

فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد

د. عمر مصطفى النعاس

د. أنور عمران الصادي

قسم علم النفس - كلية الآداب

قسم التربية وعلم النفس - كلية التربية

مقدمة:

يختلف الأطفال في سلوكياتهم من طفل إلى آخر، وهو شيء طبيعي وواضح، ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف حائرين في التفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات، فقد تكون هذه السلوكيات طبيعية من منظور الوالدين، ولكن يراها الآخرون شيئاً غير مألوف وغير طبيعي وغير مقبول من المجتمع، وقد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكياته، فنرى الطفل المخرب، والطفل كثير الحركة، والطفل الفوضوي، والطفل المعاند والعنيد، والطفل قليل الانتباه، وغيرها من الحالات بعضها طبيعي ومؤقت، والبعض منها مرضي ودائم.

والتوحد هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تصيب الفرد خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، نتيجة خلل في وظائف الدماغ، مما ينجم عنه قصور واضح في مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وظهور سلوكيات وحركات نمطية، إضافةً إلى تأثيره السلبي على الجوانب الإدراكية بدرجات متفاوتة.

ويظهر على هؤلاء الأطفال كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، ويجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو يحتاج إلى تفكير، كأنهم لا يسمعون عندما نتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المشكلة تكمن في ضعف الموصل العصبي الكيميائي خصوصاً في الفص المخي الأمامي، وهذه التغيرات الفيزيوكيميائية في المخ ليس من السهولة التعرف عليها واكتشافها، مما يساعد على تأكيد هذه المشكلة لدى أطفال التوحد. (سوسن شاكر: 2008: ص192).

وتقدر نسبة الإصابة بالتوحد بنحو 500/1 في بعض الدول، إلا أنه لا تتوفر إحصائيات دقيقة عن عدد أو نسب المصابين بها في كل دولة، ويشار إلى أن إعاقة التوحد، تصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل (4/1)، وهي إعاقة قد تصيب الأفراد من جميع الطبقات الاجتماعية، ومن جميع الأجناس والأعراق ... وتؤثر إعاقة التوحد على التفاعل الاجتماعي، وعلى مهارات التواصل لدى الطفل، بالإضافة إلى أن بعض الأطفال يصبح لديهم إعاقة حسية تظهر على هيئة أفعال متكررة متتالية وثابتة، وبعضهم الآخر لديه حساسية مفرطة في التذوق والشم واللمس. (إبراهيم محمود: 2004: ص34).

يعيش ذوو إعاقة التوحد في عزلة تامة داخل حدود عالمهم الداخلي الشخصي، ويبدون غير مباليين على الإطلاق بالآخرين، كما أنهم يميلون إلى الابتعاد التام عنهم، وتجنب إقامة علاقات معهم، إضافة إلى أنهم غير قادرين على تكوين ارتباطات أو علاقات عاطفية أو انفعالية مع الأقران بصورة خاصة والآخرين بصورة عامة.

ويشير ماريكا (1990) إلى سمات هؤلاء الأطفال من الانغلاق على النفس، وضعف القدرة على التواصل والانتباه، فضلا عن وجود اضطراب السلوك الاندفاعي. (عادل عبد الله: 2003: ص270).

ويعاني الأطفال المعاقون (التوحديون) اضطراب فرط النشاط الحركي، حيث إن الطفل يخرج عن حدود المعدل الطبيعي في حركته مما يسبب له فشلا في حياته بسبب قلة التركيز، مع اندفاعيته.

ويعد اضطراب السلوك الاندفاعي حالة مرضية سلوكية، يتم تشخيصها لدى الأطفال، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة عند أطفال التوحد، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل، ومركز التأهيل، والمجتمع بصفه عامه، إذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها، كما تؤدي إلى ظهور مشكلات لدى الأطفال المعاقين عقلياً منها صعوبة اكتساب الخبرات والمهارات الأساسية، وانخفاض مستوى أدائهم

للوظائف المطلوبة سواء في البيت أم المدرسة، والقيام ببعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً. (إبراهيم محمود: 2004: ص65).

ويرى يوشيمورا (Yoshimoura (1979 أن النشاط الزائد يؤدي إلى تشتيت انتباه التوحدين واندفاعيتهم التي تمثل أحد مظاهر نشاطهم الزائد، إلى جانب كثرة حركتهم مما يجعلهم لا يستطيعون اكتساب المهارات التي تحتاج إلى التركيز والانتباه ولا يستطيعون الاستقرار أو الهدوء، وأكد ذلك (حلواني: 1996: ص65) أن هناك علامات لاضطراب الانتباه، تبدو على هؤلاء الأطفال وهو ما يسبب حدوث معدل عالٍ من الاندفاعية يجعلهم يجدون صعوبة عالية في التركيز وأنهم لا يسمعون ما يقال لهم، ويؤكد (مارشال (Marshall (1989 أن ما يعاني منه هؤلاء الأطفال من تشتت الانتباه الاندفاعية وعدم القدرة على التنظيم، يجعلهم في حاجة دائمة إلى إشراف خارجي.

وقد حاول علماء النفس والمختصون تقديم العلاج الملائم لفرط النشاط الحركي، واضطراب الانتباه لدى أطفال التوحد، وذلك من خلال استخدام طرق عديدة منها البرامج العلاجية، ولعل ما يثبت صحة هذا المبدأ هو أن البرامج العلاجية والتدريبية النموذجية للأشخاص التوحدين، كبرنامج علاج وتعليم الأطفال التوحدين وذوي فرط النشاط الحركي، من بينها برنامج تيش (TAACCH) وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وبرنامج (دوغلاس) للإعاقات النمائية (DDDC)، كما أضاف برنامج ليب (LEAP) في تعليم السلوك، وهي تركز بدرجة كبيرة على مهارات التواصل والروتين على فرط النشاط الحركي كمحور أساسي في التدريب والعلاج.

ويرى الباحثان أن فاعلية البرنامج في التركيز على التدريب، والعلاجي السلوكي لتعديل السلوك المرضي أو المختل لدى الفرد، وإحلال محله سلوكيات جديدة، أي استبدال الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها باستجابات سلوكية أخرى جديدة، تعمل على منع الاستجابات القديمة، وغير المرغوب فيها من الظهور، وهو ما يعرف بالكف النقيض أو الكف المتبادل، ومعناه العمل على تكوين استجابة جديدة مرغوبة، إذ أن إكساب الطفل التوحدي سلوكيات

ومهارات جديدة عملية ليست سهلة، فهي محاطة بالعديد من الصعوبات، وواحدة من أكثر المشكلات في تعليم السلوكيات الجديدة للأطفال المتوحدين تكمن في بطء هؤلاء الأطفال في تعلم مهارات جديدة، مما يؤدي إلى محدودية نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، هذا بالإضافة إلى إحداث قصور أو ضعف في الدافعية، وهذه الدراسة هي محاولة لخفض اضطراب السلوك الاندفاعي عند أطفال التوحد من خلال فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك.

أولاً: مشكلة الدراسة:

بعض الأطفال يعانون فقط من اضطراب السلوك الإندفاعي، و ليس لديهم بالضرورة أعراض فرط الحركة، أو نقص الإنتباه، يوصف هؤلاء الأطفال أحيانا بأنهم مصابون باضطراب السلوك الاندفاعي وليس اضطراب فرط الحركة أو نقص الإنتباه، و من السهولة عدم الإدراك بأن هؤلاء الأطفال يعانون من المرض؛ لأنهم في العادة هادئون في سلوكهم، ويمثل البرنامج السلوكي إستراتيجية يمكن من خلالها إكساب الأطفال التوحدين سلوكيات مستهدفة من حيث تعديل سلوكياتهم غير المرغوبة اجتماعياً مما قد يؤثر إيجاباً على اضطرابهم من فرط النشاط الحركي.

وقد شعر الباحثان بالمشكلة من خلال ملاحظتهما ازدياد الندوات، والمؤتمرات العلمية الخاصة بالتوحد، وزيادة هؤلاء الأطفال في مراكز التأهيل العامة والخاصة، والفصل بينهم وبين الإعاقات العقلية الأخرى، وهو الأمر الذي قد يسهم في مساعدة هؤلاء الأطفال على الاندماج في المجتمع.

ومن خلال استطلاع الباحثين لآراء مجموعة من الأخصائيين في مركز التأهيل في ليبيا حول أهم المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، من خلال ترددهم عليه، تبين أن معظمهم يعانون من صعوبات في التواصل، وفقد لمهارات التكيف، والانسحاب التام، وفرط الحركة الشديد، وضعف التركيز والانتباه لمن حوله.

إضافة لما ذكر ومن خلال اطلاع الباحثين على العديد من الدراسات الأجنبية والعربية تبين أن هناك عدم اتفاق فيما بينها حول سلوكيات وسمات اطفال التوحد، وأسباب هذا

الاضطراب، كما انبثقت هذه الدراسة من خلال إشارة الدراسات هذه الفئة على ضرورة إعداد البرامج المناسبة للحد من مشكلة النشاط الزائد، وما قد يصاحبها من آثار سلبية على الأطفال التوحديين وأسرههم، وهذا ما دفع الباحثان إلى إجراء هذه الدراسة الذي يرغب من خلالها التعرف على فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد.

وتتحدد إشكالية الدراسة إجرائياً في التساؤل الآتي:

- هل يؤدي استخدام برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد؟

ثانياً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. تقديم برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي، لتحقيق تغير إيجابي في سلوك الأطفال من فئة التوحد.
2. التعرف على فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد.

ثالثاً: أهمية الدراسة:

نظراً لما يتمتع به موضوع البرنامج السلوكي من اهتمام كبير فقد وجد الباحثان ضرورة تبيان هذه الأهمية، من جانبيها النظري والتطبيقي على النحو الآتي:

أ. أهمية الدراسة النظرية:

تظهر أهمية الدراسة النظرية في الأمور الآتية:

1. إثراء التراث النظري المتعلق ببرنامج تعديل السلوك، واضطراب السلوك الاندفاعي عند أطفال التوحد.
2. قيام الباحثين بإعداد استمارة اضطراب السلوك الاندفاعي لدى أطفال التوحد وفق سماتهم.

3. محاولة الدراسة تقويم مدى فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى فئة التوحد.

ب. أهمية الدراسة التطبيقية **Significance of the Applied Study**:

تظهر الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال ما يأتي:

1. إن هذه الدراسة تركز على الجانب التطبيقي وفنيات تعديل السلوك في خفض السلوكية (اضطراب السلوك الاندفاعي) لذوي الفئات الخاصة.
2. قد تسهم هذه الدراسة في تقديم خطوات إيجابية تفيد العاملين في مراكز التأهيل، وأسر الأطفال المصابين في كيفية التعامل مع أطفالهم المصابين بالتوحد.
3. إن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة إذا ثبتت فاعليته يمكن استخدامه من قبل الجهات المختصة وذات العلاقة بأطفال التوحد، في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي في معظم المراكز الخاصة والعامة في ليبيا.

رابعاً: محددات الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية، بما يلي:

1. المنهج المستخدم: وهو المنهج شبه التجريبي: حيث يمثل البرنامج التدريبي المتغير المستقل، بينما يمثل اضطراب السلوك الاندفاعي المتغير التابع.
2. الموضوع الرئيسي للدراسة: يتمثل في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي من خلال تصميم برنامج تدريبي قائم على فنيات تعديل السلوك المكثف لخفض اضطراب السلوك الاندفاعي.
3. العينة المستخدمة: تضمنت اثني عشر طفلاً توحدياً ممن تتراوح أعمارهم من (8-12) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، مع مراعاة التجانس في أفراد العينة من حيث درجة التوحد، والسن.
4. الحدود البشرية: تقتصر الدراسة الحالية على عينة من أطفال التوحد في مركز التأهيل مصراتة - ليبيا.

5. الحدود الزمانية: تطبيق البرنامج العلاجي خلال العام الدراسي (2014/2015).

6. الأدوات المستخدمة، وتشمل:

- مقياس تشخيص الطفل التوحدي (إعداد: عادل عبد الله: 2001).
- لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان).
- مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة اللبية (إعداد الباحثين).
- استمارة تقدير اضطراب السلوك الاندفاعي لدى الأطفال التوحدين (إعداد

(الباحثين)

- البرنامج التدريبي (إعداد الباحثين).

خامساً: متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: البرنامج التدريبي.

المتغير التابع: اضطراب السلوك الاندفاعي.

سادساً: مصطلحات الدراسة **Terms of the study**:

- الفاعلية **Efficacy**:

عرفها أحمد مُجَد (2005) بأنها: ((مدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية

باعتبارها متغيراً مستقلاً في أحد المتغيرات التابعة)) . (مُجَد احمد: 2005: ص93).

- التعريف الإجرائي للفاعلية:

عرفها الباحث إجرائياً بأنها: مدى تأثير البرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في هذه

الدراسة كمتغير مستقل في خفض فرط النشاط الحركي لدى أطفال التوحد، ونعبر عنه بالفروق

الملاحظة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي.

- البرنامج التدريبي:

فلسفة البرنامج: سوف تنطلق فلسفة البرنامج التدريبي من المعايير والتصنيفات الموجودة

في كل من معايير التوحد في (DSM-IV-TR) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10)

والجمعية الأمريكية للتوحد (APA)، والتي تتفق أن التوحد اضطراب نمائي سلوكي، يظهر خلال

السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويؤثر سلباً على معظم مظاهر نمو الشخصية، وبخاصة مجال فرط النشاط الحركي. (Martin & Pear:1998 :P34).

