

فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى إعداد برنامج إرشادي أسري لتنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى الأطفال التوحديين، وتم استخدام المنهج شبه التجريبي مع استخدام القياسات القبلية والقياسات البعدية لعينة الدراسة التي تكونت من (١٠) أطفال توحديين، تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية (٤ أولاد- فتاة)، ومجموعة ضابطة (٤ أولاد- فتاة). وتم استخدام مقياس جودارد للذكاء، مقياس جيليام لتشخيص التوحدية (محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة، ٢٠٠٤)، مقياس مهارات رعاية الذات (إعداد الباحثين)، استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثين)، برنامج إرشادي أسري (إعداد الباحثين)، استمارة الملاحظة اليومية (إعداد الباحثين). وباستخدام الأساليب الإحصائية أثبتت الدراسة الحالية صحة الفروض.

ABSTRACT

The effectiveness of family counseling in developing some skills self-care in a sample of Autistic children

The present study aims to set up a family counseling program for the development of some self-care skills of autistic children. It was used quasi-experimental method with using tribal and dimensional measurements of the study sample which consisted of (10) autistic children, aged 4-6 years, were divided into two groups, experimental group (4boys- girl), and A control group (4 boys - girl). used Godard measure of intelligence. Gilliam Sacale for diagnosing (Mohammed Abdul Rahman ,Mona Khalifa, 2004), Autism self-care skills scale (by the researchers), case study (by the researchers), a family counseling(by the researchers) , Daily observation form (by the researchers). Using statistical methods proved the current study hypotheses

المقدمة:

يعتبر التوحد أحد أكثر الاضطرابات النمائية انتشارا، الذي يتسم بقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات اللعب، بالإضافة إلي سلوكيات واهتمامات نمطية تكرارية (Landa , 2007: 20)

ويمثل التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة، تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويمثل اضطراباً في التفكير والإدراك، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، ومهارات رعاية الذات (15: Toth,et al,2007)، ويصاحب التوحد اضطرابات وإعاقات مصاحبة بنسبة تصل إلي (١٠%) (Simonoff,et al,2008:921)، ونادراً ما يظهر التوحد بدون إعاقة (عثمان فراج، ٢٠٠٢-ب)، كما أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب غير محدد (Wong & Hui,2008:70)، وإن أرجعه البعض لأسباب متداخلة ومتعددة (Wazana,et al,2009:721)، مما يشكل عقبة في عملية تشخيص التوحد (Volkmar , et al, 2009:110)

ويتسم الأطفال التوحديون بسمات عدة منها: صعوبة التفاعل الاجتماعي (صعوبة بالعلاقات الاجتماعية)، صعوبة التواصل (التواصل اللفظي وغير اللفظي)، اللعب التخيلي (صعوبة في تطوير التخيل أثناء اللعب)، مقاومة التغيير في الروتين المعتاد (Sigman,etal,2006:327)، وضعف مهارات اللعب (خاصة مهارات اللعب الرمزي)، ضعف مهارات رعاية الذات (Woods,2008:6949)

ولقد أكدت الكثير من الدراسات علي دور الإرشاد الأسري في علاج الأطفال التوحديين، وفي تنمية مهارات رعاية الذات لديهم (50: Grindle,et al,2009)، حيث يعد ميلاد طفل توحدي في الأسرة مصدر ضغط للوالدين وللأخوة معاً، وذلك لما يترتب علي ميلاده من أعباء إضافية، وعلاقات أسرية معقدة، بما يهدد البناء النفسي للطفل التوحدي وأسرته (David,2009)، والتي قد تجعل الأسرة بؤرة للصراعات مما يؤثر بالسلب علي الإخوة العاديين (105: Orsmond, Seltzer,2009). ولذلك فإن مثل هذه الأسر تحتاج إلي الدعم المستمر والإرشاد الدائم (Noland,et al,2009)، لمساعدتهم علي لعب دور إيجابي في نمو الطفل التوحدي وتفهم ظروفه وتنمية مهاراته، وبناءً علي ما سبق تتبلور الحاجة إلي برنامج لإرشاد أسرة الطفل التوحدي لتنمية مهارات رعاية الذات لدي طفلهم التوحدي.

مشكلة الدراسة:

يعد ميلاد طفل توحدي أو اكتشاف إعاقته بمثابة صدمة للوالدين بل ولجميع أفراد الأسرة، حيث إن تلك الأسرة تتطلع لميلاد طفل عادي، وبالتالي فإن إعاقته هذا الطفل تعد تهديداً لطموحاتهم وتوقعاتهم، مما يجعل تلك الأسرة تعيش سلسلة من ردود الفعل السالبة عليها، وقد تستمر تلك الردود بشكل أو بآخر حسب قدرة الأسرة على التفاعل مع طفلهم التوحدي، وما تحتاجه إعاقته من خدمات، وما يعانيه التوحدي من مشكلات. الأمر الذي يتطلب إشراك الأسرة في البرامج بهدف إكسابهم معلومات عن إعاقه طفلهم، والخدمات المقدمة له، وطرق التواصل معه، والتدريب عليها.

فللأسرة دور كبير وفعال في تقدم وفي تنمية مهارات الطفل التوحدي، حيث إن تدريب الطفل من حيث ساعات العمل في المدرسة أو المركز لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضي باقي الوقت في المنزل وفي نهاية الأسبوع وفي المناسبات، مما يستدعي تعاون أفراد الأسرة مع المعلمين أو المعالجين باستمرار في برامج الطفل، مع تهيئة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بالإمكان وتعمل على تعديل سلوكه، حيث إن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين، يمثلان الجهد الأساسي في رعاية التوحديين كأساس لعلاج الطفل التوحدي وتعديل سلوكه، ومن ثم يتعلم مهارات مهارات رعاية الذات التي تساعده على اكتساب الكثير من المهارات الأخرى.

ومن هنا رأت الباحثتان أهمية الإرشاد الأسري لمساعدة الوالدين على تحسين مهارات رعاية الذات لدى طفلهم التوحدي. وبالتالي يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل الرئيسي التالي:

"ما مدى فعالية الإرشاد الأسري في تنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين؟"

ومن السؤال السابق تنبثق الأسئلة الآتية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري؟
- ٢- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري؟
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التبعي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على دور وفاعلية برنامج إرشادي أسري في مساعدة وتدريب القائمين على رعاية الأطفال المصابين بالتوحد على رعايتهم وتنمية مهارات رعاية الذات لديهم.

وتتمثل أهداف الدراسة الحالية في النقاط الآتية:

- ١- إعداد برنامج إرشادي أسري لتنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين.
- ٢- التعرف على مدى التحسن في مهارات رعاية الذات لدى الأطفال التوحديين بعد تطبيق البرنامج.
- ٣- التعرف على مدى استمرارية فعالية برنامج الإرشاد الأسري بعد توقفه في تنمية مهارات رعاية الذات لدى التوحديين.
- ٤- توظيف واستثمار قدرات الأطفال التوحديين لتعليمهم وتدريبهم على اكتساب مهارات رعاية الذات، وتعديل السلوكيات السلبية من خلال أنشطة ومواقف البرنامج.
- ٥- رفع كفاءة العلاقة بين الوالدين / الطفل، بما يخلق جواً نفسياً ملائماً لنمو الطفل، وتفاعلات سوية تكفل تعديل سلوكيات الطفل.

حدود الدراسة:

تقتصر حدود الدراسة في تناولها فعالية برنامج إرشادي أسري في تنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من التوحديين من أطفال مدرسة هابي ورلد بالقاهرة، والذين تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات. وتدريب الأسرة على جلسات البرنامج لمدة ثلاث أشهر.

أهمية الدراسة:

يمكن صياغة أهمية الدراسة في النقاط الآتية:

١. تهتم الدراسة الحالية بفئة الأطفال التوحديين، والتي تعد من الفئات الخاصة والتي تزايد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة محلياً وعربياً وعالمياً، خاصة مع تزايد عدد الأطفال المصابين بالتوحد، وما يصاحبه من مشاكل في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وسلوكيات واهتمامات النمطية

١. وتكرارية، واضطرابات النوم، واضطرابات المزاج، ضعف بمهارات رعاية الذات. لذلك فهم في حاجة إلى المساعدة من خلال البرامج الإرشادية.
٢. تنوع الأساليب العلاجية الإرشادية بفنيتها المختلفة في علاج التوحديين، إلا أن أغلب الدراسات لم تركز على الإرشادي الأسري في تنمية مهارات رعاية الذات لدى التوحديين.
٣. إن اشترك أعضاء الأسرة في برامج إرشادية للطفل يبني جسوراً من الثقة والألفة بينهم، ويخلق إحساساً بالمسئولية، ويساهم في زيادة التواصل مع طفلهم، مما يخفف من مشاعر الإحباط وزيادة الأمل لدى الوالدين ويحثهم على التفاؤل.
٤. مساعدة الوالدين على اكتساب بعض المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه الاستجابة المقبولة، مما يؤدي إلى مساعدة الطفل على النمو الصحيح مع تحقيق أكبر قدر من الانسجام الأسري، وزيادة التفاعل بين أفراد الأسرة.
٥. تلقي الدراسة الحالية الضوء على اضطراب التوحد، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره السلبية على الطفل وأسرته، وطرق التدخل والأساليب العلاجية.
٦. علاج هذه الفئة أو تحقيق تقدم إيجابي في شخصية الطفل التوحدي وسلوكه وتفاعلاته يعد إضافة ونقطة من طفل يعتمد على الآخرين إلى شخص يعتمد على نفسه، مما يخفف من العبء الواقع على كاهل آباء هؤلاء الأطفال.
٧. اشترك الوالدين في برامج تعليم أبنائهم المعاقين "التوحديين" لا يعود بالنفع على الابن المعاق فقط وإنما قد يكون له تأثير إيجابي على أطفالهم الغير معاقين أيضاً .
٨. كما أن توعية ومعرفة الوالدين بتقبل الطفل بكل ما يعانيه وكل ما يملك من عيوب أو مميزات لأن هذا التقبل هو أول خطوة في طريق المساعدة الفعالة التي سوف يتم تقديمها.
٩. الصبر على الطفل و احتمالاه إلى أقصى درجة ممكنه وعدم اتباع العنف معه لأن العنف من الممكن أن يتحول إلى عناد ثم إلى عدوان مضاعف، ولذا يجب أن يكون القائم على تدريب الطفل على علاقة جيدة معه ويتصف بدرجة عالية من الصبر والتحمل والتفهم لحالته.

مصطلحات الدراسة: تضم الدراسة الحالية بعض المصطلحات الهامة وسوف يتناول الباحث مصطلحات الدراسة كما يلي:

الإرشاد الأسري:

هو مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة المعوق خاصة للوالدين، بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة على اكتساب المهارات والخبرات التي تساعد في مواجهة مشكلاتها المترتبة على وجود طفل معوق لديها سواء ما يتعلق منها بأساليب التنشئة الاجتماعية، أو ما يتعلق بتأهيله، وكل ما من شأنه أن يحقق للمعوق أقصى استفادة من قدراته. (علي عبد النبي حنفي، ٢٠٠٧: ٢٠١).

وتعرفه الباحثتان إجرائياً بأنه " مجموعة من الإرشادات والتوجيهات التي توجه لأعضاء أسرة الطفل التوحدي وتنظيم البيئة الأسرية لتنمية مهارات رعاية الذات لديه، ولزيادة التواصل معه. وهو عملية مساعدة أفراد الأسرة لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسري، وحل المشكلات الأسرية. وهو جزء لا يتجزأ من برامج علاج التوحديين.

التوحد:

هو اضطراب في النمو العصبي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل يؤثر على التطور في ثلاث مجالات أساسية منها: القصور في نمو وتطور المهارات التواصلية، بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي، والتعلق بالأعمال الروتينية، والمحافظة على أنماط وأداء السلوكيات علي وتيرة واحدة، وضعف مهارات الاعتماد على النفس (NIMH,2009).

وتعرفه الباحثتان إجرائياً بأنه " أحد الاضطرابات الارتقائية الشاملة التي تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويؤثر على مهارات الطفل الاجتماعية، ومهارات التواصل، ومهارات رعاية الذات، وعلي سلوكه التكيفي، مما يفقده القدرة على التواصل مع المجتمع والمحيطين".

مهارات رعاية الذات:

هي مجموعة من السلوكيات والمهارات التي تساعد الطفل التوحدي على ممارسة حياته بصورة طبيعية، والتفاعل بنجاح مع مواقف الحياة اليومية، وذلك من خلال ممارسة بعض الأنشطة داخل برنامج إرشادي أسري ليكتسب من خلاله خبرة تمكنه من التعامل مع مواقف الحياة باستقلالية.

الإطار النظري للدراسة:

نظرة تاريخية للتوحد:

بالرغم من أن البدايات التاريخية الأولى للتوحد ترجع إلى الطبيب النفسي ليو كانر leo kanner عام ١٩٤٣، إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة عدم وجود هذا الاضطراب أو وجود أطفال مصابين بالتوحد قبل تلك الفترة. ففي عام ١٧٩٩ قام الطبيب الفرنسي إيتارد Itard بدراسة حالة الطفل فيكتور والذي يبلغ من العمر (١٢) عاماً، وقد عثر عليه بالقرب من غابة أفرون بفرنسا، وأطلق عليه الصبي المتوحش من غابة أفرون Wild Boy of Averno، وتتطابق أوصافه إلى حد كبير مع أعراض التوحد (Firth,2005:35)

وفي عام ١٨٦٧ لفت الطبيب النفسي هنري مودزلي Maudsly الأنظار إلى مجموعة من الأطفال الصغار بالعمر، وكانوا يعانون من اضطراب عقلي شديد نتج عنه انحراف وتأخر بعمليات النمو، واعتبرها في البداية ذهانات، (Wall,2004:5)، كما أنه في عام ١٩١١ استخدم الطبيب السويدي بلويلر Bleuler مصطلح التوحد لوصف المرضى البالغين المنسحبين اجتماعياً، ووصف أسلوب تفكير التوحديين الشاذ بأنه تفكير توحدي (Scott,et al,2000:49).

إلا أن التوحد لاقى اهتماماً واسعاً من الباحثين منذ أشار إليه كانر (١٩٤٣) في بحثه عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، وتميزت هذه الحالات ببداية مبكرة جداً للاضطراب تتميز بعدم القدرة على الاتصال بالآخرين، وانغلاق كامل على الذات، العزلة الشديدة والانتواء، الإصرار على الروتين والرتابة، بالإضافة إلى صعوبات باللغة (Cohen,et al,2005:105) وأطلق عليه كانر "التوحد الطفولي المبكر" early infantile autism (Dodd,2005:1).

وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي إسبرجر Asperger مجموعة من الأطفال النمساويين يتسمون بسمات متشابهة إلى حد كبير مع سمات أطفال كانر، وأطلق عليه اضطراب إسبرجر Asperger's Disorder (Fitzpatrick, 2004:63)، وفي عام ١٩٥٢ استخدمت ماهلر Mahler مصطلح التوحد الطفولي Infantile autism، وعلى الرغم من تناول كانر للتوحد لخصائص الأطفال المصابين بالتوحد بدقة، إلا أنه لم يظهر في الطبعة الأولى والثانية للدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية عامي (١٩٥٢، ١٩٦٨)، في حين ظهر لأول مرة في الدليل الدولي التاسع الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨، ثم ظهر في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي ١١١ (1980) DSM- تحت مسمى التوحد الطفولي، وفي الطبعة

الثالثة المعدلة R-١١١-DSM (١٩٨٧) تم التفريق بين التوحد والفصام، وفي الطبعة الرابعة DSM-1V (١٩٩٤)، والطبعة الرابعة المعدلة DSM-١٧-R (٢٠٠٠) تم استخدام مصطلح الاضطراب التوحدي. (APA,1994 ,APA,2000)

- الصورة الإكلينيكية للتوحد Clinical picture of Autism

وسوف يتم تناول الصورة الإكلينيكية في ضوء:

- المرحلة العمرية.

- في ضوء الأعراض.

١- الصورة الإكلينيكية للتوحد في ضوء المرحلة العمرية: -

أ- الصورة الإكلينيكية للتوحد خلال مرحلة الرضاعة The clinical picture of autism in infancy أكد العديد من آباء الأطفال التوحديين علي أن أطفالهم في مرحلة الرضاعة كانت مطالبهم قليلة، ومظهرهم الاجتماعي سوي، وإن كان البعض يرفضون الرضاعة، ونادراً ما يتواصلون بصرياً مع آبائهم، ولا يظهرون ردود أفعال ملائمة للإشارات اللفظية وغير اللفظية، ولا يظهرون استجابات عاطفية ملائمة، ويصرخون بشكل متواصل (Volkmar, et al,2005:320).

ويبيدي الطفل التوحدي استجابات غير ملائمة عند تعامله مع الآخرين، فهو يرفض المعانقة ويبدو إما متصلباً أو مترهلاً عندما يحمله أو يحضنه أحد، كما أنه قد يبدأ في البكاء إذا لمسه أحد، وكذلك فإنه يتجنب الاتصال بالعين (Etkins,et al,2005:420).

ويجد الرضيع صعوبة في تقبل الرضاعة الطبيعية من صدر الأم، كما تنتشر لدي البعض مشكلات التغذية سواء كانت الرضاعة طبيعية أو صناعية (Gillberg ,2000:57). ويلاحظ تقريباً نصف آباء الأطفال التوحديين سلوكيات شاذة لأطفالهم بعمر (١٨) شهراً، ومن (٤١-٢١١) الآباء يلاحظونها عند (٢٤) شهراً (Landa , 2007)

ب- الصورة الإكلينيكية للتوحد في مرحلة الطفولة Clinical picture of autism

in childhood يبدو صغار الأطفال التوحديين في صحة جسمانية جيدة، وكثيراً ما يكونون جذابين للغاية، وعيونهم واسعة، إلا أنها لا تنظر مباشرة للآخرين، ويبدو سلوكهم متباعداً أو غير متأثر بالعالم من حولهم، حيث يتركز اهتمامهم علي أشياء خاصة مثل حصاة ناعمة أو علبة فارغة فإذا ضاع هذا الشيء أو تغير الروتين المألوف لهم يصبح هذا الطفل الهادئ المتباعد كتلة من

الغضب (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١: ١٧) وفي مرحلة ما قبل المدرسة يظهر الطفل التوحدي صعوبة في التواصل واللعب مع الآخرين، فليست لديه القدرة علي اللعب التخيلي مع الأطفال الآخرين، ويجد صعوبة في عقد علاقات مع الآخرين أو الحفاظ عليها مما يشعره بالوحدة (Burgess, Gutstein, 2007:85)، ومع تقدم الطفل التوحدي في العمر تقل تدريجياً شدة الأعراض، وخاصة إذا ما وجد رعاية خاصة من المحيطين به، كما يقل لديه سلوك التحديق (Gillberg , Coleman , 2000:13)، ونسبة قليلة من التوحديين لا تتحسن سلوكياتهم الاجتماعية بل يصبحون أكثر سلبية (Volkmar, et al, 2005:321).

ج- الصورة الإكلينيكية في مرحلة المراهقة والرشد: إن أكثر من (٧٠%) من المصابين بالتوحد يصلون إلي مرحلتي الرشد والشيخوخة، وهم لا يزالون يعانون من شدة الإعاقة، وعلي الرغم من أن المشكلات الأساسية تبقى، إلا أن الأعراض تصبح أقل حدة عما كانت عليه في الطفولة (Howlin ,et al, 2009-A: 170).

وتختلف أعراض التوحد بمرور الوقت، فمعظم التوحديين يظهرون تحسناً تدريجياً في الأعراض، حتى وإن كانوا يستمرون في إظهار مشكلات كثيرة في الخبرة. ففي المراهقة بعض الأعراض (النشاط الزائد - إيذاء الذات) تصبح أسوأ لدي ما يقرب من ٣٥% من التوحديين، وفي البلوغ يستمر الشذوذ في الحركات النمطية والقلق والسلوكيات غير الملائمة (Mash , wolfe , 1999:359).

وأظهرت بعض الدراسات أن (٧٠%) منهم تستمر لديهم الإعاقة، (٥٠%) ينمو لديهم الكلام المفيد، (٢٠%) تنمو لديهم نوبات مرضية، (١٥%) العمل باستقلالية (Fitzpatrick , 2004: 4)، وتعد مرحلة المراهقة مرحلة صعبة لدي بعض التوحديين بسبب زيادة السلوك الجنسي (Benetto , Rogers , 1996:315)، بالإضافة إلي ندرة زواج التوحديين (عثمان لبيب فرج، ٢٠٠٢-ب: ٨٥).

٢- الصورة الإكلينيكية في ضوء الأعراض:

تتباين أعراض التوحد لدي الأطفال المصابين بالتوحد من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن ومن فرد لآخر. وهناك مجموعة من الأعراض دائماً ما تظهر لدي جميع التوحديين (أعراض أساسية)، ومجموعة أخرى غالباً ما تظهر لدي جميع التوحديين (أعراض ثانوية).

من الأعراض الأساسية:

١ - قصور التفاعل الاجتماعي:

٢ - ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي

٣ - سلوكيات نمطية تكرارية

ومن الأعراض الثانوية:

هناك بعض الأعراض التي لا تظهر لدي جميع الأطفال التوحديين، ولذلك لا تدخل ضمن محكات التشخيص، ولكنها تؤثر علي الطفل التوحيدي وجميع أفراد الأسرة ، ومنها:

١ . خصائص جسدية وحركية.

٢ . الاستجابات الشاذة للمثيرات الحسية

٣ . القصور المعرفي.

٤ . ضعف مهارات رعاية الذات

٥ . المهارات الاستثنائية

٦ . اضطراب الحالة الانفعالية

٧ . اضطرابات النوم والأكل

٨ . مشكلات سلوكية حادة

الأسباب والنظريات المفسرة للتوحد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التي أثارت حيرة العلماء والباحثين، حيث لا يوجد سبب محدد للإصابة بالتوحد (Happe , Ronald , 2008: 288)، وقد يرجع ذلك للطبيعة غير المألوفة لسلوكيات المصابين بالتوحد، ونظراً لأن كل حالة لها سماتها الفردية (Happe , et al , 2006: 1219)، ولذلك ظهرت العديد من النظريات والأسباب المفسرة للتوحد، فلقد ركزت التفسيرات الأولى للتوحد علي الأسباب السيكودينامية، وفي عام (١٩٧٠) انتقل السيكلوجيون إلي التفسيرات المعرفية، في حين معظم البحوث والدراسات الحالية تفترض أنه يرجع لأسباب بيولوجية. وعلي الرغم من هذه الجهود فلم يتم التوصل إلي تحديد العوامل المباشرة والمحددة للتوحد. ويمكن تصنيف هذه الأسباب والنظريات كالتالي:

أ- النظريات النفسية: Psychological Theories

أكدت النظريات النفسية على الدور الكبير للوالدين في إصابة طفلهم بالتوحد، وأنه يرجع نتيجة للضغط الوالدي، وفشلهم في أداء واجبهم تجاه طفلهم (Kinney , et al , 2008).

