

**فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في  
خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب  
طيف التوحد**

**Effectiveness of Parent - Child Interaction Therapy in  
Reducing Problematic Behavior among Children with  
Autism Spectrum Disorder**

**إعداد**

**د/ إبراهيم عبد الفتاح إبراهيم الغنيمي**

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة المساعد

كلية التربية - جامعة بنها

## المستخلص:

هدف البحث الحالي التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. تألفت عينة البحث من خمسة أطفال ذوي اضطراب التوحد (3 ذكور-2 إناث)، تراوحت أعمارهم من (5 - 7) أعوام، بمتوسط عمري قدره (430,5) عامًا، وانحراف معياري قدره (75,2)، وتراوحت درجات ذكائهم من (63 - 77) درجةً على مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء في صورته الرابعة، وبمتوسط ذكاء قدره (320,73). شملت أدوات الدراسة مقياس السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد/ الباحث)، وبرنامج الدراسة القائم على العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل (إعداد الباحث). توصل البحث إلى النتائج الآتية: وجود فروق دالة إحصائيةً عند مستوى 05,0 بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك المشكل، وذلك في اتجاه القياس القبلي، وعدم وجود فروق دالة إحصائيةً عند مستوى 05,0 بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس السلوك المشكل. الكلمات المفتاحية: العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل - السلوك المشكل - اضطراب التوحد

### Abstract:

The aim of the current research is to verify the effectiveness of parent - child interaction therapy in reducing problematic behavior among children with autism disorder. The research sample consisted of five children with autism disorder (3 males- 2 females), their ages ranged from (5- 7) years, with an average age of (5,430) years, and a standard deviation of (0,752), and their IQ scores ranged from (63 - 77) on the Stanford- Binet Intelligence Scale in its fourth form, with an average intelligence of (73,320) degrees. The study tools included a scale of problematic behavior among children with autism (prepared by the researcher), and the study program based on parent-child interaction therapy (prepared by the researcher). The research found the following results: There are statistically significant differences at the level of (0,05) between the means of scores ranks of the experimental sample in the pre and post measurement on the problematic behavior scale, in the direction of the pre measurement, and there are no statistically significant differences at the level of (0,05) between the means of scores ranks of the experimental sample in the post and follow - up measurement on the problematic behavior scale.

**Keywords:** Parent - Child Interaction Therapy - Problematic Behavior - Autism Disorder.





## أولاً: مقدمة البحث:

اضطراب التوحد أشد الاضطرابات صعوبةً على الطفل، من حيث تأثيره على سلوكه، وصحته النفسية، وتنشئته الاجتماعية، وبالتالي تأثيره على جودة حياته، فهذا الاضطراب عائق منيع يحول دون انخراط الأطفال المصابين به في تفاعلات وعلاقات اجتماعية إيجابية فعالة مع محيطهم الاجتماعي، الأمر الذي قد يحول دون اكتساب هؤلاء الأطفال القسط الأدنى من المهارات اللازمة للتفاعل، والاستقلالية، وحماية الذات. واضطراب التوحد أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً، حيث أصدر المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض عام 2012 بياناً صحفياً يصف نتائج دراسة طويلة المدى حول معدل الانتشار السنوي لاضطراب التوحد بين الأطفال بعمر 8 سنوات، وأكد أن طفلاً من بين كل 88 طفلاً ممن بلغت أعمارهم 8 سنوات تم تشخيصه على أنه مصاب باضطراب التوحد في عام 2008 أو قبله، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 78% عن التقديرات في عام 2004 (Cen-tre for Disease Control, CDC, 2012). وتشير أحدث التقارير إلى أن اضطراب طيف التوحد يؤثر على ما يقرب من 2% من أطفال الولايات المتحدة، وأن انتشار هذا الاضطراب زاد بنسبة 200% منذ عام 2000، مما يجعله أحد أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً في مرحلة الطفولة (Shenouda, Barrett, Davidow, Halperin, Silenzio, & Zahorondy, 2022).

وأوضح العديد من الدراسات أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد تكون نتيجة للعديد من جوانب القصور التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، وقد تكون سبباً في العديد من المشكلات التي يواجهونها، خاصةً على مستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية. وتشمل نتائج الوجود المستمر لسلوكات إيذاء الذات الضرر الجسدي والنفسي، فضلاً عن انخفاض الفرص الاجتماعية، والتعليمية، والمهنية (Rattaz, Michelon, & Baghdadli, 2015)، وتعد سلوكات

إيذاء الذات والسلوك العدواني السبب الرئيس لدخول الأفراد المصابين باضطراب التوحد المستشفى (Kalb, Stuart, Freedman, Zablotsky, & Vasa, 2012).

وتعد المشكلات السلوكية أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد مقارنة بأقرانهم غير المصابين بهذا الاضطراب (Hartley, Sikora, & McCoy, 2008). ويعاني الأطفال المصابون باضطراب التوحد من سلوكيات أكثر اضطراباً وقلقاً، بالإضافة إلى ظهور المزيد من أعراض اضطراب فرط الحركة، ونقص الانتباه، والاكتهاب (Brereton, Tonge, & Einfeld, 2006). وهناك نقص في تأثير نوع الجنس على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تحدث معدلات عالية من المشكلات السلوكية بالتساوي بين الذكور والإناث (Kozlowski, 2012). ووفقاً لدراسة سوكي وآخرين (Soke, Rosenberg, Matson, & Rieske, 2012). ووفقاً لدراسة سوكي وآخرين (Hamman, Fingerlin, Robinson, Carpenter, Giarelli, Lee, Wiggins, Durkin, & DiGuseppi, 2016) فإن انتشار سلوكيات إيذاء الذات، كأحد السلوكيات المشككة، كان كبيراً بين الأطفال المصابين باضطراب التوحد، فمن بين العينة التي بلغت 8065 طفلاً مصاباً باضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم من الميلاد وحتى 8 سنوات، كان انتشار هذه السلوكيات بنسبة 27.7% من العينة. وتوصلت دراسة راتاز وآخرين (Rattaz, 2015) (Michelon, & Baghdadli, 2015) إلى أن معدل انتشار هذه السلوكيات لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد الذين تراوحت أعمارهم من 4 - 9 كان 35.8% من العينة. ويعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من عجز في التواصل والنمو الاجتماعي، مما يعرضهم لخطر السلوكيات المشككة، والتي يرتبط وجودها ارتباطاً مباشراً بالحد من السلوكيات التكيفية لديهم، مثل المهارات الاجتماعية وسلوكيات المساعدة الذاتية (Matson, Mahan, Hess, Fodstad, & Neal, 2010)، حيث تشكل السلوكيات المشككة مخاطر على السلامة البدنية للطفل ومن حوله (Matson, 2009) (Wilkins, & Macken, 2009). وغالباً ما تؤثر هذه السلوكيات الصعبة - بشكل سلبي - على جودة حياة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وعائلاتهم. وعلى هذا النحو،

غالبًا ما يصنف الآباء سلوكيات أطفالهم الصعبة على أنها السبب الرئيس للإحالة إلى خدمات التدخل (Matson, & Minshawi, 2006). علاوة على ذلك، فمن المرجح أن تستمر هذه السلوكيات الصعبة حتى مرحلة البلوغ وتزداد حدتها مع نضوج الطفل جسديًا، إذا تركت دون تدخل (Murphy, Beadle – Brown, Wing, Gould, & Shah, 2005).

وترتبط مسببات السلوكيات المشكلة لدى الأطفال ذوي التأخر النمائي بطبيعة التفاعلات بين الوالدين والطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة. وتقترح النظرية القسرية coercive theory لباترسون (Patterson, 1982) أن السلوكيات المشكلة تتطور بعد التفاعلات غير التكيفية بين الوالدين والطفل. وتشير نظرية التعلق إلى أن التعلق غير الآمن مع الوالدين يساهم في تطوير السلوكيات المشكلة (Foote, Eyberg, & Schuhmann, 1998). وغالبًا ما يتم تعزيز هذه التفاعلات غير التكيفية بين الوالدين والطفل دون قصد، مما يؤدي إلى زيادة السلوكيات المشكلة، وغالبًا ما تستخدم نفس المبادئ المستخدمة لشرح نمو هذه السلوكيات المشكلة (مثل التعزيز الإيجابي والسلبي) لكسر حلقة التفاعلات السلبية، وإطفاء السلوكيات المشكلة، وتعليم سلوكيات بديلة مناسبة. وتعتمد العديد من الاستراتيجيات الفعالة لإدارة السلوكيات المشكلة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على النظرية السلوكية، مع الاستفادة من تدريب الوالدين كوسيلة لتغيير سلوك الطفل (Lerman, Swiezy, Perkins – Parks, & Roanne, 2000). وغالبًا ما يستخدم التعزيز التفاضلي (أي الاهتمام بالسلوكيات المرغوبة وتعزيزها مع تجاهل السلوكيات غير المرغوبة) لزيادة السلوكيات المرغوبة، بينما تستخدم إجراءات انقضاء المهلة time out procedures لتقليل السلوكيات غير المرغوبة (McDiarmid, & Bagner, 2005)، كما تُستخدم فنيات التقييم الوظيفي لتحديد السلوكيات المشكلة التي يتم الإبقاء عليها، وكذلك تطوير العلاجات المناسبة لتلك السلوكيات (Scotti, Evans, Meyer, & Walker, 1991).

وظهرت فكرة الاستفادة من الوالدين كمعالجين باعتبار أن تعليم الوالدين يمكن أن يتصدى لمسألة التعميم، فمقدمو الخدمة يرون الطفل - عادةً - في عدد من الأوضاع

المقيّدة فقط، مثل غرفة العيادة، بينما يستطيع الوالدان تقديم فرص التعلم لأطفالهم في العديد من الأوضاع الطبيعية، مثل المنزل، والمجتمع. وبالرغم من أن طبيعة إشراك الوالدين من الممكن أن تختلف - بصورة كبيرة - عبر البرامج، والأسر، والأطفال، إلا أن النموذج الأكثر شيوعاً لمشاركة الوالدين هو نموذج تعليم الوالدين، حيث يتعلم الوالدان الفنيات للعمل مع أطفالهم، ومن ثم يستمر التدخل، حتى في حالة غياب المختص (Steiner, Koegel, Koegel, & Ence, 2012)، فاستخدام برامج تعليم والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد يساهم في استمرارية علاج أطفالهم، باكتساب هؤلاء الأطفال للمهارات، وتعميمها (Nefdt, Koegel, Singer, & Gerber, 2010)، حيث يقوم هذا التدخل على فكرة أن نمو الطفل من الممكن أن يُسهّل من خلال تحسين معرفة وإستراتيجيات الوالدين الخاصة بتفاعلهم مع أطفالهم (Knowlton, & Mula, 2001)، كما أن تدريب الوالدين على إدارة السلوك، ونمو المهارات الوالدية لزيادة إحساس الوالدين بالكفاءة، يحد من الضغوط الوالدية، ويحسن سلوكيات الطفل ذي اضطراب التوحد، فالأطفال يتعلمون وينمون في سياق أسرهم، مما يجعل من المنطقي ضرورة نقل فنيات التدخل عبر الأوضاع التي يشارك فيها كل من الأسرة والطفل، فالبنيات الطبيعية تحدث فيها أنشطة التعلم، باعتبارها المكان الصحيح في الوقت الصحيح (Tonge, Brereton, Kiomall, Mackinnon, & Rinehart, 2012).

وكتيجة لتأثير السلوكيات المضطربة في 50% - 70% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل نوبات الغضب، والعدوان، وعدم الامتثال، وإيذاء الذات، وتدمير الممتلكات، والتهور، وفرط الحركة، والتي تتعارض مع اكتساب وأداء مهارات الحياة اليومية، يتم تعليم الوالدين الاستراتيجيات لمنع هذه السلوكيات، أو الاستجابة لها، مثل استخدام الجداول البصرية، والمعالجات البيئية، والتعزيز التمييزي، وفنيات تقديم التعليمات (Bearss, Johnson, H&en, Smith, & Scahill, 2013). وأوضح كين وآخرون (Keen, Couzens, Muspratt, & Rodger, 2010) أنه بينما تتأثر أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمشكلات الانفعالية، ومشكلات الأكل والنوم لدى الطفل، يتأثر الآباء بالسلوكيات الخارجية للطفل، وتسهم برامج تعليم الوالدين في

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

مساعدتهم على التغلب على هذه الضغوط، فالاستراتيجيات التي تساعد الوالدين على مواجهة السلوكات المشكّلة توفر لهؤلاء الأطفال بيئات منزلية تنمّي نموهم الاجتماعي والتواصل، وتتصدى - في الوقت ذاته - للصعوبات المضاعفة المرتبطة بالخبرات الوالدية حول الضغوط والكفاءة.

والعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل Parent - Child Interaction Therapy (PCIT)) هو نموذج تدريب الوالدين الذي يستخدم العلاج باللعب والفنيات السلوكية، ويركز على تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل لجعل الوالدين فعالين في إدارة سلوك أطفالهم، وتحقيق زيادات في السلوكات المرغوبة، وانخفاض في السلوكات غير المرغوبة (Querido, Bearss, & Eyberg, 2002). ويواجه العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل مشاكل تتعلق غير الآمن أو الضعيف، ويعمل على تحسين التفاعلات بين الوالدين والطفل، مع التركيز على الاتساق في إدارة السلوكات، وكسر حلقات التفاعلات السلبية بين الوالدين والطفل. ويدمج هذا العلاج المبادئ والاستراتيجيات القائمة على السلوك، والتي تم استخدامها بنجاح لإدارة السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد، وهو علاج تم التحقق منه تجريبياً للأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك التخريبي (Eyberg, 2005).

وأثبت العديد من الدراسات أن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل فعال في تقليل السلوكات المشكّلة، وتقليل التوتر المرتبط بالتربية، وزيادة الامتثال لتوجيهات الوالدين. ويعتبر هذا العلاج علاجاً مدعوماً تجريبياً، ويختلف طول العلاج، لأنه يعتمد على معدل إتقان الوالدين للمهارات، بالإضافة إلى تحسين سلوك الطفل. وعادة ما يستغرق هذا العلاج من 10 إلى 16 جلسة، بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، ويتطلب هذا العلاج المكثف التزاماً كبيراً من الوالدين (Rayfield, Monaco, & Eyberg, 1999).

## ثانياً: مشكلة البحث:

إن مقدمي الخدمات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يلاحظون أن هؤلاء الأطفال معرضون - بشكل كبير - لخطر السلوكات المشكّلة، وأنهم يعانون من قصور

في التفاعل والتواصل الاجتماعي، ويعانون من السلوكيات التكرارية، والاهتمامات المقيدة، وهي جوانب قصور تزيد من مخاطر المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال، والتي منها النشاط الزائد، والسلوكيات التخريبية، ونوبات الغضب، والسلوكيات العدوانية، وإيذاء الذات، ومقاطعة الآخرين، وخرق القواعد، وهي سلوكيات تستدعي التدخل (Horner, Carr, Strain, Todd, & Reed, 2002; Pas, Johnson, Lar-son, Brandenburg, Church, & Bradshaw, 2016).

وأشار ألين وآخرون (Allen, Harrington, & Cooke, 2018) أن 68٪ من الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب التوحد أظهروا سلوكاً عدوانياً تجاه مقدم الرعاية، وأن العديد من الدراسات خلصت إلى أن 94٪ من عيناتها المصابة باضطراب التوحد أظهرت شكلاً من أشكال السلوك المشكل، مثل السلوكيات المتكررة والنمطية. وتمثل مشكلات السلوك عقبات أمام التعلم، ويمكن أن تؤدي إلى انخفاض الفرص التعليمية، والاجتماعية، والمجتمعية، بالإضافة إلى مزيد من التأخر في النمو (Solo-mon, Ono, Timmer, & Goodlin - Jones, 2008). وغالباً ما يواجه الأطفال المصابون باضطراب التوحد مشكلات سلوكية تعوقهم عن الالتحاق بالمدارس والبقاء فيها. وتتسبب السلوكيات العدوانية في مخاطر التعرض للأذى الجسدي، وتقلل من جودة الحياة، وهي أكبر مؤشر على ضغوط الوالدين، والتي تؤدي إلى الفشل في معالجة المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة وحتى منتصفها. وبدون تدخل، من غير المرجح أن تتحسن السلوكيات المشكلة، ووجود هذه السلوكيات يعوق التقدم النمائي واكتساب المهارات الأساسية، وعندما يتم معالجة السلوكيات المشكلة وتقليلها، يكون الأطفال المصابون باضطراب التوحد أكثر عرضة للامتثال للعلاجات المكثفة والمركزة التي تستهدف خفض مشكلات اضطراب التوحد الأساسية (Masse, McNeil, Wagner, & Chorney, 2007).

وبالإضافة إلى أعراض اضطراب طيف التوحد، والتي تشمل ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعي، جنباً إلى جنب مع السلوكيات المقيدة والمتكررة، يُظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب سلوكيات مشكلة داخلية (مثل: القلق والاكتئاب)، وخارجية

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

(مثل: فرط النشاط والعدوانية). وأظهر العديد من الدراسات وجود ارتباطات بين شدة أعراض اضطراب طيف التوحد لدى الطفل والمشكلات السلوكية لديه، والضغط الوالدية، حيث إن حدة أعراض اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية لدى الطفل تزيد من الضغط الوالدية، كما أن تفاعلات الطفل والوالد ترتبط بشكل متبادل ومستمر، حيث يساهم الطفل الذي يعاني من أعراض اضطراب طيف التوحد ومشكلات سلوكية في زيادة الضغط الوالدي، مما يغير بشكل - غير مقصود - من سلوكيات الوالدية بطرق تعزز أعراض اضطراب طيف التوحد ومشكلات السلوك لدى هؤلاء الأطفال (Rodriguez, Hartley, & Bolt, 2019).

وتؤدي المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى مواجهتهم صعوبات العمل بشكل مستقل في بيئتهم. وترتبط هذه الصعوبات بضعف مهارات التواصل المرتبطة بالسلوكيات المشكلة. وهذه السلوكيات المشكلة تخدم وظائف تواصلية، مثل تجنب الأنشطة غير المرغوب فيها، وتجنب اكتساب الانتباه الاجتماعي (Park, Yelland, Taffe, & Gray, 2012).

يتضح مما سبق أن السلوكيات المشكلة هي أحد المظاهر الأساسية التي توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، باعتبارها نتاجًا لكثير من الخصائص السلبية التي يتصف بها هؤلاء الأطفال على مستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي، أو باعتبارها سببًا لكثير من المشكلات التي يعانون منها، والتي تحول دون اندماجهم الاندماج الأمثل في المجتمع الذي يحيون فيه. وقد أكد ذلك العديد من الدراسات، مثل دراسات كل من (Lukens, & Linscheid, 2008; Hartley, & Sikora, 2009; Griffith, Hast-ings, Nash, & Hill, 2010; Lin, lao, Lee, & Wu, 2021; DeLucia, McKenna, Andrzejewski, Valentino, & McDonnell, 2021; Huang, Yen, Tseng, Tung, Chen, & Chen, 2014; Baker, Fenning, Erath, Baucom, Moffitt, & Howland, 2018; Hickey, Bolt, Rodriguez, & Hartley, 2020).

وأكثر أبعاد الوالدية شيوعاً هو الدعم الوالدي، أو الدفاء والضبط الوالدي. ويشير الدعم الوالدي إلى المكون الانفعالي للعلاقة بين الوالدين والطفل، والذي تشير إليه



سلوكات الوالدية، مثل القبول، والتأثير الإيجابي، والمشاركة. ويمكن تقسيم الضبط الوالدي إلى ضبط سلوكي ونفسي. يتعلق الضبط السلوكي بمحاولات التحكم في سلوك الطفل، وإدارته، وتنظيمه، من خلال المراقبة، ووضع الحدود. ويشمل الضبط النفسي نوعاً أكثر تدخلاً للضبط بالوسائل النفسية، مثل انسحاب الحب، أو تخليق الذنب. ويُشار إلى دعم الاستقلال الذاتي باعتباره بُعداً إضافياً للوالدية. وإعطاء الخيارات أو السماح لمدخلات الطفل في صنع القواعد هي أمثلة على سلوكات الوالدية التي تنتمي إلى هذا البعد (Maljaars, Boonen, Lambrechts, Leeuwen, & Noens, 2014).

