مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية)

فاعلية برنامج علاج سلوكي لخفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد

د. حسين أبو المجد سيد عويضه

مدرس بقسم علم النفس–كلية الآداب– جامعة جنوب الوادي

محمود سيد فهمي مصطفي

أخصائي نفسي بمركز العزيمة للإدمان بمحافظة قنا

DOI: 10.21608/qarts.2022.122078.1372

مجلة كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي – العدد ٥٣ (الجزء الثاني) يوليو ٢٠٢١

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X

موقع المجلة الإلكتروني: https://qarts.journals.ekb.eg

فاعلية برنامج علاج سلوكي لخفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد

إعداد

د. حسين أبو المجد سيد
مدرس بقسم علم النفس
كلية الآداب – جامعة جنوب الوادي

د. محمود سيد فهمي
أخصائي نفسي بمركز العزيمة للإدمان
بمحافظة قنا

الملخص باللغة العربية:

هدف البحث الحالي إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج علاج سلوكي في خفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من أطفال ذوي طيف التوحد، أعد الباحثان مقياسًا لسلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى الطفل ذوي طيف التوحد والذي تم تطبيقه على أحد والدي الطفل والذين بلغ عددهم (٢٤) من أولياء أمور الأطفال، ثم أعد الباحثان برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي والذي طبق على الأطفال ذوي طيف التوحد وبلغ عددهم (٢٤) طفلًا (١٤ ذكور و١٠ إناث) من المترددين على مركز ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة جنوب الوادي ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية مكونة من (١٢ طفلًا) ومجموعة ضابطة مكونة من (١٢ طفلًا)، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا في المجموعة التجريبية

بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لصالح القياس البعدي، وأخيرًا بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي مما يوضح فعالية البرنامج المعد والمستخدم في الدراسة الحالية في خفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من أطفال طيف التوحد.

الكلمات المفتاحية: العدوان، العناد المتحدي، الانسحاب الاجتماعي، طيف التوحد.

مقدمة

تعد السلوكيات غير المرغوبة عند الطفل ذوي طيف التوحد مثل إيذاء الذات والسلوك العدواني وعدم الطاعة والحركات النمطية والقصور في العلاقات الاجتماعية من أبرز التحديات والضغوطات التي تواجه أسرته والقائمين على رعايته، مما يساعد على تعرض الأطفال ذوي طيف التوحد وأسرهم لخطر العزلة والاستثناء من الأنشطة الاجتماعية، كما تؤثر شدة الإعاقة على الآباء ومفهوم الذات لديهم وقدرتهم على السيطرة على المواقف وممارسة التفاعلات الاجتماعية المختلفة (سليمان الريحانى، ٢٠١٠) .

ويواجه الأطفال ذوي طيف التوحد خطرًا كبيرًا يتمثل في عدم قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم، وذلك لعجزهم عن القدرة على ضبط انفعالاتهم وتنظيمها بطريقة إيجابية، مما يؤدي إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية كالسلوك الاجتماعي السلبي ويتمثل في الكلام غير الملائم، كالضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير، ونوبات الغضب، والعدوانية، وفرط النشاط، والألفاظ السيئة، وقضم الأظافر، والصراخ، وإتلاف ممتلكات الغير(Hirschler, 2015, 28).

والمشكلات السلوكية عند أطفال طيف التوحد عادة ما تحدث بسبب عجز في التواصل، وبعبارة أخرى فإن الطفل التوحدي قد يستخدم سلوكًا غير مناسب، بدلاً من التحدث بشكل مناسب، من أجل التعبير عن رغباته واحتياجاته فمثلاً بدلاً من طلب توفير مكان للجلوس فقد يقوم الطفل بضرب معلمه من أجل التعبير عن رغبته من المعلم بأن يوفر له مكانًا، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يجب أن يتعلموا طرقاً للتواصل الاجتماعي تعوضهم عن هذا السلوك غير المرغوب فيه من خلال برامج سلوكية ووسائل دعم مناسبة (Hines & Simonsen, 2008).

ولذا نجد أن واحدة من السمات الأساسية للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد أنهم يعانون من ضعف التفاعل الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية، وتصل إلى حد سلبي مثل الرفض من قبل الزملاء، ومشاك لأخرى، لذا فإن التفاعلات الاجتماعية أمر مهم لتعليم أطفال طيف التوحد، وقد استخدم الباحثين برامج سلوكية لتعزيز التفاعل الاجتماعي (Petursdottir, Mccomas & Mcmaster, 2007, 354) .

ويوضح محمد خطاب (٢٠٠٥) أن الأطفال ذوي طيف التوحد يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية تبدو في تغيرات مزاجية ونوبات صراخ وسلوك انسحابي من المواقف الاجتماعية ووجود مشكلات سلوكية عديدة منها العدوان وإيذاء الذات. ويظهر العدوان بسبب ضعف القدرة على التنبؤ عند الطفل ذوي طيف التوحد التي تجعل البعض منهم يتبع روتيناً قاسياً وهكذا فإن التغيير المفاجيء لهذا الروتين أو قطعه يسبب الإرتباك الشديد لهم، وبالتالي تظهر السلوكيات العدوانية (Mcmahon, 2004, 219).

ويعد العناد من أبرز المشكلات السلوكية التي يواجهها الأطفال، حيث أن هذا السلوك يصبح سبباً في العديد من السلوكيات السلبية الأخرى مثل السلوك العدواني وإيذاء الذات، ويقدر بعض الباحثين أن حوالي ثلث المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال لها علاقة بالعناد، بينما يؤكد باحثون آخرون أن المشكلة أكثر إنتشاراً من ذلك وأن معظم الأطفال الذين يحالون إلى أخصائيين متخصصين لديهم عدم الطاعة كمشكلة رئيسية (شارلز شيفر وهوارد ميلمان، ٢٠٠١، ٤٠٤).

وأشار جيلسون (Gillson, 2000, 33) إلى أن الانسحاب الاجتماعي هو افتقاد الطفل لمهارة التعبير عن ذاته للآخرين وعدم القدرة على الإقبال عليهم والاتصال بهم والتواصل معهم. والانسحاب الاجتماعي يسبب عجزاً وجدانياً حقيقياً للأطفال التوحديين

يحد من إمكانية تطورهم الفكري ونموهم الذهني وذلك بسبب انزوائهم وضعف تركيزهم في اكتساب المهارات التربوية ونقصهم المهارات الاجتماعية الضرورية في الإبقاء على علاقات الصداقة والتمتع بها.

لذا يرى الباحثان أن سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي من المظاهر المميزة التى يُظهرها العديد من الأطفال ذوي طيف التوحد، حيث يُظهِر الأطفال ذوي طيف التوحد سلوكيات متعددة ما بين سلوكيات مميزة للاضطراب وأخرى مستقلة، ويفضل الأطفال ذوي طيف التوحد أن تسير الأمور إلى نمط محدد دون تغيير ويشعرون بقلق زائد عند محاولة تغير نمط محدد قد تعودوا عليه. حيث يصاب الطفل بالإحباط والغضب نتيجة عدم إشباع حاجته أو تحقيق رغباته التي تجعله يُصدر سلوك يسبب الأذى لنفسه وللآخرين، وتجعل منه طفلًا عنيدًا وعصبيًا بل تجعله ينسحب عن البيئة والمحيطين به، والتي تعوق نموه وتمنع اندماجه مع المجتمع بشكل سليم.

مشكلة الدراسة

تتغير المشكلة السلوكية بتغير كل من الظروف وتاريخ الطفل، وكذلك بحسب شخصية الطفل ودرجة التوحد، فالأطفال الذين يتصفون بالانسحاب والعزلة عن الأخرين يمكن أن تكون استجابتهم لأى ضيق أو إعاقة بنوبات من الثورة والهياج والغضب والعدوانية والتدمير بل الانسحاب الاجتماعي أيضًا (سميرة عبد اللطيف، ٢٠٠٨، ١٤٧). وتعد مشاكل السلوك العدواني متكررة ولكنها غير مفهومة جيدًا لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ومن المرجح أن تتفاوت بشكل كبير مع المشكلات المصاحبة. وتنتشر مشكلة السلوك العدواني في ٢٥٪ من أطفال طيف التوحد (Hill et al., 2014).

تمثل بعض المشكلات السلوكية (مثل السلوك الفوضوي والسلوك العدواني) تحديًا مستمرًا للعديد من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقات العقلية والنمائية (Luiselli,

(2012. فالسلوكيات العدوانية لدى أطفال طيف التوحد مصدر قلق أبوي متكرر وإجهاد للأسرة وضغوط مالية وثقل على مقدمي الرعاية (تغريد تركي، نيكولا وبريدزي، إيان سيوارت، وهاملتون، ٢٠١٢، ٢١٥ –٢٣٥؛ Kanne, & Wodka, 2013) (Hodgetts et al., 2013 وتعد السلوكيات العدوانية الأكثر شيوعًا بين أطفال طيف التوحد مقارنة بغيرهم من الأطفال ومع ذلك تختلف تقديرات انتشار السلوكيات العدوانية لدى أطفال طيف التوحد بشكل كبير، حيث تتراوح من ٨٪ إلى ٦٨٪.

(Bronsard et al., 2010; Mayes et al., 2012)

وأشار ليه وستين (leah & Stein, 2013) أن قدرة أطفال طيف التوحد على استقبال المثيرات الحسية بشكل صحيح ضعيفة بأقرانهم العاديين، ونتيجة لذلك غالباً ما يميلون إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية والانطواء وعدم المشاركة مع الآخرين في الأنشطة الاجتماعية، ومن الواضح أن هذه الأعراض في جملتها هى مظاهر مختلفة للتفاعل الاجتماعي السلبى لتلك الفئة .

وأوضح مارتن هنلي؛ روبرتا رامزي؛ روبورت ألجوزين (٢٠٠٤، ٤٣) أن الأطفال ذوو المشكلات السلوكية هم أولئك الذين يظهرون مشكلات سلوكية ملحة ومتسقة تشتت تعلمهم وتعلم الآخرين وتخل به، وقد يطلق عليهم لفظ المضطربين انفعالياً إلا أنه يدل على أحد أسباب ظهورها، بينما يعد مصطلح المضطربين سلوكياً أكبر وصف هذه الفئة من الأطفال. فالمشكلات السلوكية تؤثر في قدرة الطفل على التعلم أو التفاعل بنجاح مع الأقران أو المجتمع، وقد تكون المشكلات مصدر قلق للآباء والأمهات والحياة الأسرية، وقد تؤدي إلى مشكلات مدرسية.

(Eberg, Nelson & Boggs, 2008, 237)

ويرى كل من هودزيك وديركز والثوف وكومبلاند وبومسما (Hudziak, Derks, Althoff, Copeland & Boomsma, 2005) أن العناد من المشكلات السلوكية

التي تبدو بشكل واضح لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، فالطفل التوحدي لا يستجيب لأي رجاء أوامر أو تكليف، ويعتبر هذا التصرف إحدى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوي طيف التوحد، فبالرغم من ضعف حصيلتهم اللغوية، إلا أنهم يصرون على عدم التجاوب لما يصدر لهم من أوامر أو أسئلة يضاف إلى ذلك أن الطفل ذوي طيف التوحد لا يتجاوب مع أحاسيس الآخرين ومشاعرهم، وغالباً ما تصدر منه أصوات تعبر عن فشل محاولات تعلم طفل طيف التوحد الإيجابية والطاعة. وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن نسبة انتشار ظاهرة العناد والسلبية بدرجاتها المختلفة تبلغ حوالي من (١٦-٢٢٪) من مجموع أطفال المدارس، وعلى الرغم من أن هذا السلوك يمكن أن يبدأ مبكراً في سن الثالثة من العمر، إلا أنه دائمًا يتضح في سن الثامنة، ويظهر سلوك العناد أكثر عند الأولاد من البنات(Edward& Crocker, 2008, 5).

ويمثل الانسحاب الاجتماعي أحد صور المشكلات السلوكية وينعكس في سلوك التخوف والارتباك من المواقف الاجتماعية والتفاعلات مع الاخرين، فقدان الاهتمام بالأحداث والأشياء والأشخاص، ويظهر الكثير من الأطفال ذوي طيف التوحد انسحابًا من المواقف الاجتماعية والعزلة فلا يستجيبون للآخرين ولا ينظرون إلى الأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يكونون صداقات بسبب افتقارهم للمهارات الاجتماعية المناسبة لفعل ذلك. وهم لا يمثلون أي تهديد لغيرهم من الأشخاص.

(Cadogan & McCrimmon, 2013)

ونتيجة للصعوبات التي يعانى منها أطفال طيف التوحد فإن رغباتهم وطموحاتهم غالباً ما تقابل بالفشل فهم يجدون صعوبة بتنظيم خبراتهم الشخصية وتقديم أنفسهم للآخرين ويخفقون بالتعبير عن ذاتهم وهذا الفشل والإحباط يؤدى بهم إلى الغضب والعدوان (Lindner, 2005, 4).

يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي: (إلى أي مدى يؤثر التدخل العلاجي السلوكي في خفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد؟) وتنبثق عن هذه المشكلة بعض المشاكل الفرعية التي تتمثل فيما يلي:

١) إلى أي مدى تختلف المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس البعدي في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي؟

٢) إلى أي مدى يختلف القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي؟

٣) إلى أي مدى يختلف القياس القبلي عن القياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن تأثير التدخل العلاجي السلوكي في خفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد) وينبثق عن هذا الهدف العام أهداف فرعية تتمثل فيما يلي:

١) الكشف عن الاختلاف بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

٢) الكشف عن الاختلاف بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

٣) الكشف عن الاختلاف بين القياس القبلي والقياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

أهمية الدراسة:

تأتى أهمية البرامج السلوكية في تحسين وخفض حدة بعض السلوكيات المضطربة، وأيضًا تأتي أهميتها فى دورها الفعال في رفع القدرات الوظيفية والمهارات السلوكية للأطفال، وذلك من خلال اتباعها للمنهجية العلمية عند التخطيط لها، بالإضافة لاعتمادها على المشاركة الفعالة عند التطبيق باستخدام مواقف وأنشطة تقوم على حقائق ومعلومات تؤدي إلى أحداث التغيير المطلوب.