وأطلق على أم الطفل التوحدي مصطلح الأم الثلجة *The Fridge Mother* ذلك لوصفها بالبرودة وعدم المبالاة، حتى أن بعضهم كان يقوم بنقل الأطفال التوحديين إلى أسر أخرى كطريقة لعلاج التوحد، مما أدى إلى تنامي الشعور بالذنب لدى آباء وأمهاة الأطفال التوحديين (Dodd , 2005: 1) ، وتتسم شخصية آباء وأمهاة الأطفال التوحديين بالكمال والبرود والانعزال، مع مستوي اقتصادي واجتماعي مرتفع ، ومستوي مهني وتعليمي مرتفع، مع ذكاء مرتفع (Dodd , 2005: 15). وعلى الرغم من ذلك فإن هذه النظرية لم تلق الاهتمام، حيث رفض معظم الباحثين هذه النظريات للعديد من الأسباب منها:

١- إن الدراسات والبحوث لم تؤكد صحة الفرض القائل بأن التوحد يظهر بصورة أكبر في الأسر ذات المستوي الفكري والاقتصادي المرتفع ، حيث أكدت الدراسات على أن آباء الأطفال التوحديين لا يختلفون في الذكاء والطبقة، والشخصية عن آباء الأطفال العاديين.

٢- إن آباء الأطفال الذين وجه إليهم اللوم لإصابة أطفالهم بالتوحد لديهم أطفال عاديين.

٣- إن المعاملة التي يشوبها الدفاء والحب لم تؤد إلى اختفاء أعراض التوحد.

٤- إن السلوك الوالدي المضطرب قد يكون رد فعل لشذوذ الطفل أكثر منه لأي شيء آخر، أي أنه تقع ضغوط كبيرة على الوالدين نتيجة إصابة طفلهم بالتوحد مما يؤدي إلى وقوع مشاكل عاطفية لاحقة وليست سابقة لحدوث التوحد.

٥- إن آباء الأطفال التوحديين ليسوا مختلفين عن آباء الأطفال العاديين.

(Barlow & Durand , 2001:451 ; Emery& Oltmanns , 2000:417).

وهناك العديد من النظريات التي قدمت تفسيرات للتوحد، ومنها:

١. نظرية العقل: Theory of Mind

وهي إحدى النظريات التي لاقت انتشاراً واسعاً في الآونة الأخيرة (Hamilton , 2009: 890) ، وذلك لدورها في تفسير قصور التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بالتوحد (Morton , 2009: 66). وتفترض نظرية العقل قصور قدرة

الأطفال التوحديين في فهم ما يدور في عقول الآخرين، وإدراك وجهة نظرهم Baron-Cohen (Cohen , 2009: 11 70)، لذلك فالأطفال التوحديون يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية، وقصور في فهم الانفعالات الاجتماعية المعقدة (Hamilton , 2009: 891).

٢. النظرية المعرفية: Cognitive Theory

لقد أكد بعض الباحثين علي أن السبب الرئيسي لحدوث التوحد يرجع إلي القصور المعرفي (Lacoboni & Dapretto , 2006: 945)، ويرجع البعض ذلك إلي أن العرض الرئيسي للتوحد هو اضطراب اللغة (Rajendran , et al, 2008).

وأكد بعض الباحثين علي أن قصور التصور العقلي يرجع إلي اختلاف قدرة الطفل علي تصور العالم وهو ما يسمي بالتصور العقلي الأولي Primary Representation، واعتقاد الطفل لما يتصوره الآخرون عن العالم (Baron - Cohen , 2009: 1170).

٣. نظرية الترابط المركزي: Central Coherence

يشير مصطلح الترابط المركزي إلي فهم معاني الأشياء في صورتها الكلية. ولقد ذهب البعض إلي قدرة الأطفال التوحديين المحدودة علي رؤية الصورة الكبيرة، حيث يميلون إلي التركيز علي التفاصيل الصغيرة (Happe & Firth , 2006: 15)، وهذا الضعف هو السبب الرئيسي لمقاومة التوحديين للتغيير، والتزامهم بروتين صارم ومحدد (Motttron , et al , 2006: 27).

وتفسر نظرية الترابط المركزي ما يعانيه الأطفال التوحديون من ضعف الانتباه، وذلك لميلهم الدائم للتركيز علي التفاصيل الجزئية للموضوع بدلاً من النظرة الكلية (Dodd , 2005: 48).

٤. نظرية الوظيفة التنفيذية: Executive Function Theory

أكدت الكثير من الدراسات علي خلل الوظيفة التنفيذية لدي المصابين بالتوحد (Kenworthy , et al , 2008)، مما يؤدي إلي قصور في عملية التخطيط، الكف السلوكي، الذاكرة العامة، اكتشاف الأخطاء (O'Hearn , et al , 2008: 1129)، واضطراب الوظيفة التنفيذية لدي التوحديين يؤدي إلي السلوكيات والاهتمامات النمطية التكرارية (Hill , 2004: 269). إلا أن من نقاط ضعف نظرية الوظيفة التنفيذية عدم القدرة علي قياسها (Kenworthy , et al , 2008: 320)، كما أن اضطراب الوظيفة التنفيذية ليس مرتبطاً فقط بالتوحد (Sigman , et al , 2006: 344).

ب- العوامل البيولوجية: Biological Factors

واجهت النظريات النفسية الكثير من النقد، فزاد الاهتمام بالعوامل البيولوجية كمسبب رئيسي للتوحد، كما زاد الاهتمام بالنواحي التشريحية والتي أظهرت شذوذاً بالمخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد (Muller , 2007: 90). ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلي تأسيس وعمل بنوك المخ والأنسجة التي تجمع الأشخاص التوحديين المتوفيين حديثاً، وجعل الأنسجة متاحة للبحث (إلهامي عبد العزيز وآخرين، ٢٠٠١: ٢٠٢).

وتتضمن العوامل البيولوجية:

١) العوامل الجينية: Genetics Factors

تركز الدراسات علي دور العوامل الوراثية في الإصابة بالتوحد (Pagnamenta , 688 : 2009, et al). حيث تؤكد بعض الدراسات علي أن العوامل الوراثية تفسر أكثر من (٩٠%) من حالات التوحد (Freitag , 2007: 15)، ويؤكد علي ذلك:

- دراسات الأسرة:

أشارت العديد من الدراسات إلي أن التوحد ينتشر بين أسر تعاني من صعوبات لغوية أو معرفية، بالإضافة إلي مشكلات نفسية وصعوبات تعلم (Rogers , 2009: 125)، وأكدت بعض الدراسات علي ارتفاع مستوى الاكتئاب والقلق لدي أمهات وأخوات الأطفال التوحديين، وارتفاع مستوى الاكتئاب لدي آبائهم , Orsmond & Seltzer (1055 : 2009) ، وذهب البعض إلي أنه إذا كان أحد الوالدين مصاباً بالتوحد، فإن نسبة إصابة أحد الأطفال بالتوحد تتراوح بين (٥% - ٨%) , Steyaert , et al (2008:1091).

كما أن أخوة الأطفال التوحديين لديهم مخاطر للإصابة بالتوحد أكثر من العاديين بحوالي (٢٥) مرة (Geschwind , 2009: 370).

- دراسات التوائم:

أكدت دراسات التوائم علي أن أساس التوحد وراثي (Rapin & Tuchman , 1220 : 2008)، فنسبة انتشار التوحديين التوائم بين (٨٠-٩٠%) ، كما أنه إذا أصيب أحد التوائم بالتوحد، فالآخر نادراً ما يصاب به (Bryson , 2007)، وذهبت بعض الدراسات إلي أنه ينتشر لدي التوائم المتماثلة أكثر من التوائم غير المتماثلة . (Folstein & Rosen-Sheidley , 2001)

ولقد أكدت الكثير من الدراسات علي دور الجينات في الإسهام بالإصابة بالتوحد (Bucan , et al , 2009)، فذهب البعض إلي أن الجين الرئيسي المسبب للتوحد هو (OXTR) (Lerer , et al , 2008)، في حين ذهب البعض إلي جين (CNTNAP3) (Stephan , 2003)، وإن أكد البعض علي دور الجينات -ASTN2- (Glessner , et al , 2009) في الإصابة بالتوحد (Persico & Bourgeron , 2007) ، وأشارت دراسات أخرى إلي جين ٧،١٥ في الإصابة بالتوحد (Bourgeron , 2007).

ويتضح مما سبق: أن للتوحد أساس وراثي قوي، علي الرغم من أن الأساس الجيني للتوحد معقد وغير واضح، وقد يرجع ذلك إلي تفسير أن التوحد يتأثر ويتغير بتأثيرات مختلفة أو بتفاعل عدد من الجينات.

٢) العوامل العصبية التشريحية Neuroanatomical Factors

أكدت الكثير من الدراسات علي دور العوامل العصبية في الإصابة بالتوحد (Tuchman , et al , 2009)، حيث أظهرت الدراسات وجود شذوذ بمخ الأطفال المصابين بالتوحد (Gewin , 2009)، فكشفت الدراسات وشذوذ بالمراكز العصبية بالمخ، وشذوذ في معدلات السيروتونين (Penn , 2006)، ونقص في نمو المخيخ (Minshew & Williams , 2007).

ولقد أكدت الكثير من الدراسات علي أن العديد من مناطق المخ الرئيسية وثيقة الصلة بالتوحد، وهي المخيخ Cerebellum، والقشرة المخية Cerebral cortex، والجسم الثقتي Corpus Callosum، والعقد القاعدية Basal Ganglia، وساق المخ Brain Stem (Russo , et al , 2009: 556)، وأشارت بعض الدراسات إلي الزيادة في نمو الهرمونات (Hughes , 2008: 429)، وإلي فرط نشاط الخلايا العصبية بالمخ، والخلل بأنظمة المخ (Broyd , et al , 2009: 280)، كما أكدت بعض الدراسات علي اختلاف مخ الطفل التوحدي عن مخ الطفل العادي (Jeste & Nelson , 2009: 500).

وأظهرت دراسة حديثة (٢٠٠٨) قامت بتصوير المخ وجود نماذج لإشارات بالحاء الطوقي Cingulate Cortex، والمختلفة لدي المصابين بالتوحد عن العاديين (Chiu , et al , 2008: 470). وأكدت بعض الدراسات علي شذوذ بأنشطة نظام المناعة أثناء تكون النمو العصبي مسنول عن الإصابة بالتوحد (Aschwood , et al , 2006: 5)، كما بينت نتائج الدراسات وجود نقص في إفراز نتائج التمثيل metabolism لمنطقة الحاء لدي (٥%) من التوحديين (Manzi , et al , 2008: 310).

٣) العوامل البيوكيميائية: Biochemical Factors

لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكد عليها المدرسة البيولوجية علي العوامل الجينية فقط أو العوامل العصبية فقط (Spelke , 2005: 950)، بل أشارت إلي دور العوامل البيوكيميائية (Ellis , et al , 2007)، واختلال التوازن البيوكيميائي لدى الأطفال التوحديين (Mehler , et al , 2009)، ولقد تركز الاهتمام علي دور الناقلات العصبية Neurotransmitter في حدوث التوحد (Tuchman , et al , 2009: 101)، مثل السيروتونين Serotonin، والدوبامين Dopamine (Penn , 2006: 60).

وعلي الرغم من تأثير العوامل البيوكيميائية، إلا أنه لا تتوافر الأدلة الكافية للتأكد من وجود هذه العوامل لدي جميع التوحديين ومدى تأثيرها عليهم.

٤) التعقيدات الولادية وقبل الولادية " العوامل البيئية "

أشارت العديد من الدراسات إلي التعقيدات الولادية، وقبل الولادية " أثناء الحمل " للأطفال المصابين بالتوحد (Cook & Scherer , 2008). وتتضمن عوامل قبل الولادة:

إصابة الأم بالبول السكري خلال فترة الحمل أو الحصبة الألمانية، نزيف الأم، إصابة الأم بالاكتهاب، الحالة النفسية للأم، كبر سن الأم، تعرض الأم لمخاطر بالحمل (Gardener , et al , 2009: 10).

كما ذهب البعض إلي أن الزواج المتأخر، وتأخر الحمل مع حمل الجينات المسئولة عن التوحد يؤدي إلي الإصابة بالتوحد (Geschwind , 2009: 370). وتناول الأم للمضادات الحيوية، والكحوليات، والمخدرات، والتدخين الشره يؤدي إلي الإصابة بالتوحد (Newschaffer , et al , 2007: 244).

كما ذهبت بعض الدراسات إلي أن مصل MMR هو المسئول عن الإصابة بالتوحد (Gross , 2009)، ومما يؤكد علي هذا الارتباط ظهور أعراض التوحد في فترة الطفولة (Paul , 2009: 962). ومن المثير للقلق أن عدد التطعيمات التي تمنح للأطفال قد تضاعف خلال العقدين السابقين، وغالباً ما تحتوي هذه التطعيمات علي التيميروسال، والذي يحتوي علي (٥٠%) زئبق (Gerber & Offit , 2009)، وعلي الرغم من ذلك فلا توجد أدلة قاطعة علي وجود علاقة بين مصل MMR والتوحد (Rutter , 2005: 10)

٥) التلوث البيئي:

من العوامل التي قد تؤدي إلى الإصابة بالتوحد، التسمم بالتوكسينات Toxins، مما يؤدي إلى أضرار بالمخ (Morton , 2009: 73)

ومن الأدلة علي خطورة التلوث البيئي ما حدث بقرية Leo Mister في ولاية Massachusetts بأمریکا، والتي يبلغ عدد سكانها 36,000 نسمة، حيث ظهر ارتفاع غير طبيعي في انتشار حالات التوحد، فأصاب طفلاً من كل مائة طفل، مما أثار اهتمام المسؤولين في الأجهزة المعنية، وبناء علي طلبهم تقدمت جامعة ستانفورد بأمریکا برصد (٢٥) مليون دولار لإجراء بحث مسحي شامل للبيئة في تلك المنطقة، وأظهرت النتائج الأولية أن النفايات السائلة والغازية التي تصب حوالي خمسة أطنان منها في النهر الجاري بالقرية التي تنبعث من مصنع للنظارات الواقية من أشعة الشمس وتحتوي النفايات السائلة والغازية علي كيمياويات أهمها الرصاص والزنابق، وهي لها علاقة بالإعاقات الذهنية (عثمان لبيب فراج، ٢٠٠٢-٦: أ).

علاج التوحد:

تنوعت أساليب علاج التوحد، كما أنها اختلفت من فترة زمنية لأخرى، فاختلفت طرق قديمة مثل العلاج السيكودينامي، وظهرت طرق جديدة أكثر فاعلية مثل تلك القائمة علي تعديل السلوك، بالإضافة إلي العلاج الطبي مثل العلاج باستخدام العقاقير والفيتامينات. وعلي الرغم من أن التوحد يعتبر بوجه عام إعاقه مزمنة، حيث إنه لا يوجد علاج واحد شاف للتوحد (Ospina , et al , 2008: 3755)، إلا أن التدخلات العلاجية الفعالة تزود أو تحفز جوانب النمو المختلفة (Bennetto & Rogers , 1996: 413)، وتزود التوحدي بالسلوكيات التوافقية الملائمة (Powell , 2004)، والتخفيف من الضغط الوالدي، وخفض أعراض التوحد، مع تنمية مهارات الحياة الأساسية مما يجعله يمارس حياته ونشاطاته باستقلالية (Myers ,et al , 2007).

ومن هذه الطرق العلاجية:

١. العلاج السيكودينامي:

ظل معظم آباء الأطفال التوحديين حتي منتصف القرن العشرين يلومون أنفسهم للحالة التي يعاني منها أولادهم منذ الميلاد أو الطفولة المبكرة، مما كان يؤثر علي العلاج (Fitzpatrick , 2004: 79).

ويعد برنامج بيتلهيم Bettlehiem الذي طبقه في مدرسة تقوم علي أسس تربوية خاصة نموذجاً للعلاج النفسي التحليلي، والذي يركز علي خلق بيئة بعيدة عن

والوالدين حتى يتمكن الفل التوحدي من النمو كشخصية مستقلة (رشاد علي عبد العزيز، ٢٠٠٤: ٤١٠).

٢. العلاج الطبي: ويشمل:

العلاج بالعقاقير: يستخدم العلاج بالعقاقير للتغلب على بعض أعراض التوحد، مثل النشاط الزائد، الاكتئاب، العدوان، سلوكيات الاستثارة الذاتية (Sue, et al, 2005: 334)، وإن لم تثبت البحوث والدراسات الفاعلية المؤكدة لأحد العقاقير مع جميع الأطفال المصابين بالتوحد (Posey, et al, 2008: 11)، فلا يوجد عقار بعينه يمكنه علاج أو تعديل المشكلات الأساسية لاضطراب التوحد نفسه (Rapin & Tuchman, 2008)، ولذلك تستخدم الأدوية بشكل مساند بجانب برامج تعديل السلوك (Leskovec, et al, 2008: 111)، وأكثر من نصف الأطفال المصابين بالتوحد يوصف لهم عقاقير للتخفيف من أعراض التوحد. ومن هذه العقاقير: الفينفلورمين - الهالوبريدول - البريدول - نالتركسون - السكرتين - مضادات الاكتئاب - الريفالين - أديرال - الدكسدرين - فينفلوراين - امفيتامين - فيوثيوزين وغيرها

وجميع هذه الأدوية وغيرها لها آثارها الإيجابية والسلبية، ولذلك تحتاج هذه الأدوية إلى متابعة خاصة من حيث معرفة مستوى الدواء في الدم، ومدى فعاليته على الطفل نفسه، مقدار الجرعة المناسبة، ومتابعة نتائج العلاج من خلال استرجاع ما حدث للطفل وملاحظات الوالدين والمعلمين، وكل ذلك يختلف من طفل لآخر، مما يجعل استخدام الأدوية قراراً فردياً (Ellis, et al, 2007: 373)

العلاج بالحمية الغذائية: لقد وجدت بعض الدراسات زيادة Peptides لدي (٨٥ - ٩٠ % من التوحديين، مما يؤثر على الإدراك، والتعلم، والفهم، والدافعية، بالإضافة إلى ضعف المناعة، ومشاكل بالأمعاء (Betancur, et al, 2009: 41)، ولذا يشير البعض إلى ضرورة اتباع نظام غذائي محدد خالياً من الجلوتين / الكازين Health (National Institutes of Clinical Center, 2009)

ولقد أكد البعض على أن الطفل التوحدي يتحسن سلوكه بعد إزالة أنواع من الغذاء، ومنها الجلوتين، والكازين، والموالح، والشيكولاتة، والمأكولات التي تحتوي على صبغات، والمواد التي تحتوي حمض السالسلينك، والطماطم، والبادنجان، ولكن ليس كل الأطفال التوحديين يتأثرون بهذه الأطعمة أو تتأثر سلوكياتهم بطريقة سلبية، كما أنه لا يوجد نظام غذائي ثابت أو واحد يساعد كل الأطفال المصابين بالتوحد (Angley, et al, 2007)، كما أنه لم تثبت فاعلية النظام الغذائي في خفض أعراض التوحد لدي جميع التوحديين (Christison & Ivany, 2006: 169)

العلاج بالفيتامينات:

١. فيتامين B6 والماغنسيوم: أشار ريملاند (2004, Rimland) إلى أن أجسام الأطفال التوحديين تحتاج إلى جرعات لا تتوافر في الأغذية العادية، ولذلك ذهب البعض إلى استخدام فيتامين B6 مع الماغنسيوم مع الأطفال التوحديين، حيث وجد أن (٥٠%) من التوحديين تحسنت سلوكياتهم ومهاراتهم الاجتماعية، ورغبتهم في التعلم (Rao, et al, 2008)، كما وجدت بعض الدراسات أن استخدام فيتامين (B6) مع الماغنسيوم يؤدي إلى تحسن أفضل من استخدام فيتامين (B6) فقط (سايمون كوهين، باتريك بولتون، ٢٠٠٤: ٢٤٥).

٢. فيتامين ج: أدى استخدام فيتامين (ج) إلى تحسن في حالات الأطفال التوحديين، حيث أدى إلى تحسن الأداء المعرفي، وزيادة القدرة على التركيز، وغالباً ما يستخدم مع فيتامين B للوصول إلى نتائج أفضل (عمر بن الخطاب، ٢٠٠١: ٣٣)، هذا بالإضافة إلى استخدامه مع فيتامين B1، B12، مع الماغنسيوم والكالسيوم والزنك (Fitzpatrick & 2004: 78).

٣. علاج التسمم الزئبقي:

وهو يعتبر أحدث أنواع العلاج، ويقوم علي إعطاء الطفل محلول معين يساعد علي تجميع الزئبق من الجسم، والذي يجمع بداخله كمادة سامة وتحويله إلى بول، كما يجب التأكد من جميع التطعيمات التي يتناولها الأطفال أن تكون خالية من مادة الثيمروسول مع تجنب التطعيمات المركبة (Rimland, 2004).

٣- العلاج السلوكي:

علي الرغم من تأكيد البعض علي فعالية الأساليب العلاجية السابقة يبقي العلاج السلوكي هو حجر الزاوية لتنمية مهارات الطفل التوحدي، ولخفض أعراض التوحد (Steyaert & Wouter, 2009: 1095).

ويعتمد التدخل السلوكي علي العديد من الاستراتيجيات والفنيات التي تساعد التوحديين علي تعلم السلوكيات المرغوب فيها، والتخلص من السلوكيات غير المرغوب بها، مثل التعزيز، التشكيل، النمذجة، الإطفاء..... وغيرها (Howlin, et al, 2009-B: 23)

— دعائم تعديل السلوك: وهذه الدعائم هي:

١- المشاركة الفعالة من الوالدين (الأسرة):

من الضروري مساندة آباء الأطفال المصابين بالتوحد بكل طريقة ممكنة حتى يفهموا مشكلة الطفل (Allen & Schwartez, 2001: 132)، لذلك يجب تدريب الآباء على كيفية التعامل مع مشكلات الطفل ومواجهتها وحل الصراعات التي قد تنشأ عن وجود طفل توحدي، ومحاولة التغلب على مشاعر الذنب وإلقاء اللوم على الوالدين في أنهم السبب في اضطراب الطفل مما ينعكس على استجابة الطفل وتقدمه (Procter, 2001: 68).