وينتج عن المشاركة الوالدية في عملية العلاج مجموعة متنوعة من النتائج الإيجابية لكل من الوالدين والطفل، وتشرك التدخلات الأكثر رسوخاً للأطفال المصابين بالتوحد والدي الطفل في العلاج، حيث يتمتع الآباء بخبرة كبيرة فيما يتعلق بنقاط قوة أطفالهم واحتياجاتهم، بالإضافة إلى خلفيتهم التعليمية (National Research Council, 2001)، ويمكن للوالدين تقديم معلومات مهمة ذات صلة بإجراءات التقييم والتشخيص، وتقديم المساعدة في التخطيط وتحديد الأهداف لأطفالهم، وأن يكونوا متدخلين فعالين لعلاج أطفالهم (Burrell, & Borrego, 2012)، ويعد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل علاجاً قائماً على الأدلة لتدريب الوالدين، يُستخدم مع الأطفال ذوي السلوكات المشكّلة، ومنهم الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد. ويعد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل أحد العلاجات ذات التأثير الفعال في خفض كثير من المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لما له من دور فعال في دعم العلاقات الإيجابية بين الوالدين والطفل، ومساعدة الوالدين على التخلص من مشاعر الضغط والإحباط التي تتناهم بسبب المشكلات المتنوعة التي يعاني منها أطفالهم، والتي تعوق كلاً من تفاعلهم الإيجابي مع أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعوق - كذلك - توافق أبنائهم مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها (Jamison, 2007; Knap, 2018; Agazzi et al., 2013; Lesack et al., 2014; Agazzi et al., 2015; Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016; Par-lade, Weinstein, Garcia, Rowley, Ginn, & Jent, 2020; Gambric, & Ag-



فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

.....  
azzi, 2019; Cibralic, Kohlhoff, Wallace, McMahon, & Eapen, 2021;  
(Han, 2021).

في ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن السؤالين الرئيسيين الآتيين:

1. ما فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟.
2. هل يمتد تأثير العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لدى عينة البحث إلى ما بعد انتهاء فترة العلاج بفترة زمنية محددة (شهرين - فترة المتابعة).

#### ثالثاً: هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

#### رابعاً: أهمية البحث:

تتلخص أهمية البحث الحالي في:

أ. الأهمية النظرية:

تنبع أهمية البحث الحالي من إلقاء الضوء على أحد العلاجات الفعالة المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، وذلك من خلال التأصيل النظري لهذا العلاج، مما يثري المكتبة العربية بأحد التدخلات الجديدة المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك بمشاركة الوالدين، باعتبارهما عنصراً أساسياً من عناصر جميع التدخلات الفعالة المعدة لهؤلاء الأطفال. وفي حدود علم الباحث، فإنه لا توجد دراسات عربية تناولت استخدام هذا التدخل في خفض السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؛ مما يؤكد أهمية هذا البحث.

## ب . الأهمية التطبيقية:

تتبع الأهمية التطبيقية للبحث الحالي في الاستفادة من العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكّلة لدى عينة البحث من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يساعدهم على التفاعل والتواصل الاجتماعي الفعال مع محيطهم الاجتماعي، خاصة مع أقرانهم ومقدمي الرعاية لهم، الأمر الذي يسهم في دمجهم دمجاً فعالاً في المجتمع، خاصةً دمجهم في البيئة التعليمية مع أقرانهم العاديين، ونمو قدراتهم، جسيماً، وعقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً. كما تتضح الأهمية التطبيقية للبحث في إعداد مقياس السلوك المشكّل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وإعداد برنامج العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل.

## خامساً: مصطلحات البحث:

### 1 . العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل Parent – Child Interaction Therapy PCIT:

تدخل قائم على السلوك، مدعوم تجريبياً، يستهدف السلوكات المشكّلة لدى الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين 2 - 7 سنوات من خلال تغيير التفاعلات بين الوالدين والطفل. ويأتي الأساس النظري لهذا العلاج من كل من نظرية التعلق، ونظرية التعلم الاجتماعي، حيث يؤكد على أهمية أسلوب الوالدية الدافئة والحساسة من أجل إنشاء ارتباط مستقر وتعزيز ثقة الطفل في تلبية احتياجاته بواسطة الوالدين. ويقوم هذا العلاج على تعليم الوالدين الفنيات المستخدمة للانخراط في التفاعلات الإيجابية وتعزيز الارتباط الآمن مع أطفالهم. ويواجه التفاعلات غير التكيفية بين الوالدين والطفل، من خلال تزويد الوالدين بفنيات لوضع حدود واضحة ومتسقة من أجل مقاطعة أنماط التفاعل غير التكيفية. ويتحدد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في هذا البحث بالبرنامج العلاجي المعد من قبل الباحث، والذي يشمل مجموعة من الجلسات التي يشارك فيها الوالدان، والتي تنصب على هدف محدد هو خفض السلوك المشكّل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، عينة البحث، كما يتضمن مجموعة من الفنيات والأساليب، منها النمذجة، والتعزيز، ولعب الدور، والتقليد، والتشكيل، والتسلسل، والحث، وتحليل المهام، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.

## 2 . السلوك المشكل Problematic Behavior :

سلوك غير طبيعي من الناحية الثقافية، يتميز بالشدة والتكرار، ويؤدي إلى تعرض السلامة الجسدية للشخص أو الآخرين لخطر شديد، وهو سلوك يمكن أن يحد من وصول الطفل إلى استخدام مرافق المجتمع العادية. وقد تكون السلوكيات المشكولة خارجية، مثل سلوكيات إيذاء الذات، أو العدوانية، أو السلوكيات النمطية والتكرارية، أو سلوكيات نوبات الغضب، أو داخلية، مثل القلق، أو عدم الانتباه، أو الانسحاب. ويقاس السلوك المشكل في البحث الحالي بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد على مقياس السلوك المشكل، إعداد الباحث.

## 3 . اضطراب التوحد Autism Disorder :

اضطراب نمائي يتسبب في تحديات اجتماعية، وتواصلية، وسلوكية يواجهها الأطفال المصابون به، فضلاً عن السلوكيات أو الاهتمامات المقيدة أو المتكررة، وضعف الفهم الاجتماعي والانفعالي. وهو اضطراب يؤثر على الطفل جسدياً، وعقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً، وتظهر أعراضه على الطفل قبل وصوله عمر ثلاث سنوات.

## سادساً: الإطار النظري:

### 1 . العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل:

تستند الأسس النظرية للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل إلى البحث النمائي، ونماذج التعلم الاجتماعي، ونظرية التعلق، والمبادئ السلوكية. وارتبط البحث النمائي الذي أجراه بومريند (Baumrind, 1967) بالأساليب الوالدية ونتائجها المتعلقة بالطفل، مؤكداً ضرورة تلبية الوالدين احتياجات الرعاية والنمو الصحي لأطفالهم. ورأى باترسون (Patterson, 1982) أن العلاقة بين الوالدين والطفل تساهم في النمو الصحي أو غير الصحي للطفل. وتقرح فرضيته المتعلقة بدورة القسر coercive cycle، والمستندة إلى مبادئ التعلم الاجتماعي، إمكانية إنشاء سلوكيات تخريبية والإبقاء عليها خلال التفاعلات غير التكوينية بين الوالدين والطفل. وعلى وجه التحديد، يتم الإبقاء على دورة القسر عن طريق التعزيز السلبي. ويؤدي تعزيز الوالدين للسلوكيات السلبية للطفل

إلى خلق دورة قسرية من السلوك غير التكيفي. ويواجه العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل التفاعلات غير التكيفية بين الوالدين والطفل من خلال تزويد الوالدين بفتيات لوضع حدود واضحة ومتسقة من أجل مقاطعة أنماط التفاعل غير التكيفية، وذلك من خلال إجراءات تعزيز العلاقة، وحالات الطوارئ المتسقة من أجل سلوك الطفل. وتتم مناقشة علاقات التعلق الآمن والتفاعلات الإيجابية بين الوالدين والطفل، فيما يتعلق بالنمو الاجتماعي، والانفعالي، والسلوكي الصحي لدى الأطفال، وتحسين العلاقة الشاملة من خلال تطوير ارتباط آمن بين الوالدين والطفل (Coie, Watt, West, & Hawkins, 1993; Querido et al., 2002). ووفقاً لنظرية التعلق، فإن الوالدية الحساسة والدافئة تساعد الطفل على إقامة علاقات تعلق مستقرة، والاعتقاد بأن مقدم الرعاية سيستجيب لاحتياجاته، وتعزز علاقة الارتباط الآمن بين الوالدين والطفل النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل، بينما يؤدي التعلق الضعيف إلى علاقات غير صحية وسلوكات مشككة (Ainsworth, 1989; Hobbs, 1992).

ويعتمد التاريخ النظري للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على مبادئ العلاج باللعب الذي يركز على الأطفال، والتي وضعها أكرلاين Axline ، والذي قدمت ملاحظاته للديناميات التي ينطوي عليها العلاج باللعب نظرة ثاقبة لتغيير السلوك لدى الأطفال، مع التركيز على العلاقة الآمنة التي تتحقق بين المعالج والطفل. وعززت البيئة الآمنة والداعمة للعلاج باللعب المرتكز على الطفل التعبير الذي يتمتع فيه الطفل بالقدرة على قيادة اللعب، وتحقيق الوعي الذاتي. ومن خلال اللعب والتفاعل الوثيق مع المعالج، يتم تشجيع التأملات الخاصة بالمفردات اللغوية للطفل لدعم التقبل، وتوفير الاهتمام الإيجابي لدى الطفل (Axline, 1948).

ويستخدم العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل مبادئ العلاج الأبوي-Filial therapy، من حيث إنه يعلم الوالدين فنيات العلاج باللعب التي تركز على الطفل. وهو أحد العلاجات العديدة التي تم تطويرها في السبعينيات في جامعة أوريغون للعلوم الصحية، ثم طورته شيلا آيبرغ Sheila Eyberg عام 1988، لمعالجة السلوكات المشككة، وتعزيز النمو الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال الصغار. ويستند إلى نماذج إجرائية

لإدارة السلوك طورها كونستانس هانف Constance Hanf عام 1969، ويركز على تغيير سلوكيات كل من الوالدين والطفل من أجل تحسين العلاقات بين الوالدين والطفل (Eyberg, 1988). وحددت آيبرج (Eyberg, 2005) ثلاثة مستويات من التوافق، هي: التهيئة والتعديل tailoring، والتكيفات adaptations، والتعديلات modi-fications. تشير التهيئة والتعديل إلى التعديلات التي تم إجراؤها في تقديم أو تركيز الميزات الأساسية لتحسين الجوانب بناءً على احتياجات الحالة الفردية.

والعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل هو تدخل قائم على السلوك ومدعوم تجريبياً يستهدف السلوكيات المشكّلة، وزيادة السلوك الإيجابي لدى الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم بين 2 - 7 سنوات، من خلال تطبيق حالات الطوارئ السلوكية وتغيير التفاعلات بين الوالدين والطفل، وزيادة مهارات الإدارة السلوكية للوالدين (Gallagher, 2007; Bagner, & Eyberg, 2003). والعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل منظم للغاية، ويستخدم المبادئ السلوكية لزيادة السلوك المناسب من خلال تعزيز، وتشكيل، وتقليل السلوكيات الصعبة عن طريق النتائج الثابتة ووضع الحدود (McNeil, 2010 - Hembree & Kigin). ويتنبأ التعلق غير الآمن بين الوالدين والطفل ونقص الدفء من قبل مقدمي الرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة بمشاكل خارجية في وقت لاحق من الحياة، مثل السلوكيات المشكّلة. وتضع كل من نظرية التعلق والنظرية القسرية أهمية على التفاعلات المبكرة بين الوالدين والطفل، وتقترح أن مسببات السلوكيات المشكّلة مرتبطة بالتفاعلات السلبية بين الوالدين والطفل وعدم الاتساق في استجابات الوالدين. ويُعلّم هذا العلاج الوالدين أن يكونوا متسقين، مما يوفر إمكانية التنبؤ بالنسبة للطفل، ويوفر استراتيجيات فعالة لإدارة السلوك وحل المشكّلات. ويركز هذا العلاج على الوالد كعامل للتغيير، حيث يتم تدريب الوالدين على استخدام استراتيجيات الوالدية الإيجابية (مثل، أوصاف السلوك، والمدح المصنّف، والعبارات التأملية، والحماس، والتقليد)، والتجاهل المخطط، لزيادة السلوكيات الاجتماعية للطفل. وفي المرحلة الثانية، يتعلم الوالدان تقديم أوامر فعالة متبوعة بمدح محدد للامثال أو تسلسل انقضاء المهلة لعدم الامثال. والتدريب الأسبوعي، إلى جانب الممارسة اليومية في

المنزل، تساعد الآباء على إتقان أسلوب الوالدية الموثوقة. وهذا التدخل هو تدخل معياري ذهبي لعلاج اضطرابات السلوك المشكل، وتم اختباره فعاليته في الاستخدام مع الأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية (Chase, & Eyberg, 2008).

ويشارك العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل كلاً من الوالدين والطفل في العلاج، ويستخدم نموذج تدريب مباشر، حيث يقوم المعالج بتدريب الوالدين على المهارات التي يتم تدريسها في العلاج، ويسمح هذا للمعالج بمراقبة الوالد والطفل من خلال مرآة، وتقديم ملاحظات شفوية فورية إلى الوالد طوال مدة الجلسة. وتشمل مزايا هذا النهج دعم المعالج، والتوجيه، والتغذية الراجعة الفورية أثناء التفاعل بين الوالدين والطفل (Burrell, & Boreggo, 2012)، حيث يصبح الوالد عامل التغيير في سلوك الطفل، والذي يرتبط بالتحسين المستمر والنتائج الإيجابية للأطفال (Horner et al., 2002). ويشارك هذا العلاج في أوجه تشابه مع العلاجات المعدة للأطفال المصابين باضطراب التوحد، مثل تطبيق مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، والتركيز على العلاقات الإيجابية بين الوالدين والطفل، واستخدام الألعاب المألوفة لدى الطفل (Burrell, & Boreggo, 2012).

والتدريب السلوكي للوالدين Behavioral parent training هو أحد طرق مشاركة الوالدين التي تعلم الآباء كيفية استخدام فنيات تعديل السلوك التي تستند إلى مبادئ التعلم الاجتماعي. ومن خلال هذا التدريب، يتعلم الآباء كيفية التعرف على السوابق والعواقب المترتبة على سلوك أطفالهم والتعامل معها، واستهداف ومراقبة السلوكات المشكلة، واستخدام المديح، والانتباه الإيجابي، والأشياء الملموسة كمكافأة السلوك الاجتماعي الإيجابي، واستخدام التجاهل المخطط لتقليل السلوكات غير المرغوب فيها (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004). ويسمح تدريب الآباء لهم بالمشاركة - بنشاط - في التدخلات التي يتلقاها أطفالهم، ويزيد - أيضاً - من مشاعر الكفاءة والسيطرة لدى الوالدين، ويقلل الضغوط لديهم (McConachie, & Diggle, 2007). ويرتبط التدريب السلوكي للوالدين بإنتاج لغة إيجابية وتغيرات في السلوك، وتحسين التواصل اللفظي وغير اللفظي للأطفال، وإدارة السلوك، ومهارات اللعب، والاهتمام المشترك، والتقليد، والاستجابة الاجتماعية (Vismara, & Rogers, 2007).

(2010). ويسمح تدريب الوالدين كـ "معالجين مشاركين" بتعميم المهارات في أماكن أخرى، مثل المنزل، ويزيد من مقدار التدخل الذي يتلقاه الطفل. ويعد تعميم المهارات أمراً مهماً - بشكل خاص - للأطفال المصابين باضطراب التوحد، لأنهم يعانون من صعوبة إظهار المهارات التي تعلموها عبر مختلف المواقف والأوضاع (Burrell, & Borrego, 2012).

وتتم إحالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل لعلاجهم من السلوكات المشكلية، مثل عدم الامتثال، وعدم الانتباه، والعدوانية (Man-dell et al., 2005). ونظراً لأن مقدمي الرعاية هم الأكثر معرفة بحياة أطفالهم، فإن مشاركتهم أمر بالغ الأهمية لفعالية التدخلات للأطفال المصابين باضطراب التوحد، وإمكانية تعميم المهارات خارج بيئة العيادة. ويوجه معالجو العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل مقدمي الرعاية لمتابعة قيادة أطفالهم في تفاعل اللعب الذي يحدث - عادةً - في غرفة اللعب مع الألعاب المناسبة للنمو، حيث يُشرك الكبار الطفل في التفاعلات الاجتماعية التي تتميز بالمتعة المشتركة والتأثير الإيجابي. ويتم تعليم الوالدين إعطاء أوامر واضحة ومباشرة والمتابعة المستمرة من خلال التعزيز الإيجابي (أي الشئ المسمى، والتفاعل الموجه للأطفال) عندما يمثل الطفل، وتسلسل انقضاء المهلة كلما رفض الطفل الامتثال (Burrell, & Borrego, 2012). ويُعتقد أنه يجب استخدام آباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد كعوامل تغيير في العلاج، وبدون مشاركتهم فمن غير المرجح أن يتم الحفاظ على المكاسب (Vismara, & Rogers, 2010).

ويفترض ماس وآخرون (Masse et al., 2007) أن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل يكون مناسباً للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين يمكنهم تعلم الاستجابة للحوادث الاجتماعية غير المتوقعة، وهو بمثابة بوابة العلاج التي قد تحفز الأطفال على الحصول على خدمات أخرى من خلال زيادة امتثال الطفل وتحسين العلاقة بين مقدم الرعاية والطفل.

وأكد فوت وآخرون (Foote, Schuhmann, Jones, & Eyberg, 1998) استخدام دليل العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل كمرشد، وشجع على إدخال



تعديلات في محاولة لتحسين تلبية الاحتياجات الفردية للأسر. ومن ثمَّ تمَّ تصميم هذا العلاج لتلبية احتياجات الحالات الفردية من خلال المحتوى والتقديم الذي يخدم الأسرة على أفضل وجه. ووفقاً لآيبرج (Eyberg, 2005)، فإن التعديلات على العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل تغير محتوى وهيكل التدخل، ويتم تطبيقها عندما تكون جوانب السمات الأساسية غير كافية أو ممكنة للعينات الجديدة. وتتميز التغييرات الشاملة في العلاج التي أجراها مطور التدخل على أنها تعديلات ناتجة عن زيادة البحث لتحسين فعالية وكفاءة البروتوكول. ويمكن - أيضاً - الإشارة إلى التغييرات التي تم إجراؤها على النموذج الأصلي على أنها تحسينات أو إصدارات محسنة من العلاج لتلبية احتياجات مجموعة معينة من الأفراد بشكل أفضل.

وفي العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، يتم تعليم الآباء استراتيجيات انضباط أكثر فعالية من أجل إدارة سلوك أطفالهم بشكل أفضل (Chaffin, Silovsky, Funder- burk, Valle, Brestan, Balachova, Jackson, Lensgraf, & Bonner, 2004)، حيث يعمل الوالدان كنماذج لأطفالهم عن طريق إظهار السلوك المناسب. وعندما يستخدم الآباء فنيات، مثل الانتباه الانتقائي، فإنهم يعطون أطفالهم اهتماماً إيجابياً للسلوكات الاجتماعية الإيجابية، ويتجاهلون السلوكات غير التكميلية أو السلبية. ووفقاً لباندورا (Bandura, 1971)، فإنه من المرجح أن يستخدم الأطفال السلوك التكميلي خارج الجلسات وفي المستقبل، حيث يتعلمون أن السلوكات الاجتماعية الإيجابية ستكافأ. بالإضافة إلى ذلك، من خلال تهيئ الانتقادات والأوامر من الوالد، تتحسن العلاقة بين الوالدين والطفل لأن التواصل بين الوالدين والطفل يتضمن رسائل إيجابية أكثر من الرسائل السلبية. وتؤدي هذه المعززات اللفظية والاجتماعية إلى شعور الطفل بتحسين تجاه نفسه والديه.

