استخدام بعض فنيات تعديل السلوك في خفض إيذاء الذات لدي عينة من الأطفال التوحديين

إعـــــداد

أ/ شيماء طلعت محمد البحيري

باحثة ماجستير

إشراف

أ.د/نبية إبراهيم إسماعيل

أستاذ الصحة النفسية المتفرغ

كلية التربية- جامعة المنوفية

د/ عبير حمدي حسنين

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية- جامعة المنوفية

المستخلص

استهدف البحث الحالي معرفة مدى فعالية استخدام عدد من فنيات تعديل السلوك للتخفيف من سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين و الكشف قبل وبعد استخدام فنيات تعديل السلوك واستبدالها بسلوكيات مرغوب فيها للكشف عن أثر جلسات البرنامج التدريبي على تعديل سلوك إيذاء الذات بعد الانتهاء من تطبيقها بشهرين و تحددت عينة البحث الحالي في شكلها النهائي في (٦) أطفال توحديين ، و تراوحت أعمارهم فيما بين (٤-٨) سنوات، وبلغ متوسط أعمارهم ٧٢,٢٥ شهرًا، وبلغ متوسط نسبة ذكائهم ٨٤,٩ طبقًا للتقارير المعتمدة الواردة معهم و استخدمت الباحثة؛المنهج الدراسة المنهج شبة التجريبي ذا المجموعة الواحدة ،وبثلاث أختبارات قبلي وبعدى ومتابعة.

وقد استخدمت الباحثة استبانة دراسة الحالة للأطفال التوحديين (إعداد: الباحثة) للتأكد من قياس نسبة التوحد قبل البدأ في البرنامج ، و استبانة إيذاء الذات للأطفال التوحديين (إعداد: الباحثة) ، و جلسات تدريب على فنيات تعديل السلوك (إعداد: الباحثة) و اسفرت نتائج البحث عن وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين على إيذاء الذات للأطفال التوحديين بين التطبيقين القبلي والبعدي ، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين على استمارة إيذاء الذات للأطفال التوحديين بين التطبيقين البعدي والتتبعي (بعد شهرين من تطبيق البرنامج)

الكلمات المفتاحية: التوحد ،سلوك إيذاء الذات، الايذاء الجسدي ، الايذاء الموجه نحو الآخرين، نوبات الغضب ، تعديل السلوك

Abstract:
The current study attempts to find out the effectiveness of using some behavior modification techniques in reducing self-injury behavior among sample of autistic children, and detect before and after the use of behavior to reveal the modification techniques , and replace them with desirable behaviors to reveal the impact of the training program sessions on modifying self-injury behavior two months after the completion of their application.

The current research sample in its final form was determined in (6) autistic children , their ages ranged between (4-8) years old, their average age was 72.25 months , and their average IQ was 84,9 according to the approved reports received with the autistic children. The researcher used the study method, the semi-experimental approach with one group, and three tests before and after and follow-up.

The researcher used a case study questionnaire for autistic children (Prepared by: The researcher) to ensure that the percentage of autism is measured before starting the program, self-injury Questionnaire for Autistic Children (Prepared by: Researcher), and Training sessions on behavior modification techniques (Prepared by: Researcher)

The search results resulted as there are statistically significant differences between the average ranks of the grades of autistic children on self-injury , for autistic children between the pre- and post-applications.

There are statistically significant differences between the averages of the ranks of autistic children on the self-injury form for autistic children between the dimensional and tracking applications (two months after the application of the program)

Keywords: Autism, Self-injury behavior, physical abuse, and victimization directed at others, temper tantrums and behavior modification.

١- الإطار النظري و الدراسات السابقة:

يعد التوحد احد الاضطرابات التي تشكل خطورة في المجتمع ، ولهذا اهتم بها الباحثون لتحديد مفهومها والتعرف على معدل انتشاره و أسبابه وأعراض وخصائص الأطفال التوحديين

مقدمه الدراسة:-

يعد التوحد بمثابة زملة أعراض مرضيه يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الأطفال وهو أحد الاضطرابات الوبائية فى الآونة الأخيرة والذي يؤثر على مختلف جوانب حياة الطفل والتي تم التعرف عليها في النصف الأول من القرن العشرينً، إذ عُرف التوحد لأول مرة على يد الطبيب الأمريكي ليو كانر. (1943) Kanner Leo

هذا ويقدر انتشار التوحد مع الأعراض السلوكية المصاحبة بحسب دراسة ريبيكا Rebecca (1:2009) له بنسبة(1) من بين 250 مولود جديد بعدما كانت(1) من بين 150 طفل في (2003).

بينما أشار ويلسن Wilson (1:2011) والعديد من الأبحاث والتقارير إلى تزايد معدلاته باستمرار في جميع أنحاء العالم . وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 1/4، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية وعادة ما يحمل في طياته العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية الحادة فمعظم الاطفال التوحديين يغلب عليهم التبلد الانفعالي والانعزال وضعف الثقة بالنفس والإحباط مما يؤدى بهم إلى العديد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية.

في حين أشار كاثرين لورد جيمس Catherine lord,James

(2001 :117-115) متفق مع دراسة كل من راشيل Riechle

(1:1990)، سبراغ وريان Sprague,Ryan (1993) ، بريستولBristol (1993)، هونر Hornar (1:2000) إلى أن المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين وغيرهم من الأطفال هى من بين القضايا الأكثر تحديا التى يواجهها أولياء الأمور ومقدمى الرعاية ، فهى تعيق الجهود المبذوله التى تهدف إلى توفير البرامج المناسبه للأطفال التوحديين ، وتعد السلوكيات المشكلة كسلوكيات إيذاء الذات التى تعتبر وسيله يتواصل بها الطفل التوحدى على الرغم من كونها وسيله خاطئة فتعد

أحد العوائق الرئيسة أمام التنمية الاجتماعية والتعليمية الفعالة. ،حيث ان تلك السلوكيات تعرض الأطفال لخطر العزلة الاجتماعية والتعليمية والاسرية . و تضع عبئا ثقيلا على الاسر،خصوصا فى مرحلة ما قبل المدرسة بالإضافه إلى ذلك فإن السلوكيات المشكله من نوبات الغضب ،العدوان ، وإيذاء الذات تحتاج إلى اختيار منهجى للأطفال التوحدين وهذا المنهج يتطلب استمرار الجهود من المعلمين وأولياء الأمور لتحقيق أقصى قدر للاستفاده من إمكانيات الطفل .

وعرف سيد البهاص(2007 :425) سلوك إيذاء الذات بأنه سلوك غير سوى يتمثل في قيام الطفل بالإساءة المتعمدة لذاته من خلال إيذاء بعض أجزاء من جسمه ، أو ضرب رأسه،أوشد شعره ، أو صفع وجهه ، أو نخر الجروح فى جسمه...إلخ.