وهناك اتجاهان أساسيان يتعلقان بإشراك الآباء في تربية أطفالهم:

— اتجاه أول: يعتبر أن دور الآباء يقتصر على تنمية الاستقلالية لدى أبنائهم وتدريبهم على الأدوار الاجتماعية، بينما يبقى استعمال تقنيات التنشيط الذهني من مهمات المدربين المختصين

— اتجاه ثاني: ينادي بإشراك شامل للآباء في كل ما يختص بتربية أطفالهم. وهناك عدة مستويات للتعاون بين الأهل والمختصين، ولعل من أهمها:

١- المقابلة الأولى: للقاء الأول أهمية قصوى لأنها الانطباع الأولي والمرجعي الذي سيؤثر مستقبلاً في نظرتهم لإعاقة طفلهم.

٢- إشراك الآباء في التقويم: يمكن إشراك الأولياء في نوعين من التقويم:

— التقويم التشخيصي: الذي يتم فيه التعرف على قدرات الطفل التوحدي، مثل: التواصل، الاعتماد على الذات، وتاريخه الأسري

— تقويم المراقبة: إذ لا يكفي ملاحظة سلوك الطفل بل التركيز بل الأهم مراقبة هذا السلوك في الوسط الطبيعي.

٣ — إشراك الأهل في وضع البرامج: حيث إن إشراك الوالدين في وضع البرامج يسهل عليهم المشاركة في تنفيذها، كما يمكنهم من إدخال بعض التغيرات والأفكار على البرامج نظراً لخبراتهم بأطفالهم.

٤ — إشراك الأهل في تنفيذ البرنامج: مشاركة الوالدين تساهم في أن تكون الطرق المتبعة في المنزل والمدرسة ثابتة ومتناسكة، مما يؤثر على البرنامج بصورة إيجابية (وفاء علي الشامي، ٢٠٠٤).

وظهر حديثاً أهمية مجموعات المساندة Support group التي تقوم بمساعدة الآباء على التعامل مع أبنائهم، واستيعاب مشاعرهم، واحتياجاتهم وتقديم الدعم

العاطفي، والخبرة العملية (Comer, 1999: 460)، ومما له الأثر الإيجابي علي سلوك الأطفال التوحيديين، ويؤدي إلي انخفاض السلوك المشكل، ويزيد من التواصل الوظيفي (Moes & William, 2002).

٢- الدور الحيوي لبرامج التعليم:

عند إعداد برنامج تعليمي خاص بالتوحيديين يجب مراعاة عدة خصائص لهذا البرنامج، وهي:

– يجب أن يتبع نظاماً محدداً، فيكون عبارة عن سلسلة من الخطوات المحددة بوضوح. لكل منها هدف معين، وتتضح فيه الأهداف الجزئية. وتحتوي علي أهداف صغيرة وبسيطة يمكن تحقيقها في وقت قصير، كما تتناسب مع مراحل نمو الطفل.

– يجب أن يعتمد البرنامج علي الوالدين بوصفهم معالجين مساعدين Co – therapists.

– يجب أن يتم التدخل في وقت مبكر وبشكل مكثف.

– يجب أن يتسع لأنشطة جماعية.

– يعتمد علي التدريب الفردي. (كمال زيتون، ٢٠٠٣: ١٧٤)

وذهب البعض إلي ضرورة دمج التوحيديين مع العاديين، فظهر مفهوم الدمج الشامل Full inclusion، ويعني دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم في نفس الأماكن مع أقرانهم العاديين مع تقديم الخدمات المناسبة، وهذا الدمج لن يكون كلياً، ولكنه دمجاً جزئياً وخاصة في هذا النشاط، وهذا الدمج أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة، حيث يزيد من فرص التعلم أمامهم، كما يمكن أن يزيد من تقديرهم لذواتهم (عادل عبد الله، ٢٠٠٢: ٥٥).

٣- أهمية الرفاق:

أشارت دراسات عديدة إلي أهمية الرفاق في تحسين التفاعلات الاجتماعية لدي الطفل التوحيدي.

٤- أهمية استخدام التقنيات الحديثة:

وتتضمن أجهزة إنتاج الصوت، وأنظمة الصورة، ولوحات المفاتيح، وشاشات اللمس، بالإضافة إلي أجهزة الكمبيوتر (إلهامي عبد العزيز وآخرون، ٢٠٠١: ٢٣)

وهناك العديد من البرامج الحديثة التي ثبتت فاعليتها مع التوحيديين، ومنها:

١- برنامج علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وذوي إعاقات التواصل:
Treatment , Education of Autistic , Related communication
Handicapped children (TEACCH)

وهو برنامج علاجي يستمر مدي الحياة (Tsang , et al , 2007)، وهو أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (National Autistic Society , 2007)، وهذا البرنامج من إعداد إيريك شوبلر Eric Schopler (١٩٦٦) (Marcus & Schopler , 2007: 222)، ويشتمل علي مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية (Chatwin & Harley , 2007: 171)، كما يتم التعامل معها بشكل فردي (Hume & Odom , 2007: 1166). ويقدم خدمات التشخيص والتقييم (Panerai , et al , 2002: 320) ، كما يقدم المركز القائم علي هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد، والإعاقات المشابهة، ويدير هذا المركز كلا من Schopler , Mesibov ، وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد (Mesibov , et al , 2004)

٢- برنامج تحليل السلوك التطبيقي: Applied Behavior Analysis Program

والذي يطلق عليه أحياناً برنامج لوفاز Lovaas program، ولقد ابتكره في عام (١٩٧٨)، وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس (Howlin , et al , 2009-B: 23)، وهذا النوع من التدخل العلاجي قائم علي النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف، فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (٤٠) ساعة أسبوعياً، ولمدة عامين علي الأقل (Myers ,et al, 2007: 1162)، ويركز هذا البرنامج علي تنمية مهارات التقليد، ومهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتدريب علي مهارات المطابقة (Rogers & Vismara , 2008)، والخفض من السلوكيات المشككة (Eikeseth , 2009: 160).

وكان يركز لوفاز وزملاؤه علي اختيار الأطفال التوحديين في سن صغيرة جداً، ويتم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، واستمر العلاج المكثف لمدة عامين (Stahmer , et al , 2005: 67).

٣- نظام التواصل من خلال تبادل الصور (PECS):

والذي يهدف إلي تنمية مهارات التواصل من خلال محتوى ذي معني بالنسبة للطفل التوحد بما يدعم دوره كبادئ لعملية التواصل أكثر من اعتماده علي الآخرين من الكبار (Bondy , 2001: 130)، ولقد أعد هذا النظام كلاً من أندرو بوندي، لوري فروست Andrew Bondy , Lori Frost من برنامج دولاوير بالولايات المتحدة الأمريكية ليستخدم مع الأطفال التوحديين، وغيرهم من ذوي الاضطرابات الارتقائية

الشاملة، وكذلك مع ذوي الاضطرابات التواصلية الاجتماعية (Mirenda , 2001: 45)، ولقد أظهرت العديد من الدراسات زيادة مهارات التواصل بعد عامين من استخدام نظام التواصل بتبادل الصور (Tien , 2008: 7o)، كما أظهرت العديد من الدراسات البحثية آثاراً إيجابية فيما يتعلق بقدرة الطفل علي إتقان استخدام نظام (PECS)، وانخفاض المشاكل السلوكية، وزيادة مهارات التواصل الاجتماعي (Hume& Odom , 2007: 1166).

الإرشاد الأسري:

عندما يولد طفل طبيعي في الأسرة، فإن الوالدين يربيه بصورة عادية دون القلق علي ما سيكون عليه في المستقبل، أما عندما يولد طفل معوق فينصب اهتمامهم علي مستقبل هذا الطفل دون النظر إلي حاضره، فينسون أنه طفل كأى طفل آخر، وأن له حاضراً عليه أن يعيشه ويسعد به. واكتشاف الوالدين لحالة طفلها يعد البداية لسلسلة طويلة من الضغوط والجهود والمحاولات لتوفير أفضل فرص ممكنة للطفل، بالإضافة إلي ذلك تشعر الأسرة بالصدمة المصحوبة بمشاعر القلق، والشعور بالذنب، والارتباك، والعجز، والغضب، وعدم التصديق والإنكار. وهذه المشاعر تجعل الأسرة بأمس الحاجة للدعم والإرشاد (Hamilton , 2009).

إن تواجد طفل باحتياجات خاصة في المنزل يؤثر بشكل كبير جداً علي نمط حياة الأسرة، وخاصة حياة الأم، التي تعاني من أعباء إضافية نتيجة وجود هذا الطفل المعوق في حياتها، عندها فإن باقي أفراد الأسرة يصبحون ملزمين بأداء مهام إضافية، بالإضافة إلي أن الأسرة إذا كانت تعاني من وضع مادي صعب فإن احتياجات هذا الطفل ستكون عبئاً إضافياً. كما أن ردود فعل الأخوة والأخوات إذا علموا بإضافة طفل ذي احتياجات خاصة للأسرة لا تختلف كثيراً عن ردود فعل الوالدين، وتتمثل في الخوف، الغضب وغيرها من المشاعر. إلا أنهم في نهاية المطاف يتقبلون الحقيقة. وإن كانت هناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلي تكوين صورة سلبية عن أخوة هؤلاء الأطفال (Hallahan & James , 1996: 508) ومنها:

١- تقارب السن بين الأخوة يجعل الفروق في القدرات أكثر وضوحاً ومحابة الوالدين أكثر غموضاً بالنسبة للأطفال

٢- أن يكون الأخ أو الأخت ذا الاحتياجات الخاصة من نفس الجنس

٣- إذا كان هناك أخ أو أخت أكبر للطفل ذي الاحتياجات الخاصة فإنه يعاني من ضرورة المشاركة في الاعتناء بهذا الطفل مما يعيق الأخ الأكبر من المشاركة

في الحياة الاجتماعية علي النحو الذي يرغب به (عيد العزيز الروسان وآخرين، ٢٠٠٣: ٩٩، ١٦٧: ١٩٩٢، Cook, et al , 1992: 167)

مفهوم الإرشاد الأسري: هناك العديد من التعريفات التي تناولت الإرشاد الأسري؛ منها:

تعريفه بأنه عملية يقوم بها المرشد النفسي بإعداد الوالدين وباقي أعضاء الأسرة بالمعلومات والدعم النفسي والتوجيه حيال المشكلات التي تواجه الأسرة (Goldensen , 1984: 285)، كما يشير فرج طه وآخرون (٢٠٠٥، ٥٠٠) إلي أن الإرشاد الأسري هو أسلوب مهني منظم يقوم علي المدخل الاجتماعي بحيث يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة بدرجات متفاوتة وفقاً لموقع وأهمية كل فرد فيها بهدف إحداث تغيرات فعالة في العلاقات الأسرية المضطربة وتحقيق أفضل صور للتفاعل الإيجابي.

ويذهب علاء كفاقي (١٩٩٩: ١٨٩) إلي أن الإرشاد الأسري هو المدخل العلاجي الذي يتخذ الأسرة نقطة انطلاقه ومحور ارتكازه، وليس الفرد الذي حدد مريض فقط بل إن الأسرة ككل تحتاج إلي الرعاية بعد تشخيصها جيداً. في حين عرف حامد زهران (١٩٩٨: ٤٥١) الإرشاد الأسري بأنه عملية مساعدة أفراد الأسرة علي فهم الحياة ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار، والتوافق الأسري، وحل المشكلات.

وهو العلاج الذي ينظر للأسرة كوحدة متكاملة تتضمن أنساقاً مرضية بينها تفاعل، وكذلك يتناول التفاعلات المرضية أو المضطربة داخل الأسرة بهدف إحداث تغيير لهذه التفاعلات لتنمية التواصل الإيجابي داخل وخارج النسق الأسري تحقيقاً للتوافق الأسري (علي عبد النبي، ٢٠٠٠: ٣١).

خصائص الإرشاد الأسري:

- لا يغير المعالج الفرد أو الأسرة، حيث إنه يقوم بخلق مناخ يمكن الأسرة من التغيير، ثم المبادرة في صياغة بناء أسري واقعي جديد.
- انضمام الأسرة بكاملها إلي العلاج الأسري مما يعد عاملاً مساعداً علي نجاحه.
- لا يوجد للأسرة حدود واضحة، فهي نسق مفتوح وشامل. أي يشمل الإرشاد والعلاج الأسري أي أشخاص لهم تأثير علي الأسرة.
- التركيز علي الأساس البيئي للأسرة.
- هناك حد أدنى من الخصائص التي يجب توافرها في المرشد، كالانفتاح علي الآخرين، النشاط، الحيوية، التعامل الإيجابي مع الآخرين (Mc Goldrick , et al , 2005).

أهداف الإرشاد الأسري:

يهدف الإرشاد الأسري إلى التأكد من أن ذوي الاحتياجات الخاصة وذويهم يحصلون على أفضل مستوى معيشي ممكن، ويتمتعون بفرص تعليمية عالية المستوى، ورعاية صحية واجتماعية مناسبة، لذا فإن من واجبات الإرشاد التأكد من زيادة فاعلية الخدمات المقدمة (Cook , et al , 1992).

ولا يقتصر هدف الإرشاد الأسري على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط، بل يهدف إلى توضيح أهمية دور الأبناء وتقبلهم أخ باحتياجات خاصة. أي إرشاد الأخوة لمساعدتهم على لعب دور إيجابي في حياة أخيهم وتفهم ظروفه ونموه (عبد العزيز الروسان وآخرين، ٢٠٠٣: ١٩٨)

كما يهدف الإرشاد الأسري إلى مساعدة آباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى:

- مساعدتهم على تقبل الإعاقة والطفل المعوق.
- مساعدتهم على إدراك أن طفلهم طفل أولاً وأن لديه درجة من الإعاقة تتطلب العناية والدعم.
- مساعدتهم على فهم الحقائق والنتائج المرتبطة بإعاقة الطفل وكيفية مساعدته بشكل بناء.
- مساعدتهم على فهم مشاعرهم، وتبني أفكارا عقلانية نحو الإعاقة والطفل المعوق.
- مساعدتهم على مواصلة تطوير تحقيق ذواتهم الخاصة (علي عبد النبي، ٢٠٠٧: ٢٠٧).

نظريات الإرشاد الأسري: تعددت نظريات الإرشاد الأسري، إلا أن أكثرها استخداماً:

١- نظرية الإرشاد الأسري البنائي: Structural Family Counseling

والتي ارتبطت بأبحاث سيلفادور مينوش Salvador Minuchin في بداية الستينات من القرن العشرين، وتقوم هذه النظرية على أساس أن معظم الأعراض تنتج عن فشل البناء الأسري، فالأعراض الفردية لا يمكن فهمها إلا من خلال النظر إلى نماذج التفاعلات الأسرية (Corey , 1996)

أهداف الإرشاد الأسري البنائي:

- ١- تقليل أعراض اختلال الأداء، وإحداث تغيير في النسق الأسري، عن طريق تعديل القواعد الإجرائية الأسرة، وتغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد.
- ٢- خلق بناء هرمي فعال يتحمل فيها لآباء مسئولية أطفالهم مع إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن آرائهم بدرجة تتلاءم مع نضجهم.
- ٣- زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة عن طريق فك / حل الحلول الجامدة والتحرك نحو الحدود الواضحة (77: 2003, Sholevar)، ولذلك ينشئ المرشد علاقة تعاونية مع الأسرة تشعر من خلالها بأنه يعمل من أجلها، وذلك لتحقيقها ما يلي:
 - تحديد حامل العرض بسبب الأسرة (الطفل صاحب المشكلة) من أعراضه.
 - خفض الصراع والضغط لدى جميع أفراد الأسرة.
 - تعلم طرق جديدة للتغلب على المشكلة (Minuchin & Fishman, 2004)

ولذا يسعى المرشد إلى إعادة تنظيم النسق الأسري، وإزالة عناصره المرضية في هذا النسق المسئول عن اضطراب الأداء (علي عبد النبي، ٢٠٠٠: ٣٩)، ويتعمد خلق نوعين من التعامل هما، أن يشجع أفراد الأسرة على التفاعل دون التدخل في مناقشته. أي أن يقوم بدور المراقب أو المقوم أو المعلق، والمشاركة والانخراط مما يركي بالتفاعل بين أفراد الأسرة والمعالج (علاء كفاي، ١٩٩٩: ٣٨٦)

فنيات الإرشاد الأسري البنائي:

- ✓ الخريطة الأسرية: ومن خلالها يتم معرفة أداء الأسرة وطبيعة العلاقات البينشخصية لأفرادها، والتي تسهم بإيجابية داخل الجلسة الاستشارية.
- ✓ تمثيل الأدوار: حيث يتم تمثيل لبعض مواقف الصراع التي تحدث في المنزل لملاحظة كيفية التفاعل الأسري، ولتحديد مواطن الخلل المراد إضعافها، ومعرفة مدى تكيف الأسرة مع قواعدها المختلفة، وتشجيع جميع أفراد الأسرة على إنتاج قواعد ملائمة أخرى.
- ✓ إعادة الصياغة: ويتم عن طريقها استعراض للمشاكل الأسرية بطريقة تسمح للأسرة بفهم المشكلة من جميع جوانبها. أي يتم عن طريقها تقديم تفسير مختلف للموقف المشكل في الأسرة. (Barker, 2007, Corey, 1996: 397)

أي تؤكد نظرية الإرشاد الأسري البنائي على أن البناء الأسري وعلاقته بالبيئة هو المحدد للعلاقات الأسرية. وعلى ذلك يتم مساعدة الأسرة على فهم كيفية تطوير القواعد

والأدوار الأسرية بينهم كأعضاء، ثم بينهم وبين الأسر الأخرى في المحيط الاجتماعي (Lebow , 2005).

٢- نظرية التواصل " الإرشاد الأسري المشترك ":

والتي تنسب إلي فرجينيا ساتير Virginia Stair (١٩٨٣) والتي تؤكد علي أهمية التواصل والخبرة الانفعالية للأسرة، والطلاقة في التعبير، والانفتاح علي الآخرين، بالإضافة إلي القدرة علي اتخاذ القرار. مما يشكل محاور أساسية في نظرية التواصل، (Satir , 2001)، ولذلك اهتمت ساتير بتدريب أفراد الأسر علي التحكم في المشاعر، وتنمية مهارات الاستماع، وتقوية العلاقات، مناقشة الخلافات بموضوعية، بالإضافة إلي التأكيد علي مهارات التواصل لمساعدة أفراد الأسرة ليصبحوا أكثر وعياً (Satir , et al , 1991).

أهداف الإرشاد الأسري المشترك:

- حث الأسرة علي التواصل.
- التوافق مع متطلبات الحياة.
- انتشار الوعي لدي أفراد الأسرة.
- بناء تقدير الذات.
- اكتشاف قدرات أفراد الأسرة.
- تعزيز مهارات التكيف.
- اتخاذ القرارات من خلال احتياجات أفراد الأسرة، واتخاذ آراء أفراد الأسرة فيها
- قدرة أفراد الأسرة علي تدوين ما يراه، أو يسمعه، أو ما يشعر به، أو ما يفكر به (Satir , 1983).

أهم فنيات الإرشاد الأسري المشترك:

- ١- إعادة التسمية: أي إعادة تقديم سلوك أفراد الأسرة من زاوية جديدة لتجنب اللوم والنقد.
- ٢-التجسيد: أي تجسيد أحد نزاعات الأسرة ووضع أعضاء الأسرة الآخرين في الأماكن المناسبة تبعاً لدورهم في النزاع، ثم إجراء حوار عن كيفية تغيير هذا الموقف، ومنح كل عضو الفرصة للتغيير.

٣- الواجبات المنزلية: أي تكليف أفراد الأسرة بمهام وواجبات تنفذ أثناء البرنامج التدريبي، وفي الحياة العملية وداخل الأسرة، وكتابة تقرير عنها ومناقشة هذه الواجبات في بداية الجلسة التالية.

٤- إعادة بناء الأسرة: وهي شكل من أشكال السيكوودراما لمساعدة أفراد الأسرة علي اكتشاف الأحداث عبر ثلاثة أجزاء من حياة الأسرة، والتخلص من أنماط اضطراب الأداء عن الأسرة الأصلية وذلك لتكوين صورة أكثر واقعية عن الوالدين.

٥- الجينوجرام: وهو عمل خريطة لتوضيح منظومة العلاقات الأسرية، وطريقة الوصول إلي القضايا الجوهرية في شكل خطوط. (Satir , 1988 , Satir , 1987)

٣ - نظرية الإرشاد الأسري ذو الأجيال المتعددة: Multigenerational Family Counseling

يرتبط الإرشاد الأسري ذو الأجيال المتعددة بعلاج الأنساق الأسرية المستمدة من نظرية التوظيف الأسري أو ما يسمى بالنظرية البوينية نسبة إلي Murray Bowen وهو أحد رواد الإرشاد الأسري (Bowen , 1978).

وافترض بوين أن الأسرة تفهم بشكل صحيح بواسطة تحليل ثلاثة أجيال متعاقبة علي الأقل، كما أن التنبؤ بطبيعة العلاقات يقوم علي ذلك التحليل، وبالتالي فالإرشاد والعلاج يشير إلي أن المشكلات الفردية تفهم من خلال وظيفة الأسرة كوحدة عاطفية واحدة (Bowen , 1976).

أي يعتمد بوين علي جوهر العلاقات بين أفراد الأسرة، حيث إنها النقطة التي تبدأ من خلالها عمليات التغيير. وبذلك يتضح أن هذه النظرية تمتد بجذورها إلي التحليل النفسي، حيث إن ما يعانيه الفرد من أعراض ما هو إلا انعكاس لتجسيدات أو تشابهات مجازية لنوع العلاقة الوالدية، والتي لا تخرج عن كونها نتاجاً لصراعات الآباء التي لم تحل مع الأسرة الأصل (علي عبد النبي، ٢٠٠٧: ٢١٣).

أهداف نظرية الإرشاد الأسري لبوين:

- خفض أعراض القلق الأسري.
- زيادة مستوي تمايز الذات لدي جميع أفراد الأسرة.
- تنمية هوية وحدود كل فرد وتطوير إحساسه بالاستقلالية دون الشعور بالخوف والقلق.

- ١ - تقليل الشحنات الانفعالية المرتبطة بسلوك الفرد، حتى يستطيع أفراد الأسرة التفكير بطريقة سليمة (صالح حزين، ١٩٩٥: ١٥٧، Corey , 1996: 372).

فنيات نظرية بوين:

١ - الرسم البياني: وهو تخطيط تصوري لكل طرف من أطراف العلاقة الأسرية عبر ثلاثة أجيال، وذلك ليتمكن كل من المرشد وأفراد الأسرة من فهم بعض نقاط التحول الحرجة في العمليات الانفعالية للأسرة، ونوعية التواصل فيما بينهم.

٢ - طرح الأسئلة: ويميل بوين في الأسئلة التي يطرحها إلي الانضباط والحيادية والتفكير العقلاني، وذلك لمعرفة ما تعانيه الأسرة من مشاعر وردود أفعال مصاحبة لإعاقة الطفل. ويهدف بوين إلي محاولة إذابة الانصهار الموجودة بين أطراف الأسرة (Corey , 1996: 378 – 379).