ومن هنا يمكن رصد أهم النقاط الهامة للدراسة الراهنة فيما يلي :

١. تحاول هذه الدراسة تقديم مقترحات وخطوات علمية لخفض حدة بعض سلوكيات (العدوان – العناد المتحدي – الانسحاب الاجتماعي) لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد .
٢. تفيد النتائج القائمين على الرعاية والمتخصصين في مجال الإرشاد وتعديل السلوك في التخطيط لنشاطات جماعية وفردية فيما يتعلق بتلك الفئة.
٣. كما تأتي أهمية هذه الدراسة في اهتمامها بفئة أطفال طيف التوحد التي يزداد حجمها يومًا بعد يوم، إذ يعكس الانتشار السريع لاضطراب طيف التوحد مدى الخطورة والضغوط التي تواجها الأسرة والأخصائيين والمعلمين بل تلحق الخطورة والضغوط بالمجتمع الذي يعيشون فيه.
٤. إعداد المقاييس التي يمكن من خلالها تقييم سلوكيات (العدوان – الانسحاب الاجتماعي – العناد) لدى أطفال طيف التوحد.
٥. إعداد برنامج علاج سلوكي يمكن استخدامه من قبل الأخصائيين أو أولياء الأمور لخفض حدة سلوكيات (العدوان – العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي) لدى أطفال طيف التوحد.

الإطار النظري

مفهوم الاضطرابات السلوكية:

يعرف أحمد عكاشة (٢٠٠٣، ٦٨) الاضطرابات السلوكية بأنها جملة من السلوكيات المضطربة أو الشاذة التي يلجأ إليها الفرد لتخفيف حدة التوتر النفسي المؤلم، وحالات الضيق الناشئة عن الإحباط المستمر، لعجزه عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع دوافعه بعد أن يعجز عن حل مشاكله بالطرق المباشرة التي تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة .

والاضطرابات السلوكية عبارة عن استجابة سلوكية شاذة أو غير متوقعة في سياق ثقافي معين، والذي يعتمد على معيار الانحراف الذي عادة ما يستعمل المعيار الاحصائي للدلالة عليه، فيعتبر الشذوذ ما يخرج عن العام أو المتداول و منه يعتبر غير العادي و غير المألوف اضطراب (Sue et al., 2013).

وتعتمد الدراسة الراهنة على سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي).

أولاً: العدوان Agressive

عرف باندورا (Bandura, 1973, 81) العدوان بأنه سلوك يحدث نتائج مؤذية أو تخريبية أو السيطرة على الآخرين جسمياً أو لفضياً وهذا السلوك يتعامل معه المجتمع بوصفه عدواناً ويحدد باندورا ثلاثة معايير ليتم في ضوئها الحكم على السلوك أنه عدوانياً. (١) خصائص السلوك ذاته (إهانة، أو تخريب). (٢) شدة السلوك. (٣) خصائص كل من الشخص المعتدي والشخص المعتدى عليه.

العدوان هو سلوك متكرر وغير مقبول اجتماعيًا، يمكن ملاحظته وقياسه، ويظهر في صورة عدوان بدنى أو لفظي، أو ارشادي، وتتوفر فيه الاستمرارية، ويهدف إلى

إلحاق الضرر والأذى بالذات أو الآخرين، أو بالأشياء المادية، وتختلف أسبابه ومظاهره وشدته من فرد إلى آخر(رأفت خطاب، ٢٠٠١، ٨).

السلوك العدواني هو سلوك يهدف إلى إيذاء شخص آخر ولديه الدافع لتجنب التعرض للأذى، يتميز السلوك العدواني بمستويات مرتفعة من السمات العدوانية؛ وتحدد السمات العداونية الأشخاص المعرضين في الانخراط في العدوان الجسدي واللفظي (Bettencourt, Talley, Benjamin & Valentine, 2006)

كما أن العدوان نوع من السلوك الاجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة وإيذاء الغير أو الذات تعويضاً عن الحرمان فهو يعد استجابة حقيقية للإحباط (سمية طه، ٢٠٠٨، ٤٥). وهو سلوك ينتج عنه إيذاء شخص آخر أو اتلاف لشيء أو هو سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو للسيطرة من خلال القوه الجسدية أو اللفظية على الاخرين (ماجدة السيد، ٢٠١٥، ١٤٤).

التعريف الإجرائي للسلوك العدواني:

هو الدرجة التي يحصل عليها الطفل في بعد السلوك العدواني المستخدم في هذه الدراسة.

ويعرف الباحثان السلوك العدواني بأنه سلوك غير مرغوب فيه يقوم به الطفل بشكل مقصود أو غير مقصود من أجل إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين ويمكن أن يكون إيذاء بدني كالضرب أو العض، أو إيذاء نفسى كإطلاق الكلام البذيء.

ويقسم العدوان إلى نوعين **الأول: العدوان الموجه نحو الذات:** يحدث هذا النوع من العدوان لدى الأطفال المضطربين سلوكياً حيث يوجهون عدوانهم نحو الذات بهدف إيذاء النفس وإيقاع الأذى بهم. الثاني: **العدوان الموجه نحو الآخرين:** وهو اعتداء الطفل على الآخرين المحيطين به أو على ممتلكاتهم، والخروج على القوانين والنظم المعمول بها، وعدم الالتزام بالسلوك المقبول اجتماعياً(سوسن مجيد، ٢٠٠٨، ١٢٥).

ويري حافظ بطرس (٢٠١٠، ٣٥٨-٣٦٩) أن هناك مجموعة من الأسباب وراء ظهور السلوك العدواني عند الطفل منها:

١- الإحباط والحرمان والقهر الذي يعيشه الطفل.

٢- تقليد الآخرين والاقتداء بسلوكياتهم العدوانية (الأب، المدرس).

٣- الصورة السلبية للأبويين في نظرتهم لسلوك الطفل.

٤- الأفكار الخطأ التي تصل لذهن الطفل عندما يفهم أن الطفل القوي الشجاع هو الذي يصرع الآخرين ويأخذ حقوقه بيده لا بالحسنى.

٥- عزل الطفل في مراحله الأولى عن الاحتكاك الاجتماعي وقلة تشجيعه على مخالطة الناس.

ثانيا: سلوك العناد المتحدي defiant Intransigence

العناد هو سلوك يعبر عن نزعة الفرد إلى مخالفة الوالدين أو الكبار، وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، فهو تأكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعاً عدوانياً تجاه الوالدين أو الكبار، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم (نبيلة الشوربجي، ٢٠٠٣، ١٢٢). بينما يعرف عبدالله عسكر (٢٠٠٥، ٦٦) العناد بأنه نمط من التمرد والتحدي والسلوك السلبى نحو أنماط السلطة ودائماً ما يتم التعرف عليه قبل سن الثامنة ونادراً ما يتأخر بعد المراهقة المبكرة.

ويعرف تيموثي (Timothy, 2008, 3) سلوك العناد المتحدي بأنه نمط من اضطراب السلوك في الأطفال والمراهقين الذين يتصفون بالسلوكيات المتحدية والعصيانية والعدائية موجهة نحو الكبار في مناصب السلطة، ويجب أن يستمر نمط هذا السلوك لمدة ستة أشهر على الأقل. بينما يعرف مجدى الدسوقي (٢٠١٣، ١١) اضطراب العناد المتحدي بأنه نمط من السلوك السلبى والمنحرف والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية مثل مضايقة

الآخرين وإزعاجهم، والولع بالجدل، وتقلب الحالة المزاجية، وتدمير الممتلكات، والعدوان إتجاه الآخرين، وبداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر.

فاضطراب العناد يعتبر من السلوكيات الأكثر شيوعاً لدى الأطفال عامة، ويعتبر عاملًا أساسيًا في قلق الآباء (Bubier & Lanza ,2015, 285).

التعريف الإجرائي للعناد:

هو الدرجة التي يحصل عليها الطفل على بعد العناد المستخدم في هذه الدراسة.

يعرف الباحثان العناد بأنه الرفض المستمر الذى يظهره الطفل اتجاه الأوامر والنواهي والإرشادات الموجهة إليه من قبل الآخرين والإصرار على الفعل الذى يريده.

أشكال العناد المتحدي:

- **التحدي الظاهر:** بحيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للغضب للدفاع عن موقفه.
- **نمط العصيان الحاقد:** ويؤدي إلى قيام الطفل لعمل عكس ما طلب منه تمامًا .
- **شكل المقاومة السلبية:** حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويصبح حزيناً أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع أو يمتثل لحرفية التعليمات. (محمود السعيد ،٢٠١٣، ٨٥).

خصائص الطفل ذوي اضطراب العناد المتحدي:

١- التفكير الرجعى والصلب الذى يصعب معه التكيف في المواقف الجديدة.

٢- الغضب والتصرفات السلبية.

٣- الحساسية الزائدة التي تؤدى إلى الضيق والغضب والانزعاج.

٤- صعوبة فهم وترجمة المشاعر والمواقف الاجتماعية.

٥- اتسام الطفل بأنه سلبي وغير متعاون (Dengangi & Kendell, 2008, 111)

ثالثاً: سلوك الانسحاب الإجتماعي Social withdrawal

هناك العديد من تعريفات الانسحاب الاجتماعي وعدة مصطلحات وأوصاف سواء من الناحية التربوية او الناحية النفسية والاجتماعية (كالعزلة والقلق والخمول وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي وعدم القدرة على التعبير اللفظي، العزلة الاجتماعية– الانطواء على الذات – الانطواء الاجتماعي.

يعرف مويهيرتر (mewhirter, 1990, 417) الانسحاب الاجتماعي بأنه حالة من الضغوط العاطفية التي تكون لدى الفرد مشاعر الاغتراب وعدم الفهم والرفض من قبل الآخرين، ونقص المشاركة الاجتماعية في الأنشطة الملائمة والمرغوب فيها، وخاصة الأنشطة التي تقدم الإحساس بالتكافل الاجتماعي. وأيضًا يعرف الانسحاب الاجتماعي بأنه معاناة الفرد من عجز في الاستجابات الاجتماعية، ونقص في ضبط المثيرات، وحاجة مستمرة إلى التعزيز لزيادة تفاعله مع الأقران (100–96 ,1997 ,strain). ويعرف كمال سيسالم (٢٠٠٢، ٤١٨) السلوك الانسحابي بأنه أحد المظاهر التي يتميز بها الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية، وهو السلوك الذى يعبر عن فشل الطفل في التكيف مع الواقع، ومع متطلبات الحياة الاجتماعية، وأن من مظاهر هذا النوع من السلوك الانطواء على الذات، وأحلام اليقظة، والقلق الزائد وادعاء المرض، والخوف، وعدم الرغبة في إقامة علاقات مع الآخرين.

التعريف الإجرائي للانسحاب الاجتماعي :

هو الدرجة التي يحصل عليها الطفل على بعد الانسحاب الاجتماعي المستخدم في هذه الدراسة.

ويعرف الباحثان الانسحاب الاجتماعي بأنه ميل الطفل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والفشل في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب وعدم قدرته

على التواصل الاجتماعي مع الآخرين كعدم القدرة على بناء صداقه مع الأصدقاء والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة.

أعراض السلوك الانسحابي:

١- أعراض عاطفية:

مثل الشعور بالانفصال عن الآخرين، والخوف، الخجل. والاغتراب وعدم الفهم والرفض والافتقار إلى التقبل والود والحب.

٢- أعراض سلوكية:

حيث يتجنب المنسحب الدخول في العلاقات الاجتماعية، بل يفقد المهارات الاجتماعية على نحو مستمر، ولا يطور صداقاته (فاطمة سعود، سميرة خرموش وأمل سعود، ٢٠١٦، ٨).

وتشير سوسن الحلبى (٢٠٠٥، ٥٥) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال طيف التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي : **(أ) التجنب الإجتماعي** حيث يتجنب أطفال طيف التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم. **(ب) اللامبالاة الإجتماعية** حيث يوصف أَطفال طيف التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين. **(ج) الإرباك الإجتماعي** حيث يعانى أطفال طيف التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

النظريات المفسرة لسلوكيات (العدوان – العناد – الانسحاب الاجتماعي):

نظرية التحليل النفسي:

العدوان لدى فرويد قوة غريزية فطرية في الانسان تنشأ من غريزة الموت التي تعبر عن رغبة لاشعورية داخل كل فرد في الموت، حيث افترض فرويد وجود غريزتين رئيسيتين عند الانسان: غريزة الجنس وغريزة العدوان، واعتبر عدوان الانسان على نفسه أو على غيره تصريفًا طبيعيًا لطاقة العدوان الداخلية التي تنبهه وتلح في طلب الإشباع، ولا تهدأ إلا إذا اعتدى على غيره بالضرب والإيذاء والقتل، أو اعتدى على نفسه بالتحقير والإهانة والإيذاء والانتحار (خليل قطب، ١٩٩٦، ١٠٠ ,Kaufman, 1985 13;) فالعدوانية الإنسانية ناتجة عن قوة يولد بها الإنسان ترجع مباشرة للرغبة الغريزية للتدمير وهو ما أسماه برغبات الموت وهي طاقة الحياة، من هنا يرى فرويد أن الطاقة العدوانية يمكن تفريغها إما بأسلوب مقبول اجتماعيًا من خلال أعمال أو ألعاب نشطة أو من خلال أنشطة غير مرغوب فيها مثل إهانة الآخرين، القتال أو تدمير الممتلكات (شارلز شيفر، هوارد ميليان، ٢٠٠١، ٢٣٧). وأشار أدلر إلى أن العدوان وسيلة للتغلب علي مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل، وإذا لم يتم التغلب علي هذه المشاعر، عندئذ يصبح العدوان استجابة تعويضية عن هذه المشاعر (سامى محمد ، ٢٠٠٢، ٨٦).

في حين تُرجع نظرية التحليل النفسي سلوك المعارضة والعناد المتحدي إلى المرحلة الشرجية وأنه إذا كانت طريقة الأم شديدة الصرامة، فقد يقبض الطفل على فضلاته ويصاب بالإمساك، فإذا ما عمم هذا الاسلوب في الاستجابة إلى مجالات من السلوك فقد ينمو لدى الشخص خلق قابض . فيصبح عنيداً شحيحاً، وذلك هو النموذج الاولى لجميع أشكال السمات الطاردة، أو القاذفة كالقسوة، والميل إلى التدمير، ونوبات الغضب والهياج وانعدام النظام (كالفين هول، جاردنر ليندزى، ١٩٧٨، ٧٦) .