وكذلك من وجهة نظر السلوكيين التي ترى أن كل السلوكيات التي يظهرها الفرد مكتسبة وهادفة، ويمكن تعديل وتغيير هذه السلوكيات، سيقوم الباحثان ببناء البرنامج بعد الإطلاع على عدد من البرامج التي وضعها الكثير من الاختصاصيين ومراكز البحث والدراسات مثل: برنامج لوفاس Lovas، وبرنامج تيتش Taacch.

- التعريف الإجرائي للبرنامج التدريبي:

يعرف الباحثان البرنامج بأنه: خطة منظمة تدريبية، تربية، تقوم على استخدام فنيات تعديل السلوك مثل التعزيز ولعب الدور والنمذجة والتعلم بالملاحظة وغيرها، والهدف هو خفض فرط النشاط الحركي لأطفال التوحد عينة الدراسة الحالية.

- التعريف الإجرائي لفرط النشاط الحركي:

ويرى الباحثان أن اضطراب السلوك الاندفاعي هو اضطراب سلوكي يصيب الطفل التوحدي، ويصاحبه بعض من الأعراض تتمثل في صعوبة الانتباه لشيء محدد، والتشتت بين المثيرات والمنبهات المحيطة به، مما يترتب عليه ضعف في الأداء وانخفاض التوافق الذاتي والاجتماعي، ويقاس بالدرجة المرتفعة، أو المنخفضة التي يتحصل عليها الطفل التوحدي من خلال المقياس المستخدم بهذه الدراسة.

- اضطراب التوحد:

تعرفه ماريكا (1990) Marica: 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. (عادل عبد الله: 2003: ص36).

- التعريف الإجرائي لاضطراب التوحد:

التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو، تؤثر سلباً في جميع جوانب النمو، وأبرز تأثيرها في القدرة على التواصل وانشغاله بالسلوكيات النمطية، والذي ينتج عنه غياب تام للغة استقبالية كانت أم تعبيرية، مما يترتب عليه خلل في مهارات الفرد الاجتماعية، والسلوكية، مما يؤدي إلى انعزال الفرد انعزالياً تامةً عن المجتمع المحيط به، منشغلاً عنه في اهتمامات وأنشطة محدودة وروتينية تدور أغلبها حول ذاته، هذا بالإضافة إلى وجود مشكلات حسية سلوكية سواء حساسية زائدة أو لا مبالاة بالمثيرات أو فرط نشاطه، وتظهر عادة هذه المشكلات بوضوح على سلوك الطفل وحواسه، وعادة ما يتم تشخيص هذا الاضطراب في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، كما هو في المقياس المستخدم بهذه الدراسة.

- أطفال التوحد:

ويعرفهم الباحثان إجرائياً بأنهم: الأطفال التوحيديين عينة الدراسة الذين يعانون من فرط النشاط الحركي والذي سيطبق عليهم المقياس المستخدم في الدراسة. مدخل عن فنيات تعديل السلوك وفق البرنامج التدريبي:

التدخلات السلوكية: Behavioral Intervention:

لقد أظهرت الإجراءات السلوكية فاعلية عالية في تدريب الأطفال المتوحدين، كما أثبتت برامج تعديل السلوك فاعلية في خفض السلوكيات غير المرغوبة وتنمية السلوكيات المرغوبة، ويعد تحليل السلوك التطبيقي الذي له فائدة كبيرة وطريقة فعالة، بنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك (السوابق) ونتيجة هذا السلوك (اللواحق). وتحدد نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك، مرة أخرى من عدمه، فعندما يتم تعزيز الطفل على قيامه بمهارة أو سلوك مرغوب فإنه سينزع نحو تكرار هذا السلوك الذي تم تعزيزه، وينطفئ السلوك عندما لا يتم تعزيزه، وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك، حيث إنه لا يجد ما يعززه، وذلك وفقاً للقواعد السلوكية "السلوك تدعمه نتيجة فورية" هذا بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات التعليمية الأخرى مثل التشكيل Shaping والحث Prompt والاستبعاد

التدريجي للحث أو المساعدة Prompt Fading والتسلسل Chaining والتعزيز Reinforcement ، وأشار إبراهيم عبد الله (2004) إلى مراعاة مجموعة من الخطوات عند تصميم برامج تعديل السلوك وهي:

1. تعريف السلوك المستهدف بمصطلحات قابلة للقياس والملاحظة.
2. تحديد المثيرات السابقة للسلوك.
3. تحديد نتائج السلوك.
4. تحديد أثر المثيرات السابقة والنتائج على السلوك المستهدف.
5. تطوير تدخلات علاجية لتعديل المثيرات السابقة أو النتائج.
6. تقييم أثر التدخلات العلاجية على السلوك المستهدف. (إبراهيم عبد الله: 2004: ص 425 ص 426)

بعض الفنيات والأساليب المستخدمة في برامج تعديل السلوك:

إن عملية تعديل السلوك تعتمد على التطبيقات العملية لنظريات التعلم، وخصوصاً نظريات التعلم السلوكية، باعتبار أن الاضطرابات السلوكية عبارة عن استجابات، أو عادات شاذة يتم اكتسابها بفعل خبرات خاطئة يمكن التوقف عنها أو استبدالها بسلوك أفضل عن طريق تدريب وتعلم خبرات صحيحة من خلال تطبيق مبادئ وقوانين التعلم، وفيما يلي توضيح لمجموعة من فنيات تعديل السلوك:

أولاً: فنية التعزيز Reinforcement:

التعزيز هو عبارة عن حدث أو مكافئة تزيد احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل، عندما يعقبه المعزز، ويشير كنت هيلنر Kent Hillnel, 1978 أن التعزيز عملية لها أركان أساسية يجب تحديدها بدقة عند تخطيط التعزيز وتنظيمه وتشمل: المعزز Reinforcer أو الحدث المعزز Event Reinforcing أو المثير المعزز Stimulus Reinforcing أو الخبرة أو التمرين المعزز Reinforced Practice التي سوف تستخدم في البرنامج، وكذلك تحديد

الإجراءات التي سوف تستخدم في تقديم التعزيز Reinforcement Operation. (علا عبد الباقي: 1995: ص47).

بينما عرفه ريب (Repp: 1993) بأنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المتماثلة، حيث إن تعزيزنا لسلوك ما يعني زيادة احتمال حدوثه مستقبلاً، وأشار جمال الخطيب (2004) أن المثبر أو الشيء أو الحالة أو الحدث الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى تقويته يسمى بالمعزز Reinforcer، ويضيف أيضاً أن التعزيز لا يحدث بمجرد إعطائنا الفرد شيئاً نتوقع أنه يرغب به، لكنه قد يكون حدث إذا ما فعلناه قد عمل بالفعل على تقوية. (Repp, A. D: 1993: P18).

أنواع المعززات ومدعمات السلوك :

توجد العديد من الطرق القائمة على تصنيف المعززات منها:

• تصنيف المعززات أولية وثانوية Primary / Secondary:

وقد وصفه ريب (Repp:1993) ذلك بنوعين المعزز الأولي Primary Reinforcer هو ذلك المثبر الذي يؤدي بطبيعته إلى تقوية السلوك دون خبرة أو تعلم، أما المعزز الثانوي Secondary Reinforcer هو ذلك المثبر الذي يكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانه بالمعززات الأولية، ولهذا أيضاً يمكن تسميته بالمعزز الشرطي Conditioned Reinforcer أو المعزز المتعلم. (Repp, A. D: 1993: P190).

وهذا يعني أن المعززات الأولية هو أي مثبر من شأنه أن يزيد قوة الاستجابة، أو يدعمها، أما المعزز الثانوي فيتمثل في المثبرات أو الظروف التي تساعد على زيادة قوة الاستجابة أو تدعيمها، بعد أن يكون قد أدرك الفرد خصائصها المعززة فقط.

• تصنيف المعززات طبيعية واصطناعية Normal/Artificial:

ويرى جمال الخطيب (2004) الفرق بين المعززات الطبيعية Normal Reinforcer والمعززات الصناعية Artificial Reinforcer أن المعززات الطبيعية هي التوابع ذات العلاقة

المنطقية بالسلوك فابتسامه المعلم لطلابه في الفصل، وثناؤه على إجابته الصحيحة معزز طبيعي، أما إعطاء المعلم نقاط للطلاب يمكن استبدالها فيما بعد بأشياء معينة يجيبها الطالب فهذا يعد تعزيزاً صناعياً. (جمال الخطيب: 2004: ص185).

• تصنيف المعززات ايجابية وسلبية Positive/Negative:

ويعني إضافة أو ظهور مثير بعد السلوك مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة.

المعزز الإيجابي: Positive Reinforcement، يعد المعزز الإيجابي من أكثر الأساليب استخداماً في تعديل السلوك، فالمدرسون يستخدمون المعززات كمكافأة للسلوك الملائم بعد ظهوره مما يساعد على زيادة تكراره في المستقبل، وقد يكون المعزز الإيجابي عبارة عن (طعام) أو (هدية) أو (شكر) يقدم للطفل عندما يفعل سلوكاً مرغوباً فيه للحصول على أكبر تأثير ممكن للمعزز الإيجابي ويقدم مباشرة بعد ظهور السلوك المرغوب، كما توجد العديد من المدعمات منها مدعمات مادية، مدعمات اجتماعية ومدعمات نشاطية، أي مرتبطة بأنشطة محببة ك (اللعب)، وتعد المدعمات المادية كل الأشياء الملموسة التي تكون لها قيمتها في إرضاء حاجة حيوية للطفل، وهذا النوع ينفع تماماً مع الأطفال ذوي التوحد والمتخلفين عقلياً والدهانين والأطفال الصغار، فقد أسهم (سكينر) في إيضاح العلاقة بين السلوك المنحرف، وبين تعلم السلوك المرغوب، وأكد على أنه يجب الاهتمام بعملية التعزيز الموجب للسلوك المطلوب، ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوي، مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف، بينما تكون وظيفة التعزيز السلبي متمثلةً في أي مثير أو ظرف يؤدي إلى توقف تدعيمه، أو استبعاده إلى زيادة أو تدعيم قوة الاستجابة، ويحدث التعزيز السالب بصورة نموذجية عند وقف تقديم أو استبعاد مثير منفرد. (عفاف دانيال وآخرون: 2001: ص263).

أما المعزز السلبي: Negative Reinforcement، فهذا النوع يستخدم في إيقاف السلوك غير المرغوب فيه، وتعد كلا من المعززات الإيجابية والسلبية واحدة، فكلاهما يعمل على زيادة السلوك المرغوب أو الحد من السلوك غير المرغوب وتعديله، وأن وجه الاختلاف بينهما هو

أن المعززات الإيجابية تضيف شيئاً مرغوباً فيه، أما المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئاً غير مرغوب فيه، ويرى الباحثان أن استخدام التعزيز السلبي في كثير من الأحيان عندما يصبح التعزيز الإيجابي لوحده غير كافٍ، أو غير مجدٍ مع المعوقين عقلياً (التوحيديون) بسبب وصولهم لدرجة الإشباع لرغبتهم، أو وجود حدث مؤلم أو سلوك غير مرغوب بشكل مستمر. (سهى أحمد: 2002: ص93ص94).

• جداول التعزيز و تشمل:

إن العلاقة بين السلوك والتعزيز غالباً ما تكون علاقة معقدة، فالسلوك المرغوب به يعزز في بعض الأحيان وليس دائماً، ويسمى جمال الخطيب (2004) القواعد التي يتم تنظيم العلاقة بين السلوك والمعززات بناء عليها بجدول التعزيز Schedules of Reinforcement وتعد جداول التعزيز ذات أثر بالغ في السلوك، فأى وصف أو تفسير للسلوك لا يكون قد اكتمل إلا إذا اشتمل على تحديد جداول التعزيز التي يخضع لها، فجدول التعزيز هي العنصر الحاسم في ضبط السلوك ولذلك فدراستها أمر لا بد منه في دراسة السلوك، وتوجد عدة أنواع لجدول التعزيز نذكر منها:

1. التعزيز المتواصل Continuous Reinforcement:

يقصد به تقديم المعزز بعد كل مرة يحدث فيها السلوك المستهدف، وجدول التعزيز هذا يعد هو الجدول المناسب عندما يكون الهدف هو مساعدة الفرد على اكتساب سلوكيات جديدة ليست لديه من قبل؛ أي أن جدول التعزيز المتواصل هو الأكثر فاعلية في مرحلة اكتساب السلوك، ولكن هذا النوع له عيوب قام بسردها جمال الخطيب (2004) هي:

أ. التعزيز المتواصل يؤدي إلى الإشباع مما ينتج عنه فقدان المعزز لقيمته التعزيزية.

ب. تعزيز السلوك بشكل متواصل إجراء غير عملي فذلك يتطلب جهداً كبيراً مما يجعل عملية تعديل السلوك عملية متعبة وربما مكلفة أيضاً.

ج. إن التوقف عن تعزيز السلوك بعد خضوعه لجدول تعزيز متواصل يؤدي إلى انطفاء ذلك السلوك بسرعة.

د. إن التعزيز المتواصل يجعل المحافظة على استمرارية السلوك بعد التوقف عن المعالجة هدفاً من الصعب تحقيقه، لأن السلوك غالباً ما يخضع لتعزير غير متواصل (متقطع) في الحياة اليومية. (جمال الخطيب: 2004: ص198 ص199 ص200).

