

## تنمية الحماية الشخصية من الاساءة لدي عينة من الأطفال التوحدين

الباحثة/ شيرين إبراهيم محمد

باحثة دكتوراه - قسم علم النفس - جامعة المنيا

### مقدمة:

زاد الاهتمام برعاية المعاقين، وتأهيلهم حيث الاستقرار ، كما تضافرت جهود العلماء فى سبيل تأهيلهم وتنمية ما تبقى لديهم من قدرات. وتعد رعاية المعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التى تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده ، ومن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التى تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم فى المجتمع على الوجه المقبول مقارنة بالأشخاص العاديين ، كما صاحب وجودها تباينا فى وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة الكثير من المعاملات التى اختلفت باختلاف فلسفة كل مجتمع من المجتمعات ، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئة من الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشفاق عليهم ، والتوجه إلى رعايتهم تحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

ويعد التوحد من الإضطرابات النمائية، وهى إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها ، ولكنها لم تنل حظها من الاهتمام على المستوى البحثى فى الدول النامية ، فى حين أننا نجد اهتماماً متزايداً فى الدول المتقدمة ، وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة ، ويعتبر ليوكانر ( Leo-kanner, 1943) أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث فى الطفولة ، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية ، والإجتزائية ، والتوحدية ، والأويتسية ، والإنغلاق الذاتى (الإنشغال بالذات) ، والذهان

الذاتوى ، وفصام الطفولة ذاتى التركيب ، والإنغلاق الطفولى. (محمد خطاب : 2005 ، 9)

ويرجع استخدام هذه التسميات إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد ، حيث يعد التشخيص من أهم الصعوبات التى تواجه هذه الفئة نظرا لتشابهها مع فئات عديدة ، ومعظم الباحثين المهتمين بالتوحد يشيرون إلى قضية التشابه بين سلوك التوحد وسلوك اضطرابات أخرى مثل الإعاقة العقلية ، وفصام الطفولة ، والإعاقة السمعية ، واضطرابات الانتباه ، واضطرابات التواصل. ( عبد الرحيم بنحيت: 1999، 232؛ إلهامى عبد العزيز: 1999، 174 )

ولقد اتفق عدد من الباحثين مثل عبد الرحيم بنحيت ( 1999 ) ؛ عبد الرحمن سليمان ( 2001 ) ، عادل عبد الله ( 2000 ) على ما جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع ( DSMIV ) ( 1994 ) للاضطرابات العقلية حول الملامح الأساسية وأعراض التوحد والمجالات أو المحاور التى تظهر فيها.

وبالرغم من التطور الحادث فى تشخيص اضطراب التوحد ، والأساليب العلاجية الحديثة ، والأجهزة الطبية ؛ إلا أن السبب الرئيسى وراء هذا الاضطراب ما زال غير معروف ، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية ، أى العلاقة بين الوالدين والطفل ، وهناك من أكد على الأسباب البيولوجية ، كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات ، وظروف الحمل والولادة ، وأيضا إلى التلوث البيئى ، والتطعيمات ، والفيروسات ، إلا انه حتى الآن لم يتم التأكيد من سبب التوحد ؛ فقد يكون أحد هذه الأسباب ، أو الأسباب مجتمعة هى التى تسبب المرض ، وهذا يحتاج إلى دراسات عديدة فى هذا المجال ، وجدير بالذكر أن هذه الفئة تعاني العديد من المشكلات ، ولعل من ابرز هذه المشكلات عدم القدرة على العناية بالذات أى القيام بالأنشطة الخاصة بالحياة اليومية بمعنى قصور الطفل التوحدى ، وعجزه فى العديد من الأنماط السلوكية التى يستطيع أداءها أقرانه من الأطفال العاديين ، حيث يعجز عن رعاية نفسه ، أو حمايتها ، أو إطعام نفسه ، أو ارتداء الملابس

وخلعها ، أو التعامل مع المرحاض ، وكذلك في تقديره للأخطاء التي يتعرض لها . ( سميرة جعفر : 1992 ؛ عبد الرحمن سليمان : 2000 ؛ 1992 : Dalrymple, Ruble ) وفي ضوء تلك المشكلات أوصت العديد من الدراسات على ضرورة تقديم برامج تدريبية للأطفال التوحدين بغرض تحسين مهارات العناية بالذات والحماية الشخصية لديهم . ( Matson : 1990 ؛ Mcclannahan : 1990 ؛ Perry: 1991 ؛ Pirnce & et.al. : 1995 ؛ schreibman: 1994 ؛ Bengstrom Luiselli: 1996 ؛ Reamer & et. al: 1998 ؛ Bainbridge & Myles: 1999 ؛ Cicero & Pfadt: 2002)

تمثل حماية الأطفال من العنف والاستغلال والإيذاء عنصراً أصيلاً في حماية حقوقهم في البقاء والنماء والتنمية . ولذلك لا بد من تهيئة بيئة الحماية للأطفال ، لا يتعرض فيها الفتيات والأولاد للعنف والإستغلال والإنفصال الذي لا يمرر له عن ذويهم مما يؤثر علي حالاتهم النفسية.

وتتمثل إساءة معاملة الأطفال في حالات الإيذاء والإهمال التي يتعرض لها الأطفال دون سن 18 سنة. وتشمل تلك الظاهرة جميع ضروب إساءة المعاملة الجسدية و/أو العاطفية والإيذاء الجنسي والإهمال والاستخفاف والاستغلال التجاري أو غيره من أنواع الاستغلال، التي تتسبب في إلحاق أضرار فعلية أو محتملة بصحة الطفل وتهدد بقاءه على قيد الحياة أو نماءه أو كرامته في سياق علاقة من علاقات المسؤولية أو الثقة أو القوة. ويُدْرَج العنف الممارس من قبل الشريك المعاصر، أحياناً، في قائمة ضروب إساءة معاملة الأطفال. ( صحيفة وقائع رقم 150، 2014 )

وتعد دراسة مرحلة الطفولة (حماية أطفالنا، 2005) من أهم المعالم التي توضح وتبلور الوعي العلمي في المجتمع ، وفي ظل الإهتمام بالأطفال في المجتمع في الوقت الراهن يعتبر الإهتمام بحماية الأطفال جزءاً من الإهتمام بالواقع والمستقبل معا

حيث يشكل الأطفال شريحة واسعة في المجتمع ، ففي تلك المرحلة تنمو قدرات الطفل ويكون قابلا للتأثير والتوجيه والتشكيل

لذا يتضح ضرورة وجود برامج تدريبية لتنمية مهارات الحماية الشخصية لدى الأطفال التوحدين ، ولما كان هناك ندرة في البرامج التدريبية التي تحاول تنمية مهارات العناية بالذات ؛ فإن الباحثة سوف تقوم بإعداد برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات ، واستخدام مجموعة من الأساليب والفنيات المختلفة ( النمذجة باستخدام شرائط الفيديو - تحليل المهام - التوجيه - التعزيز ) ، إن مثل هذه الأساليب ذات تأثير فعال في تعديل سلوكيات الأطفال التوحدين ، وسوف يتم استخدام المداخل السلوكية بهدف تعديل السلوك.