كما شرح فرويد أسباب سلوك الانسحاب الاجتماعي حيث أرجعه إلى مرحلة الطفولة المبكرة لاسيما الخمس سنوات الأولى، إذ أن الخبرات التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة تؤثر في شخصيته مستقبلًا (صباح هرمز وحنا إبراهيم، ١٩٨٨، ٢٥). وهى تؤكد على نقطة رئيسية في مفهوم الشخصية هي القلق العصابي وترى أن شعور الفرد بالعزلة والانسحاب يتزايد وينتشر في عالم عدائي وينشأ القلق نتيجة شعور الفرد بعدم الأمان في مراحل حياته المبكرة، إن الشعور بعدم الأمان هو نتاج عوامل بيئية متضاربة تحيط بالفرد (Engler,1985,123). فالشعور بالعزلة تمثل حالة الكبت للخبرات المحبطة في اللاشعور والتي اكتسبت خلال مرحلة الطفولة المبكرة على أثر الفشل في الحصول على الدفء والعلاقات الحميمة مع الآخرين وإحباط حاجته إلى الانتماء، ويرى آدلر أن شعور الفرد بالعزلة يرجع إلى إساءة الوالدين له في طفولته أو حرمانه من الحب والعطف والتشجيع مما يؤدى إلى شعوره بالنقص نظراً لافتقاره الى عامل الشعور الاجتماعي (عادل محمد، ٢٠٠٠، ١٩٤).

النظرية السلوكية:

تشكل نظرية التعلم ومبادئ السلوك الأساس للعلاجات السلوكية الحالية للعدوان في اضطراب طيف التوحد وتعتمد هذه المبادئ على الملاحظة الدقيقة وتعريف السلوك، بالإضافة إلى الإعتراف بأن السلوك يخدم غرضًا أو وظيفة (Plavnick et al., 2015) ويرى السلوكيون أن الأطفال ذوي المشكلات السلوكية يتعلمون السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً من تفاعلاتهم مع الأفراد الآخرين في بيئتهم مثل الأسرة والأصدقاء والجيران وهذه السلوكيات غير اللائقة تعزز بصورة قوية وتكون النتيجة أن يصبح الطفل غير قادر على أن يؤدي النماذج المتوقعة منه بصفة مستمرة (Shepherd, 2010, 46).

لذا يعتبر السلوكيون أن العدوان متغير من متغيرات الشخصية، وأنه نوع من الاستجابات السائدة والتي تؤدي العادة دورًا كبيرًا بها، ويكون العدوان عادة الهجوم الذي يتحدد بقوة الاستجابة العدوانية وفق أربعة متغيرات وهي: مسببات العدوان، تاريخ العدوان، التسهيل الاجتماعي، والطبع أو المزاجية (مكى محمد، ٢٠١٠، ٨٢). ولقد قدم "باندورا "العوامل التي تساعد على استمرار السلوك العدواني في ضوء نظريته وهي:

- **التدعيم المباشر الخارجي:** المتمثل بامتداح الوالدين أو المجتمع لسلوك الفرد العدواني
- **تعزيزات الذات:** إذ يرى المعتدي أن سلوكه يجلب له نفعاً يحقق له مصلحة، أو لأفراد أسرته.
- **التدعيم البديلي:** المتمثل برؤية الفرد المكاسب المادية التي يحصل عليها المعتدي، وتخلصه من الإضرار المحتملة، فيحاول هذا الفرد تقليد المعتدي في عدوانه.
- **التحرر من عقاب الذات:** بأن يجرد المعتدى عليه من الصفات الإنسانية، ويقنع ذاته بأن المعتدى عليه يستحق الاعتداء عليه وإلحاق الأذى به (Bandura, 1978, 21).

فالسلوك الجانح عبارة عن سلوك متعلم وعادات سلوكية سالبة اكتسبها الفرد للحصول على التعزيز أو الرغبات، وهذه السلوكيات إما أن يكون قد تعلمها عن طريق ملاحظة نماذج سالبة في حياته، أو يكون قد سلك طريقاً سالبة وحصل على التعزيز، أو قد يكون رد فعل وحصل على تفريغ بعض شحنات نفسية سالبة. ويسوق كوفمان بعض نتائج الدراسات التي تدعم وجهة نظر نظرية التعلم الاجتماعي على النحو التالي:

١- يتعلم الفرد العدوان ما خلال ملاحظة النماذج العدوانية، فالأطفال يتأثروا إلى درجة كبير بسلوكيات والديهم ومعلميهم وزملائهم.

٢- يزيد احتمال تقليد الفرد للنماذج العدوانية عندما يكون النموذج ذا مكانة اجتماعية مرموقة، وعندما يلاحظ أن النموذج يكافأ على عدوانه، أو عندما يلاحظ انه لا يعاقب على ذلك السلوك.

٣- يزيد احتمال قيام الفرد بالعدوان عندما يتعرض لمثيرات مؤذية.

٤- يزيد العقاب من احتمال حدوث العدوان ويعمل بمثابة نموذج للعنف (Widus, 1996,78)

ويعتبر هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي سلوك متعلم، يتعلمه الفرد من البيئة المحيطة، ويعتبر هذا الاتجاه أن الإنسان ابن البيئة، بما تشمله من مثيرات واستجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية والنفسية والبيولوجية وغيرها وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءاً من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطة الاجتماعي عن طريقة التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحو أو العزل أو الإطفاء أو النمذجة الإيجابية وغيرها من أهم أساليب تعديل السلوك.

(Herbet & Wookeyj ,2004, 43 ; Kinyua, 2013, 27)

ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن الإهمال الذي يلقاه الفرد في طفولته المبكرة من والديه أو المحيطين به والمعاملة القاسية في التنشئة لا يساعد في تدعيم التعلق بينه وبينهم ويؤدي إلى غياب التفاعل الإيجابي وعدم شعوره بالآمن والطمأنينة وهو ما يقوده إلى تدني مستوى التفاعل الاجتماعي، مما يؤدي إلى سلبيته وانسحابه عن الآخرين وبالتالي شعوره بالعزلة والانطواء (عبدالمنعم جاسم، ٢٠٠٩، ٢٩).

النظرية الوراثية:

ترى أن العوامل الفردية هي سبب اضطراب العناد والمشاكل السلوكية الأخرى مثل الفشل الدراسي والإدمان والافتقار إلى الضبط الذاتي وهو العامل الرئيسي الذى يؤدى بالطفل إلى سلوك مضاد للمجتمع، وترجع هذه العوامل إلى استعداد وراثي أو ظروف فسيولوجية في الرحم كالتعرض للنيكوتين، وهذا الاستعداد يضع الأفراد في مجال خطر كبير من الاضطرابات المزاجية مثل الغضب والمشاعر السلبية والنشاط الزائد. (Capaldi & Eddy, 2005, 285-287)

حيث يشكل الجهاز العصبي أداة إستجابة الفرد للظروف البيئية المتغيرة المحيطة به واذا ما اخفق الجهاز العصبي فى القيام بتلك الإستجابة الملائمة إزاء بيئة الفرد الذي يسبب له الاضطراب السلوكي، فضلاً عن ذلك أن الطفل يمر بمراحل نمو مختلفة من حياته إلى أن يصل إلى ما ينظم شخصيته من مكونات مختلفة ، جسمية ، عقلي ، اجتماعية وحركية وتتضافر فيما بينها لكى تشكل الشخصية وتحدد السلوك بعد ذلك في مواقف الحياة (مصطفى نورى، خليل عبد الرحمن، ٢٠٠٩، ٤٠).

يتبنى الباحثان توجه المدرسة السلوكية في تفسير السلوكيات المضطربة لدى أطفال طيف التوحد والتي تنظر إلى تلك السلوكيات على أنها سلوك متعلم من البيئة المحيطة، أو أنها تتشكل عن طريق ملاحظة وتقليد نماذج سلوكية مضطربة في حياته ويظهر ذلك خلال تفاعلاته مع الأفراد الآخرين مثل الأسرة والأقران وزملاء المدرسة، أو يكون قد صدر عنه سلوكيات مختلفة لاقت دعمًا وتعزيزًا.

اضطراب طيف التوحد:

تعد فئة الأطفال ذوي طيف التوحد فئة غير متجانسة في خصائصها، فقد يكون لطفلين توحديين التصنيف والتشخيص ذاته إلا أن خصائصهم قد تختلف وتتنوع، فبعض الأطفال ذوي طيف التوحد يظهرون انعزالًا كاملاً عن المحيط الاجتماعي

ويميلون إلى الوحدة، في حين يبدي البعض الأخر أنماطًا من التفاعل، كما أن الخصائص السلوكية مثل الحركات النمطية مختلفة بين الأطفال ذوي طيف التوحد (Collins, 2010).

ويعرف اضطراب طيف التوحد على أنه إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ في التواصل سواء أكان لفظيا أم غير لفظي وكذلك على التفاعل الاجتماعي وتظهر أعراضه الدالة علية بشكل ملحوظ قبل عمر الثلاث سنوات، إذ يؤثر سلبيًا في أداء الطفل التربوي، ويرتبط اضطراب طيف التوحد بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية.

(Hallahan, Kauffman & Pullen, 2009)

وعرف مانريدي وآخرون (Manfredi et al., 2020, 21) الأطفال ذوي طيف التوحد بأنهم "الأطفال الذين تظهر لديهم قبل بلوغ ست سنوات مظاهر الإضطرابات العصبية النمائية التي تتسم بعيوب في التفاعلات الإجتماعية والتواصل الإجتماعي والسلوكيات النمطية".

بينما عرف ساتارستوم وأخرون (Satterstrom et al.,2017, 1) الأطفال ذوي طيف التوحد بأنهم "الأطفال الذين يعانون من اضطراب يغطي مجموعة كبيرة من الأعراض والمهارات ومستويات الإعاقة والتي تتراوح في شدتها ما بين عيوب تحد أو تعوق الحياة العادية للأفراد إلى إعاقة شديدة تتطلب رعاية تامة في مؤسسة علاجية". كما عرف مكوي وليو ولوتز وسيستي (McCoy, Liu, Lutz, & Sisti, 2017, 13) الأطفال ذوي طيف التوحد بأنهم "الأطفال الذين يعانون من حالة من الإضطرابات العصبية النمائية المعقدة التي تتسم بأنماط من السلوك التكراري وصعوبات في التفاعل الإجتماعي والتواصل". وأشار نارزيسي (Narzisi, 2017, 7) إلى أن الأطفال التوحديين يُظهرون قصور في التفاعل الاجتماعي, ووصف بارغورن وأخرون

(Burghoorn et al., 2017, 176) مجموعة من السمات المرتبطة بالتماسك المركزي بين الأطفال ذوي طيف التوحد ، وأخيرًا تشير نتائج بعض الدراسات على أن اضطراب طيف التوحد يرتبط بنمط معين من عيوب الوظائف اللغوية (Ferguson et al., 2017, 192)، وإذا ما أهمل طفل طيف التوحد فإن نمو شخصيته يتجه إلى الانحراف لإحساسه بأنه مختلف عن الآخرين لافتقاره إلى الشعور بالثقة والتكيف والاتزان الانفعالي الذي يكتسبه الآخرون من خلال إنجازاتهم المختلفة.

(Kenny et al., 2016, 442)

برنامج العلاج السلوكي:

هو خطة علاجية موجزة يتحقق من خلالها أقصى استثمار لوقت المعالج مع أقل التكاليف للعميل (Bemi et al., 2008, 107). وقد ركز العلاج السلوكي على العلاقة بين السلوك الظاهر والمتغيرات البيئية الخارجية، وتجنب الخوض في الحياة العقلية، والعمليات النفسية الداخلية. ولكن هذا الوضع بدأ يتغير مع بداية السبعينيات من القرن الماضي حيث أصبح العاملون في ميدان العلاج السلوكي يبدون اهتماما أكبر بتحليل العمليات المعرفية وتعديلها مثل: التخيل، والتفكير، والحديث الذاتي، بهدف تغيير السلوك الظاهر، وقد انتهى هذا الدمج بين العلاج السلوكي وأساليب العلاج المعرفية بميلاد المجال السلوكي المعرفي (Granvold, 1994, 78). ويعد تعديل السلوك هي وسيلة لتعليم الأفراد سلوكيات جديده، أو تغيير سلوك تعلموه بالفعل ولكنه سلوك ضار أو سلبي أو غير مقبول من قبل المجتمع (Kapple et al., 2012, 3).

وذكر عيسى عبد السلام (٢٠٠٦) أن البرامج السلوكية تقوم بالعديد من الوظائف التي تساعد على تحسين وتعديل السلوك ومنها:

- مساعدة الفرد على تحديد ومواجهة مشكلاته بصورة أكثر فاعلية
- تحسين نوع الخبرات التي تهدف إلى تحسين المهارات الحياتية.

- تدريب الفرد على بعض الاساليب المعرفية أو السلوكية
- إتقان المهارات المعرفية السلوكية التي تم تعلمها من خلال البرامج
- التفاعل والايجابية من خلال المشاركة
- توظيف ما تعلمة الفرد من مفاهيم وأفكار جديدة وصحيحة

خطوات العلاج السلوكي لذوى الاحتياجات الخاصة:

يمكن تحديد خطوات العلاج السلوكي فيما يلى:

١– تحديد السلوك المراد تعديله وتعريفه إجرائياً وبشكل واضح.

٢– ملاحظة السلوك وجمع معلومات عنه وما الظروف التي يحدث فيها وما السوابق التي تؤدى إليه وما النواتج المسؤولة عنه.

٣– وضع خطة عملية لتعديل السلوك مثل التشكيل أو التسلسل أو التلقين أو غيرها (سعيد حسنى،٢٠٠٢، ١٤٤).

ويعتمد الباحثان في خفض حدة سلوكيات (العدوان – العناد المتحدي – الانسحاب الاجتماعي) لدى أطفال طيف التوحد من خلال استخدام بعض الأساليب السلوكية وهى :

- **أسلوب التعزيز:**

هو الحدث الذي يتبع الاستجابة ويرفع من توقعات وقوعها لاحقاً كما أن التعزيز هو عملية تثبيت السلوك المناسب، أو زيادة احتمالات تكراره في المستقبل، وذلك بإضافة مثيرات إيجابية، أو إزالة مثيرات سلبية بعد حدوثه، ولا تتوقف وظيفة التعزيز على زيادة احتمالات تكرار السلوك في المستقبل، فهو ذو أثر إيجابي من الناحية الانفعالية أيضاً، فالتعزيز يؤدى إلى تجويد مفهوم الذات وتحسينها، وهو أيضاً يستثير الدافعية ويقدم تغذية راجعة وبناءة (عناية حسن، ٢٠١٤، ١١). ويتضمن التعزيز توفير النتائج المرغوبة بعد السلوك لزيادة احتمالية حدوث السلوك مرة أخرى، وتعتمد استراتيجيات

التعزيز التفاضلي على حدوث السلوك المشكل المستهدف أو السلوكيات التكيفية، والتي تشمل توفير التعزيز في غياب السلوك المشكل (Matson, Dixon & Matson , 2005).

ومن شروط التعزيز:

١- أن يكون بعد السلوك مباشرة بحيث لا تكون هناك فترة زمنية كبيرة بين السلوك وإعطاء التعزيز.

٢- أن يتناسب حجم التعزيز مع السلوك المعزز.