٣ - النظرية الاستراتيجية لهيلي:

ولقد ساهم في بلورة هذه النظرية جاي هيلي Jay Haley في السبعينات من القرن العشرين. وتقوم علي مبدأ مساعدة الأسرة علي إيقاف تبادل العلاقات المسببة للأعراض السلوكية الحادثة. وعلي ذلك يقوم المعالج برسم تدخل فهي لحل مشكلات عدة، علي أن ذلك يتطلب من النظام الأسري تغيير جميع التفاعلات الأخرى (Ray , 2007 , Nichols & Schwartz , 2006).

أهداف النظرية الاستراتيجية:

- ١ - إعادة حل المشكلة الحالية.
- ٢ - عدم الاهتمام بإكساب أفراد الأسرة خبرات بديناميات الأسرة أو بوظيفة المشكلة الحالية.
- ٣ - تغيير السلوك المترتب عليه تغيير المشاعر.
- ٤ - الحد من تكرار نتائج سوء التوافق مع تقديم أكبر قدر من البدائل.
- ٥ - إحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة (Haley , 1947: 52).

فنيات النظرية الاستراتيجية:

- ١- استخدام التوجيهات: فيتم تقديم التوجيهات مباشرة، وذلك بإسداء النصائح، وإبداء الاقتراحات. وقد تكون التوجيهات بسيطة فتضم شخصاً أو شخصين، أو معقدة فتضم جميع أفراد الأسرة.
- ٢- التدخل المتناقض: وتشمل تقديم تعليمات متناقضة كالأمر الذي لا يمكن تنفيذه إلا بعصيان أجزاء منه.
- ٣- إعادة التشكيل: وفيها يقوم المرشد بتصحيح كل مايفعله المتعالج أو أي من أفراد الأسرة، وذلك بعبارات إيجابية. (Keim & Lappin , 2002)
- ويتضح مما سبق عرضه لنظريات الإرشاد الأسري: وجود خصائص وسمات مشتركة، منها:
 - ١- أغلب النظريات ترى أن السلوك ارتباطي يحدث نتيجة علاقة الأفراد بالبيئة، فالأسرة جزء من البيئة أو المحيط الاجتماعي.
 - ٢- الأسرة عبارة عن نظام اجتماعي مفتوح الحدود، إلا أنها تختلف في بعض النقاط التفصيلية.
 - ٣- الأسرة هي العميل، بمعنى أن الأسرة كوحدة أو كيان قائم هي الأساس وليس الفرد، أو الأجزاء الفرعية من الأسرة.
 - ٤- بغض النظر عن الأدوار التي يمارسها المرشد والتي تختلف من نظرية لأخرى، ومن أسرة لأخرى، فالتغيير إلي الأفضل لابد وأن يتم بواسطة الأسرة.
 - ٥- من أهم الفنيات المستخدمة في جلسات الإرشاد الأسري طرح الأسئلة، الحوارات البسيطة.
 - ٦- من أهم الوسائل المستخدمة في نظريات الإرشاد الأسري إعطاء الأسرة خبرات جديدة.
 - ٧- التركيز علي الايجابيات.
 - ٨- التأكيد على أن الجهود ستثمر.
 - ٩- تزويد الأسر بخدمات متخصصة في مجال الإرشاد الأسري.
 - ١٠- تنظيم الوضع الأسري.

كما يتضح من العرض السابق للإطار النظري:

- (١) أن النجاح في تعليم الطفل التوحدي مهمة تشارك فيها الأسرة والأخصائيون معاً، ولذا يجب ربط احتياجات العلاج باحتياجات الأسرة مع مراعاة مصلحة الأسرة واحتياجات الطفل.
- (٢) أن الوالدين هما امتداد العلاج الرئيسي للطفل وإخوته مع ضرورة تبادل المعلومات مع الوالدين.
- (٣) أهمية ضرورة تقبل الوالدين للإرشاد الأسري.
- (٤) أهمية تنمية مهارات رعاية الذات لدى التوحديين بمشاركة أفراد الأسرة.

دراسات وبحوث السابقة:

ذهبت دراسة تايلور Taylor (١٩٩٠) إلى تدريب عينة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم بين (١٣-١٧) عاماً على مدى واسع من المهارات الحياتية التي يحتاجون إلى تعلمها لزيادة خبراتهم بالحياة، بالإضافة إلى المهارات الاجتماعية، ومهارات التعلم، وتدريب أسرهم. ولقد أكدت الدراسة على فعالية البرنامج في تنمية المهارات الحياتية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التعلم وعلى دور الأسرة في تنمية هذه المهارات. وصممت دراسة هوجان Hogan (١٩٩٧) لمساعدة آباء ومعلمي الأطفال الصغار المصابين بالتوحد لتنمية مهارات التواصل لديهم، والتي تضمنت الحاجات التعبيرية - الإيماءات - الانتباه المشترك - الإشارات - استخدام الكلمات، ومهارات التقليد والتي تضمنت تقليد حركات الوجه - تقليد الحركات - تقليد الأفراد - تقليد حركتين في نفس الوقت - التقليد المتتابع للحركات، ومهارات اللعب والتي تضمنت اللعب الاجتماعي - اللعب باستخدام الألعاب - اللعب مع الأقران، ومهارات رعاية الذات والتي تضمنت تناول الطعام والشراب وأكدت نتيجة الدراسة على فعالية الإرشاد الأسري في تنمية مهارات التواصل والتقليد واللعب ورعاية الذات.

ووجدت دراسة سميث و بيلشير Smith&Belcher (١٩٩٧) عند دراستها لمدي فعالية اشتراك الأسرة كجزء من برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارات رعاية الذات لعينة مكونة من (٥) أفراد توحديين تتراوح أعمارهم بين (١٠-٢٢) عاماً، وتحسين تكيفهم الاجتماعي. وكانت مهارات رعاية الذات تضم مهارات (غسل الوجه - تمشيط الشعر - غسل الأسنان) تقدماً في هذه المهارات لأفراد العينة الخمسة، وأربعة منهم حققوا الاستقلال التام في أداء تلك المهارات.

ودراسة ماك كلانهان MC Clannahan (١٩٩٩) والتي هدفت إلى تنمية مهارات رعاية الذات، ومهارات الاعتماد على النفس، ومهارات التواصل اللفظي،

ومهارات التفاعل الاجتماعي، وذلك على عينة مكونة من مجموعة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم بين (٣-١٥) عاماً من خلال مجموعة من أنشطة، وتدريب الآباء على فنيات البرنامج، وكيفية التعامل مع الأطفال التوحديين. وأظهرت نتائج الدراسة تقدماً ملحوظاً في جميع المهارات اللفظية، ومهارات رعاية الذات، مهارات الاعتماد على الذات، والتفاعل الاجتماعي.

وركز أوستن وكار Carr&Austin (٢٠٠١) على تناول فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي متضمناً دوره كمتدخل سلوكي مكثف لخفض أعراض السلوك التوحدي، وتنمية المهارات الحياتية والاجتماعية لعينة من الأطفال التوحديين الصغار، وتنمية السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وتعليمات البرنامج، والتنظيم أو التوجيهات اللازمة لتنفيذ البرنامج، ودور الأسرة والمعلمين في تنفيذ البرنامج. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة بريسكمان وآخرين Briskman,etal (٢٠٠١) والتي أكدت على أهمية البرنامج في تنمية مهارات عاية الذات لعينة من الأطفال التوحديين الذين تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٨) عاماً. وتم الحصول على معلومات عن أنشطة الحياة اليومية للأطفال، وأداء الأطفال التوحديين، وذلك من خلال الآباء، والأطفال، والمعلمين، وملاحظة سلوك الأطفال وتسجيل التغيرات.

وركزت دراسة مايوركا وآخرين Maurica , et al (٢٠٠١) على أهمية دور الأقران والوالدين في تنمية مهارات اللعب والمهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل ومهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين، وأكدت الدراسة على أهمية جعل الأسرة جزءاً لا يتجزأ من البرنامج العلاجي.

واستهدفت دراسة فايس وهاريس Weiss & Harris (٢٠٠١) إلى إرشاد مجموعة من الآباء والمعلمين لمساعدة مجموعة من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم بين (٢-١٢) عاماً في تنمية مهارات اللغة والتواصل - مهارات اللعب - مهارات التواصل غير اللفظي - مهارات رعاية الذات، وتم دمجهم في برنامج مكثف مع الاعتماد على فنية التدريب من خلال المحاولات المنفصلة. وأظهرت نتائج الدراسة تعلم الأطفال التوحديين لمهارات اللعب، وتمكنوا من المشاركة في محادثة مع الأقران أثناء اللعب - وعرفوا قواعد اللعب مع الآخرين، بالإضافة إلى اكتسابهم لمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ومهارات رعاية الذات. وأوصت الدراسة بضرورة إشراك الأسرة والمعلمين في البرنامج.

وقامت دراسة سيندر Snider (٢٠٠٢) بإشراك مجموعة من الأطفال التوحديين وأسرهم في برنامج مكثف لتحسين تحصيل هؤلاء الأطفال، وتنمية مهارات اللعب، ومهارات رعاية الذات / مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل اللفظي لديهم. وأظهرت نتائج الدراسة إن اشترك الأسرة (الآباء - الأخوة)

يخفف من العبء والضغط الواقع علي كاهل الأسرة، كما يحسن مهارات هؤلاء الأطفال، والذين أظهروا تحسناً في جميع المهارات.

ولقد أكدت نتائج دراسة جونج Jung (٢٠٠٣) على أهمية الإرشاد الأسري في تنمية مهارات رعاية الذات، والمهارات الاجتماعية، والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وتم استخدام الأدوات والألعاب المفضلة لدى الأطفال التوحديين، وذلك على عينة مكونة من مجموعة من الأطفال التوحديين في عمر ما قبل الدراسة. كما أوضحت الدراسة أن استجابة الأطفال التوحديين للبرنامج كانت مرتفعة، وأصبحوا يتسمون بالمسالمة والطاعة والهدوء، كما تحسنت علاقتهم مع الأقران.

واهتمت دراسة بول Paul (٢٠٠٣) بتنمية مهارات اللعب التعاوني، ومهارات التواصل الاجتماعي مع الأقران ومهارات رعاية الذات لدي عينة من الأطفال التوحديين الصغار. وتم تدريب الأسرة للمشاركة في البرنامج. وتم استخدام فنيات تعديل السلوك، والتعزيز، والتغذية المرتدة. وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات التواصل ومهارات رعاية الذات واللعب التعاوني مع الأقران. وأكدت الدراسة علي أهمية دور الأسرة في مساعدة الأطفال المصابين بالتوحد، أو أي اضطرابات نمائية أخرى.

في حين عمدت دراسة هولمان Holman (٢٠٠٤) إلي زيادة مهارات اللعب، ومهارات التواصل لدي الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك عن طريق إرشاد الأسرة، وإشراك الأقران. وتكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال عادين تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات، و(٣) توحديين تتراوح أعمارهم بين (٤-٦)، وتم تكوين مجموعة لعب لمدة (٥٤) دقيقة، ثلاث مرات أسبوعياً. وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً في مهارات اللعب لدي الأطفال التوحديين الثلاثة، واستمرار التحسن في المهارات بعد الانتهاء من البرنامج.

وسعت دراسة جونز وكار Jones & Carr (٢٠٠٤) إلي تنمية مهارات رعاية الذات، و مهارات الانتباه المشترك، مهارات التواصل الاجتماعي، ومهارات اللعب لدي عينة مكونة من مجموعة من الأطفال التوحديين الصغار من خلال برنامج يستخدم فنيات التحليل التطبيقي للسلوك، وانضمام الأسرة للبرنامج بعد تدريبهم وإرشادهم للتعامل مع أطفالهم. وأظهرت نتيجة الدراسة نجاح الأطفال في اكتساب هذه المهارات. وأكدت الدراسة علي أهمية دور الأسرة. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة بويتوت وآخرين Boutot , et al (٢٠٠٥) والتي أكدت علي أهمية دور الأسرة في مساعدة طفل توحدي علي تنمية مهارات العناية بالذات، و مهارات اللعب.

ولقد هدفت دراسة لوكشاين وآخرين Lockshin, et al (٢٠٠٥) إلي مساعدة أسر الأطفال التوحديين لمساعدة أطفالهم التوحديين، وذلك من خلال استخدام

برنامج للتخفيف من الضغط الواقع عليهم، وتعليم الأطفال التوحديين مهارات جديدة، ومنها مهارات رعاية الذات - التواصل - التحكم بالذات - مهارات السلوك الاستقلالي، وأكدت نتائج الدراسة على أهمية دور الأسرة في تنفيذ البرنامج، وعلى الأثر الإيجابي للبرنامج في تنمية المهارات المستهدفة، كما ساعد الآباء على معرفة كيفية التعامل مع أطفالهم، وتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة بيتي وأوليفر *Petty & Oliver* (٢٠٠٥) والتي أكدت على الدور الإيجابي الذي يلعب البرنامج كتدخل علاجي للحد من آثار التوحد، ولتنمية قدرات التوحديين العقلية، ولتعليمهم مهارات تمكنهم من الاستقلال، والتفاعل مع الآخرين، وذلك عند تطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين الصغار السن.

وأكدت دراسة إنجيسول و سكريبمان *Ingersoll & Schreiber* (٢٠٠٦) على أهمية الإرشاد الأسري، والتدخل المبكر في علاج الأطفال التوحديين، وتنمية مهارات التقليد، واللعب الرمزي، الانتباه المشترك، واللغة، ومهارات العناية الذات. وتكونت عينة الدراسة من (٥) أطفال مصابين بالتوحد صغار السن، وتم التدريب بمساعدة أفراد من الأسرة، والاعتماد على فنيات التدخل السلوكي الطبيعي. وأظهرت نتائج الدراسة تحسن مهارات اللعب الرمزي، والتقليد، واللغة، والانتباه المشترك لدى الأطفال الخمسة.

كما هدفت دراسة كروكيت وآخرين *Crockett, et al.* (٢٠٠٧) إلى فحص تأثير تدريب والدين لطفلين توحديين، على قواعد وفنيات التحليل التطبيقي للسلوك، ومنها التدريب من خلال المحاولات المنفصلة - لعب الدور - التغذية المرتدة - تقويم البرنامج - وقياس المهارات الصحيحة وغير الصحيحة، وذلك لتنمية مهارات الأطفال التوحديين الحياتية. وأكدت الدراسة على أهمية البرنامج في علاج الأطفال التوحديين، وتنمية المهارات الحياتية، وعلى أهمية تدريب الأسرة على فنيات البرنامج، وأهمية إشراكهم في البرنامج كي يتعلموا كيف يساعدون أطفالهم التوحديين، وعلى أهمية استخدام التعليم من خلال المحاولات المنفصلة. وهدفت دراسة *Cavkaytar & Ollard* (2009) إلى اقتراح برنامج قائم على التعاون بين الوالدين والمعالج لتنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية لدى ثلاث أطفال توحديين وأسرهم وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على التعاون بين المعالج والوالدين، في تنمية مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المنزلية للأطفال التوحديين.

في حين هدفت دراسة ماسي *Massey* (٢٠٠٨) إلى تنمية مهارات اللعب، ومهارات التواصل ومهارات العناية بالذات، والمهارات الاجتماعية لدى مجموعة من الأطفال التوحديين. وتم التدريب في ملعب المدرسة بضم الأخوة والأقران. وأظهرت

نتائج الدراسة تحسن مهارات الأطفال التوحيدين بمشاركة الأخوة والأقران. وأكدت الدراسة على أهمية التدريب في المواقف الطبيعية.

وأكدت دراسة إدر و اليساندرو Elder & Alessandro (٢٠٠٩) على أهمية الإرشاد الأسري في علاج الأطفال المصابين بالتوحد و تنمية مهارات العناية بالذات ومهارات اللعب، وذلك على عينة من مجموعة من الأطفال التوحيدين صغار السن.

وأكدت دراسة مينيس وستينر Minnes & Steiner (٢٠٠٩) على أهمية دور الأسرة في تنمية مهارات اللعب، وتحسين جودة الحياة لدي ثلاث مجموعات، مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد، ومجموعة يعاني أصحابها من زملة داون، ومجموعة من (x) الهش. كل مجموعة تحتوي على ثلاثة أطفال تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) سنوات، وتم انضمام أمهاتهم للتدريب. وأشار الأطفال التوحيديون إلي أنهم أصبحوا أكثر نشاطاً، وأكثر تمتعاً باللعب، واندماجاً مع الآخرين، وأكثر اعتماداً على أنفسهم.

كما أكدت دراسة نولاند وآخرين Noland , et al (٢٠٠٩) على أهمية مشاركة الآباء والأخوة مع أطفالهم المصابين بالتوحد في أنشطة اللعب لتنمية مهارات اللعب، ومهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات العناية بالذات، وتكونت عينة الدراسة من (٣١) طفلاً توحدياً بالإضافة إلي إخوتهم العاديين. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة يونج وآخرين Young , et al (٢٠٠٩) والتي أكدت على أهمية الإرشاد الأسري وخاصة للأُم في تنمية مهارات العناية بالذات لدي الأطفال المصابين بالتوحد.

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة يتضح من عرض هذه الدراسات والبحوث السابقة أهمية تدريب القائمين على رعاية الأطفال المصابين بالتوحد للعمل على تنمية مهارات رعاية الذات عند هؤلاء الأطفال.

فروض الدراسة:

تتمثل فروض الدراسة الحالية في النقاط الآتية:

١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.

٣) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري.

المنهج وإجراءات الدراسة:

أولاً: - منهج الدراسة: تعتمد الدراسة الحالية على " المنهج شبه التجريبي باعتبارها تهدف إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي أسري لتنمية مهارات العناية بالذات لدى عينة من الأطفال التوحديين وتم استخدام الإجراء القبلي - البعدي من خلال مجموعتين؛ هما مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وإجراء المقارنات وفقاً للأساليب الإحصائية المستخدمة، وكانت مدة البرنامج وبعد انتهاء فترة البرنامج تم إجراء اختبار تتبعي (ثلاثة أشهر) للعينة التجريبية لمعرفة مدى التغير في مهارات رعاية الذات.

وبذلك تحدد متغيرات الدراسة كما يلي:

١ - " المتغير المستقل Independent variable "في هذه الدراسة هو البرنامج الإرشادي الأسري لتنمية مهارات رعاية الذات لدى الأطفال التوحديين والمستخدم في الدراسة الحالية والذي سيتم تناوله بالشرح فيما بعد في الملاحق.

٢ - "المتغير التابع dependent variable " في هذه الدراسة هو ضعف أو نقص مهارات رعاية الذات لدى الأطفال التوحديين.

٣ - " المتغيرات المتداخلة Extraneous variable " وهي المتغيرات التي يتناولها الباحث بالنتيبت مثل نسبة معدل الذكاء للأطفال، و الجنس، والعمر، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي والتعليمي لأسر الأطفال التوحديين.

ثانياً: عينة الدراسة:

- مواصفات العينة.
- خطوات اختيار العينة.
- شروط اختيار العينة.
- التجانس بين أفراد العينة.

مواصفات العينة:

تم اختيار أفراد العينة بالمواصفات الآتية:

- ١- أن يكون سبق تشخيصهم بالتوحد من قبل طبيب أمراض نفسية وعصبية.
- ٢- أن يكون أفراد العينة أطفالاً توحديين وفقاً لمقياس جيليام لتقدير التوحدية.

٣- أن يكون أفراد العينة من الملحقين بأماكن متخصصة في التعامل وتدريب الأطفال التوحديين.

٤- أن يتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ما بين (٤-٦) سنوات. وهي مرحلة ما قبل المدرسة. والتي تعد من أهم المراحل العمرية التي يبدأ فيها الطفل العادي الاعتماد على نفسه، ولاسيما أن الطفل التوحدي نظرا لطبيعة الخاصة في أمس الحاجة لاكتساب مهارات رعاية الذات في هذه الفترة، حيث إن قدرته على اكتسابها تزداد صعوبة كلما كبر في السن، ويصبح تدريجه أكثر صعوبة. وهذا يؤكد ضرورة التشخيص والعلاج المبكر.

٥- مراعاة ألا تضم العينة أطفالا من إعاقات أخرى تشبه التوحد مثل إسبرجر، وألا تضم العينة أطفالا يعانون من اضطرابات صحية مصاحبة للتوحد.

٦- ألا تكون العينة المختارة (سواء التجريبية أو الضابطة) قد تم تدريبها سابقا على المهارات المستهدفة في الدراسة السابقة.

٧- ألا يكون خاضع لنوع معين من العلاج.

خطوات اختيار العينة:

تم اختيار أفراد العينة الكلية وفقا للإجراءات الآتية:

١- اختيار العينة.

٢- طريقة اختيار العينة.

٣- تقسيم العينة.

اختيار العينة:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من مدرسة (هياي ورلد) Happy World وذلك للأسباب التالية

- أنها متخصصة لرعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن ثم توافر عدد كبير من الأطفال التوحديين، مما ييسر على الباحثة اختيار الأطفال الذين تنطبق عليهم الشروط الواجب توافرها.

- بالإضافة إلى أن اختيارهم من مكان واحد يؤدي إلى الحفاظ على تجانس العينة من حيث الظروف.

طريقة اختيار العينة:

- تم حصر عدد الأطفال التوحديين الذين تتوافر فيهم شروط العينة، وبلغ عددهم (٢٠) طفلاً وكان قد سبق تشخيصهم بالتوحد، مع الرجوع إلى التقارير التشخيصية السابقة لجميع الأطفال التوحديين للتأكد من دقة التشخيص. أي أن الهدف هو التأكد من دقة التشخيص.
- تم استبعاد الأطفال الذين حصلوا على درجة توحد شديدة، واختيار الأطفال الذين حصلوا على درجة توحد متوسطة.
- مع استبعاد الأطفال التوحديين الذين لديهم إعاقات سمعية أو بصرية، مع استبعاد الأطفال الذين يعانون من أمراض مصاحبة مثل الأمراض العضوية مثل مرض القلب، كما تم استبعاد الأطفال المصنفين تحت اضطرابات نمائية أخرى مثل زملة إسبرجر.
- ومراعاة لهذه الشروط، وبعد أن كان عدد أفراد العينة (٢٠) طفلاً أصبح عدد أفراد العينة الكلية النهائي (١٠) أطفال توحديين (٨ ذكور - بنتين).

تقسيم أفراد العينة:

بلغ العدد الكلي لأفراد عينة الدراسة (١٠) أطفال توحديين مقسمين بالتساوي إلى مجموعة (تجريبية - ضابطة)، عدد كل منها (٥) أطفال بواقع (٤ ذكور - طفلة في كل مجموعة).