#### مشكلة البحث:

نبعت مشكلة البحث الحالي من تعارض نتائج الدراسات السابقة ، والتي أكدت على تنوع المشكلات والاضطرابات التي تتعلق بالطفل التوحدي سواء كانت سلوكية ، أو انفعالية ، أو اجتماعية ، حيث يتعرض الطفل التوحدي لعديد من المشكلات التي تجعله لا يعتمد على نفسه ، ويحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولعل من أبرز هذه المشكلات عجزه عن العناية بالذات والحماية الشخصية متمثلة في عدم قدرته على رعاية نفسه وحمايتها وإطعامها ، بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم علي ارتدائه الملابس ومساعدته في خلعها ، ولا يقدر الأخطار التي قد يتعرض لها ، كما في دراسات دارمبل وريبيل (Dalrymple & Ruble, 1992) ؛ (سميرة السعد ، 1992 ؛ عبد الرحمن سليمان، 2000 ؛ يسرية صادق وآخرون 2003 ) ، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن الطفل التوحدي لديه قصور في السلوك الخاص بمهارات العناية بالذات ، ويحتاج إلى من يقوم بإطعامه ، وإلى من يساعده بارتداء الملابس وخلعها ، ولديه مشكلات في التعامل مع المرحاض والتغذية ، وأيضاً أوصت هذه الدراسات بتقديم البرامج التدريبية ، والعلاجية ، والإرشادية للأطفال

التوحيدين بهدف تحسين مهارات العناية بالذات لديهم ، حيث كان لتنوع أساليب التدريب والعلاج سواء كان فردياً أو جماعياً دوراً بارزاً في إحداث تغييرات إيجابية في تنمية مهارات العناية بالذات.

وهناك العديد من الدراسات التي أكدت على أهمية تقديم البرامج التدريبية ، والعلاجية والإرشادية للأطفال التوحيدين من أجل تحسين مهارات العناية بالذات لديهم ، ومن بين هذه الدراسات دراسة : (Matson, 1990) ؛ Pierce ؛ Perry & et. al. 1991 ؛ McClannahan, 1990 ؛ Bengstrom & et. al. , 1995 ؛ & Schreibman: 1994 ؛ Bainbridge ؛ Reamer & et. Al, 1998 ؛ Luiselli : 1996 ؛ Cicero & Pfadt, 2002) ، & Myles: 1999 .

وفي ضوء هذه الاعتبارات بالإضافة إلى الندرة النسبية للدراسات في هذا المجال سواء على المستوى العربي أو الأجنبي فإن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الحماية الشخصية لدى الأطفال التوحيدين ، وتبدو مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن التساؤل الآتي:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات الحماية الشخصية من الاساءة في القياسين القبلي والبعدي ؟

### أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى قياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيدين.

### أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها:

- 1- تتصدى لفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة فى حاجه إلى مد يد العون والمساعدة لهم ، حيث أن هذه الفئة لم تنل حظها من البحث والدراسة على حد علم الباحثة.
- 2- تقديم برنامج تدريبي باستخدام الأنشطة التربوية ، وفتيات تعديل السلوك المتنوعة لتنمية مهارات الحماية الشخصية لدى الأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور فيها.

### مفاهيم البحث وتعريفاتها الاجرائية:

#### 1- التوحد:

يرى عثمان فراج (1996 ، 3) أن مصطلح التوحيدة يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو ، وتتميز بقصور في الإدراك ، وتأخر أو توقف النمو ، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط به بحيث يعيش مغلقا على نفسه ، يكاد لا يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو إحداث أو ظواهر.

ويذكر عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى ( 1992 ، 53) أن التوحد له عدة معاني منها : اجترار الذات ، الإجتارية ، استثارة الذات والأتوسية ، ويقصدان به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30 : 42) شهرا ، ويؤثر في سلوكهم ؛ فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح ، كما يتصرفون بالانطواء على النفس ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية.

وتري الباحثة أن التوحد اضطراب عصبي بيولوجى يؤثر في التفاعل الاجتماعى ، وتواصل اللغة، وسلوك الطفل، وقابليته للتعلم والتدريب ، ويأخذ عدة مظاهر منها تأخر أو فقدان النمو اللغوى ، نوبات الغضب ، والبكاء، والضحك بدون سبب ، وعدم الخوف من الخطر ، واللعب بطريقة شاذة ، وصعوبات في مهارات

العناية بالذات " الطعام والشراب ، ارتداء الملابس ، الإخراج ، النظافة الشخصية ، الأمان بالذات " .

### أعراض التوحد:

يتميز التوحد بمجموعة من الأعراض التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص ، وتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

(1) ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد ، حيث إن الطفل التوحدي يتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره ، ولا يرغب في صحبة الآخرين ، أو تلقى الحب والعطف منهم ، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين ، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته ، ويظل الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من احد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس .

وتشير سوسن الحلبي (2005 ، 55 ) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

#### (أ) التجنب الاجتماعي

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

#### (ب) اللامبالاة الاجتماعية

وُصِفَ أطفال التوحد بأنهم غير مباليين ، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

#### (ج) الإرباك الاجتماعي

يعانى أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

ويؤكد على ما سبق دراسة جيلسون (Gillson 2000) التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين ، والأطفال المتخلفين عقليا في المواقف ، والتفاعلات الاجتماعية ، والسلوك الانسحابي من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الاجتماعية ، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية ، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقليا.

ويشير الباحثون إلى أن من الأعراض المتداولة عن الطفل التوحدي " الانسحاب من المواقف الاجتماعية " ، كما أكدت نتائج دراسات كلا من عادل عبد الله ( 2002 ) ؛ أميرة بخش ( 2002 ) ؛ ماجد عمارة ( 2005 ) على أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية ، وعدم التفاعل الاجتماعي ، والسلبية تجاه الآخرين ، فهم يظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم ، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أى لقاءات عائلية ، وقصور شديد في الاستجابة للمثيرات البيئية ، والضعف العام في المجالات الاجتماعية ، بينما يرى بعض الباحثين أن الانسحاب لا ينطبق على جميع الحالات ، وهذا ما أكده شاكر قنديل ( 2000 ) في دراسته بأن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون من الأشخاص المؤلفين لديهم ، ويحبون الألعاب التي تتطلب اتصالاً بدنياً ، بل أن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مؤلف لديه ن ويستمتع بمعارفته ، واحتضانه له ، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخصاً مؤلفاً لديهم.