وتشمل المكونات الأساسية لتدريب الوالدين في هذا العلاج الاستخدام الانتقائي للانتباه، والاستخدام المناسب للمدح، وفنيات العلاج باللعب، وتعليم الأوامر المباشرة، وتطبيق النتائج المتسقة. وقد ثبت أن هذا العلاج فعال في الحد من السلوكات التخريبية وعدم الامتثال لدى الأطفال، وزيادة مدح الوالدين والتواصل الإيجابي،



والحد من الضغوط الوالدية (Bell, & Eyberg, 2002; Ware, McNeil, Masse, & Stevens, 2008). علاوة على ذلك، تم تكييف العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل ليناسب فئات معينة، مثل الأسر التي حدثت فيها إساءة معاملة الأطفال، وضحايا الصدمات، والأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي، واضطراب التوحد (Agazzi, Tan, & Tan, 2013).

ومن الإجراءات الأساسية في العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل إجراء انقضاء المهلة (من الناحية الفنية، انقضاء المهلة من التعزيز الإيجابي)، والذي يتضمن انسحاباً موجزاً مخططاً مسبقاً لاهتمام الوالدين (عادةً أثناء بقاء الوالد في الغرفة)، وتقييد الوصول إلى العناصر المرغوبة، مثل الألعاب، استجابة لتحدي الطفل، أو عدم امتثاله لتعليمات الوالدين الواضحة والعادلة. وتم دمج هذا الإجراء في المرحلة الثانية من جميع تدخلات تدريب الوالدين البارزة والقائمة على الأدلة. وتهدف هذه البرامج إلى تزويد الآباء بمجموعة من الفنيات أو الاستراتيجيات للرد على عدم امتثال الأطفال، أو تحديهم، بطريقة آمنة وفعالة. وضمن تدخلات تدريب الوالدين هذه، يتم تقديم إجراء انقضاء المهلة، جنباً إلى جنب مع تعليم الوالدين كيفية إعطاء أوامر فعالة وحساسة من الناحية النمائية، وكيفية استخدام التجاهل المخطط بالتزامن مع مدح "العكس الإيجابي" للسلوك غير المرغوب فيه، واستخدام النتائج الطبيعية أو المنطقية، وغيرها من الطرق المناسبة من الناحية النمائية للرد على عدم امتثال الطفل أو التحدي. ويعتبر إجراء انقضاء المهلة أحد مكونات مجموعة من استراتيجيات إدارة السلوك، والتي تستند إلى تقوية وتوطيد العلاقة بين الوالدين والطفل (Woodfield, Brodd, & Hetrick, 2022).

وتتمثل مراحل إجراء انقضاء المهلة في: تحذير أولي بانقضاء المهلة، وهو شرح موجز أن المهلة ستنتفيضي إذا استمر سوء السلوك؛ سبب انقضاء المهلة، وفيها يشرح الوالدان سوء السلوك الذي يؤدي إلى انقضاء المهلة؛ مكان انقضاء المهلة، وفيها يتم اختيار المكان الأقل تقييداً، والذي يقلل من الأنشطة التي تتم مكافأتها؛ بدء انقضاء المهلة، وفيها يأخذ الوالدان أطفالهم إلى انقضاء المهلة، ويحددون توقعات انقضاء

المهلة بالنسبة للأطفال؛ الإزالة من التعزيز، وفيها يتم استبعاد الطفل من الأنشطة، مثل اللعب باللعب، والأجهزة اللوحية، والحصول على الانتباه الاجتماعي؛ الفترة الزمنية لانقضاء المهلة، وتمثل أقل كمية من الوقت الذي يظل فيه الأطفال في انقضاء المهلة؛ إعفاء الوالدين من انقضاء المهلة، حيث يحدد الوالدان متى ينتهي انقضاء المهلة؛ الإفراج الطارئ عن انقضاء المهلة، وفيها ينتهي انقضاء المهلة بعد بقاء الأطفال في انقضاء المهلة لأقل مدة من الوقت، ويكونون هادئين في نهاية انقضاء المهلة؛ السلوكيات الطارئة الخاصة بالهروب من انقضاء المهلة، وفيها يستجيب الوالدان إذا غادر أطفالهم انقضاء المهلة قبل إعطاء الوالدين تصريحًا بذلك؛ الامتثال للتوجيهات الأصلية، فإذا ذهب الأطفال إلى انقضاء المهلة من أجل عدم اتباع التوجيهات، بعد انقضاء المهلة، فإن الأطفال يجب أن يطيعوا التوجيهات الأصلية، أو يرجعوا إلى انقضاء المهلة (Wood-field, Brodd, & Hetrick, 2022).

وتعتمد بنية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على نموذج تدريب الوالدين المكون من مرحلتين، والذي طوره هانف (Hanf, 1969). ويعتمد هذا النموذج على مبادئ السلوك الفعال، واستخدام - في البداية - مع أمهات الأطفال الذين أظهروا سلوكيات مشكلة من ذوي الإعاقات المتعددة، حيث درب هانف الأمهات أثناء لعبهن مع أطفالهن. وتتضمن المرحلة الأولى استخدام التعزيز التفاضلي أثناء اللعب، حيث يتم تعليم الأمهات مدح السلوكيات المناسبة، وتجاهل السلوكيات غير اللائقة. وخلال المرحلة الثانية من العلاج، يتم تعليم الأمهات كيفية إعطاء أوامر مباشرة، واستخدام إجراء انقضاء المهلة، والتعزيز الإيجابي لتشكيل السلوكيات المرغوبة. كما أن هذا العلاج نتاج لنموذج تدريب الوالدين على الإدارة لكازدين (Kazdin, 2005)، والذي يستهدف الدورات القسرية للتفاعل بين الوالدين والطفل، والتي تعزز المشكلات السلوكية لدى الطفل، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات خارجية يلفتون الانتباه من خلال السلوك المكروه، والذي يعززه مقدمو الرعاية بالإكراه أو الاستسلام (Granic, & Patterson, 2006). ووفقاً لمبادئ التعلق والتعلم الاجتماعي، يساعد العلاج بالتفاعل بين الوالدين

والطفل مقدمي الرعاية على تعديل اتجاهاتهم نحو الوالدية، وتطوير مهارات إدارة السلوك التي تغير التبادل بين الوالدين والطفل، وتشكل سلوكيات الطفل (Eyberg, 1988).

وقام فور هاند وماكماهون (Forehand, & McMahon, 1981) بتطبيق نموذج هانف المكون من مرحلتين على عينة من الأطفال الذين يعانون من سلوكيات عدم الامتثال، وتوصلوا إلى نتائج إيجابية. واستعرض برينر وبيك (Breiner, & Beck, 1984) دراسة تتعلق ببرامج تدريب الوالدين السلوكية التي ركزت على الحد من سلوكيات عدم الامتثال لدى الأطفال ذوي التأخر النمائي، وأشارت النتائج إلى أن والدي الأطفال ذوي التأخر النمائي يعطون أوامر غامضة أكثر من آباء الأطفال الذين لا يعانون من تأخر نمائي. كما قام برينر وفور هاند (Breiner, & Forehan, 1982) بالتحقق من الاختلافات في التفاعلات بين الأم والطفل بين أمهات الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي وسلوك عدم الامتثال، والأطفال ذوي النمو الطبيعي ذوي سلوكيات عدم الامتثال، والأطفال ذوي النمو الطبيعي ممن ليس لديهم سلوكيات عدم الامتثال. تم التوصل إلى وجود فروق بين المجموعات، واتضح في أن أمهات الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي وسلوكيات عدم الامتثال أصدروا المزيد من الأوامر، وأن الأطفال كانوا أقل امتثالاً لهذه الأوامر ومع ذلك، أصدرت أمهات هذه المجموعة - أيضاً - عبارات أكثر إيجابية، وتفاعلوا بشكل متكرر أكثر، مقارنة بالمجموعتين الأخرين، واتضح أن استخدام المزيد من الأوامر، والأوامر الغامضة ساهم في زيادة عدم الامتثال، وأن برامج تدريب الوالدين تؤدي إلى تغييرات إيجابية في سلوك الطفل.

ويمكن تمييز العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل عن نموذج Hanf، من حيث إن تركيزه ينصب على تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل، من خلال مهارات التفاعل غير التوجيهية (أي التي يقودها الطفل، والخالية من الأوامر والأسئلة)، ونمذجة مهارات حل المشكلات، وتمكين الآباء من تعميم هذه المهارات خارج العلاج. وخلال المرحلة الأولى من العلاج، وهي مرحلة التفاعل الموجه نحو الطفل Child - Directed In-teraction، يتبع الآباء قيادة أطفالهم أثناء اللعب أثناء استخدام مهارات التفاعل غير

التوجيهي (أي عدم وجود أوامر، أو أسئلة، أو انتقادات) لخلق جو إيجابي، ونمذجة اللغة ومهارات اللعب، وتعزيز السلوكات المناسبة بشكل تفاضلي، وإطفاء السلوكات غير الملائمة. وتم تصميم المهارات المستخدمة في التفاعل الموجه نحو الطفل لمساعدة الطفل على الشعور بمزيد من الإيجابية حول التفاعلات مع الوالدين، مما قد يزيد من احتمالية الامتثال. وتساعد المرحلة الثانية من العلاج، وهي مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين Parent - Directed Interaction، الآباء على وضع حدود وتوقعات واضحة، وتعلم استخدام إجراء انقضاء المهلة، وتركز على أهمية القدرة على التنبؤ والاتساق. ويعتمد التقدم من خلال العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على إتقان الوالدين للمهارات خلال كل مرحلة، بالإضافة إلى تحسين سلوك الطفل.

وفي العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل تعتمد كل أشكال التواصل على اللعب. ويعمل الطفل على توصيل احتياجاته، ورغباته، ومخاوفه، وغضبه من خلال اللعب. ويستخدم الطفل تعبيراً رمزياً لإيصال هذه المعلومات إلى الوالدين. على سبيل المثال، قد يمثل بيت الدمى منزل الطفل، أو دمية تُظهر التفاعلات العائلية. ويتم تعليم الوالد أن يُولي اهتماماً وثيقاً لهذا التعبير الرمزي من أجل معرفة المزيد عن طفله. وبهذه الطريقة يتم توجيه الوالد للطفل لمدة 30 دقيقة كاملة. يأخذ الطفل زمام المبادرة في كل جلسة من جلسات اللعب. ويكون الوالد موجوداً للتفكير والمراقبة والتعاطف، وليس للتوجيه. ويقدم هذا فرصة فريدة للطفل ليكون مسؤولاً ويسمح بتعبير أكبر عن المشاعر عندما يمكن للطفل استخدام اللعب كأداة تواصل تيسيرية. أخيراً، يؤكد هذا العلاج على القبول مقابل التصحيح، فإذا كان الطفل يستخدم لعبة بطريقة مختلفة (مثل: التحدث في الهاتف بالمقلوب)، فإن الوالد لا يصحح الطفل، ولكنه يقبل تفسير الطفل. ويتعلم الطفل أن يثق بوالده أثناء التفاعلات، وهذه الثقة تشجع احترام الذات الإيجابي، والتعبير الانفعالي، وتنمية مهارات التأقلم التكيفية (Landreth, 2002).

ويمكن تصميم العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل وفقاً لمستوى نمو الطفل والسلوكات المشكّلة الفردية. ويوصي ماك ديارميد و باجنر (McDiarmid, & Bag-

(ner, 2005) بإجراء تعديلات في هذا العلاج للأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية. ويقترحان تقديم وصف للمدح والسلوك بلغة مناسبة من الناحية النمائية، باستخدام عبارات قصيرة، ولغة بسيطة، ونمذجة المفردات الجيدة والإشارة إلى ما يتم تسميته. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتم تصميم العلاج وفقاً لاحتياجات الطفل الخاصة، ومشكلات السلوك، وأن يركز على مجالات العجز الأساسية المرتبطة باضطراب التوحد، مثل التواصل، والتنشئة الاجتماعية، والسلوكيات المتكررة. على سبيل المثال، يمكن أن تركز عبارات المدح وأوصاف السلوك على بدء التفاعلات مع الوالد، والعرض والمشاركة مع الوالد، واستخدام التواصل البصري الجيد، ويمكن للوالدين - أيضاً - التركيز على توسيع نطاق المفردات اللغوية لدى الطفل. ويتكون تقييم ما قبل العلاج من ثلاثة سيناريوهات متميزة مدة كل منها 5 دقائق: (1) اللعب بقيادة الأطفال، والتي يتم خلالها توجيه الوالد لمتابعة قيادة الطفل في اللعب؛ (2) اللعب بقيادة الوالدين، حيث يقود الوالد اللعب؛ (3) عملية التنظيف، حيث يرشد الوالد الطفل لتنظيف غرفة اللعب دون مساعدة من الكبار، ويرمز المعالجون إلى مهارات الوالدين وامثال الطفل في الأساس لكل من هذه التفاعلات التي تستغرق 5 دقائق.

وتشمل الأهداف الرئيسة للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل تحسين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، وتقليل السلوكيات الصعبة، وزيادة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية للأطفال، وتحسين مهارات الوالدية، وتقليل الضغوط لدى الوالدين، وتعزيز مهارات إدارة السلوك الاستباقي للوالدين وتحسين قدرة الطفل على الامتثال للأوامر ويركز هذا العلاج على الأمانة والإخلاص، ويستخدم قوائم مراجعة الدقة الأسبوعية أثناء العلاج (Eyberg, 1988; National Child Traumatic Stress Network, 2004; Niec, Hemme, Yopp, & Brestan, 2001).

وتُجرى جلسات العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل أسبوعياً، وتستمر لمدة ساعة تقريباً. وتبدأ كل مرحلة بجلسة تعليم يشارك فيها الوالدان والمعالج فقط. خلال جلسات التعليم، يشارك الآباء بنشاط ويتعلمون مكونات العلاج الرئيسة باستخدام العرض التعليمي، والمناقشة، والنمذجة، ولعب الأدوار. ويتلقى الآباء النشرات في نهاية

جلسات التدريس التي تصف الفنيات الأساسية، حتى يتمكنوا من ممارسة المهارات قبل الجلسة التالية. وبعد جلسة التعليم، يحضر الآباء العديد من جلسات التدريب مع أطفالهم حتى يصلوا إلى المعايير (Querido, Bearss, & Eyberg, 2002). وأثناء جلسات التدريب، يلاحظ المعالج، ويكوّد استخدام الوالدين للمهارات الأساسية، ثم يزود الوالدين بتعليقات فورية حول تطوير مهاراتهم، ويتقدم الآباء خلال العلاج، حيث يتقنون المهارات الأساسية لكل مرحلة (Eyberg, & Funderburk, 2011).

ويبدأ العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بالتفاعل الموجه نحو الطفل من أجل بناء علاقة مستقرة بين الوالدين والطفل، حيث يتعلم الآباء هدفين متوازيين: (1) تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل من خلال اتباع قيادة الطفل؛ (2) تعديل سلوك الطفل من خلال الانتباه الانتقائي (أي تجاهل السلوك غير المرغوب فيه، وإعادة توجيه الأنشطة غير المناسبة، وتوفير الانتباه للسلوك المناسبة). وخلال هذه المرحلة يعلم المعالج الآباء كيفية استخدام مهارات الوالدية الإيجابية، وهي المديح، والتفكير، والتقليد، والوصف، والاستمتاع. ونظرًا لأن معالجي العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل يقومون بتدريب الوالدين خلال مرحلة التفاعل الموجه نحو الطفل، فإنهم يطبقون الانتباه الاجتماعي التمييزي لتشكيل استخدام الوالدين للمهارات الوالدية الإيجابية. وخلال هذه المرحلة، يطبق الآباء إجراءات اشتراط إجرائي مماثلة لتوفير تعزيز تفاضلي لسلوك أطفالهم، من خلال تطبيق المهارات الوالدية الإيجابية على اللعب المناسب للطفل، وتجاهل السلوك غير المرغوب فيها. ومن خلال هذه الإجراءات يكتسب الأطفال مهارات التعاون والتفاعل الاجتماعي. ويرشد المعالج الآباء لممارسة مهارات الوالدية الإيجابية أثناء اللعب الخاص مع أطفالهم لمدة 5 دقائق كل يوم (Querido et al., 2002; Funderburk, Eyberg, Rich, & Behar, 2003; Fernandez, & Eyberg, 2005).

وتطبق المرحلة الثانية من العلاج، وهي مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين، جوانب نظرية التعلم الاجتماعي من أجل زيادة امثال الأطفال لأوامر الوالدين. وخلال هذه

المرحلة، يستمر الآباء في تعزيز السلوكات المناسبة للأطفال أثناء تعلم كيفية توفير أوامر فعالة ونتائج محددة للامتثال وعدم الامتثال. وخلال هذه المرحلة يتجاهل الآباء السلوك غير اللائق إلى حد ما، ويستخدمون إجراء انقضاء المهلة تدريجياً للسلوك المشكل. ويؤكد إجراء انقضاء المهلة على الاتساق، والقدرة على التنبؤ، والمتابعة. ويبدأ انقضاء المهلة بتحذير، وقد تتقدم إلى كرسي انقضاء المهلة لعدم الامتثال، والتقدم المحتمل إلى غرفة انقضاء المهلة إذا ترك الطفل الكرسي. وخلال هذه المرحلة يجب على الآباء تقديم أوامر مباشرة مع تسلسل المتابعة المناسب لـ 75% من الأوامر المعطاة خلال فترة تشفير مدتها 5 دقائق (Querido et al., 2002).

وخلال مرحل التفاعل الموجه نحو الطفل، يتفاعل الوالد والطفل عندما يقدم المعالج تعليمات لتعزيز الوالدية الموثوقة، والتفاعلات الإيجابية بين الوالدين والطفل. ويُطلب من الوالد اتباع قيادة الطفل في أنشطة اللعب مع توفير الاهتمام المستمر والمودة والتوجيه (مثل التفكير اللفظي، والتقليد، والثناء). ويقوم المعالج بتيسير هذه العملية من خلال التدريب المباشر، والنمذجة، ولعب الأدوار، والتعليم التوجيهي. ومن خلال تعلم إعادة تشكيل أنماط التفاعل مع الطفل وتعزيزها، يعزز الوالدان سلوكات الطفل الاجتماعية الإيجابية. وفي مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين، يستخدم المعالجون فنيات تعليمية لمساعدة الآباء على تطوير مهارات الانضباط وإدارة السلوك الفعالة. وبناءً على إتقان المهارات المكتسبة خلال مرحلة التفاعل الموجه نحو الطفل، تم تصميم هذه المرحلة لتقليل العمليات القسرية، من خلال إنشاء حالات طوارئ متسقة لسلوك الطفل (McNeil, & Hembree – Kigin, 2010).

ويختلف العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل عن التدخلات الوالدية الأخرى في أن المعالج يقدم تدريباً حياً من خلال استخدام تقنية "ميكروفون صغير في الأذن" bug-in-ear، وبالتالي تدريب مقدم الرعاية على التعامل مع طفله وإدارته بشكل فعال. وتستغرق مرحلة التفاعل الموجه نحو الطفل من ست إلى سبع جلسات في المتوسط، وتهدف إلى بناء علاقة دافئة ومتجاوبة بين الوالدين والطفل (Eyberg, & Funder-



(burk, 2011)، وتستخدم بيانات مراقبة التقدم باستخدام نظام ترميز رسمي يسمى نظام تشفير تفاعل الوالدين والطفل لتحديد متى تكون العلاقة بين الوالد والطفل قوية بما يكفي للانتقال إلى المرحلة الثانية، وهي مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين، والتي تستغرق من ست إلى سبع جلسات في المتوسط، وخلال هذه المرحلة يتم تدريب الوالد على تقديم أوامر فعالة واستراتيجيات انضباط متسقة لتقليل مشكلات السلوك وتحسين الامتثال (Eyberg, Nelson, Duke, & Boggs, 2004)، وأوضح هورنر وآخرون (Horner et al., 2002) أهمية إشراك الوالدين في عملية التدخل، حيث إن الوالد في هذا العلاج يعد عامل التغيير، مما يؤدي إلى نتائج أكثر ديمومة وإيجابية للطفل.