٣- استمرارية التعزيز وخصوصاً في بداية التعلم ثم نبدأ تعزيزاً متقطعاً.

٤- أن يكون التعزيز المقدم مرغوباً من قبل الطفل(عزيز سمارة، عصام النمر، هشام الحسن، ١٩٩٩، ٥٠).

- **أسلوب التقليد أو النمذجة :**

تعد النمذجة أحد فنيات العلاج السلوكي التي تهدف إلى تعديل سلوك الفرد، وهى تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق الملاحظة، بتعرضه بصورة منتظمة للنماذج وتقديم معلومات يكتسبها الفرد بوصفها تمثيلات رمزية للحدث، وهناك ثلاث أساليب لتقديم النموذج السلوكي: الأفلام، أشرطة التسجيل، والنماذج الحية والتي تستخدم عادة في عملية الإرشاد الجماعي (Pepinsky, 2000, 266).

وتستخدم أساليب النمذجة عندما يقوم المعلم بأداء مهارة معينة، ويتوقع من الطفل تقليده في أدائها ويمكن تعليم الطفل التقليد من خلال سلسلة من المهام والخطوات، وبمجرد أن يصبح الطفل قادراً على التقليد فإنه يمكن التدريب على بعض المهارات عن طريق تقليد شخص آخر تؤدى هذه المهارات سواء كانت لفظية أم حركية (محمد خطاب، ٢٠٠٥، ١٠٧) .

- **أسلوب النشاط اللعبي :**

يعتبر أسلوب النشاط اللعبي من الأساليب الترويحية، والتربوية، والتعاونية، والتعليمية الهادفة، حيث يستخدمه المشرفين بهدف إشاعة جو الود والمرح والسعادة والتعاون بين الأفراد المشاركين في البرنامج العلاجي، مما يساعدهم على تكوين علاقات جيدة مع أقرانهم من خلال تنمية روح الجماعة والتواصل والتفاعل الاجتماعي، وتنمية العديد من المهارات، واللعب التربوي والأنشطة الترويجية ميزات عديدة منها:

– يفيد اللعب في تقوية البدن، وتجديد النشاط.

– يجعل المتعلم على طبيعته كما يسلك في حياته العادية.

– يزيد من ثقة الفرد في ذاته، ويحسن التكيف الاجتماعي لديه.

– يعمل على تنمية الميول والاتجاهات (حسين كمال الدين،٢٠٠١، ١٣).

كما أنه يعزز النمو الجسمي والعقلي، ويساعد على الادراك والتفكير والتذكر، ويعمل على تحقيق توافق الطفل وتعديل سلوكه وزيادة نموه المعرفي (Saposnik & Levin , 2014).

الدراسات السابقة:

أولا الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية للسلوك العدواني لدى أطفال التوحد

في دراسة ستراتون وآخرون (Stratton et al., 2003) تم تطبيق برنامج إرشاد جمعي باستخدام المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات لعلاج الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية (كالسلوك العدواني والانسحاب الاجتماعي)، حيث طبقت تلك الدارسة على عينة تكونت من (٩٩) طفل تتراوح أعمارهم بين (٤–٨)، وأشارت نتائج الدارسة إلى تحسن في انخفاض معدل السلوك العدواني في البيت والمدرسة، ونمو العلاقات الاجتماعية مع الأقران وأصبح الأطفال أكثر قدرة على السيطرة على سلوكياتهم غير المقبولة مقارنة مع المجموعة التى لم يطبق عليها البرنامج.

بينما في دراسة سيد جارحي (٢٠٠٤) فقد هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد وخفض سلوكهم المضطرب متمثلاً في (السلوك العدواني) وتكونت عينة الدراسة من(١٠) أطفال من ذوى طيف التوحد تمثلت (٧ ذكور و ٣ إناث) تراوحت أعمارهم بين (٥- ٨) سنوات وقد قسمت العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تنمية المهارات السلوكية الاجتماعية وخفض السلوكيات العدوانية غير المقبولة.

أما في دراسة روبرت وآخرون (Robert et al., 2009) التي هدفت الدراسة إلى خفض مستوى إيذاء الذات والعدوان لدى عينة من أفراد ذوى طيف التوحد والإعاقات العقلية، تكونت عينة الدراسة من أربع أفراد من ذوى طيف التوحد، تتراوح درجة الإعاقة لديهم من الشديدة إلى العميقة، لديهم تاريخ طويل وحاد من المشكلات السلوكية، تم تصميم برنامج تدريبي لهم كمساعد مع بعض فنيات تعديل السلوك، ذلك بالإضافة إلى استخدام بعض التدخلات العلاجية بالعقاقير، وتضمن البرنامج على بعض الأنشطة اليومية وكانت مصممة بطريقة جيدة حتى يمكنها تقليل تأثير العوامل البيئية التي تهيئ ظهور السلوكيات غير الملائمة، وكشفت النتائج نجاح العلاج في خفض المشكلات السلوكية التي كان يعانى منها هؤلاء الأطفال .

كما هدفت دراسة عزيز أحمد (٢٠١٩) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوي السلوك العدواني لدي أطفال اضطراب طيف التوحد من الدرجة البسيطة، وطبقت الدراسة على ٣٠ طفلًا من أطفال التوحد، حيث وزعوا عشوائيًا على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتم إعداد برنامج إرشادي لخفض مستوى السلوك العدواني، وتم استخدام مقياس نصار (٢٠١٧) لقياس السلوك العدواني، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات أداء المجموعتين التجريبية

والضابطة على درجات مقياس السلوك العدواني تعزى للبرنامج الإرشادي ولصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي في السلوك العدواني نحو الذات والسلوك العدواني نحو الأخرين والسلوك العدواني نحو الممتلكات، وفى الدرجة الكلية للسلوك العدواني لصالح القياس البعدي.

وأيضًا هدفت دراسة سالي إبراهيم (٢٠٢٠) إلى الكشف عن الفروق لدى عينة من أطفال طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي في السلوك العدواني، والكشف عن الفروق لدى عينة الدراسة من الأطفال ذوي طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي في التواصل الاجتماعي، واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي وطبقت الباحثة مقياس السلوك العدواني ومقياس التواصل الاجتماعي (إعداد الباحثة) على عينة الدراسة التي بلغ قوامها ١٦ طفلاً (٨–١٢) سنة وأسفر التطبيق عن استبعاد (٦) أطفال ممن لديهم سلوك عدواني مرتفع جدًا أو منخفض جدًا فأصبحت عينة الدراسة ١٠ أطفال من ذوي طيف التوحد ممن لديهم سلوك عدواني، كما طبقت الباحثة (برنامج تدريبي سلوكي) لخفض السلوك العدواني، واسفرت النتائج عن وجود فروق لدى عينة أطفال ذوي طيف التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي في السلوك العدواني.

ثانيا الدراسات السابقة التي تناولت البرامج العلاجية لسلوك العناد المتحدي

هدفت دراسة رونين (Ronen, 2005) إلى علاج اضطراب العناد باستخدام التدريب على مهارات ضبط النفس، وتكونت عينة الدراسة من(٨) مجموعات من الأطفال ذوى اضطراب العناد تضم كل مجموعة من (٥–٦) أطفال، واستخدمت الدراسة قائمة المشاكل السلوكية للطفل إعداد رونين ورهاف ومولداوسكى (Ronen, Rahav & Moldawsky, 2003)، ومقياس النشاط الزائد والسلوك المندفع لكونرز

(Conners,1969)، والتقارير الذاتية، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية الضبط الذاتي في خفض اضطراب العناد وخفض حدة مشاكل الطفل السلوكية.

وفي دراسة حسيني وآخرون (Hosseini et al., 2014) تم التحقق من فاعلية السرد القصصي العلاجي في خفض اضطراب العناد المتحدي والعدوان لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي والعدوان، وتكونت عينة الدراسة من (١٤) طفلاً، واستخدموا استبيانات تقييم الاضطراب السلوكي، والعدوان، والعناد، وأشارات النتائج إلى انخفاض كبير في سلوكيات العناد والعدوان لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي.

أما دراسة كل من ماتسو وآخرون (Matos et al., 2015) فقد هدفت إلى معرفة فعالية التفاعل بين الوالدين والأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي، والذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال التي أعمارهم من (٩-١٢) سنة، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض اضطراب العناد المتحدي، بالإضافة إلى خفض اضطراب النشاط الزائد لدى العينة، وخفض المشكلات السلوكية الأخرى، بينما اذدادت الممارسات الوالدية الإيجابية نحو أبنائهم.

وكشفت دراسة شيماء خالد (٢٠١٨) مدى خفض حدة سلوك العناد لدى أطفال ذوي طيف التوحد من خلال إعداد برنامج تدريبي تقوم الباحثة بإعداده يكون قائم على استراتيجيات اللعب المنظم، والتحقق من استمرارية النتائج وتعميمها بعد الانتهاء من البرنامج، وتم إجراء الدراسة الحالية على عينة قوامها ٢٠ تلميذ من التلاميذ ذوى اضطراب التوحد، واستخدمت الباحثة الأدوات الاتية: مقياس الطفل التوحدي إعداد (عادل عبد الله، ٢٠٠٣)، ومقياس جوارد للذكاء، ومقياس سلوك العناد، والبرنامج التدريبي القائم على استراتيجية اللعب المنظم (إعداد الباحثة)، توصلت الدراسة إلى

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لسلوك العناد لصالح المجموعة التجريبية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لسلوك العناد لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لسلوك العناد، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لسلوك التعلق (بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج).

بينما في دراسة فيصل خليف (٢٠١٩) التي هدفت للتعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي، مقدم لأمهات الأطفال ذوي طيف التوحد الذين يعانون من سلوك العناد الملتحقين في مراكز التربية الخاصة، وتكونت العينة من (٤٠) أماً لديها طفل توحدي يعاني من سلوك العناد، وتم توزيعهن بالتساوي إلى مجموعة تجريبية (ن=٢٠) أُمًا، ومجموعة ضابطة (ن=٢٠) أُمًا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس العناد وتكون بصورته النهائية من (٣٦) فقرة، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي، تألف من (١٣) جلسة إرشادية، تم تنفيذها على مدى خمسة (٥) أسابيع تقريباً، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي للأمهات في خفض مستوى سلوك العناد عند أطفالهن ذوي طيف التوحد.

هدفت دراسة رانيا قاسم (٢٠٢٠) إلى التعرف على برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات لخفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهن بمرحلة ما قبل المدرسة. واعتمد البحث على المنهج شبه التجريبي. وتمثلت أدوات البحث في اختبار مقياس الذكاء ستانفورد بينيه، وقائمة تقدير سلوك اضطراب التحدي، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، والبرنامج الإرشادي لخفض اضطراب التحدي

المعارض، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (١٠) أطفال، تراوحت أعمارهم من (٥-٦) سنوات. وجاءت نتائج البحث مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، ووجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في التطبيقيين البعدي والتتبعى لصالح القياس التتبعي، وفاعلية البرنامج التدريبي المقترح.

ثالثا الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية للانسحاب الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد

هدفت دراسة باومنجير (Bauminger, 2004) إلى تقييم برنامج سلوكي معرفي في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٥) طفلاً توحدياً، تم التركيز في البرنامج على ثلاثة جوانب هي حل المشكلات الشخصية، والفهم العاطفي، والتفاعل الاجتماعي، واستخدمت الملاحظة المباشرة من قبل المعلمين في رصد تلك السلوكيات كاختبار قبلي وبعدى، وقد أظهرت النتائج تقدما واضحًا لدى هؤلاء الأطفال في الجوانب الثلاثة المستهدفة، حيث أصبحوا أكثر مبادرة إلى إجراء تفاعلات اجتماعية مع أقرانهم، كما لوحظ وجود تحسن في التواصل البصرى لديهم أيضاً، إضافة إلى تطور في قدرتهم على المشاركة الآخرين بالاهتمامات.

كما بينت نتائج دراسة لينيت وآخرون (Lynnette et al., 2007) مدى التدخل السلوكي وزيادة السلوك المناسب لطفل منسحب، تناولت هذه الدراسة الآثار المترتبة لخطة تدخل قائم على تقييم السلوك المناسب لدى طفل ذو صعوبات تعلم في الصف الثالث، واستخدمت الدراسة ثلاثة استراتيجيات مرتبطة بشكل مباشر مع نتائج التقييم في خطة تدخل سلوكيات الطفل المنسحب اجتماعياً وهى تنمية المهارات الاجتماعية وإدارة الذات ووساطة الأقران، وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في السلوك

الاجتماعي المناسب في الفصل والانتهاء من عملة الاكاديمي مما يدل على فاعلية البرنامج السلوكي المقترح.

وفي دراسة بيتورسدوتر(Petursdottir et al., 2007) التي كشفت عن أثر استخدام برنامج إرشادي قائم على الأقران فى تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي وتخفيض سلوك الانسحاب لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد ، تكونت عينة الدراسة من (٨) من الأطفال العاديين و(٣) من أطفال ذوي طيف التوحد اختيروا قصدياً في إحدى دور رياض الأطفال، وتم استخدام برنامج تعديل سلوك إضافة إلى القياسين القبلي والبعدي للتحقق من أثر البرنامج، وكشفت النتائج أن استخدام برنامج إرشادي قائم على اللعب مع الأقران يعزز من التفاعل الاجتماعي ويقلل من سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد.

أما في دراسة نجاتي أحمد وأمل صالح (٢٠١٢) فقد هدفت إلى تقييم فاعلية برنامج قائم على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك الانسحابي لدى عينة من الأطفال ذوي طيف التوحد في المملكة الأردنية الهاشمية في ضوء متغير الجنس، وقد تكونت عينة الدراسة القصدية من (١٠) طلاب وطالبات،(٥) من الذكور و(٥) من الإناث المتواجدين في مركز الأوائل لصعوبات التعلم والتدريبات السمعية والنطقية في محافظة إربد، وتم تطبيق مقياس الانسحاب الاجتماعي على عينة الدراسة، وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة هاجمن (Hagemann, 2017) إلى تصميم وتطبيق برنامج للتكامل الحسي مع طفلين من ذوي التوحد وتقويم فاعليته في تحسين التفاعل الإجتماعي والتواصل، وتكونت عينة الدراسة من طفلين يحملان تشخيص طيف التوحد وفقًا للاختبارات التشخيصية، واعتمد الباحث على استبانة التواصل والتفاعل

الإجتماعي، والمقابلة التشخيصية للتوحد، وجدول الملاحظة التشخيصية للتوحد، والبرنامج العلاجي القائم على التكامل الحسي، وأظهر الطفلان مستويات متفاوتة من التحسن في قدرات التواصل والتفاعل الإجتماعي نتيجة للمشاركة في البرنامج القائم على العلاج بالتكامل الحسي، كما أظهر الطفل الأول تحسن ملحوظ في قدرات التواصل اللفظي والطلب الإجتماعي والمشاركة الإجتماعية, بينما أظهر الطفل الثاني تحسن في قدرات التواصل غير اللفظي والمهارات الوظيفية.