## (2) القصور اللغوي:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد ، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كلا من ريتاجوردن ، ستيوارت بيول



(2007 ، 2 ) أنه يوجد لدى الأطفال التوحديين نقصا واضحا في اللغة ، والاتصال اللفظي ، وغير اللفظي ، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين ؛ فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها ، والإيماءات التعبيرية ، ولغة الجسم ، وموضع الجسم ، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة ، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى ، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ ، والجوانب العملية للمعنى.

أيضا تشير سوسن الحلبي (2005 ، 33 ) أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة وتؤثر على التواصل لديهم .

من هذه المشكلات:

### 1. المصاداة

فهى تعتبر من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين ، وتعرف سوسن الحلبي (2005 ، 33 ) المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه توأ وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال.

### 2. الاستخدام العكسى للضمائر:

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين ، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هى" ويستعمل "أنا" عندما يود أن يقول "أنت" ،

### 3. السلوك النمطى المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة ، وأن تلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التى يبدئها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة ، وذات مدى ضيق وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين

أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استشارة من حولهم ، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم.(سميرة السعد: 1998 ، 32)

وأكدت ذلك دراسة وولف (2005) Wolf أن الطفل التوحدي يمارس أنواعاً سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي ، وكذلك نتائج دراسة بيكلين (2002) Biklen التي أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن:

- 1- حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.
  - 2- إيذاء النفس بشكل مستمر.
  - 3- هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير.
  - 4- صدى كلامي.
  - 5- رفة العينين ونغز متكرر، ررفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.
- ولقد أرجعت دراسة ترينبير (1996) Trenpeyeier, هذا السلوك النمطي المتكرر إلى:

- 1- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي.
- 2- إتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب اهتمام.
- 3- الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومي له.
- 4- عدم القدرة على ملاءمة السلوك مع الموقف.
- 5- خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفي حجمها.
- 6- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

#### 4. عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى (1995 ، 2047) أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدوياً (تناولياً) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذى يميز لعب الأطفال العاديين مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية تلك الوظيفة التي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسى الحركى في العام الثاني من الحياة.

## 5. البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين. (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي: 1995، 33؛ عبد الرحمن سليمان: 2002، 35)

## 6. يكون التوحد قبل سن الثالثة:

ويذكر عبد المطلب القريطي ( 2001، 65 ) أنه عادة ما يبدأ اضطراب التوحد خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر وتكون الأعراض قد بدأت في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل حدة الطبع، وضعف التغذية، ومشكلات في النوم، وهذه الأعراض من الممكن أن تظهر من العام الأول ومن الممكن أن تبدأ بعد العام الأول ومن أولى هذه الأعراض عدم النمو الطبيعي للغة والتي يلاحظها الآباء حيث يظهر الأطفال بداية طبيعية للغة بين الشهر الثاني عشر والرابع عشر، ولكن لا ترتقى اللغة لأبعد من ذلك، كما تظهر الأعراض الأخرى للتوحد والتي تشمل الاضطراب الاجتماعي وظهور سلوكيات نمطية تكرارية.

## 7. يعاني من نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

بالرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرقاً لفترة طويلة في سلوكيات نمطية إلا أنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه إلى ذاته.

وقد أشارت دراسة أليس (1990) Ellis إلى أن الطفل التوحدي يقوم بربط يده ثم يقوم بفكها أو يظل يضرب وجهه بيده أو يقوم بإيذاء نفسه كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوجه الطفل التوحدي عدوانه وإيذائه إلى الغير، فقد يضرب طفلاً آخر دون سبب ، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة حتى يبقى وحيداً.

## 8. انخفاض مستوى الوظائف العقلية:

يشير جمال تركي (2004، 135) إلى أن حوالي 40% من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (55) درجة وحوالي 30% يتراوح معامل ذكائهم ما بين (55-70) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20% من التوحدين لديهم ذكاء غير لفظي ، ودراسة سجلات معدلات الذكاء لأطفال التوحد يعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير الجرد مشيرة إلى أهمية القصور عن الوظائف المرتبطة باللغة.

#### 9. قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:

يتفق كل من عثمان فراج (1996) ؛ ماجد عمارة (2005) على أن الطفل التوحدي لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن ( 5 ) أو ( 10 ) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق.

#### 10. ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

يؤكد كل من عثمان فراج (1996 ، 56) ؛ إلهامي عبد العزيز (1999) ، (160) على أنه تبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو انه قد أصابه الصمم أو كف البصر وغالبا ما يظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقص في الاستجابة للمثير الحسي بكل أشكال المثير البصري ، والسمعي ، واللمسي ، والألم ، ونجدهم من الممكن أن يتجاهلوا بعض الإحساسات مثل الألم ، والحرارة ، والبرودة

بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين ويتجنبوا أن يلمسهم أحد وأحياناً يظهروا انبهاراً ببعض الاحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء والروائح.  
تعليق:

من خلال ما سبق تصنف الباحثة أهم أعراض التوحد فيما يلي:  
**1- مجموعة الأعراض الأساسية والتي توجد في كل الأطفال التوحديين وتمثل في:**

- القصور اللغوي.
- ضعف التفاعل الاجتماعي.
- السلوك النمطي المتصف بالتكرار.
- عدم القدرة على اللعب التخيلي.
- يكون قبل عمر الثالثة.
- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.

**2- مجموعة الأعراض الإضافية التي قد لا توجد في كل الأطفال التوحديين**

- انخفاض مستوى الوظائف العقلية.
- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.
- البرود العاطفي الشديد.
- نوبات الغضب وإيذاء الذات.

**تشخيص التوحد**

تشخص الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية ( 1994 ) التوحد كما يلي:

أشارت المحكات التشخيصية للتوحد إلى ضرورة وجود انطباق ( 6 ) أعراض أو أكثر من مجموع الأعراض الثلاثة ( أ ) ، ( ب ) ، ( ج ) على الأقل عرضين من المجموعة ( أ ) وعرضين من المجموعة ( ب ) وعرضين من المجموعة ( ج ) .

**أ ) خلل كیفی فی التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنتان على الأقل مما يلي :**

- خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي .
- الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .
- نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين .
- نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي .

**ب ) خلل كیفی فی التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي :**

- التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات .
- استخدام اللغة بشكل تكرارى نمطى أو استخدام لغة خاصة
- خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات
- نقص اللعب التلقائى من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل

**ج ) أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما**

**يبدو في واحدة على الأقل مما يلي :**

- الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها .
- التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .
- سلوك حركى متكرر مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم .
- الانشغال الثابت بأجزاء من الموضوعات .

ويظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث على شكل تأخر أو شذوذ في واحد على الأقل من المظاهر التالية:

- 1- التفاعل الاجتماعي.
- 2- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
- 3- اللعب الرمزي أو المحاكاة.

### 3- الحماية الشخصية :

الحماية الشخصية للطفل هي " مجموعة من الخدمات التي يتم تقديمها من خلال الحكومات بهدف حماية الأطفال والشباب دون سن البلوغ إلى جانب تشجيع استقرار الأسرة. "

وترى الباحثة أن الحماية الشخصية اجرائيا هي كافة الإجراءات التي يتم إتخاذها لحماية الأطفال حماية نفسية ممن لديهم تاريخ من الإهمال أو الإساءة الجسدية والمعرضون للخطر ومن المشاكل النفسية الإنمائية

### 3- الإساءة للأطفال :

عرف التقرير العالمي حول العنف والصحة (2002) الصادر عن منظمة الصحة العالمية العنف ضد الأطفال ، مقتبسا من تعريف الجمعية الدولية للوقاية من إساءة معاملة وإهمال الأطفال كما يلي: " تشمل حالة إنتهاك الطفل أوإساءة معاملته جميع أشكال المعاملة السيئة البدنية ( الجسدية ) أو العاطفية أو كليهما ،والإنتهاك الجنسي ، والإهمال أوالمعاملة بالإهمال ، أو الإستغلال التجاري وغيره المؤدية إلى أذية حقيقية أو محتملة تؤذي صحة الطفل أو تطوره أو كرامته من خلال سياق علاقات المسؤولية، والثقة أو القوة " .

كما تعرف إساءة معاملة الأطفال هي أي فعل أو فشل في فعل من شأنه تعريض صحة وتطور الطفل العاطفية والجسدية للخطر. يعتبر الشخص مسيء لمعاملة الأطفال إذا فشل في تنشئة الطفل، أو تسبب في أي أذى جسدي أو جنسي للطفل . وتتلخص أنواع إساءة معاملة الطفل في الأتي :



- 1- إساءة معاملة الطفل الجسدية .
- 2- إساءة معاملة الطفل النفسية .
- 3- إساءة معاملة الطفل اللفظية .
- 4- إساءة معاملة الطفل الجنسية .
- 5- الإهمال .

### الدراسات السابقة:

تعرض الباحثة عددا من الدراسات الخاصة بفاعلية التدريب على مهارات الحماية الشخصية لمنع الاساءة لدي الاطفال التوحديين

ففي دراسة كاروثرس وتايلور ( 2004 ) Carothers & Taylor والتي كانت بعنوان كيفية التعاون بين المدرسين والآباء للعمل معا لتدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين ، وكان هدفها تدريب الأطفال التوحديين الذين لديهم عيوب في القدرات الوظيفية على إتمام أعمالهم بأنفسهم لإتقان مهارات العناية بالذات ، واستخدمت هذه الدراسة ثلاث فنيات يمكن استخدامها في كل من المدرسة والمنزل للتدريب على مهارات العناية بالذات للأطفال التوحديين هي : النمذجة بالفيديو ، الجداول المصورة ، تدريس الأقران أو الأشقاء، وأسفرت النتائج عن أن عمل الآباء والمعلمين معا واستخدام الفنيات السابقة كان له التأثير الفعال في تحسين مهارات الشخصية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

كذلك دراسة آبي ( 1997 ) Abe بعنوان " التدريب على الحياة اليومية لدى التوحديين ومساعدتهم على حماية أنفسهم " ، واستهدفت هذه الدراسة تصميم برنامج تدريبي على المهارات اليومية للتوحديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم ، وتكونت العينة من طفل ذكر ياباني ( 8 سنوات و 7 شهور ) وآخر ( 9 سنوات و 6 شهور ) ، وقد اشترك الآباء مع المدرسين أثناء التدريب باستخدام برنامج محاكاة من خلال الفيديو الذي يوضح كيفية الذهاب إلى الأتوبيس

واحتياطات الأمان بالذات ، وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن في مهارات الحياة اليومية للتلاميذ التوحدين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الاتوبيس مستقلين بأنفسهم .

وفي دراسة أولينويا ( 1989 ) Ulianou بعنوان " تنمية مهارات الحماية الشخصية لدى الأطفال التوحدين " تناقش هذه الدراسة كيفية تنظيم الحياة اليومية لاحتياجات الأطفال التوحدين والأشياء التي يمكن أن ينجزوها بأنفسهم بشكل معتاد يوميا حيث تشتمل على النظافة الشخصية ( الاغتسال والاستحمام ) وارتداء الملابس ( يمكن أن يكون ذلك بمشاركة الكبار في بعض أجزاء النشاط ) ويجب أن يساعد الكبار الأطفال على التغلب على مخاوفهم حول عدم قدرتهم على ممارسة حياتهم اليومية كلما أمكن ، بدون أن يسببوا لهم قلق ، ويجب أن تكون المساعدة بطريقة دافئة وهادئة وقد أوضحت النتائج قدرة الأطفال على إنجاز احتياجات الحياة اليومية ( النظافة الشخصية , ارتداء الملابس وخلعها ) وذلك بدون مساعدة الكبار . وكذلك دراسة بيرس وشيريمان ( 1994 ) Pierce & Schreibman التي هدفت إلى تدريس مهارات العناية بالذات للأطفال التوحدين بدون نظم إشراف خلال الإدارة الذاتية المصورة ، وأجريت هذه الدراسة على (3) أطفال أعمارهم (6-9) سنوات لديهم انخفاض في القدرات الوظيفية ، وقد بينت النتائج انه يمكنهم تعلم مهارات وسلوكيات العناية بالذات من خلال الصور في غياب مدرب خارجي ، وتعديل سلوكهم خلال مهام متعددة وتحسينه باستمرار ، وذلك باستخدام الصور ، ثم متابعة تحسن المهارات والسلوك بواسطة المدرب المتخصص .

ودراسة ماتسون (1990) Matson والتي كان هدفها تدريس مهارات العناية بالذات لدى التوحدين والمتخلفين عقليا ، وتكونت عينة الدراسة من (4) أطفال متخلفين عقليا في عمر ( 4 - 11 ) سنة ، (3) أطفال توحدين ، حيث اشتملت إجراءات التدريب على طريقة التدريب على المهمة بالكامل من خلال

النمذجة ، والتدريس اللفظي وطرق التعزيز الاجتماعي ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تعلم الأطفال بنجاح مهارات العناية بالذات بكفاءة إلى جانب بعض السلوكيات التكيفية.

وفي دراسة أخرى أجرتها (أمل على محمد، 2017) توصلت إلى أهمية تنمية مهارات الحماية والامان الشخصي للأطفال التوحد مما يكسبهم مهارات للتعامل مع متطلبات حياتهم المختلفة.