ومقارنةً بتحليل السلوك التطبيقي (ABA)، والذي قد يتطلب من 20 - 40 ساعة من العلاج الأسبوعي على مدار عام أو أكثر، يتطلب العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل من 14 - 20 جلسة من جلسات التدريب المباشر، وخمس دقائق من الممارسة اليومية في المنزل، وبالتالي، قد يقدم العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل نهجًا أكثر كفاءة ومنخفض التكلفة يُعلم الآباء استخدام استراتيجيات سلوكية لتقليل السلوكات المشككة التي تتداخل مع نمو الطفل الصحي والروتين الأسري (Bagner, & Eyberg, 2007). ومن نقاط القوة التي يتميز بها العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، خاصة عند تطبيقه في المنزل، القضاء على مشاكل الاستنزاف، وزيادة الصلاحية البيئية، وتسهيل مراقبة السلوكات المنزلية الواقعية للعملاء، والتي يمكن أن تكون مختلفة - بشكل صارخ - عن السلوكات التي تظهر في بيئة العيادة (Masse, & McNeil, 2008).

وهناك مزايا متعددة لاستخدام الأساليب القائمة على توسط الوالدين مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فهي تسمح بتعميم تعلم الطفل عبر إعدادات وأوضاع متعددة، وزيادة فاعلية الذات لدى الوالدين، وتعزيز حساسية الوالدين لاحتياجات الطفل (Oono, Honey, & McConachie, 2013). ويتميز العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بالعديد من الميزات الفريدة التي تجعله علاجًا مناسبًا للأطفال الذين لديهم تاريخ من الصدمات. أولاً، يُنظر إلى الوالد والطفل - معاً - في عملية العلاج



بهدف نهائي، هو زيادة علاقة الارتباط الإيجابية بينهما، ويتيح ذلك للطفل الوصول إلى مقدم رعاية آمن، ومضمون، ويمكن التنبؤ به، مما يعزز صمود الطفل للتعافي من الصدمات. ثانيًا، العلاج باللعب، حيث يتعلم الوالد كيف يكون معالجًا باللعب، هو الأسلوب العلاجي الأساسي. والأطفال الصغار جدًّا، نظرًا للعمر النمائي لهم وتجاربهم مع الصدمات، غالبًا ما يفتقرون إلى المهارات المعرفية واللغوية للخضوع للعلاجات "الكلامية" التقليدية. ويخفف العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل من حاجة الطفل إلى بلوغ مستوى معين من المهارات المعرفية واللغوية التي غالبًا ما تتأثر سلبًا بسبب تجربة الإساءة والإهمال، ويوفر هذا العلاج - أيضًا - مساحة آمنة للأطفال لتوسيع موضوعات اللعب والاهتمامات التي قد تكون مقيدة بسبب أعراض الإجهاد الناتج عن الصدمات. وأخيرًا، يتم تعليم الآباء كيفية وضع حدود متسقة باستخدام فنيات منضبطة آمنة، ويمكن التنبؤ بها (De Young, Kenardy, & Cobham, 2011; Miller - Graff, & Campion, 2016).

وحدد سميث وبادارولا (Smith, & Iadarola, 2015) زيادة مشاركة الأطفال من خلال الاستفادة من التعزيز الإيجابي وإدخال الاهتمامات والأنشطة والأشياء المفضلة في بيئة العلاج كأفضل ممارسة. وأحد المبادئ الأساسية للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل هو استخدام التعزيز الاجتماعي الإيجابي لزيادة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية. وعلى غرار التدريب على الاستجابة المحورية، يؤكد هذا العلاج على أهمية استخدام الألعاب المألوفة في بيئة مريحة، من خلال تشجيع الآباء على استخدام مهاراتهم في المنزل على أساس ثابت مع المحفزات المفضلة، ويتم ذلك في محاولة لتعزيز التعميم وتشجيع التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل (Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016).

ويتميز العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بالعديد من نقاط القوة، فبينما تركز العديد من نماذج العلاج للأطفال المصابين باضطراب التوحد على التدخل المبكر، يوسع العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل هذا النطاق العمري إلى سبع سنوات على الأقل. حتى مع الرضع والأطفال الصغار (أي 12 - 24 شهرًا من العمر)، نجد

أن هذا العلاج فعال في الحد من سلوك الأطفال المشكل، واكتساب المهارات بسرعة أكبر (Bagner, Coxe, Hungerford, Garcia, Barroso, Hernandez, & Rosa, 2016). (- Olivares, 2016).

## 2. الأطفال ذوو اضطراب التوحد والسلوك المشكل:

تم تعريف اضطراب طيف التوحد ASD في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة (DSM - 5 American Psychiatric Association, APA, 2013) من خلال خمسة معايير تشخيصية. المعيار الأول: يجب أن يكون هناك عجز مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي. ويجب أن تكون أوجه القصور هذه واضحة عبر مجموعة متنوعة من السياقات، مثل المدرسة، والمنزل، والمجتمع. وتوجد ثلاثة مجالات أساسية لأوجه القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، وهي: (1) أوجه القصور في التبادل الاجتماعي - الانفعالي، أو القدرة على بدء التفاعلات الاجتماعية، والاستجابة لها، والحفاظ عليها؛ (2) أوجه القصور في استخدام أو دمج التواصل غير اللفظي، ويتضح ذلك في ملامح معينة، مثل الشذوذ في استخدام وتغيير التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه، ولغة الجسد؛ (3) العجز في إقامة العلاقات، والحفاظ عليها، وفهمها. وبالرغم من أن أوجه القصور في المهارات اللغوية ليست مطلوبة كجزء من معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد في DSM - 5، إلا أن لها تأثيرًا كبيرًا على قدرة الفرد على الانخراط في التواصل والتفاعل الاجتماعي الهادف. المعيار الثاني: وجود أنماط مقيدة ومتكررة من السلوك، أو الاهتمامات، أو الأنشطة. وبالنسبة لهذا المعيار، يجب على الفرد عرض اثنين - على الأقل - مما يلي: الكلام النمطي أو المتكرر (مثل: تكرار العبارات)، والتفاعل النمطي مع الأشياء واستخدامها (مثل: لعب الأطفال)، أو السلوكيات الحركية المتكررة، والإصرار على التشابه، وعدم المرونة فيما يتعلق بالروتين، أو أنماط السلوك الطقسية (مثل: طقوس ارتداء الملابس، وتحية الآخرين)، والاهتمامات المقيدة والمثبتة الشاذة في التركيز أو الشدة، والنقص أو الإفراط في رد الفعل للاستثارة الحسية، أو الاهتمام

غير النمطي بالعناصر الحسية لبيئته (مثل: شم الأشياء). ويتمثل المعيار الثالث في ظهور الخصائص المذكورة أعلاه خلال فترة النمو المبكرة؛ ومع ذلك، يحدد DSM - 5 أنه قد لا تتم ملاحظة هذه الخصائص حتى تتم زيادة الطلبات الاجتماعية على الفرد (مثل: عند دخول المدرسة)، أو قد يتم حجبتها عن طريق استراتيجيات تعويضية مكتسبة. ويتمثل المعيار الرابع في أنه يجب أن تسبب هذه الخصائص إعاقة شديدة في مجالات مهمة من الأداء (مثل: المدرسة، أو الأوضاع المهنية، أو الإعدادات الاجتماعية)، ويتمثل المعيار الخامس في أنه يجب ألا يكون ذلك ناتجًا عن إعاقات نمو أخرى (مثل: الإعاقة الفكرية، أو التأخر النمائي الشامل).

ويتم تصنيف شدة أعراض اضطراب طيف التوحد في ثلاثة مستويات. المستوى الأول: «تتطلب دعمًا»؛ المستوى الثاني: «تتطلب دعمًا كبيرًا»؛ المستوى الثالث: «تتطلب دعمًا كبيرًا للغاية». وتؤكد طريقة تصنيف شدة الأعراض، وهي ميزة تم تقديمها في DSM - 5، على طبيعة اضطراب طيف التوحد. وبالتالي، بالرغم من أن جميع الأفراد الذين يستوفون معايير التشخيص سيكون لديهم تواصل اجتماعي متأثر، وسلوكيات مقيدة ومتكررة، فإن جميع الأفراد سيظهرون اختلافات في العرض والدعم المطلوب، بدءًا من درجة عالية من الاستقلالية، مع بعض الأمثلة على التفاعلات الاجتماعية غير النمطية أو غير الناجحة، إلى الإعاقات التي تحد - بشكل كبير - من الاستقلال الوظيفي للفرد، مثل العجز شديد في التواصل اللفظي وغير اللفظي (Radley, & Dart, 2022).

والأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد أكثر عرضة ثلاث مرات لخبرة السلوكيات المشكلة في مرحلة الطفولة مقارنةً بأقرانهم. وأكثر السلوكيات المشكلة المصاحبة شيوعًا لدى هؤلاء الأطفال هي عدم الامتثال، والسلوك المعارض، والعنف. وبالنسبة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، تؤثر المشكلات السلوكية المستمرة على رفاية الأسرة، والتدخلات التعليمية، وقرارات الالتحاق بالمدرسة، والنمو الاجتماعي والانفعالي. ويحتاج الأطفال ذوو اضطراب التوحد والمشكلات السلوكية المصاحبة للتدخل للحد من التأثير المنهك للسلوكيات المشكلة على الصحة، والسلامة، والتعلم،

والعلاقات الاجتماعية (Shawler, & Funderburk, 2018). وخلصت الدراسات التي أجراها ماتسون وآخرون (Matson, Wilkins, & Macken, 2009) إلى أن 94٪ من المشاركين في الدراسة ذوي اضطراب التوحد أظهروا شكلاً من أشكال السلوك المشكل.

والسلوكات المشكلة هي سلوكات تؤثر - سلباً - على الوالدين والطفل. وتتضمن أمثلة السلوكات المشكلة السلوكات التخريبية (مثل: نوبات الغضب، والعدوانية تجاه الذات أو الآخرين، وعدم الامتثال، وتدمير الممتلكات)، والسلوكات المتكررة والنمطية (مثل، الرفرفة بالأيدي، والبغائية)، وسلوكات إيذاء الذات، وهي حركات جسمية متكررة تؤدي إلى إصابة الشخص، أو تتضمن احتمالية تعرضه للإصابة (Lewis, & Bodfish, 1998)، والسلوك المعارض، والانسحاب، والسلوك غير الآمن/القلق، وعدم الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط (Lecavalier, 2006).

والسلوك المشكل هو سلوك غير طبيعي ثقافياً، ويتصف بالشدّة، أو التكرار، أو المدة التي تتعرض فيها السلامة الجسدية للشخص أو الآخرين لخطر شديد، أو السلوك الذي من المرجح أن يمنع، أو يحد - بشكل خطير - من الوصول إلى استخدام المرافق المجتمعية الاعتيادية (Emerson, 2005).

وأوضحت آيبرج (Eyberg, 1988) أن العديد من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال الصغار، يتم تحديدها من خلال تفاعلهم المبكر مع والديهم، حتى في تلك الحالات التي يبدو فيها أن مشاكل الطفل تنشأ بسبب الخصائص البيولوجية، مثل المزاج الصعب، أو العجز العصبي المشتبه به لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وفرط النشاط، أو الذين يعانون من ضعف في النمو. وبعبارة أخرى، فإن للوالدين قدرًا كبيرًا من التأثير على سلوك الطفل، إيجاباً أو سلباً، حتى لو كان الطفل لديه استعداد سابق للمشكلة السلوكية.

ويُظهر الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد صعوبة في التواصل والتفاعلات الاجتماعية، وغالبًا ما يظهرون سلوكات مشكلة. وتزيد التحديات المتعلقة بنقص

التواصل والمهارات الاجتماعية من احتمالية أن يُظهر هؤلاء الأفراد سلوكيات معادية للمجتمع (Shea, Payne, & Russo, 2018). وغالبًا ما تقلل هذه السلوكيات من الوصول إلى البيئة الأقل تقييدًا في المدارس، وتمنع المشاركة في الأنشطة غير المنهجية مع الأقران (Simpson, de Boer – Ott, & Myles, 2003). ويعد العدوان اللفظي أو الجسدي، والسلوكيات المشكّلة، وإيذاء الذات، ومقاطعة الآخرين، وخرق القواعد سلوكيات تحدث بشكل أكثر شيوعًا لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد عند مقارنتهم بأقرانهم من نفس العمر الزمني (Volker, Lopata, Smerbeck, & Knoll, 2010). والسلوكيات المشكّلة لدى هؤلاء الأطفال هي نتيجة لحالات مشتركة، مثل انخفاض الأداء الوظيفي المعرفي، ومشكلات النوم، وصعوبة التركيز. ومع ذلك، فإن وجود المشكلات السلوكية ليس عرضًا مباشرًا لاضطراب التوحد (Hill et al., 2014).

ويحدد الباحثون السلوكيات المشكّلة بناءً على السلوك المحدد، أو مقياس الاهتمام بالنسبة لدراساتهم. على سبيل المثال، في دراسة أجراها ليندور وآخرون (Lindor, Sivaratnam, May, Stefanac, Howells, & Rinehart 2019) على الأطفال الذكور ذوي اضطراب التوحد، تم تحديد السلوكيات المشكّلة بناءً على مقاييس النتائج للقائمة المرجعية لسلوك الطفل لأشيناخ وريسكورلا (Achenbach, & Rescorla, 2001)، وتضمنت هذه السلوكيات المشكّلة القلق، والاكتئاب، والعدوان، وكسر القواعد، والانسحاب، وقضايا التنشئة الاجتماعية، والشكاوى الجسدية، والاضطرابات في الأفكار/ الانتباه. وفي دراسة أجراها دومينيك وآخرون (Dominick, Davis, Lainhart, Tager – Flusberg, & Folstein, 2007)، تم تحديد ودراسة سلوكيات مشكّلة أكثر تحديدًا، بما في ذلك اضطرابات النوم، ونوبات الغضب، وسلوكيات الأكل غير الطبيعية، وسلوكيات إيذاء الذات. ويمكن وصف السلوكيات المشكّلة على أنها خارجية، مثل سلوكيات إيذاء الذات، والعدوانية، ونوبات الغضب، أو داخلية، مثل القلق، وعدم الانتباه، والانسحاب (Zaidman – Zait, Miranda, Duku, Szatmari, Georgia, des, & Volden 2014).

وتشيع السلوكات العدوانية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مع معدلات انتشار كبيرة، حيث إن 68% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يوجهون عدوانهم نحو مقدمي الرعاية لهم سابقاً أو حالياً، مما يزيد من الضغوط الأسرية، والنتائج الاجتماعية السلبية (Kanne, & Mazurek, 2011)، ويمكن تعريف العدوان الجسدي على أنه أي شكل من أشكال الأفعال الجسدية الضارة تجاه الآخرين، مثل العض أو الضرب (Ma-zurek, Kanne, & Wodka, 2013). ويمكن أن يكون العدوان لفظياً، بما في ذلك الصراخ، والسب، وتهديد الآخرين (Fitzpatrick, Srivorakiat, Wink, Pedapati, & Erickson, 2016). وينخرط الأفراد ذوو اضطراب التوحد في عدوان جسدي أكثر من العدوان اللفظي (Farmer, & Aman, 2011).

والعدوان لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد له آثار سلبية على الجوانب الاجتماعية، والتعليمية، والمهنية لحياتهم اليومية. ويرتبط العدوان لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بانخفاض فرص التعليم والضغوط الأسرية، وزيادة العزل من البيئة المنزلية (Fitzpatrick et al., 2016).

وتعد السلوكات المقيدة والمتكررة إحدى الخصائص التشخيصية الأساسية لاضطراب طيف التوحد. وتتضمن هذه السلوكات أفعالاً أو كلاماً متكرراً أو نمطياً بطبيعته، أو التمسك بالروتين، أو الاهتمامات المحدودة أو المقيدة، أو الاهتمام غير الطبيعي بالمدخلات الحسية (American Psychiatric Association, 2013). ويمكن تصنيف السلوكات المقيدة والتكرارية إلى فئتين: السلوكات الحركية الحسية المتكررة، بما في ذلك الأفعال الحركية المتكررة واستخدام الأشياء، بالإضافة إلى السلوكات الحسية، والإصرار على التماثل، بما في ذلك الاعتماد على الروتين والاتساق (Bishop et al., 2013).

وأحد أنواع المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي الأعراض المرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، مثل الاندفاعية، وفرط النشاط، وقلة تحمل الإحباط، والثوران الانفعالي (Goldstein, & Schwebach).

2004)، كما تنتشر المشكلات السلوكية المرتبطة بالقلق عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث توصلت دراسة ليفر وآخرين (Leyfer, Folstein, Bacalman, Davis, & Dinh, 2006) إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد أظهروا أعراضاً كافية من فوبيا محددة (44%)، واضطراب الوسواس القهري (37%).

ويعتبر التنظيم الانفعالي أحد المكونات المهمة المتعلقة بالقلق والانسحاب لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويمكن وصفه بأنه قدرة الفرد على التكيف، أو تعديل حالته الانفعالية تجاه الظروف الحالية، سواء داخلياً أو خارجياً (Mazefsky, Borue, Day, & Minshew, 2014). وفي دراسة أجريت على 1107 أفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 20-6 عاماً، تم التنبؤ بزيادة القلق من خلال ضعف التنظيم الانفعالي، بالإضافة إلى زيادة أعراض اضطراب طيف التوحد، مثل الاختلافات الاجتماعية والحسية، والسلوكيات التكرارية والمقيدة (Conner, White, Scahill, & Mazefsky, 2020).

وأظهرت الدراسات أن الأطفال الصغار يكافحون من أجل تنظيم الانفعالات السلبية ذاتياً. ويعد خلل التنظيم الانفعالي أحد العوامل الأساسية في تطوير السلوكيات المشككة والإبقاء عليها. على سبيل المثال، قد يؤدي عدم القدرة على التعامل مع المشاعر وتنظيمها، مثل الحزن، والخوف، والغضب إلى سلوكيات، مثل التصرف بان دفاعية، ونوبات الغضب، وإيذاء الذات، والتجنب، والمعارضة، حيث أوضح لورنت وروبين (Laurent, & Rubin, 2004) أنه عندما يشعر الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بالإرهاق أثناء التفاعل الاجتماعي، ويعاني من الخوف، تميل مستويات الإثارة إلى الزيادة، ومن المرجح أن يكون الطفل مستعداً لاتخاذ إجراءات، إما بإزالة العنصر المحبط، مثل دفع عنصر بعيداً أو مهاجمة شخص ما، أو الفرار من الموقف.

وبالإضافة إلى أوجه القصور في التنظيم الانفعالي التي قد تفسر السلوكيات المشككة لدى الأطفال، فإن الأعراض المتعلقة باضطراب التوحد تفسر سبب حدوث المزيد من السلوكيات المشككة لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب (Horner, Carr, Strain, & Minshew, 2014).



(Todd, & Reed, 2002)، حيث قد تجعل السلوكيات المقيدة، والجامدة، والنمطية الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقل مرونة في نهجهم لتعديل خبراتهم الانفعالية (Mazefsky, Herrington, Siegel, Scarpa, Maddox Scahill, & White, 2013). ويفسر العجز في المهارات الاجتماعية -أيضاً- السلوكيات المشكّلة، حيث تم ربط قلة التفاعلات مع الأقران والبالغين بتردد أعلى للسلوكيات المشكّلة، حيث يفوت الأطفال فرص التعلم من التفاعلات الاجتماعية، مما يؤدي إلى استمرار الصعوبات الاجتماعية، ويعزز السلوكيات المشكّلة (Matson, Neal, Fodstad, & Hess, 2010).

وتمثل السلوكيات المشكّلة عقبات أمام التعلم، ويمكن أن تؤدي إلى انخفاض الفرص التعليمية والاجتماعية والمجتمعية، بالإضافة إلى مزيد من تأخر النمو (Horner, Carr, Strain, Todd, & Reed, 2002). وغالبًا ما يواجه الأطفال ذوو اضطراب التوحد والسلوكيات المشكّلة صعوبات في الالتحاق بالمدارس والبقاء فيها. وتتسبب السلوكيات العدوانية -أيضاً- في مخاطر التعرض للأذى الجسدي، وتقلل من جودة الحياة، وهي أكبر مؤشر على ضغوط الوالدين (Kanne, & Mazurek, 2011). ويؤدي الفشل في معالجة المشكّلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد خلال مرحلة الطفولة إلى ترسيخ هذه السلوكيات. ويعوق وجود المشكّلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد التقدم النمائي، واكتساب المهارات الأساسية التي تؤكد عليها التدخلات السلوكية المكثفة المبكرة (Jang, Dixon, Tarbox, & Granpeesheh, 2011). وعندما يتم معالجة المشكّلات السلوكية وتقليلها، يكون الأطفال ذوو اضطراب التوحد أكثر عرضة للامثال للعلاجات المكثفة والمركزة التي تستهدف تحسين مشكّلات اضطراب التوحد الأساسية (Masse, McNeil, Wagner, & Chorney, 2007).