كما هدفت دراسة زهراء عبدالله (٢٠١٧) إلى إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي يسهم في خفض حدة السلوك الانسحابي وتحسين المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ مرحلة الطفولة المتأخرة. تكونت عينة الدراسة من (١٠) طالبات من المرحلة الابتدائية, تراوحت أعمارهن ما بين (٩-١٠) سنوات تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وأخرى ضابطة, وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس السلوك الانسحابي الذي طبق على كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة كمقياس قبلي وبعدي, مدة كل جلسة (٤٠) دقيقة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع، وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية, مما يدل على فاعلية البرنامج في التخفيف من حدة السلوك الانسحابي .

وأخيرًا هدفت دراسة كاليندو وأخرون (Caliendo el at., 2021) إلى تقييم الفعالية والعلاقات الاجتماعية لنهج عصبي نفسي في أطفال التوحد. تكونت عينة الدراسة من (٨٤) طفلاً كانت أعمارهم من سنتين إلى تسعة سنوات تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات: اضطراب طيف التوحد الشديدة (٦٥)، أعراض اضطراب طيف التوحد المعتدل (١٨)، عدم وجود أعراض لاضطراب طيف التوحد (١)، وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في حالات طيف التوحد، حيث لوحظت تغييرات كبيرة في مجالات مثل الإثارة، والعدوان، والسلوكيات في العلاقات الاجتماعية، والتعبيرية،

وأوضاع الاتصال الحسي، والطقوس، ومقاومة التغييرات، ومخاوف محددة، والتعلم والذاكرة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتبين تنوع البرامج العلاجية المخصصة لعلاج سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة الأطفال ذوي طيف التوحد وأغلبها برامج علاجية معرفية سلوكية موجهة للأمهات والأباء، كما يتبين من عرض الباحثان للدراسات السابقة عدم وجود دراسة لبرنامج علاجي سلوكي لخفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي (مجتمعة) لدى عينة الأطفال ذوي طيف التوحد. وأخيرًا أغلب الدراسات اتفقت على فعالية برنامج العلاج السلوكي في خفض حدة بعض السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي طيف التوحد.

فروض الدراسة

الفرض الرئيس: يؤدي التدخل العلاجي السلوكي إلى خفض حدة سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي لدى عينة الأطفال ذوي طيف التوحد)

الفروض الفرعية

١) تختلف المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس البعدي في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

٢) يختلف القياس القبلي عن القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

٣) لا يختلف القياس القبلي عن القياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي.

اجراءات ومنهج الدراسة

منهج الدراسة

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج التجريبي، وذلك من أجل التحقق من فعالية البرنامج في خفض حدة سلوكيات (العدوان– العناد – الانسحاب) لدى عينة من أطفال طيف التوحد بما يساعدنا في التحقق من أهداف الدراسة وفروضها.

عينة الدراسة

عينة التقنين

اعتمد الباحثان على عينة التقنين للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس سلوكيات العدوان والعناد والانسحاب لدى أطفال طيف التوحد، حيث تكونت العينة من (١٨) ولي أمر الأطفال ذوي طيف التوحد (١١ ذكور و ٧ إناث) من المترددين على مركز ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة جنوب الوادي ممن تم تشخيصهم أطفالهم باضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمار أطفالهم ما بين (٩– ١٣عاماً) بمتوسط عمري (١٠.٨) وانحراف معياري (٠.٦٧).

العينة الأساسية

تكونت العينة الأساسية من (٢٤) من الأطفال (١٤ ذكور و ١٠ إناث) من المترددين على مركز ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة جنوب الوادي ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم ما بين (٩–١٤ عاماً), تم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى مجموعة تجريبية وعددها (١٢) طفلًا (٧ ذكور، ٥ إناث) بمتوسط عمري (١٠.٨) وانحراف معياري (١.٢)، والمجموعة الثانية وعددها (١٢) طفلًا (٧ ذكور، ٥ إناث) بمتوسط عمري (١١.١) وانحراف معياري (١.٣). وعدد (٢٤) من أحد والدين الأطفال ذوي طيف التوحد وهم من يطبق عليها مقياس سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي، ويعرض جدول (١) للتكافؤ بين مجموعتين الأطفال ذوي طيف التوحد.

جدول (١) يعرض للتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس القبلي وفي المتغيرات الديموجرافية

الاختبار والابعاد	التجريبية ن= ١٢		الضابطة ن= ١٢		قيمة Z	مستوى الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
العدوان	١٣.٩٦	١٦٧.٥٠	١١.٠٤	١٣٢.٥٠	١.٠٢١	غير دال
العناد	١١٢.١٧	٤٦.٠٠	١٢.٨٣	١٥٤.٠٠	٠.٢٣٨	غير دال
الانسحاب	١١.٥٨	١٣٩.٠٠	١٣.٤٢	١٦١.٠٠	٠.٦٤١	غير دال
(الاختبار الكلي)	١٢.٢٥	١٤٧.٠٠	١٢.٧٥	١٥٣.٠٠	٠.١٧٤	غير دال
تشخيص التوحد	١٣.٣٣	١٦٠.٠٠	١١.٦٧	١٤٠.٠٠	٠.٥٨١	غير دال
العمر	١١.٧٩	١٤١.٥٠	١٣.٢١	١٥٨.٥٠	٠.٤٩٧	غير دال
نسبة الذكاء	١٢.٧٥	١٥٣.٠٠	١٢.٢٥	١٤٧.٠٠	٠.١٧٣	غير دال

يتبين من النتائج الموضحة بالجدول (١) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي لعينة الدراسة، وأيضًا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعض المتغيرات (العمر – نسبة الذكاء – نسبة التوحد).

واعتمد الباحثان على تقييم أخصائي المركز لأطفال طيف التوحد بالرجوع إلى ملف الحالة والحصول على درجة ذكاء الأطفال (باستخدام مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة، ترجمة صفوت فرج، ٢٠١٢) ودرجة تشخيص التوحد باستخدام (مقياس كارز[٢] من ترجمة بهاء الدين جلال، ٢٠١٥).

أدوات الدراسة

١- إعداد مقياس سلوكيات (العدوان، العناد المتحدي، الانسحاب الاجتماعي) لدى عينة أطفال طيف التوحد والذي سيطبق على أحد الوالدين.

٢- إعداد برنامج علاج سلوكي لخفض حدة سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي).

أولا مقياس سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي):

بناءً علي إطلاع الباحثين علي العديد من البحوث والدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية، وكذلك الاطلاع علي ما هو متاح من الاختبارات والمقاييس مثل مقياس بيركس لتقدير السلوك (Burks Behavior Rating Scale, 1980) ترجمة مركز ديبونو لتعليم التفكير (٢٠٠٧)، ومقياس الاضطرابات السلوكية الإصدار الثاني إعداد ستيفين وتمارا (Stephen & Tamara, 2010) ومقياس تقدير الاضطرابات السلوكية من إعداد أوفو وأفوفو (Ofovwe & Ofovwe, 2010) ومقياس العناد المتحدي لمجدي الدسوقي (٢٠١٤)، ومقياس العزلة الاجتماعية لعادل عبد الله (٢٠٠٨) ومريم سمعان (٢٠١٠)، ومقياس السلوك العدواني لأمال عبد السميع (٢٠١٧). ثم قام الباحثان بإعداد الصورة الأولية للمقياس وتتكون من (٣٦) عبارة تم توزيعها على ثلاثة أبعاد-ملحق (١) - ونعرض لها فيما يلى:

أولاً: بُعد العدوان

والهدف من هذا البُعد هو قياس حدة اضطراب العدوان لدى أطفال طيف التوحد والتعرف على شدة رده الفعل التي يقوم بها خلال غضبه وهل يفتعل المشاكل أم ينسحب عنها؛ وتشمل العبارات من (١ إلى ١٢).

ثانياً: بُعد العناد المتحدي

ويقيس هذا البُعد حده العناد المتحدي لأطفال طيف التوحد؛ وهل ينفذ الأوامر التي تطلب منه ومدى المشاكل والانفعالات التي تصدر منه؛ وتشتمل العبارات من (١٣ إلى ٢٤).

ثالثاً: بُعد الانسحاب الاجتماعي

ويهدف هذا البُعد إلى معرفة حدة الانسحاب الاجتماعي لأطفال طيف التوحد ومدى تواصلهم ومشاركتهم مع الآخرين؛ وتشمل العبارات من (٢٥ إلى ٣٦).

الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: ثبات مقياس سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي):

تم الاعتماد علي طريقتين للتحقق من ثبات المقياس وهي: ألفا كرونباخ والقسمة النصفية والاتساق الداخلي.

١– معامل ألفا كرونباخ :

تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي) حيث بلغ ٠.٨٦٠ وهو يعد معامل ثبات مرتفع, ويعرض الجدول (٢) لمعامل الثبات.

٢ – القسمة النصفية :

تم حساب ثبات مقياس سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي) بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون كما يعرضها جدول (٢) وقد جاءت مرتفعة مما يعد مؤشرا لثبات المقياس.

جدول (٢) يعرض لمعاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والقسمة النصفية للمقياس

الاختبار	معامل ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون
العدوان	٠.٦١٨	٠.٧١٢
العناد المتحدي	٠.٧١٢	٠.٦٨٠
الانسحاب الاجتماعي	٠.٧٦٤	٠.٦٥٣
المقياس الكلي	٠.٩٠٢	٠.٨٧٣

يتبين من الجدول (٢) أن درجات المقياس الكلي ودرجات الأبعاد بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية قد جاءت مرتفعة ويعد ذلك مؤشراً لثبات المقياس.

٣-طريقة الاتساق الداخلي

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي) عن طريق حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس من جانب وارتباط درجة البند مع درجة البعد الذي ينتمي إليه من جانب آخر, كما يوضحها الجدول (٣).

جدول (٣) يعرض معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية وبدرجة البعد الذي ينتمي إليه

البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	ارتباط البند بدرجة البعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	ارتباط البند بدرجة البعد
١	.٥٦٠	.٥٨٤	١٩	.٤٤٣	.٤٧٩
٢	.٤٨٤	.٦٠٢	٢٠	.٤٦٢	.٤٩٤
٣	.٤٩١	.٥٣٧	٢١	.٥٣٩	.٦٢٩
٤	.٥٣٤	.٥٧٩	٢٢	.٤٥٥	.٤٨٩

البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	ارتباط البند بدرجة البعد	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	ارتباط البند بدرجة البعد
٥	.٤٧٧	.٥١٩	٢٣	.٥٥١	.٦٩٥
٦	.٥٣٠	.٥٥٩	٢٤	.٤٠٩	.٤٢٥
٧	.٤٢٥	.٤٧٤	٢٥	.٤٥٨	.٥٣٨
٨	.٤٦٧	.٥٠٨	٢٦	.٤٤٣	.٤٧٣
٩	.٣٧٣	.٦٤١	٢٧	. ٥٠٢	.٥١٤
١٠	.٤٨٣	.٥٧٢	٢٨	.٤٦٦	.٤٧٦
١١	.٥١٩	.٧١٩	٢٩	.٤٨٧	.٥١٣
١٢	.٤٥٣	.٥٦٧	٣٠	.٣٥٦	.٤١٥
١٣	.٤١٣	.٤٩١	٣١	.٥٠٦	.٦٠٩
١٤	.٥٩٣	.٦٤١	٣٢	.٥٥٥	.٥٩٤
١٥	.٥٤٥	.٥٦٦	٣٣	.٤٥٦	.٤٧٦
١٦	.٥٠٣	.٥٧٥	٣٤	.٣٣٨	.٣٤٨
١٧	.٤١٦	. ٦٢٣	٣٥	.٤٩٤	.٥٣٥
١٨	.٣٧٧	.٤٢٢	٣٦	.٤٣٦	.٤٨٨

يتبين من عرض الجدول السابق ارتباط درجة البند بدرجة البعد الذي ينتمي إليه من ناحية حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (.٣٤٨ : .٧١٩)، وبين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس ناحية أخرى حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (.٣٥٦ : .٥٩٣)، وهي تشير إلى تمتع المقياس بدرجة ثبات عالية.

جدول (٤) يعرض معاملات ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
العدوان	٠.٦٢٧
العناد المتحدي	٠.٧٥١
الانسحاب الاجتماعي	٠.٦٦٣

ويتبين من الجدول السابق ارتباط الأبعاد الفرعية بدرجة المقياس الكلي وذلك يوضح تمتع المقياس بدرجة ثبات مرتفعة.

ثانياً: صدق مقياس سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي)

تم الاعتماد على طريقتين للتحقق من صدق المقياس وهي: صدق المحكمين, وصدق المحك. موضحة فيما يلي:

١– صدق المحكمين[١] :

قام الباحث بعرض مفردات المقياس والتعريف الإجرائي الخاص به وبالأبعاد المفترضة في صورته الأولية والذي بلغ (٣٦) بنداً علي الأساتذة المتخصصين في مجال علم النفس والتربية الخاصة, وقد طلب من السادة المحكمين إبداء ملاحظاتهم علي بنود وأبعاد المقياس, وهل يستطيع المقياس في صورته الحالية أن يقيس ما وضع لقياسه, وقد اتفق المحكمين على صلاحية المقياس مع إجراء تعديلات بعض العبارات وقام الباحثان بتعديلهم.

---

[١] يتقدم الباحث بالشكر للسادة أ.د. خالد محمود عبد الوهاب أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة بني سويف، أ.د. مصطفى أبو المجد مفضل أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة جنوب الوادي، أ.د. أشرف حكيم فارس أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة جنوب الوادي، أ.د. خالد زياده أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة المنوفية، أ.د. أسامة فاروق مصطفى أستاذ ووكيل كلية التربية الخاصة– ورئيس قسم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا.

٢-صدق المحك

تم حساب الصدق المحكي من خلال حساب الارتباط بين المقياس الحالي وأبعاد (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي) في مقياس بيركس لتقدير السلوك (٢٠٠٧) الصادر عن مركز ديبونو لتعليم التفكير ويعرض الجدول (٥) لصدق المحك لمقياس سلوكيات (العدوان- العناد- الانسحاب).