### فرض البحث:

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة يتحدد فرض الدراسة في الفرض التالي " يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الحماية الشخصية من الاساءة في القياسين القبلي والبعدي ، وذلك لصالح القياس البعدي".

### المنهج والجراءات:

**اولا- المنهج:** اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي حيث أنها تختبر فاعلية برنامج تدريبي (متغير مستقل) في تنمية مهارات الحماية الشخصية لمنع الاساءة ( متغير تابع ) للأطفال التوحدين.

**ثانيا- عينة الدراسة:** تكونت من مجموعة من الأطفال التوحدين قوامهم ( 10 ) أطفال توحدين ( 7 ) ذكور ( 3 ) إناث من جمعية التثقيف الفكرى ممن لديهم قصور في مهارات الحماية الشخصية ، وقد تم تشخيصهم طبقا لمحكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSMIV) (1994) ، وهم من فئة متوسطى الإعاقة ، وتتراوح نسبة ذكائهم (55-70) درجة ، والمرحلة العمرية من (9-12) سنة.

وتم مجانسة أفراد المجموعة في المتغيرات الآتية:

- 1- العمر الزمني: جميع أطفال عينة الدراسة يمثلون مرحلة عمرية واحدة وهي مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12) سنة.
- 2- درجة الذكاء لجميع أطفال العينة متوسطو الذكاء ، وتراوحت نسبة ذكائهم ما بين ( 55 – 70 ) درجة على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء
- 3- المستوى الاجتماعى الاقتصادى المتوسط ( حسب مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية ) إعداد عبد العزيز الشخص ( 2006 ).

ثالثاً- أدوات الدراسة :

تمثلت مقاييس الدراسة فى:-

أ- أدوات اختيار العينة وتمثل فى الآتى:

- 1- مقياس الوعي بالاساءة لدى الأطفال (إعداد الباحثة)
- 2- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء "الصورة الرابعة" تعريب لويس كامل مليكه (1998)
- 3- استمارة تقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية. (إعداد عبد العزيز الشخص (2006).
- 4- استمارة لجمع البيانات الشخصية. (إعداد الباحثة)
- 5- برنامج تدريبي لتنمية مهارات العناية بالذات (إعداد الباحثة)

وفيما يلي عرضاً لخصائص مقياس الوعي بالاساءة السكومترية

حيث قامت الباحثة بتقدير صدق الاتساق الداخلى للمقياس وتقييم معالات

ثبات ألفا - كرونباخ وكانت النتائج كالتالى:

المتغير	الارتباط بالدرجة الكلية كمؤشر لصدق الاتساق الداخلي	معامل ثبات ألفا-كرونباخ
الحماية من العنف الجسدي	0.75	0.88
الحماية من العنف النفسي	0.77	0.69
الحماية من العنف اللفظي	0.55	0.83
الحماية من العنف الجنسي	0.81	0.80
الحماية من الإهمال	0.76	0.79

ويتضح من الجدول السابق ان المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة.

البرنامج:

ويهدف إلى

- 1- تنمية وعي الأطفال التوحديين بالإساءة الجسدية .
- 2- تنمية وعي الأطفال التوحديين بالإساءة النفسية .
- 3- تنمية وعي الأطفال التوحديين بإساءة معاملة الطفل اللفظية .
- 4- تنمية وعي الأطفال التوحديين بإساءة معاملة الطفل الجنسية .
- 5- تنمية وعي الأطفال التوحديين من الإهمال والرفض .

وسوف يتضمن كل بعد من الأبعاد مجموعة من الفقرات التي تحتوي علي بنود الإساءة التي يتعرض لها الأطفال وسيتم القياس قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق لمعرفة أثر البرنامج الإرشادي علي تنمية وعي الأطفال لحمايتهم ومقاومة الإساءة .  
ويستغرق البرنامج شهرين أي ثماني أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً أي ستة عشر جلسة وتستغرق الجلسة ساعة ونصف الساعة .

### الأساليب الاحصائية:

تم تحليل البيانات باستخدام برنامج **SPSS.18** ومن خلال الاساليب الآتية:

1- الاحصاء الوصفي (المتوسطات والانحرافات المعيارية)

2- اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات الرتب للمجموعات المرتبطة.

### نتائج البحث

افتراض البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الحماية الشخصية من الإساءة فى القياسين القبلى والبعدى ، وذلك لصالح القياس البعدى.

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بتقدير اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطات رتب القياس القبلى والقياس البعدي للمجموعة التجريبية باعتبارها عينة مرتبطة وكانت نتائج هذه الخطوة كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (1) المتوسطات والانحرافات المعيارية فى القياس القبلى والقياس البعدي

للمجموعة التجريبية فى ابعاد الحماية الشخصية من الإساءة

المتغير	متوسطات القياس القبلي	متوسطات القياس البعدي
الحماية من العنف الجسدي	16.10	18.30
الحماية من العنف النفسي	14.20	19
الحماية من العنف اللفظي	15.10	17.80
الحماية من العنف الجنسي	15.70	19.20
الحماية من الاهمال	13.50	18.70

ويتضح من الجدول أن متوسطات القياس البعدي أعلي من متوسطات درجات القياس القبلي، ولمعرفة ما اذا كانت هذه الفروق دالة احصائيا ام لا تم اجراء اختبار ويلكوكسون كما يلي:

دول (2) نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين متوسطي رتب درجات

المجموعة التجريبية

في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الحماية الشخصية من الاساءه (ن = 10)

المتغير	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
العنف الجسدي	الرتب السالبة (قبلي)	0	0	0	2.69	0.01
	الرتب الموجبة (بعدي)	9	5	45		
	الروابط	1				
العنف النفسي	الرتب السالبة (قبلي)	1	1	1	2.71	0.01
	الرتب الموجبة (بعدي)	9	6	45		

				0	الروابط	
0.01	2.69	0	0	0	الرتب السالبة (قبلي)	العنف اللفظي
		45	5	9	الرتب الموجبة (بعدي)	
				1	الروابط	
0.01	2.53	0	0	0	الرتب السالبة (قبلي)	العنف الجنسي
		36	4	8	الرتب الموجبة (بعدي)	
				2	الروابط	
0.01	2.68	0	0	0	الرتب السالبة (قبلي)	الاهمال
		45	5	9	الرتب الموجبة (بعدي)	
				1	الروابط	

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب القياس القبلي والقياس البعدي في جميع أبعاد المقياس (الحماية من العنف الجسدي . الحماية من العنف النفسي – الحماية من العنف اللفظي – الحماية من العنف الجنسي – الحماية من الاهمال) في اتجاه القياس البعدي وكانت الفروق دالة عند مستوى 0.01 .

