها لدى والدي الطفل التوحيدي، بالإضافة إلى أنها قاست تغيير الأفكار السلبية باستخدام العلاج المعرفي ومحاولة تغيير الأفكار السلبية وذلك بتحويل هذه الأفكار وتشبيتها وتوجيهها للعمل وتدريب الطفل وكل هذا يصب أولاً: في صالح الطفل. ثانياً: في صالح الوالدين حيث أن تدريبهم للطفل سيقبل من الأفكار السلبية المكونة إما عنه أو تجاه هذا الطفل، خصوصاً عند تحسن أو تغيير أو تعديل سلوك الطفل وتحسن مهاراته التي تم تدريب الطفل عليها ، ونتيجة لمتابعة الوالدين اليومية للطفل ستزيد الرابطة العاطفية بينهم وستقوى العلاقة وهذا من شأنه أن يقلل من الأفكار السلبية، بالإضافة إلى أن متابعة الوالدين

للطفل سيقبل من القلق بشأنه فكلما رأوا مهاراته وسلوكياته تتحسن نتيجة تدريبهم له هذا سيقوي دافعيتهم تجاه تدريب الطفل. بالإضافة إلى أن بعض الأفكار السلبية ستقل أثناء معرفة نتيجة تحسن الطفل مثل:

- أشعر أن ابني لا يفهم.
- أشعر أنه ابني لن يتحسن.
- القلق على مستقبل الطفل فنحن لن ندوم له ، من سيربيه ، من سيهتم به ، فهو لا يستطيع تدبير أمور نفسه.
- لا أفهم ما هو التوحد فابني كان طبيعيا.
- لن أكون سعيدة طالما ابني لا يملك قدرات.
- أشعر أنه لا يسمعي.
- أشعر أنه لا يملك القدرة أبدا.
- سيكون التغيير في سلوك ابني صعبا فقدراته سيئة.

كل هذه الأفكار ستقل تدريجيا مع التدريب ومع تحسن الطفل في مهاراته وسلوكياته.

كما إن البرنامج الإرشادي عبر فنياته كان له دور مهم في تبصير الأمهات والآباء باضطراب التوحد وتأثيراته على أطفالهم ودورهم في التخفيف من تلك التأثيرات، كما ساعد الأسر على تعديل أفكارهم ومفاهيمهم الخاطئة المرتبطة باضطراب أطفالهم إلى أفكار ومفاهيم سوية وإيجابية،

وتنمية أساليب المعاملة الوالدية السوية، وفضلا عن ذلك فقد أتاح لهم البرنامج التنفيس بحرية عن انفعالاتهم ومواجهة الصراعات العميقة الكامنة لديهم، الأمر الذي تمخض عنه خفض السلوك غير التوافقي لدى الأسر عن أطفالهم.

كذلك فإن البرنامج أتاح لهم للوالدين تبادل المشاعر والمشورة والخبرة وفرصا للحوار والتنفيس وتكوين علاقات قوية مع بعضهن البعض، مما ساعدهم على التخلص من السلوك غير السوي وتبنى السلوك التوافقي تجاه بعضهم البعض.

كما إن البرنامج الإرشادي له دور مهم في تعريف الأسر بالدعم المجتمعي وضرورة الاستفادة منة لتسهيل عملية التعايش مع اضطراب الطفل حيث تم تبصيرهم وتعريفهم بجمعية أسر التوحد والتشجيع على الاشتراك في عضويتها وحضور الندوات والدورات التي تتناول طرق التواصل مع أطفالهن، فضلا عن تبصيرهن بدور المدرسة في تأهيل أطفالهن مهنيا وعلميا حسب قدراتهم وإمكاناتهم.

ويذكر عبدات (٢٠٠٧م) أن اتجاهات الوالدين وعلاقات الأخوة مع بعضهم البعض هي انعكاس لاتجاهاتهم نحو طفلهم المضطرب، وإن العامل الأكثر قوة للتنبؤ في مدى تقبل الطفل المضطرب في الأسرة هو اتجاهات الوالدين، وخاصة اتجاهات الأم، وإن نظرة التفاؤل والتقبل الوالدي نحو الطفل المضطرب ترتبط إيجاباً بتحسن التكيف الشخصي ، وبالتالي تحسن وتشجيع العلاقة مع أخوة ذوي الاحتياجات الخاصة.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث والذي ينص على انه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي ".

ويتضح من النتائج الإحصائية عدم تحقق هذا الفرض حيث لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي، حيث بلغت قيمة الفرق بين مرتبي التطبيق البعدي والتبقي على مقياس قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي طبقاً لطريقة مان وتي ٠،٨٩ وهي غير دالة وهذا يعني أن أثر البرنامج مستمر حتى بعد الانتهاء منه.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى نجاح البرنامج المستخدم في مساعدة والدي الطفل التوحيدي في تعميم واستمرار ما اكتسبوه من مهارات وخبرات خلال هذا البرنامج، وانتقال أثر التدريب حتى بعد مرور شهر من تطبيقه عليهم. كما يشير ذلك أيضاً إلى العائد ذوي الأثر الإيجابي لأنماط وأساليب وفتيات البرنامج في تحسن المهارات لدى أطفال التوحد.

كذلك الطفل الذي نتعامل معه هو طفل توحيدي غير عادي حيث يوجد لديه جمود في مكتسباته وبقاء أطول لأثر التعلم في شخصيته وسلوكه، فأى سلوك يتعلمه يستمر في تكراره بصورة نمطية لا تخضع للتفكير وهذا ما كان واضحاً في نتائج البرنامج وأنشطته المقدمة من خلال الوالدين.