#### سابعاً: بحوث ودراسات سابقة:

هدفت دراسة جاميسون (Jamison, 2007) تقييم تأثير العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكّل لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد



فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

بلغت ثلاثة أطفال. تألفت أدوات الدراسة من جدول الملاحظة التشخيصية لاضطراب التوحد، ومقياس تقدير اضطراب التوحد في مرحلة الطفولة، والمقابلة التشخيصية لاضطراب التوحد. أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة، خاصة سلوكات عدم الامتثال، لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقامت دراسة سولومون وآخرين (Solomon et al., 2008) بفحص استخدام العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (19 طفلاً)، تتراوح أعمارهم بين 5-12 عاماً، ويعانون من مشكلات سلوكية شديدة. شملت أدوات الدراسة معايير تشخيص اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي - الطبعة الرابعة، وجدول مراقبة تشخيص التوحد العام للورد وآخرين (Lord et al., 2000)، والمقابلة التشخيصية لاضطراب التوحد للورد وآخرين (Lord et al., 1994). أشارت النتائج إلى فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة، وتحسين مستوى الضغوط الناجمة عن السلوكات الصعبة لدى الأطفال الأكبر سناً ذوي اضطراب التوحد.

وهدفت دراسة ماسي (Masse, 2009) التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من السلوك التخريبي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 3 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 2-7 سنوات. تألفت أدوات الدراسة من مقياس تقدير التوحد الطفولي لسكوبلر وآخرين (Schopler, Reichler, & Renner, 1988)، وقائمة سلوك الطفل لأشينباخ وريسكورلا (Achenbach, & Rescorla, 2002). كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في زيادة امتثال الطفل، وانخفاض سلوك الطفل التخريبي، وتحسين مهارات الوالدية بين المشاركين.

وهدفت دراسة حاتم زاده وآخرين (Hatemezadeh, Pouretamad, & Has-sanabadi, 2010) فحص فاعلية استخدام العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في

خفض السلوك المشكل لدى عينة تتألف من أربعة أطفال ذوي اضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم بين 3-7 سنوات. شملت أدوات الدراسة معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي والإحصائي-الطبعة الرابعة، ومقياس سلوك الطفل لآبيرج (-Ey berg, 1998). أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وفحصت دراسة الحالة التي قام بها فورد (Ford, 2012) فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تقليل الضغوط الوالدية، وتحسين سلوك المراهقين ذوي متلازمة أسبرجر، وتحسين تفاعلاتهم. شملت أدوات الدراسة قائمة سلوك الطفل، ونظام ترميز التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل. توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض مستويات الضغوط الوالدية، وتحسين السلوك لدى المراهقين ذوي متلازمة أسبرجر، وزيادة التفاعلات الإيجابية بين الوالدين وأبنائهم.

وهدفت دراسة أجازي وآخرين (Agazzi et al., 2013) فحص فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لطفل يبلغ من العمر 7 سنوات ذي اضطراب التوحد. شملت أدوات الدراسة مقياس تقدير التوحد الطفولي لسكوبلر وآخرين (Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010)، ومقياس السلوك المشكل. أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة الحالة التي قام بها أرمسترونج وكيمنوس (Armstrong, & Ki-monis, 2013) التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من المشكلات السلوكية لدى طفل يبلغ من العمر 5 سنوات يعاني من اضطراب أسبرجر. توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تحسين الأداء الوظيفي السلوكي، والحد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي متلازمة أسبرجر.

وقامت دراسة الحالة التي قام بها أجازي وآخرون (Agazzi, Tan, & Tan, 2013) بالتحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في معالجة المشكلات السلوكية

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

لدى صبي يبلغ من العمر 7 سنوات ذي اضطراب طيف التوحد. توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من المشكلات السلوكية، وإحداث تحسينات في امتثال الطفل، كما ساهم هذا العلاج في زيادة استخدام الآباء لاستراتيجيات الوالدية الإيجابية، بما في ذلك إعطاء أوامر فعالة تعمل جميعها على تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل.

وهدفت دراسة ليساك وآخرين (Lesack et al., 2014) التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكّلة، بما في ذلك عدم الامتثال، وإيذاء الذات، والعدوانية، والسلوكات الخطرة (مثل: اللعب باستخدام المصاييح، والفرار، والتسلق على الأجهزة والعدادات)، وذلك لدى طفل ذي اضطراب التوحد، يبلغ من العمر 5 سنوات. شملت أدوات الدراسة معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي والإحصائي-الطبعة الرابعة. أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكّلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة أرمسترونج وآخرين (Armstrong, Deloatche, Preece, & Agazzi, 2015) تقييم فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، جنباً إلى جنب مع الدعم البصري، في الحد من السلوكات المشكّلة لدى طفلة ذات اضطراب طيف التوحد، تبلغ من العمر 5 سنوات، والتي تمت إحالتها إلى هذا العلاج بسبب السلوكات الصعبة التي أظهرتها عبر الإعدادات ومقدمي الرعاية، بما في ذلك عدم الامتثال، والصراخ، والعدوانية (مثل الضرب، وشد الشعر، والقرص، والعض). شملت أدوات الدراسة معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي والإحصائي-الطبعة الرابعة، ومقياس السلوكات المشكّلة. أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكّلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وفي تحسين الأداء الوظيفي السلوكي في أوضاع المنزل، والمدرسة، والمجتمع.

وهدفت دراسة أجازي وآخرين (Agazzi et al., 2015) التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من الضغوط وأعراض القلق والاكتئاب لدى

الأمهات من أجل فحص فعالية هذا العلاج في تحسين النتائج السلوكية لدى أربعة أطفال صغار ذوي اضطراب التوحد. أشارت النتائج إلى أن السلوكيات الصعبة لدى الأطفال انخفضت، من حيث التكرار والحدة، بعد الانتهاء من العلاج، وتحسنت ممارسات الوالدية لدى الأمهات، بما في ذلك أوصاف السلوك، والتأملات والثناء، كما أظهرت الأمهات مستويات عالية من الرضا عن العلاج، وأبلغن عن تحسينات في علاقتهن مع أطفالهن، وكذلك في امتثال أطفالهن.

وهدفت دراسة ناب (Knap, 2015) التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تحسين النتائج السلوكية لدى الأطفال الصغار ذوي اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 5 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 2-7 سنوات، ووالديهم. شملت أدوات الدراسة مقياس سلوك الطفل، وقائمة سلوك الطفل، ونظام تشفير التفاعل بين الوالدين والطفل، ومقياس الاتجاهات نحو العلاج. توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من المشكلات السلوكية لدى الطفل، وتحسين العلاقات بين الوالدين والطفل.

وهدفت دراسة ماس وآخرين (Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016) التحقق من تأثير العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على معدلات الامتثال لدى الأطفال، وتقرير الوالدين عن السلوكيات المعارضة للأطفال، وسلوكيات الوالدية الإيجابية، ورضا الوالدين عن العلاج، وكذلك تأثيره على سلوكيات اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 3 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 3-4 سنوات. شملت أدوات الدراسة قائمة تقدير اضطراب التوحد، واختبار الامتثال، ومقياس تقدير التوحد الطفولي، ومقياس سلوك الطفل، ونظام ترميز التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في زيادة التزام الأطفال، وانخفاض سلوكهم التخريبي، كما أظهر مقدمو الرعاية المشاركون تحسناً في مهارات الوالدية، وأبلغوا عن مستويات عالية من الرضا عن العلاج.

وهدفت دراسة الحالة التي قام بها كانادي (Cannady, 2016) التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكلية لدى طفل في مرحلة ما قبل المدرسة يعاني من تأخر نمائي شامل مصاحب بمشكلات سلوكية. تمت إضافة بعض التعديلات للعلاج، من خلال الإجراءات المدعومة تجريبياً لتحليل السلوك التطبيقي. أظهرت نتائج الدراسة وجود تغييرات إيجابية في اللعب التعاوني بين الطفل والوالد، وتحقيق التعميم، وانخفاض إدراك الوالدين لتكرار السلوك المشكل، ورضا الوالدين والأشقاء عن أهداف العلاج.

وهدفت دراسة توماس (Thomas, 2017) التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من السلوكات المضطربة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 3 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 4-7 سنوات. أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن كبير في امثال الطفل، وانخفاض في السلوك المشكل، واكتساب سريع لمهارات الوالدية المكتسبة والحفاظ عليها، فضلاً عن تحسين الرضا عن العلاقة بين الوالدين والطفل.

وهدفت دراسة ناب (Knap, 2018) التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من السلوكات الصعبة، وأعراض اضطراب طيف التوحد، وتحسين التواصل التعبيري لدى الأطفال الصغار ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذلك التحقق من استخدام الوالدين لممارسات الوالدية الإيجابية. تألفت عين الدراسة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب طيف التوحد (طفلتين وطفل)، تتراوح أعمارهم بين 4-6 سنوات. شملت أدوات الدراسة مقياس الفهم السمعي، واستبيان البيانات الديموجرافية، ومقياس اللغة في مرحلة ما قبل المدرسة لزيمرمان وآخرين (Zimmerman, Steiner, Eyberg, & Pond, 2002)، ومقياس سلوك الطفل لآبيرج ووينكوس (Eyberg, & Pincus, 1999)، ونظام ترميز التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل لآبيرج وآخرين (Eyberg et al., 2013)، ونموذج عد الكلمات لأبner وآخرين (Abner, Bonney, Dugger, 2013)، ومقياس تقدير طيف التوحد لجولدشتين (Lingerfelt, Michalk, & Suggs, 2008).

وناجليري (Goldstein, & Naglieri, 2009). توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض حدة السلوكيات المشكّلة، وتحسين التواصل التعبيري لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد أظهروا أنماطاً مستقرة لاستخدامهم مهارة الوالدية الإيجابية، مع الثناء والمدح.

وقام كامبريك وأجازي (Cambric, & Agazzi, 2019) بدراسة حالة للتحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في معالجة المشكّلات السلوكية لدى صبي يبلغ من العمر 7 سنوات ذي اضطراب طيف التوحد عالي الأداء مصاحب باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. أظهرت النتائج فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض سلوكيات الطفل الصعبة، وزيادة امتثال الطفل، بالإضافة إلى زيادة استخدام والدة الطفل لمهارات الوالدية الإيجابية والأوامر الفعالة.

وأجرى زلومكي وجيتر (Zlomke, & Jeter, 2019) دراسة لمقارنة فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل للأطفال ذوي اضطراب التوحد والأطفال غير المصابين به. تألفت عينة الدراسة من 28 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 8-2 سنوات، نصفهم لديهم تشخيص اضطراب طيف التوحد، ونصفهم لم يكن لديهم تشخيص سابق أو تقييم لاضطراب طيف التوحد. أبلغ الآباء في كلتا المجموعتين عن انخفاض كبير في شدة السلوك المشكّل لدى الطفل، وتحسين التفاعلات بين الوالدين والطفل على مدار العلاج.

وهدفت دراسة روز وجرازيانو (Ros, & Graziano, 2019) تقييم فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بالنسبة لآباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وخفض المشكّلات السلوكية الخارجية لدى هؤلاء الأطفال. تألفت عينة البحث من 37 طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة، متوسط أعمارهم (8,4) عاماً، وآبائهم. تمت ملاحظة مهارات الوالدية الإيجابية والسلبية وتميزها أثناء التفاعل بين الوالدين والطفل. بالإضافة إلى ذلك، تم تقييم الآباء بشكل موضوعي بناءً على معرفتهم بالمبادئ التي تم تعلمها في العلاج قبل وبعد العلاج. توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

الوالدين والطفل في تحسين ضغوط وممارسات الوالدية، وخفض السلوكات المشكّلة لدى أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد.

وهدفت دراسة بارلادي وآخرين (Parlade, Weinstein, Garcia, Rowley, Ginn, & Jent, 2020) مقارنة عملية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل (أي طول العلاج والامثال للواجبات المنزلية)، ومهارات الوالدية، والضغوط الوالدية، والنتائج السلوكية (أي السلوكات التخريبية والخارجية، والوظائف التنفيذية) لدى 16 طفلاً ذوي اضطراب طيف التوحد، و16 طفلاً لا يعانون من اضطراب طيف التوحد المتجانسين على أساس نوع الجنس، والعمر الزمني، وشدة السلوكات التخريبية. شملت أدوات الدراسة مقياس القدرات التمييزية لإليوت (Elliot, 2007)، ومقياس المفردات التعبيرية لدن ودن (Dunn, & Dunn, 2007)، وقائمة الضغوط الوالدية لأبيدين (Abidin, 2012)، ومقياس السلوك المضطرب لآبيرج وبينكوس (Eyberg, & Pincus, 1999)، ونظام ترميز التفاعل لآبيرج وآخرين (Eyberg, Nelson, Ginn, Bhuiyan, & Boggs, 2013)، ونظام تقييم السلوك للأطفال لريندولدس وكامفوس (Renolds, & Kam-phaus, 2004). أظهرت كلتا المجموعتين تحسينات كبيرة في السلوك التخريبي للطفل والأداء التنفيذي، ومهارات الوالدية، والضغوط الوالدية، والامثال للواجبات المنزلية، والاستجابة الاجتماعية، ومهارات التكيف، والسلوكات المقيدة/المتكررة.

وهدفت دراسة أنازاجاستي (Anazagasty, 2020) فحص فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكّلة، ومستويات الضغوط الوالدية، وتحسين ممارسات الوالدية، وذلك لدى العائلات الناطقة باللغة الإسبانية التي لديها أطفال ذوو اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 5 عائلات بها أطفال ذوو اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم بين 7-2 سنوات. شملت أدوات الدراسة مقياس سلوك الطفل، ومقياس الاستجابة الاجتماعية، ومؤشر الضغوط الوالدية، ونظام تفسير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل، ومقياس الاتجاهات نحو العلاج. توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات



المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والضغط الوالدية لدى الوالدين، وتحسين مستوى الممارسات الوالدية.

وهدفت دراسة زلومكي وجيتر (Zlomke, & Jeter, 2020) التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل للأطفال المصابين باضطراب التوحد. تألفت عينة الدراسة من 14 طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين تراوحت أعمارهم بين 8-2 سنوات. شملت أدوات الدراسة مقياس جيليام لتقدير التوحد، واختبار المفردات اللغوية المصور، ومقياس سلوك الطفل، ومقياس تقييم سلوك الأطفال، وقائمة الضغوط الوالدية، ومقياس الاتجاهات نحو العلاج. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تحسين السلوك التخريبي لدى الأطفال المصابين، وتحسين في الأعراض المرتبطة بالتوحد لدى الشباب المصابين بالتوحد.

وهدفت دراسة سيبراليك وآخرين (Cibralic, Kohlhoff, Wallace, McMa-hon, & Eapen, 2021) تقييم فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من سلوك الطفل الخارجي وتحسين التنظيم الانفعالي للطفل، وعلاقة التعلق بين الوالدين لدى طفل لديه اضطراب طيف التوحد، ويعاني من انخفاض الأداء الوظيفي العقلي والتكيفي، والسلوكيات الخارجية، وعلاقة تعلق غير منظمة وغير آمنة بينه وبين الأم. حدث التدخل على مدى 12 أسبوعاً، وركز على تحسين مهارات الوالدية الإيجابية، والتنظيم الانفعالي للوالدين، والتنظيم الانفعالي للطفل. تم تتبع تقدم العلاج باستخدام قائمة مرجعية لسلوك الطفل، ومقياس فرعي للسلوك الخارجي، ومقياس تقييم الارتباط/العلاقة والتنظيم الذاتي في الطفولة المبكرة، ونظام تشفير التفاعل بين الوالدين والطفل. أوضحت النتائج فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من السلوك الخارجي، وتحسين علاقة الارتباط بين الوالدين والطفل، والتنظيم الانفعالي لدى الطفل.

واستكشفت دراسة هان (Han, 2021) فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تحسين السمات الأساسية لدى مجموعتين من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد



وغير المصابين باضطراب التوحد ووالديهم، وهؤلاء الأطفال تتراوح أعمارهم بين 2-8 سنوات. شملت أدوات الدراسة تقرير مقدم الرعاية، ومقياس تقرير المراقب، وأنظمة الترميز السلوكي لتقييم التغييرات في النطق، وسلوك اللعب، والمشاركة المشتركة. تم ترميز التفاعلات بين الوالدين والطفل من أجل المفردات اللغوية لدى الطفل وسلوك الطفل أثناء جلسات اللعب. أوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض سلوك الطفل التخريبي، وتحسين الامتثال لأوامر الوالدين والنطق وسلوك اللعب والمشاركة المشتركة.

وهدفت دراس جريتهوس (Greathouse, 2021) فحص فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تألفت عينة الدراسة من 27 طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب التوحد ووالديهم، تتراوح أعمارهم بين 2-7 سنوات. شملت أدوات الدراسة مقياس سلوك الطفل، وقائمة السلوك المشكل، ومقياس ترميز التفاعل الثنائي بين الطفل والوالدين. أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال، وزيادة الامتثال للأوامر، وزيادة التفاعلات الثنائية بين الوالدين والطفل.

### تعقيب عام على الدراسات والبحوث السابقة:

تناولت الدراسات السابقة التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكات المشكله لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتحسين التفاعل بين الوالدين وأطفالهم، وكذلك فعاليته في خفض الضغوط الوالدية لدى والدي هؤلاء الأطفال. وقد توصلت كل هذه الدراسات إلى التأكيد على فاعلية هذا العلاج في تحقيق نتائج إيجابية عند استخدامه مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ووالديهم، باعتباره علاجاً فاعلاً قائماً على الأدلة. وتناولت معظم هذه الدراسات عينات من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مدى عمري محدد، يتراوح بين 2-8 سنوات، وهو ما يتوافق مع أسس استخدام هذا العلاج، حيث أكد مؤسسوه على مدى عمري محدد يصلح له هذا العلاج. كما اتضح من هذه الدراسات وجود بعض الأدوات

المحددة التي يجب أن تستخدم في الدراسات التي هدفت التحقق من فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، ومن هذه الأدوات مقياس سلوك الطفل، ومقياس ترميز التفاعل الثنائي بين الطفل والوالدين. وقد أكدت هذه الدراسات فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوكيات المشكّلة، خاصة سلوكيات عدم الامتثال، وتحسين مستوى الضغوط الوالدية الناجمة عن السلوكيات الصعبة وخفض سلوك الطفل التخريبي، وتحسين مهارات الوالدية، وزيادة استخدام الآباء لاستراتيجيات الوالدية الإيجابية، وتحسين الأداء الوظيفي السلوكي للطفل ذي اضطراب طيف التوحد في أوضاع المنزل، والمدرسة، والمجتمع، وتحسين العلاقات بين الوالدين والطفل، وتحقيق التعميم للمهارات والسلوكيات الإيجابية المتعلمة في أوضاع جديدة، وتحسين الرضا عن العلاقة بين الوالدين والطفل، وتحسين الأداء التنفيذي للطفل، وزيادة الامتثال للواجبات المنزلية، وزيادة الاستجابة الاجتماعية، ومهارات التكيف، وخفض السلوكيات المقيدة/ المتكررة، وزيادة التنظيم الانفعالي لدى الطفل.

#### ثامناً: فروض البحث:

استناداً إلى الإطار النظري، والدراسات السابقة، وإلى مشكلة البحث، وأهدافه، ومتغيراته، صاغ الباحث الفروض الآتية كإجابات محتملة للأسئلة التي تمت إثارتها في مشكلة البحث:

1. توجد فروق دالة -إحصائياً- بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة البحث التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك المشكّل، وذلك في اتجاه القياس القبلي.
2. لا توجد فروق دالة -إحصائياً- بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة البحث التجريبية في القياسين البعدي وما بعد المتابعة (بعد مضي شهرين كمتابعة) على مقياس السلوك المشكّل.