2. التعزيز المتقطع Intermittent Reinforcement:

يقصد به تعزير السلوك أحياناً، إذا كانت جداول التعزيز المتواصل هي الأكثر فاعلية في مراحل اكتساب السلوك، فإن جداول التعزيز المتقطع هي الأكثر فاعلية في مرحلة تثبيت السلوك والمحافظة على استمراريته، ويؤكد ذلك مارتن وبير (Martin and Pear, 1998) حيث يذكر أن تقليل التعزيز تدريجياً ليصبح عدد الاستجابات المطلوبة، أو الفترة الزمنية التي يجب أن تمر للحصول على المعزز أكثر فأكثر يزيد من احتمال استمرارية السلوك وإلى أن يتحمل الفرد فترات أطول من عدم التعزيز بدلاً من التوقف عن تأدية السلوك حال غياب التعزيز، وتتعدد أنواع التعزيز المتقطع. نسردها ما يلي:

• جدول التعزيز ذو النسبية الثابتة Fixed Ratio Schedule:

وفي هذا النوع من الجداول يتوقف تقديم المعزز على حدوث عدد معين من الاستجابات، إذ يتم تعزير الطفل بعد تأديته لذلك العدد فقط.

• جدول التعزيز ذو الفترة النسبية المتغيرة Variable Ratio Schedule:

وهو يتشابه مع الجدول السابق، ولكن هناك فرق واحد هو: - أن عدد الاستجابات المطلوبة للحصول على المعزز ليست ثابتة بل تتغير (ولكن يتراوح حول معدل معين) أحياناً يتم تعزير الطفل بعد مرتين، وتارةً بعد ثلاث، وأخرى بعد خمس مرات، ومرة بعد مرتين وهكذا.

• جدول التعزيز ذو الفترة الزمنية الثابتة Fixed Interval Schedule:

وفيها يتم تقديم المعزز بعد مرور فترة زمنية ثابتة حتى يتم تقديم التعزيز، مثل أن يعطى التعزيز بعد كل دقيقة أو خمس دقائق، ونحن في هذا النوع لا نحدد الفترة الزمنية إنما نقوم بتعزير الفترة الزمنية التي تحدث فيها الاستجابات المطلوبة بشكل صحيح.

• جدول التعزيز ذو الفترة الزمنية المتغيرة Variable Interval Schedule:

وفي هذا النوع من التعزيز يعطى بعد مرور دقيقة أو ثلاث دقائق ثم بعد دقيقتين أو ثلاث دقائق، ثم بعد دقيقتين، ثم دقيقة، ثم ثلاث وهكذا. (غانم جاسر: 1995: ص 97 ص 98)

الجداول التي سبق ذكرها هي جداول التعزيز البسيطة Simple Schedule of Reinforcement وذلك نظراً لأن عملية تطبيقها سهلة نسبياً، ولكن هناك بعض الجداول تكون معقدة بعض الشيء وهي تستخدم في البحوث المخبرية، حيث يتم استخدام جدولين أو أكثر من جداول التعزيز بشكل مستقل لتعزز سلوكيين أو أكثر.

ثانياً: التعلم بالنموذج Modeling:

يعرّف التعلم بالنموذج أنه عملية ملاحظة استجابة معينة، أو سياق من الاستجابات وما يترتب عليها من دمج الفرد لهذه الاستجابات وممارستها، ويطلق عليه أسماء أخرى كـ (التعلم بالتقليد - التعلم بالملاحظة - التعلم الاجتماعي - التعلم التبادلي)، ويذكر جمال الخطيب (2004) أن السلوك الإنساني غالباً ما يتأثر بملاحظة سلوك الآخرين، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية، مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، ويسمى التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين بالنمذجة. (جمال الخطيب: 2004: ص 225).

ويذكر بانديورا (Bandura, 1969) أن الفرد باستطاعته اكتساب الأنماط السلوكية المعقدة من خلال ملاحظة أداء النماذج المناسبة، فالاستجابات الانفعالية يمكن إشرافها بالملاحظة وذلك من خلال مشاهدة ردود الأفعال الانفعالية لأشخاص آخرين يمرون بحيرة مؤلمة أو غير سارة، ويمكن التغلب على الخوف أو السلوك التجنبي من خلال مشاهدة نماذج تتعامل مع الشيء الذي يبعث الخوف دون التعرض لعواقب سلبية. ويمكن خفض السلوك من خلال مشاهدة آخرين يعاقبون على تأديته، ويضيف أيضاً أنه يمكن المحافظة على استمرارية أداء الفرد

للاستجابات المتعلمة وتنظيمها وضبطها اجتماعياً من خلال الأفعال التي تصدر عن النماذج المؤثرة. (Bandura, A. :1969:p118).

ويضيف جمال الخطيب (2004) أنه من الجدير بالذكر أن ما نعرفه عن النمذجة في الوقت الحالي إلى حد كبير محصلة لقوانين التعلم من خلال الملاحظة Observational Learning التي وصفها عالم النفس الأمريكي ألبرت باندورا Albert Bandura سنة 1969 في كتابه "قوانين تعديل السلوك"، ويعرف التعلم بالملاحظة Observational learnig ويعني أن الإنسان ككائن اجتماعي يتأثر باتجاهات الآخرين ومشاعرهم، وتصرفاتهم وسلوكهم، ويستطيع أن يتعلم من خلال ملاحظة استجاباتهم وتقليدها، أما التعلم بالتقليد يكون عندما ينصب الاهتمام على نسخ جوانب السلوك نسخاً دقيقاً، بينما التعلم الاجتماعي، هو التعلم الذي يحدث نتيجة التفاعل الاجتماعي بين الأفراد بعضهم ببعض، ويستخدم مصطلح التعلم المتبادل حينما لا يستطيع الملاحظ تحديد نوع السلوك فقط، ولكنه يستطيع أيضاً تحديد ما يترتب عليه من نتائج، وتساعد نتائج السلوك في تحديد ما إذا كان الملاحظ سيقوم بتقليد هذا السلوك أم لا، والنمذجة هي العملية التي يتم فيها تمثل الخبرات التي يعرضها نموذج يتصف بخصائص محددة مهمة لدى الملاحظ، وتحقيق أهدافاً مهمة لدى الملاحظ كذلك. (جمال الخطيب: 2004: ص226).

أنواع النمذجة:

تعد النمذجة وتقليد النموذج سلوكاً قديماً، ثبت ذكره قديماً وورد في القرآن الكريم والسنة النبوية فقال سبحانه وتعالى: ﴿ فَبَعَثَ اللَّهُ غُرَابًا يَبْحَثُ فِي الْأَرْضِ لِيُرِيَهُ كَيْفَ يُورِى سَوَاءَ أَخِيهِ ... ﴾، (القرآن الكريم: سورة المائدة، الآية: 33)، وقال رسول الله ﷺ: ((صلُّوا كما رأيتموني أصلي))، وتستند النمذجة إلى نظرية من نظريات التعلم، وهي نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning، فهي ترى أن الإنسان يمكنه التعلم من خلال ملاحظة سلوكيات وأفعال الآخرين، يذكر (أولنديك وسينري) (Ollendick and Cenry, 1981) أنه توجد عدة أنواع من

النمذجة هي النمذجة الحية، النمذجة المصورة أو الرمزية، النمذجة من خلال المشاركة، ويضيف (روس) (Ross,1980) النمذجة المصورة، وفيما يلي عرض موجز لكل منها:

1. النمذجة المباشرة أو (الحية) Overt Modeling:

تعرف بالنمذجة المباشرة أو الحية Overt Modeling وتتم بعرض نماذج حية تقوم بالسلوك المطلوب تعلمه عن طريق أشخاص واقعيين، أو عن طريق أشخاص ومواقف معروضة في أشربة، وفيها يقوم النموذج بتأدية السلوك المستهدف بوجود الشخص الذي يراد تعليمه ذلك السلوك، وفي هذا النوع لا يطلب من الشخص تأدية سلوك النموذج وإنما مراقبته فقط، فعلى سبيل المثال عند تعليم الأطفال كيفية عبور الشارع في هذه الحالة يهيمى موقفاً حقيقياً يعرض فيه نموذج (أحد الطلاب أو المعلم أو كليهما) السلوك المرغوب أو قد يستعين بأحد الأفلام التعليمية لهذا الغرض.

2. النمذجة المصورة Filmed Modeling أو النمذجة الرمزية Symbolic

:Modeling

وفيها يقوم المراقب بمشاهدة سلوك النموذج من خلال الأفلام أو أي وسائل أخرى، فالنمذجة الحية وإن كانت من أكثر أنواع النمذجة فعالية إذا ما استخدمت بنجاح، إلا أن لها سيئاتها أيضاً ولعل أهمها أن النموذج يحتاج إلى تدريب مكثف لتكون النمذجة فعالة، وإلا قد يحدث الكثير من الممارسات الخاطئة. (Ross,A.O. :1981:P118P119)

3. النمذجة الضمنية (التخيلية) Covert Modeling:

في كثير من الأحيان يصبح من الصعب إعداد نماذج حية أو محسوساً لعرضها على المسترشد أو المريض في مكاتب العلاج النفسي ولهذا اقترح كوتيللا Cautela (1971) استخدام النماذج التخيلية، وتقوم النمذجة في هذه الحالة على أساس أن يتخيل المضطرب نماذج تقوم بالسلوكيات التي يود المعالج لهذا الاضطراب أن يقوم بها، ومن قبل أن النمذجة تركز أساساً على معلومات نود أن نوصلها إلى الاضطراب، وبذلك فإن مساعدة المعالج على تخيل سلسلة من الأحداث يمكن أن يؤدي وظيفة النمذجة الصريحة، كما أكد كل من (كوتيللا وفلانري وهانلي)

Hanley, Cutela, Flannery, (1974) في نتاج أبحاثهم عدم وجود فروق في نتائج استخدام أسلوب النمذجة الصريحة، وأسلوب النمذجة الضمنية.

4. النمذجة بالمشاركة Participant Modeling:

في هذا النوع يقوم الفرد بمراقبه نموذج حسي أولاً، ثم يقوم بتأدية الاستجابة بمساعدة وتشجيع النموذج، وأخيراً فإنه يؤدي الاستجابة بمفرده، وتشتمل عملية النمذجة بالمشاركة على عملية تشكيل أنشطة مصحوبة بتوجيهات للمضطرب بجانب النمذجة المباشرة للسلوكيات موضوع العلاج ويرى (باندورا) (1977) أن هذه الطريقة في العلاج يكون لها فاعلية أكبر من مجرد الاعتماد على مشاهدة العميل لنموذج يؤدي السلوكيات المطلوبة، فمثلاً يمكن للمعالج أن يستخدم هذا الأسلوب لتعليم المضطرب كيف يتغلب على سلوكه الشاذ، وفي وجود المعالج وما يعطيه من توجيهات للمضطرب ويحدث أثراً مريحاً له، وهو يتغلب على سلوكه غير المرغوب، بل إن المعالج الماهر يعقد مقارنة ويتعرف على ما حدث من تقدم. (مُجد محروس: 1998: ص160 ص161).

كما تستخدم الخطوات السلوكية أثناء الأداء، بتأدية النموذج في مواقف فعلية تجذب اهتمام الطفل إليها، وحثه على متابعتها. (عبد الستار إبراهيم: 1993: ص52) وذكر أن بعض الخصائص التي لا بد من توافرها في النموذج، التشابه بين النموذج والملاحظ، وأشارت نتائج الدراسات إلى أن كلما زاد التشابه بين خصائص النموذج وخصائص الملاحظ، زاد احتمال حدوث التعلم بالنموذج، ويمكن استخدام خصائص من قبيل الجنس والسن، والسلالة وما شابه ذلك في تحديد التشابه، كذلك مكافأة النموذج.

ويرى الباحثان من خلال النموذج أن يستطيع الملاحظ تعلم سلوكيات جديدة من النموذج، عندما يقوم النموذج بأداء استجابة جديدة ليست في حصيلة الملاحظ السلوكية، فيحاول الملاحظ تقليدها، وقد تؤدي عملية ملاحظة سلوك الآخرين إلى كف بعض الاستجابات، أو تجنب أداء بعض أنماط السلوك إذا واجه النموذج عواقب سلبية، أو غير مرغوب فيها جراء انغماسه في هذا السلوك، كما قد تؤدي عملية ملاحظة سلوك النموذج إلى

تسهيل ظهور الاستجابات، التي تقع في الحصيلة السلوكية للملاحظ التي تعلمها على نحو مسبق، أي أن سلوك النموذج يساعد الملاحظ على تذكر الاستجابات المشابهة لاستجابات النموذج.

ثالثاً: التغذية الراجعة Feed Back:

وتعد عملية تقييم سلوك المتعلم مباشرة وتعزيزه وهي متعددة الأشكال، كما تبين مدى تأثير المستقبل برسالة المرسل، كما تبين وضوح الرسالة وصلاحية قنوات الاتصال، كما أن أسلوب التغذية الراجعة هو أنه أسلوب سهل نسبياً في تقديمه، سواء كان في صور لفظية أم في صورة مكتوبة، غير أن البحوث قد أوضحت أن هذا الأسلوب يقل في تأثيره عن استخدام المعززات الأخرى بالنسبة لحالات التخلف العقلي، مثل استخدام المدح وإظهار الاستحسان والقبول، وكذلك استخدام بونات التعزيز، وتعتبر التغذية الراجعة هي إشعار المتعلم أن استجابته صحيحة، أو خاطئة، ويقصد مساعدته على التعلم ويعرفها بعضهم بأنها المعلومات التي يزود بها المتعلم من أي مصدر بأسلوب منظم حول أدائه السابق، بهدف مساعدته على تصحيح إجابته الخاطئة وتثبيت إجابته الصحيحة، حتى يتمكن من تحسين مستوى أدائه في المهمات التعليمية اللاحقة.

إن تزويد الفرد الذي قام بالسلوك بمعلومات حول أدائه، يعمل غالباً كمعزز بالنسبة للأشخاص المتخلفين عقلياً وبصفة خاصة حالات التخلف البسيطة Mild، بينما تعد التغذية الراجعة أمراً ضمناً في أي معزز، فإنه يمكن أن نستخدمه كأسلوب قائم بذاته في صورة معلومات عن نتائج أداء الشخص. ومن الأمثلة في هذا الجانب ما قام به (جينز وشوريز Jens (1969 (&Shores) حيث حاولوا زيادة إنتاجية العمل لدى الراشدين من المتخلفين عقلياً، في مهمة تجميع منتج معين ينتج أولاً في شكل أجزاء يقومون بها يومياً. (رشاد على: 2002: ص328 ص329).