ويرى عبد الله (٢٠٠٠م) أن متابعة تدريب الأطفال يؤدي إلى منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج وهذا يعمل على استمرار أثر البرنامج وفعاليتها بعد أن يكون قد انتهى.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة بدر (١٩٩٧م)، ودراسة معمور (١٩٩٧م)، ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩م)، ودراسة عادل عبد الله في دراسته (٢٠٠٢م)، ودراسة ماضي (٢٠٠٦م) ، ودراسة نيازك (٢٠٠٨م) ، ودراسة درازين وكوجل (Koegel&Drazin ١٩٩٥) ، ودراسة روبرت، كوجل (Robert-L, Kogel 2004) ، وتؤكد دراسة بدر (١٩٩٧م) ، ودراسة معمور (١٩٩٧م) أن استمرارية أثر البرامج الإرشادية والعلاجية المقدمة للأسرة أو للطفل حتى بعد الانتهاء منها. وأظهرت نتائج دراسة عبد الغفار (١٩٩٩م) ، ودراسة عبد الله (٢٠٠٢م) استمرارية أثر البرامج الإرشادية والعلاجية تدل على تغيير وتحسن في أنماط وأساليب وفتيات ومهارات أطفال التوحد. وتوضح دراسة ماضي (٢٠٠٦م) ، ودراسة نيازك (٢٠٠٨م) ، ودراسة درازين وكوجل (Drazin & Koegel ١٩٩٥م) ، ودراسة روبرت، كوجل (Robert-L, Kogel 2004م). استمرارية أثر البرامج الإرشادية يؤدي إلى تجاوب الأسرة بشكل إيجابي لصالح البرامج. نتائج الفرض الرابع ينص هذا الفرض على انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحد قبل البرنامج". ويتضح من النتائج الإحصائية عدم تحقق هذا الفرض حيث بلغت قيمة الفرق ١,٢٣ وهي قيمة غير دالة. ويتضح أنه لا يوجد فروق بين الآباء والأمهات في الأداء على الخصائص السلوكية للطفل التوحد قبل البرنامج.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الوالدين قبل البرنامج لا يملكون الإمكانيات اللازمة والتي من شأنها مساعدتهم على التعايش مع الأزمة التي تمثلها اضطراب طفلهم، وبالتالي ليس هناك تعايش مع الاضطراب بشكل يدعم دور الأبوين أو أحدهما.

والرغبة القوية لكل من الوالدين في معرفة المهارات التي تقدم لطفلهم في المركز ، بالإضافة لمعرفة قدرات طفلهم الفعلية والقدرات التي يستطيع أن يصل إليها بعد الانتهاء من البرنامج تجعل الوالدين يتحدون في تحديد القدرات الفعلية للطفل وتحديد أدائه الفعلي عن طريق مقياس الخصائص السلوكية للطفل التوحدي المقدم لهم.

نتائج الفرض الخامس الذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد البرنامج"

ويتضح من النتائج الإحصائية تحقق هذا الفرض حيث بلغت درجة ٣،٤٧ وهى قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠،٠١ ، وهذا يعني أن الفرق كان لصالح الأمهات.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة لعدة أسباب وهي أن الأم:

- ١- أكثر تعاوناً واستجابة للتعليمات التي تقدمها الباحثة.
- ٢- أكثر تواجداً مع الطفل حيث تقضي أغلب وقتها في جوار طفلها.
- ٣- تبذل جهوداً كفاية للتعرف على صفات ابنها التوحدي.

٤ - انشغال الأب الدائم عن منزله بسبب ظروف العمل يجعل الأم تتحمل المسؤولية الكاملة

داخل المنزل حتى في تدريب طفلها التوحيدي.

٥ - تقبل الأم للطفل ورغبتها وحماسها لتعديل سلوكه.

٦ - طبيعة العلاقة بين الأم والطفل أقوى من العلاقة بين الأب والطفل.

ويتضح من النتائج أن الأمهات أكثر استجابة للبرنامج الإرشادي وتعزو الباحثة ذلك إلى إن الأمهات قد أبدين الرغبة القوية والاستعداد للمشاركة في البرنامج الإرشادي أكثر من الآباء لتعلم الأساليب السلوكية مما أتاح للباحثة ممارسة الجلسات بطريقة تتسم بالإيجابية حيث لوحظ مدى تفاعلهن واندماجهن في جلسات البرنامج وتشوقهن لمزيد من المعلومات حول اضطراب التوحد وتعليمهن أساليب السلوك السوية في التعامل مع أطفالهم التوحيدين، وبالرغم من ذلك لا ننكر دور الأب الإيجابي في البرنامج ولكن ظهر تفوق الأمهات على الآباء وقد يعود ذلك لانشغال الآباء في عملهم وكثرة الضغوط الحياتية اليومية عليهم.

٥-٢ التوصيات ومقترحات الدراسة:

١- توصيات الدراسة:-

بناء على ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في الدراسة الحالية فإنها توصي بما يلي:

- ١- تدريب أسر الأطفال التوحديين في بقية المهارات التي لم تتناولها الباحثة.
- ٢- عمل برامج علاجية تهدف إلى تعديل الأفكار السلبية لدى أسر أطفال التوحد.
- ٣- إشراك الأسر في تخطيط وتنفيذ البرامج المقدمة لطفلهم التوحد.
- ٤- أهمية التدخل المبكر في تنمية مهارات الطفل التوحد وفي تنمية جوانب القصور لديه.
- ٥- القيام بدراسات تهتم بأسر أطفال التوحد وتهتم بإرشادهم لمواجهة ضغوط الحياة ومواجهة إعاقة الطفل.
- ٦- تصميم بعض المواقع الالكترونية على شبكة الانترنت؛ تعرض برامج لتنمية المهارات الحياتية للأطفال التوحديين.
- ٧- التوسع في البحث العلمي المنظم في دراسة مدى فاعلية إشراك الأسرة في علاج أطفال التوحد.
- ٨- تطبيق البرنامج المقترح في هذا البحث من قبل المختصين والعاملين مع أسر أطفال التوحد لاختبارها وتنميتها ودراسة جدواها.