مواصفات عينة الدراسة:

أولاً: المجموعة التجريبية:

- بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية خمسة أطفال توحديين (٤ ذكور - بنت واحدة) بالإضافة إلى أسرهم.
- يتراوح سن أفراد المجموعة التجريبية ما بين (٤:٦ سنوات) بمتوسط حسابي قدره (٤,٥)، وانحراف معياري قدره (١,٠٩)، وانحراف من المتوسط قدره (٠,٩٧).
- مستوى التوحد لدى أفراد المجموعة التجريبية متوسط، وذلك وفقاً لمقياس جيليام لتشخيص التوحدية.
- تم مقابلة آباء أطفال العينة التجريبية للاتفاق معهم على الاشتراك في تدريب أطفالهم، وذلك بمشاركتهم في تنفيذ البرنامج. ولقد أبدى الجميع الاستعداد والموافقة على البرنامج وتنفيذه.

ثانياً: المجموعة الضابطة:

- بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة خمسة أطفال توحديين (٤ ذكور - بنت).
- يتراوح سن أفراد المجموعة التجريبية ما بين (٤,٥-٥,٥) سنوات بمتوسط حسابي قدره (٣,٦٩)، وانحراف معياري قدره (١,٠١)، وانحراف عن المتوسط قدره (٠,٨٣).
- مستوى التوحد لدى أفراد المجموعة الضابطة متوسط، وذلك وفقاً لمقياس جيليام لتشخيص التوحدية.

ثالثاً: المجموعة الكلية:

- بلغ عدد أفراد العينة الكلية للدراسة الحالية (١٠) أطفال توحديين، بواقع ٨ ذكور وبنيتين
- يتراوح عدد أفراد العينة الكلية للدراسة الحالية ما بين (٤ : ٦) سنوات بمتوسط حسابي قدره (٤,٣٨)، وانحراف معياري قدره (٠,٩٧)، وانحراف عن المتوسط قدره (١,٥).
- تتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٧-٨٠) درجة على اختبار جودار.

التجانس بين أفراد العينة:

لقد راعت الباحثة التجانس بين أفراد عيني الدراسة (التجريبية والضابطة) من حيث النوع والعدد والسن والذكاء والمهارات الحياتية. وذلك كما يتضح من الجداول الآتية:

جدول (١)

النسبة المئوية لتوزيع العينة الكلية وفقاً للجنس

العدد	النوع	النسبة المئوية
٨	ذكور	٦٠ %
٢	أنثى	٤٠ %
١٠	العينة الكلية	١٠٠ %

يتضح من الجدول السابق لتوزيع نسبة الذكور والإناث في العينة الكلية: أن نسبة الإصابة لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث.

جدول (٢)

النسبة المئوية لتوزيع عينة الدراسة وفقا للعدد

العدد	النوع	النسبة المئوية
مجموعة تجريبية	٥	٥٠ %
مجموعة ضابطة	٥	٥٠ %
العينة الكلية	١٠	١٠٠ %

جدول (٣)

دلالة الفروق بين عيني الدراسة التجريبية والضابطة وفقا للسن

العينة	السن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	دلالة ت
المجموعة التجريبية	٤-٦	٤,٥	١,٠٤	٠,٧٥	غير دلالة
المجموعة الضابطة	٤,٥-٥,٥	٣,٦٩	١٠,١		

جدول (٤)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات العينة الكلية على اختبار الذكاء

العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل التجانس	ت	دلالة ت
المجموعة التجريبية - الضابطة	٦٥,٣٥	٩,٩٤	٩٨,٩ %	٠,٦٣	غير دلالة

جدول (٥)

تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

الأبعاد	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z ودلالاتها
رعاية الذات	التجريبية	٥	٦,٨٠	٣٤,٠٠	١,٣٨
	الضابطة	٥	٤,٢٠	٢١,٠٠	غير دلالة

يتضح من الجداول السابقة:

تجانس أفراد عينتي الدراسة التجريبية والضابطة من حيث السن والعدد والذكاء ومهارات رعاية الذات هذا بالإضافة إلي المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المتقارب. أي أن أية فروق تظهر بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغير التابع يرجع إلي تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج المستخدم، والذي سيتم تطبيقه على أفراد العينة التجريبية فقط.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

اشتملت الدراسة على عدد من الأدوات هي:

- ١ - مقياس جودار للذكاء.
 - ٢ - مقياس جيليام لتشخيص التوحد (ترجمة وتقنين محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة، ٢٠٠٤).
 - ٣ - مقياس مهارات رعاية الذات (إعداد الباحثة).
 - ٤ - استمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثة).
 - ٥ - برنامج إرشادي أسري (إعداد الباحثة).
 - ٦ - استمارة الملاحظة والتسجيل اليومي (إعداد الباحثة).
- وفيما يلي عرض لكل أداة من الأدوات سالفة الذكر:-
- ١ - مقياس جودار (لوحة الأشكال):

وهو أكثر الاختبارات شيوعاً بمراكز ومؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة.

وصف المقياس:

يتكون هذا المقياس من لوحة خشبية مساحتها (١٣ بوصة × ١٨ بوصة) بها عشرة فراغات، لكل منها قطعة خشبية تناسبه، ويقوم الفاحص بإخراج القطع الخشبية من فراغاتها ويضعها فوق بعضها بترتيب محدد، ثم يطلب من الفحوص أن يضع القطع في أماكنها بأسرع ما يمكن، ويحسب الزمن الذي تستغرقه كل محاولة، حيث يسمح للمفحوص بثلاث محاولات.

ويتميز الاختبار بسهولة التطبيق والتصحيح، ويوفر الوقت والجهد، ويسعد الأطفال بأدائه لأنه يشبه ألعاب البازل، ولا يتضمن تعليمات معقدة، وكذلك لا يتطلب استجابات لفظية، ولا يحتاج أداؤه إلا دقائق قليلة.

تصحيح المقياس:

يحسب الزمن المستغرق أقصر محاولة صحيحة أو مجموع الزمن الذي استغرقه المفحوص في المحاولات الثلاث، ويتم الحصول على العمر العقلي المقابل للزمن وفقاً للجدول بالمقياس.

$$\frac{ع}{ع} \\ ع ز$$

ويتم حساب درجة الذكاء باستخدام المعادلة $100 \times$

حيث إن (ع) العمر العقلي، (ع ز) العمر الزمني

٢- مقياس جيليام لتشخيص التوحدية: ترجمة وتقنين محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي (٢٠٠٤)

يتكون المقياس من (٤٢) بنداً تدرج تحت ثلاثة أبعاد فرعية تصف سلوكيات محددة وملحوظة ويمكن قياسها وهي: السلوكيات النمطية، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي. كل بعد مكون من (١٤) عبارة.

بالإضافة إلى (١٤) بنداً. يقدم الآباء من خلالها معلومات عن نمو أبنائهم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي: الاضطرابات النمائية. ويتسم المقياس بعدة خصائص منها:

- ١- تقوم بنوده على أكثر التعريفات حداثة لمفهوم التوحد.
- ٢- تم تطبيقه على (١٠٩٢) شخصاً يعانون من التوحد في (٤٦) ولاية أمريكية، بالإضافة إلى بورتوريكو، وكولومبيا وكندا.
- ٣- يمكن الإجابة عن المقياس بواسطة الوالدين والمتخصصين في المركز والمدرسة والمنزل.
- ٤- يناسب المقياس الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (٣-٢٢) عاماً.
- ٥- يمكن الإجابة عن المقياس في زمن يتراوح بين (٥-١٠) دقائق.

وتم صياغة العبارات في ضوء المحكات التي تم عرضها في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بالإصدار الرابع DSM-IV، وفي ضوء جمعية التوحديين الأمريكية.

ويتكون الجزء الأول من المقياس من معلومات عامة، والجزء الثاني من ملخص الدرجات، والجزء الثالث دليل تفسير الدرجات، والجزء الرابع من بروفيل النتائج، والجزء الخامس من ورقة الأسئلة / الإجابة. وتوجد أربعة اختيارات أمام كل عبارة من

عبارات الأبعاد الثلاثة الأولى؛ وهي (لا يلاحظ - يلاحظ نادرا - يلاحظ أحيانا - يلاحظ دائما) تحصل على الدرجات (٠ - ١ - ٢ - ٣)، والبعد الرابع له اختياران (نعم-لا). ويتم الإجابة عنه عن طريق الآباء أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن لهم اتصال ودعم مباشر معه خلال الستة عشر شهرا الأولى من عمر الطفل ويفضل مقابلة الآباء. والجزء السادس أسئلة رئيسية.

وبلغ معامل ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق على عينة (ن = ٤٠) من الآباء والمعلمين بعد مدة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة أسابيع (٠,٨٦)، وباستخدام معامل ألفا كرونباخ (٠,٨٥) للأبعاد، (٠,٩٢) للدرجة الكلية، وعن طريق التجزئة النصفية (٠,٨٧)، وبالنسبة للصدق بلغت نسبة اتفاق المحكمين على المقياس (٨٠٪)، ويتمتع البرنامج بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري، ومعاملات ارتباط أبعاد المقياس كلها دالة عند (٠,٠١) ويتمتع المقياس بقدرة تمييزية جيدة، ويتضح من خلالها قدرته على التمييز بين التوحديين، والمتخلفين عقليا، والمتأخرين دراسيا، حيث إن كل الفروق دالة عند (٠,٠١) لصالح التوحديين.

٣- مقياس مهارات رعاية الذات: (إعداد الباحثين)

قامت الباحثة بإعداد مقياس مهارات رعاية الذات، وذلك من خلال تقييم حالة الطفل، وتوضيح أثر التدخل العلاجي والتدريبي، والتعرف على مدى التقدم الذي وصل إليه الطفل التوحدي في مجال اكتسابه لمهارات رعاية الذات.

خطوات إعداد المقياس:

- الرجوع إلى خصائص نمو الطفل التوحدي ومشاكله، وذلك من خلال الدراسات والبحوث السابقة والتي تناولت الخصائص المميزة لنمو الطفل التوحدي، والتي اهتمت بتحديد مهارات رعاية الذات من خلال ملاحظة الطفل التوحدي ومنها دراسة: **Smith&Belcher** (١٩٩٧)، والتي اهتمت بتنمية مهارات (غسل الوجه - تمشيط الشعر - غسل الأسنان) لدى الأطفال التوحديين.
- الإطلاع عن المراجع العربية والأجنبية التي تناقش المهارات الحياتية بمختلف جوانبها.
- الرجوع إلى بعض مقاييس واختبارات مهارات رعاية الذات لدى الأطفال في هذه المرحلة ومنها مقياس المهارات الحياتية لعبير عبده (٢٠٠٥)، والذي يضم مهارات الاعتماد على النفس والاستقلال (النظافة - الاعتماد على النفس في الملابس - المأكل - اتباع آداب المائدة)، المهارات الاجتماعية (آداب الحديث - التعاون - النظام).

- ملاحظة سلوك الطفل.
 - القيام بمقابلات مع والدي الأطفال التوحديين، وسؤالهم عن أكثر مهارات رعاية الذات والتي يعاني فيها الطفل التوحدي من قصور، والأكثر احتياجاً بالنسبة للطفل ولهم.
 - القيام بمقابلات بصورة فردية مع الأطفال التوحديين.
- بناء المقياس:

بناء على ما سبق تم تحديد أهم مهارات رعاية الذات المراد إكسابها للأطفال التوحديين؛ وهي المهارات التي يحتاجها الطفل التوحدي للاعتماد على نفسه في العناية بنفسه، وتحمل مسئولية نفسه في نواحي الحياة المختلفة، والاستقلال عن الآخرين في قضاء حاجاته، وهي مكونة من (٣٠) عبارة، وتشمل:

- ١- مهارات تناول الطعام والشراب وتشمل: (مهارة تناول الطعام باستخدام أدوات المائدة- مهارة تناول السوائل- مهارة تناول الأطعمة الجافة- آداب المائدة - مهارة تناول الطعام في الأماكن العامة).
- ٢- مهارات المظهر العام وتشمل: (مهارات ارتداء وخلع الملابس- مهارات ارتداء وخلع الحذاء والجورب).
- ٣- مهارات النظافة وتشمل: (البيدين والوجه والقدم- النظافة الشخصية).
- ٤- مهارات السلامة وتشمل: (قطع الشارع - التنقل - قراءة إشارات المرور واللافتات الإرشادية).
- ٥- مهارات استقلالية وتشمل: (استعمال التليفون - استعمال العملة - الخدمة البريدية).
- ٦- مهارات استعمال المراض

تصحيح المقياس:

- ١- تم إعداد مقياس مهارات رعاية الذات بطريقة متدرجة وفقاً لاستجابة الطفل، وهكذا تختلف الدرجة التي يحصل عليها الطفل وفقاً لما يلي:
 - لا يستطيع: درجة واحدة.
 - يستطيع بمساعدة: درجتان.
 - يستطيع بمفرده: ثلاث درجات.
- ٢- تجمع درجات البعد للحصول على الدرجة الكلية للطفل على المقياس.

المعالجات الإحصائية للمقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس وصدقه على عينة مكونة من (٤٠) طفلا توحديا وعاديا تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات ذلك للحصول على ثبات وصدق المقياس. وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال الملتحقين بمدرسة هابي وولد، وحضانة البستان للعاديين.

الاتساق الداخلي:

وذلك للتأكد من اتساق أبعاد المقياس، ومن تماسك المفردات. ولذلك قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.

وفيما يلي بيان معامل الارتباط لكل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه:

جدول (٦)

معامل الارتباط لكل عبارة من عبارات المقياس

أرقام البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠,٧٥	٠,٠١	١١	٠,٧١	٠,٠١	٢١	٠,٧١	٠,٠١
٢	٠,٨٩	٠,٠١	١٢	٠,٧٤	٠,٠١	٢٢	٠,٨٣	٠,٠١
٣	٠,٨٦	٠,٠١	١٣	٠,٧٨	٠,٠١	٢٣	٠,٧٥	٠,٠١
٤	٠,٨٠	٠,٠١	١٤	٠,٧٢	٠,٠١	٢٤	٠,٧٧	٠,٠١
٥	٠,٧٦	٠,٠١	١٥	٠,٨١	٠,٠١	٢٥	٠,٧٠	٠,٠١
٦	٠,٧٧	٠,٠١	١٦	٠,٧٨	٠,٠١	٢٦	٠,٧٦	٠,٠١
٧	٠,٧٩	٠,٠١	١٧	٠,٧٩	٠,٠١	٢٧	٠,٧٤	٠,٠١
٨	٠,٨١	٠,٠١	١٨	٠,٧٩	٠,٠١	٢٨	٠,٧٢	٠,٠١
٩	٠,٨٠	٠,٠١	١٩	٩٠	٠,٠١	٢٩	٠,٧٧	٠,٠١
١٠	٠,٧٦	٠,٠١	٢٠	٠,٨٢	٠,٠١	٣٠	٠,٧٣	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن:

جميع معاملات الارتباط بين مفردات المقياس وأبعاده دالة إحصائياً عند (٠,٠١)، وهذا يؤكد على التجانس، وكلها ذات قيم مرتفعة، مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس، والاتساق بين مفردات مقياس مهارات رعاية الذات.

الصدق: للتحقق من صدق مقياس مهارات رعاية الذات، قامت الباحثة باستخدام طريقة:

الصدق التمييزي:

ويقصد بالصدق التمييزي مدى قدرة المقياس على التمييز بين أفراد عينة البحث، وتم تطبيق المقياس على عينة قوامها (٤٠) طفلاً وطفلة عادياً وتوحدياً تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات في مهارات رعاية الذات. أي يستخدم للمقارنة بين العاديين (٢٠) طفلاً، والتوحديين (٢٠) طفلاً، وقد تم تشخيص هؤلاء الأطفال بناءً على فحوص طبية ونفسية خاصة، إلى جانب اختبارات الذكاء، وتم مقارنة متوسط درجاتهم في المقياس بمتوسط درجات أفراد العينة المماثلة من الأطفال العاديين، وذلك باستخدام اختبار "ت".

ولقد أظهر التطبيق قدرة المقياس على تمييز الأطفال التوحديين من الأطفال العاديين.

جدول (٧)

الصدق التمييزي لمقياس مهارات رعاية الذات

الأبعاد	عاديين (ن=٢٠)		توحديين (ن=٢٠)		قيمة ت ودالاتها
	م	ع	م	ع	
مهارات العناية بالذات	٩٠,١٥	٨,٧٦	٥٥,٤٥	٦,٩٢	١٣,٩١ دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق: مدى الفرق بين التوحديين والعاديين. مما يدل على أن المقياس قادر على التمييز بين العاديين والتوحديين، حيث كانت قيمة "ت" تبلغ (١٣,٩١) وهي تتعدى القيمة الجدولية المطلوبة لكي تصبح دالة عند (٠,٠١).

ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس مهارات رعاية الذات بثلاث طرق:
أ- طرق ألفا - كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات باستخدام معامل ألفا - كرونباخ. وكانت القيم مرتفعة مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي والثبات. وفيما يلي جدول معاملات ثبات مقياس مهارات رعاية الذات:

جدول (٨)

معاملات ثبات مقياس مهارات رعاية الذات باستخدام معامل ألفا - كرونباخ

الرقم	الأبعاد	معامل ألفا
١	مهارات رعاية الذات	٠,٩٩

يتضح من الجدول السابق: تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، ومعادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية. وكانت نتائجها على النحو التالي:

جدول (٩)

معاملات ثبات مقياس مهارات رعاية الذات باستخدام طريقة التجزئة النصفية

الرقم	الأبعاد	التجزئة النصفية	
		جتمان	سبيرمان - براون
١	مهارات رعاية الذات	٠,٩٧	٠,٩٧

يتضح من الجدول السابق:

إن معاملات ثبات مقياس المهارات الحياتية ببعديه (مهارات رعاية الذات - مهارة التواصل) بطريقة سبيرمان - براون متطابقة مع مثلتها بطريقة جتمان. مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

٤ - استمارة دراسة الحالة (إعداد: الباحثين)

الهدف منها: استخدامها كأداة للتعرف على الطفل، وعلى أسرته، وتكوين رأي عام مبدئي عن الطفل وقدراته، واحتياجاته وتطور السلوك، والأسباب التي تكمن وراء الإصابة من وجهة نظر الوالدين.

وتشمل:

١ - بيانات عن الطفل: من حيث الاسم - الجنس - تاريخ الميلاد - السن - محل الميلاد - العنوان - تاريخ الالتحاق بالمدرسة - أشد الأعراض - التاريخ المرضي - الأطعمة المفضلة - درجة الذكاء - قدرات الطفل - الأدوية التي يتناولها - الفحوصات الطبية.

٢ - بيانات عن الأسرة:

- الأب/ الأم: الاسم - العمر - المؤهل - الوظيفة - العنوان - علاقة الوالدين بالطفل - صلة القرابة بين الوالدين - أسباب المشكلة من وجهة نظر الوالدين.

- الأخوة: العدد - الترتيب الميلادي للطفل في الأسرة.

بالإضافة إلى إجراء مقابلة حرة مع كل حالة، ولقاء أحد الوالدين أو كلاهما، وذلك لإعطاء مزيد من التفاصيل عن الحالة، وذلك لجمع بيانات أخرى عن الطفل وتكوين صورة كاملة عنه.

ومن خلال دراسة الحالة تم تكوين صورة كاملة عن عينة الدراسة .

٥ - برنامج الإرشاد الأسري:

أهداف البرنامج:

إن الأهداف العامة هي الخطوة الأولى في أي برنامج، وتشتق هذه الأهداف من قيم المجتمع، وأهدافه وفلسفته ومن طبيعة النمو. ولقد حددت الباحثتان فيما يلي الهدف العام للبرنامج المقترح في الدراسة الحالية. وينبثق من الهدف العام مجموعة من الأهداف الإجرائية:

الأهداف العامة:

١ - مساعدة الطفل التوحدي على القيام ببعض مهارات رعاية الذات التي تعينه على الاعتماد على نفسه في أداء مهام الحياة اليومية.

- ٢- التخفيف من حدة أعراض التوحد، من خلال إكسابه مهارات جديدة.
- ٣- تحسين اتجاهات الوالدين تجاه طفلهم التوحد مع تقديم أفضل الطرق للتعامل مع هؤلاء الأطفال.
- ٤- يهدف البرنامج إلى مساندة الوالدين على الاستبصار بطبيعة الضغوط المرتبطة بإعاقة التوحد وأثرها. انعكاساتها السلبية على أداء الأسرة لوظائفها الاجتماعية، وعلى تهيئة مناخ أسري أكثر تفهماً لاحتياجات الطفل.
- ٥- كما يهدف لإكساب والدي الطفل المهارات اللازمة للتعامل مع الطفل مما يساعد على إقامة علاقة اجتماعية ناجحة معه ويحد من سلوكه السلب.

الأهداف الإجرائية:

وهي محاولة لتحقيق الأهداف العامة، وذلك بوضع مجموعة من الأهداف الإجرائية التي يمكن تنفيذها. وفيما يلي الأهداف الإجرائية التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها:

- ١- أن نقلل اعتماد الطفل التوحد على الآخرين مما يكسبه الشعور بالثقة بالذات، وزيادة القدرة على الإنجاز، والاستقلال، والاعتماد على النفس.
- ٢- أن نتيح الفرصة للطفل التوحد لتعلم مهارات جديدة تعينه على الاعتماد على نفسه في مواجهة مشكلات الحياة اليومية.
- ٣- أن يتمكن الطفل التوحد من إطعام نفسه باستخدام الملعقة بمفرده.
- ٤- أن يقوم الطفل التوحد بغسل أسنانه ويديه ووجهه بمفرده.
- ٥- أن يقوم الطفل التوحد بتمشيط شعره بمفرده.
- ٦- أن يتمكن الطفل التوحد من ارتداء وخلع الحذاء والجورب وملابسه بمفرده.
- ٧- أن يتمكن الطفل التوحد من اكتساب بعض المهارات الاستقلالية الجديدة.
- ٨- أن يتمكن الطفل التوحد من قضاء حاجته بمفرده.
- ٩- أن يتمكن الطفل التوحد من القيام بهذه المهارات في أي مكان يقيم فيه سواء كان بالمنزل أو المركز أو الرحلات، فنقل من اعتماده على الآخرين. مما يؤدي إلى تقدير الآخرين واحترامهم له ومساعدته على أن تحل الثقة بالنفس محل الشعور بالفشل.

فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

١٠- أن تساعد الآباء والأمهات على الإلمام بالمعلومات الكافية عن طبيعة التوحد وخصائص الطفل التوحد.

١١- أن تساعد الآباء والأمهات على الإلمام ببعض المصادر التي يمكن من خلالها الحصول على المعلومات الخاصة عن التوحد.

١٢- أن نحدد المهارات المطلوب تعليمها للطفل في صورة نقاط حسب الأولوية من خلال ما تم تسجيله في الملاحظة اليومية.