وقد استخدم الباحثان أسلوب التغذية الراجعة بتقديم معلومات شفوية حول معدلات العمل، غير أن هذه الطريقة لم تحقق نتيجة طيبة، فقام الباحثان باستخدام أسلوب التوضيح

بالرسم على لوحات لتوضيح ذلك مما أدى إلى تحسن معدلات الأداء بشكل ملحوظ.

رابعاً: لعب الأدوار Role playing:

نشأ منهج لعب الدور Role playing كنتيجة للأعمال التي قام به (كيرت ليفن) kerte leven (ومورينو) Moreno، حيث يتم في البداية تقديم أعضاء الجماعة إلى بعضهم بعضاً، ثم يعرضون مشاكلهم ثم يرتبون المشاكل بالترتيب الذي يرغبون أن يناقشوها على أساسه، ثم يتم تحديد أول مشكلة وتحديد أمثلة على هذه المشكلة، وتقرر الجماعة عرض أحد هذه الأمثلة ويحددون الأدوار، ويختارون الأشخاص اللازمين للقيام بهذه الأدوار ويناقش المعالج مع الأشخاص أدوارهم، كما لو كانت طبيعية، وبعد أن يقدم الممثلون الأدوار، يناقشها أعضاء الجماعة، كما يعرف لعب الدور بالأساليب التي يتم من خلالها التدريب على مهارة تدريسية، عن طريق تنظيم موقف تدريبي يحاكي موقف تدرسي فعلي يحدث في الصف الدراسي الحقيقي. ويلعب المتدرب في هذا الموقف المحاكي دور المعلم الذي يطبق سلوكيات هذه المهارة، ويلعب فيه عدد من زملائه في مجموعة التدريب أدوار الطلاب، وهؤلاء يشاركون مباشرة فعلياً في هذا الموقف، في حين يلعب بقية أفراد مجموعة التدريب دور الطلاب، الذي يقتصر دورهم على متابعة ما يحدث في ذلك الموقف. (حسن حمدي: 2004: ص 153 ص 154).

خامساً: الواجبات المنزلية Home work:

تشمل الواجبات المنزلية Home Work في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يجب أدائها من قبل الطفل، سواء في المدرسة أم المنزل أم الروضة، وتحدد في نهاية كل جلسة، ثم يتم تقييمها مع بدء الجلسة التالية. (زينب محمود: 1999: ص 34) كما تؤدي هذه الواجبات دوراً كبيراً وأساسياً في العملية التعليمية، وعموماً إن الواجب المنزلي هو جزء من العملية التعليمية، وشق أساسي كذلك من عملية المذاكرة، والذين يختلفون عليه لا يعرفون أهميته ودوره في عملية الاستدكار والتحصيل، ولقد بينت تأييداً كبيراً من قبل عامة الناس في استفتاء "جالوب" (أكبر دار استفتاء في العالم) أن العامة يفضلون مزيداً من الواجب المنزلي، ولقد رفضوا أي اقتراح لإلغائه أو تقليده، (حسن الحمدي: 2004: ص 105 ص 106).

سادساً: الاستحسان الاجتماعي Social Approval:

يشتمل هذا الأسلوب الامتداح وإبداء الاهتمام، وكذلك اللمسات الدالة على الرضا مثل: الربت على الكتف، أو المصافحة كتعبير عن التقدير، وتعبيرات الوجه، مثل الابتسام والتعبير عن السرور. وهذا الأسلوب له فاعلية عالية إلى درجة بالغة. وقد استخدمت هذه الأساليب من التعزيز الاجتماعي بشكل كبير بواسطة من يقومون على تعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً مثل: الوالدين والمرضات والمدرسات والملاحظين المناوبين.

القيد الوحيد الموجود في استخدام المعززات الاجتماعية هو أن الثناء، والموافقة، واستخدام التعبيرات الاجتماعية كتعبيرات الوجه لا تعمل كمعززات لكل الأشخاص، ذلك أن هذه المعززات تعتبر معززات ثانوية (بمعنى أنها تكتسب قيمتها التعزيزية من خلال التعلم عن طريق الاقتران الشرطي مع معززات أولية مثل الطعام)، وبالتالي نجد أن بعض الأشخاص لا يستجيبون لهذه المعززات الاجتماعية، لأنهم لم يتعلموها غير أنه من الممكن إكساب الأشخاص الذين نعمل معهم القيمة التعزيزية لهذه المعززات عن طريق مزاجتها مع معززات أولية مثل الأطعمة. (مُحَمَّد محروس: 1998: ص 319 - ص 331).

سابعاً: التمرين Exercise :

وأشار(الزريقات) (2004) أنه يمكن خفض السلوكيات الشاذة من خلال تمارين جسدية متزامنة أو غير متزامنة، يتضمن التمرين المتزامن ممارسة الشخص لتمرين جسدي بعد ظهور السلوك غير المرغوب، والتمرين غير المتزامن هو إشغال الفرد بأنشطة وتمارين مكثفة قبل دخول المواقف التي يتوقع فيها ظهور صعوبات.

بينما يمكن إستعمال تمرين قبلي لخفض السلوكيات لدى شخص توحدي، وتمثل التمرين بأن يدفع الشخص التوحدي شيئاً لمدة عشرين دقيقة في كل مساء، لقد أدى الإجراء إلى انخفاض ملحوظ لسلوكهم غير المرغوب أكثر من استعمال الأدوية لوحدها. (إبراهيم محمود: 2004: ص 429 ص 430) و أكده الباحثون على أن التربية البدنية مهمة جداً، وتحقق النمو المتناسق للجسم، وهي مهمة بالنسبة للمعوقين عقلياً، تعد حركة الجسم عاملاً مهماً في النمو

العقلي والجسمي للطفل، كما أنها تنمي الخلق، إذ أنها تنمي القدرة على الحكم والإرادة، وتعمل على تنمية الثقة بالنفس، تعود الطفل على كيفية الاعتماد على نفسه في مزاولة نشاطه اليومي المعتاد (الملبس والأكل والشرب ... إلخ). (مجدي عزيز: 2003: ص379).

مدخل عن الاندفاعية:

الاندفاعية Impulsivity:

الاندفاعية هي التهور والعشوائية في إصدار الأفعال والأقوال، وهي استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ على ذهنه، والأطفال المصابون باضطراب فرط النشاط لا يستطيعون التحكم في اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف.

أشار (سيرجينت وشولتن) (Sergeant g Scholten) (1983) إلى الاندفاعية على أنها صعوبة اتباع النظام وانتظار الدور، والانتقال من نشاط إلى آخر، والتصرف بدون تفكير، وأن هذا الطفل المندفع يحتاج إلى رقابة كثيرة، ومن شدة الاندفاعية عند هؤلاء الأطفال فإنهم لا يستطيعون التحكم في خروج الكلمات من أفواههم، فتتدفق الكلمات بسرعة وبدون تنظيم، كما أنهم غالباً ما يعانون من انتشار الإصابات في جميع أنحاء أجسامهم، بسبب اصطدامهم بكل شيء في المنزل أو في الشارع.

كما أشار إلى أن هؤلاء الأطفال في مهمة عملية تتطلب نظاماً معيناً يظهر أنهم لا ينتظرون إشارة البدء ولكنهم غالباً ما يبدأون قبل ما يطلب منهم البدء، وأنهم يبدأون في المهمة أكثر من مرة وغالباً ما يلتقطون أدوات المهمة دون أن يطلب منهم. (Scholten:1983:p74). (Sergent g

وعادة تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية، وتكون المشكلة الأساسية لدى هؤلاء الأطفال هي أن فرط النشاط لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيزات، وهنالك أعراض تميز الأطفال من سنة إلى ثلاث سنوات إلى عشر سنوات وهي:

الأعراض التي تميز الأطفال بين سن الثلاث إلى خمس سنوات: يكون الطفل في حالة حركة مستمرة، ويجد صعوبة بالغة في البقاء جالسًا، ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر، دون إكمال العمل السابق، كمن يصعب عليه الاستجابة للطلبات البسيطة، يلعب بطريقة مزعجة ويجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره، يسيء التصرف دائمًا.

الأعراض التي تميز الأطفال بين سن ست سنوات إلى اثنتي عشرة سنة: غير متوافق مع زملائه ومشوش دائمًا، ويضيع أغراضه الشخصية، وغير ناضج اجتماعيا وقليل الأصدقاء، ويلعب معهم بطريقة عدوانية، ويصعب عليه انتظار دوره، يتكلم في أوقات غير ملائمة. يتورط في القيام بأعمال خطيرة، ويتسم سلوكه بالتململ وكثرة الحركة ولا يستطيع البقاء في مقعده، يترك مقعده أثناء شرح المعلم، ويتجول داخل الفصل، يثير انتباهه أشياء أخرى غير التي يقوم بها.

لا ينجز الأعمال التي يكلف بها، يعاني من ضعف القدرة على الإنصات فيبدو وكأنه لا يسمع، يعاني من ضعف القدرة على التفكير، ولا يتمسك بالنظم أو التعليمات المعمول بها، يتردد كثيراً في اتخاذ قرار، ويصدق كل ما يقال له دون تفكير، ويعاني من عدم الثبات الانفعالي ولا يستطيع الاحتفاظ بالأصدقاء. (Francesca Happe: 2006: p25 p35).

تشخيص اضطراب السلوك الإندفاعي:

يعرض في DSM-IV (1994) لعدد من المحكات ويعرف باضطراب السلوك الإندفاعي، الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط، ADHD ويعد أحد الاضطرابات النمائية الشائعة بين الأطفال المتخلفين عقلياً، ويتم تشخيص هذا الاضطراب كما يأتي:

يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين الآتيين: إما البند الخاص بقصور الانتباه فقط والذي يتضمن تسعة أعراض، أو البند الخاص بالنشاط الزائد الإندفاعية فقط والذي يتضمن هو الآخر تسعة أعراض أيضاً، بحيث يكفي أن ينطبق أحدهما فقط على الفرد كي نعتبره حالة مرضية، ويشترط أن ينطبق على الفرد ستة أشهر على الأقل، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدي إلى سوء تكيفه، وهذه الأعراض هي:

(أ). البند الأول: قصور الانتباه:

1. يجد الطفل صعوبة في الانتباه للتفاصيل كشكل المنبه ومكوناته، أو يرتكب العديد من الأخطاء الساذجة في واجباته المدرسية أو العمل أو الأنشطة الأخرى التي يمارسها.
2. يجد صعوبة في تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة للمهام التي يقوم بها أو لأنشطة اللعب التي يشترك فيها.
3. يبدو وكأنه لا يسمعنا عندما نتحدث إليه بشكل مباشر، حيث يجد صعوبة في عملية الإنصات.
4. لا يتبع التعليمات التي يتم توجيهها إليه، ويفشل في إنهاء الأعمال التي يكلف بها سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل (على ألا يكون ذلك بسبب التحدي من جانبه أو عدم فهمه للتعليمات).
5. غالباً ما يجد صعوبة في ترتيب وتنظيم المهام، والأنشطة التي تعرض عليه.
6. يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً كالواجبات المنزلية أو الأعمال المدرسية، أو يكره الاشتراك فيها، أو الأدوات المختلفة.
7. غالباً ما يفقد أشياء تعد ضرورية للقيام بالمهام والأنشطة المطلوبة، كاللعب أو الأدوات المدرسية أو الأفلام أو الكتب أو الأدوات المختلفة.
8. يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.
9. غالباً ما يكون كثير النسيان في الأنشطة والأعمال اليدوية المتكررة والمعتادة، مما يجعله في حاجة إلى متابعة مستمرة. (Anastopoulos:1999: p67 p68).

(ب). البند الثاني: فرط النشاط الاندفاعية:

❖ فرط النشاط:

1. غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ويكثر من حركة يديه ورجليه، ويخبط بهما أو يتلوى في مقعده.
2. في الغالب يترك مقعده في الفصل، أو في المواقف الأخرى التي نتوقع منه خلالها

- أن يظل جالسا في مقعده فيظل يمشي ذهابا وإيابا دون سبب أو هدف.
3. يجري في المكان بإفراط أو يتسلق الأشجار، أو الأماكن المرتفعة وذلك في المواقف التي لا تناسب ذلك (أما بالنسبة للمراهقين فقد يتحدد ذلك بمشاعر ذاتية تتمثل في الاستياء).
4. غالبا ما يجد صعوبة في اللعب بشكل هادئ، أو الاستغراق بحدوء في أنشطة وقت الفراغ.
5. تكون حركته في الغالب مستمرة ونشيطة، فلا يكمل ولا يتوقف وكأن هناك موتورا يحركه.
6. غالبا ما يتحدث بإفراط.

❖ الاندفاعية Impulsivity:

1. يجيب عن الأسئلة بدون تفكير حتى قبل أن يتم استكمال السؤال الموجه إليه.
2. يجد صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره سواء في اللعب أم في غيره.
3. يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم، ويفرض نفسه عليهم، فيتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم.