جدول (٥) يعرض لصدق المحك لمقياس سلوكيات (العدوان- العناد- الانسحاب)

مقياس سلوكيات (العدوان- العناد- الانسحاب) / مقياس بيركس لتقدير السلوك	معامل الارتباط
العدوان	٠.٨٠٣
العناد المتحدي	٠.٧٣٤
الانسحاب الاجتماعي	٠.٧١٧
المقياس الكلي	٠.٧٥٦

يتبين من الجدول السابق ارتفاع الارتباط بين درجات المقياس الحالي ومقياس بيركس لتقدير السلوك مما يعد ذلك مؤشرا لصدق المقياس.

الصورة النهائية لمقياس الاضطرابات السلوكية:

بعد إتمام إجراءات الثبات والصدق أصبح المقياس فى صورته النهائية يتكون من (٣٦) بنداً موزعين على ثلاثة أبعاد، ويعرض ملحق (١) للصورة النهائية للمقياس والأبعاد هي:

البعد الأول: بعد العدوان ويتكون من(١٢) بنداً

البعد الثاني: بعد العناد المتحدي ويتكون من (١٢) بنداً

البعد الثالث: بعد الانسحاب الاجتماعي ويتكون من (١٢) بنداً

تصحيح المقياس

والاستجابة علي هذا المقياس تتم عن طريق الاختيار من البدائل الثلاثة بوضع علامة (√) علي الاختيار الذي يتناسب مع حالة المفحوص, وهذه البدائل هي (نادراً, أحياناً, دائماً) علماً بأن الدرجات المحتسبة لهذه الاستجابات الثلاثة هي علي الترتيب (٣,٢,١) على أن تكون الدرجة الكلية للاختبار والتي يحصل عليها المفحوص (١٠٨) وأقل درجة يحصل عليها المفحوص (٣٦).

برنامج العلاج السلوكي لخفض حدة سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي) لدى أطفال طيف التوحد. (ملحق ٣)

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال طيف التوحد للأسباب الآتية:

١- أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات النفسية لأطفال التوحد.

٢- تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين.

٣- يمكن تعليم أطفال طيف التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال طيف التوحد هي: السلوك الاجتماعي الملائم، خفض حدة الاضطرابات غير الملائمة مع المجتمع كالعدوان والعناد المتحدي.

<u>وصف البرنامج</u> :

تشتمل عملية التخطيط لأي برنامج على تحديد المبادئ التدريبية للبرنامج، وأهدافه، والمحتوى الذي يحقق هذه الأهداف، والأسلوب التدريبي المتبع وخطواته التي تسير وفقاً لها في الجلسات التدريبية، بالإضافة إلى تحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات التدريبية ومدة كل منها وعدد الأفراد الخاضعين للعملية التدريبية، ومكان إجراء البرنامج، ثم تقويم البرنامج في ضوء تحقيق هذه الأهداف، وفيما يلي تصور تخطيطي للبرنامج المقترح:

- يتضمن البرنامج تدريب مجموعة من أطفال طيف التوحد على خفض حدة بعض السلوكيات المضطربة (العدوان– العناد– الانسحاب الاجتماعي) من خلال تنمية بعض المهارات التي تساعد على تخفيف حدة هذه الاضطرابات، حيث تتكون عينة الدراسة من (٢٤) من أحد والدين الأطفال ذوي طيف التوحد وهم من يطبق عليها مقياس سلوكيات العدوان والعناد والانسحاب، و عدد (٢٤) طفل من أطفال طيف التوحد، من المترددين على مركز ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة جنوب الوادي ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، ويتم تقسيم الأطفال الذين سيطبق عليهم البرنامج إلى مجموعتين (١٢ مجموعة تجريبية و١٢ مجموعة ضابطة).
- يبلغ عدد جلسات البرنامج التدريبي ٢٤ جلسة يتم تطبيقها على أطفال طيف التوحد، وينفذ البرنامج على مدار ثلاثة أشهر تقريبا بواقع جلستين أسبوعيًا من تاريخ (٢٠٢٠/١١/٨) إلى (٢٠٢١/١/٢٨)، وحدد الباحثان المدة الزمنية لكل جلسة وهى خمسة وأربعون دقيقة.
- تم تطبيق البرنامج بشكل فردي وفى بعض الجلسات بشكل جماعي حسب الأهداف والفنيات المستخدمة.
- وخلال تدريب الأطفال سيتم المتابعة مع الأخصائيين القائمين بالرعاية والوالدين أيضًا للوقوف على مدى فعالية البرنامج.
- يتم تطبيق المتابعة بعد ستة أشهر من إنتهاء تطبيق البرنامج، وتستغرق المتابعة فترة تقدر بضعف فترة التدخل، وهو أمر مهم حتى نتأكد من ثبات أثر التدخل.

١- صدق المحكمين[١]

للتحقق من صدق البرنامج تم عرض البرنامج على المحكمين ذوى الخبرة في مجال علم النفس والتربية الخاصة حيث تبين اتفاق المحكمين على عبارات المقياس وأبعاده وقد اقترح بعض المحكمين بعض التعديلات في بعض الجلسات وقام الباحثان بتعديلها بما يتناسب مع طبيعة وعمر العينة.

٢- صدق المحتوى:

من خلال القراءات للمراجع العلمية والبرامج التي تناولت طبيعة وخصائص أطفال طيف التوحد واحتياجاتهم وقدرتهم على ممارسة الانشطة المختصة والاستعانة بالكتب والمراجع العلمية ذات الصلة بالبرنامج المستخدم في الدراسة الحالة مثل برنامج لوفاس(Lovaas Approach, 1963) لعلاج أطفال طيف التوحد، وبرنامج البورتاج (portage program, 1968) ، برنامج تيتش (TEACCH, 1972)، وبرنامج هيلب (Help, 1979)، وبرنامج الايبلز (ABLLS, 1998) لجيمس بارتينجتون (Partingto) ومارك ساندبرج (Sundberg)، تبين صلاحية البرنامج للاستخدام لعينة الدراسة

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

يعتمد إجراء التحليلات الإحصائية علي استخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS), للتحقق من صحة فروض الدراسة, وتم استخدام الطرق والأساليب الإحصائية الآتية :

---

[١] **يتقدم الباحث بالشكر للسادة أ.د. خالد محمود عبد الوهاب أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة بني سويف، أ.د. مصطفى أبو المجد مفضل أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة جنوب الوادي، أ.د. أشرف حكيم فارس أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة جنوب الوادي، أ.د. خالد زياده أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة المنوفية، أ.د. أسامة فاروق مصطفى أستاذ ووكيل كلية التربية الخاصة- ورئيس قسم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا.**

١- اختبار مان ويتني لحساب دلالة الفروق .

٢- اختبار ويليكسون لحساب دلالة الفروق.

نتيجة الفرض الأول ومناقشتها

تختلف المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس البعدي في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني لمعرفة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي.

جدول (٦) يعرض للفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي

الاختبارات والابعاد		المجموعة التجريبية ن= ١٢		المجموعة الضابطة ن= ١٢		قيمة Z	مستوى الدلالة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
القياس البعدي	العدوان	٦.٨٨	٨٢.٥٠	١٨.١٢	٢١٧.٥٠	٣.٩١٦	٠.٠٠١
	العناد	٦.٨٣	٨٢.٠٠	١٨.١٧	٢١٨.٠٠	٣.٩٦١	٠.٠٠١
	الانسحاب	٧.٥٤	٩٠.٥٠	١٧.٤٦	٢٠٩.٥٠	٣.٤٦٦	٠.٠٠١
	المقياس الكلي	٦.٦٢	٧٩.٥٠	١٨.٣٨	٢٢٠.٥٠	٤.٠٨١	٠.٠٠١

وتشير النتائج المعروضة في جدول (٦) إلى تحقق الفرض بأنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي) .

تعد هذه النتيجة منطقية وفقا لكون الأطفال في المجموعة التجريبية قد شاركوا في التدريب على الفنيات السلوكية المتنوعة للبرنامج العلاجي, الذي يهدف أساساً إلى خفض حدة سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي)، فمن المتوقع تفوق المجموعة التجريبية عنها في المجموعة الضابطة, لأن المجموعة الضابطة لم تتلقى سوى البرامج العلاجية الاعتيادية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة لدى أفراد المجموعة التجريبية وتأثير البرنامج السلوكي في خفض حدة سلوكيات العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي لدى عينة الدراسة بأنها تعود إلى عدة عوامل بناء عامل الثقة بين الأطفال والأخصائي، والتعاطف والاحترام المتبادل. حيث أن البرنامج المستخدم بما يتضمنه من فنيات سلوكية قد ركز على خفض حدة سلوكيات (العدوان- العناد المتحدي- الانسحاب الاجتماعي) واعتمد على تقديم مثيرات تعمل على جذب انتباه الأطفال وحثهم على إكمال المهام والأنشطة.

وتتفق الدراسة مع دراسة عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠)، ودراسة ستراتون وآخرون (Stratton et al., 2003)، دراسة أوميزو وآخرون (Omizo et al., 2004) ودراسة ديهجهان وبارماز (Dehghan, Barmas & Alireza, 2013)، ودراسة فرانك فان (Frank van et al., 2021) التي أدت إلى وتنمية المهارات السلوكية وخفض السلوكيات العدوانية بشكل كبير.

كما اتفقت مع دراسة ريف (Reeve, 2001)، ودراسة نادية إبراهيم (٢٠٠٢)، ودراسة لينيت وآخرون (Lynnette et al., 2007)، ودراسة أحمد شحات (٢٠١٧)، ودراسة ماري جولي (Marie-Joëlle, 2021) التي كشفت أن هناك انخفاض ملحوظ في السلوكيات الانسحابية وأنهم أصبحوا أكثر مبادرة إلى إجراء تفاعلات اجتماعية مع

أقرانهم ولوحظ تحسن في التواصل البصرى لديهم أيضاً، إضافة إلى تطور في المشاركات الاجتماعية والاهتمامات بالأخرين.

وتعد أساليب تعديل السلوك أكثر استخداماً في برامج تدريب أخصائي الأطفال ذوي طيف التوحد، ويعود ذلك إلى أن هذه الأساليب تمكنهم من أداء دور فعال في تعليم هؤلاء الأطفال، وانطلاقاً من خصوصية اضطراب طيف التوحد والمشكلات السلوكية التي تظهر عند الطفل الذي يعاني منها كالحركات النمطية، وإيذاء الذات، والضعف في التفاعل الاجتماعي والتواصل البصري والتي من شأنها أن تعوق عملية تعلمه من جهة، وشعور كثير من معلمي هذه الفئة بعدم الفاعلية الشخصية والاستنفاذ النفسي نتيجة عدم التمكن من تغير سلوكهم وتعليمهم بشكل فعال من جهة أخرى (155 ,Sears, 2010).

ويعزو الباحثان النتيجة السابقة إلى أن البرنامج المعد لهذه الدراسة له أثرًا ايجابيًا في خفض حدة سلوكيات العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي من خلال الجلسات التي تتضمن بعض الفنيات كالألعاب والتعزيز والأنشطة المختلفة. والتي تعمل على توجيه السلوك نحو مهمة محددة وهى تفريغ الطاقة الزائدة والمشاركات الاجتماعية والتفاعل لتقليل حدة العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي حيث يسمح له بالتعبير والتنفيس الانفعالي عن مشاعرهم ومشاكلهم ونقل القلق والتوتر والضغوط التي يمر بها عن طريق الأدوات المستخدمة بدلًا من توجيهها نحو الذات والآخرين كما تعمل على العمل الجماعي والتقليل من العزلة وهذا يعمل أيضًا على تقويم السلوكيات المرغوب فيها عند أطفال طيف التوحد وتساعدهم من التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها وتنمية مهارات التواصل والتفاعل لهم. كما يمكن أن ترجع النتيجة إلى التخطيط الجيد في إعداد الجلسات وإدارتها والتي تتضمن الفنيات السلوكية (النمذجة– والتعزيز– التنفير– استخدام الانشطة – لعب الادوار وغيرها).

نتيجة الفرض الثاني ومناقشتها

يختلف القياس القبلي عن القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان ويتني لمعرفة الفروق في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي .

جدول (٧) يعرض بين القياسين القبلي والبعدي للفروق في المجموعة التجريبية

	الاختبارات والابعاد			متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	العدوان	الإشارات الموجبة	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٧٠	٠.٠٠١
		الإشارات السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	العناد	الإشارات الموجبة	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٦٦	٠.٠٠١
		الإشارات السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		
	الانسحاب	الإشارات الموجبة	١١	٧.٠٠	٧٧.٠٠	٢.٩٩٦	٠.٠٠١
		الإشارات السالبة	١	١.٠٠	١.٠٠		
	(المقياس الكلي)	الإشارات الموجبة	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٦٥	٠.٠٠١
		الإشارات السالبة	٠	٠.٠٠	٠.٠٠		

يتبين من النتائج الموضحة بالجدول (٧) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي) عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) .

وقد اتضح من خلال نتيجة هذا الفرض تعديل بعض سلوكيات (العدوان– العناد المتحدي– الانسحاب الاجتماعي) لدى أفراد العينة مما يبين فاعلية البرنامج المقدم

لهم. ويمكن أن يرجع ذلك إلى دور الأخصائي القائم بالرعاية أو ولي الأمر في تنفيذ البرنامج والالتزام بالأهداف الموضوعة وآلية التطبيق وكيفية تجاوز الأهداف، كما أن المتابعة والتعزيز لهما دور كبير في استمرار السلوكيات المرغوبة وخفض السلوكيات غير المرغوب فيها. بجانب الواجب المنزلي مع المتابعة واستخدام الأنشطة المتنوعة التي لها أثر كبير على البرنامج والتشويق إليه، ومتابعة الطفل للمهارات والأهداف السلوكية والاحتفاظ بتلك المهارات المكتسبة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الراهنة مع غالبية الدراسات مثل دراسة مروة ممدوح (٢٠١٠)، ودراسة بيتورسدوتر (Petursdottir et al., 2007)، ودراسة دين وماريلين (Din & Marilyn ,2001)، ودراسة كونولى وآخرين(Cononley et al., 2003)، ودراسة شيماء خالد (٢٠١٨)، فقد توصلوا جميعا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يدل على فاعلية البرنامج المستخدم من قبل الباحثين. كما توصلت نتائج دراسة سيد جارحي (٢٠٠٤) إلى فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية المهارات السلوكية الاجتماعية وخفض السلوكيات العدوانية غير المقبولة.