ونظرا لأن هذا الطفل يعانى من اضطرابات حسية تفقده الإحساس بخطورة ما يفعل عند ممارسة تلك السلوكيات وباستعراض الدراسات التى تناولت خصائص الأطفال التوحديين كدراسة أميره بخش (2002) التى استهدفت تقديم برنامج تدريبي لتنمية المهارات التى تساعد على حدوث التفاعلات الإجتماعية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم وذلك لخفض السلوك العدوانى من جانبهم وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق أحصائية بين متوسط المجموعتين .

كما أستهدفت دراسة عادل عبدالله (2002) التحقق من فاعلية برنامج سلوكى يقوم على الأنشطة الجماعية المتنوعة فى خفض السلوك العدوانى وقد أسفرت نتائج هذة الدراسة فاعلية البرنامج المستخدم.

وايضا قد قدم خالد سعيد (2005) دراسة أستهدفت خفض السلوك الأنسحابى للأطفال التوحديين وتنمية الانتباة المشترك وذلك بأستخدام بعض التدريبات السلوكية وأستخدام نظام التواصل من خلال تبادل الصور وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية استخدام نظام تبادل الصور فى تنمية الأنتباه المشترك وخفض السلوك الأنسحابى لدى أطفال الروضة التوحديين .

- وجدت الباحثة أن هؤلاء الأطفال يمارسون تلك السلوكيات وعند مراجعه العلاجات وجدت أن هناك فنيات كثيرة يمكن الاستعانه بها فى فنيات تعديل السلوك مثل التقليد ، التعزيز ، التشكيل ، النمذجة ، التعميم ، الإطفاء ، المهلة ، التكرار ، لعب الدور ،.....إلخ ، التى ستعمل على

تعديل تلك السلوكيات ، واستبدالها بسلوكيات مقبولة.

2-مشكلة البحث:

تعد السلوكيات المشكلة ، وإيذاء الذات ، من المظاهر الأساسية التى يتصف بها الأطفال التوحديين ، حيث يعانى هؤلاء الأطفال العديد من أشكال إيذاء الذات كالعض ورطم الرأس فى الحائط وشد الشعر ، والتى أشارت إليها العديد من الدراسات منها وانج Wong (1991) ، وهولين Howline (1993) ، و رود ريجزر (1999) ، و ماشليك(2004) Machalic، و ساجفوس Sigafoos (2006) ، و ماهتامـاى Mahatymya (2008)، و مـاتو(2008) Matoh ، و هيومنـاك Heumanak (2008) ، وماستون (2008) Maston ، و مانشووانف (2008) Minshawinf ، و بندا(2009) Banda حيث أشارو أن تلك المشكلات وأنماط السلوك الخاصة بالأطفال التوحديين تعد شكلا من الاحتجاج أو الإخفاق فى التعبير عن الاحتياجات والرغبات ، فالعديد من المشكلات السلوكية التى يعانى منها الأطفال التوحديين ومن ضمنها التخريب والانسحاب الأجتماعى ، وللتغلب على جوانب العجز وإيذات الذات التى يعانى منها الأطفال التوحديين ، فإن عملية التدريب على تعديل تلك السلوكيات ضرورية جدا للعمل على تنمية تلك الجوانب ، وما يرتبط بها من مشكلات ،فالبدء بتدريب الأطفال التوحديين الصغار الذين يتراوح أعمارهم من ٤-٨ سنوات له تأثير واضح على التخفيف من إيذات الذات لدى هؤلاء الأطفال مع أنفسهم ومع الآخرين وعلى كيفية تعبيرهم عن مشاعرهم وانفعالاتهم بأكثر من طريقه ويتم التدريب من خلال بعض فنيات تعديل السلوك.

ومن خلال إطلاع الباحثة على بعض الدراسات السابقة يتضح للباحثة أن بعض فنيات تعديل السلوك تركز على تعليم وإكساب أطفال التوحد المهارات المستهدفة ولم يتسنى في حدود علمها إلا القليل من الدراسات التي استخدمته كأسلوب في تعديل السلوك في علاج المشكلات النفسية والانفعالية المختلفة.

ويمكن تحديد مشكلة البحث الحالي فى محاولة الإجابة عن السؤال التالي:

١-ما الأسس التي يؤخذ بها لبناء برنامج تدريبي -على ضوء فنيات تعديل السلوك في التخفيف من إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال التوحديين؟

٢-ما فاعلية البرنامج التدريبى المقترح والقائم على فنيات والقائم على فنيات تعديل السلوك فى خفض إيذاء الذات لدى عينة من التوحديين؟

3-أهدف البحث :

محاولة تعديل سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين.

تبين الدور الذى تلعبه فنيات تعديل السلوك في التخفيف من إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين .

التخفيف من السلوكيات غير المرغوب فيها.

4-أهمية البحث:

١- الاهتمام بفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة ومد يد العون والمساعدة لهم.

٢- تقديم برنامج تدريبي قائم على بعض فنيات تعديل السلوك وتنمية بعض المهارات المعرفية لدي الأطفال التوحديين.

٣- برنامج قد يسهم فى إكتساب الأطفال التوحديين بعض السلوكيات الإيجابية.

٥- مصطلحات الدراسة:

أولا: تعريف التوحد :

يقصد به " أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة وهو حاله من العزله والانسحاب الشديد وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين والتعامل معهم مع ظهور بعض المشكلات المضطربة مثل السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات وتظهر عادة في مرحله الطفولة قبل سن ثلاث سنوات

ثانيا :إيذاء الذات

ومن خلال تلك التعريفات تمكنت الباحثة من التوصل إلى ما يلي :

1- ان سلوك إيذاء الذات يعد تعبيرا عن انفعالات الأطفال التوحدين .

2- سلوك إيذاء الذات سلوك مضطرب .

3- يعد سلوك إيذاء الذات مصدر إزعاج للواليدين .

4- سلوك إيذاء الذات يعد شكلا من أشكال جذب الأنتباه .

وبناء على ذلك تحاول الباحثة وضع تعريف إجرائي لسلوك إيذاء الذات يتناسب مع الدراسة الحالية على النحو التالي :

"كل سلوك يصدر عن الطفل التوحدي من السلوكيات المضطربة وغير المرغوب فيها التي تؤدى إلى إيذاء الطفل التوحدي لذاته أو للغير وعادة ما يكون هذا الإيذاء مصحوب بنوبة غضب ويكون هذا الإيذاء وسيله للتواصل وجذب الانتباه، وتتمثل تلك السلوكيات في خبط الرأس وقضم الأصابع والعض وشد الشعر وإلى غير ذلك من سلوكيات " .