٢- مقترحات الدراسة:-

تقترح الباحثة في ضوء ما توصلت إليه من خلال الدراسة ، إجراء عدد من الدراسات العلمية مثل:

- ١- فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي يقدم لأخوة وأخوات أطفال التوحد البسيط.
- ٢- فاعلية برنامج إرشادي تدريبي يقدم لمعلمي ومعلمات التوحد.
- ٣- فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي يقدم لأسر أطفال التوحد المتوسط والشديد.
- ٤- دراسة استطلاعية: لمعرفة الأفكار غير العقلانية لدى أسر أطفال التوحد والعمل على تغييرها باستخدام العلاج المعرفي.

فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض

الباحثة: عهد بنت بشير بن سعود العسكر

المشرف: أ.د/محمد بن عبد المحسن التويجري

ملخص الدراسة:

التوحد هو إحدى حالات الإعاقة التي تحول دون استيعاب المخ للمعلومات و كيفية معالجتها، وتؤدي إلى حدوث مشاكل لدى الطفل في كيفية الاتصال بمن حوله واضطرابات في اكتساب مهارات التعلم السلوكي والاجتماعي، ويعتبر التوحد من أكثر الأمراض شيوعاً والتي تصيب الجهاز النمائي للطفل. ويظهر مرض التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، كما يصاحبه قصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي، واللغة، والتواصل، والنمو المعرفي، والنمو الاجتماعي ويصاحب ذلك انسحابية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ويصبح الطفل وكأن جهازه العصبي قد توقف. كما تعتبر الحركات النمطية العشوائية غير الهادفة والتي تستمر لفترات طويلة، وكذلك ثورات الغضب الناتجة عن محاولة إخراج الطفل من عالمه الخاص من الأعراض المصاحبة لاضطراب التوحد.

وتشير الدراسات إلى أن المعرفة الجيدة بطبيعة المرض توضح للأهل والمجتمع المحيط بالطفل سبب تصرفات الطفل وتسهل التعامل معه بأسلوب علمي مدروس يخفف أعراض المرض وشدتها ويوجد بيئة مناسبة محيطة بالطفل التوحدي لاكتساب المهارات اللغوية وكيفية التواصل وتجنب

السلوك غير المرغوب قدر الإمكان، وبذلك يكون الطفل مهياً لدخول المجتمع والتعامل معه بشكل أفضل.

وقامت الباحثة بإعداد دراسة بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض.

يقترح نموذجاً عملياً لمساندة ومساعدة أسرة الطفل التوحد في التعامل الأمثل معه، وفي تهيئة الظروف المختلفة لإكسابه مهارات حياتية معينة تساعد على التكيف، وإرشاد الأسرة إلى التعرف على اضطراب التوحد والمهارات التي يجب تنميتها لدى الطفل التوحد وإكسابه مهارات تتصل بلغة الجسد Body Language والتدرج في ذلك للوصول إلى تعليمه بعض التفاعلات الاجتماعية ضمن مراحل محددة.

أهداف الدراسة:

١- التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي يتم تقديمه لأسرة أطفال التوحد في تنمية بعض المهارات وجوانب القصور لدى الطفل.

٢- التعرف على الأفكار السلبية التي نشأت لدى الأسرة بعد معرفتهم بطبيعة اضطراب الطفل ومعالجة هذه الأفكار من خلال الإستراتيجية المعرفية.

٣- زيادة وعي الأسرة بطبيعة هذا الاضطراب وأسبابه.

٤- التعرف على أهم الأساليب المناسبة لتعامل الأسرة مع أطفال التوحد.

- ٥- التعرف على الأساليب الخاطئة التي تستخدمها الأسرة في التعامل مع طفلها التوحدي.
- ٦- زيادة وعي الأسرة بنقاط القوة والمهارات التي يملكها طفلهم التوحدي.
- ٧- تعرف الأسرة على نقاط الضعف لدى طفلها التوحدي.
- ٨- محاولة توفير برنامج مقنن يمكن من خلاله الإسهام في زيادة وعي الأسرة لأهمية العلاج المبكر لاضطراب التوحد.
- ٩- تقديم المساعدة اللازمة لأسر أطفال التوحد ومساعدتهم على العيش بشكل طبيعي.
- ١٠- زيادة التفاعل بين الأسرة والطفل التوحدي باعتباره إنسان طبيعي يفتقد لمجموعة من المهارات التي يجب على الأسرة تنميتها وكما شبهتها الباحثة بالكوب الفارغ الذي يحتاج إلى تعبئته.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحدي نتيجة تدريب الوالدين له.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبقي.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي قبل البرنامج.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء استبيان الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بعد البرنامج.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي باستخدام العلاقة بين المتغيرات ، المتغير المستقل (البرنامج المقترح) والمتغير التابع (المهارات الحياتية المقدمة لأسرة الطفل التوحدي) واعتمدت الدراسة علي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أسر الأطفال التوحديين الذين يتلقون العلاج في مراكز التوحد في مدينة الرياض والذين سبق تشخيصهم باستخدام المقاييس المناسبة لتشخيص التوحد.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من ٥ أسر لأطفال توحديين من فئة التوحد البسيط وتتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات كما أن جميعهم ينتمون إلى المستوى الاقتصادي - الاجتماعي - التعليمي المتوسط.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

إجراء اختبار قبلي وبعدي للمجموعة. لتحديد الفروق بين القياسين القبلي والبعدي سيتم استخدام أسلوب اختبار- مان وتني.

نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة عددا من النتائج هي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في سلوك الطفل التوحيدي نتيجة تدريب الوالدين له.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي و البعدي في تعديل أفكار الوالدين السلبية.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين البعدي والتبعي.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء على قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي قبل البرنامج.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإباء والأمهات في الأداء قائمة الخصائص السلوكية للطفل التوحيدي بعد البرنامج.