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ما ذكره ( إلهامى عبد العزيز: 1999 ) أن برامج التدخل تحسن نوعية الحياة التي يجيهاها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتتيح لأفراد الأسرة فرصه للتفاعل مع أطفالهم وذلك من اجل تحقيق احتياجاتهم وحل مشكلاتهم ويعد الطفل التوحدي احد فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وهو من فقد الاتصال بالآخرين وهو منصب تماما ولديه أنماط سلوكيا غير مقبولة.

وأشارت دراسات عديدة الى فاعلية برامج الحماية الشخصية في تقليل حجم الاضرار التي يتعرض لها ذوي الاحتياجات الخاصة ومن هذه الدراسات دراسة ماتسون (Matson ,1990) حيث اشارت إلى تعلم العديد من سلوكيات الملاءمة لكيفية



العناية بالذات للأطفال التوحديين يتم من خلال أسلوب النمذجة وتحليل المهام والتعزيز سواء اجتماعي أو مادي.

ومن هذا المنطلق يمكن إرجاع سبب هذا التغير الذي طرأ على المجموعة التجريبية في القياس البعدي إلى طبيعة البرنامج ومحتواه الذي ساعد على تحسن مهارات العناية بالذات لدى التوحديين ، حيث جاءت إجراءات البرنامج مناسبة لقدرة وإمكانية الطفل ، مما أدى ذلك إلى تحسن مهارات العناية بالذات لديهم ، وهذا ما أكدت عليه دراسة بيرس (Pierce, 1994) بأنه يمكن تحسين سلوكيات الأطفال التوحديين الخاصة بالحماية الشخصية عندما ينجح الطفل في أداء مهمة وينتقل لمهمة أخرى من خلال تقديم إجراءات جديدة للتدريب.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة آبي (Abe, 1997) بعنوان " التدريب على الحياة اليومية لدى التوحديين ومساعدتهم على حماية أنفسهم " ، واستهدفت هذه الدراسة تصميم برنامج تدريبي على المهارات اليومية للتوحديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم ، وتكونت العينة من طفل ذكر ياباني ( 8 سنوات و 7 شهور ) وآخر ( 9 سنوات و 6 شهور ) ، وقد اشترك الآباء مع المدربين أثناء التدريب باستخدام برنامج محاكاة من خلال الفيديو الذي يوضح كيفية الذهاب إلى الأتوبيس واحتياطات الأمان بالذات ، وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن في مهارات الحياة اليومية للتلاميذ التوحديين حول كيفية الذهاب إلى المدرسة بواسطة الأتوبيس مستقلين بأنفسهم .

وتتفق أيضا مع دراسة أولينويوا (Ulianou, 1989) التي أوضحت نتائجها قدرة الأطفال على إنجاز احتياجات الحياة اليومية ( النظافة الشخصية , ارتداء الملابس وخلعها ) وذلك بدون مساعدة الكبار .

**توصيات وبحوث مقترحة:**

في ضوء نتائج الدراسة الحالية من خلال التعامل مع هؤلاء الأطفال أثناء تطبيق البرنامج ، ومن خلال الملاحظة ، توصلت الباحثة إلى مجموعة من التوصيات في هذا المجال :

- 1- ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حده.
  - 2- ضرورة الاهتمام والتركيز على مبدأ التعزيز والتحفيز في تعليم هؤلاء الأطفال.
  - 3- ضرورة الاهتمام بفئة التوحديين وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم واستراتيجيات تعليمية وتربوية على أسس علمية وموضوعية تراعى هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم ، وتتيح لهم فرص نمو طبيعي.
- كما تقترح الباحثة عددا من البحوث المستقبلية يمكن تحديدها فيما يلي :
- 1- فاعلية برنامج للعلاج الوظيفي الحركي لتنمية بعض المهارات الوظيفية لدى عينه من الأطفال التوحديين.
  - 2- برنامج تدريبي لتنمية المهارات الحياتية لدى عينه من الأطفال التوحديين.
  - 3- إعداد برنامج تدريبي للحد من السلوكيات العدوانية وتنمية التواصل لدي الطفل التوحدي.
  - 4- إعداد برامج تدريبية لآباء الأطفال التوحديين في كيفية التعامل معهم.

المراجع:

- 1- آمال عبد السميع مليجي باظة (2001) : تشخيص غير العاديين ( ذوى الاحتياجات الخاصة ) . ط1 ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 2- السيد عبد النبي السيد (2004) : الأنشطة التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية .
- 3- أحمد عكاشة ( 1992 ) : الطب النفسى المعاصر. ط3 ، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- 4- اسماعيل محمد بدر ( 1997 ) : مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. **المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسى** , ديسمبر , المجلد الثانى , كلية التربية , جامعة عين شمس , ص 727-756.
- 5- إلهامى عبد العزيز إمام (1999) : **سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية**. ط1 , القاهرة , دار الكتب .
- 6- إلهامى عبد العزيز إمام وآخرون (2001) : **سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة**. القاهرة: بدون دار نشر.
- 7- أميرة طه بخش (2002) : دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابى للأطفال التوحدين وأقرانهم المتخلفين عقليا. **مجلة العلوم التربوية والنفسية** , الكويت: المجلد الثانى , العدد الثالث , سبتمبر.
- 8- جمال محمد سعيد الخطيب ومنى الحديدى (2004) : **برنامج تدريبى للأطفال المعاقين**. معهد الدراسات والبحوث التربوية , جامعة القاهرة .
- 9- جمال محمد سعيد الخطيب وآخرون ( 1998 ) : **مقدمة في الإعاقة السمعية**. ط1 , الأردن - عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 10- جمال محمد سعيد الخطيب (1993): **تعديل سلوك الأطفال المعاقين** , دليل الآباء والمعلمين. ط1 , الأردن- عمان: دار إشراف للنشر والتوزيع.
- 11- جمال شكرى محمد ( 1998 ) : تجربة سلوكية لتعديل السلوك الاجتماعى للطفل " دراسة حالة ". **مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية** , العدد الخامس , أكتوبر , كلية الخدمة الاجتماعية , جامعة حلوان .
- 12- جيهان حسين سليمان ( 2005 ) : فاعلية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحدين. **رسالة ماجستير** , كلية التربية , جامعة قناة السويس.
- 13- حسن مصطفى عبد المعطى (2001) : **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " الأسباب - التشخيص - العلاج "**. ط4 , القاهرة: مكتبة القاهرة.
- 14- حسنى إحسان حلوانى (1996) : **المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم ( التوحد ) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية**. رسالة ماجستير , كلية التربية , جامعة أم القرى بمكة المكرمة , السعودية .
- 15- حنان عبد المنعم مصطفى زكى رستم ( 2001 ) : فاعلية وحدة مقترحة في التربية الوقائية في منهج العلم لتنمية الوعي الوقائى لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسى. **رسالة ماجستير غير منشورة** , كلية التربية , جامعة عين شمس.
- 16- ربيع شكرى سلامة (2005) : **التوحد - اللغز الذى حير العلماء والأطباء**. القاهرة: دار النهار.
- 17- رشاد على عبد العزيز موسى ( 2002 ) : **علم نفس الإعاقة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية , ( 387 - 416 ) .
- 18- رضوى إبراهيم عبد الستار وآخرون ( 1993 ) : **العلاج السلوكى للطفل**. سلسلة عالم المعرفة , الكويت.