ويتفرع من هذا التعريف بعض المصطلحات الفرعية الخاصة المرتبطة بإيذاء الذات المستخدمة في البحث الحالي وهى:(الإيذاء الجسدي، الإيذاء الموجه نحو الآخرين، نوبات الغضب)

– الإيذاء الجسدي :وعرفته الباحثة إجرائيا بأنه : قيام الطفل بإيذاء جسده من خلال قيامه بسلوكيات مضطربة كعض نفسه ، شد شعره ،ضرب رأسه بشدة تمزيق ملابسه أو خدش نفسة بأظافره.

– **الإيذاء الموجه نحو الآخرين** :وعرفته الباحثة إجرائيا بأنه : قيام الطفل التوحدي بسلوكيات مضطربة موجهه نحو الآخرين كشد شعر الآخرين ،البصق عليهم ، قصف الأشياء عليهم وأصدرا أصوات مزعجة ولغة غير مفهومه.

–**نوبات الغضب** : وعرفتها الباحثة إجرائيا بأنه : وهى نوبات مزاجية للطفل التوحدي مجهولة السبب وتتمثل في الصراخ المستمر ،بعثرة الأشياء وسكب الأطعمة والعصائر وغيرها من حالات غضب.

ويعد إيذاء الذات أحد أكثر المظاهر السلوكية ازعاجاً وخطورة لدى الاشخاص المعاقين وبخاصة منهم المتأخرين عقلياً والذين يعانون من حالة التوحد.

ولذلك فلا غرابة في أن يولي الباحثون والمعالجون اهتماماً كبيراً بتحديد أسباب هذا السلوك وتطوير الأساليب العلاجية الفعالة التي تستطيع الحد منه.

ثالثا: مفهوم تعديل السلوك: في حين أشار لويس مليكة (1990 :11–12) إلى أن تعديل السلوك تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا ،ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المرغوب.

– وقد اشتمل تعديل السلوك على ثلاثة موضوعات رئيسة أشار اليها كل من جمال الخطيب (2003 :6) واحمد عبد اللطيف مرجع سابق وهى :–

1- التحليل :- ويعنى تحليل العلاقات الوظيفية بين البيئة والسلوك المحدد وذلك لفهم لماذا يحدث السلوك.

2- التعديل :- ويعنى تطوير وتطبيق إجراءات تساعد الفرد على تغيير السلوك وهذا يشتمل على تعديل إحداث البيئة بهدف التأثير فى السلوك.

3- **إجراءات تعديل السلوك:** وتعني الإجراءات التي يستخدمها المهنيون والإخصائيون لمساعدة الفرد على إحداث التغيير والتعديل الملحوظ على السلوك حيث أرجع كلٌ من أسامة فاروق، والسيد الشربيني (2011: 165) إجراءات تعديل السلوك إلى أسس موضوعية، وليس إلى انطباعات ذاتية، كما أن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم. وقد أثبتت برامج تعديل السلوك فعالية كبيرة في خفض سلوكيات العدوان وعدم الطاعة وإيذاء الذات لدى الأطفال والمراهقين والكبار المصابين بالتوحد، والاضطرابات النمائية الأخرى.

يرجع تعديل السلوك إلى نظريتين وهما:

١. **نظرية التعلم:**

حيث يشير لويس مليكة (10:1990) إلى أن السلوك الإنساني سواء كان بسيطًا أو معقدًا يخضع في غالبيته لعوامل مكتسبة، وأن ما يكتسبه الطفل من أخطاء سلوكية أو اضطرابات يمكن أن يتوقف الطفل أو يعالج منها إذا ما عدلنا من الشروط التي أدت إلى تكوينها واستمرارها.

٢. **نظرية العلاج السلوكي:**

حيث ذكر كل من عبد الستار إبراهيم وعبد العزيز الدخيل ورضوان إبراهيم (1993: 31-32) أن العلاج السلوكي علاج متعدد الأوجه ويمتد ليشمل: الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطورنظريات التعلم عند : "بافلوف" و"هل" بشكل خاص، الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي "سكنر" مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك، وأساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات، والأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقدوة. بينما أشار لويس مليكة (1999: 27) إلى أن العلاج

السلوكي وطرق تعديل السلوك يطبق اليوم في عدد من المجالات أكبر مما تطبق به معظم الطرق العلاجية الأخرى، ويرجع ذلك إلى افتراض أن معظم أفعال البشر –سوية أو غير سوية.

٤ –خطوات تعديل السلوك:

أشار إليها كلّ من عبد الستار وآخرين (1993: 155–168) ، وسهى أمين (2002: 100–102)، وجمال الخطيب (2014: 38–55) بثمانية خطوات، وهما:

١. تحديد السلوك المستهدف: ويقصد به السلوك المشكل الذي يجمع عليه كل من الوالدين والمدرسين بأنه يجب تعديله.
٢. تعريف السلوك المستهدف: فالتعريف بالسلوك يتيح لنا الكثير من الأمور، لذا ينبغي تحري الدقة فيه، ومن بين الأمور التي تتوقف على دقة التعريف في تعديل السلوك:
   ١– تحديد الأسلوب الأنسب في التعامل مع السلوك المستهدف.
   ٢– تحديد السلوك المستهدف بصورة قاطعة يحدد معيار قياس نتائج الخطة العلاجية أو التعديلية.
   ٣– التعريف الدقيق للسلوك المستهدف من الخطة العلاجية.
٣. قياس السلوك المستهدف: لكي نقوم بتحديد خطة العلاج وتعديل السلوك المستهدف يجب أن نقوم بقياس هذا السلوك أولا للتعرف على تكرارية حدوثه وشدة هذا السلوك.
٤. التحليل الوظيفى للسلوك: بعد تحديد السلوك المستهدف وتعريفه وقياسه يجب أن نقوم بتحليل هذا السلوك وذلك من خلال معرفة من يقوم بالسلوك؟ وما السلوك؟ وأين يحدث السلوك؟ وضد من يحدث السلوك؟ ومتى يحدث السلوك؟ وما الظروف المحيطة بالسلوك؟ وكيف يؤدى السلوك؟ وما رد فعل الطرف الآخر في الموقف؟ وكيف ينتهي الموقف؟ وما رد فعل الطفل تجاه هذا الإجراء؟
٥. تصميم خطة العلاج أو الخطة التعديلية للسلوك غير المرغوب: من خلال صياغة الأهداف السلوكية من الخطة التعديلية ومعرفة خطوات التدخل لتعديل إحدى السلوكيات غير المرغوبة.