فالتركيز على أهمية دور الوالدين في تنمية مهارات الأطفال التوحديين، فقد ظهرت الحاجة إلى إرشادهم وتدريبهم للقيام بهذا الدور، ولعل أخطر ما يعاني منه الطفل ذوي طيف التوحد هو أن تتسم معظم أساليبه السلوكية بالعنف، وإلحاق الضرر بالذات والآخرين، والتصرفات المزعجة، وعدم قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع أقرانه، مما يجعله أكثر عرضة لتجنب المواقف التي تكون لها تأثير في التفاعل الإيجابي من قبل الأقران والوالدين (Gadow, Arnold & Molina, 2016, 919).

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتبين فعالية التدخلات السلوكية ونجاحها في تعديل بعض سلوكيات (العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي) لدى أطفال

طيف التوحد وهذا ما تؤيده بعض نتائج الدراسات السابقة، كما أنه يجب خلال العلاج السلوكي للطفل التوحدي التركيز على دور مقدمي الرعاية أو الوالدين، حيث يمكن تدريبهم على استخدام الفنيات السلوكية التي تساعد في خفض سلوك الطفل.

مما لا شك فيه أن برامج التدخل السلوكي تساعد الأطفال ذوي المشكلات السلوكية بوجه عام وأطفال طيف التوحد على وجه الخصوص في تنمية مهاراتهم وتعديل سلوكياتهم ذات الطابع السلبي، فمن شأن التخطيط الجيد لبرامج التدخل السلوكي وتنفيذ تلك البرامج باحترافية من قبل الأخصائيين ومقدمي الرعاية ومن الوالدين والمعلمين أن تجعل نتائج تلك التدخلات العلاجية ذات تأثير كبير في السيطرة على المشكلات السلوكية التي يعاني منها أطفال طيف التوحد خاصة.

نتيجة الفرض الثالث ومناقشتها

لا يختلف القياس القبلي عن القياس التتبعي لدى المجموعة التجريبية في سلوكيات العدوان والعناد المتحدي والانسحاب الاجتماعي. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكسون لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (٨) يعرض للفروق في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي

الاختبارات والابعاد			متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
العدوان	الإشارات الموجبة	٤	٥.٦٢	٢٢.٥٠	١.٣٠٧	غير دال
	الإشارات السالبة	٨	٦.٩٤	٥٥.٥٠		
العناد	الإشارات الموجبة	٥	٥.٦٠	٢٨.٠٠	٠.٤٤٨	غير دال
	الإشارات السالبة	٦	٦.٣٣	٣٨.٠٠		
الانسحاب	الإشارات الموجبة	٦	٥.١٧	٣١.٠٠	٠.١٨٣	غير دال

الاختبارات والابعاد			متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	الإشارات السالبة	٥	٧.٠٠	٣٥.٠٠		
(الاختبار الكلي)	الإشارات الموجبة	٥	٤.٤٠	٢٢.٠٠	٠.٩٨٠	غير دال
	الإشارات السالبة	٦	٧.٣٣	٤٤.٠٠		

يتبين من الجدول (٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في المجموعة التجريبية مما يبين التأثير الواضح للبرنامج العلاجي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة.

هناك اتفاق أيضًا بين نتائج الدراسة الحالية وبين دراسة رونين(Ronen, 2005)، ودراسة ويلكينز(Wilkins, 2010) ، ودراسة حسيني وآخرين (Hosseini et al., 2014) ، دراسة جيانوتا ورايدل (Giannotta & Rydell, 2016)، ودراسة فيصل خليف (٢٠١٩) إلى فاعلية البرنامج السلوكي في خفض اضطراب العناد لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدي والعناد ، كما يشير علاء الدين كفافي (١٩٩٩) إلى أن برامج وخدمات التربية الخاصة تعتمد في نجاحها على مجموعة من العوامل وأهمها المشاركة الأسرية في الأنشطة والبرامج ذات العلاقة بأبنائهم سواء اكان ذلك داخل المركز أم خارجه، وهم بحاجة إلى معلومات كافية حول إعاقة ابنهم وكيفية التعامل معه داخل الأسرة ومعرفة ما يجب أن يتوقعاه، بالإضافة إلى المساعدات والخدمات التي يمكن أن يوفرها المجتمع المحلي.

فالتدخلات السلوكية بطبيعتها(مثل التدخلات المستخدمة مع الأطفال الذين لديهم مشاكل سلوكية أو انفعالية) تدمج الأساليب الفنية، أو التكنيكيات القائمة على المبادئ السلوكية عندما يكون ذلك ملائما، فعلى سبيل المثال فإن التدخلات السلوكية للأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية تقوم في أغلب الأحيان بتعليم الوالدين

والمعلمين كيفية استخدام المبادئ السلوكية للتعزيز، والإطفاء، والتشكيل من أجل سلوك الأطفال (Lochman & Pardini,2008, 1026).

فهم يحتاجون إلى نوع خاص من الرعاية تساعدهم على استثمار تلك القدرات إلى أقصى درجة ممكنة، ولذلك يجب أن يبدأ هذا الاهتمام والرعاية من جانب أسرة هذا الطفل، وفي هذا الإطار يلعب الإرشاد دوراً هاماً في تقبل الوالدين لذلك الوضع دون ضجر باذلين أقصى ما في وسعهم لتحقيق الرعاية للطفل ذوي طيف التوحد، إن لهما دوراً بارزاً في مجال تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد أو تأهيلهم أو تنمية مهاراتهم (علاء الدين كفافى: ١٩٩٩).

كما أن المشاركة الوالدية هامة في مجال التربية الخاصة عموماً، فإنها أكثر أهمية في مجال التوحد حيث أن التحديات التي يفرضها هذا الاضطراب لا يمكن تجاوزها إلا من خلال العمل التعاوني مع الأسر، وهذا ما أكدت عليه البرنامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي طيف التوحد (Mcgee& Lord,2003, 64).

وبالتالي يرى الباحثان تسعى التدخلات السلوكية إلى تحسين سلوكيات أطفال طيف التوحد باستخدام الفنيات والمهارات السلوكية التي تهدف إلى الحد من مجموعة متنوعة من السلوكيات غير المرغوبة، بدءًا من السلوكات المزعجة البسيطة وصولًا إلى السلوكات العدائية والمؤذية كالعنف والتنمر والأنشطة المعادية للمجتمع وللذات، حيث تعد السلوكيات المضطربة لدى الأطفال من أخطر العوامل التي يتوقف عليها نجاح الطفل في حياته ومستقبله، ومن هنا جاءت فكرة تصميم برنامج علاج سلوكي لخفض حدة السلوكيات المضطربة لدى فئة مرضية تعد هي الأصعب والأكثر انتشارًا في العصر الحالي وهي فئة أطفال طيف التوحد.

مقترحات الدراسة:

يختم الباحثان دراستهما بعرض بعض الموضوعات المقترحة لتكون نواة دراسات جديدة تخدم مجال علم النفس.

١- اضطرابات النوم لدى أطفال طيف التوحد.

٢- فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الوظائف التنفيذية لدى أطفال طيف التوحد.

٣- فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد.

٤- فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي مقدم لأباء وأمهات أطفال طيف التوحد للتخفيف من الضغوط التي يتعرضون لها وخفض حدة بعض السلوكيات السلبية لدى أبنائهم.

ثانياً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج يعرض الباحثان مجموعة من التوصيات والتي يستفيد منها المتخصصون في مجال علم النفس عامة وفى مجال التربية الخاصة بصفة خاصة وهى ما يلى:

١- ضرورة تنظيم دورات تدريبية للقائمين برعاية أطفال طيف التوحد والمعلمين عن كيفية التعامل معهم.

٢- تفعيل دور الأسرة في كيفية التعامل مع أطفال طيف التوحد من خلال برامج التوعية والبرامج الارشادية.

٣- استخدام المعلمين والأباء البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة في خفض السلوكيات المضطربة لدى أطفال طيف التوحد.

٤- إعداد كوادر مؤهلة للعمل مع أطفال طيف التوحد.

المراجع

إبراهيم محمود (٢٠٠٤). *الطفل التوحدي التشخيص والعلاج*. مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد شحات (٢٠١٧). *برنامج تدريبي لتنمية مهارات الذكاء الوجداني وتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوى متلازمة أسبرجر (رسالة ماجستير غير منشورة)*، جامعة عين شمس.

أحمد عكاشة (٢٠٠٣). *الطب النفسي المعاصر*. مكتبة الأنجلو المصرية .

أمال عبد السميع (٢٠١٧). *مقياس السلوك العدواني للأطفال*. مكتبة الأنجلو المصرية.

تغريد تركي؛ نيكولا وبريدزي؛ إيان سيوارت (2012). تطوير وتقنين مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال العمانيين. *مجلة بحوث كلية الآداب*، جامعة المنوفية، 235 – 215.

حافظ بطرس (٢٠١٠). *تعديل وبناء سلوك*. دار المسيرة.

حسين كمال الدين (٢٠٠١). *مدخل في قصص وحكايات الأطفال (ط٤)*. العمرانية للنشر.

رأفت خطاب (٢٠٠١). *فاعلية برنامج ارشادي لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الزقازيق.

رانيا قاسم (٢٠٢٠). برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات لخفض أعراض اضطراب التحدي المعارض لدى أطفالهن بمرحلة ما قبل المدرسة. *مجلة الطفولة والتربية*، ١٢(٤٤)، ١٣٩ – ١٨٦.

زهراء عبدالله (٢٠١٧). *فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في الخفض من حدة السلوك الانسحابي (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الكويت.

زينب محمود (٢٠٠٢). *علم النفس العيادي (الإكلينيكي) التشخيص النفسي والعلاج النفسي والإرشاد النفسي (ط٢، مجلد١)*. مكتبة النهضة المصرية.

سالي إبراهيم (٢٠٢٠). *فعالية برنامج تدريبي سلوكي في خفض السلوك العدواني ورفع مستوى التواصل الاجتماعي لدى عينة من الذاتويين (رسالة ماجستير غير منشورة)*، جامعة المنصورة.

سامي محمد (٢٠٠٢). *مشكلات طفل الروضة*. دار الفكر.

سعيد حسنى (٢٠٠٢). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية*. الدار العلمية للنشر والتوزيع.

سعيد عبدالله (١٩٩٨). فاعلية التعزيز التفاضلي للسلوك الاخر في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. *ندوة عن علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي*، جامعة قطر.

سليمان الريحاني، ابراهيم الزريقات وعادل طنوس (٢٠١٠). *إرشاد ذوى الحاجات الخاصة وأسرهم*. دار الفكر.

سمية طه (٢٠٠٨). *مشكلات الأطفال العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة وعلاجها*. عالم الكتب.

سميرة عبد اللطيف وفؤاد عبد الله (٢٠٠٨). *فهم وتدريس الاطفال المصابين بالتوحد*. الأمانة العامة للأوقاف، مركز الكويت للتوحد، ١٤٧.

سوسن الجلبى (٢٠٠٥). *التوحد الطفولي " أسبابه– خصائصه – تشخيصه – علاجه*. مؤسسة علاء الدين للنشر.

سوسن مجيد (٢٠٠٨). *العنف والطفولة دراسات نفسية*. دار صفا للنشر التوزيع.

سيد جارحي (٢٠٠٤). *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة (رسالة ماجستير غير منشورة)*، جامعة عين شمس.

شارلز شيفر وهوارد ميلمان (٢٠٠١). *مشكلات الأطفال المراهقين وأساليب المساعدة فيها* (نسيمة داود ونزيه حمدي، مترجمين). منشورات الجامعة الأردنية.

شيماء خالد (٢٠١٨). *فاعلية اللعب المنظم في الحد من سلوك العناد لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة بني سويف.

صباح هرمز وإبراهيم حنا (١٩٨٨). *علم النفس التكويني (الطفولة والمراهقة)*. دار الكتب للطباعة والنشر.

عادل عبد الله (٢٠٠٨) *مقياس العزلة الاجتماعية*. مكتبة الأنجلو المصرية.

عادل محمد (٢٠٠٠). *الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين*. دار الرشاد.

عبد المنعم جاسم (٢٠٠٩). *العزلة الاجتماعية لدى المكفوفين وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية (رسالة ماجستير غير منشورة)*، الجامعة المستنصرية.

عبدالله عسكر (٢٠٠٥). *الاضطرابات النفسية للأطفال*. مكتبة الأنجلو المصرية.

عزيز أحمد (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوي السلوك العدواني لدي أطفال اضطراب التوحد. *مجلة البحث العلمي في التربية*، ٢٠، ١٩٥- ٢١٤.

عزيز سمارة، عصام النمر وهشام الحسن (١٩٩٩). *سيكولوجية الطفولة (ط٣)*. دار الفكر للنشر.

علاء الدين كفافي (١٩٩٩). *الإرشاد الأسري المنظور النفسي الاتصالي*. دار الفكر العربي.

عناية حسن (٢٠١٤). *التعزيز في الفكر التربوي الحديث*. شركة أمان للنشر والتوزيع.

عيسى عبد السلام (٢٠٠٦). *دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة عين شمس .

فاطمة سعود، سميرة خرموش وأمل سعود (٢٠١٦). الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية السيئة (دارسة ميدانية في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا ببوسعادة). *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية*، (١)، ١٢٣– ١٤٠.

فيصل خليف (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي للأمهات في خفض أعراض سلوك العناد عند اطفالهن التوحديين الملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة لمحافظة الزرقاء. *مجلة المشكاة للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ٧(١)، ٧٩– ١٠٦.

قطب خليل (١٩٩٦). *سيكولوجية العدوان*. مكتبة الشباب.

كالفين هول، جاردنر ليندزى (١٩٧٨). *نظريات الشخصية* (فرج أحمد ، قدري حفني ولطفى فطيم، مترجمين). الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر.

كمال سيسالم (٢٠٠٢). *موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي*. دار الكتاب الجامعي.

ماجدة السيد (٢٠١٥). *الاضطرابات السلوكية*. دار صفاء للنشر والتوزيع.

مارتن هنلي، روبرتا رامزي وروبورت ألجوزين (٢٠٠٤). *خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم* (جابر عبد الحميد، مترجم). دار الفكر العربي.

مجدى الدسوقى (٢٠١٥). *مقياس أضطراب العناد والتحدى*. دار فرحة للنشر والتوزيع.

مجدى الدسوقي (٢٠١٣). الندوة الثانية لقسم علم النفس. *فاعلية العلاج النفسي في علاج اضطراب المسلك: رؤية نفسية لتحصين الشباب في عصر العولمة*، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ٥٨٥–٦١٢.

محمد خطاب (٢٠٠٥). *سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها- تصنيفها – أعراضها- تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي*. دار الثقافة.

مروه ممدوح (٢٠١٠). فعالية برنامج تدريبي في خفض العدوانية لدى الأطفال التوحديين (*رسالة ماجستير غير منشورة*)، جامعة بنى سويف.