التوصيات:

- ١- تدريب أسر الأطفال التوحديين في بقية المهارات التي لم تتناولها الباحثة.
- ٢- إشراك الأسر في تخطيط وتنفيذ البرامج المقدمة لطفلهم التوحدي.
- ٣- أهمية التدخل المبكر في تنمية مهارات الطفل التوحدي وفي تنمية جوانب القصور لديه.
- ٤- القيام بدراسات تهتم بأسر أطفال التوحد وتهتم بإرشادهم لمواجهة ضغوط الحياة ومواجهة إعاقة الطفل.
- ٥- تصميم بعض المواقع الالكترونية على شبكة الانترنت ؛ تعرض برامج لتنمية المهارات الحياتية للأطفال التوحديين.
- ٦- التوسع في البحث العلمي المنظم في دراسة مدى فاعلية إشراك الأسرة في علاج أطفال التوحد.
- ٧- تطبيق البرنامج المقترح في هذا البحث من قبل المختصين والعاملين مع أسر أطفال التوحد لاختبارها وتنميتها ودراسة جدواها.

Study abstract

Thesis Title : Behavioral- Cognitive Counseling Program usefulness for families of Autism children in Riyadh city .

Researcher: Ohoud Besheer Saud Al-Askar

Academic supervisor: Prof / Mohammed A. Al-Tuwaijri

Autism is one of the cases that hinder the brain to receive or understand information and processing it .Autism leads to good deal of problems for children such as lack of ability to communicate with others, social-behavioral learning disorders. Autism is recognized as one of the most common diseases that affect growth system for children .It inflicts children during first 3 years. Autism is known to be related to some other symptoms such as perception dysfunctions as well as language disorder, communication disorder and cognitive as well as social development disorders. Among its symptoms, the tendency to be alone with emotional rigidity and numbness as if the nervous system got damaged.

Some other autism related symptoms are represented into long-term aimless movements as well as anger episodes.

Studies shows that good familiarity with the nature of this case shall qualify caregivers and families as well as society dealing with Child's behaviors and facilitate dealing with them into scientific way the thing shall contribute to relief the tensivity of the disease . There is an appropriate atmosphere for the autism afflicted children to gain linguistic skills and the way to communicate well and avoidance of undesirable behaviors .And in such a way the child shall be qualified to interact well into the society and dealing with it.

The researcher conducted a study that bears the title: " Behavioral- Cognitive Counseling Program usefulness for families of Autism suffering children in Riyadh city."

The study research propose a practical model for autism children ' families for ideal dealing with such case , and to provide good conditions to gain the child life skills that help him to adapt well to surrounding conditions .It also helps the family to realize autism disorders and how to develop great skills for him and other skills related to body language .As well , gradual steps is to be followed till social interactions is attained throughout learning activities provided by family .

Study objectives:

- 1- Verifying the usefulness of the Counseling Program that targets helping autism afflicted children families into enhancing skills for their children.
- 2- Showing passive thoughts that were developed among families on their discovering of the case (autism) their child suffers from.
- 3- Raising awareness among families about such disorders and its causes.
- 4- Showing most significant methods that suite the family to deal with their autism child.
- 5- Showing incorrect methods adopted by families when it comes to dealing with autism child.
- 6- Raising awareness among families about strengths and skills that their autism child gains.
- 7- Showing the family weaknesses points of their autism child.
- 8- Making available of an approved program that helps raising the awareness among families about the significant importance related to early treatment.
- 9- Increasing rate of support to autism child families to adapt to their child case normally.

10- Increasing interaction rate between the family and the autism child as normal person that lacks some skills that are to be developed by the family.

The study hypothesis:

According to the pervious studies and in the light of questions which the current study puts forth, the following hypothesis can be formed:

There are statistical differences between the pretest and protest in the behavior of autism children as a result of the parents training for him.

There are statistical differences between mean of pretest and protest marks in modifying the negative ideas of the parents.

There are statistical differences between the mean of protest and iterative test's marks.

There are statistical differences between the fathers and mothers in the performance of behavior characteristics list for the autism children before the program.

There are statistical differences between the fathers and mothers in the performance of behavior characteristics list for the autism children after the program.

Study methodology:

The researcher utilized semi-empirical method by using relation between the variables, independent variable (proposed program) and the dependent variable (daily life skills presented to autism child family). The study was based upon pre and post evaluation for the empirical group

Study population:

Study population is represented into all families of autism children into autism medical centers in Riyadh.

Study sample

Study sample consists of 5 autism children families that their ages range from 3 to 9 .All of them are of social, economical and academic mean level.

Used Statistical methods:

There were pre and post evaluation tests that were conducted for study sample so as to identify the differences between the pre and post evaluation .Man Wettni tests were used.

Study results:

There are statistical differences between the pretest and protest in the behavior of autism children as a result of parents training for them.

There are statistical differences between the mean of pretest and protest marks in modifying the negative ideas of parents.

There are statistical differences between the mean of pretest and iterative test marks.

There are statistical differences between mothers and fathers of autism children into their dealing with behavioral disorders of their children before using the program.

There are statistical differences between mothers and fathers of autism children into their dealing with behavioral disorders of their children after using the program.

Recommendations:

- 1- Training families of autism children on further skills to teach their children that the researcher did not display herein.
- 2- Giving opportunity to families to participate into planning and implementing the programs provided for their autism child.
- 3- Great importance of making early treatment by developing skills of their child into early stage and to give them advices on how to face life challenges and difficulties and facing the disease.

- 4- Conducting further studies that give more attention to autism child families that give them advices on how to face life challenges and difficulties and facing the disease.
- 5- Designing some web sites that display programs helping developing autism children skills.
- 6- Expanding field of academic research activities into studying the role of family into treatment of autism children.
- 7- Applying the proposed program into this research by the professionals who deal with autism children families and developing it and its usefulness.