٦. تنفيذ خطة العلاج أو تعديل السلوك المستهدف: بعد تجهيز وإعداد الخطة وتصميمها بناءً على الدقة في كافة الخطوات السابقة تأتي مرحلة تنفيذ الخطة التداخلية. وعلى الرغم من أهمية الخطوات السابقة في نجاح وفاعلية خطة تعديل السلوك فإن هذا الإعداد قد تضيع كل نتائجه إن لم يتم تنفيذ الخطة بالطريقة السليمة.
٧. تلخيص النتائج وإيصالها إلى من يهمة الأمر.
٨. تقويم فاعلية العلاج أو الخطة التعديلية: لابد من أن يكون التقويم بشكل دائم وخلال التنفيذ بصورة دورية بحيث لا يكون في نهاية التنفيذ فنخسر فرصة التعديل أثناء تنفيذ الخطة.

٤. المبادئ الأساسية وفنيات تعديل السلوك:

أشار جمال الخطيب (2014: 24-25) إلى أن مبدأ تعديل السلوك يقوم على المبادئ الأساسية التي تم اشتقاقها من البحوث العلمية التجريبية التي قام باحثون عديدون بإجرائها على مدى عدة عقود وهي:

مبدأ التعزيز: يعد حجر الأساس في ميدان تعديل السلوك Reinforcement. والتعزيز مصطلح عام يشير إلى عملية التعلم التي تشمل تقديم أو إزالة مثير معين بعد حدوث الاستجابة الأمر الذي يؤدي إلى تقوية تلك الاستجابة، ويسمى المثير الذي يعمل على زيادة احتمالات حدوث السلوك معززًا موجبًا، ويسمى المثير الذي يؤدي إلى اختفائه بالمعزز السالب.

- **العوامل المؤثرة في فعالية التعزيز:**

حدد كل من فؤاد أبو حطب وآمال صادق (1992: 384- 386) وإسماعيل بدر (2006: 212-213) العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز كما يلى:

١. فورية التعزيز: وتعني تقديم التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك.
٢. انتظام التعزيز: ويعني استخدام التعزيز على نحو منظم وفقًا لقوانين معينة.
٣. تنويع مصادر التعزيز: ويعني استخدام معززات متنوعة لأنها أكثر فعالية من استخدام معزز واحد.

٤. كمية التعزيز: وتعني تحديد الكمية التي ستعطى للطالب وهذا يعتمد على تنوع المعززات.
٥. درجة صعوبة السلوك: وتعني مدى تعقيد السلوك المستهدف، أو مدى احتياجه لجهد كبير.
٦. التجديد: وتعنى استخدام معززات متنوعة جديدة غير مألوفة قدر الإمكان، حتى يكون هناك حماس لتغيير السلوك وزيادته لدى الطالب.
٧. الاختيار المناسب: ويعني استخدام معززات يكون لها معنى عند الطلاب وتتناسب مع أعمارهم وجنسهم.

مبدأ العقاب: أشار جمال الخطيب (2014: 25) إلى أن العقاب punishment هو عملية سلوكية تعمل فيها المثيرات البيئة التي تحدث بعد السلوك على تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل. لذلك **ستقوم الباحثة بعرض بعض فنيات تعديل السلوك التي ستستخدمها في برنامجها والتي يمكن أن تساعد في علاج سلوكيات إيذاء الذات عند الأطفال التوحديين:**

١. **التعزيز التفاضلي: Differential Reinforcement**

أشار رمضان القذافى (165:1988) إلى أن فكرة تعديل السلوك تقوم على مكافأة السلوك الجيد والمطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كليًا من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل.

٢. **تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي:.Systematic Desensitization**

قد أشار بهاء الدين جلال (2010: 57) إلى أن هذا الأسلوب يتضمن "تعليم الطفل العدواني وتدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع التدريب على الاسترخاء".

٣. **توفير طرق لتفريغ العدوان(التنفيس الانفعالي)، وإدارة الغضب: Anger Management**

وترجع نشأته إلى فرويد من منطلق أن الاضطرابات السلوكية تنتج عن صراعات لاشعورية. وقد أشار جوش (Gosh 2006: 8) إلى أن بعض الأطفال التوحديين تكون لديهم صعوبة في إدارة عواطفهم مثل الإجهاد، والقلق والإحباط، وهو ما يعبر عنه الطفل في بعض الأحيان في شكل

نوبات غضب أو عدوان.

٤. **التصحيح الزائد :Overcorrection**

ويعد التصحيح الزائد من فنيات تعديل السلوك، ويشير جمال الخطيب (2003) إلى أنه بعد قيام الطفل بإيذاء نفسه يرغم على البقاء في مكانه دون أن يؤذي نفسه، فإن لم يستجب لتعليمات المعالج يرغم على القيام بذلك باستخدام التوجيه الجسدي التدريجي، وفي حالة قيامهم بإيذاء الذات قد يرغم الأطفال على أداء نشاطات حركية محددة (إبقاء اليدين فوق الرأس أو إبقائهما بعيدتان عن الجسم، ...إلخ).

فروض البحث:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين على إيذاء الذات للأطفال التوحديين بين التطبيقين القبلي والبعدي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال التوحديين على استمارة إيذاء الذات للأطفال التوحديين بين التطبيقين البعدي والتتبعي.

إجراءات البحث:

- العينة : ستة (6) أطفال من أطفال التوحد ويعدّ كل طفل حالة فريدة بذاتها.
- المنهج: استخدمت الباحثة المنهج شبة التجريبي ذات المجموعة الواحدة بحدوده المعروفة وما يشمله من تطبيق البرنامج المعد لهذه الدراسة والقيام بالقياس القبلي لتحديد مستوى سلوك إيذاء الذات، والقيام بالقياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجى القائم على بعض فنيات تعديل السلوك ، ثم القياس التتبعي بعد شهرين تقريبًا، وعرض وتحليل النتائج والبيانات للوصول إلى النتائج.
- الأدوات: استبانة سلوك التوحد، استبانة سلوك إيذاءالذات، البرنامجج التدريبي.
- أولا: **استبانة الطفل التوحدي** قد اشتمل هذا البعد على (16) ستة عشر بندًا.
- قسمت الباحثة الاستبانة إلى ستة أبعاد، هي:

- **البعد الأول:** التفاعل والعلاقات الاجتماعية: وقد عرفته الباحثة إجراءيًا بأنه عملية مستمرة قائمة على علاقات متبادلة بين مجموعة من الأفراد يشتركون في الحاجات، والرغابات، والأهداف بصورة ما، مما يؤثر على الفرد والجماعة، ويؤدي إلى تعديل السلوك نحو ما تؤمن به الجماعة. وقد اشتمل هذا البعد على (16) ستة عشر بندًا.
- **البعد الثاني:** الاستجابات الانفعالية: وقد عرفتها الباحثة إجراءيًا بأنها تتمثل في كل من السلوك الانفعالي غير العادي والتي تستدعي معها الحاجة لتعديل السلوك. وقد اشتمل هذا البعد على (9) تسعة بنود.
- **البعد الثالث:** اللغة عن طريق الكلام والتواصل: وقد عرفتها الباحثة إجراءيًا بأنه وسيلة اتصال مهمة للتعبير عن الرغبات والحاجات الأساسية وبه يتم عملية التفاهم مع الآخرين. واشتمل هذا البعد على (12) اثني عشر بندًا.
- **البعد الرابع:** اضطرابات النمو: وقد عرفته الباحثة إجراءيًا بأنه اختلال في النمو وتأخره أو نقص أو زيادة هرمونات النمو مما يؤدي إلى خلل في نمو الفرد. واشتمل هذا البعد على (9) تسعة بنود.
- **البعد الخامس:** سلوكيات نمطية: وقد عرفته الباحثة إجراءيًا بأنه مظهر سلوكى شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة (نمطية) من الناحية الشكلية، إلا أنها تتشابه من حيث كونها غير وظيفية. واشتمل هذا البعد على (16) سبعة عشر بندًا.
- **البعد السادس:** استخدام الجسم والأشياء وعرفتة الباحثة إجراءيًا بأنه وسيلة للتعبير عما لا يستطيع الطفل التعبير عنه في صورته الطبيعية. واشتمل هذا البعد على (7) سبعة بنود.

ثبات وصدق المقياس الاستبانة:

صدق الاستبيان:

للتأكد من مدي صدق الاستبيان إحصائياً ، قامت الباحثة بحساب الصدق الموضوعي له ، فقد استخدم طريقة الاتساق الداخلي لأبعاد الاستبيان ، وطريقة الصدق التمييزي ، وذلك على النحو التالي:

* الاتساق الداخلي للاستبيان:

تعتمد طريقة الاتساق الداخلي على حساب معامل الارتباط بين الدرجة على كل بند للاستبيان، والدرجة الكلية عليه ، فتم تطبيق الاستبيان على عينة من الاطفال التوحديين بلغت 30 طفل وطفله ، وبعد رصد الدرجة الكلية ودرجة كل بند للعينة تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند الحاصل عليها أفراد العينة وبين الدرجة الكلية ، وتدل قيم معاملات الارتباط المرتفعة على وجود تماسك بين عبارات الاستبيان في السمة التي تحددها، ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط بين درجات عبارات المقياس والدرجة الكلية له .

جدول (1)

معاملات الارتباط بين درجات عبارات الاستبيان والدرجة الكلية الاستبيان

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.570	25	0.692		
2	0.740	26	0.857	49	0.525
3	0.866	27	0.771	50	0.862
4	0.629	28	0.589	51	0.570
5	0.614	29	0.491	52	0.740
6	0.842	30	0.701	53	0.866
7	0.610	31	0.628	54	0.629
8	0.490	32	0.636	55	0.487
9	0.720	33	0.803	56	0.525
10	0.555	34	0.656	57	0.862
11	0.692	35	0.465	58	0.570
12	0.857	36	0.605	59	0.740
13	0.771	37	0.512	60	0.866
14	0.589	38	0.656	61	0.629
15	0.491	39	0.768	62	0.614
16	0.701	40	0.525	63	0.842
17	0.628	41	0.862	64	0.610
18	0.636	42	0.570	65	0.493
19	0.803	43	0.740	66	0.720
20	0.656	44	0.866	67	0.771
21	0.465	45	0.629	68	0.525
22	0.605	46	0.487	69	0.862
23	0.512	47	0.525		
24	0.656	48	00.866		

ويتضح من الجدول رقم (1) السابق أن بنود الاستبيان ترتبط وبدلالة إحصائية عند مستوى 0.01 مع الدرجة الكلية للاستبيان ، مما يؤكد صدقها في اتجاه ما يقيسه الاستبيان ، ويؤكد ذلك وجود تناسق عالي بين أبعاد الاستبيان وبين بنوده، مما يدل على أن العبارات تتجه جميعاً في سياق تحديد مستوى السمة التي يستهدفها الاستبيان.

* الصدق التمييزي:

يعتبر معامل تمييز بنود الاستبيان دليلاً على صدقه ، وقد استخدمت الباحثة المعادلة الآتية مع درجات نفس الثلاثين طفل وطفله اللآتي تم تطبيق الاستبيان عليهن:

$$ت = \frac{ن ع - ن م}{ن}$$

حيث ت = معامل التمييز، نع = مجموع درجات 27% من العينة الحاصلين على أعلى درجات فى الاستبيان.(الأرباعى الأعلى) ، نم = مجموع درجات 27% من العينة الحاصلين على أدنى درجات فى الاستبيان .(الأرباعى الأدنى)، ن = عدد الأفراد .

ويوضح الجدول التالي معاملات التمييز لكل بند من بنود الاستبيان

جدول (2)

معاملات التمييز لكل بند من بنود الاستبيان

رقم العبارة	معامل التمييز	رقم العبارة	معامل التمييز	رقم العبارة	معامل التمييز
1	2.47	25	2.55	49	2.23
2	2.33	26	2.97	50	3.01
3	2.23	27	2.17	51	2.97
4	3.01	28	2.05	52	2.88
5	2.97	29	2.01	53	2.18
6	2.88	30	2.17	54	3.04
7	2.18	31	3.50	55	2.57
8	3.04	32	3.97	56	3.65
9	2.57	33	3.01	57	3.23
10	3.65	34	2.11	58	2.17

4.21	59	3.66	35	3.23	11
3.98	60	2.99	36	2.17	12
3.45	61	3.45	37	4.21	13
2.32	62	2.32	38	3.98	14
2.55	63	2.55	39	3.45	15
2.97	64	2.97	40	2.46	16
2.17	65	2.17	41	2.83	17
2.05	66	2.33	42	2.33	18
2.01	67	2.23	43	3.99	19
2.17	68	3.01	44	3.07	20
3.50	69	2.97	45	2.17	21
		2.88	46	4.21	22
		2.18	47	3.98	23
		3.04	48	3.96	24

ويتضح من الجدول رقم (2) السابق أن معاملات صدق التمييز لكل بند من البنود التى يشملها الاستبيان ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01 ، أى أن كل عبارة تمثل مظهراً سلوكياً للسمة التى يقيسها الاستبيان .

وبذلك أصبح الاستبيان فى صورته النهائية مكوناً من 69 بنداً ، والدرجة العظمى الاستبيان تساوى 4 درجة .