#### تاسعاً: منهج و إجراءات البحث:

##### منهج البحث:

اتبع الباحث في البحث الحالي المنهج التجريبي ذا المجموعة الواحدة، وذلك لطبيعة موضوع البحث وأهدافه، من حيث محاولته التحقق من فاعلية العلاج بالتفاعل

بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

### عينة البحث:

تألّفت عين البحث الحالي من خمسة أطفال ذوي اضطراب التوحد (3 ذكور-2 إناث)، من المترددين على أحد مراكز التربية الخاصة بمدينة شبين القناطر، بمحافظة القليوبية، تراوحت أعمارهم من (5-7) أعوام، بمتوسط عمري قدره (430,5) عامًا، وانحراف معياري قدره (752)، وتراوحت درجات ذكائهم من (63-77) درجةً على مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء في صورته الرابعة، وبمتوسط ذكاء قدره (320,73) درجةً، وراعى الباحث التجانس بين أفراد عينة البحث في كل من العمر الزمني، ودرجة الذكاء، والدرجة الكلية على مقياس السلوك المشكل.

### أدوات البحث:

1- مقياس السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إعداد/ الباحث:

اتبع الباحث الخطوات الآتية لإعداد الصورة الأولية للمقياس:

(أ) تحديد الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى تقييم مستوى السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

(ب) مصادر المقياس: قام الباحث بمراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة، والتعريفات الخاصة بالسلوك المشكل، واستعراض بعض المقاييس السابقة التي تضمنت بنوداً أو عبارات لها صلة بشكل أو بآخر بالسلوك المشكل، مثل قائمة السلوك الشاذ (Aman & Singh, 1986; Aman, Singh, Stewart, & Field, 1985)، ومقياس المشكلات السلوكية (Rojahn, Rowe, Sharber, Hastings, Matson, Boyd, McDonough, & Bod-, 2012)، ومقياس السلوك التكراري (Didden, 2012)، ونموذج تقييم سلوك الطفل (fish, 2012)، ونموذج تقييم سلوك الطفل (Aman, Tasse, Rojahn, & Hammer, 1996)، ونموذج تقييم سلوك الطفل (Edlebrock, 1985)، ومقياس سلوك الطفل (Eyberg, & Pincus, 1999).

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية في شكل سؤال مفتوح، للاستفادة منها في تحديد مفردات مقياس السلوك المشكل، وذلك على عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس (35 من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب التوحد)، بعد شرح مفهوم السلوك المشكل، كما استعان الباحث بأراء بعض المختصين في ميدان التربية الخاصة، وتضمنت الدراسة الاستطلاعية السؤال الآتي: ما مظاهر السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟ أسفرت إجابة مقدمي الرعاية والمختصين عن هذا السؤال عن مجموعة من السلوكات التي يمكن حصرها في أربعة جوانب أساسية، هي: سلوكات إيذاء الذات، والسلوكات النمطية، والسلوكات العدوانية، والسلوكات المضطربة.

بناء على ما تقدم تجمع لدى الباحث مجموعة من المفردات التي بلغت (80 مفردة)، ووزعت على أربعة أبعاد رئيسية، هي: سلوكات إيذاء الذات (20 مفردة)، والسلوكات النمطية (21 مفردة)، والسلوكات العدوانية (20 مفردة)، والسلوكات المضطربة (19 مفردة)، تمثل الصورة المبدئية لمقياس السلوك المشكل. قام الباحث بعرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين المختصين في المجال، وذلك للحكم على المقياس من حيث وضوح المفردات، وسلامة صياغتها، وتعديل أية مفردات تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية مفردات مقترحة، وتم الإبقاء على المفردات التي اتفق على مناسبتها 90% - على الأقل - من المحكمين، ومن ثم قام الباحث بحذف أربع مفردات، ليصبح العدد النهائي لمفردات المقياس (76 مفردة)، كما قام الباحث بتطبيق مقياس السلوك المشكل على عينة التقنين (35 من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب التوحد)، واتضح للباحث أن تعليمات المقياس واضحة ومحددة، وأن عبارات المقياس تتصف بالوضوح وسهولة الفهم، وهو ما يؤكد تمتع مقياس السلوك المشكل بالصدق الظاهري.

قام الباحث -بعد ذلك- بتحديد نظام الاستجابة على مفردات المقياس، وكذلك مفتاح التصحيح، على النحو الآتي: كل مفردة تمثل رأياً له ثلاثة خيارات للاستجابة، حيث تأخذ الاستجابة دائماً (3) درجات، والاستجابة أحياناً (2) درجات، والاستجابة نادراً (1) درجة واحدة. وبالتالي تكون الدرجة العظمى للبعد الأول (57)، والبعد الثاني (60)، والبعد الثالث (57)، والبعد الرابع (54)، وتكون الدرجة العظمى للمقياس ككل

(228)، أي أن الدرجة الكلية التي سوف يحصل عليها الطفل على المقياس تتراوح ما بين (76) و(228) درجة، ثم قام الباحث بصياغة تعليمات تطبيق المقياس، حيث يطلب فيها من القائم بالرعاية وضع علامة (√) تحت استجابة واحدة يشعر بأنها تنطبق على الطفل، وأيضاً أكثر من علامة تحت استجابات العبارة الواحدة.

#### ج) التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس:

للوصل إلى الصورة النهائية للمقياس، قام الباحث بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس وفق الخطوات الآتية:

#### أولاً: التحقق من صدق المقياس:

قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس عن طريق حساب:

#### - الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

قام الباحث بحساب صدق المقارنة الطرفية، وذلك للتحقق من القدرة التمييزية للمقياس، بمعنى ما إذا كان المقياس يميز تمييزاً فارقاً بين المستويين الميزانيين: القوي والضعيف، أي قدرة المقياس على التمييز بين الأقوياء والضعفاء في الصفة التي يقيسها، واعتمد الباحث في ذلك على عينة التقنين البالغة (35) من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب التوحد)، واتبع الباحث الخطوات الآتية لحساب الصدق التمييزي:

- ترتيب درجات أفراد عينة التقنين، وعددهم (35) فرداً ترتيباً تنازلياً.
- تحديد 27% من العدد الكلي للدرجات من أول الترتيب التنازلي ومن آخره، أي تحديد أول (9) أفراد من أول الترتيب، كأفراد للمستوى الميزاني المرتفع، وآخر (9) أفراد من الترتيب، كأفراد للمستوى الميزاني المنخفض.
- حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأفراد في مستوى الميزانيين (المرتفع - المنخفض) عن طريق استخدام أحد اختبارات الإحصاء اللابارامتري، وهو اختبار مان-ويتني Mann-Whitney للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات عينتين غير مرتبطتين، وجدول (1) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مجموعة الميزان المرتفع ومجموعة الميزان المنخفض على مقياس السلوك المشكل وأبعاده الفرعية:

جدول (1)

قيم النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات مجموعة الميزان المرتفع ومجموعة الميزان المنخفض على مقياس السلوك المشكل وأبعاده الفرعية

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة	مقياس السلوك المشكل
.,01	- 215,3	126	14	615,2	230,52	9	المستوى الميزاني المرتفع	سلوكات إيذاء الذات
.,01	- 111,3	45	5	310,2	112,40	9	المستوى الميزاني المنخفض	
.,01	- 209,3	126	14	814,1	724,54	9	المستوى الميزاني المرتفع	السلوكات النمطية والتكرارية
.,01	- 134,3	45	5	718,1	524,39	9	المستوى الميزاني المنخفض	
.,01	- 256,3	126	14	154,2	352,51	9	المستوى الميزاني المرتفع	السلوكات العدوانية
.,01	- 482,3	45	5	.,859	919,36	9	المستوى الميزاني المنخفض	
.,01	- 089,3	126	14	159,1	630,48	9	المستوى الميزاني المرتفع	السلوكات المضطربة
.,01	- 147,3	45	5	899,1	112,35	9	المستوى الميزاني المنخفض	

الدرجة الكلية	المستوى الميزاني المرتفع	9	516,183	159,3	14	126	-	.,01
المستوى الميزاني المنخفض	9	424,98	552,4	5	45	-	.,01	

يتضح من جدول (1) أن الفروق بين متوسطات رتب درجات الميزانين المرتفع والمنخفض في جميع الأبعاد وفي الدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى (01)، وذلك لصالح المستوى الميزاني المرتفع، مما يوضح تمتع المقياس بصدق تمييزي قوي لقياس السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

#### - الصدق الذاتي:

عن طريق حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، حيث بلغ معامل الثبات (823)، ومن ثم يصبح الصدق الذاتي للمقياس (907)، وهي نسبة عالية توضح أن المقياس صالح لقياس ما وضع لقياسه بالفعل.

#### ثانياً: التحقق من ثبات المقياس:

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس باستخدام الطرق الآتية:

#### - طريقة ألفا كرونباخ:

قام الباحث بحساب معامل ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ، حيث تم الحصول على معامل ثبات قدره (976). للدرجة الكلية على المقياس، و (938) لبعد سلوكيات إيذاء الذات، و (946) لبعد السلوكيات النمطية والتكرارية، و (953) لبعد السلوكيات العدوانية، و (941) لبعد السلوكيات المضطربة، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية.

#### - طريقة التجزئة النصفية:

عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات نصف مقياس السلوك المشكل، حيث تم تجزئة المقياس إلى قسمين متكافئين، يشمل القسم الأول درجات عينة التقنين

على المفردات ذات الأرقام الفردية، ويتضمن القسم الثاني درجات عينة التقنين على المفردات ذات الأرقام الزوجية، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح جدول (2) الثبات بدرجة التجزئة النصفية:

### جدول (2)

معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين على مفردات قسمي المقياس (ن=35)

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل ثبات سبيرمان براون	معامل ثبات جتمان
الجزء الأول	38	.976	.812	.842	.876
الجزء الثاني	38	.983			

يتضح من جدول (2) أن معامل ثبات مقياس السلوك المشكل بلغ (.842)، مما يوضح أن المقياس على درجة عالية من الثبات، مما يعد مؤشراً على أن الدرجة على مقياس السلوك المشكلة سوف تكون نفسها إذا ما أعيد تطبيقه على العينة في نفس ظروف التطبيق.

#### - طريقة إعادة التطبيق:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة التقنين (35 من مقدمي الرعاية للأطفال ذوي اضطراب التوحد)، ثم أعيد تطبيقه بفواصل زمني قدره أسبوعان، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات في التطبيقين، وبلغت قيمة معامل الثبات (.893) بالنسبة للدرجة الكلية، و (.872) بالنسبة لبعده سلوكيات إيذاء الذات، و (.901) بالنسبة لبعده السلوكيات النمطية والتكرارية، و (.859) بالنسبة لبعده السلوكيات العدوانية، و (.833) بالنسبة لبعده السلوكيات المضطربة.

#### ثالثاً: التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس:

#### - التحقق من الاتساق الداخلي لمفردات المقياس (بدون حذف):

وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس. ويوضح جدول (3) نتائج هذا الإجراء:



جدول (3)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس

السلوكيات المضطربة		السلوكيات العدوانية		السلوكيات النمطية التكرارية		سلوكيات إيذاء الذات	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**628,0	1	**691,0	1	**659,0	1	**752,0	1
**659,0	2	**709,0	2	**587,0	2	**634,0	2
**711,0	3	**721,0	3	**639,0	3	**582,0	3
**652,0	4	**651,0	4	**519,0	4	**690,0	4
**695,0	5	**820,0	5	**753,0	5	**798,0	5
**632,0	6	**555,0	6	**784,0	6	**815,0	6
**665,0	7	**562,0	7	**843,0	7	**635,0	7
**741,0	8	**698,0	8	**801,0	8	**611,0	8
**578,0	9	**548,0	9	**655,0	9	**723,0	9
**523,0	10	**841,0	10	**613,0	10	**612,0	10
**688,0	11	**649,0	11	**588,0	11	**589,0	11
**649,0	12	**568,0	12	**754,0	12	**817,0	12
**753,0	13	**752,0	13	**679,0	13	**623,0	13
**578,0	14	**609,0	14	**561,0	14	**753,0	14
**619,0	15	**658,0	15	**847,0	15	**693,0	15
**579,0	16	**622,0	16	**819,0	16	**822,0	16
**692,0	17	**715,0	17	**652,0	17	**752,0	17
**758,0	18	**701,0	18	**749,0	18	**598,0	18
		**569,0	19	**662,0	19	**789,0	19
				**532,0	20		

\*\* مستوى الدالة عند (01,0)

يتضح من جدول (3) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (0,01)، مما يدل على الاتساق الداخلي لمفردات المقياس.

- التحقق من الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس (بدون حذف):

وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس. ويوضح جدول (4) نتائج هذا الإجراء:

#### جدول (4)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس

م	البعد	معامل الارتباط
1	سلوكات إيذاء الذات	**916,0
2	السلوكات النمطية	**982,0
3	السلوكات العدوانية	**925,0
4	السلوكات المضطربة	**937,0

#### \*\* مستوى الدالة عند (0,01)

يتضح من جدول (4) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (0,01)، مما يدل على الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

- التحقق من الاتساق الداخلي لمفردات المقياس (بعد الحذف):

وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس. ويوضح جدول (5) نتائج هذا الإجراء:

جدول (5)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس

سلوكات إيذاء الذات		السلوكات التكرارية		السلوكات العدوانية		السلوكات المضطربة	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	***679,0	1	***837,0	1	***784,0	1	***785,0
2	***758,0	2	***819,0	2	***659,0	2	***745,0
3	***892,0	3	***751,0	3	***852,0	3	***623,0
4	***818,0	4	***793,0	4	***819,0	4	***859,0
5	***784,0	5	***745,0	5	***753,0	5	***759,0
6	***856,0	6	***689,0	6	***777,0	6	***692,0
7	***896,0	7	***617,0	7	***598,0	7	***784,0
8	***784,0	8	***637,0	8	***842,0	8	***625,0
9	***863,0	9	***862,0	9	***850,0	9	***887,0
10	***791,0	10	***895,0	10	***758,0	10	***685,0
11	***635,0	11	***817,0	11	***762,0	11	***759,0
12	***622,0	12	***658,0	12	***855,0	12	***745,0
13	***698,0	13	***710,0	13	***759,0	13	***854,0
14	***781,0	14	***690,0	14	***842,0	14	***652,0
15	***745,0	15	***847,0	15	***745,0	15	***785,0
16	***860,0	16	***759,0	16	***526,0	16	***754,0
17	***784,0	17	***743,0	17	***658,0	17	***621,0
18	***651,0	18	***845,0	18	***883,0	18	***819,0
	***895,0	19	***699,0	19	***789,0		
		20	***689,0				

\*\*\* مستوى الدالة عند (01,0)

يتضح من جدول (5) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (01,0)، مما يدل على الاتساق الداخلي لمفردات المقياس.

- التحقق من الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس (بعد الحذف):

وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس، وذلك بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية للمقياس. ويوضح جدول (6) نتائج هذا الإجراء:

جدول (6)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية للمقياس

م	البعد	معامل الارتباط
1	سلوكات إيذاء الذات	**979,0
2	السلوكات النمطية	**968,0
3	السلوكات العدوانية	**957,0
4	السلوكات المضطربة	**988,0

\*\* مستوى الدالة عند (01,0)

يتضح من جدول (6) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس السلوك المشكل والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (01,0)، مما يدل على الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس.

تصحيح المقياس:

قام الباحث بتحديد مفتاح تصحيح المقياس على النحو الآتي: لكل مفردة ثلاثة بدائل اختيارية (دائمًا - أحيانًا - نادرًا)، حيث تأخذ الاستجابة «دائمًا» ثلاث درجات، والاستجابة «أحيانًا» درجتين، والاستجابة «نادرًا» درجة واحدة. وبناءً على ذلك، تصبح النهاية الصغرى على المقياس (76)، والنهاية الكبرى (228)، وتم تحديد الأطفال

مرتفعي السلوك المشكل ممن يحصلون على الدرجات من (180 - 228) على المقياس، والأطفال متوسطي السلوك المشكل ممن يحصلون على الدرجات من (130 - 179)، والأطفال منخفضي السلوك المشكل ممن يحصلون على الدرجات من (-78 - 129).

## 2- برنامج العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، إعداد/ الباحث:

### أ. الإطار النظري للبرنامج:

يبدأ العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بمرحلة التقييم قبل العلاج، وتتكون هذه المرحلة من مقابلة كينيكية ومقاييس مقننة لتقييم المخاوف الحالية. وبالإضافة إلى المقاييس المستندة إلى الاستقصاء، يستخدم هذا العلاج ملاحظات سلوكية منظمة للتفاعلات بين الوالدين والطفل، باستخدام نظام ترميز سلوكي تم التحقق من صحته تجريبياً، وهو نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل، الإصدار الرابع لآيرج وآخرين (2014; Eyberg, Chase, Fernandez, & Nelson, DPICS-IV). وتوفر مرحلة التقييم خطاً أساسياً للتفاعلات بين الوالدين والطفل في المواقف التي تتكون من مستويات مختلفة من الإجماع، وتبدأ سلسلة من التقييمات الوظيفية في الوقت الفعلي، والتي تسمح للمعالجين بتعديل العوامل التي تبقى على السلوكات المشكلة.

وللمساعدة في التقييم الوظيفي في الوقت الفعلي، يتضمن نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل في المعالجة المسبقة ثلاث مهام للملاحظة مدتها 5 دقائق. يتم إجراء جميع المهام في غرفة صديقة للأطفال بها 3-5 ألعاب. في المهمة الأولى، يُطلب من الوالد اتباع قيادة الطفل واللعب جنباً إلى جنب مع الأنشطة التي يختارها الطفل (اللعب بقيادة الطفل). تم تصميم هذا الموقف لمراقبة الأبوين والطفل في سيناريو منخفض الطلب، حيث يكون الطفل هو المسيطر. والمهمة الثانية هي موقف متوسط الطلب، حيث يتم توجيه الوالد لاختيار نشاط وجعل الطفل يلعب وفقاً لقواعد الوالدين (اللعب بقيادة الوالدين). أخيراً، المهمة الثالثة هي المواقف التي تتطلب طلباً مرتفعاً، حيث يُطلب من الوالد أن يجعل الطفل ينظف الألعاب في الغرفة (تنظيف). ويتم ترميز

جميع التفاعلات بناءً على المتغيرات الاشتراكية المحددة في نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل. وتوفر الملاحظات المنظمة في تقييم تناول العلاج خطأً أساسياً لمهارة الوالدين، وامثال الطفل، وجودة التفاعل بين الوالدين والطفل (Shawler, & Funderburk, 2018).

بعد فترة التقييم الأولي، يتم تنظيم العلاج بين الوالدين والطفل في مرحلتين متميزتين من مراحل التدخل، لتقوية التفاعلات الإيجابية بين الوالدين والطفل، وإدارة سلوك الطفل. وتبدأ كل مرحلة بجلسة تعليم، حيث يتم تعريف مقدم الرعاية على المهارات الجديدة. وبصرف النظر عن جلستي التدريس، تركز الجلسات المتبقية - بشكل كبير - على التدريب. وبعد جلسة التعليم الأولية، تبدأ كل جلسة تدريب بتكملة مقدم الرعاية تقييمًا مقننًا لسلوك الطفل (مثل، مقياس سلوك الطفل لآيبرج (Eyberg Child Behavior Inventory [ECBI]; Eyberg, & Pincus, 1999). بالإضافة إلى ذلك، تتضمن معظم الجلسات ملاحظات سلوكية منظمة بين الوالدين والطفل. ويسمح إكمال مقياس سلوك الطفل باتباع نهج منظم وموحد لرصد سلوك الطفل؛ وتسمح المراقبة السلوكية والتشفير من نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل بطريقة منهجية لتتبع اكتساب مهارات مقدم الرعاية بمرور الوقت، كما تساعد المعالجين في تحديد أهداف التدريب في كل جلسة لتوجيه مقدم الرعاية نحو إتقان المهارات.