المراجع

أولاً/ المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز؛ إبراهيم ورضوى (١٩٩٣م). العلاج السلوكي للطفل، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب، الكويت، العدد ١٨٠.
- أبو السعود، نادية إبراهيم (٢٠٠٢م). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والطفولة، جامعة عين شمس.
- أبو غزالة، سميرة (٢٠٠٤م). فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة.
- أبو المجد، مصطفى (٢٠٠٧م). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين، المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- أحمد، فايزة (٢٠٠٩م). فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدي عينة من الأطفال التوحديين، بحث مقدم للمؤتمر العلمي التربوي النفسي كلية التربية جامعة دمشق.
- الأنور، محمد (٢٠٠٥م). فاعلية برنامج إرشادي لزيادة تقدير الذات لدى المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- بايترسون (١٩٩٥م). الإرشاد النفسي و العلاج النفسي، (ترجمة)، سيد عبد الحميد، القاهرة: مكتبة وهبة.
- البحيري، محمد (٢٠٠٧م). تنمية الذكاء الوجداني لخفض حدة بعض المشكلات لدى عينة من الأطفال المضطربين سلوكيا، مجلة دراسات نفسية، المجلد ١٧، العدد ٣.

- بدر، إسماعيل محمد (١٩٩٧م). مدي فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي والمجال التربوي ، ديسمبر، المجلد ٢ ، جامعة عين شمس ، ص (٧٢٧-٧٥٦).
- البربري، عبد الحليم نشوي (٢٠٠٤م). فعالية برنامج تدريبي قائم علي التعلم بالأنموذج في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى طفل الأوتيزم: دراسة حالة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة المنوفية.
- بوزبون، بدرية (٢٠٠٠م). استخدام طريقة التواصل عن طريق تبادل الصور كأسلوب لمعالجة الأطفال الذين يعانون من مشكلة التوحد: دراسة حالة. بحث أكاديمي مقدم لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. (منشورات جامعة الخليج العربي) البحرين.
- بيك ، أرون (٢٠٠٠ م). العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية (ترجمة) عادل مصطفى، القاهرة ، دار الأفاق العربية.
- بيومي ، لمياء (٢٠٠٨م). الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين وعلاقتها بالاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق ، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
- الجندي ، جمال (٢٠٠٩م). علاج أطفال التوحد باستخدام الحماية الغذائية، مصر ، وزارة التربية والتعليم ، قسم التربية الخاصة.
- حلواني ، حسني (١٩٩٦م). المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة أم القرى بمكة المكرمة.
- حمودة ، محمود (١٩٩٨م). الطفولة و المراهقة المشكلات النفسية و العلاج ، القاهرة ، المطبعة الفنية الحديثة .
- حماد ، محمد (٢٠٠٨م). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى التلاميذ الصم من المرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية، جامعة أسيوط .

خليل ، عمر بن خطاب (١٩٩١م). التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والتوحدية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، مجلة دراسات نفسية، الجزء الثالث.

الخولي، هشام(٢٠٠٨م). الأوتيزم (التوحد) الايجابية الصامتة استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم، (ب ط)، مصر: دار المصطفى للطباعة.

الدريني، حسين و كامل ، محمد (٢٠٠٦م). معايير تقويم جودة تصميم برامج التدخل السيكولوجي، (المجلة المصرية للدراسات النفسية) ، المجلد (١٦) العدد (٥٢) ، ص١-٢٥.

رفيق، فادى (٢٠٠١م). إعاقة التوحد المعلوم المجهول ، بيروت. دار الجيل. رياض، سعد (٢٠٠٨م). الطفل التوحدى: أسرار الطفل التوحدى وكيف نتعامل معه، ط١، مصر: دار النشر للجامعات.

الزارع، نايف (٢٠١٠م). المدخل إلى اضطراب التوحد"المفاهيم الأساسية وطرق التدخل"، (ط١)، عمان "الأردن": دار الفكر.

زهران، حامد (١٩٩٨م). التوجيه والإرشاد النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب. الزهراني، عبد الله (٢٠٠٦م). المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

السماك، أمينة و مصطفى، عادل(٢٠٠١م).الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية،(ط١)، الكويت: مكتبة المنار الإسلامية.

سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠٠م). الذاتية، إعاقة التوحد لدى الأطفال، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

السيد، محمد وخليفة، منى (٢٠٠٤م): مقياس جيليام لتشخيص التوحدية، القاهرة ، دار الفكر العربي.

السيد، زيزي (٢٠٠٦م). العلاج المعرفي ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر.
الشافعي ، ألفت (٢٠٠٤م). الطفل التوحدي ورعايته ، المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية، مصر، جامعة أسيوط.

الشمالي، وفاء (٢٠٠٤م). خفايا التوحد: أشكاله وأسبابه وتشخيصه،(ط١)،جدة الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

الشمالي، وفاء (٢٠٠٤م). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية،(ط١)، جدة:الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية.

الشربيني ، لطفي(٢٠٠٤م). التوحد : دليل لفهم المشكلة و العلاج و التعامل مع الحالات، (مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية) ، العدد الخامس ، الجزء الأول .

شقيير، زينب(٢٠٠٢م).مدى فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في بعض حالات الشره العصبي ، (مجلة علم النفس المعاصر و العلوم الإنسانية)،المجلد(١٣)،الجزء(٢).

الشمري، طارش (١٩٩٦م). المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد. مركز الكويت للتوحد، دولة الكويت.

الشمري، طارش(٢٠٠١م).تشخيص وقياس الأطفال التوحديين. بحث أكاديمي مقدم لندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة.(منشورات جامعة الخليج العربي).

الشمري،طارش(٢٠٠٠م). أساليب التدخل ومقومات نجاح البرامج العلاجية.مركز الكويت للتوحد، دولة الكويت.

الشناوي ، محروس و السيد ، محمد (١٩٩٨م). العلاج السلوكي الحديث،القاهرة ، دار قباء للطباعة و النشر.

الشيخ ، رائد (٢٠٠٩م). الأسباب المقترحة للتوحد وعلاجه ، اللاذقية ، (منشورات مهرجان التوحد الأول في سوريا).

عبد الرحيم ، فتحي سيد (١٩٩٠م). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وإستراتيجيات التربية الخاصة، ج٢- ط٤ - الكويت ، دار القلم.

عبد القادر، نادية إبراهيم (١٩٩٧م). الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بضغط الوالدية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة: جامعة عين شمس.