** ثبات الاستبيان :*

بعد التحقق من صدق الاستبيان تم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 30 طفل وطفله توحديين من المجتمع الأصلى للعينة ، وتم حساب معامل "ألفا كرونباك" لثبات الاستبيان 0.644 ، كما تم حساب ثبات أبعاد السمة عن طريق حساب معامل ألفا لكل بعد على حدة ، فكانت معاملات ألفا للأبعاد (6) الستة للاستبيان ، وهي على الترتيب1- التفاعل والعلاقات الاجتماعية وتعرفة الباحثة بأنه عملية مستمرة قائمة على علاقات متبادلة بين مجموعة من الأفراد يشتركون في الحاجات والرغبات والأهداف بصورة ما، مما يؤثر في الفرد والجماعة ويؤدي إلى تعديل السلوك نحو ما تؤمن به الجماعه. ويتكون من (16) سته عشر عباراة 2- الاستجابات الانفاعلية وعرفتها الباحثة إجرائيًا بأنها تمثل كل من السلوك الانفعالي غير العادي والتي تستدعي معها الحاجة لتعديل السلوك. وتتكون من (9) تسعة عبارات 3- الكلام عن طريق اللغة والتواصل وعرفتة الباحثة إجرائيًا

بأنه وسيلة اتصال مهمة للتعبير عن الرغبات والحاجات. ويتكون من (12) أثني عشر عبارة 4- اضطرابات النمو وتعرفه الباحثة إجرائيا بأنه اختلال في النمو وتأخره أو نقص أو زيادة هرمونات النمو مما تؤدي إلى خلل في نمو الفرد. واشتمل البعد على (9) تسعة أبعاد 5- سلوكيات نمطية وتعرفه الباحثة إجرائيًا بأنه مظهر سلوكي شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة (نمطية) من الناحية الشكلية، إلا أنها تتشابه من حيث كونها غير وظيفية واشتمل هذا البعد على (17) سبع عشر عبارة 6- استخدام الجسم والأشياء وعرفته الباحثة إجرائيًا بأنه: وسيلة للتعبير عما لا يستطيع الطفل التعبير عنه في صورته الطبيعية واشتمل البعد على (7) سبعه عبارات. ، وهي معاملات ثبات يمكن الاعتماد عليها .

كما قامت الباحثة بإعادة التأكد من ثبات الاستبيان ، وذلك بطريقة إعادة التطبيق، حيث تم تطبيق الاستبيان مرتين على أفراد العينة الاستطلاعية بفاصل زمنى قدره 16 يوماً ، وكان معامل الارتباط بين درجات الاطفال فى التطبيق هو 0.713 ، وهو معامل ارتباط دال عند مستوى 0.01 ، مما يدل على ثبات درجة المفحوص علي الاستبيان مع مرور الزمن بنسبة 73 % تقريباً .

ب. مقياس إيذاء الذات للطفل التوحدي {إعداد/ الباحثة}

أولاً: وصف أداة القياس:

قد قامت الباحثة ببناء واعداد هذه الاستبانه على اساس الأطلاع على مختلف الأطر النظرية والتي تناولت البحث والدراسة موضوع إيذاء الذات لدى الاطفال التوحديين وقد ، وقد اشتقت الباحثة هذه العبارات من خلال تعريفها الإجرائي لسلوك إيذاء الذات بأنه كل سلوك يصدر عن الطفل التوحدي من السلوكيات المضطربة وغير المرغوب فيها التي تؤدي إلى إيذاء الطفل التوحدي لذاته أو للغير وعادة ما يكون هذا الإيذاء وسيلة للتواصل وجذب الانتباه، وتتمثل تلك السلوكيات في خبط الرأس وقضم الأصابع والعض وشدّ الشعر، إلى غير ذلك من سلوكيات.

حيث تكونت أداة القياس في شكلها النهائي من ثلاثة بنود اشتملت على 34 اربعه وثلاثون عبارة يمكن من خلالها ملاحظة سلوكيات الإيذاء الذاتي التي يقوم بها الأطفال التوحديين وإلى أي مدى يقومون بهذا الإيذاء الذاتي لأنفسهم وللآخرين، وتقويم حالة الأشخاص الذين يوصفون بأن لديهم

مشكلات سلوكية (مرتبطة بالتوحد وقد اشتملت هذه الأداة على مجموعة من العبارات، والتي تعبر عن سلوك بعض الأطفال التوحديين من ذوي عمر زمني (4-8) سنوات، ونسبة ذكاء (57-85).

وقد قسمتها الباحثة إلى ثلاثة أقسام هي:

البعد الأول: الإيذاء الجسدي: وقد عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه كل شكل من أشكال العنف أو الضرب أو الاعتداء أو الاستغلال أو إساءة المعاملة الجسدية أو النفسية أو أي تهديد يرتكبه شخص تجاه شخص آخر. وقد اشتمل هذا البند على (14) أربعة عشر بندًا.

البعد الثاني: الإيذاء الموجه نحو الآخرين: وقد عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه العنف الموجه نحو الآخرين عمدًا سواء اللفظي أو غير اللفظي والخروج عن القوانين والنظم المتعارف عليها. وقد اشتمل هذا البعد على (9) تسعة بنود.

البعد الثالث: نوبات غضب: وقد عرفته الباحثة إجرائيًا بأنه طريقة للتعبير عن النفس في ظل غياب أدوات اللغة والتعبير عن رغباته. وقد اشتمل هذا البعد على (11) احدي عشر بندًا.

ثانيًا: خطوات بناء أداة القياس:

لإعداد هذه الأداة مرت الباحثة بالخطوات التالية:

- مراجعة التراث السيكولوجي الخاص بموضوع الدراسة.
- تمت تفريغ البيانات في صورة (3) ثلاث أقسام اشتملت على عدة عبارات بلغ عددها (34) اربعه وثلاثون عبارة يجيب عنها الإخصائي أو المعلم أو أحد الوالدين بـ(نادرًا) أو (أحيانًا) أو (دائمًا) أو (لا يحدث)، وتمثل هذه العبارات أعراض سلوك إيذاء الذات، ودرجة قياس هذا الإيذاء، ومما لا شك فيه أن (17) سبعه عشر عبارة فقط قد تكون كافية لكي تحكم من خلالها على الطفل بأنه يعاني من سلوكيات إيذاء الذات، وفى الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل على هذه الاستمارة حيث يتم استخدامها بغرض التأكد من التشخيص فقط، ومن ثمّ لا يوجد اي تعارض بين الأسلوبين، ولكن لزيادة التأكيد يفضل أن تنطبق عليه نصف عدد البنود للحصول على نتائج صحيحة وصادقة. انظر ملحق رقم (2) حيث

يوضح عدد بنود الاستبانة التي ترجمت الأبعاد الثلاثة إلى (34) اربعه وثلاثون عبارة في صورتها النهائية.