١٣- أن ينصر الآباء والأمهات بمدى أهمية النظرة الإيجابية نحو طفلهم التوحد ودور ذلك في تنمية مهاراته.

١٤- أن نخفف الضغوط عن الوالدين والقائمين على رعاية الطفل.

بناء وحدات البرنامج: اعتمدت الباحثتان في بناء وحدات البرنامج على مجموعة من الأسس النظرية والتطبيقية وهي كالتالي:

١- الإطلاع على البحوث والدراسات، وما استطاعت الباحثتان الإطلاع عليه من كتب ومراجع عن الأطفال التوحديين.

٢- الإطلاع على بعض المراجع التي تناولت أهم الاستراتيجيات في تدريب وتربية وتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ذهنياً بصفة عامة، والمصابين بالتوحد بصفة خاصة مثل: تعليم صغار الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لبورتر Porter, 2002، والأنشطة التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للسيد عبد النبي السيد (٢٠٠٢)، وبرنامج تدريبي للأطفال المعاقين لجمال الخطيب ومنى الحديدي (٢٠٠٤).

٣- تم تحديد الأهداف التي سيتضمنها البرنامج بما يتناسب مع احتياجات الأطفال التدريبية ووفقاً لأولويات الوالدين.

٤- وتم وضع الصورة الأولية للبرنامج وقامت الباحثة بعرضها على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية للاستفادة من توجيهاتهم وإجراء التعديلات اللازمة وفقاً لمقترحاتهم.

٥- وبعد إجراء التعديلات أصبح البرنامج في صورته النهائية معداً للتطبيق على عينة الدراسة.

أسس بناء البرنامج:

عند تصميم وإعداد برنامج الدراسة الحالية راعت بعض الأسس التي تم الإلتزام بها في تعليم مختلف المهارات التي شملها البرنامج. ومن هذه الأسس:

(١) الأسس العامة:

حيث تركز الباحثان على المهارات الضرورية واللازمة للأطفال التوحيديين (مهارات رعاية الذات)، والتي لا بد من اكتسابها حتى يستطيعوا التكيف مع المجتمع، وتم ترتيب هذه المهارات من حيث درجة أهميتها وحاجة الأطفال إليها، بالإضافة إلى تعليم المهارات في سياقها الطبيعي (مواقف الحياة الطبيعية)، مثل عند تناول وجبة الإفطار أو الغذاء أو العشاء، أو ارتداء الملابس عند النوم بما يتيح تعميم المهارات التي يتعلمها ويستخدمها في الحياة اليومية.

كما يحتوي البرنامج على مجموعة من الأنشطة التعليمية المختلفة (على هيئة منهج تعليمي)، وتتمثل في صورة وحدات أساسية يكون كل منها إطار لمجموعة من المهارات فتتمثل في أنشطة حركية، فنية، موسيقية.

(٢) الأسس الفلسفية:

يقوم البرنامج على فنيات تعديل السلوك ويتكون من مكونات ثلاثة أساسية هي:

أ - التعليمات Instruction

أو ما تعرف بالمقدمات **Antecedents** أي ما يحدث للسلوك أو إظهار استجابة الطفل وتكون توجيهية، أو يطلب من الطفل أداء النشاط مثل توجيه سؤال، أو أن يقوم باستجابة، كما أن الطريقة التي يتم بها توجيه الأمر للطفل كي يؤدي مهمة محددة قد تؤثر إلى حد كبير على اتباع الطفل لما نريده القيام به من عدمه، كما أن انتباه الطفل للأمر، وإن كان في حدود قدراته، فعلى الأرجح أنه سيتبع الأمر.

وهناك عدة اعتبارات يجب مراعاتها:

- ١- يجب أن يكون الطفل منتبها، والتأكد من استماع الطفل لما يقال، لذلك يجب جذب انتباهه إلى الوالدين، وذلك من خلال استخدام الأدوات والألعاب المناسبة.
- ٢- يجب أن تكون التعليمات واضحة وبسيطة ومختصرة حتى تتيح للأطفال التوحيديين استيعاب ما يقال لهم، ومن ثم يستطيعون إظهار رد فعل مناسب.
- ٣- تقسيم البرنامج إلى وحدات صغيرة سهل تحقيق أهدافها للوصول إلى الهدف الكلي من البرنامج.
- ٤- تدرج الوحدات من السهل إلى الصعب.
- ٥- الالتزام بتقديم مثير لفظي واضح في كل مهارة وفي كل مرة.

٦- بعد فهم الطفل للأمر الموجه إليه والذي يتضح من استجابته، يتم تنويع المثبرات أو التعليمات بصورة تدريجية، وتنويع الأنشطة لتمثل عنصراً تشويقياً لدى الطفل، وحتى لا يتسرب الملل للطفل.

٧- عدم الانتقال من مرحلة لأخرى إلا بعد التأكد من إتقان المرحلة السابقة.

ب- السلوك Behavior الذي يظهره الطفل التوحدي، والتي قد تصنف كالتالي:

١- استجابة صحيحة.

٢- استجابة غير صحيحة (خاطئة).

٣- عدم إصدار استجابة.

وتظهر الاستجابة بعد توجيه الأمر، ويتم إعطاء الطفل فرصة حوالي (٥) ثواني لإظهار الاستجابة، فإذا استجاب الطفل بأي من الطرق الثلاث أو أظهر سلوكاً غير لائق مثل محاولة الوقوف على الكرسي يتم الانتقال على الفور للخطوة التالية.

ج- النتائج: Consequences

وتعرف كرد فعل للعلاج (ماذا يحدث بعد السلوك/ الاستجابة) فهي النتيجة المترتبة على استجابة الطفل، والتي ستتوقف على نوع الاستجابة التي يقدمها، فإذا كانت الاستجابة صحيحة يتم التعزيز باستخدام المعزز المناسب، وإذا كانت خاطئة أو لم يعط أي استجابة يتم تقديم المساعدة المناسبة سواء كانت جسدية أو لفظية أو بالإشارة.

مثال: يتم تكرار الأمر الذي تم توجيهه للطفل مع تقديم (الحث) المساعدة الجسمية كمحاولة لتصحيح الاستجابة، ويتراوح مدى المساعدة الجسمية من مساعدة جسمية كلية إلى مساعدة جسمية جزئية، كما يمكن استخدام أشكال أخرى من الحث بما يناسب الطفل مثل الحث اللفظي، أو بالإشارة.

هذا بالإضافة إلى: الفترة الفاصلة بين المحاولات (Interval):

أو فاصل/ استراحة قصيرة Inter-Trail قبل تقديم محاولة أخرى، وهذه الفترة ما بين النتيجة (التعزيز - التصحيح) وتوجيه الأمر الآخر، وتستمر حوالي خمس ثواني، وتساعد هذه الفترة الطفل في معرفة أنه أنهى ما طلب منه، وأنه سيتلقى أمراً جديداً. وخلال الفترة الفاصلة يتم مدح الطفل على جلوسه بشكل مناسب، ويتم إعطاؤه عدة ثواني للعب بالمعزز المفضل. وفي نفس الوقت يتم تسجيل استجابة الطفل في استمارة البيانات وترتيب الأدوات المستخدمة في الأمر التالي الذي يوجه إلى الطفل.

- كما يستند على أن الطفل هو كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الآخرين فهو يؤثر ويتأثر بمن حوله.

- كما يستند على الدور الحيوي الرئيسي وهو مشاركة الآباء والأمهات لأبنائهم في البرنامج، حيث أكدت الدراسات والبحوث على مدى أهمية اشتراك الوالدين في البرنامج، حيث يصبح بإمكان الوالدين من خلال المشاركة في جلسات البرنامج التأثير الإيجابي والفعال على أبنائهم، هذا بالإضافة إلى أن الطفل جزء لا يتجزأ من الأسرة فلا يمكن تدريبه منفصلاً عن أسرته.

الأسس النفسية والتربوية:

- ١- يتم مراعاة الخصائص والسمات التي تميز الأطفال التوحديين.
- ٢- ومحاولة تهيئة الظروف التعليمية المناسبة في ضوء فهم هذه الخصائص والسمات بما يسمح لهؤلاء الأطفال بتوظيف قدراتهم بقدر الأمكان. ويتم ذلك في ضوء تقييم دقيق لمهارات وقدرات هؤلاء الأطفال لتحديد احتياجاتهم ونواحي القوة لديهم.
- ٣- التعرف على استعدادات الطفل التوحدي وقدراته وظروفه والمهارات التي يجب أن يتزود بها لتحقيق أكبر قدر ممكن من التوافق الشخصي والاجتماعي.
- ٤- يتم مراعاة احتياجات الطفل ومراحل النمو والمرحلة العمرية التي يمر بها كل طفل.
- ٥- استخدام أسلوب التدريب الفردي لكل طفل لمواجهة احتياجاته وخصائصه، وتدعيم نواحي القوة لديه بما يجعل الطفل يستفيد لأقصى درجة في حدود قدراته.
- ٦- مرونة التعامل مع الأطفال التوحديين وإقامة جو من الألفة.
- ٧- التدريب المتكرر حتى يتم تثبيت المهارة في أذهانهم، ولكي تتحول المهارات إلى شبه عادات والتدريب على الأنشطة التي من خلالها يستطيع الطفل أن يقيم ذاته ويفهمها.

الأسس الاجتماعية:

- وهي الدعائم الأساسية للبرنامج، حيث يتم تدريب الطفل التوحدي لدمجه في المجتمع، ولذا فإن البيئة المحيطة بالطفل تعد أحد الوسائط التعليمية التي يتم استخدامها لحث الطفل على ممارسة السلوك في سياقه الطبيعي.
- إعداد هؤلاء الأطفال للحياة بصورة عامة حتى يستطيعوا مواجهة مشكلات الحياة اليومية.

- التقليل من مشاعر النقص والحجل والسلوك الاعتمادي.
- مساعدة الأطفال التوحديين في تقليل عواقب العزلة من خلال الاندماج، والمشاركة في الأنشطة المختلفة.
- العمل على الحد من إيذاء الذات لديهم، وتغييرها إلى سلوكيات جديدة لمساعدتهم على التكيف السوي.
- الاندماج كأعضاء داخل الجماعة وإشعارهم بأهمية دورهم.
- احتياج الطفل التوحدي للتقبل من المحيطين به.
- تنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز وتحمل المسؤولية.
- كما يلعب الوالدين الدور الأساسي في البرنامج.

الأسس العصبية والسيولوجية:

حيث تم مراعاة مشاكل القصور الحسي لدى الأطفال التوحديين، والتي تتعلق بالرؤية، أو السمع، أو اللمس، أو التذوق والشم، بالإضافة إلى الإحساس بوضع الجسم في الفراغ، وحركة المفاصل، والعضلات، كما يتم مراعاة اتباع بعض الأطفال لنظام غذائي خاص، والذي يتطلب عدم تناول بعض الأطعمة مثل التي تحتوي على الكازين الذي وجد في اللبن، أو الجلوتين، والذي يوجد في القمح والشعير.

المهارات والأنشطة التي يتضمنها البرنامج:

يحتوي البرنامج على مجموعة من المهارات والأنشطة التي تساعد الطفل التوحدي على الاستقلال والتكيف.

الأنشطة المستخدمة في البرنامج:

النشاط القصصي:

تم استخدام من القصص المختلفة، والتي احتوت في نفس مضمونها على نفس هدف البرنامج العام؛ وهو تنمية قدرات الطفل على تحمل المسؤولية والاعتماد على نفسه في قضاء حاجاته. وتم الاعتماد على طرق مختلفة لسرد القصة منها:

- ١- رسم أحداث القصة على بطاقات كبيرة وعرضها على لوحات.
- ٢- حكاية القصة باستخدام صور حقيقية عن الأسرة على سبيل المثال، وموضوعة داخل الألبوم وعرضها على الأطفال.
- ٣- تمثيل القصة وذلك بارتداء ملابس وأقنعة تمثل شخصيات القصة.

النشاط الفني:

لقد تضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة الفنية التي تساعد في تنمية بعض مهارات رعاية الذات مثل:

- الرسم: رسم حر - رسم مقيد، رسم بالأصابع والألوان.
- التلوين: تلوين حر - تلوين مقيد وذلك باستخدام أنواع مختلفة من الألوان.
- التشكيل: بالخامات.

وتهدف إلى: حرية التعبير للطفل من خلال الرسم والتعبير - معرفة الطفل لخامات البيئة المستخدمة في الأنشطة - تدعيم مستوى الجسم لدى الطفل - تنمية القدرة على الإنتاج - تنمية بعض مهارات رعاية الذات مثل مهارات النظافة.

النشاط الموسيقي:

استعانت الباحثتان بمجموعة من الأغاني المقدمة للأطفال مع الاستعانة ببعض الأشرطة المسجل عليها أغاني للأطفال تحمل المعاني التي يتضمنها محتوى وحدات النشاط. ولقد روعي في الأناشيد والأغاني المواصفات التالية:

- ١ - سهولة الكلمات وقتها ومناسبتها لإمكانيات الطفل في الكلام والنطق.
- ٢ - ارتباط الأناشيد بالأهداف الخاصة للبرنامج
- ٣ - تكرار بعض الكلمات والأصوات حتى تتناسب مع خاصية التكرار التي يعاني منها الطفل فيمارسها بشكل طبيعي.

النشاط الحركي:

راعت الباحثتان التنوع في الأنشطة الحركية المقدمة للطفل حتى تساعده على:

- ١ - تنمية المدركات العقلية من خلال التعرف على بعض المفاهيم.
- ٢ - تفريغ طاقة الطفل الكامنة في اتجاه مفيد.
- ٣ - تنمية العضلات الغليظة للجسم.
- ٤ - مساعدة الطفل التوحيدي على نمو وتركيز الانتباه لديهم.
- ٥ - تدريب جميع أجزاء جسم الطفل.
- ٦ - مساعدة الطفل التوحيدي على الاندماج والتفاعل مع الأطفال الآخرين أثناء أداء الألعاب الجماعية مثل اللعب الكرة.

الرحلات والزيارات الميدانية:

تم القيام بمجموعة من الزيارات والرحلات الميدانية، ومنها: اصطحاب الطفل لزيارة سوق الخضار والفاكهة- زيارة السوبر ماركت وشراء بعض المنتجات البسيطة- الذهاب إلى مطعم وتناول الوجبات.

الأدوات والوسائل التعليمية المستخدمة في البرنامج:

تم الاستعانة بمجموعة الوسائل المستخدمة (الكتب المصورة - المجسمات) في أنشطة البرنامج أن تتناسب وقدرات الأطفال التوحديين، واتباع أنسب الطرق في استخدامها، بالإضافة إلى تنوعها وارتباطها بالبيئة المحيطة قدر الأمكان، ومنها لوحات - عرائس - أقنعة - ألبيومات مصورة - بطاقات مصورة - خامات مثل (فرشاة أسنان - معجون أسنان) - أوراق بيضاء وملونة - كرتون - أجهزة مثل فيديو تعليمي - نماذج مجسمة لبعض الأطعمة والفاكهة - أشكال مجسمة لأدوات النظافة.

الأساليب الإرشادية المستخدمة:

اعتمدت الباحثتان على الإرشاد الجماعي، والإرشاد غير الموجه. كما تمثلت صياغة هذا البرنامج في إطار النظرية المعرفية السلوكية التي تساعد الوالدين على اكتساب المعلومات اللازمة عن إعاقة التوحد، وأبعادها وكيفية التعامل معها. وتم ذلك من خلال المحاضرة والمناقشة والنمذجة والواجبات المنزلية، والمراقبة الذاتية، التعزيز، التشكيل، التسلسل، الحث، التقليل التدريجي للحث.

ويتألف الجزء الأول من البرنامج من عدة مراحل أساسية وهي:

المرحلة الأولى: (بواقع جلستين): كل جلسة مدتها (٦٠ دقيقة)

الأهداف:

- ١ - مساعدة الوالدين على الوعي والاستبصار بمشاعرهم الحقيقية نحو الطفل ومن ثم تعديل المشاعر السلبية.
- ٢ - أن يتعرف الوالدين على دورهم تجاه الطفل التوحد.
- ٣ - تهيئة مناخ مناسب يساعد الوالدين على التعبير عن مشاعرهم السلبية والتنفيس عنها.
- ٤ - مساعدة الوالدين على التخفيف من مشاعر الصدمة بوجود طفل توحد.
- ٥ - التخفيف من حدة التوتر والقلق الموجودة لدى الآباء حتى لا يؤثر على طفلهم.

- ٦- أن يتقبل الآباء أبنائهم التوحديين.
 - ٧- أن يتعرف الآباء على قدرات أبنائهم وطبيعتهم.
- ويتم ذلك من خلال تطبيق بعض المبادئ وهي:
- التأييد والفهم والتقبل غير المشروط واحترام مشاعر الوالدين.
 - إظهار قدر من التعاطف والمشاركة الوجدانية مع التحلي بالصبر والمرونة مع ما يظهره الوالدان من شعور بالمرارة أو الغضب أو الرفض أو الذنب.
 - الإصغاء الجيد من جانب الباحثة أسلوب الإرشاد الجماعي. وتم:
 - ١- إعطاء فكرة مبسطة عن خط سير العمل في البرنامج التدريبي.
 - ٢- إعطاء فكرة عن التوحد - أسبابه - أعراضه - العلاج.
 - ٣- تناول دور الوالدين تجاه الطفل.
 - ٤- الإجابة عن جميع تساؤلات الوالدين.
 - ٥- عرض للمشاكل التي يواجهونها من هؤلاء الأطفال.
 - ٦- تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة لمتعلقة بالطفل.
- المرحلة الثانية (بواقع جلستين) كل جلسة مدتها (٦٠ دقيقة):

الموضوع:

- ١- تزويد الوالدين بحصيلة مناسبة من الحقائق العلمية، حيث يفتقد الوالدان للمعرفة الصحيحة والكافية لطبيعة المشكلة وأسبابها، وعدم فهمهم لاحتياجات الطفل وسبل إشباعها، وفقدانهم لمهارات التعامل بكفاءة مع المشكلات.
- ٢- تزويد الوالدين بمعلومات وافية عن المشكلات السلوكية للأطفال، والعادات السلوكية الخاطئة، وأسبابها، وكيفية محوها، وتعلم عادات سلوكية جديدة مرغوب فيها.
- ٣- تزويد الوالدين بمعلومات عن العامل النفسي، وتأثيره على الطفل، وعلى كل أفراد الأسرة، وكيفية تهيئة مناخ أسري سليم للطفل.

ولذلك تم تناول:

- أسباب التوحد وطرق التشخيص، السمات المميزة.

- أهم حاجات الطفل وطرق إشباعها.

- خصائص كل طفل وإمكاناته.

- تحديد أهم مشكلاته.

المرحلة الثالثة (بواقع جلستين) كل جلسة مدتها (٦٠ دقيقة)

الموضوع: تحديد استراتيجيات التعامل مع مشكلات الطفل التوحدي.

الأهداف:

- ١- مساعد الوالدين على توفير بيئة مشبعة لاحتياجات ونمو الطفل.
- ٢- تدريب الوالدين على اكتساب مهارات التعامل مع مشكلات الطفل اليومية في المنزل وخارجه.
- ٣- مساعدة الوالدين في التعرف على سبل إشباع احتياجات الطفل النفسية.

ويتم في هذه المرحلة تدريب الوالدين على أسلوب حل المشكلات، مع فتح باب المناقشة لمشكلات الأسرة التي تؤثر على علاقاتها مع طفلها التوحدي. مع توضيح أن كل فرد في الأسرة دوره مع الطفل، مع ضرورة التعاون بين الأب والأم لتنمية قدرات الطفل "أحد متطلبات البرنامج" وذلك بفتح قنوات اتصال بين الوالدين، واستبعاد الخبرات السلبية لديهم، مع مراجعة كيفية ملاحظة سلوك الطفل من خلال تسجيل أفراد الأسرة للمظاهر السلوكية التي تظهر على الطفل.

المرحلة الرابعة (بواقع عدة جلسات):

الموضوع: أهمية دور الأسرة في تدريب الطفل التوحدي.

الأهداف:

- ١- إمداد الوالدين بالمعلومات الخاصة بالبرامج العلاجية، والتدريب المناسب لحالة الطفل.
- ٢- تشجيع الوالدين على دمج الطفل في أنشطة ومناسبات الأسرة.
- ٣- تدريب الوالدين على كيفية تعلم الطفل التوحدي المهارات الأساسية كالرعاية الذاتية والاعتماد على الذات في قضاء حاجات اليومية.

ويتم الاعتماد على أسلوب المناقشة:

١- في شرح البرنامج المستخدم في الدراسة مع شرح مفصل لجميع فقرات وأنشطة البرنامج الذي يهدف إلى فهم الطفل لنفسه - واستقلالية الطفل - واعتماده على ذاته مع زيادة التحكم الطفل في ذاته (في الجزء المتعلق برعاية الذات).

٢- مع تدريب الأسرة لطفلها على مهارات تعبير الطفل من احتياجات رعاية الذات المتعلقة بطعامه وشرابه وكيفية أدائها مثل طلب الطعام أو الشراب أو الإشارة إليه عند الحاجة، بالإضافة إلى التدريب على الشراب من الكوب، واستعمال الملاعقة، واستخدام الفوطة عقب الطعام، مع التأكيد على دور الوالدين مع الاستمرار في الملاحظة وتدوين استجابات الطفل.

٣- وتدريب الأسرة للطفل على التعبير عن حاجاته للنظافة الشخصية وأدائه لها مثل غسل الأيدي، الأسنان، تغيير ملابسه. مع التأكيد على مهارات التقليد عند تدريب الطفل مع استمرار الملاحظة وتدوين سلوكيات الطفل.

٤- مع مناقشة المشكلات المتعلقة بتدريب الطفل على مهارات رعاية الذات، والصعوبات التي واجهتهم أثناء تدريب طفلهم التوحيدي مع الاشتراك معهم في اقتراح كيفية مواجهة تلك الصعوبات، مع ضرورة التركيز على المدعمات الإيجابية للطفل، وفي الجزء الثاني من الجلسة توجيه الطفل إلى ضرورة تدريبيه على كيفية ارتداء الملابس وخلعها، وارتداء وخلع الحذاء والشراب، مع التأكيد على عدم خلع الطفل لملابسه خارج المنزل.

٥- التأكيد على تدريب الطفل في الأوقات المناسبة وفي المواقف الطبيعية مثل تغيير الملابس عند الخروج، خلع الحذاء عند النوم أو العودة، تناول الطعام في أوقاته (مثل الغذاء - العشاء).

٦- تشجيع الطفل على الاندماج مع الآخرين.

٧- توجيه نظر الوالدين إلى أهمية تقبل الطفل.