عبد الغفار، سهام (١٩٩٩م). فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال. المركز التخصصي للأبحاث، عمان، الأردن.

عبد الله ، عادل (٢٠٠٠م). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات ، القاهرة، دار الرشاد. عبد الله، عادل (٢٠٠٢م). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين، مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد ٨٨.

عبد الله، إبراهيم (٢٠٠٤م). التوحد: الخصائص والعلاج، عمان، دار وائل للطباعة والنشر. عبد السلام، محمد شوقي (٢٠٠٤م). فاعلية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين {الأوتيزم} ، رسالة ماجستير ، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طنطا.

عبد الله، عادل (٢٠٠٤م). الإعاقة العقلية: الأنماط والتشخيص والتدخل المبكر، المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية، مصر، جامعة أسيوط.

عبد رب النبي، عبد الله (٢٠٠٤م). فاعلية التدخل المبكر في خفض وعلاج اضطرابات التخاطب لدى المعاقين ذهنيا ، المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية ، مصر، جامعة أسيوط.

عبد الكريم ، سوسن (٢٠٠٥م). فاعلية برنامج إرشادي لتخفيض حدة الغضب، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنصورة.

عبدات، روعي (٢٠٠٧م). الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين: دراسة ميدانية، كتاب المنال الثامن عشر، الإمارات العربية المتحدة.

عبد الله، معتز (٢٠٠٩م). الخجل (مترجم) ، سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد ٣٦١.

عزام، هاجر (٢٠٠٤م). دور الفنون في تأهيل المعاقين ذهنياً ، (المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية) ، مصر ، جامعة أسيوط.

عكاشة، أحمد (١٩٩٨م). الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.

علي، أزهار (٢٠٠١م). (http://www.acofps.com/vb/forumdisplay) مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الاجترار.

العثمان، إبراهيم (٢٠٠٣م). البرامج التربوية التي تقدمها وزارة التربية و التعليم للأطفال ذوى اضطراب التوحد، وزارة التربية و التعليم ، الرياض.

العثمان، إبراهيم (٢٠٠٥م). استراتيجيات التربية الخاصة و الخدمات المساندة الموجهة للتلاميذ ذوى التوحد ، قسم التربية الخاصة ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود.

فهد، هدى (٢٠٠٥م). دور الأهل في رعاية المصاب بالتوحد ، دبي ، مركز دبي للتوحد.

كفافي، علاء الدين (١٩٩٩م). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الاتصالي ، القاهرة :دار الفكر العربي ، ط١.

كفافي، علاء الدين (٢٠٠٣م). الصحة النفسية و الإرشاد النفسي ، الرياض ، دار النشر الدولي.

كمال الدين ،هالة فؤاد (٢٠٠١م). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحدية ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

كمال، صافيناز (٢٠٠٤م). فاعلية الإرشاد الأسري في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، (المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية)، مصر، جامعة أسيوط.

- كمال، صافيناز (٢٠١١م). فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال، كلية التربية والعلوم الإنسانية، جامعة طيبة ، المدينة المنورة.
- ليهى، روبرت (٢٠٠٦م). العلاج النفسي المعرفي، ترجمة: جمعة يوسف، محمد نجيب، القاهرة، أيتراك للنشر و التوزيع.
- ماهر، نسرین علي (٢٠٠٥م). بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى أخوة الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير، مصر، جامعة القاهرة.
- ماضي، أم كلثوم (٢٠٠٦م). مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين، رسالة ماجستير، مصر، جامعة عين شمس.
- محمد، عبدالله عادل (٢٠٠٥م). مقياس الطفل التوحدي ، ط ٣ ، القاهرة ، دار الرشاد.
- محمد، عبد الله عادل (٢٠٠٠م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك العدواني لهؤلاء الأطفال، مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، العدد ١٤ .
- محمد، عبد الله عادل (٢٠٠١م). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من سلوكهم الإنسحابي لهؤلاء الأطفال، الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجية، (ط ١)، مصر: العربية للطباعة والنشر.
- محمد، عبد الله عادل (٢٠٠٢م). الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجية، (ط ١)، مصر: العربية للطباعة والنشر.
- محمد، عادل (٢٠٠٨م). الأطفال التوحديون دراسات تشخيصية وبرامجية، (ط ٣)، مصر: العربية للطباعة والنشر.
- محمد، فاطمة (٢٠٠٩م). دور الأسرة الأبوين والأخوة في التعامل مع الطفل التوحدي مقال مقدم لمجلة إعاقتي العلمية.
- مدبولي، أسامة (٢٠٠٦م). <http://www.acofps.com/vb/forumdisplay> فاعلية برنامج تيتش TEACH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين .

مصطفى، إمام (٢٠٠٤م). نموذج متعدد الأبعاد للعمل مع أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، (المؤتمر العربي الثاني للإعاقة الذهنية) ، مصر، جامعة أسيوط .

مصطفى، وحيد (٢٠٠٥ م). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليا، مجلة دراسات نفسية، المجلد ١٥ ، العدد ٢.

معمور، ملا عبد المنان (١٩٩٧م). فاعلية سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الرابع الدولي لمركز الإرشاد النفسي ، (٢-٤)ديسمبر، المجلد الأول، كلية التربية جامعة عين شمس ، ص٤٣٧-٤٦٠.

مليكه، لويس كامل (١٩٩٤م).العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم.

موسى، محمد (٢٠٠٧م). اضطراب التوحد، (ط١)، مصر: مكتبة الإنجلو المصرية.

ميقاتي، محمد (٢٠٠٦م).التأهيل الشامل للطفل المتوحد ، بيروت ، الجمعية اللبنانية للأوتيزم (التوحد).

نصر، سهى أمين (٢٠٠١م). مدي فعالية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

نيازك، سوسن محمد(٢٠٠٨م). فاعلية استخدام برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة بمحافظة جدة، رسالة

ماجستير ، كلية التربية للبنات بالمدينة المنورة ، جامعة طيبة ، المملكة العربية السعودية.