وتاريخياً، كان المعالجون يقدمون التدريب في جلسة خلف مرآة ذات اتجاه واحد. ويستخدم المعالجون ميكروفوناً للتحدث إلى مقدمي الرعاية من خلال جهاز سمعي، أو مستقبل Bluetooth، يسمى جهاز bug-in-the-ear device. ويتم تعليم كل من مقدم الرعاية والطفل اللعب في غرفة العلاج، حيث يمكن للمعالج أن يراقب خلف المرآة ذات الاتجاه الواحد، لتعزيز المزيد من التفاعلات الطبيعية. ويتواصل المعالج في الوقت الفعلي، من خلال بيانات التدريب مع مقدم الرعاية أثناء هذه التفاعلات. ويعد أسلوب التدريب الحي المباشر لمقدم الرعاية سمة مميزة للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل.

وبشكل عام، يتم تقسيم جلسات العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على النحو الآتي: تأتي الأسرة إلى العيادة لتلقي خدمات العلاج. وقبل بدء الجلسة، سيطلب من

الوالد ملء مقياس سلوك الطفل. بعد ذلك، يجتمع المعالج مع الوالد لإجراء تسجيل دخول قصير يستغرق 5 دقائق لمراجعة الواجبات المنزلية، وأي ضغوط معينة تعرضت لها الأسرة منذ الجلسة الماضية. ثم يقوم المعالج بإجراء المهمة الأولى لتقييم نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل، ويقضي 30-40 دقيقة التالية في التدريب المباشر على مهارات الوالدين. وفي حالة وجود أكثر من مقدم رعاية، يتم تقسيم الوقت، مع تدريب كل مقدم رعاية واحدًا لواحد مع الطفل. ومقدمو الرعاية الذين لا يتم تدريبهم يكون لديهم الفرصة لديهم الفرصة لمراقبة الوالد الآخر عندما يتم تدريبيه، ويمكنهم التعلم بشكل غير مباشر من خلال الملاحظة. ويجب أن يؤكد المعالجون أن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل هو تدخل واضح يشارك فيه المعالج مع كل من مقدمي الرعاية لتحقيق أهداف العلاج. وتُختتم الجلسة بعودة المعالج إلى غرفة العلاج لمراجعة تقدم العلاج، وتعيين تمارين منزلية قائمة على المهارات. وفي هذه الجلسة الأخيرة من 5-10 دقائق، يراجع المعالج مع مقدمي الرعاية رسمًا بيانيًا لنتائج مقياس سلوك الطفل، لتتبع سلوك الطفل وبيانات الترميز الخاصة ببيانات نظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل، والتي تقيس التقدم نحو إتقان المهارات (Shawler, & Funderburk, 2018).

وتستهدف المرحلة الأولى من العلاج، وهي مرحلة التفاعلات الموجهة نحو الطفل، تقوية العلاقة بين الوالدين والطفل وزيادة السلوك الاجتماعي للطفل. ويتمثل أساس هذه المرحلة في إنشاء بيئة إيجابية، حيث يمكن للوالد تعزيز السلوك المناسب للطفل، من خلال فنيات العلاج باللعب السلوكي التقليدي. وبعد اكتمال التقييم الأولي، تبدأ التفاعلات الموجهة نحو الطفل بجلسة تدريس للوالد لتعلم وممارسة المهارات مع المعالج. ولتهيئة بيئة إيجابية، يُطلب من الآباء اتباع خطوات الطفل في اللعب دون فرض مطالب. في هذه العملية، يتم تعليم الوالدين -بشكل صريح- كيفية توفير اهتمام متباين لسلوك الطفل: تجاهل السلوك غير اللائق، وتقديم الثناء والاهتمام الإيجابي عندما ينخرط الطفل في سلوك معاكس إيجابي. على وجه التحديد، تتضمن هذه العملية الآباء الذين يتجاهلون -بفاعلية- السلوكات السلبية التي لا تشكل مصدر قلق للسلامة، مثل

نوبات الغضب، أو الصراخ، أو اللعب العنيف. وبمجرد أن ينخرط الطفل في سلوك مناسب، ينتقل الوالد -بشكل انتقائي- إلى هذا السلوك، مما يوفر تعزيزًا اجتماعيًا في شكل اهتمام الوالدين الدافئ. وباستخدام هذه المهارات، يمكن للوالدين تقوية السلوك الاجتماعي للطفل، مثل المشاركة واللعب بلطف مع الألعاب، مع تقليل السلوكات السلبية الساعية إلى جذب الانتباه. وعلى هذا النحو، يساعد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على تمهيد المسار لإعداد الحد الذي يتم تقديمه في المرحلة الثانية من العلاج (Shawler, & Funderburk, 2018).

وتنقسم مهارات التفاعلات الموجهة نحو الطفل إلى فئتين كبيرتين تتكونان من السلوكات التي يجب على الآباء استخدامها، والسلوكات التي يجب عليهم تجنبها. ولتعزيز قدرة مقدمي الرعاية على توفير الانتباه التفاضلي الفعال، يتم تدريس مجموعة محددة من المهارات المعروفة باسم مهارات «PRIDE». وتعزز هذه المهارات العلاقة بين الوالدين والطفل، والسلوكات المناسبة للطفل، وتزيد من تكرار هذه السلوكات. وتشمل المهارات: (1) المديح المسمى Labeled Praise: وهي مدح خاص بالسلوك، والذي يعترف ويشجع على استخدام الطفل للسلوكات الاجتماعية؛ (2) الانعكاس Re-flection: وهي مهارة الاستماع الفعال للانتباه للسلوك اللفظي المناسب للطفل وتعزيز التواصل اللفظي؛ (3) التقليد Imitation: وهي القيام -جسديًا- بما يفعله الطفل لتعزيز السلوكات الإيجابية وتحسين التناغم؛ (4) الوصف السلوكي Behavioral Description: وهي الإشارة إلى ما يفعله الطفل للحفاظ على الاهتمام بالسلوكات الإيجابية وزيادة الاهتمام والتركيز؛ (5) المتعة Enjoyment: وهي اللعب، بدفء وصدق وحماس، مع الطفل (Shawler, & Funderburk, 2018).

ويتم تعليم الوالدين تجنب استخدام بعض السلوكات في مرحلة التفاعل بين الوالدين والطفل، للسماح للطفل بالحفاظ على القيادة في اللعب. ويمكن لبعض السلوكات الوالدية أن تأخذ زمام المبادرة من الطفل، أو تؤثر سلبًا على تفاعل الوالدين مع الطفل. على سبيل المثال، يتم تعليم الآباء تجنب استخدام الأوامر، والأسئلة، والجمل النقدية.



وتأخذ الأوامر زمام المبادرة من الطفل، وغالبًا ما تسبب الصراع، أو عدم الامتثال. وغالبًا ما تتطلب الأسئلة من الطفل الإجابة عليها، وتحويل الانتباه بعيدًا عن اللعب، والعمل كأمر غير مباشر (مثل: هل أنت مستعد للتنظيف؟). وأخيرًا، توفر الجمل النقدية الانتباه إلى السلوك السلبي، وتخلق تفاعلًا سلبيًا بين الوالد والطفل (Shawler, & Funderburk, 2018).

ويُعرّف بالأباء في العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل باعتبارهم عوامل أساسية للتغيير. وتتم ممارسة المهارات المكتسبة وصقلها في جلسات العلاج في المنزل بين جلسات التدريب. وتتكون ممارسة مهارة التفاعل الموجه نحو الطفل من جرعة علاجية مدتها 5 دقائق من العلاج باللعب السلوكي بين الوالدين والطفل، والمعروفة باسم "الوقت الخاص". وتقتصر ممارسة المهارة عن قصد على 5 دقائق، حيث يصعب الحفاظ على دقة عالية للمهارات بعد 5 دقائق، كما أن فترات التدريب القصيرة المتسقة كافية لتطوير المهارات. ويُطلب من الوالدين التدرّب يوميًا، ويحتاجون عادةً إلى إكمال ممارسة المهارة 4 أيام -على الأقل- في الأسبوع لإحراز تقدم جيد نحو الإتقان. علاوة على ذلك، لن يتحسن سلوك الطفل والعلاقة بين الوالدين والطفل إلا إذا كان الوالد يستخدم المهارات باستمرار. وبينما يتم تعيين ممارسة المهارة لمدة 5 دقائق، فمن المتوقع أن يبدأ الآباء -بشكل طبيعي- في تعميم المهارات بعد مهمة اللعب التي تستغرق 5 دقائق، حيث يدرك الوالد التغيير الإيجابي في طفله، ويتم تعزيز الوالدين والطفل بشكل متبادل، من خلال تفاعلاتهم الإيجابية المتزايدة (Shawler, & Funderburk, 2018).

ونظرًا لأن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل مدفوع بالتقييم وقائم على الإتقان، فإن التقدم إلى المرحلة الثانية من العلاج يتطلب أن يفهم الوالدان بإتقان مهارات التفاعلات الموجهة نحو الطفل، وتتضمن معايير الإتقان إظهار الوالدين ما لا يقل عن عشر مدائح مُعنونة، وعشرة أوصاف سلوكية، وعشرة تأملات، وما لا يزيد عن ثلاثة أسئلة وأوامر وبيانات نقدية للطفل خلال فترة المراقبة التي تستغرق 5 دقائق. ويعمل القياس الكمي للمهارات كمقياس يدل على التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل،

والدفع الوالدي الذي يعزز التعلق الآمن. وبمجرد أن يُظهر الوالد إتقان مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل، ينتقل الوالد والطفل إلى المرحلة التالية من العلاج (Shawler, & Funderburk, 2018).

ولمساعدة الآباء في تحقيق معايير الإتقان، يركز المدربون على جمل تدريب مختارة. يجب أن تكون عبارات التدريب موجزة (من الناحية المثالية، مجرد كلمات قليلة)، وتقدم مباشرة - بعد السلوك، وإيجابية، وداعمة. وعلى غرار المهارات التي يتم توجيه الوالدين لاستخدامها مع الأطفال، يركز المدربون على الحفاظ على علاقة إيجابية مع الوالدين من خلال استخدام الانتباه التمييزي، مع التركيز على الثناء المحدد للسلوك المرغوب. على سبيل المثال، إذا قال أحد الوالدين لطفله: "لقد وضعت علمًا أحمر على قمة برجك"، فسيجيب المدرب على الفور بشيء مثل قوله: "كان هذا وصفًا سلوكيًا رائعًا"، "أنت تساعد في إبقائه مركزًا". وتقدم جمل التوجيه تعليقات فورية وتعزيزًا إيجابيًا لاستخدام الوالدين للمهارات. وتتضمن عبارات التدريب الشائعة المديح المصنّف (مثل: "اختيار مثالي لتجاهل ذلك")، أو ملاحظات الطفل (مثل: "لقد أعطاك مدحًا مُصنّفًا") أو أحد الوالدين (مثل: "أنت تقدم لعبًا لطيفًا")، وإشارات لاستخدام مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل (مثل: "امتدحه على ذلك"، أو "ما الذي يمكنك أن تتني عليه منه الآن")، وعبارات الترتيب الأعلى التي تربط المهارات التي يتم تطبيقها بانفعال الوالدين (مثل: "لقد أثبتت عليه على حسن الخلق، والآن هو يتصرف بأدب أكثر")، وتصحيحات لطيفة من حين لآخر (مثل: "في المرة القادمة، لنحاول تجاهل هذا السلوك"). وفي وقت مبكر من العلاج، قد يوفر المدربون مزيدًا من التوجيه المباشر، من خلال استخدام عبارات التغذية الراجعة الخطية (مثل: "قل: أنت تضع الرجل في المنزل") لمساعدة مقدم الرعاية على اكتساب المهارات. بالإضافة إلى ذلك، قد ينتبه الأطباء - بشكل انتقائي - لمهارات معينة، ويتجاهلون استخدام عبارات معينة، مثل أسئلة الوالدين (Shawler, & Funderburk, 2018). ويجب على المدرب إنشاء وتيرة ثابتة للتغذية الراجعة لفنية التجاهل ليكون فعالاً، وقد ثبت أن العبارات التي تتبع مهارات الوالدين أكثر فاعلية في تشجيع التغيير من عبارات التدريب التوجيهي (Barnett, & Funderburk, 2018).



احتمالية الامتثال الطوعي للطفل، وتحقيق لالسلوكيات الاجتماعية الأخرى للطفل. وخلق بيئة من المحتمل أن يمثل فيها الطفل لأوامر الوالدين يسمح بتعزيز السلوك الملائم للطفل، ويحد من الحاجة إلى تهذيب إضافي. ومن المهم -أيضاً- ملاحظة أنه من المتوقع أن يستمر الآباء في قضاء وقت خاص يوماً مع أطفالهم، باستخدام مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل خلال مرحلة التفاعل الموجه نحو الوالدين، وبعد اكتمال العلاج (Shawler, & Funderburk, 2018).

وكما هي الحال في التفاعل الموجه نحو الطفل، يبدأ التفاعل الموجه نحو الوالدين بجلسة تعليم قبل استئناف جلسات التدريب مع الطفل. وكما ذكرنا، يتم تعليم الآباء كيفية تقديم نوع معين من التعليمات يعرف باسم "الأمر الفعال". والأمر الفعال هو الأمر المباشر، والمحدد، والمناسب من الناحية النمائية، والإيجابي. ويجب إعطاء الأوامر واحداً تلو الآخر لزيادة احتمالية امتثال الطفل. وبالإضافة إلى ذلك، يتم تعليم الوالدين إجراء انتهاء المهلة المخصص، والذي يمكن تنفيذه بطريقة هادئة، ومحيدة، وواضحة، ومتسقة، وذلك عند عدم امتثال الطفل، وسوء السلوك الشديد (مثل: العدوان، وتدمير الممتلكات). ويبدأ إجراء انتهاء المهلة مع استخدام الوالد لأمر مباشر فعال مع الطفل (مثل: "رجاءً ضع الكتلة الزرقاء في المربع"). ويقدم الآباء تعزيزاً اجتماعياً للامتثال من خلال استخدام مدح موسوم (مثل: "شكراً لك على الاستماع"). وإذا لم يمثل الطفل، يتم توجيه الوالد لإعطاء الطفل تحذيراً بأنه إذا لم يمثل، فسيتم عليه الذهاب إلى انتهاء المهلة. ويتم ذكر التحذير بنفس الكلمات في كل مرة، لتنبية الطفل إلى أن الوالد سيتبعه. وإذا لم يمثل الطفل، يستمر الوالد في إجراء انتهاء المهلة المنظم، حيث من المتوقع أن يجلس الطفل على كرسي لمدة 3 دقائق، بالإضافة إلى 5 ثوانٍ من الصمت. وينتهي إجراء انتهاء المهلة بالعودة إلى الأمر الأصلي الذي يجب أن يطيعه الطفل لإكمال انتهاء المهلة. ويتبع الامتثال للأمر الأصلي على الفور أمر متابع ثانٍ. يتم تقديم الأمر الثاني لضمان تعلم الطفل، والإفراط في الامتثال. ويخطط إجراء التفاعل الموجه نحو الوالدين للاستجابات لجميع الثغرات التي يستخدمها بعض الأطفال الصغار للهروب من ملل انتهاء المهلة، والحاجة إلى إكمال الأمر الأصلي. وتشمل هذه الثغرات الهروب من

كرسي انتهاء المهلة، أو الوصول إلى الألعاب، أو غيرها من الأشياء الترفيهية أثناء انتهاء المهلة، أو جذب انتباه الوالدين. ويساعد المدرب مقدم الرعاية على تعلم عدم الاستجابة لسلوكيات السعي وراء الانتباه، طالما بقي الطفل بأمان في كرسي انتهاء المهلة. وبمجرد أن يطيع الطفل أمر المتابعة، يقدم الوالد مدحًا مؤكدًا متعاطفًا للتفكير والاستماع، ويعود الوالد والطفل إلى اللعب، ويستخدم الوالد مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل لتهدئة الطفل، والعودة إلى حالة التوازن الإيجابي. ويتم وضع الأهمية على وجود فترة لعب إيجابية بعد انتهاء المهلة للتأكيد على استجابة الوالدين، مع الحفاظ على المطالب التي تتوقع السلوك المناسب من الطفل. ويوضح هذا الإجراء -أيضًا- للطفل أن الوالد يحب الطفل، ولكنه لن يخضع لعدم الامتثال، أو السلوك غير المناسب (Shawler, & Funderburk, 2018).

وتتضمن الخطوات الأولية للتفاعل الموجه نحو الوالدين (جلسات بروتوكول مدرب التفاعل الموجه نحو الوالدين، الجلسات من 3-1) ممارسة الوالدين والطفل للامتثال في المواقف القائمة على اللعب. ومع تقدم التفاعل الموجه نحو الوالدين، يتم التركيز -بشكل متزايد- على تعميم الامتثال خارج بيئة التدريب إلى بيئة المنزل. على سبيل المثال، سينتقل الأطفال من ممارسة الامتثال القائم على اللعب فورًا بعد وقت خاص في المنزل إلى ممارسة التفاعل الموجه نحو الوالدين في المنزل في مواقف محددة. وبمجرد إتقان هذه الخطوات، مع إظهار الطفل للامتثال، وتنفيذ الوالد للإجراءات النظامية بشكل مناسب، ينتقل الآباء إلى استخدام الأوامر حسب الحاجة طوال اليوم في المنزل. ويتم تقديم الخطوات اللاحقة في التفاعل الموجه نحو الوالدين (جلسات بروتوكول مدرب التفاعل الموجه نحو الوالدين، الجلسات من 7-4) عندما يحرز الوالد والطفل تقدمًا في المهارات إلى حد أن الوالدين يتبعان إجراءات التفاعل الموجه نحو الوالدين باستقلالية نسبية، حيث يلتزم الطفل -إلى حد كبير- بعد جملة التحذير (بدلاً من الحاجة إلى انتهاء المهلة)، ويكون الطفل قادرًا على الجلوس على كرسي انتهاء المهلة (دون محاولة الهروب) عند الحاجة إلى انتهاء المهلة. وتعزز الخطوات اللاحقة من التفاعل الموجه نحو الوالدين تعميمًا إضافيًا للمهارات، من خلال إدخال "قواعد المنزل" التي

تتضمن انتهاء مهلة تلقائياً لسلوكات عدوانية، أو مشكلة بشكل خطير (مثل: الضرب، والبصق على الناس)، وتوسيع نطاق مهارات الانضباط إلى الأماكن العامة (مثل: البقالة، والمطعم) (Shawler, & Funderburk, 2018).

وكما هي الحال في التفاعل الموجه نحو الطفل، يعتمد تقدم التفاعل الموجه نحو الوالدين -أيضاً- على معايير البيانات والإتقان. وبالنسبة لإتقان التفاعل بين الوالدين والطفل، يجب على الوالدين إثبات تقديم ما لا يقل عن 75% من الأوامر الفعالة بشكل صحيح، بالإضافة إلى 75% من المتابعة الفعالة مع النتائج المناسبة (مثل: الثناء المحدد للامثال، وتقديم التحذير لعدم الامثال) في الإجراءات النظامية. ويتوقع من الآباء حفظ واستخدام عبارات محددة في الإجراءات النظامية. ويساعد استخدام العبارات الحرفية في القدرة على التنبؤ بالنسبة للطفل، علاوة على ذلك، فإنه يقلل من الضغط على الآباء، لأنهم مطلوب منهم إعداد استجابات متراكمة جاهزة للمواقف الصعبة (Shawler, & Funderburk, 2018).

وقد يبدو التدريب في التفاعل الموجه نحو الوالدين مختلفاً جداً بالنسبة للمدربين عن التدريب الموجه نحو الطفل. على وجه التحديد، يجب أن يقود المدرب (بدلاً من اتباع) سلوك الوالدين. إن قيادة الوالدين لتنفيذ إجراءات التفاعل الموجه نحو الوالدين -بشكل صحيح- في كل تجربة يوفر للطفل الصغير بيئة مثالية لتعلم إجراء النظام الجديد (ويجعله متوقفاً). يمكن للمدربين توقع سلوكات الأطفال بشكل أفضل، وإعداد الوالدين للخطوات التالية (عقلياً، ولفظياً، وجسدياً)، ومنع الأخطاء الوالدية المُربكة المحتملة. لذلك، يبدأ المدربون في التفاعل الموجه نحو الوالدين عن طريق إعطاء الوالدين أمراً مباشراً وعبارة إجراءات الانضباط الصحيحة. ويتيح ذلك للوالد التعلم بدون أخطاء، وتحسين قدرته على تذكر الإجراءات بشكل صحيح، وتنفيذ الإجراء بشكل فعال خارج الجلسة. ويوجه المعالجون مقدم الرعاية خلال مسار إجراءات النظام. على سبيل المثال، قد يحتاج المدرب إلى توضيح ما إذا كان الطفل يفهم الأمر، وكيفية التقدم إذا كان غير واضح. وقد يقدم المدرب اقتراحات للوضوح (مثل: أشر إلى الشيء والحركة

بيدك). ومع تقدم العلاج، يسمح المدربون للوالدين بأخذ زمام المبادرة تدريجيًا، لكنهم يكونون على استعداد لتصحيح مسار الوالد بسرعة إذا كان يتعد عن البروتوكول المنظم (Shawler, & Funderburk, 2018).