قد تحدث بعض أعراض فرط النشاط الحركي، أو الاندفاعية أو نقص الانتباه قبل بلوغ الفرد السابعة من عمره، وقد تسبب خللا أو قصورا ذا دلالة إكلينيكية في أدائه الوظيفي في موقفين أو أكثر سواء في المنزل أم المدرسة، أم العمل مع وجود أدلة واضحة وقاطعة تؤكد حدوثه في الجانب الاجتماعي، أو الأكاديمي، أو المهني، ولكن يشترط ألا ترجع تلك الأعراض إلى اضطراب نمائي عام (منتشر)، أو الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر، أو أي اضطراب عقلي آخر كأن يكون اضطرابا وجدانيا، أو اضطراب القلق أو اضطراب تفككي، أو تفسخي أو اضطراب الشخصية. (عادل عبد الله: 2004: ص160 إلى ص164)

بينما يرى (كندول) Kendall (2000) أن هناك استعدادا بيولوجيا للاضطراب يتمثل في وجود خلل في القشرة المخية الأمامية المحيطة بالفصوص الأمامية للمخ، المسؤولة عن

الاستجابة للمثيرات الحسية والتي تعمل على كف الاستجابة الحركية للمثيرات أو تأجيلها، ويؤدي الخلل في القشرة المخية الأمامية إلى الاندفاعية، والتي تعكس عدم القدرة على الكف أو المنع، بينما يؤدي الخلل في الفصوص الأمامية من المخ وخاصة الفص الأمامي الأيمن إلى حدوث النشاط الحركي المفرط.

ومع ذلك يرى الباحثان أن هناك أسبابا بيئية واجتماعية تزيد من حدة الاضطراب، وتتمثل في عدم قدرة الطفل على تعلم المهارات المعرفية والسلوكية، وعدم وجود بيئة تعليمية مناسبة، وعدم وجود استراتيجيات معرفية لتشكيل الانتباه والتنظيم، كما قد يتضمن تدريب الوالدين أو أحدهما وإرشادهما، وتقديم برامج مخططة لهما لاستئناف تدريب أطفالهما التوحيدين في المنزل.

وهذا ما أكد عليه (عادل عبد الله) (2003) إلى أن اشتراك الأسرة أو الوالدين أو أحدهما في مثل هذه البرامج يعد بمثابة الأساس القاعدي الذي تنطلق منه الخدمات المختلفة، التي يتم تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال إذ إن ذلك من شأنه أن يساعدهم في اكتساب مهارات عديدة وتنميتها وذلك بشكل أفضل وأيسر. (عادل عبد الله: 2004: ص164)

كما وصفه Kutscher (2002) بأن اضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط ADHD تشارك في أعراضه اضطرابات الطيف التوحدي وليست جزءاً منه في:

- ضعف في قراءة الإشارات الاجتماعية.
- قدرة ضعيفة للاستفادة من الحديث الذاتي للعمل خلال المشكلة.
- ضعف القدرة على الإحساس وفهم وعي الذات.
- يعملون أفضل مع الروتين المتوقع.
- ضعف في تقييم القواعد. (Kutscher:2002:p234)

كما أن الأطفال المصابون باضطراب ضعف الانتباه وفرط النشاط، لديهم مشكلات في مجموعة من المجالات منها، السلوك، والعلاقات الاجتماعية، والقدرات الوظيفية المعرفية، والقدرات الوظيفية الجسمية، التحصيل الأكاديمي، والقدرات الوظيفية داخل الصف، حيث إن هؤلاء الأطفال

يعانون أعراضاً جسدية مثل التهاب الأذن والجهاز التنفسي العلوي، والحساسيات وعدم نضج في نمو العظام وقد تكون لديهم مشكلات في النوم، فدائرة النوم قد تكون قصيرة لذلك يعانون من صعوبات في النوم. (Durand & Barlow: 2000: p134).

الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات والبحوث التي تناولت إعاقاة التوحد من جوانب متعددة؛ حيث ركز البعض على البرامج التدريبية، بهدف تعديل السلوكيات غير المرغوبة مثل: السلوك النمطي، كالاندفاعية وفرط الحركة، واضطرابات سلوكية تكيفية ولا تكيفية، وركز البعض الآخر على تحسين السلوك والمهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي التوحد، وفي هذا الفصل يستعرض الباحثان ما توصل إليه من دراسات تم إجراؤها حول الأشخاص ذوي التوحد وبصفة خاصة الدراسات التي اهتمت بالسلوك الاندفاعية، وبعد ذلك سيقوم الباحثان باستخلاص بعض الاستنتاجات التي تقودها بالتالي لإعداد البرنامج موضوع الدراسة وبصيغة فروض الدراسة. وتم تصنيفها في المحاور الآتية:

1. دراسة سهير محمود أمين (2002):

عنوان الدراسة: فعالية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى

الطفل المتوحد:

هدف الدراسة: إعداد برنامج يهدف إلى مساعدة الطفل المتوحد على تنمية المهارات الاجتماعية والمعرفية واللغوية، ومهارات رعاية الذات، ومساعدة الطفل على ممارسة أساليب وأنماط السلوك التوافقي، كما تهدف أيضاً إلى التعرف على أفضل الأساليب التربوية، والإرشادية في التعامل مع الطفل المتوحد، بالإضافة إلى إعداد برنامج إرشادي للوالدين، يساعدهم على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب، مما يسهل عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة. وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحيدين، ممن تراوحت درجاتهم ما بين 25-75 درجة على مقياس تقييم الطفل المتوحد، كما تراوحت أعمارهم ما بين 8-22 عاماً، ونسب الذكاء ما بين 50-70 على مقياس ستانفورد بينيه. وقد تم تقسيم هذه العينة إلى

مجموعتين تجريبية وضابطة، روعي فيهما التماثل من حيث العمر الزمني ودرجة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. واستخدمت الدراسة مقياس (ستانفورد، بينيه) للذكاء (ترجمة وإعداد: محمد عبد السلام ولويس مليكة 1988)، مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص 1988)، مقياس تقييم الطفل، برنامج تدريبي للأطفال المصابين بأعراض، برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تخفيض الاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات الاجتماعية، والقصور في الرعاية الذاتية، واضطرابات اللغة، وذلك على أبعاد مقياس تقييم الطفل المتوحد، ولكن لم تظهر النتائج وجود فروق جوهرية في بعد الأنماط السلوكية، وذلك لدى أفراد المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث لم يحدث لها أي تغيير، وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدى، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بشهرين، وذلك باستخدام الاختبار التتبعي.

2. دراسة (ليز فوكس وبامبلا بوكاشير (2003) (Lise Fox & Pamela

:Buschbacher

عنوان الدراسة:

Under standing and Intervening with the Challenging Behaviour of Young Children with Autism Spectrum Disorder

فهم وتدخل للسلوكيات غير المرغوب فيها للأطفال المصابين بالتوحد.

هدف الدراسة: استخدام دعم السلوكيات الإيجابية Positive Behavior Support

PBS ومدى تأثيره في اكتساب الطفل التوحدى لمهارات جديدة. وتكونت عينة الدراسة من (5) أطفال ذوي توحد وطفل ذو اضطراب أسيرجر و(3) أطفال غير شفهيين - Non Verbal، أعمارهم بين (7/3) سنوات. وأظهرت نتائج الدراسة أن سماح الآباء والمتخصصين للطفل أن يلعب دورى المستمع والمتحدث ساعد الطفل على تغيير أسلوب التواصل لديه، كما ساعد على تعلم المحادثة الصحيحة، واستخدام الأسئلة في المحادثة أيضاً ساعد الأطفال في المراحل المتقدمة أن يستخدموا الأسئلة في جمل خالية من الأخطاء.

3. دراسة (ألكساندرا سالزار (2004) Alexandra Salazar):

عنوان الدراسة:

Increasing social initiations in preschoolers with autism using a combination of social stories, pictorial cues and role play

رفع المبادأة الاجتماعية لدى الأطفال ما قبل المدرسة ذوي التوحد باستخدام توليفة من

القصص الاجتماعية والنماذج المصورة ولعب الدور

هدف الدراسة: استخدام النماذج المصورة، والقصص الاجتماعية، ولعب الأدوار في

تحسين مهارات التواصل الاجتماعي، والمحافظة على الانتباه وتعديل السلوكيات اللاتكيفية عند

الأطفال التوحديين في سن ما قبل المدرسة. وتكونت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين و(3)

أفراد نموذجيين كمشاركين اجتماعيين، ولقد كونوا أزواجاً مع كل طفل توحدي. واستخدمت الدراسة

لعب الأدوار، وخصص مصورة، ونماذج مصورة واستمرار جلسات للعلاج لمدة 10 أسابيع بمعدل 3

جلسات كل أسبوع. وأشارت نتائج الدراسة إلى الزيادة في الانتباه والمحافظة عليه، والزيادة في

سلوكيات الاحتياجات الاجتماعية، وذلك بالنسبة للثلاثة المشاركين جميعهم، كما أشارت أيضاً إلى

انخفاض في السلوكيات اللاتكيفية، ولقد علق المشاركون و نظائرهم خبراتهم بخصوص مشاركتهم في

الدراسة، ودعمت الدراسة الحالية الفكرة القائلة بأن الأطفال التوحديين يمكن أن يتعلموا مهارات

التواصل الاجتماعي المتاحة عن نظائرهم النموذجيين، ولم يتم تعليم هذه المهارات فقط ولكن تم

تطبيقها في بيئات أخرى.

4. دراسة سيد الجارحي (2004):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى

الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة.

هدف الدراسة: إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي

للأطفال التوحديين (من غسل اليدين، والمبادأة بالقاء التحية...)، والوقوف على مدى تأثير هذا

البرنامج في مساعدتهم على اكتساب بعض مهارات التفاعل الاجتماعي، والتواصل مع الآخرين،

بالإضافة إلى مهارات رعاية الذات، وتحديد مدى تأثير هذا التدخل في التغلب على السلوكيات المضطربة لدى هؤلاء الأطفال. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحيدين (7) أولاد، (3) بنات، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين 5-8 سنوات، وقد تم تقسيم أطفال العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي، والعمر الزمني، ووجود إعاقة مصاحبة؛ وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس المستوى الاجتماعي، والاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص 1995)، مقياس السلوك التكيفي (إعداد: فاروق صادق 1985)، مقياس تشخيص التوحد (إعداد: الباحثين)، البرنامج التدريبي (إعداد: الباحثين). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات السلوك التكيفي على الجزء الأول: النواحي النمائية، والثاني: الانحرافات السلوكية من مقياس السلوك التكيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير، وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدى، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

5. دراسة أندريا وبتوير ولويس Andrea Witwer et Luc (2005):

عنوان الدراسة:

Treatment Incidence and Patterns in Children and Adolescent with Autism Spectrum Disorders

العلاج بالنموذج والواقع لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد
هدف الدراسة: هو محاولة معرفة مدى تأثير العلاج على الأطفال والمراهقين ذوي الاضطراب التوحدي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة الأطفال المراهقين ويبلغ عددهم 353 طفل، ويتراوح أعمارهم من (9.5/3.9) سنة. واستخدمت الدراسة أدوية، وفيتامينات، ونظام غذاء معين، وملء استمارات خاصة بمقاييس التكافؤ الاجتماعي والمشاكل السلوكية والسلوك اللاتكيفي من قبل الوالدين. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن 46.7 من العينة قد أخذت على الأقل علاج (سيكوتريك) واحد في العام الماضي بالإضافة إلى ذلك 17.3 من العينة قد أخذت أنواعاً معينة من الفيتامين و 15.5 قد واطبت على نظام غذائي معين، 11.9 قد

أخذت علاج (سيكوتروبيكي) وعلاج بديل، و4.8 من العينة قد أخذت علاجاً مضاداً للتشنجات، ولقد أشارت الانحرافات المعيارية أن السلوكيات التكوينية ولكن المنخفضة والمهارة أو الكفاءة الاجتماعية والمستوى المرتفع للمشاكل السلوكية كانت مرتبطة باستخدام الكثير من العلاج وكانت هذه أول دراسة تركز على العلاقة بين المهارات الاجتماعية والمشاكل السلوكية واستخدام العلاج، ولقد قامت نتائج هذه الدراسة بإلقاء الضوء على الحاجة إلى أبحاث قامت أكثر على العلاج السيكوتروبيكي للأطفال المراهقين التوحدين.

6. دراسة رافت عوض السعيد خطاب (2005):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحدين.
هدف الدراسة: هو تنمية الانتباه لدى الأطفال التوحدين باستخدام بعض الفنيات الإرشادية من خلال النظرية السلوكية، والتعرف على مدى التحسن في الانتباه بعد البرنامج. وتكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحدين من ذوي التوحد البسيط، حيث يتراوح مستوى التوحد لديهم ما بين 30-36 درجة على مقياس تقييم توحد الطفولة (إعداد: سكوبلر وآخرون، 1980)؛ تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية (5) أطفال، وضابطة (5) أطفال وتراوح أعمارهم ما بين (9-14) سنة، ونسب ذكائهم تتراوح ما بين (50-70)، ومتماثلين في المستوى الاجتماعي والاقتصادي. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب قصور الانتباه للأطفال التوحدين (إعداد الباحثين)، البرنامج التدريبي (إعداد الباحثين)، استمارة استطلاع (إعداد الباحثين)، استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثين). ومقاييس الذكاء عن طريق لوحة (جودار)، ومقياس رسم الرجل (جودإنف هاريس Goodenough Harris) (ترجمة: وتقنين مُجد فرغلي وآخرون 2004). ومقاييس تقييم السلوك التوحدي، مقياس الطفل التوحدي (عادل عبد الله 2001)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد: عبد العزيز الشخص، 1995)، ومقياس تقييم توحد الطفولة Childhood autism rating scale (إعداد: سكوبلر ورشلرودالي Schopler E; Reichler R. and Daly) (ترجمه: وتقنين سهام عبد الغفار 1999). وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم، حيث

ساعد البرنامج في تنمية مهارات الانتباه لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها وذلك وفقاً للمقياس المستخدم أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه باستخدام القياس التتبعي.