- عرضت البنود على ذوي الاختصاص من السادة أعضاء هيئة التدريس علم النفس والصحة النفسية في كليات الآداب والتربية واقتراح ما يرونه مناسبًا على أداة القياس سواء بالحذف أو الإضافة.
- تم توزيع أداة القياس على آباء وأمهات عينة الدراسة للتعرف على سلوكيات إيذات الذات لدى أطفالهم التوحديين من وجهة نظرهم في القياس القبلي.
- تم توزيع أداة القياس بعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي على آباء وأمهات العينة لمعرفة أثر البرنامج بعد مرور شهرين من تطبيقه.

وقد تكونت أداة القياس لسلوكيات إيذاء الذات للطفل التوحدي من (3) أبعاد وقد بلغت (34) اربعه وثلاثون عبارة ضمت كل من الإيذاء الجسدي واشتمل على أربع عشرة مفردة، والإيذاء الموجه نحو الآخرين واشتمل على تسع مفردات، ونوبات الغضب واشتملت على أربع مفردات. وفيما يلى جدول يوضح هذه الخطوات:

جدول رقم (5)

عدد بنود **الاستبانة** التي ترجمت الأبعاد الثلاث إلى (27) عبارة في صورته النهائية

عدد العبارات	أرقام العبارات	الأبعاد
14	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14	الإيذاء الجسدى
9	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8،9	الإيذاء الموجه نحو الآخرين
11	1، 2، 3، 4، 5 ، 6، 7، 8، 9 ،10 ،11	نوبات الغضب
34	1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14،15،16،17،18،19،20،21،22،23،24،25، 26،27،28،29،30،31،32،33،34	إجمالى عدد عبارات الاستمارة في صورتها النهائية

ثالثًا: حساب صدق أداة القياس:

- ويقصد بصدق أداة القياس أن تحقق الغرض الذي وضعت من أجله، وللتحقق من صدق أداة القياس قامت الباحثة بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية وهى:

:التوصيات التربوية

على ضوء أهداف البحث ونتائجه يمكن تحديد بعض التوصيات التربوية فيما يلي:

أهمية التدخل لتنمية السلوكيات المرغوبة لدى الأطفال التوحديين.

ضرورة تعاون الأسرة (الوالدين– الأخوة– الأقارب) لتطبيق هذا البرنامج والعمل على مساعدة هؤلاء الأطفال.

أهمية تضافر جهود الجمعيات الأهلية مع وزارة الشئون والتربية والتعليم للمساهمة في علاج هذه الفئة.

أهمية عمل مدارس خاصة لهؤلاء الأطفال يتم من خلالها تقديم الخدمات المختلفة.

أهمية اعداد معلمين وإخصائيين للتعامل الصحيح لهذه الفئة.

ضرورة استخدام مقاييس تشخيصية حديثة للتعرف على الأطفال التوحديين.

ضرورة عمل برامج إرشادية للأسرة لكيفية التعامل مع أولادهم من ذوي فئة التوحد.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أحمد عبد اللطيف (2011). تعديل السلوك الإنساني (النظرية والتطبيق)، عمان – دار المسيرة للنشر والتوزيع.

أحمد عبد اللطيف (2014). ***تعديل السلوك الإنساني: النظرية والتطبيق. ط7.*** الإسكندرية: دار الفكر للنشر والتوزيع.

أسامة فاروق، السيد الشربيني (2011). ***التوحد: الأسباب والتشخيص والعلاج.*** عمّان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

إسماعيل بدر (1997). مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد. ***في المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والمجال التربوي 2-4 ديسمبر المجلد الثاني)، كلية التربية، جامعة عين شمس.***

أميرة بخش (2002). الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليًا وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة. ***مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد 29، عدد2،*** ص ص 215-237.

جمال الخطيب (2003). تعديل السلوك الانسانى، دليل العاملين في المجالات النفسيه والتربوية والاجتماعية، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع _الكويت.

جمال الخطيب (2003). ***تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين.*** عمّان: دار الشرق للنشر والتوزيع.

جمال الخطيب (2014***). تعديل السلوك الإنساني: دليل العاملين فى المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية.*** كلية العلوم التربوية قسم الإرشاد والتربية الخاصة، الجامعه الأردنية _مكتبة الأسكندرية دار الفكر للنشر والتوزيع،ط7.

أحمد عبد اللطيف (٢٠١٤). ***تعديل السلوك الإنساني: النظرية والتطبيق. ط٧.*** الإسكندرية: دار الفكر للنشر والتوزيع.

بهاء الدين جلال(٢٠١٠).دليل الأخصائى الإجتماعى للتعامل مع المعاقين ذهنيا ،دار العلوم للنشر والتوزيع ،١٤٣١هـ.

رمضان القذافي (١٩٨٨). التوجيه والإرشاد النفسي. بيروت: دار الجبل.

سيد البهاص (2007). فاعليه برنامج تدريبى تكاملي للحد من سلوك إيذاء الذات وتحسين التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا. ***مجلة كلية التربية، ع 6،*** ص ص 421- 486.

سهى أمين (٢٠٠٢). فاعلية برنامج علاجى لتنمية الاتصال اللغوى لدى بعض الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا، جامعة عين شمس.

عادل عبد الله (2002). ***فعالية برنامج تدريبي سلوكي للأنشطة الجماعية المتنوعة في خفض السلوك العدواني للأطفال التوحديين: دراسات تشخيصية وبرمجية. الجزء الأول.*** القاهرة: دار الرشاد.

عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل ورضوى إبراهيم (1993). ***العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته.*** الكويت: سلسلة عالم المعرفة. العدد180.

فؤاد أبو حطب وآمال صادق (١٩٩٢).نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين ، القاهرة مركز التنمية البشرية والمعلومات

قحطان الظاهر (2006). ***تعديل السلوك***. الرياض: دار وائل.

لويس مليكة (١٩٩٠). ***العلاج السلوكي وتعديل السلوك.*** الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

وليد خليفة، ربيع سلامة (2010). ***الإعاقة الغامضة: التوحد.*** الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعه والنشر.

Secondly: Foreign References.

Banda,D.R.,McAfee,J.K.,&Hart,S.L.(2009).Decreasing self-injurious behavior in a student with autism and Tourette syndrome through positive attention and extinction. Child & Family Behavior Therapy,31(2),144-156.

Bristol,M.M.,Gallagher,J.J.,&Holt,K.D.(1993).Maternal depressive symptoms in autism:Response to psychoeducational intervention.Rehabilitation Psychology,38(1),3.

Gosh, NHS ,trust ,(2006). understanding and managing behaviour problems in children and young people with autistic spectrum disorders p8,9. Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust: Information for Families.

Humenik, A. L., Curran, J., Luiselli, J. K., & Child, S. N. (2008). Intervention for self-injury in a child with autism: Effects of choice and continuous access to preferred stimuli. Behavioral Development Bulletin, 14(1), 17.

Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W., & Reed, H. K. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism: A research synthesis. ***Journal of Autism and Developmental Disorders, 32 (5),*** 423-446.