الجزء الثاني من البرنامج (بواقع جلسة) أسبوعيا مع الأسرة لمناقشة المهارات التي طبقتها كل أسرة مع طفلها التوحيدي وتطبيق المهارات المكتوبة والمسجلة (٦٠ جلسة) والاطلاع على ملاحظات الأسرة والوقوف على مدى تقدم الطفل:

كما تضمنت الجلسات التالي:

- تقييم الطفل بالاشتراك مع الوالدين، وتحديد واجبات منزلية للوالدين.

فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

- اتخاذ القرارات الخاصة بالطفل بالاشتراك مع الوالدين وفي ضوء التقييم.
- مناقشة نتائج التقييم على طول مراحل البرنامج، واتخاذ القرارات.
- تقييم نهائي للطفل، للوالدين، للبرنامج، واتخاذ القرارات.

٦- استمارة الملاحظة والتسجيل اليومي (إعداد: الباحثة)

وصف الأداة:

تشمل الاستمارة بيانات عن الطفل تتعلق الاسم - الجنس - السن - تاريخ التدريب - تحديد المهارة - الخطوة التي يتدرب عليها الطفل - نوع المساعدة المستخدمة أثناء التدريب - نوع التدعيم المستخدم، بالإضافة إلى رصد أي ملاحظات تتعلق بأدائه وسلوكه أثناء التدريب.

مببرات استخدام الأداة:

- ١- رصد أداء الطفل على كل خطوة من خطوات كل مهارة يتم التدريب عليها.
- ٢- تحديد نوع المساعدة المستخدمة ورصد تغيرها أو تدرجها، وهو مؤشر لتحسن الطفل واكتسابه التدريجي للخطوة المطلوبة.
- ٣- تحديد نوع التدعيم المستخدمة، حيث يفضل التنوع في نوع التدعيم وفي كميته، وفي الوقت الذي يعطى فيه حتى لا يعتاد الطفل على نوع معين أو كمية معينة، بالإضافة إلى التقليل التدريجي للتدعيم وبعد أيضاً مؤشراً على مدى اكتساب الطفل للمهارة المطلوبة.
- ٤- تسجيل أي ملاحظات أثناء التدريب بأداء الطفل وسلوكه ومدى استجابته. وأكدت استمارة الملاحظة على تحسن مهارات رعاية الذات لدى عينة الدراسة.

رابعاً: إجراءات الدراسة:

اتبعت الباحثة الإجراءات التالية لإجاز الدراسة:

- ١- اختيار عينة الدراسة من مدرسة عالم سعيد لرعاية الفئات الخاصة بمدينة الشروق.
- ٢- تطبيق مقياس تشخيص التوحدية على الأطفال عينة الدراسة للتأكد من كونهم توحديين، وعدم خطأ التشخيص، وتقدير درجات هؤلاء الأطفال على المقياس.
- ٣- المجانسة بين أفراد العينة بتطبيق الأدوات المناسبة.

- ٤- تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية مع إجراء قياس قبلي لمهارات رعاية الذات من خلال مقياس رعاية الذات.
 - ٥- تم عقد جلسات لأسر الأطفال التوحديين لشرح البرنامج وجلساته وفتياته وطرق تطبيق البرنامج.
 - ٦- تطبيق البرنامج المقترح على أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.
 - ٧- إعادة تطبيق مقياس مهارات رعاية الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية والمقارنة بين درجات الأفراد قبل وبعد تطبيق البرنامج في المجموعة التجريبية، ثم المقارنة بين المجموعة الضابطة والقياس البعدي للمجموعة التجريبية.
 - ٨- إعادة تطبيق مقياس مهارات رعاية الذات على المجموعة التجريبية بعد ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج للوقوف على استمرار فاعلية البرنامج.
 - ٩- معالجة البيانات إحصائياً بالأساليب الملائمة لاستخلاص النتائج وتفسيرها.
- خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

- أ - المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في كل من القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة وذلك على مقياس مهارات المهارات الحياتية للأطفال التوحديين والقياس البعدي والتتبعي (أطفال المجموعة التجريبية).
- ب- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لدلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة لاختبار صحة فروض الدراسة.
- ج- اختبار مان- ويتني Mann-Whitney لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة لاختبار صحة فروض الدراسة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: قد نص الفرض الأول على انه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت

فعالية الإرشاد الأسري في تنمية بعض مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين

الباحثة اختبار مان- ويتني Mann-Whitney، واختبار ويلكوكسون Wilcoxon، وقيمة Z كأساليب لبارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، والتعرف على متوسطات درجاتهم التعرف على اتجاه دلالة الفروق. ويوضح الجدول (١٠) النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن.

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات رعاية الذات في القياس البعدي.

الأبعاد	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان-ويتني U	ويلكوكسو W ن	قيمة Z ودالاتها
رعاية الذات	التجريبية	٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	-	١٥,٠٠	٢,٦١
	الضابطة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	-	-	دالة عند (٠,٠١)

ويتضح من الجدول السابق: أن هناك فروقا دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات رعاية الذات في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، حيث كانت قيمة $Z = ٢,٦١$ ، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وبذلك يتحقق الفرض الأول للدراسة.

نتائج الفرض الثاني: قد نص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان- ويتني Mann-whitney، واختبار ويلكوكسون Wilcoxon، وقيمة Z كأساليب لبارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والتعرف على متوسطات درجاتهم التعرف على اتجاه دلالة الفروق، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات رعاية الذات في القياس البعدي

الأبعاد	مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان-ويتني ويلكوسون W	قيمة Z ودالاتها
رعاية الذات	التجريبية	٥	٨,٠٠	٤٠,٠٠	-	٢,٦٣
	الضابطة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	-	دالة عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول السابق: أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في المهارات الحياتية في القياس البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، حيث كانت قيمة $Z = (٢,٦٣)$ ، وهي دالة عند مستوى (٠,٠١) وبذلك يتحقق الفرض الثاني للدراسة.

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية في مهارات رعاية الذات باستخدام برنامج إرشادي أسري. وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ومتوسطات رتب نفس المجموعة في القياس التتبعي على مقياس مهارات رعاية الذات، وحساب قيمة Z للتعرف على دلالة الفروق، ويوضح الجدول التالي النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الشأن.

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي (بعد ٣ أشهر) في مقياس مهارات رعاية الذات

الأبعاد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z ودالاتها
رعاية الذات	بعدي / تتبعي (بعد ٣ أشهر)	-	صفر	١,٠٠	٠	١,٧٥ غير دالة
		+	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	
		=	صفر	٠	٠	

يتضح من الجدول السابق: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب المجموعة التجريبية في المهارات الحياتية في القياسين البعدي/ التتبعي (بعد ٣ أشهر)، حيث كانت قيمة Z (١,٧٥) وهي غير دالة وبذلك يتحقق الفرض السادس للدراسة.

مناقشة النتائج:

مناقشة نتائج الفرض الأول: أشارت نتائج الفرض الأول إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠١) بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات رعاية الذات في القياس البعدي، فيتضح من الجدول (١١) تحسن في مهارات رعاية الذات لدى أطفال المجموعة التجريبية، وذلك بعد تطبيق البرنامج، حيث إنه وسيلة فعالة وناجحة في تنمية مهارات رعاية الذات، حيث أصبح الأطفال التوحديون (أطفال المجموعة التجريبية) يعتمدون على أنفسهم في قضاء حاجاتهم من مأكّل ومشرب وملبس... وغيرها، وبذلك حدث اختلاف بين المجموعة التجريبية والضابطة عن طريق جلسات البرنامج مما أدى إلى زيادة مهارات رعاية الذات لديهم.

- وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع سميث و بيلشير Smith&Belcher (١٩٩٧) والتي ركزت على تنمية مهارات رعاية الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام الأسرة، وأظهرت نتائج الدراسة اكتساب أطفال العينة التجريبية لمهارات رعاية الذات.

- وترى الباحثتان أن اكتساب أفراد المجموعة التجريبية يرجع إلى أن مهارات رعاية الذات تم تنميتها بشكل يومي، كما أنها مهام حياتية يومية يمارسها الطفل التوحدي في بيئته، وقد روعي أثناء تدريبه عليها خصائصه وسماته، بالإضافة إلى استعمال التدريب الفردي مع آباء الأطفال التوحديين مما ساعدهم على التركيز على أطفالهم التوحديين.

مناقشة نتائج الفرض الثاني:

أشارت نتائج الفرض الثاني إلى:-

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠١) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مهارات رعاية الذات في القياس البعدي، حيث يتضح من جدول (١١) استمرار التحسن في مهارات رعاية الذات لدى أطفال المجموعة التجريبية التوحديين، ويتضح ذلك أيضا من استمرار ظهور الاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة، والتي لم يظهر لديها أي تحسن في مهارات رعاية الذات.

- وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة كروكيت وآخرين **Crockett, et al.,** (٢٠٠٧) والتي أكدت على ظهور تحسن في مهارات رعاية الذات لدى طفل توحدي نتيجة استخدام برنامج تحليل السلوك التطبيقي والذي اعتمد على الأسرة في تنفيذ البرنامج.

- ومهارات رعاية الذات التي تم تدريب الأطفال عليها تعد مهارات يمكن اكتسابها عن طريق التدريب والممارسة، وهو الأمر الذي ينمي لدى هؤلاء الأطفال الأداء الوظيفي مما يجعلهم يقومون بالمهارات المتضمنة من تلقاء أنفسهم دون مساعدة.

- وترى الباحثتان أن من العوامل التي أدت إلى نجاح البرنامج وجود مجموعة من الأساليب التي لها تأثير إيجابي في سلوك الطفل التوحدي ومنها:

أ- استخدام الأنشطة المتنوعة:

حيث استخدمت الباحثتان مجموعة من الوسائل، والأساليب المساعدة، والأنشطة لنجاح البرنامج، فتم استخدام أنشطة فنية، وموسيقية، وصور، ومجسمات، وألوان، وألعاب، وشرائط فيديو، وشرائط مسموعة.

ب- استخدام الفنيات:

ومنها فنية التعزيز والتي تم استخدامها بصورة مستمرة أثناء جلسات البرنامج، وذلك حتى يكافئ الطفل على أداء المهارات المطلوبة. كما استخدمت الباحثة فنيات التشكيل والتسلسل، حيث تم تبسيط المهارات إلى خطوات إجرائية بسيطة يسهل تقليدها، كما أنها مناسبة لهؤلاء الأطفال، بالإضافة إلى الاعتماد على التكرار، ومتابعة التدريب بنفس الخطوات، ونفس النظام، ونفس الترتيب، مما ساعد على الاحتفاظ بالروتين الذي يتميز به الطفل التوحدي، وساعد الطفل التوحدي على الفهم والاستيعاب من البرنامج وكما اتضح من النتائج. بالإضافة إلى طبيعة البرنامج، والذي تم الاعتماد في تصميمه على استراتيجيات الصوت والصورة، حيث تم استخدام أساليب مرئية توضح خطوات تنفيذ المهارة مع التعليمات اللفظية التي تعمدت الباحثة أن تكون بسيطة وقصيرة وواضحة ومحددة، والتي ساعدت على اكتساب المهارات المستهدفة. ويرجع تحقق الفرضين السابقين إلى التنفيذ الفعلي للمهارات في المواقف الطبيعية، وليس مجرد الاكتفاء بالتعليمات اللفظية داخل الجلسات. فالتدريب في مكان وزمان حدوث السلوك (المواقف الطبيعية) يمكن الطفل من تعميم ما تعلمه في البيئة الطبيعية

كما أن ذلك يسهل على الأسرة داخل المنزل تنفيذ البرنامج في المواقف الطبيعية العادية أثناء تناول الوجبات، أثناء ارتداء وخلع الملابس، والأحذية عند النوم أو الاستيقاظ أو الخروج أو العودة، أو أثناء قضاء الحاجة، وغيرها من المهارات، ومما

يسهل من تدريب الطفل التوحدي أن يحتوي البرنامج على عناصر واضحة تساعد الطفل التوحدي على استيعاب خطوات المهارة المستهدفة، وبالتالي تسهل عليه عملية تدريب الطفل على خطوات تلك المهارة، مما قد يساعد على اكتسابها.

مناقشة نتائج الفرض الثالث:

- أوضحت النتائج، ومن خلال الجدول السابق أنه في القياس التتبعي، والذي تم بعد انتهاء البرنامج بثلاثة أشهر عدم وجود دلالة للفروق بين القياسيين البعدي والتتبعي. وقد يرجع ذلك إلى ما تم خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج، حيث تم إعادة تدريب الأطفال على المهارات بعد أن تم الانتهاء من التدريب عليها، بالإضافة إلى عقد جلسات خاصة مع الأسرة للتأكيد على ضرورة تدريب أطفالهم باستمرار، حيث تحتاج مهارات رعاية الذات إلى المتابعة المستمرة والتكاتف بين الأسرة والمدرسة.
- وتدل هذه النتيجة على أن البرنامج قد أثر في أداء الأطفال، وذلك نتيجة لتأثير البرنامج المباشر على إكسابهم مهارات رعاية الذات وأيضاً تحسن معاملة الوالدين للطفل وإرشادهم إلى طرق التعامل الصحيحة مع الطفل، مما انعكس أثر ذلك على الطفل نفسه وفي تحسن أدائه لبعض المهارات الحياتية.
- وقد يرجع ذلك إلى بقاء أثر فعالية البرنامج المستخدم، وتأثيره بصورة إيجابية في تحسين وتنمية المهارات الحياتية، حيث راعى البرنامج خصائص نمو الأطفال التوحديين واحتياجاتهم، وكذلك أثناء تنفيذه.
- إلا أن العامل الرئيسي لنجاح البرنامج هو تنفيذ الوالدين للبرنامج، حيث إنهم يمثلون المجال الحيوي الأول للتواصل من خلال التفاعل والتعامل اليومي لإكسابه المهارات المختلفة بممارسة أنشطة البرامج. كما يرجع تفسير الباحثين لعدم وجود فروق بين القياسيين البعدي والتتبعي إلى استفادة الأطفال من البرنامج، والمراحل التي يتكون منها، وخاصة اعتماده على ما يرغب الطفل، وليس ما يفرض عليه مما أدى إلى بقاء أثر البرنامج، وهذا ما ظهر لدى الطفل حيث وجد أن الأطفال ما زالوا يحتفظون بأداء المهارات التي تم تدريبهم عليها.
- كل ذلك ساهم في عدم انتكاسة الأطفال التوحديين بعد انتهاء البرنامج، وامتد أثر ذلك إلى ما بعد انتهاء البرنامج إلى ثبات ما تم تعلمه، وعمل على استمرار تقدمهم مع مرور الوقت.

التوصيات والتطبيقات التربوية:

- ١- الاعتماد على برنامج الإرشاد الأسري كبرنامج فعال في علاج الأطفال التوحديين وتنمية مهاراتهم الحياتية.
- ٢- نشر الوعي عن أهمية برنامج الإرشاد الأسري ليعمم استخدامه.
- ٣- نشر الوعي بين الآباء والمعلمين فيما يختص بمشكلة التوحد من حيث طبيعته - أعراضه - أسبابه - طرق التدخل العلاجي.
- ٤- التأكيد على العمل على فكرة العمل الجماعي أثناء التشخيص والتدخل مع المصابين بالتوحد.
- ٥- الاهتمام بعقد ندوات ودورات إرشادية لأولياء الأمور لإرشادهم عن كيفية التدخل لمساعدة أطفالهم المصابين بالتوحد.
- ٦- التنسيق بين الوزارات والجهات المختلفة المعنية برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، وخاصة المصابين بالتوحد.
- ٧- تشجيع الباحثين كفريق عمل عند التعامل مع الطفل التوحد كمدخل مكثف ومتكامل، مع مراعاة ضرورة مشاركة الوالدين في تنفيذ تلك البرامج.
- ٨- الاهتمام بالتجهيزات الخاصة بالأماكن المناسبة لهؤلاء الأطفال من حيث المبنى والأدوات والوسائل والبرنامج.
- ٩- إتاحة الفرصة للمدارس والروضات لقبول هؤلاء الأطفال، وذلك لدمجهم مع الأطفال العاديين لتقبلهم ومحاولة التعامل معهم واشتراكهم في الأنشطة الاجتماعية.
- ١٠- ضرورة تصميم برامج تدريبية لإكساب الأطفال التوحديين مهارات رعاية الذات لتنمية قدراتهم مما يؤهلهم بأن يعيشوا بطريقة طبيعية.
- ١١- ضرورة تهيئة الجو الأسري المناسب لرعاية هؤلاء الأطفال.
- ١٢- ضرورة عقد لقاءات دورية بين المنزل والمركز في سبيل تحقيق التكامل بينهما ويتم من خلالها وضع الخطط المناسبة لتنمية المهارات والسلوكيات الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال.
- ١٣- إنشاء شعبة خاصة بقسم التربية الخاصة في كليات التربية لإعداد معلم متخصص في التوحد لتوفير الكوادر الأكاديمية القادرة على العمل في هذا الميدان.

- ١٤- الاهتمام بتدريب العاملين في مجال التوحد على كيفية التعامل مع الوالدين وأسس إرشادهم أسرياً.
 - ١٥- العمل على التوسع في إنشاء مراكز متخصصة لرعاية التوحديين.
 - ١٦- الاهتمام باستمارات المتابعة الخاصة بمهارات الأطفال لمعرفة مدى تقدمهم أو تسرهم بصفة دائمة سواء من جانب الأسرة أو المدرسة.
 - ١٧- ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال التوحديين لمواجهة متطلبات الحياة اليومية ومساعدتهم على الاعتماد على أنفسهم.
 - ١٨- تنظيم ندوات ودورات لأولياء الأمور بهدف تثقيفهم وتزويدهم بالاتجاهات الإيجابية في تنشئة ورعاية أبنائهم عن طريق محاضرات من المتخصصين.
 - ١٩- العمل على إنشاء فصول خاصة بالتوحديين، والتخطيط المنظم للبرامج والمناهج والاستراتيجيات التعليمية والتربوية، وتصميم الأنشطة المصاحبة على أسس علمية موضوعية تراعي طبيعة هؤلاء الأطفال، وسمات شخصياتهم على أن يتم ربط المواقف المراد تعليمها لهم بحاجاتهم متى تتاح لهم فرص النمو النفسي السليم.
 - ٢٠- ضرورة تكثيف العلاج المقدم داخل المدرسة والمنزل.
 - ٢١- الاهتمام بإصدار نشرة دورية متخصصة عن التوحد.
 - ٢٢- التأكيد على تعميم ما تم اكتسابه من مهارات، بحيث يتمكن الطفل من تطبيقها في أكثر من مكان وزمان.
 - ٢٣- إتاحة الفرصة الكاملة للأطفال التوحديين لممارسة الأنشطة الفنية الموسيقية.
- البحوث والدراسات المقترحة**
- ١- فعالية برنامج الإرشاد الأسري تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين.
 - ٢- فعالية العلاج بالموسيقى في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين.
 - ٣- دراسة طولية تتبعية للحالات التي تتم تطبيق البرنامج عليها ومعرفة أثرها على مهارات رعاية الذات.
 - ٤- فعالية برنامج استخدام الكمبيوتر لتنمية مهارات رعاية الذات لدى التوحديين.

- ٥- دراسة دور الأسرة في تدريب الطفل التوحيدي وتنمية مهارات رعاية الذات.
- ٦- دراسة تقويمية لتقويم مستوى التلاميذ بمختلف المراحل التعليمية، وبصفة خاصة ذوي الاحتياجات الخاصة وعلى وجه التحديد (التوحيديين) لمهارات رعاية الذات.
- ٧- تصميم برنامج إكساب مهارات حياتية في مرحلة المراهقة.
- ٨- دراسة مدى فعالية الإرشاد الأسري في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحيديين.
- ٩- دراسة أثر تدريب آباء الأطفال التوحيديين في خفض أعراض التوحد لدى أطفالهم.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

- ١- إلهامي عبد العزيز، إمام، محمود عبد الرحمن حمودة، إيمان محمد صبري (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، بدون دار نشر.
- ٢- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨): التوجيه والإرشاد النفسي، ط٣، القاهرة، عالم الكتب.
- ٣- رشاد علي عبد العزيز (٢٠٠٤): علم نفس الإعاقة، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
- ٤- سايمون كوهين، باتريك بولتون (ترجمة) عبد الله إبراهيم الحمدان (٢٠٠٤): حقائق عن التوحد، الرياض، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة.
- ٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢): جدول النشاط المصور للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة، دار الرشاد.
- ٦- عبد العزيز الروسان، أيمن خشان، وائل أبو جودة (٢٠٠٣): استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دبي دار القلم.
- ٧- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢ - أ): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي للأطفال التوحد (٤)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، السنة ١٩، ص ص ١٨-٢.
- ٨- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢ - ب): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والأمومة.
- ٩- علاء الدين كفاقي (١٩٩٩): الإرشاد الأسري "المنظور النسقي الاتصالي"، القاهرة، دار الفكر العربي.
- ١٠- علي عبد النبي حنفي (٢٠٠٧): العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دليل المعلمين والوالدين، الرياض، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ١١- علي عبد النبي محمد (٢٠٠٠): مدي فاعلية العلاج الأسري في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، فرع بنها.
- ١٢- عمر بن الخطاب خليل (٢٠٠١): الأساليب الفعالة في علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، العدد التاسع.

- ١٣ - فاروق الروسان(٢٠٠٠): تعديل بناء السلوك الإنساني، عمان، دار الفكر العربي.
- ١٤ - فرج طه وآخرين (٢٠٠٥): معجم علم النفس والتحليل النفسي، بيروت، دار النهضة العربية.
- ١٥ - كمال عبد الحميد زيتون (٢٠٠٣): التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، عالم الكتب.
- ١٦ - محمد السيد عبد الرحمن، منى خليفة علي (٢٠٠٤): مقياس جيليام لتشخيص التوحدية، كراسة التعليمات والأسئلة، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع.
- ١٧ - وفاء علي الشامي (٢٠٠٤): خفايا التوحد، أشكاله، أسبابه، تشخيصه، جدة: مركز جدة للتوحد.

ثانيا: المراجع الأجنبية

1. Allen,E .&Schwartz,I. (2001) :The exceptional child, Delmar ,Thomson Learning.
2. American psychiatric Associatin. (1994):Diagnostic and statistical manual of mental disorders,4th edition ,Washington, DC :American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manul of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-17-TR), Washington, ,DC ,American psychiatric press.
4. Angley, M., Youngr, R.,Ellis ,D. &Eggleston, M.(2007): Children and autism. Aust Fam Physic,36(9),741-744.
5. Aschwood,P., Wills, S. & Vande Water, J. (2006):The immune response in autism: A new frontier for autism research, J Leukoc Biol,80(1),1-15.
6. Austin , J. & Carr , J. (2001): Handbook of applied behavior analysis. Reno , NV,US: Context press.
7. Barker,P.(2007): Basic Family therapy. Wiley-Blackwell.
8. Barlow, D.H.& Durand, V.M.(2001): Abnormal psychology, antiective approach. New Media Addition with DSM-IV.Tables.
9. Baron-Cohen, S.(2009): Autism: the emphizing-systemizing theory. Ann Ny Acad Sci.1156-80.