7. دراسة (إلفيك سيجموند وآخرون (2006). Eldevik Sigmund et al.):

عنوان الدراسة:

Effects of low intensity Behavioral Treatment for children with autism and mental retardation

أثر العلاج السلوكي شبه المكثف على الأطفال ذوي التوحد والإعاقة العقلية

هدف الدراسة: هو معرفة تأثير العلاج السلوكي المكثف قليلاً (شبه المكثف) على الأطفال ذوي التوحد والتخلف العقلي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال يتلقون إما علاج سلوكي وتبلغ هذه المجموعة (13) طفلاً والمجموعة الثانية تتلقى علاج انتقائي، وتكونت من (15) طفلاً، وفترة العلاج كانت 12 ساعة كل أسبوع. واستخدمت الدراسة مقياس للذكاء، ومقياس للغة، ومقياس للسلوك التكييفي، ومقياس للسلوك اللاتكييفي. وأكدت نتائج الدراسة أنه لم يوجد اختلاف هام بين المجموعتين قبل العلاج، ولكن بعد عامين من العلاج قامت المجموعة السلوكية بإنجازات أكبر من المجموعة الانتقائية، وذلك في كل المناطق والمجالات، ومع ذلك فقد كانت الإنجازات أكثر اعتدالية من نتائج أي دراسات سابقة استخدمت علاج سلوكي مكثف جداً على أطفالها.

8. دراسة (كرستينا واهلن وآخرون (2006). Christina Wahlen et al.):

عنوان الدراسة:

The Collateral Effects of joint attention training on social initiations positive affect imitation and spontaneous speech for young children with autism

"التأثيرات غير المباشرة (المصاحبة) لتدريب الانتباه المتواصل على التداخل الاجتماعي الإيجابي تأثير التقليد والحديث التلقائي لدى الأطفال ذوي التوحد".

هدف الدراسة: هو معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك وأثره على التلقين الاجتماعي، والتقليد الكلامي لدى عينة من الأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين. واستخدمت الدراسة البرنامج التدريبي، ومقياس للانتباه، واستمارة ملاحظة. وأظهرت نتائج الدراسة اقترح الباحثون أن تعليم الأطفال الصغار التوحديين، أن ينشغلوا في الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادات في سلوكيات التواصل الاجتماعي غير المستهدفة، وبعد مشاركة هؤلاء الأطفال في البرنامج وتم تغيير السلوكيات غير المستهدفة تم ملاحظة التغيرات الإيجابية في كل من: التلقين الاجتماعي، والتقليد، واللعب، والحديث التلقائي. وتدعم النتائج الافتراضات التي تقول أن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تحسن وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

9. دراسة رشا حميده (2007):

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الإدراك وأثره على خفض السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي.

هدف الدراسة: تنمية الإدراك البصري لدى الأطفال التوحديين من خلال إعداد برنامج تدريبي، ومياس فاعلية هذا البرنامج في خفض السلوك النمطي لديهم. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة كلية قوامها 12 طفلاً توحدياً، ملتحقين بمركزين من مراكز ذوى الاحتياجات الخاصة بمدينة المحلة الكبرى بمحافظة الغربية بمصر، وقد تم تقسيم أطفال العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد تم مراعاة التجانس بين أطفال المجموعتين من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والعمر الزمني، ووجود إعاقة مصاحبة؛ وذلك للتأكد من تكافؤ المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج. واستخدمت الدراسة مقياس رسم (الرجل لجود إنف هاريس Goodenough Harris) لقياس الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص 2006)، مقياس الطفل التوحدي (إعداد: عادل عبد الله، 2001)، مقياس تقدير مهارات الإدراك البصري لدى الطفل التوحدي، مقياس تقدير السلوك النمطي، البرنامج التدريبي. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث

ساعد البرنامج في تنمية مهارات الإدراك البصري، مما أدى لخفض السلوك النمطي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القلبي والبعدى، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات والبحوث السابقة، نلاحظ اختلافها وفق طبيعة كل دراسة والهدف منها، ونجد أن دراسات تلك المحاور أشارت إلى أن يرجع القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي التوحد ناتج عن القصور في التواصل وقلة الانتباه والسلوك العدواني. كما يرجع القصور في التواصل لدى الأطفال ذوي التوحد نتيجة عن القصور في الانتباه والإدراك فرط النشاط الحركي. ويركز الأطفال ذوي التوحد دائماً بصرهم على الأشياء المادية، بينما لا ينتبهون إلى الأشخاص من حولهم، ومن الملاحظ أن الأطفال ذوي التوحد يعانون من عجز في تحول المعلومات داخل المخ، مما يظهر لديهم القصور في كل من: الإدراك البصري، الإدراك السمعي، الإدراك الحركي، الإدراك اللمسي. ويعانى الأطفال ذوي التوحد من تأخر في اللغة وذلك يبرر سلوكهم الانسحابي الذي يعتبر أحد سماتهم المميزة. ومن الملاحظ أيضاً أن معظم الدراسات تتحدث عن السلوكيات غير المرغوبة خاصة قصور الانتباه، والتواصل، وفرط النشاط الحركي، والانسحاب عند الأطفال ذوي التوحد. وكذلك الملاحظ قلة الدراسات العربية التي اهتمت بقضايا التوحد مقارنة بالدراسات الأجنبية على الرغم من زيادة الوعي بهذه الفئة وزيادة معدلات انتشارها. وبعد استعراض الدراسات السابقة ونتائجها يتضح أثر البرامج التدريبية والسلوكية في تنمية الانتباه، والإدراك وخفض فرط النشاط الحركي، والسلوكيات التكيفية، والتواصل، وأثرها في خفض السلوكيات اللاكيفية. من هذا المنطلق يركز الباحثان على ضرورة تقديم برنامج تدريبي سلوكي لهذه الفئة بهدف خفض فرط النشاط الحركي.

في ضوء نتائج الإطار النظري و الدراسات السابقة التي تم عرضها يمكن للباحث ان يقوم بصياغة فروض الدراسة الحالية في الفصل الرابع.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

مقدمة:

عرض الباحثان في الفصل الثاني من هذه الدراسة المفاهيم الأساسية التي تدور حول موضوعه، ثم أعقبا ذلك إلقاء الضوء على بعض الدراسات السابقة وسيقومان بصياغة فروض الدراسة في هذا الفصل، والتي تعد إجابات محتملة لتساؤلاته، وقد استلزم ذلك التحقق من صحة هذه الفروض باتخاذ عدة إجراءات تم إتباعها، وفي هذا الفصل يسرد الباحثان هذه الإجراءات والتي تشتمل على: الفروض، المنهج، العينة، الأدوات، خطوات تنفيذ الجانب التجريبي للدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت لاستخلاص النتائج، وفيما يلي توضيح ذلك:

أولاً: فروض الدراسة:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعتين، التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس اضطرابات السلوك الإندفاعي، لصالح المجموعة التجريبية..
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة، في التطبيق البعدي لمقياس اضطرابات السلوك الإندفاعي لصالح المجموعه التجريبية.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس اضطرابات السلوك الإندفاعي.

ثانياً: منهجية الدراسة:

• منهج الدراسة:

ونظراً لتعدد المناهج في إجراء الدراسات والبحوث في مجال العلوم الإنسانية، فإن طبيعة موضوع الدراسة والهدف منها هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة، حيث

اقتضت طبيعة هذه الدراسة، توظيف المنهج شبه التجريبي، باستخدام تصميم المجموعة التجريبية والضابطة ذات القياس القلبي والبعدي.

ثالثاً: عينة الدراسة:

اتبع الباحثان خطوات اختيار العينة كما يأتي:

شروط اختيار العينة:

تم اختبار العينة من الأطفال المتوحدين الذين تتراوح اعمارهم من (8-12) سنة وذلك للأسباب الآتية:

- إن اضطراب السلوك الإندفاعي في هذه المرحلة العمرية يصبح واضحاً بحيث يمكن تشخيصه ومن الضروري علاجه.

- إن هذه المرحلة العمرية يمكن أن يتم التأكد فيها أن الطفل يعاني من التوحد، كما أنها المرحلة الأكثر انتشاراً داخل مركز التأهيل، إضافة الى أن الذكور التوحدين أكثر من الإناث بنسبة (1:4)، كما تنتشر مشكلة فرط النشاط بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة (1:4) تقريباً، وكذلك لأن سمات التوحدية ومستوى فرط النشاط يختلف عند الذكور عنه عند الإناث، فإنه سيتم اختيار جميع أفراد العينة من الذكور.

حيث قام الباحثان بتطبيق مقياس تشخيص التوحد (إعداد: عادل عبد الله، 2001 على عينة مبدئية عددها (44) طفل من الملتحقين بمركز مصراة لتأهيل المعاقين، وذلك لحساب ثبات المقياس المستخدم في الدراسة، وكذلك انتقاء العينة النهائية موضوع الدراسة، حيث تم اختيار العينة النهائية من بين أطفال العينة الأولية والتي تميزت بفرط النشاط الحركي، وبلغت العينة النهائية 12 طفلاً توحدياً (وفقاً للمقياس المستخدم) ومن ثم قام الباحثان بتقسيمهم إلى مجموعتين:

- المجموعة الضابطة: مكونة من ستة أطفال من الأطفال التوحدين، لم تتعرض للبرنامج التدريبي المعتمد المستخدم مع المجموعة التجريبية.
- المجموعة التجريبية: مكونة من ستة أطفال من الأطفال التوحدين، وهي المجموعة التي طبق عليها البرنامج في خفض اضطراب السلوك الإندفاعي المستخدم في هذه الدراسة.

تجانس أفراد العينة:

• اضطراب السلوك الاندفاعي:

قام الباحثان بمقارنة متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال التوحدين (إعداد: الباحثين) قبل تطبيق البرنامج باستخدام اختبار مان وتيني Mann-Whitney Test كما بالجدول التالي.

جدول (1)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج على أبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى الأطفال التوحدين

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاندفاعية	تجريبية	6	4.7	23.5	8.5	-0.849	غير دالة
	ضابطة	6	6.3	31.5			

قيمة U عند مستوى $(0.01) = 1.5$ وعند مستوى $(0.05) = 4.5$

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، على أبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال التوحدين، والدرجة الكلية للمقياس قبل تطبيق البرنامج على هذه الاستمارة، مما يدل على تجانس أفراد المجموعتين على هذه الاستمارة.

• مستوى درجة التوحدية:

من حيث مستوى التوحدية مجانسة أفراد والعينة باستخدام مقياس تقدير السلوك للطفل التوحدي، تأليف: (مارفي وآخرون Marvy) الذي أعده للبيئة العربية (عبد الفتاح غزال: 1997)، وقام الباحثان بتقنين المقياس على البيئة الليبية، حيث استخراج صدق المقياس بطريقتين: صدق المحكمين (الصدق الظاهري)، وصدق التجانس الداخلي وبلغ صدق المقياس عند قيمة (ت) (46.7) وهي دالة عند مستوى (0.01) ، ولحساب الثبات استخدم طريقة

إعادة تطبيق المقياس حيث حصل على عامل ثبات (0,86) وهو دال إحصائياً عند مستوى (0.01). وفيما يلي توزيع لدرجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس.

جدول (2)

توزيع درجات التوحيدية للمجموعتين التجريبية والضابطة

درجات التوحيدية		ن
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
100	96	1
94	95	2
97	98	3
99	98	4
99	98	5
99	100	6
97,5	97,25	المتوسط
2,2	1,92	الانحراف

كما سبق يتضح أن درجات التوحيدية في المجموعتين متقاربة إلى حد كبير، مما يدل على تجانس المجموعتين في هذا المتغير، مما يساعد على تثبيت هذا العامل وعدم تداخله في الإجراءات التجريبية للدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة:

قسم الباحثان الأدوات المقدمه في الدراسة الحالية الى قسمين هما: أدوات تجانس العينتين، وأدوات قياس المتغيرات التجريبية.

أولاً: أدوات للتجانس وتشمل:

1. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة اللببية (إعداد: الباحثين):

أعد هذا المقياس بهدف الوصول إلى أداة مناسبة يمكن استخدامها في قياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة اللببية في الظروف الراهنة.

2. مقياس الطفل التوحدي (إعداد: عادل عبد الله، 2001):

يتألف هذا المقياس من 28 عبارة يجاب عنها بـ (نعم) أو (لا) من جانب المعلم أو الأخصائي، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض التوحدية، تم صياغتها في ضوء المحكات التي تم عرضها في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي حول ما كتب عن هذا الاضطراب، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات (14 عبارة) على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعاني من التوحدية، وفي الغالب لا تعطى درجة لهذا المقياس، ولكنه يستخدم من خلال الحد الأدنى من انطباقات عبارات هذا المقياس عليه (14).

كما تم التأكد من ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني مقداره شهر واحد، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.917)، وباستخدام معادلة KR-21 بلغت (0.846)، وهي جميعا قيم دالة عند مستوى (0.01).

3. لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان):

قام الباحثان بمجانسة أفراد العينة في مستوى الذكاء باستخدام لوحة جودارد المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان)، لقياس ذكاء أفراد العينة الكلية وذلك للتحقق من تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ويتكون هذا الاختبار من لوحة خشبية مساحتها (18 x 13) بوصة، وعشر قطع خشبية تتطابق أشكالها مع أشكال الفتحات المحفورة في هذه اللوحة، وتستخدم هذه اللوحة مع الفئة العمرية من سن ثلاث سنوات وحتى ست عشرة سنة، وقد تم استخدام لوحة (سيجان) في معظم الدراسات العربية التي أجريت على أطفال التوحد، وفيه يُعطى الاهتمام عند تقدير الدرجة على دقة ملاحظة الطفل للتفاصيل العملية الإدراكية أكثر مما يُوجه إلى المهارة، ويختلف عن غيره من اختبارات الذكاء من ناحية مفهومه الأساسي ومن ناحية إيجازه وبساطة إجراءه، وهناك ما يشير إلى أن اختبار لوحة (جودارد) المعدلة من لوحة الأشكال (سيجان) تمتد فيما بين السنة الرابعة والخامسة حتى سن الثامنة عشر تقريبا، وهي المرحلة التي

يطلق عليها بياحيه العمليات المحسوسة، وقد استخدم هذا الاختبار في الدراسة الحالية بهدف تقدير القدرة العقلية لدى مجموعتي الدراسة.