مريم سمعان (٢٠١٠). الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المتخلفين عقليا و علاقته ببعض المتغيرات : دراسة ميدانية في مراكز رعاية و تأهيل المعوقين ذهنيا في محافظة دمشق. *مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية*، ٢٦(٤)، ٧٦٥ – ٨١٨.

مصطفى نوري وخليل عبد الرحمن (٢٠٠٧). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية* دار المسيرة للنشر والتوزيع.

مكى محمد (٢٠١٠). *دراسات نفسية معاصرة لذوى الاحتياجات الخاصة والقابلين للتعلم*. علم الكتب للنشر والتوزيع.

نادية إبراهيم (٢٠٠٢). *فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم (رسالة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة عين شمس.

نبيلة عباس (٢٠٠٣). *المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها*. دار النهضة العربية.

نجاتي أحمد وأمل صالح (٢٠١٢). فاعلية برنامج قائم على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك الإنسحابي لدى عينة من الأطفال التوحديون في المملكة الأردنية الهاشمية. *المجلة الدولية متعددة التخصصات للتعليم*، ٩(١)، ٦٢٩-٦٤٤.

هديل حسين (٢٠١٥). *فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة السلوك الانسحابي ومستوى القلق لدى الأطفال التوحديين (رسالة دكتوراه غير منشورة)*، جامعة بني سويف.

المراجع الأجنبية:

Bandura , A. (1997). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall.

Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, (33), 343-358.

Bauminger, N. (2004). The Facilitation of Social-Emotional Understanding and Social Interaction in High-Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, (32), 280-298.

Berni, C., Stephen, P. & Peter, R. (2008). *Brief Cognitive Behaviour Therapy* . SAGE Publications Ltd .

Bettencourt, T., Benjamin, V. (2006). Personality and Aggressive Behavior Under Provoking and Neutral Conditions: A Meta-Analytic Review, *Psychological Bulletin*, 132(5), 751–777.

Bronsard, G., Botbol, M., Tordjman, S. (2010). Aggression in Low Functioning Children and Adolescents with Autistic Disorder. *PLoS ONE*, 5(12): e14358.

Burghoorn, F., Dingemanse, M., Lier, R. & van Leeuwen, T. (2020). The Relation Between Autistic Traits, the Degree of Synaesthesia, and Local/Global Visual Perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 12–29.

Cadogan, S. &. McCrimmon, A. (2013). Pivotal response treatment for children with autism spectrum disorder: A systematic review of research quality. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(2), 1-8.

Capaldi, D. & Eddy, M. (2005). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder*. In Gullotta,t & Adams, G., Handbook of adolescent behavioral problems evidence based approaches to prevention and treatment, Springer.

Collie, W., James, M., Todd Neu, C., Marla, C., Amy, O., Scott, A., Daniel, F., Richard, I. (2003). Solution foucsed family therapy with three aggressive and Oppositional Action children. Empricial study. *Family Process*, 42 (3) , 361-374. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00361.x.

Collins, T. (2010). *Functional communication training to increase communication skills for young children with autism spectrum disorders (Unpublished Doctoral Dissertation)*. Clemons University.

DeGangi, G. & Kendall, A. (2008). *Effective Parenting for the hard-to-manage child: askills based guide*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203939161.

Dehghan, S., Barmas, H. & Alireza, K. (2013). Effect of self-focused parenting on aggressive and stubborn behaviors in six year-old children in Yazd. *European Journal of Experimental Biology*, 3(2), 306-309.

Din, F. & Marilyn, C. (2001). *Change the Oppositional-Defiant Behavior with the Barkley Program*. The paper present at The Annual Conference of The Eastern Educational Research, Hilton Head Island, Fed., 14-17. Distributed by ERIC Clearinghouse. https://eric.ed.gov/?id=ED452625.

Eberg, S., Nelson, M. & Boggs, S. (2008). Evidence – based psychosocial treatment for children and adolescents with disruptive. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215 –237.

Edward, L. & Crocker, S. (2008). *Psyshological Processes in Deaf Children with Complex Needs: An Evidence-Based Practical Guide*. Jessica Kingsley Publishers.

Engler ,B. (1985). *Personality Theories*. Boston Houyhton Mifflinco.

Ferguson, E., Nahmias, A., Crabbe, S., Liu, T., Mandell, D., & Parish-Morris, J. (2020). Social language opportunities for preschoolers with autism: Insights from audio recordings in urban classrooms. *Autism*, (24), 1232 - 1245.

Gadow, K., Arnold, L. & Molina, B. (2016). Risperidone Added to Parent Training and Stimulant Medication: Effects on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Peer Aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(9), 919-948.

Giannotta, F., & Rydell, A. (2016). The Prospective Links Between Hyperactive / Impulsive, Inattentive, and Oppositional-Defiant Behaviors in Childhood and Antisocial Behavior in Adolescence The Moderating Influence of Gender and the Parent-Child Relationship Quality. Child Psychiatry and Human Development, 47,(6), 857-870.

Gillson, S. (2000). Autism and social behavior Bethesda, MD: autism society of American. http://www.Autism society of American.com.

Granvold, D. (1994). Cognitive-Behavioral Treatment: Methods and Applicitions. California. Brooks/ Cole Publishing Company.

Hagemann, C. (2017). A Sensory Integration Programme For Boys With Autism Spectrum Disorder For Social Interaction And Communication. Two Case Studies, MA Thesis, Stellenbosch University.

Hallahan, D., Kauffman, J. & Pullen, P. (2009). Exceptional Learners: Introduction to special education, Boston, New York: Allyn and Bacon.

Herbet, M. & Wookeyj .(2004). Managing children's disruptive behavior: A guide for practitioners working with parents and foster parents, Wiley& Son press.

Hill, A., Zuckerman, K., Hagen, A., Kriz, D., Duvall, S, van Santen, J., Nigg, J., Fair, D., & Fombonne, E. (2014). Aggressive Behavior Problems in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Correlates in a Large Clinical Sample. *Research in autism spectrum disorders*, 8(9), 1121–1133.

Hines, E. & Simonsen,B. (2008). The Effects of Picture Icons on Behavior for a Young Student with Autism, Beyond Behavior, Council for Children with Behavioral disorders.

Hirschler,G ., Golan, O., Ostfeld, E.& Feldman, R. (2015). Mothering, fathering, and the regulation of negative and positive emotions in high-functioning preschoolers with autism spectrum disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry Malden, 56. (5). 530-539.

Hodgetts, S., Nicholas, D., & Zwaigenbaum, L. (2013). Home sweet home? Families' experiences with aggression in children with autism spectrum disorders. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 1–9.

Hosseini, S., Naziri, G.& Ebrahim, R. (2014). Effectiveness of Storytelling Therapy on the Reduction of Aggression and Stubbornness in children with oppositional Defiant Disorder, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16 (9), 83-85.

Hudziak, J., Derks, E., Althoff, R., Copeland, W., & Boomsma, D. (2005). The genetic and environmental contributions to

oppositional defiant behavior: A multi-informant twin study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 907–914.

Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C.& Pellicano, E. (2016).Which Terms Should Be Used to Describe Autism? Perspectives from the UK Autism Community, Autism. *The International Journal of Research and Practice*, 20 (4) , 442- 462 .

Kinyua, J. (2013). Challenges Faced By Grandparents In Managing Emotional And Behavior Problems OF Orphans In The Era Of HIV//AIDS. *International Journal Of Social Sciences and Entrepreneurship*, 1(3), 329-339.

Leah,k. & Stein, L. (2013). Enhancing Social Skills of kindergarten children with autism through the training of multiple peere as tutors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3).183-193.

Lindner .(2005). Focus on Autism: behavioral intervention program is Available. *Center for Autism*. WWW.northshorelij.com/autism.

Lochman, J. & Pardini, D. (2008). *Cognitive behavioral therapies*. In M. Rutter; D. Bishop; D. Pine; S. Scott; J. Stevenson; E. Taylor & A. Thapar (Eds.), Rutter's child and adolescent psychiatry (5th ed). Blackwell Publishing.

Lynnette, C., Richard, K. & Michelle, M. (2007). Behavioral Intervention Planning: Increasing Appropriate Behavior of Socially Withdrawn Student. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 81 - 98.

Madison, C.(2016). *Sensory Integration Interventions for Communication and Social Interaction Among Children with Autism and Developmental Disabilities: An Evidence-Based Practice Project (MA Thesis)*. Catherine University.

Manfredi, M., Cohn, N., Mello, S., Fernandez, E., & Boggio, P. (2020). Visual and Verbal Narrative Comprehension in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders: An ERP Study, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(8), 2658-2672.

Mariarosaria, C., Anna, S., Elisa D., Alessandro, F., Domenico, V., Palmira, R., Luigi, V., & Marco, C. (2021). Efficacy of Neuro-Psychomotor Approach in Children Affected by Autism Spectrum Disorders: A Multicenter Study in Italian Pediatric Population. *Brain Sci*, 11(19), 1-8.

Marie-Joëlle. (2021). Relationships Between Mother–Child Conversations About Emotion and Socioemotional Development of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1- 13. Published online, Springer, DOI:10.1007/s10803-021-05267-3.

Matson, L., Dixon, D., Matson, M. (2005). Assessing and treating aggression in children and adolescents with developmental disabilities: a 20-year overview. *Educ Psychol*, 25(2–3), 151–181.

Mayes, D., Calhoun, S., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Anderson, R., et al. (2012). Explosive, oppositional, and aggressive behavior in children with. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1),1–10.

Mazurek, M., Kanne, S., & Wodka, E. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*,(7), 455–465.

McCoy, M., Liu, E., Lutz, A., & Sisti, D. (2017). Ethical Advocacy Across the Autism Spectrum: Beyond Partial Representation. The *American Journal of Bioethics*, 20(4), 13-24.

Mcgee ,J. & Lord ,C. (2003). *Education Children with Autism*. National academy press.

Mcmahon, W. (2004). Autism spectrum Disorders and problem behavior. *Utah Registry of Autism*, (2), 212-234.

Mewhirter. (1990). loneliness review of current literature with implications for conseling and rebearch. *journal of counseling and velopment*, 68 , 417- 421.

Ofovwe, G. E., & Ofovwe, C. E. (2010). Disruptive Behaviour Disorder (DBD) Rating Scale for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Normative Values and Percentile Charts for Nigerian Children Aged 6 to 15 Years. *Nigerian Hospital Practice*, 6(1-2).

Omizo M., Herschberger, J. & OmizoS, A., (2004). Teaching children to cope with anger. *Elementary School Guidance and Counseling*, (22), 241-246.

Pepinsky, Mansell. (2000). *Counseling theory and practice*. The Ronald Press.

Petursdottir, A, Mccomas J & Mcmaster, K. (2007). the effects of scripted peer tutoring and Programming common stimuli on social Interactions of a student with Autism spectrum disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (2), 353–357.

Petursdottir, A., McComas, J., McMaster, K. & Horner, k. (2007). The effects of scripted peer tutoring and programming common stimuli on interactions of a students with Autism spectrum disorder. J*ournal of Applied Behavior Analysis*, 40(2), 353-357.

Reeve, J. (2001). *Understanding Motivation and Emotion (3rd, ed).* Harcourt.

Ronen,T.(2005). Students evidence based practice intervention for children with oppositional defiant disorder. *Research on Social Work Practice*, 15(3), 165-179.

Saposnik, G. & Levin, M. (2014). Outcome Research Canada (SORCan) Working Group. Virtual reality in stroke rehabilitation. *A meta-analysis and implications for clinicians Stroke*, 42(5), 1380-1386.

Satterstrom, F., Kosmicki, J., Wang, J., Breen, M., De Rubeis, S., An, J. & Klei, L. (2017). Large-Scale Exome Sequencing Study Implicates Both Developmental and Functional Changes in the Neurobiology of Autism.

Sears, Robert.(2010). *The Autism Book*. Little Brown & Co.

Shepherd. (2010). *Working With Students With Emotional and Behavior Disorder: Characteristics And Teaching Strategies*. Pearson International Edition.

Stephen, B. & Tamara, J. (2010). *Behavior Disorders Identification Scale, BDIS-2*. Hawthorne Educational Services.

Strain, p., kooke, T. & tony, A. (1976). *Teaching exceptional children assessing & modifying*. new york academec press.

Stratton, C. & Reid, M. (2003). Treating Conduct Problems and Strengthening Social and Emotional Competence in Young Children: The Dina Dinosaur Treatment Program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11(3), 130-143.

Sue, D., & Sue, D. (2013). C*ounseling the culturally diverse: Theory & practice (6thed.)*. John Wiley.

Timothy, M. (2008). *A Guide To Oppositional Defiant Disorder* . Literature for Children, University of Pittsburgh .

Widus. (1996). Effective psychodrama in changing behaviors of children. *International Journal Of Mental Health* , (2) , 42-79.

Wong, C, Odom, S., Hume, K., Cox, A., Fettig, A., Kucharczyk, S., Brock, M., Plavnick, J., Fleury, V. & Schultz, T. (2015). Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *A Comprehensive Review.Autism Dev Disor*d, 45(7), 1951-1966.

Effectiveness of a Behavioral Therapy Program for Reducing the Severity of the Behaviors of Aggression, Oppositional defiant, and Social Withdrawal in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorder

Abstract:

The present paper aims to investigate the effectiveness of a behavioral therapy program for reducing the severity of the behaviors of aggression, oppositional defiant, and social withdrawal in a sample of children with autism spectrum disorder. The authors developed a scale for the behaviors of aggression, oppositional defiant, and social withdrawal which was applied to one of the parents of the child, numbered (24) of the children's parents, Then, they prepared a behavioral therapy program to reduce the severity of the behaviors of aggression, oppositional defiant, and social withdrawal. Which was applied to children with autism spectrum numbered (24) children (14 males and 10 females) of those who frequently visit the Centre of Special Needs at South Valley University and diagnosed with autism spectrum disorder. The participants were distributed to an experimental group of 12 children and a control group of 12 children. The findings indicated statistically significant differences between the experimental group and the control group in the post-test of the scale for the behaviors of aggression, oppositional defiant and social withdrawal in favor of the experimental group. There were

statistically significant differences in the experimental group between the pre-test and post-test of scale for the behaviors of aggression, oppositional defiant and social withdrawal in favor of the post-test. Finally, there were no statistically significant differences in the experimental group in the pre-test and post-test of the scale, indicating the effectiveness of the prepared program used for reducing the severity of d of the behaviors of aggression, oppositional defiant, and social withdrawal among the sample of children with autism spectrum disorder.

Keywords :Aggression, Oppositional defiant, Social Withdrawal , Autism spectrum disorder.