هالامان، دنيال وكوفمان، جيمس(٢٠٠٨م).سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، (ترجمة:عادل محمد).دار الفكر،عمان.الأردن.

هويدي،محمد (٢٠٠٠م). بحث مقدم لندوة الإعاقات النمائية الإعاقات النمائية: قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. منشورات جامعة الخليج العربي.

هويدي، محمد (٢٠٠١م). اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة، بحث أكاديمي مقدم
لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية. منشورات جامعة الخليج
العربي.

هيرون ، كرستين (٢٠٠٥م). العلاج بالاسترخاء ، ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة،
دار الفاروق للنشر و التوزيع .

يجي، عبد الحفيظ (٢٠١٠م). (http:www.tobuwk.maktoobblog.com/1622744, 7/10/2010).
التوحد : إعاقة متعددة الجوانب.

ثانياً/ المراجع الأجنبية:

- Andrews , Donna, G(1993).**Behavioral Intervention For Maladaptive Behaviors Of Students With Autism In Community Settings** ,Dai-A54/03, p888,sep.
- Aluri , U , Karamth,P.(2002). **Rehabilitation facilities available for children with autism** , Disability Rehabilitation Journal , 13 , 115-124 .
- Andrea , W ,Luc,E.(2005) .**Treatment incidence and patterns in children and adolescent with autism spectrum disorders** ,
<http://www.acofps.com/vb/forumdisplay> .
- Ball,James (1996). **Increasing Social Interaction Of preschool With Autism Through Relationships With Typically Developing peers** Eric ,ED 400654.
- Baranek , G.(2002) . **Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism** , J. of Autism & Developmental disorder , 32 , 397-422 .
- Bryan, L. (2002). **Teaching on task and on schedule behavior to high functioning children with autism** , J. of Autism and Developmental Disorders, 30,55-67 .
- Becker ,B. , Mc farland , J . & Anderson, V. (2003) . **A model of positive behavioral support for individuals with autism and their families**, Developmental Disabilities, 18,110-121 .

- Buffington , Engel , Shigeki , Peter(2005).**Procedures For Teaching Appropriate Gestural communication skills To Children With Autism** . Journal Of Autism And Developmental Disorders ,v.28,N .6.
- Butler, A. , Gerwen,V. & Hains , A . (2006). **The empirical status of cognitive behavioral therapy**, clinical Psychology Review , 26, 16-31 .
- Callawy, C. (1999). **The development of communicative functions and means in students with autism**, Focus of Autism and other Developmental Disabilities , 14,3 .
- Cols , D.M. Higgins , J .& Endler, N (2006). **Effect of referral source on outcome with cognitive-behavior therapy** , comprehensive psychiatry , 47,241-245 .
- Drazin,Daniel & Koegel,Lynn K.(1995).**Incorporating the sibling in the parent education of families with children with autism** .E Magazine, v6, n6.
- Davis, E., (2004). **use the solution-focused technique about intervention efficacy for children with attention deficit** , Dissertation Abstracts International , P . 1897 (B) .
- Edwards, J. (2002) . **Evidence-based treatment for child ADHD**, J. of Mental Health Counseling, 24, 126-140 .
- Eldevik, s. Christina, W & Witwer , A . (2006) . **Effect of low intensity behavioral treatment for children with autism and mental retardation** , <http://www.acofps.com/vb/forumdisplay>.
- Fullerton,Ann & Coyne, Phyllis(1999).**Developing skills and concepts for self-determination in young adults with autism**. Focus on Autism and Other De-velopmental Disabilities,v14,n1.
- Field,Sharon&Hoffman,Alan(1999).**The importance of family involvement for promoting self – determination in adolescents with autism and other developmental disabilities**.focus on Aut- ism and Other developmental Disabilities,V.14,N.1.
- Giafiero, H.M.(2001) . **The effect of an augmentative communication intervention on the communication behavior of adolescents with autism** , Focus Autism and other Developmental Disabilities, 16,212 .

- Glasser, D. (2002) . **Emotional abuse and neglect : A conceptual framework**, child Abuse & Neglect, 26 .
- Gray, D. (2003). **The parents of children with high functioning autism**, Social Science and Medicine , 56, 631-642 .
- Gal, E., Bauminger, N., Goren-Bar, D., Pianesi, F., Stock, O., Zancanaro, M., & Weiss, P. (2009). **Enhancing social communication of children with high-functioning autism through a co-located interface**. AI & Society, Vol. 24, Issue 1, 75-84.
- Hilton, R. (2004).**Positive perceptions in parents of children with disabilities** , Disability Rehabilitation Journal, 15,22-35 .
- Imms, C., Rodger, S., & Ziviani, J. (2006). **Daily activities of families with a child with severe autism revolved around the need to occupy and pacify the child: Families felt robbed of meaning and satisfaction in family life**. Australian Occupational Therapy Journal, Vol. 53, Issue 2, 136-137.
- Jennifer O'Connor ; Aoife R; Dermot Barnes-Holmes, & Yvonne Barnes-Holmes. (2009). **The Role of Verb al Behavior, Stimulus Nameability, and Familiarity on the Equivalence Performances of Autistic and Norm ally Developing Children**. The Psychological Record, 59, 53–74.
- Koegel , Koegel(1999). **Extended Reduction In Stereotypic Behavior Of Students With Autism Through Aself Management Treatment Package** ,journal Of Applied Behavior Analysis 23: p119-130 .
- Kouji, T. & Yamamoto, J. (2001). **The effects of self monitoring on improving academic performance by a student with autism** , J of Special Education , 38, 105-116 .
- Kenny, M. & Winick , C. (2001). **An integrative approach to play therapy with an autistic girl**, <http://www.acofps.com/vb/forumdisplay>.
- Kasari, C. (2002). **Assessing change in early intervention programs for children with autism** , J. of Autism and Developmental Disorders, 32, 361-441 .
- Kaminsky, L. & Dewey, D. (2002). **Psychological adjustment in siblings of children with autism**, J. of psychology and psychiatry , 43,225-232 .
- Kouji, T. Hident, K . & Jum,I , (2002). **Intensive supervision for families conducting home-based behavioral treatment for children with autism** , J, of Special Education , 39,155-164 .