وصف المقياس: يتكون المقياس من لوحة خشبية بها فراغات للأشكال التالية (معين - نجمة خماسية - بياضوى - مربع - دائرة - مستطيل - شكل سداسى عبارة عن مستطيل بدلاً من ضلعيه الصغيرين - مثلثين متساويا الساقين بدون قاعدتهما - نصف دائرة - مثلث) وتقدم اللوحة، ونترك له ثلاث أو أربع فرص، ثم نحسب متوسط الوقت الذى استغرقه في المحاولات ليمثل درجته على المقياس، والتي في ضوءها يتم تحديد نسبة ذكائه، وذلك بالرجوع إلى دليل المقياس.

ثانياً: أداة قياس المتغير التجريبي:

• استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى الأطفال التوحدين:

(إعداد الباحثين)

وصف الاستمارة:

تتكون الاستمارة في شكلها النهائى من 45 عبارة تقيس أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال التوحدين.

حساب الصدق والثبات للاستمارة:

أولاً: الصدق: تم حساب صدق الاستمارة بعدة طرق وفيما يلي عرض ذلك بالتفصيل.

• صدق المحكمين:

ويهدف هذا النوع من الصدق إلى الحكم على تمثيل الاستمارة للموضوع الذي تقيسه على نحو يتسم بالوضوح، وقد أخذ الباحثان العبارات التي وصلت نسبة الاتفاق عليها أكثر من (80%) بعد عرضها على 12 من السادة المحكمين من أساتذة وأساتذة مساعدين في علم النفس و الصحة النفسية والتربية الخاصة.

• صدق الاتساق الداخلى:

قام الباحثان بحساب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس

والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية (لسلوك الاندفاعي) (ن=60)

معامل الارتباط	رقم العبارة	البعد
0.417	16	الاندفاعية
0.503	17	
0.428	18	
0.467	19	
0.398	20	
0.366	21	
0.359	22	
0.401	23	
0.457	24	
0.514	25	
0.528	26	
0.437	27	
0.385	28	
0.419	29	
0.477	30	

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). كما قام الباحثان بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للاستمارة، مما يدل على تماسك المقياس، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (4)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي لدى الأطفال

التوحيدين (ن=60)

معامل الارتباط	الأبعاد
0.695	الاندفاعية

ثانياً: ثبات الاستمارة:

قام الباحثان بحساب ثبات الاستمارة بالطرق الآتية: (إعادة تطبيق الاستمارة، والتجزئة النصفية، معامل ألفا كرونباخ).

جدول (5)

معاملات ثبات أبعاد استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى الأطفال التوحدين (ن = 60)

إعادة تطبيق المقياس ن = 12	التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ ن=60	الأبعاد
	سبيرمان - براون ن=60		
0.801	0.765	0.865	الاندفاعية

• معامل ألفا كرونباخ: للتحقق من ثبات استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الإندفاعي، كانت معامل الارتباط تساوي (0.765)، وقد بلغت قيمة (ألفا كرونباخ) (0.865) وهي درجة ثبات عالية، ويتضح من ذلك أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يجعلنا نثق في ثبات الاستمارة وإمكانية الاعتماد عليها في الدراسة الحالية كما هو موضح في الجدول السابق.

• إعادة تطبيق الاستمارة: قام الباحثان بالتحقق من ثبات استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى الأطفال التوحدين مرتين بفواصل زمني قدرة (15 يومًا) على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 12)، وتم احتساب معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لصورة الاستمارة، وكان معامل الارتباط يساوي (0.89)، كما يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس وإمكانية الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ثالثاً: البرنامج التدريبي القائم على تعديل السلوك في خفض السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد (إعداد الباحثين):

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على فنيات تعديل السلوك لخفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدى عينة من أطفال التوحد، ويعرض الباحثان في هذا الفصل نتائج الدراسة التي توصلوا إليها.

اختبار صحة الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي لصالح المجموعة التجريبية.

أولاً: نتائج التحقق من الفرض:

ينص الفرض الأول على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجات التي يحصل عليها الأطفال ذوى التوحد في المجموعة التجريبية، في كل من أبعاد اضطرابات السلوك الاندفاعي موضع الاهتمام، والدرجات التي يحصل عليها نظراًؤهم، بالمجموعة الضابطة عقب انتهاء المجموعة الأولى (التجريبية) من جلسات البرنامج التدريبي المستخدم وذلك لصالح الأطفال ذوى التوحد في المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (6)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة، بعد تطبيق البرنامج، على أبعاد اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد

الأبعاد	اسم المجموعة ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيتا)	حجم التأثير
	ضابطة	6	16.66	1.21	0.01		
الاندفاعية	تجريبية	6	33.66	2.53	-14.03	دالة	0.73 عال

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، بين درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة، بعد تطبيق البرنامج، على اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، مما يعني تحسن أطفال المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات البرنامج التدريبي مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لنفس جلسات البرنامج.

ثانياً: عرض نتائج الفرض الأول:

يتضح من جدول رقم (6) ما يأتي:

صحة الفرض الثاني، حيث أظهرت نتائج التطبيق البعدي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي لصالح المجموعة التجريبية، وبين بعد الاندفاعية، بلوغ متوسط التطبيق القبلي للمجموعة الضابطة (16.66) بينما كان متوسط التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية (33.66)، وبلغت قيمة (ت) (-14.03) وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وبلغت قيمة (إيتا) (0.73) وهي ذات تأثير عال.

وبهذا تشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة، وعن صلاحية فنياته وأساليبه المستخدمة، حيث ساهمت في ارتفاع متوسطات درجات أبعاد اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، التي يتمثل في: الاندفاعية، وقد ساهم ذلك في زيادة تركيزهم، وتحسن سلوكهم تتمثل في المضطرب وتحسن السلوك الاندفاعي مقارنةً مع أقرانهم. ويمكن تفسير

نتائج هذا الفرض، بما أكد عليه مُجّد هويدي (2005: ص54) أنه يمكن استخدام المعززات في العديد من المجالات كتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها أو إيقافها، أو في زيادة السلوكيات المرغوب فيها، أو في إكساب الطفل بعض السلوكيات الجديدة والمحافظة على استمراريتها. وهذا ما قام به الباحثان في الدراسة الحالية من محاولة التقليل من السلوكيات غير مرغوبة فيها المظاهر السلوكية لفرط الحركة عند أطفال التوحد، وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من: دراسة منى خليفة (2001)، ودراسة عادل الله (2000)، ودراسة مُجّد خطاب (2004). وكل ذلك يؤكد صحة الفرضيه.

وفيما يلي يوضح الشكل البياني الفروق بين درجات الأطفال بالمجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد اضطرابات فرط النشاط الحركي للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس.

1. اختبار صحة الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي لصالح التطبيق البعدي.

أولاً: نتائج التحقق من الفرض:

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجات التي يحصل عليها أطفال المجموعة التجريبية ذوا التوحد، في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي لصالح التطبيق البعدي. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (7)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالتطبيق القبلي ومتوسط التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية، على أبعاد اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد

الأبعاد	المجموعة التجريبية	ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيثر)	حجم التأثير
الاندفاعية	التطبيق القبلي	6	17.16	1.72	-21.60	0.01 دالة	0.81	عال
	التطبيق البعدي	6	33.66	2.58				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال بالمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي، على جميع فقرات مقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، لصالح التطبيق البعدي، مما يعني تحسن درجات أطفال المجموعة التجريبية بعد استخدام البرنامج.

ثانياً: عرض نتائج الفرض الثاني:

يتضح من جدول رقم (7) ما يأتي:

صحة الفرض الثالث، حيث أظهرت نتائج التطبيق (القبلي - البعدي) على وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي، في فقرات مقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، لصالح التطبيق البعدي. وبين فقرات الاندفاعية، للمجموعة التجريبية، بلوغ متوسط التطبيق القبلي (17.16) بينما كان متوسط التطبيق البعدي (33.66)، وبلغت قيمة (ت) (-21.60) وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وبلغت قيمة (إيثر) (0.81) وهي ذات تأثير عال.

وبهذا تشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الناتجة عن صلاحية فنياته وأساليبه المستخدمة، حيث ساهمت في ارتفاع متوسطات درجات فقرات اضطرابات السلوك الاندفاعي، للأطفال ذوي التوحد، وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي، وقد ساهم

البرنامج المستخدم في تحسن سلوكهم المضطرب، وتحسن السلوك الاندفاعي مقارنةً بالتطبيق القبلي، ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري حيث تذكر (سهبي أمين 2002): ص94) أن المعزز يستخدم في إيقاف السلوك غير الملائم، أو غير المرغوب فيه. ونعتبر كلا من المعززات الايجابية والسلبية واحدة فكلاهما يعملان على زيادة السلوك الملائم أو الحد من السلوك غير الملائم وتعديله، وأن وجه الاختلاف بينهما هو أن المعززات الايجابية تضيف شيئاً مرغوباً فيه أما المعززات السلبية فتزيل أو تحذف شيئاً غير مرغوب فيه.

كما يفسر الباحثان ذلك بأن التدريبي السلوكي الذي يستهدف تعديل السلوكيات غير مرغوب به لدى هؤلاء الأطفال، ويستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي، ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه، وقد يكون التدعيم مادياً عن طريق الهدية أو الحلوى، وقد يكون معنوياً بتقبيل الطفل أو مداعبته، أو مدحه أو بعبارات الشكر أو الأنشطة واللعب.

وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من: دراسة عبد المنان معمور (1997)، ودراسة عادل عبد الله (2000)، ودراسة منى خليفة (2001)، و دراسة مُجّد خطاب (2004)، بينما أكدت دراسة سهير محمود (2005) على فاعلية التدعيم بالطعام والأنشطة الاجتماعية مع الأطفال التوحدين بما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية.

اختبار صحة الفرض الثالث:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي.

أولاً : نتائج التحقق من الفرض:

ينص الفرض الثالث، على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجات التي يحصل عليها أطفال المجموعة الضابطة ذوا التوحد، في التطبيق القبلي والبعدي لمقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار T-TEST لدلالة فروق المتوسطات، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (8)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات الأطفال بالتطبيق القبلي ومتوسط التطبيق البعدي للمجموعة الضابطة، على فقرات اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد

الأبعاد	اسم المجموعة	ن	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	دلالة (ت)	قيمة (إيتا)	حجم التأثير
الاندفاعية	التطبيق القبلي	6	17.50	1.87	1.05	0.34	0.17	ضعيف
	التطبيق البعدي	6	16.66	1.21				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال بالمجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي، على جميع فقرات مقياس اضطرابات فرط النشاط الحركي للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، مما يعني عدم تأثر المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي.

ثانياً: عرض نتائج الفرض الثالث:

يتضح من جدول رقم (8) ما يأتي:

صحة الفرض الرابع، حيث أظهرت نتائج التطبيق (القبلي - البعدي) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي، في فقرات مقياس اضطرابات السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس. وبينت بعد الاندفاعية، للمجموعة الضابطة، بلوغ متوسط التطبيق القبلي (17.50) بينما كان متوسط التطبيق البعدي (16.66)، وبلغت قيمة (ت) (1.05) وهي غير دالة إحصائياً عند أي مستوى، وبلغت قيمة (إيتا) (0.17) وهي ذات تأثير ضعيف. وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين متوسطي القياس القبلي والبعدي.

ومن خلال العرض السابق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أطفال المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، وبعد تطبيق البرنامج، على أبعاد اضطرابات

السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي التوحد، والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم خضوع العينة من المجموعة الضابطة إلى أي مؤثر خارج أو تعرضها للبرنامج العلاجي، وهو ما أدى إلى التوصل إلى درجات متشابهة في التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، ويرجع الباحثان هذا كدليل على تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية، كما هو موضح في التطبيقين القبلي للمجموعتين عند المقارنة بينهم، وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من دراسة عادل عبد الله (2000 ب) ودراسة سهير محمود (2002)، ودراسة سيد الجارحي (2004)، ودراسة رأفت عوض (2005)، وهذا يعني صحة الفرضية.

ملخص النتائج ومناقشتها:

تناولت هذه الدراسة فاعلية برنامج علاجي قائم على التدخل السلوكي المكثف، مستخدماً فنيات وأساليب العلاج السلوكي، إضافة إلى التعاون بين الاخصائيين وأولياء الأمور في خفض اضطرابات السلوك الاندفاعي لدى الأطفال ذوي التوحد، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في خفض اضطرابات السلوك الاندفاعي لدى الأطفال ذوي التوحد عينة الدراسة، حيث إن الفنيات التدريبية المستخدمة في البرنامج، كان لها أثر كبير في نجاح البرنامج وقد استخدم الباحثان فنيات التدعيم والنمذجة والتدعيم والحث والتشكيل والتغذية الراجعة، وهذا يتفق مع (سيد الجارحي (2004)، سهير أمين (2002)، وعبد المنان معمور (1997) وعادل عبد الله (1999-أ). كما استخدم اللعب والنموذج بالصور، وهذا يتفق مع دراسة عادل عبد الله (2000). سهير محمود (2005). كما أن استخدام لعبة العروسة من قبل الباحثين كنوع من حث الأطفال على التقليد ومحاكاة النموذج يتفق مع دراسة دراسة (هالة فؤاد (2001)، ودراسة عادل عبد الله (2003)، ودراسة (بيليوس وآخرين (2003). Pelios, et, al. واستخدام الباحثان أجهزة الوسائط المتعددة كنوع من النمذجة في تعليم هؤلاء الأطفال يتفق مع دراسة (فاندرجيست Vander Geest (2002)، ودراسة (ميشيل Michelle. (2004). واستخدام فنية اللعب الحر كنوع من التدعيم تتفق مع دراسة

(أناديلاز وآخرين Ana Delias et al (2006)، ودراسة (كالاند وآخرين Kaland et al (2007).