-Howline, P. (1993). Behavioural techniques to reduce self-injurious behaviour in children with autism. Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry.

-Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. Nervous child, 2(3), 217-250.

Lord,C.,McGee,J.P.,&National Research Council. (2001).Educating children with autism:Committee on educational interventions for children with autism.Division of Behavioral and Social Sciences and Education.

Mahatmya, D., Zobel, A., & Valdovinos, M. G. (2008). Treatment approaches for self-injurious behavior in individuals with autism: Behavioral and pharmacological methods. Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 5(1), 106.

Matson, J. L., & LoVullo, S. V. (2008). A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. Behavior Modification, 32(1), 61-76.

Minshawi, N. F. (2008). Behavioral assessment and treatment of self-injurious behavior in autism. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 17(4), 875-886.

Summers, J., Shahrami, A., Cali, S., D'Mello, C., Kako, M., Palikucin-Reljin, A., ... & Lunsky, Y. (2017). Self-injury in autism spectrum disorder and

intellectual disability: exploring the role of reactivity to pain and sensory input. *Brain sciences*, *7*(11), 140.

O'Reilly, M., Sigafoos, J., Lancioni, G., Edrisinha, C., & Andrews, A. (2005). An examination of the effects of a classroom activity schedule on levels of self-injury and engagement for a child with severe autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35(3), 305-311.

Ohtake, Y., Kawai, M., Takeuchi, A., & Utsumi, K. (2013). Effects of video self-modelling interventions on reducing task avoidance behaviours of students with autism spectrum disorders. International Journal of Disability, Development and Education, 60 (3), 225-241.

Pioggia, G., Tonacci, A., Tartarisco, G., Billeci, L., Muratori, F., Ruta, L., & Gangemi, S. (2014). Autism and lack of D3 vitamin: a systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders, 8(12), 1685-1698.

Pizzamiglio, M. R., Nasti, M., Piccardi, L., Zotti, A., Vitturini, C., Spitoni, G.,. & Morelli, D. (2008). Sensory-motor rehabilitation in Rett syndrome: a case report. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23(1), 49-62.

Raiten, D. J., & Massaro, T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. Journal of autism and developmental disorders, 16(2), 133-143.

Richards, C., Moss, J., Nelson, L., & Oliver, C. (2016). Persistence of self-injurious behaviour in autism spectrum disorder over 3 years: a prospective cohort study of risk markers. Journal of neurodevelopmental disorders, 8(1), 21.

Richman, D. M., Barnard-Brak, L., Bosch, A., Thompson, S., Grubb, L., & Abby, L. (2013). Predictors of self-injurious behaviour exhibited by individuals with autism spectrum disorder. Journal of Intellectual Disability Research, 57(5), 429-439.

RODRÍGUEZ, J. (1999). Intervención terapéutica en autismo infantil y trastornos generalizados del desarrollo: autolesión y autoestimulación. Revista de Neurología.

Ross, R. K. (2007). Beyond autism treatment: The application of applied behavior analysis in the treatment of emotional and psychological disorders. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 3(4), 528.

Soke, G. N., Rosenberg, S. A., Hamman, R. F., Fingerlin, T., Rosenberg, C. R., Carpenter, L., ... & Reynolds, A. (2017). Factors associated with self-

injurious behaviors in children with autism spectrum disorder: findings from two large national samples. Journal of autism and developmental disorders, 47(2), 285-296.

Sato, K. (2013). Placenta-derived hypo-serotonin situations in the developing forebrain cause autism. Medical hypotheses, 80(4), 368-372.

Soares, D. A., Vannest, K. J., & Harrison, J. (2009). Computer aided self-monitoring to increase academic production and reduce self-injurious behavior in a child with autism. Behavioral Interventions, 24(3), 171-183.

Skokut, M., Robinson, S., Openden, D., & Jimerson, S. R. (2008). Promoting the Social and Cognitive Competence of Children with Autism: Interventions at School. California School Psychologist, 13, 93-108.

Sigafoos, J., O'Reilly, M., Ma, C. H., Edrisinha, C., Cannella, H., & Lancioni, G. E. (2006). Effects of embedded instruction versus discrete-trial training on self-injury, correct responding, and mood in a child with autism. Journal of Intellectual and Developmental disability, 31(4), 196-203.

Smith, T., Eikeseth, S., Klevstrand, M., & Lovaas, O. I. (1997). Intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and pervasive developmental disorder. American Journal on Mental Retardation, 102(3), 238-249.

Sprague, J. R., & Rian, V. (1993). Support systems for students with severe problem behaviors in Indiana: A descriptive analysis of school structure and student demographics. Unpublished manuscript, Indiana University, Bloomington.

Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1, Third Edition, 335-364.

Tu, T., Budzinska, M. A., Maczurek, A. E., Cheng, R., Di Bartolomeo, A., Warner, F. J.,... & Shackel, N. A. (2014). Novel aspects of the liver microenvironment in hepatocellular carcinoma pathogenesis and development. International journal of molecular sciences, 15(6), 9422-9458.

Vissoker, R. E., Latzer, Y., & Gal, E. (2015). Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in Autism Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 12, 10-21.

Veenstra-VanderWeele, J., Christian, S. L., & Cook, Jr, E. H. (2004). Autism as a paradigmatic complex genetic disorder. Annu. Rev. Genomics Hum. Genet., 5, 379-405.

Williams, P. G., Dalrymple, N., & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. Pediatric nursing, 26(3), 259.

Wilson, C. E., Palermo, R., Burton, A. M., & Brock, J. (2011). Recognition of own-and other-race faces in autism spectrum disorders. The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 64(10), 1939-1954.

Wolfberg, P. J. (2009). Play and imagination in children with autism. AAPC Publishing.

Wong, S. E., Floyd, J., Innocent, A. J., & Woolsey, J. E. (1991). Applying a DRO schedule and compliance training to reduce aggressive and self-injurious behavior in an autistic man: A case report. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 22(4), 299-304.

Yang, X. L., Liang, S., Zou, M. Y., Sun, C. H., Han, P. P., Jiang, X. T., ... & Wu, L. J. (2018). Are gastrointestinal and sleep problems associated with behavioral symptoms of autism spectrum disorder?. Psychiatry research, 259, 229-235.

Zander, C., Reges, S., Goldner, B., & Stepp, M. (2005). What's new in CS1 and CS2?. Journal of Computing Sciences in Colleges, 21(1), 220-222.

Zhou, L., Griffin-Shirley, N., Kelley, P., Banda, D. R., Lan, W. Y., Parker, A. T., & Smith, D. W. (2012). The relationship between computer and internet use and performance on standardized tests by secondary school students with visual impairments. Journal of visual impairment & blindness, 106(10), 609.