- 19- رمضان محمد الفذائى (1994) : سيكولوجية الإعاقة. الجامعة المفتوحة ، ليبيا: مطبعة الانتصار.
- 20- رونالدكولا روسو ، كولين أورورك (2003) : تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة. المجلد 1 ، (ترجمة أحمد الشامى ، أمين كامل ، عادل دمرداس ، على عبد العزيز ، مراجعة : محمد عنانى ) ، القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- 21- ريتا جوردن ، ستيورات بيول (2007): الأطفال التوحدين ، جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس. ط1 ، (ترجمة رفعت محمود ) ، القاهرة: عالم الكتب.
- 22- سميرة عبد اللطيف السعد (1998) : برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد فى الوطن العربى. المؤتمر الدولى السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ، الشويخ ، القاهرة: ديسمبر .
- 23- سهى أحمد أمين نصر (2001) : مدى فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحدين. رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية ، جامعة عين شمس .
- 24- سهير محمود أمين عبدالله (2002) : فاعلية برنامج تدريجى فى تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد. مجلة كلية التربية ، جامعة حلوان ، العدد (4) ، مجلد 8 - أكتوبر.
- 25- سوسن شاكرا الجلبى (2000) : دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولى فى العراق. مجلة العلوم التربوية والنفسية العدد (36) ، حزيران.
- 26- سوسن شاكرا الجلبى (2005) : التوحد الطفولى " أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه". ط1 ، دمشق - سوريا: مؤسسة علاء الدين .
- 27- شاكرا عطية قنديل (2000) : إعاقة التوحد ، طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوى " نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة " ، 4 - 5 إبريل ، كلية التربية ، جامعة المنصورة ، ص ص 47 - 100
- 28- عادل عبد الله محمد (2000) : بعض أنماط الأداء السلوكى الاجتماعى للأطفال التوحدين وأقاربهم المعوقين عقليا. مجلة كلية تربية بالرقازيق ، جامعة الرقازيق ، العدد 35 ، مايو 9 - 35
- 29- عادل عبد الله محمد (2001) : مقياس الطفل التوحدى. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 30- عادل عبد الله محمد (2002 - ب) : فاعلية برنامج تدريجى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحدين فى مجلة بحوث كلية الآداب. سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد 7 ، جامعة المنوفية .
- 31- عبد الرحيم بختيار عبد الرحيم (1999) : الطفل التوحدى ( الذاتى الإجتراى ) : القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولى السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، 10 - 12 نوفمبر ، جامعة عين شمس.
- 32- عبد الرحمن سيد سليمان وآخرون (2003) : دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع الطفل التوحدى. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 33- عبد الرحمن سيد سليمان (2004) : اضطراب التوحد . ط3 ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 34- عبد العزيز السيد الشخص ، عبد الغفار الدماطى (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية ، ص ص 52 - 53.

- 35- عبد العزيز السيد الشخص - زيدان أحمد السرطاوى (1999) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا. الجزء 1 , الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعى.
- 36- عبد العزيز السيد الشخص (2003) : دورة تدريبية فى النقص الطفولى. ستة أشهر " من 7-10 إلى 8-3 , مركز الارشاد النفسى , جامعة عين شمس.
- 37- عبد العزيز السيد الشخص (2004): تعديل سلوك الأطفال العاديين وذوى الاحتياجات. القاهرة: مركز الفتح للطباعة.
- 38- عبد العزيز السيد الشخص ( 2006 ) : مقياس المتسوى الاجتماعى والاقتصادى للاسرة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 39- عبد المجيد منصور وآخرون ( 2003 ) : علم نفس الطفولة - الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الاسلامى. القاهرة: دار الفكر العربى.
- 40- عبد المطلب أمين القريطى (2001) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط3 , القاهرة: دار الفكر العربى .

- 42- عثمان لبيب فراج ( 1996 ) : إعاقة التوحد تابع مشكلة التشخيص والكشف المبكر. *مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق* ، العدد ( 46 ) ، السنة الثالثة عشر ، القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- 43- عثمان لبيب فراج ( 2001 ) : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد. *اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية* ، العدد ( 68 ) ، السنة الثالثة عشر - ديسمبر .
- 44- عزة خليل عبد الفتاح ( 1990 ) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات - دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة. *رسالة ماجستير* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- 45- عصام محمد زيدان ( 2004 ) : الانحماك النفسى لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية. *مجلة البحوث النفسية* ، العدد ( 1 ) ، كلية تربية - جامعة المنوفية .
- 46- عمر بن الخطاب خليل ( 1991 ) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطرابات الانتباه التوحدية. *دراسات نفسية* ، رابطة الاخصائيين النفسيين ، المجلد 3 ، القاهرة: دار النهضة العربية.
- 47- لورنا وينج ( 1994 ) : *الأطفال التوحديين " مرشد للآباء ( ترجمة هناء مسلم )*. الكويت: الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.
- 48- لويس كامل مليكه ( 1998 ) : *الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية*. ط1 ، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- 49- لويس كامل مليكه ( 1998 ) : *الصورة الرابعة العربية المعدلة من مقياس استانفورد بينيه لقياس وتقييم القدرات المعرفية في حالات الصحة والمرض*. ط2 ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس.
- 50- ليلي عبد الحميد عبد الفتاح ( 1990 ) : دراسة مقارنة بين طريقي العروض العملية والمعملية لتنمية المهارات الأمنية في الكيما لدى طلاب دور المعلمين. *رسالة ماجستير غير منشورة* ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس .
- 51- ماجد السيد عماره ( 1999 ) : دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المغلق نفسيا. *رسالة ماجستير* ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.
- 52- ماجد السيد عماره ( 2005 ) : إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. ط1 ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق .
- 53- محمد أحمد خطاب ( 2005 ) : *سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي*. ط1 ، عمان: دار الثقافة.
- 54- محمد أحمد عبد اللطيف ( 1996 ) : أثر استخدام بعض أنشطة اللعب على النمو المعرفي للأطفال مرحلة الرياض. *رسالة ماجستير* ، كلية التربية ، جامعة المنوفية
- 55- محمد حسيب الدفراوى ( 1993 ) : *الخدمات التي تقدم للطفل الأوتستك في مصر*. ورشة عمل عن الأوتيزم ، ديسمبر ، مركز سیتی . ص ص 102 - 107.
- 56- محمد شوقى عبد المعتم ( 2005 ) : فعالية برنامج ارشادى فردى اتنمية بعض مهارات التواصل اللغوى لدى عينة من الأطفال التوحديين ( الأوتيزم ). *رسالة ماجستير* ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

- 57- الأطفال ( ترجمة فوزى عيسى عبد الفتاح حسن ). القاهرة: دار الفكر العربى.
- 58- نادية ابراهيم عبد القادر أبو السعود (2002) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه , معهد الدراسات العليا للطفولة , جامعة عين شمس .
- 59- هالة فؤاد كمال الدين (2001) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه , معهد الدراسات العليا للطفولة , جامعة عين شمس .