ويري الباحثان أن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة قد أدى إلى خفض اضطرابات السلوك الاندفاعي لدى أطفال ذوي التوحد وهم أطفال المجموعة التجريبية، ويرجع ذلك إلى أن البرنامج قد اشتمل على فنيات وأساليب وأنشطة تتضمن: مثيرات وألعاب مشوقة، أفلام كارتونية ومواقف حياتيه مصورة، مجسمات، وحيث إن التراث السيكولوجي يشير إلى أن هذه الأشياء تجذب انتباه الأطفال ذوي التوحد، وتأتي بفاعلية عالية مع هؤلاء الأطفال عن الأشياء العادية، حيث إن النمذجة الحية لها فاعلية كبيرة عن النمذجة العادية، أيضاً استخدم الباحثان صور لبعض الأشكال الكارتونية المحببة للأطفال. ولذا كان توافر هذه الخصائص في البرنامج أدى إلى فاعلية البرنامج ورفع قدرة الأطفال ذوي التوحد على الانتباه وخفض الحركة المفرطة، واستخدامها مع المحيط الذي يعيشون فيه.

مما سبق يرى الباحثان أن البرنامج الحالي قد أدى فعاليته مع المجموعة التجريبية في خفض اضطرابات السلوك الاندفاعي لدى أطفال ذوي التوحد.

أولاً: توصيات الدراسة:

1. إنشاء قاعدة بيانات بالأبحاث والمؤتمرات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد).
2. تسليط الضوء الإعلامي على الاحتياجات الخاصة عامة، والفئات الصعبة مثل التوحد وذلك لرفع درجة الوعي عند المجتمع بهذه الفئات وكيفية التعامل معها.
3. ضرورة إعداد برامج إرشادية للآباء والأمهات، لتعريفهم بطبيعة التوحد والعمل على تقديم برامج تعليمية توجيهية، لإمكانية محاولة فهم بعض سلوكيات هؤلاء الأطفال وطرق التعامل معهم وفق خطط علاجية.

ثالثاً: الدراسات المقترحة:

- في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية يقترح الباحثان بعض الموضوعات التي تحتاج لمزيد من الدراسات والبحوث وتمثل في:
1. تصميم برنامج علاجي سلوكي لخفض درجة العجز والقصور في مهارات التواصل اللغوي والاجتماعي لدى الأطفال ذوي التوحد.
 2. دراسة المخاوف المرضية لدى الأطفال ذوي التوحد وكيفية التعامل معها وعلاجها.
 3. تصميم برنامج تدريبي لتنمية التعليم الحركي لأخوة الأطفال ذوي التوحد.
- هذا والله يسأل أن يوفقنا لما فيه الخير والصلاح، وأن يجعل علمنا وعملنا خالصاً لوجهه الكريم، والله من وراء القصد.

المراجع والمصادر

أولاً: المراجع العربية:

- 1- إبراهيم عبدالله فرج الزريقات (2004). التوحد الخصائص والعلاج، ط1. دار وائل. عمان الأردن.
- 2- إبراهيم محمود بدر (2004). الطفل التوحدي، تشخيص وعلاج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 3- أحمد عباس عبد الله (2000). إشكالية التشخيص في اضطراب التوحد. ندوة الإعاقات النمائية قضاياها ومشكلاتها العملية: البحرين.
- 4- أحمد مُجَّد الزغبى (2001). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، السلسلة 7، عمان، دار زهران.
- 5- أحمد عكاشة (1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- 6- أزهار أمين علي أحمد (2001). "مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الإجترايين". رسالة ماجستير. معهد البحوث والدراسات التربوية: جامعة القاهرة.
- 7- أسامة أحمد المدبولي (2006). "فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين". رسالة ماجستير. معهد البحوث والدراسات التربوية: جامعة القاهرة.
- 8- إسماعيل مُجَّد بدر (1997). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي "الإرشاد النفسي والمجال التربوي" كليه التربية: جامعة عين شمس القاهرة (ديسمبر 1997)، ص ص 727 - 756.
- 9- إلهامي عبد العزيز (1999). الذاتوية لدى الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس. معهد الدراسات العليا للطفولة: جامعة عين شمس.
- 10- إلهامي عبد العزيز إمام ومحمود عبد الرحمن حموده وإيمان مُجَّد صبري إسماعيل (2001). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الكتاب.

- 11- أسماء المبروك الترهوني (2006). "النشاط الزائد للتلاميذ وعلاقته بالتحصيل وتطبيق برنامج علاجي لخفضه بمدينة ترهونة"، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة المرقب، كلية الآداب، ليبيا.
- 12- ألكسندر ميشكيريakov (ترجمة) فوقية حسن عبد الحميد، فاروق صادق (2002). التربية الخاصة لذوي الإعاقة المزدوجة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 13- إيرنيه جوهانسون (ترجمة) أنسي مُجد قاسم (1998). النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الاتصال الأدائي. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- 14- أم كلثوم عطية السيد ماضي (2006). "مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين". رسالة ماجستير. كلية الآداب: جامعة عين شمس.
- 15- أميرة طه بخش (2001). دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً. مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين. المجلد الثاني، العدد الثالث.
- 16- ----- (2002). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر العدد الأول.
- 17- أنسي مُجد قاسم (1998). مقدمة في سيكولوجية اللغة. ط2. القاهرة: الأنجلو المصرية
- 18- أيمن البلشة (2000). الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً. ندوة الإعاقات النمائية قضايا ومشكلاتها العملية: البحرين.
- 19- أيمن فرج أحمد البرديني (2006). "العلاقة بين اللغة واضطراب التكامل الحسي عند الأطفال التوحديين". رسالة ماجستير. كلية الآداب: جامعة عين شمس.
- 20- أمال عبد السمیع باظة (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها. القاهرة: الأنجلو المصرية.

- 21- برنامج التنمية الشاملة "بورتاج" الطبعة العربية (1993).
- 22- بشير الرشيدى، طلعت منصور، إبراهيم الخليفى (2000). المفاهيم الأساسية والإطار النظري للاضطرابات الارتقائية الشاملة. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، ط 1. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.
- 23- جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفايى (1995). معجم علم النفس والطب النفسى. ج 1، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 24- جمال الخطيب (1987). تعديل السلوك القوانين والإجراءات. الأردن: جمعية عمال المطابع التعاونية.
- 25- ----- (2003). تعديل السلوك الإنساني. الأردن: دار حنين، مكتبة الفلاح.
- 26- جمال الخطيب، منى الحديدي (1998). التدخل المبكر فى التربية الخاصة فى الطفولة المبكرة. الأردن: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- 27- حامد عبد السلام زهران (1987). قاموس علم النفس (إنجليزي-عربي). ط 2، القاهرة: عالم الكتب.
- 28- حسن حمدى (2004). "مهارات المذاكرة وعمل الواجب المنزلى (أساليب التخلص من انخفاض مستوى التحصيل واكتساب أفضل الطرق للمذاكرة". القاهرة: دار اللطائف للنشر والتوزيع.
- 29- حسن مصطفى عبد المعطى (2004). موسوعة علم النفس العيادى، الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة، الأسباب، التشخيص، العلاج. دار القاهرة.
- 30- رائد موسى علي الشيخ ذيب (2005). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحدين وقياس فاعليته. ورقة عمل مقدمة لمؤتمر التربية الخاصة عمان، الأردن.
- 31- رأفت عوض السعيد خطاب (2005). "فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتنمية الانتباه لدى الأطفال التوحدين". رسالة دكتوراه. كلية التربية: جامعة عين شمس.

- 32- رابية إبراهيم حكيم (2003). دليلك للتعامل مع التوحد - عيادة الطب النفسي والإرشادي للأطفال. جدة: المدينة المنورة للطباعة والنشر.
- 33- رشا مرزوق العزب حميده (2007). "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الإدراك وأثره على خفض السلوك النمطي لدى الطفل التوحدي". رسالة ماجستير. كلية التربية: جامعة عين شمس.
- 34- رشاد على عبد العزيز موسى (2002). علم النفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 35- رمضان مُحمَّد القذافي (1993). سيكولوجية الإعاقة. الجماهيرية العربية الليبية: الدار العربية للكتاب.
- 36- ريزو وزابل "ترجمة" عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1999). تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
- 37- روبرت كوجل (ترجمة) عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة، أيمن خشان (2003). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد. دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.
- 38- زينب محمود شقير (2001). اضطرابات اللغة والتواصل الطفل الفصامي - الأسم - الكفيف - التخلف العقلي - صعوبات التعلم. القاهرة: دار النهضة.
- 39- ----- (2002). خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل - التدخل المبكر - التأهيل المتكامل)، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الثالث. القاهرة، النهضة المصرية.
- 40- سامون كوهين وبارتريك بولتون (2000). حقائق عن التوحد. الرياض: إصدارات أكاديمية التربية الخاصة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 1- Allen, D-A; Steinberg, M.; Dunn, M.; Fein D.; Feintei C.; Waterhouse, L.; Rapin, I. (2001). Autistic disorder versus other pervasive developmental disorders in young children: same or different?. European Children Adolescent Psychiatry. Vol.10, N.1, Pp67-78.
- 2- Alloy, Lauren, B. Jacobson, Neil S. and Acocella, Joan. (1999). Abnormal psychology: current perspective. New York: McGraw-Hill, inc.

- 3- Ana Delias, De Sousa; Cleonic Avas, Bosa & Neves, Cristina (2006). Possible Relations Among Congenital Blindness, Autistic Features and Maternal Interaction Style . *Estudos De Psicologia*. Vol.22, N.4, Pp.355-364.
- 4- Bandura, A. (1969) *Principles of behavior modification*. New York: Holt Rinehart, and Winston .
- 5- Barker, Sue & Webb, Tera (1999). PECS : The Picture Exchange Communication System in the UK : sharing Excitement , DNA today – to –day Living : research and Real life an inter-disciplinary approach conference.
- 6- Barkley, R.A.;Edwards G.; Laneri, M, ; Fletcher, K., G. Metevia, L. (2001) . Executive functioning temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder . *journal of Abnormal child Psychology* , vol.29, pp. 541-556.
- 7- Bauminger, Nirit; Shulman, Cory & Agam, Galit (2004). The link between perceptions of self and of social relationship in high functioning children with autism. *Journal of Developmental & physical Disabilities*. Vol. 16, N.2, Pp.193-214.
- 8- Baron-cohen,s.,motrimore, c., moriarty, j., and Robertson, m. (1999). The prevalence of gilles de la tourette syndrome children and adolescents with autism. *Journal of child psychology and psychiatry*.p(40).
- 9- Beck R. Ann & Pirovano C. M.(1996). Facilitated Communicators' Performance on a task of Receptive Language. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vol. 26, No. 5 , p.497-512
- 10- Begeer, Sander; Rieffe, Carolien; Meerum, Mark Terwogt; Stockmann, Lex (2006). Attention to Facial Emotion Expressions in Children with Autism. *The International of Research& Practice*. Vol.10, N.1, Pp37-51.
- 11- Bondy, A., & Frost, Lori (1998). *The Picture exchange communication system*. 1st Book. New York: Pyramid, Educational Products.
- 12- -----(1998). *The Picture exchange communication system*. 2nd Book. New York: Pyramid, Educational Products.
- 13- -----(2002). *The picture exchange Communication system: Training manual*. New York: Pyramid, Educational Products.
- 14- Brill Marlene Targ, M.ED. (2001). *Keys to Parenting the Child with Autism*. New York: Seoned Edition.

- 15- Briggs – Gowan, M, E, Leventhal, L. M. Y. Leaf, P.j.(2000). Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use journal of the American Academy of the Amerivan Acadmy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol, 39, pp.841-849.
- 16- Bruinsma, Yvonne, E, M (2004). Increases in the joint behavior of eye gaze alternation to share enjoyment as a collateral effect of pivotal response treatment for three children with autism. Dissertation Abstracts International. Vol. 65, N. 9B, P. 4811.
- 17- Carper, Ruth A.; Moses, Pamela; Tighe, Zachary D. & Courchesne, Eric (2002). Cerebral Lobes in Autism: Early Hyperplasia and Abnormal Age Effects. Article Neuroimage. Vol.16, N.4, Pp1038-1051.
- 18- Carter, Cynthia Mari (2000). Using choice with interactive play to increase language skills in children with Autism. Dissertation Abstracts international, Vol.61-12A, P.473.
- 19- Carlson, Neil R. (1999). Physiology of behavior. Boston: Allyn and Bacon.
- 20- Cocchiola, Michael Anthony JR (2001). An archival study reviewing the efficacy of respirdidonce to treat aggression, repetitive behaviors, self injury and the need for physical restraint in mentally retarded individuals living in group homes and diagnosed with pervasive developmental disorder not otherwise specified or autistic disorder. Dissertation Abstracts International. Vol.3, N.6, Pp.1625.
- 21- Cohen, Iral; Susan, Lackner Schmidt; Raymond, Romanczyk& Vicki, Su dhalter (2003). The PDD Behavior Inventory: Arating Scale for assessing to intervention in children with pervasive developmental

ثالثاً: المراجع الإلكترونية:

- 1- www.autismsociety.com