10. Bennetto, L.& Rogers, S. (1996):Autism Spectrum disorders. In Jacobson, J., (Eds) Psychiatric Secrets, New York, Hanly, Belfast,Inc.
11. Betancur,C., Sakurai,T.& Buxbaum,J.D.(2009): The emerging role of synaptic cell-adhesion pathways in the pathogenesis of autism. *Trend Neurosci*,32(9),402-212.
12. Bondy,A.S.(2001): PECS.The Behavior Analyst Today,2,127-132.
13. Boutot,E.A.,Guenther,T.& Crozier,S.(2005):Let's play:Teaching Play Skills to young children with autism. *Education and training in Developmental Disabilities*,40(3),285-292
14. Bowen,M.(1976): Theory in practice of psycho therapy. New York: Gardner Press.
15. Bowen,M.(1978): Family therapy in clinical practice.New york:Jason Aronson.
16. Bowen, M. (1996):The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*,7,345.
17. Briskman, J.,Happe,F & Firth,V.(2001):Exploring the cognitive phenotyp of autism:Wek"central coherence"*Journal of Child Psychology and psychiatry* ,42(3),309-316.
18. Broyd,S.J.,Demanuele,C.,Debener,S.,Helps,S.K,James,C.J. & Sonuga-Barke, E. J.(2009):Default-mode brain dysfunction in mental disorders:asystematic review.*Neurosci Biobehav*,33(3),279-296.
19. Bryson,S.E.(2007):Aprospective Cace Series of high-riskinfants who developed autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
20. Bucan,M.,Abrahams,B.S.,Wang,K.,Glessner,J.T.,Herman. E.I.,Sonnenblick , L & Alvarez, R.A.,& et al.(2009):Genome-Wide analysis of exonic copy number variants in afamily-based study point to novel autism susceptibility genes. Epub.
21. Burgess,A.F.& Gutstein,S.E.(2007): Quality of life life for people with with autism.*Child Adolesc Ment Health*,12(2),80-86.
22. Chatwin,I.& Harley,V.(2007):Implementing TEACCH in support of a 24-hour curriculum. Clent: Sunfield Publications,171-180.

23. Chiu,P.H., Kayali, M.A.& Kishida, K.T.& et al.(2008):Self responses along cingulate cortex reveal quantitive neural phenotype for high-functioning autism.Neuron,57(3),463-473.
24. Christison, G.W.& Ivany, K.(2006):Elimination diets in autism.J Dev Behav Pediatr,27(2),162-171.
25. Cohen,D., Pichard,M., Tordjman,S& et al.(2005):Specific genetic disorders and autism. Clinical Contribution towards their identification.J Autism Dev Disord,37(1),103-1061.
26. Comer,R.J.(1999):Abnormal Psychology. New york: Freeman Company.
27. Cook, E.H.& Scherer, S.W.(2008):Copy-number variation associated with neuropsychiatric conditions. Nature, 455(7215),919-923.
28. Cook,E.r.,Tessier,A. & Klein, D.(1992):early childhood curricula for children with special needs. Macmillan Publishing Company,New york.
29. Corey,G.(1996):Theory and practice of counseling and psychotherapy .An International Thomson Publishing Company, Washington.
30. Crockett, J. L., Fleming, R. K., Doepke, K, J.& Stevens, J. (2007): Parent training: Acquisition and generalization of discrete trials teaching skills with parents of children with autism. Research in Developmental Disabilities , V26 (1) , PP 23-36.
31. Caykyatar,A& Ollard, E (2009). Effectiveness of Parent and Therapist Collaboration Program (PTCP) for Teaching Self-Care and Domestic Skills to Individuals with Autism, Education and Training in Developmental Disabilities, v44 n3 p381- 395.
32. David,N.G.,(2009):You Tube Sensation Miranda Seduces Broadway. Los Angeles Times. Adolescent Sibling of individuals with an autism: Testing adiathesis-stress model of sibling well-being. Journal of Autism and Developmental Disorder, V39(7),1053-1065.
33. Dodd ,S.(2005): Understanding autism. London, New york,Sydney: Slsevier.
34. Eikeseth,S.(2009): Outcome of comprehensive psycho-educational intervention for young children with autism. Res Dev Disabil,30(1),158-170.

35. Elder, J.H., & Alessandro, T. (2009): Supporting Families of children with autism. *Pediatric Nursing*, V35(4), 240-253
36. Ellis, C.R., Lutz, R.E., Schaefer, B. & Woods, K.E., (2007): Physician Collaboration involving students with autism. *psychology in the schools*, V44(7), 737-747.
37. Emery, R. & Oltmanns, T. (2000): *Essentials of abnormal psychology*. New Jersey, Prentice Hall, Inc.
38. Etkins, S., Lenker, D. & Millis, E. (2005): *Professional guide to diseases*. Philadelphia: Lippincott Williams, Winkins.
39. Firth, U. (2005): *Autism: Explaining the enigma*. Oxford, Blackwell.
40. Fitzpatrick, M. (2004): *MMR and autism, What parents needs to know?* London, Routledge.
41. Flostein, S.E. & Rosen-Sheidley, B. (2001): Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet*, 2(12), 943-955.
42. Freitag, C.M., (2007): The genetics of autism disorders and its clinical Relevance: A review of the literature. *Mol Psychiatry*, 12(1), 2-22.
43. Gardener, H., Spiegelman, D. & Buka, S.L. (2009): Prenatal risk factors for autism: Comprehensive meta-analysis. *Br J Disabil Res Rev*, 8(3), 151-161.
44. Gerber, J.S. & Offit, P.A. (2009): Vaccines and autism: a tale of shifting hypotheses. *Clin Infect Dis*, 48(4), 456-461
45. Geschwind, D.H. (2009): Advances in autism. *Annu Rev Med*, 60, 367-380.
46. Gewin, V. (2009): Brain structure boost connectivity theory of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
47. Gillberg, C. & Coleman, M. (2000): *The biology of autistic syndromes*. Cambridge: Cambridge University Press.
48. Glessner, J.T., Wang, K., Cai, G., Korvatska, O., Kim, C.E., Wood, S., Zhang, H., Ests, A., Brune, C.W. & et al., (2009): Autism genome-wide copy number variation reveals ubiquitin and neuronal genes. *Nature*, 42g, 569-573.
49. Goldensen, R. (1984): *Longman dictionary of psychology and psychiatry*. London, A Walter Glanze Book.
50. Grindle, C.F., Kovshoff, R.P., Hastings, R.P. & Remington, B., (2009): Experiences of home-based Applied behavior analysis programs for young children autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 39, 42-56.

51. Gross,L.(2009):Abroken trust:lessons from the vaccine-autism wars.Plos Biol,7 Hallahan, D.P.& James, M.K.(1996):Exceptional learners, Allyn and Bacon, Boston. (5).
52. Haley,J.(1947):The eastern question. New York.: Guilford.
53. Hamilton ,A.F.(2009):Research review: Goals ,intentions and mental states: Chllenges for theories of autism.J child psychol psychiatry,50(8),881-892.
54. Happe ,F. & Ronald ,A.(2008):The Fractionable autism triad. Neuropsychol Rev,18(4),287-304.
55. Happe ,F., Ronald,A. & Plomin.(2006):Time to give up on asingle explanation for autism. Nat Neurosic,10,1218-1220.
56. Happe, F. & Firth ,U.(2006):The Weak Coherence account: Detail-Focused cognitive style in autism. J Autism Dev Disord ,36(1),5-23.
57. Hill, E.L.(2004):Executive dysfunction in autism. Trends Cogn Sci,8(1),26-32
58. Hogan,K.(1997):Nonverbal thinking,communication,imitation,and play skills from a developmental perspective.North Carolina Univ,Chapel Hill.
59. Holman,K.C.(2004):Sociocommunicative and play skills in young children with autism.Dissertation Abstracts International,64(11),4009.
60. Howlin ,P. ,Magiati,I. & Charman T.(2009-A): Outcome of comprehensive psycho- educational intervention for young children with autism. Res Dev Disabil , 30(1),158-170.
61. Howlin,P.,Magiati,I.& Charman,T.(2009-B):Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism.A m Jintellec Dev Disabil,114(1),23-41.
62. Hughes,J.R.(2008):Areview of recent reports on autism.Épilepsy Behav,13(3),425-437.
63. Hume,K.& Odom,S.(2007):Effects of an individual work system on the independent Functioning of students with autism. Journal of Autism ,Developmental Disorders,37,1166-1180.
64. Ingersoll, B. & Schreibman, L. (2006): behavioral intervention to promote learning in individuals with autism.John Wiely Sons,11,882-896.

65. Jeste,S.S.& Nelson,C.A.(2009):Event related potentials in the understanding of autism: An analytical review.Jautism Dev Disord,39(3),495-510.
66. Jones,E.A.&Carr,E.G.(2004):Joint attention in children with autism:theory and intervention.Focus on Autism and other Developmental Disabilities,19(1),13-26.
67. Jung, S. (2003): Using high – probability request sequences to increase social interaction in young children with autism. Dissertation Abstracts International, V65(2), P 406.
68. Keim,J.& Lappin,J.(2002):Structural-Strategic marital Therapy.New york:Guilford.
69. Kenworthy,L.,yerys, B.E.,Anthony,L. G.& Wallace, G.L. (2008): Understanding executive control in autism. Neuropsychol Rev,18(4),320-338
70. Kinney,D.K., Munir, K.M., Crowley, D.J.& Miller, A.M.(2008): Prenatal stress and risk for autism. Neurosci Biobehav Rev,32(8),1519-1532.
71. Kubina,R.M.,(2009):Developing behavioral Fluency For children with autism. Interven school clinic,44(3),131-138.
72. Lacoboni,M.& Dapretto,M.(2006): The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction.Nat.Rev Neurosci,7(12),942-951.
73. Landa,R.,(2007):Early communication development and intervention for children with autism. Developmental Disabilities Research Reviews,V13(1),16-25.
74. Lebow ,J.(2005): Handbook of Cinical Family therapy. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
75. Lerer,L.,Levi,S., Salomon, S., Darvasi, A., Yirmiya, N.& Ebstein, P.R. (2008): Association between the oxytocin receptor (OXTR)gene and autism. Molecular Psy Chiatry,13,980-988.
76. Leskovec,T.J., Rowles, B.M.& Findling, R.L. (2008): Pharmacological treatment options for autism in children and adolescents.Harv Rev Psychiatry.16(2),97-112.
77. Lockshin, S., Gillis, T. M.& Romanaczyk, R. G. (2005): Helping your child with autism: A step – by – step workbook for families. Oakland , CA,US: New Hrbinger Publications , IV, PP 227 .
78. Lovaas,O.I.,(2003):Teching individuals with developmental delays: Basic Intervention Technique. Austin, TX: Pro-Ed.

79. Manzi, B., Loizzo, A.L., Giana,G.& Guratolo, P. (2008): Autism and metabolic diseases. *J Child Neurol*,23(3),307-314.
80. Marcus,L.& Schopler,E.(2007):Educational approaches for autism TEACCH. Clinical manual for the treatment of autism.Washington.American Psychiatric Publishing,211-233.
81. Mash,E.J.& Wolfe. D.A. (1999): Abnormal child psychology. Brooks Cole. Wadsworth, An, International Thomson Publishing Company.
82. Massey, G.M.(2008):Generalizing Prosocial Skills on the playground for children with autism. Dissertation Abstracts International,68(7),2811.
83. Maurice, C., Green, G.& Foxx, R. M. (2001): Making a difference: Behavioral intervention for autism. Austin, TX , VS: Pro-ED,NC, P 221
84. Mc Goldrick, M., Giordano, J.& Garcia-Preto,N.(2005): Ethnicity, Family therapy. Guilford press.
85. MC lannahan, L. E. (1999): Activity schedules for children with autism teaching independent behavior , Amazon. com. A glance Activities, <http://www.Amazon.com>.
86. Mehler,A.& et al.(2009): Autism,Fever,epigenetics and locus coeruleus. *Brain Research Review*.59(2).
87. Mesibov,G.B.,SHEA,V.& Schopler,E.(2004):The TEACCH approach to autism. Springer.
88. Minnes,P.& Steiner,K.,(2009):Paren views on enhancing the quality of health care for their children with Fragile Xsyndrome,Autism or Down syndrome. *Child care Health and Development*,V35(2),250-250.
89. Minshew,N.J.& Williams,D.L.(2007):The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Arch Neurol*,64(7),945-950.
90. Minuchin,S.& Fishman, H.C.(2004):Family therapy techniques. Harvard University Press.
91. Mirenda,P.(2001):Autism, augmentative communication, and assistive technology. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*,16(3),141-151.
92. Moes,D.& William,F.(2002):Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,32(6),519-533.

93. Morton, J. (2009): Understanding Developmental disorder. Acausal Modelling Approach, Black well Publishing.
94. Mottron, L., Dawson, M., Soulières, I., Hubert, B. & Burack, J. (2006): Enhanced perceptual functioning in autism: An update and eight principles of autistic. An update and eight principles of autistic.
95. Muller, R. A. (2007): The study of autism as a distributed disorder. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 13(1), 85-95.
96. Myers, S. M., Johnson, C. P., American Academy of Pediatrics, Council on children with Disabilities, (2007): Identification and evaluation of children with autism. Pediatrics, 120, 1162-1215
97. National Autistic Society (2005): A diagnosis of autistic spectrum disorder. [Http://www.autism.org.uk/nas/Js/polopoly.ISP?D=297,a=3348,view=pnnt](http://www.autism.org.uk/nas/Js/polopoly.ISP?D=297,a=3348,view=pnnt)
98. National Institute of Mental Health (NIMH) (2009): Comparing parent-implemented intervention for toddlers with autism. Clinical Trials.gov.
99. Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., et al. (2007): The epidemiology of autism spectrum disorders. Annu Rev Public Health, 28, 235-258.
100. Nichols, M. & Schwartz, R. (2006): Family Therapy. New York: Drentice Hall.
101. Noland, J. S., Wendy, L. S., Reznick, J. S., Walden, T., (2009): Better working memory for non-social targets in infants siblings of children with autism. Developmental Science, Blackwell Publishing.
102. O'Hearn, K., Asato, M., Ordaz, S. & Lun, B. (2008): Neurodevelopment and executive function in autism. Dev Psychopathol, 20(4), 1103-1132.
103. Orsmond, I. & Seltzer, M. M., (2009): Adolescent sibling of individuals with an autism: Testing a diathesis-stress model of sibling well-being. Journal of Autism and Developmental Disorder, V39(7), 1053-1065.
104. Ospina, M. B. & et al. (2008): Behavioural and developmental interventions for autism: A clinical systematic review. Plos one, 3(11), 3755
105. Pagnamenta, A. T., Wing, K., Akshay, E. S., Knight, J. K., Bolte, S., Schmotzer, G., Duketis, E., Poustka, F., Klauck, M. S., Poustka, A., Ragoussis, J., Bailey, J. A. & Monaco, D.

- A.(2009):A15913.3 microdeletion segregating with autism. *European Journal of Human Genetics*,17,287-296.
106. Panerai,S.,Ferrante,L.& Zingale,M.(2002):Benefits of the treatment and education of autistic and communication handicapped children (TEACCH) programme.*Journal of Intellectual Disability Research*,46(4),318-327.
107. Paul,R.(2009): Parents ask: am I risking autism if I vaccinate my children. *J Autism Dev Disord*,39(6),962-963.
108. Paul,R.(2003):Promoting social communication in high functioning individuals with autism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*,12(1),87-106.
109. Penn,H.E., (2006):Neurobiological correlates of autism. *Child Neuropsychol* , 12(1),57-79.
110. Persico, A. M.& Bourgeron, T.(2006):Searching for ways out of the autism maze. *Trend Neurosci*,29(7), 349-358.
111. Pettey, J.& Oliver, C. (2005): Self – injurious behavior in individual with intellectual disabilities. *Current Opinion In Psychiatry*, V18(5), PP 484-489.
112. Posey,D.J.,Stigler,K. A., Erickson,C.A.& McDougle, C.L. (2008): Antipsychotics in treatment in the treatment of autism. *J Clin Invest*,118(1),6-14.
113. Powell,K. (2004):Opening a window to autistic brain,*Plos Biol*,2(8),267-290.
114. Procter,H.(2001):Autism and Family therapy. David Fulton Publishers, London.
115. Rajendran,G., Mitchell,D.C., Murray, M.J. (2008): Cognitive theories of autism. *Dev Rev*,27(2),324-260.
116. Rao,P.A.,Beidel,D.C.& Murray,M.J.(2008):Social skills interventions for children with autism. *J Autism Dev Disord*,38(2),353-361.
117. Rapin,I.& Tuchman, R.F. (2008): Autism: definition ,neurobiology, Screening , diagnosis. *Pediatr Clin North Am*,55(5),1129-1146.
118. Ray,W.A. (2007):Jay Haley-ameorial. *Journal of Marital and Family Therapy*,33(3),291-292.

119. Rimland, B.(2004): Vitamine B6 and magnesium in treatment of children with autism and developmental delay. *J. Dev Behav Pediatr*,28(4),308-311.
120. Rogers,J.& Vismara,L. A. (2008):Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *J Clin Child Adolosc Psychol*,37(1),8-38.
121. Rogers, S.J. (2009):What are infant siblings teaching us about autism in infancy. *Autism Research*,V2(3),125-137.
122. Russo,N., Nicol, T., Trommer, B.,Zecker, S.& Kraus, N.,(2009):Brainstem transcription of Speech is disrupted in children with autism. *Developmental Science*,12(4),557-567.
123. Rutter, M. (2005):Incidence of autism. *Act Paediatr*,94(1),1-15.
124. Satir,V.(1983):Conjoint family therapy. Palo Alto,CA: Science and Behavior Books.
125. Satir, V. (1987). The therapist Story, in M. Baldwin & V. Satir (Editors), *The Use of Self in Therapy*, NY: Haworth Press, pp. 17-25
126. Satir,V. (1988):The new people making. Palo Alto,CA: Science and Behavior Books.
127. Satir, V. (2001): Self esteem. Berkeley, Calif :Celestial Arts.
128. Satir,V.,Gomori,M.,Banmen,J.& Gerber,J.S.(1991):The Satir model,Palo Alto,CA:Science and Behavior Books.
129. Satir,V., Stachowiak, J.& Taschman, H.A.(1994): *Helping Families to change*. Northvale,N.J:Jason Aronson.
130. Scott,J.,Clark,C.,Brudy,M.(2000):Students with autism. Characteristics and instructional Programming For special educators. California,San Diego ,Singular Publishing Group.
131. Scott,M.,Myers,M.D.,Johnson,M.D. & Council on children with Disabilities.(2007):Management of Children with autism.*Pediatrics*,10.
132. Sholevar,G.P.(2003):Family theory and therapy. Washington ,DC: American Psychiatric Publishing.
133. Siaperas,P.& Beadle-Brown,J.(2006): Acase study of astructured teaching approach in adults with autism in aresidential home in Greece.*Autism*,10(4),330-343.

134. Sigman, M., Spence, S.J. & Wang, A.T. (2006): Autism From developmental and neuropsychological perspectives. *Autism Revclin Psychol*, 2, 327-355.
135. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. & Baird, G., (2008): Psychiatric disorders in children with autism: Prevalence, Comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad child Adolespsychiatry*, 47(8), 921-929.
136. Smith, M. D. & Belcher, R. (1997): Teaching life skills to adult disabled by autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, V 15 (2), PP 163-175.
137. Snider, A.J. (2002): Abio psy chicsocial treatment model for older autistic children and their families. *Dissertation Ibstracts International*, 63(9), 4388.
138. Spelke, E.S. (2005): Sex differences in intrinsic aptitude for mathematics and science? *Am Psychol*, 60(9), 950-958.
139. Stahmer, A. C., Collings, N.M. & Palinkas, L.A. (2005): Early intervention practices for children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl*, 20(2), 66-79.
140. Stephen, M. (2003): Theory of mind. [http. //www. autism. org/mind. html](http://www.autism.org/mind.html).
141. Steyaert, J.G. & Dela Marche, W. (2008): Wht's new in autism? *Ear J pediater*, 167 (10), 1091-1101.
142. Steyaert, J.G. & Wouter, M., (2008): What, S new in autism, *European Journal of pediatrics*, V167(10), 1091-1076.
143. Sue, D., Sue, D.W. & Sue, S. (2005): *Essentials of understanding abnormal*. New York. Boston. Houghton Mifflin Company.
144. Taylor, G. (1990): *Adolescence and early adult*. Bocaaton, Fl: Chapman and Hall.
145. Tien, K. (2008): Effectiveness of the picture exchange communication system as a functional communication intervention for individuals with autism. *Education, Training in Developmental Disabilities*, 43(1), 61-76.
146. Toth, K., Dawson, G., Meltzoff, A.N., Greenson, J. & Fein, D., (2007): Early social, imitation, play and language abilities of young non-autistic siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmentl Disorders*, 37(1), 15-23.

147. Tsang,S.& et al.(2007):Brief report: Application of the TEACCH program on Chinese preschool children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,37(2),390-396.
148. Tuchman, R., Moshe, S.L. & Rapin, I. (2009): Convulsing toward the pathophysiology of autism. *Brain Dev*,31(2),95-103.
149. Volkmar,F.R.,State,M.& Klin,A.,(2009):Autism and autism spectrum disorders: Diagnostic issues for the coming decade. *J Child Psychol Psychiaatry*,50(1-2) ,108-115.
150. Volkmar, F., Chawarska. & Klin, A.(2005): Autism in infancy and early childhood. *Annu Rev Psychol*, V56,PP315-316.
151. Wall,K.(2004): Autism and early years practice:Aguide For early years professionals,teachers and parents.London ,Paul,Chapman Publishing.
152. Wazana,A., Bresnahan, M.& Kline,J., (2009): The autism epidemic:Factor artifact,.*Jam Acad child A dolesc Psychiatry*,46(6),721-730.
153. Weiss,M.J.& Harris,S.L.(2001):Teaching Social Skills to people with autism.*Behavioral Intervention*,14(1),3-32.
154. Wong,C.N.& Hui.S.L., (2008): Epidemiological study of autism in china. *Jchild Neurol*,23(1),67-72.
155. Woods,J.(2008):Increasing Functional and symbolic play skills of children with autism using activity schedules and script-fading.*Dissertation-Abstracts-International*,68(10-B),6949.
156. Young,G.S.,Merin,N.,Rogers,S.J. & Ozonoff,S., (2009):Gaza behavior and affect at 6 months: Predicting Clinical outcomes and language development in typically developing infants and infants at risk for autism. *Developmental Science*,12(5),798-814.