- 60- Abe, H. (1997). The social life training of autistic children helping them to travel to school independently. Japanese, **Journal of Special Education**. Vol. (34), No. (5), pp. 117-123.
- 61- American Psychiatric Association (APA) (1994). **Diagonistic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th Ed., DSM-IV, Washington, DC: APA.
- 62- Balottin, V. Bejor, M. Cechini, A. Martelli, A. & Polazzi, G. (1998). Infantile autism on et. brain-scan findings: specific versus nonspecific abnormalities. **Journal of Autism Development Disorder**, Vol. (23), pp. 19-190.
- 63- Bainbridge, M & Myles, B. (1999)"The use of priming to introduce toilet training to a child with autism Focus on Autism and **Developmental Disabilities**. Vol (14), No.(2), pp.106-109
- 64- Barley, A. & Rutter, M. (1998). Assessing and intervening in the communication environment, **British Journal of Learning Disabilities**, Vol. (26), pp. 62-66.
- 65- Bengstrom, T. et al. (1995) "Microwave Fum : User – Friendly Recipe Cands, **Teaching Exceptional Children**, Vol .(2) No .(1) , PP.61-63
- 66- Bernard & R. (1995). Vitamin B6 and magnesium in the Treatment of Autism. **Autism Research Institutes** , San Diego.
- 67- Biklen, D. (2002). Communication unbound: Autism and proxis, Harvard **Educational Review**, Vol. (60), pp. 10-20.
- 68- Brown J. & Prelock P., A (1995): The Impact of Regression Development In Autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, V. 25, N (3 ) pp. 305-309
- 69- Buffington , D . (1998 ) . " Procedures For teaching appropriate gestural communication skills to children with Autism " **Journal of Autism and Developmental Disorders** ; Vol ( 28 ) ; No. ( 6 ) pp. 10 – 20

- 70- Burack, J. (1994). Selective Attention Deficits in Persons with autism: Preliminary evidence of an inefficient attentional lens. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. (103), No. (3), pp. 30-43.
- 71- Campbell, M. & Guava, J. (1995). Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry. A review of the past seven years, part 2, **Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. Vol. (34), pp. 1262-1269.
- 72- Carothers, D. & Taylor, R. (2004). How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism, *Journal; Peer, Reviewed*, **Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, Vol. (19), No. (2), pp. 102-104.
- 73- Cicero. F. & Pfadt, a (2002). "Investigation of a Reinforcement Based Toilet Training Procedure for a Children with Autism, **Research in Development Disabilities**, Vol. (2), No. (1), pp. 61-63.
- 74- Collins – B, (2003). Using video strategies to teach functional skills to students with moderate to severe. *Guides-Non-Classroom; Opinion Popers; Speeches or – meeting – Papers*, pp. 120-150.
- 75- Carpenturi & morgan (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and no autistic retarded children, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (26), No. ( 6 ), pp. 611-620.
- 76- Dalrymple, N & Ruble,L. Parent views (1992) "Toilet Training and Behaviors of people with Autism :parent views **Journal of Autism and Developmental Disorders** ,Vol . (22), No. (2),PP.265-275
- 77- Davies, S, et al. (1994). Face Perception in Childrens with autism and asperger, syndrome. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, Vol. (35), No. (6), pp. 10-28.
- 78- Demyer, B. & Mcodoo, L. (1994). Prognosis in autism: A follow up study. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, Vol. (3), pp. 199-240.
- 79- Depalma, V. & Wheeler, M. (1991). Learning self-care skills, functional programming for people with autism: **A series, Indiana Resource Center for Autism**, Indiana University.
- 80- Dunlap, C. & Fox, S. (1999). **Teaching students with autism**. New York, Kendal, Hunt.
- 81- Edelson, A. (1998). The autistic child in adolescence. **American Journal of Psychiatry**, Vol. (1112), pp. 607-612.
- 82- Ellis, K. (1990). **Professional perspective and practice**. London: Chapman & Hall.
- 83- Ganzalea L. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer. **Journal Focus on**



**Autism and Other Developmental Disabilities**, Vol. (12), No. (1), pp. 2-14.

- 84- Goldstein, et al., (1986). **Abnormal Psychology Experiences Origins and Interventions**, Little Brown and Company, Toronto.
- 85- Gordon, P. (1994). A double blind comparison of compromise, desipromine, and placebo , **the treatment of Autistic Disorders**, Vol. (25), No. (3), pp. 73-85.
- 86- Gillson, (2000). **Autism and social behavior Bethesda M.D.**, Autism Society of America.
- 87- Harold, L. & Benjamin, S. (1998). **Synopsis of psychiatry behavioral Sciences**, Clinical Psychiatry , 8<sup>th</sup> ed , S.A: Library of Congress.
- 88- Howlin, P. (1998). **Children with Autism and Asperger Syndrome: A Guide for Practitioners and Careers**, New York, Weinheim, John Wiley and Sons.
- 89- Inoue, M. ; Lizuka, A. & Kobayahi, S. (1994). Training persons with developmental disabilities in cooking skills: The effects of training program using cooking cards and an instructional video. **Japanese Journal of Special Education**. Vol. (32), No. (3), pp. 1-12.
- 90- Johnson, et al., (1992). The use of management procedures for maintaining responsiveness of autistic individual. A of **Dissertation Abstracts International**, Vol. (53), No. (20), p. 463.
- 91- Jordan, R. (1995). **Understanding and teaching children with autism**. New York: Chichester-Wiley.
- 92- Kane, Patricia Kane, Edward. (1998). Proximal Disturbances in Autistic Spectrum Disorder. **Journal of Orthomolecular Medicine**, Vol. (12), No. (11), pp. 207-218.
- 93- Kawasaki, Y. et al., (1997). Brief Report: Electronic photographic paroxysmal activities in the frontal emerged in middle childhood and during adolescence in a fallow up study of autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (27), No. (5), pp. 605-620.