- Krause, D. (2003). **Effective program evaluation: An introduction** , Chicago , Nelson & Hall .
- Kamio, Y. & fshisaka, Y. (2004). **psychiatric comorbidity in children with autism** , J. of Children and Adolescent psychiatry , 43, 116-123 .
- Lovaas ,O & Meacham,Smith (1993). **Long –term Outcome For Children With Autism Who Received Early Intensive Behavioral treatment American** ,Journal On Mental Retard Retardation ,J. Vol ,97 (4) : 357-372.
- Lise, F. & Pamela , B. (2003). **Understanding and intervening with the challenging behavior of children with autism** , <http://www.acofps.com/vb/forumdisplay>.
- Marica ,D.(1990). **Autism and Life in the community**. Successful interventions for behavioural challenges.London:pawul,H.Co.
- Mc Closkey-Dale,Susan R.(1999). **ECT and autism ;making the connection.Paber presented at the annual southeast augmentative communication conference(20th,Bimingham,AL,Oct.1-2.**
- Meese, R.L. (2001). **Teaching learner with mild disabilities** , Belmont CA : Wadsworth, Thomas Learning .
- Morrison, R. (2002). **increasing play skills of children with autism** , J. of Early Intervention , 25, 58-72 .
- Mahoney, G.& Frida, P. (2003) . **using relation focused intervention to enhance the social emotional functioning of children with autism** , <http://www.acofps.com/vb/forumdisplay>.
- Maddey, N.G.(2004) . **Acquisition and generalization of activity schedules on task engagement in young children with autism** , Mental Retardation and Developmental Disabilities , 35, 285-326 .
- Matson, L; Dempsey, T., & Fodstad, Jill C. (2009). **The effect of Autism Spectrum Disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability**. Research in Developmental Disabilities, Vol. 30, Issue 6: 1203-1211.
- Nathaly Buhaghiar , L. (2005).**Therapists Experience Of Treating preschool Autistic Children** ,paper in conference Autism : [http : //www. Autism99.org](http://www.Autism99.org).

- Oei , T.P. Nickol,M.& Nethercut,C . (2006).**Cognitive change process during group cognitive behavior therapy for depression**, J. of Affective Disorders, 92,231-241 .
- Peter, Bibby (2001).**Progress and outcomes for children with autism receiving parent managed intensive interventions**.
- Powell, R. (2006). **Evaluation Research : An overview** , Library Trends,55,102-120 .
- Reilly, P.Shopshire, M. & Pinti , A. (2002). **Anger management : A cognitive behavioral therapy manual**, U. S . Department of Health and Human Services, Rockwall, Fishery Lane .
- Roeyers ,H (1999). **A peer mediated proximity Intervention To facilitate The Social Interaction Of Children With A pervasive Developmental Disorder** .British ,Journal of special Education ,vol (11)no(2): 29-47.
- Richard, P. & Matthew, D. (2002). **Early intensive behavioral intervention for Children with autism** , Research in Development Disabilities, 23,332-341 .
- Rohde, P. Paul, R & Shell, M . (2006). **Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions**, J. of Consulting and clinical Psychology, 74, 80-88 .
- Richard T; Phyllis M. C., & Jean M. (2007). **Coping strategies used by parents of children with autism**. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, Vol. 19: 251–260.
- Smith, T.Barbara, C .& Amanda , N .(2000). **Parent directed intervention for children with pervasive developmental disorder** , Research in Developmental Disabilities, 21, 297-309 .
- Scott, J. Clark,C. & Brady, M . (2000). **Students with autism** , characteristics and instructional programming for special educators , California , Singular Publishing .
- Symon, J.B. (2001). **Parent education for autism : Issues in providing services at a distance** , J. of Positive Behavior Intervention, 3, 160-174 .
- Salt ; Blantun ,G.W. (2003).**The Scottish Central for Autism Preschool treatment Program Autism The International** ,Journal ,Of Research And –practice .vol (5)n(6): 362-400.

- Scheckner , S.(2003). **The evaluation of an anger management Program for pre adolescents in an elementary school setting**, Dissertation Abstracts International, 21,125 .
- Svein, Eikeseth (2004). **Intensive Behavioral Treatment For Preschoolers With Severe mental PDD**.238 : 249/107 : 33.
- Sogam And Kawai (2004).**The play of Disabled Children In Eary Develoment Eric Data Base : 40-30-64. Autism** :<http://www.Autism99.org>.
- Shaw ,Sandy (2006). **Behavior Treatment For Children With Autism : A comparison Between Discrete Trial Training And Pivotal Response Training In Teaching Emotion Perspective Taking Skills**, .(PH-D)- California School Of Professional Psychology .vol - 11,s :61-210.
- Shore, S. & Restelli, L. (2008). **understanding autism**, New Jersey, Miller, Hall press .
- Tunali, B. & Power , T. (2002). **Coping by redefinition : Cognitive appraisals in mothers of children with autism** , J . of Autism and Developmental Disorder , 32-25-34 .
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). **The relationship between behaviors exhibited by children with autism and maternal stress**. Journal of Intellectual and Developmental Disability 29(1), 16-26.stress.
- Taule , M.Wade, T . & yount, A . (2007). **Group cohesion in cognitive behavioral group therapy** , Behavior Research and therapy , 45, 687-698.
- Weiss,-Mary-Jane (2002). **Differential Rates Of Skills Acquisition And Outcomes Of Early Intensive Behavioral Intervention For Autism** ,Behavior-Interventions, Jan-Mar,v.14,(1) : 3-22.
<http://forum.stop55.com/109560.html>, ٢/٥/٢٠١١,5pm.
<http://arabia.babycenter.com/baby/health/worries-about-immunisations-vaccinations/#2>.