وخلال التفاعل الموجه نحو الوالدين، يجب أن يستمر المدربون في تقديم بيانات التدريب الخاصة بهم والتغذية الراجعة من خلال استخدام فنيات تدريب التفاعل الموجه نحو الطفل (مثل: المديح المسمى، والملاحظات) عندما يستطيعون ذلك. ونظرًا لأن معظم مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل لدى الوالدين هي الآن على مستوى الإتقان، يمكن للمدربين توجيه الوالد لتطبيق مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل بين الأوامر، مع تركيز معظم جهودهم على إجراءات الانضباط التدريبي. ومن المهم أن يظل المدربون هادئين ودافئين أثناء التفاعل الموجه نحو الوالدين من أجل:

- (1) تعليم إجراء انتهاء المهلة بوضوح؛ (2) مساعدة الوالدين على تنظيم انفعالاتهم؛ (3) الحفاظ على علاقة إيجابية مع الوالدين أثناء إجراء المحاولة المحتمل. وبشكل أكثر تحديدًا، يجب أن يقدم مدرب التفاعل الموجه نحو الوالدين عبارات داعمة لمساعدة الوالد على الحفاظ على هدوئه أثناء الخبرة المزعجة -أحيانًا- لطفل صغير غير سعيد أو محتج (مثل: من الصعب تجاهله على كرسي انتهاء المهلة عندما يقول ذلك، لكنه فقط جرب كل شيء لجذب انتباهك وتجنب متابعة الأمر، خذ نفسًا عميقًا، أنت أم عظيمة بتعليمه كيفية الاستماع). وقد يبدو البقاء هادئًا مختلفًا عبر الوالدين. على سبيل المثال، قد يشعر بعض الآباء بالتردد في تنفيذ إجراء الضبط بسبب قلق الوالدين، ويجب أن يكون المدرب متناغمًا مع انفعالات ووجهات نظر مقدمي الرعاية عند التدريب. وقد يصبح الآباء الآخرون غير صبورين أو غاضبين عندما لا يمثل الطفل، ومرة أخرى يجب على المعالج مساعدة الوالد في الحفاظ على هدوئه، والالتزام بالإجراءات. ويظل الدفء والاستجابة للتفاعل الموجه نحو الطفل بمثابة محك في جميع أنحاء التفاعل الموجه نحو الوالدين، سواء في تفاعلات الوالدين مع الطفل، أو تواصل المدرب مع الوالدين (Shawler, & Funderburk, 2018).



ويتطلب التدريب في التفاعل الموجه نحو الوالدين إدارة البيئة. ومن المهم الحفاظ على بيئة إيجابية، بالتناوب مع مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل مع مهارات التفاعل الموجه نحو الوالدين. إن تحفيز مقدمي الرعاية على استخدام أمر واحد -تقريباً- في الدقيقة يميل إلى السماح بفرص ممارسة كافية في الجلسة، مع الحفاظ على بيئة إيجابية. وفي الحالات الصعبة بشكل خاص، قد يحتاج المدرب إلى الدخول إلى الغرفة ومساعدة مقدم الرعاية على تهدئة أو إدارة الموقف الذي يصبح فيه الطفل عدوانياً بينما يكافح الوالد لإدارة الموقف. ومع تقدم التفاعل الموجه نحو الوالدين، تقع على عاتق المدرب مسؤولية المساعدة في تعميم المهارات خارج غرفة العلاج، من خلال دمج الممارسة في أماكن، مثل الردهة، أو الملعب، أو أروقة العيادة. ويجب أن تتضمن كل حالة من العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل بعض الممارسات خارج غرفة العلاج لتعزيز التعميم. ويقوم بعض المعالجين بجدولة نزهات مع العائلة للممارسة في الأماكن العامة، بينما يظل المعالجون الآخرون في محيطهم، ولكن يمكنهم التدريب داخل الوكالة، ومساعدة الآباء في التخطيط للنزهات العامة بأنفسهم (Shawler, & Funderburk, 2018).

وقبل أن تتمكن الأسر من التخرج رسمياً من العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، يتعين عليهم تلبية مجموعة محددة من معايير التخرج. أولاً: يجب على الآباء إظهار معايير الإتقان لكل من مهارات التفاعل الموجه نحو الطفل، والتفاعل الموجه نحو الوالدين. ثانياً: يجب أن تكون تصنيفات سلوك الطفل ضمن الحدود الطبيعية (كما تم قياسها بواسطة مقياس سلوك الطفل لآيبرج). على وجه التحديد، يجب أن تكون الدرجات على هذا المقياس في حدود نصف انحراف معياري بعيداً عن المتوسط المعياري (أي 114 أو أقل). ثالثاً: يجب على الآباء التعبير عن ثقتهم في قدراتهم على إدارة سلوك الطفل بشكل مناسب دون الحاجة إلى دعم مستمر من المدرب. ولتقييم الاستعداد للتخرج من العلاج، يتم بعد ذلك إجراء المواقف الثلاثة لنظام تشفير التفاعل الثنائي بين الوالدين والطفل، الإصدار الرابع، لآيبرج وآخرين (أي اللعب بقيادة الأطفال، واللعب بقيادة الوالدين، والتنظيف)، كما حدث -في الأصل- في المعالجة المسبقة. وإذا تم



فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

استيفاء المعايير المذكورة أعلاه، يقوم المدرب والأسرة بمراجعة تقدم الأسرة نحو أهداف العلاج. والأهم من ذلك، يساعد الطبيب الوالدين في "الخطوات التالية" حول كيفية الحفاظ على استخدام متسق للمهارات بمرور الوقت. وبالإضافة إلى ذلك، يجب على الطبيب إجراء مناقشة مع أولياء الأمور حول كيفية إدارة مشكلات سلوك الطفل في المستقبل، وتسترشد هذه المناقشة بالنشرة الواردة في بروتوكول العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل أخيراً، ويتم الإشادة بالعائلة لتفانيها في العلاج، وجهودها المستمرة، والتغييرات الإيجابية التي حققتها على مدار العلاج. ومن المعتاد أن يحتفل المدربون بتخرج الأسرة من العلاج، من خلال تقديم شهادة نجاح لمقدمي الرعاية، أو بعض رموز التقدير للطفل (Shawler, & Funderburk, 2018).

#### ب . هدف البرنامج العلاجي:

هدف البرنامج العلاجي خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن طريق تطبيق استراتيجيات ونيات العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، مما يسهم في خفض السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال، خاصةً سلوكيات إيذاء الذات، والسلوكيات النمطية التكرارية، والسلوكيات العدوانية، والسلوكيات المضطربة.

#### ج . مصادر بناء محتوى البرنامج:

- اعتمد الباحث في بناء محتوى البرنامج العلاجي على مجموعة من المصادر، هي:
1. الإطار النظري في البحث الحالي، والأطر النظرية والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت استخدام العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومنها دراسات كل من (Ros, & Graziano, 2019; Zlomke, & Jeter, 2019; Anazagasty, 2020; Zlomke, & Jeter, 2020; Cibralic, Kohlhoff, Wallace, McMahon, & Eapen, 2021; Han, 2021; Greathouse, 2021).
  2. الزيارات الميدانية التي أجراها الباحث لبعض مراكز رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدينة شيبين القناطر، ومدينة بنها، بمحافظة القليوبية.

3. المقابلات التي أجراها الباحث مع بعض أولياء الأمور والمتخصصين في مجال اضطراب طيف التوحد.

د. الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج العلاجي:

1. التأكد من اختيار المكان والوقت المناسب لتنفيذ جلسات البرنامج العلاجي، بالنسبة لكل من الباحث وعينة البحث.

2. دعم العلاقة بين الباحث والمشاركين في البرنامج العلاجي من الأطفال والوالدين، وذلك من خلال إتاحة الجو الذي يسود فيه الثقة، والألفة، والاحترام المتبادل.

3. مراعاة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، جسمياً، وعقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً.

4. مراعاة الأخلاقيات العامة والمهنية عند إعداد وتنفيذ البرنامج العلاجي.

5. الاستفادة من مشاركة الوالدين أو أحدهما في جلسات البرنامج الجماعية، خاصةً فيما يتعلق بالحد من السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

هـ. الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج:

تضمن البحث الحالي مجموعة من الفنيات والأساليب، منها:

- التعزيز:

تقديم معزز إيجابي فور إصدار الطفل استجابة سلوكية معينة، مما يساعد في استمرار قيام الطفل بتلك الاستجابة المراد إكسابها له، مما يساهم في إحداث التغيير المرغوب في السلوك، ومما يساهم في مساعدة الطفل على تعميم هذا السلوك المرغوب في المواقف الحياتية المختلفة المشابهة للموقف الأصلي الذي تعلم فيه هذا السلوك. ويعد التعزيز الإيجابي فنية أساسية في معظم برامج تعديل السلوك وتنمية المهارات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

- تحليل المهمة:

قلب تحليل السلوك التطبيقي، وهي عنصر أساسي من عناصر برامج تعديل السلوك المعدة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهو عبارة عن تحليل وتصنيف المهام والواجبات

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

والسلوكيات المراد تعليمها للطفل إلى عناصر أصغر وسلوكيات ومهام محددة أقل عمومية من المهمة الأكبر، بحيث تتألف المهمة أو السلوك أو المهارة العامة إلى مهارات أو سلوكيات أو مهام متعددة، بحيث تتوالى من البسيط إلى المركب، ومن الخاص إلى العام.

- التغذية الراجعة:

إمداد الطفل بمعلومات عن مستوى أدائه ومهارته، ومستوى تقدمه نحو تحقيق السلوك المرغوب، أو المهارة المطلوبة، وذلك من أجل مساعدته على الإبقاء على السلوك إذا كان في الاتجاه المرغوب والمستوى المطلوب، وحث الطفل على بذل المزيد من المحاولات والجهد من أجل تحقيق الأهداف المحددة، والسلوكيات المطلوبة إذا كان أداءه لا يتوافق مع تلك السلوكيات، ولا يعكس تحقيق هذه الأهداف.

- النمذجة:

إجراء أدائي عملي أمام الطفل يطلب منه محاكاته، حيث يقوم الطفل بتقليد السلوكيات التي يراها أمامه، ويتمثل النموذج القائم بالسلوك في أحد الأفراد المحيطين بالطفل، مثل الوالدين، والمعلم، والأخصائي النفسي، وحتى الأقران، حيث يقوم بأداء السلوك أمام الطفل، ويجب أن يكون النموذج محبوباً لدى الطفل، ويحتل مكانة مميّزة لديه، حتى يقوم الطفل بتقليده.

- لعب الدور:

تدريب الطفل على تمثيل مجموعة من المهارات الاجتماعية حتى يتقنها، وخاصةً المهارات التي يعاني الطفل قصوراً فيها، أو التي تتناقض مع سلوكيات غير إيجابية لديه، ويعد لعب الدور من أكثر الطرق فاعلية في تدريب الطفل على التفاعل والتواصل الاجتماعي، خاصةً في المواقف التي يشعر فيها بالقلق أثناء تفاعلاته مع الآخرين في محيطه الاجتماعي.

- الحث والتلقين:

مساعدة الطفل وتوجيهه للقيام بأداء فعل أو سلوك ما، وتعزيز هذا السلوك لديه، بحيث يصبح أكثر تأهباً لأداء الفعل بنفسه، ويساعد هذا الأسلوب الطفل على إظهار

السلوك المرغوب والمطلوب بالسرعة الممكنة بدلاً من الانتظار حتى يقوم به الطفل من تلقاء نفسه.

#### - التشكيل:

إكساب الطفل سلوكات جديدة بشكل تدريجي من أجل وصوله في النهاية إلى الإتيان بالسلوك المرغوب، ويعد التعزيز هو العامل الأساسي في نجاح أسلوب التشكيل، فبعد كل محاولة لنجاح الطفل في أداء مهمة صغيرة يتم تعزيزه على ذلك، وهكذا، حتى يصل الطفل في النهاية إلى تحقيق السلوك المرغوب أو المهارة المطلوبة كاملةً.

#### - التسلسل:

ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيطة ببعضها لتكوين سلوك معقد، وتأتي أهمية هذا الأسلوب في حالة اكتساب الطفل أنماط سلوك بسيطة وافتقاره إلى إتقان السلوك الأكثر تعقيداً وأهميةً.

#### - الواجبات المنزلية:

تكليف الطفل بمجموعة من المهام والأنشطة التي سبق تدريبه عليها أثناء إجراء الجلسات التدريبية، مما يدعم استفادته من تلك الجلسات، مما يساهم في انتقال أثر التدريب لدى الطفل، ومساعدته على تعميم المهارات التي اكتسبها في المواقف الحياتية الواقعية.

#### و. المحددات الإجرائية للبرنامج:

##### المحدد البشري:

تم تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة التجريبية، والتي تتألف من 5 أطفال من ذوي اضطراب التوحد، تتراوح أعمارهم من (5-7) أعوام، بمتوسط عمري قدره (430,5) عاماً، وانحراف معياري قدره (752).<sup>(1)</sup>

##### المحدد المكاني:

تم تطبيق البرنامج في أحد المراكز التي تقدم الخدمات للأطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة شبين القناطر، بمحافظة القليوبية.

### المحدد الزمني:

تم تطبيق البرنامج في العام الدراسي 2021/2022م، واستغرق تطبيقه أربعة أشهر تقريباً، بمجموع (80 جلسة)، بواقع خمس جلسات أسبوعياً لكل طفل، وتراوح زمن الجلسة من (40-50) دقيقة.

### ز . خطة الجلسات التدريبية:

يقدم الباحث في جدول (7) عرضاً موجزاً لجلسات البرنامج العلاجي القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل، لخفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

### جدول (7) ملخص جلسات البرنامج العلاجي

محاوور البرنامج	عدد الجلسات	شكل الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الأدوات	الغنيات والأساليب المستخدمة
المحور الأول: التهييد لجلسات البرنامج	(7-1)	جماعية (40-50 دقيقة)	تعارف ودعم الثقة	<p>التعارف بين المشاركين في البرنامج (الوالدين - الحالات - الأخصائي)، وتبادل تقديم أنفسهم.</p> <p>إشاعة الألفة والمودة والشعور بالاستفادة من البرنامج بين الباحث والمشاركين في البرنامج.</p> <p>الاطلاع على كل الملفات الخاصة بالطفل لدى الأخصائي.</p> <p>التعرف على بعض خصائص الطفل وجوانب اهتمامه، والمعززات التي يحبها.</p> <p>إمداد المشاركين في البرنامج بنبذة عامة عن اضطراب التوحد وأهم تأثيراته على الطفل، عقلياً واجتماعياً وفعالياً.</p> <p>إمداد المشاركين بنبذة عامة عن السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتأثيرها عليه.</p> <p>إمداد المشاركين بنبذة عامة عن الأهمية الشديدة لمشاركة الوالدين في البرامج العلاجية والتدريبية المعدة لهؤلاء الأطفال.</p> <p>إمداد المشاركين بصورة توضيحية عن أهداف البرنامج، وإجراءاته، وجلساته، ومحاووره، وفتياته، وفعالتيه في الحد من السلوك المشكل.</p>	<p>مجسمات</p> <p>لبعض الحيوانات -</p> <p>معززات مادية -</p> <p>لعبة المكعبات</p> <p>- كتاب صور</p> <p>لبعض الطيور -</p> <p>أشكال هندسية</p> <p>- قلم ضوء ليزر</p>	<p>المحاضرة</p> <p>-الحوار والمناقشة</p> <p>- التعزيز الإيجابي</p> <p>- السح -</p> <p>الواجب المنزلي</p>

محاوَر البرنامج	عدد الجلسات	شكل الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الأدوات	الغنايات والأساليب المستخدمة
المحور الثاني: الجلسات التدريبية لخفض سلوكيات إيذاء الذات	(26-8)	فردية (50-40 دقيقة)	سلوكيات إيذاء الذات	<p>خفض سلوكيات إيذاء الذات، وذلك عن طريق: اللعب بين الوالدين والطفل.</p> <p>التدريب على اتباع الوالدين لقيادة الطفل.</p> <p>التدريب على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل.</p> <p>تدريب الطفل على الامتثال للأوامر.</p> <p>تدريب الوالدين على التفاعل الإيجابي مع الطفل.</p> <p>تدريب الوالدين على تعزيز السلوكيات الاجتماعية للطفل.</p> <p>تدريب الوالدين على دعم الانتباه الانتقائي لدى الطفل.</p> <p>التدريب على تنظيم انفعالات الطفل.</p> <p>تدريب الطفل على تقليد سلوكيات النموذج.</p> <p>تدريب الوالدين على تنفيذ إجراء انقضاء المهلة.</p> <p>تدريب الطفل على الامتثال للأوامر المباشرة.</p> <p>تدريب الوالدين على التفاعل غير التوجيهي.</p> <p>تدريب الطفل على بعض مهارات حل المشكلات.</p> <p>تدريب الوالدين على التنبؤ والاتساق.</p> <p>تدريب الوالدين على قيادة الطفل.</p>	<p>مجسمات لبعض الحيوانات - معززات مادية - لعبة المكعبات - كتاب صور لبعض الطيور - أشكال هندسية - قلم ضوء ليزر - موبايل - حاسب آلي - أقلام ألوان - صلصال - مرآة</p>	<p>التعزيز - تحليل المهمة - التغذية الراجعة - النمذجة - لعب الدور - الحث والتلقين - التشكيل - التسلسل - الواجبات المنزلية - التقليد</p>
محاوَر البرنامج	عدد الجلسات	شكل الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الأدوات	الغنايات والأساليب المستخدمة

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

<p>التعزيز - تحليل المهمة - التغذية الراجعة - النمذجة - لعب الدور - الحث والتلقين - التشكيل - التسلسل - الواجبات المنزلية - التقليد</p>	<p>مجسمات لبعض الحسيوانات - معززات مادية - لعبة المكعبات - كتاب صور لبعض الطيور - أشكال هندسية - قلم ضوء ليزر - موبايل - حاسب آلي - أقلام ألوان - صلصال - مرآة</p>	<p>خفض السلوكيات النمطية، وذلك عن طريق: اللعب بين الوالدين والطفل. التدريب على اتباع الوالدين لقيادة الطفل. التدريب على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر. تدريب الوالدين على التفاعل الإيجابي مع الطفل. تدريب الوالدين على تعزيز السلوكيات الاجتماعية للطفل. تدريب الوالدين على دعم الانتباه الانتقائي لدى الطفل. التدريب على تنظيم انفعالات الطفل. تدريب الطفل على تقليد سلوكيات النموذج. تدريب الوالدين على تنفيذ إجراء انقضاء المهلة. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر المباشرة. تدريب الوالدين على التفاعل غير التوجيهي. تدريب الطفل على بعض مهارات حل المشكلات. تدريب الوالدين على التنبؤ والاتساق. تدريب الوالدين على قيادة الطفل.</p>	<p>السلوكيات النمطية</p>	<p>فردية (-40 50 دقيقة)</p>	<p>(-27 44)</p>	<p>المسحور الثالث: الجلسات التدريبية لخفض السلوكيات النمطية</p>
<p>الفيئات والأساليب المستخدمة</p>	<p>الأدوات</p>	<p>الأهداف</p>	<p>عنوان الجلسة</p>	<p>شكل الجلسة ومدتها</p>	<p>عدد الجلسات</p>	<p>محاور البرنامج</p>

<p>التعزيز - تحليل المهمة - التغذية الراجعة - لعب الدور - الحث والتلقين - التشكيل - التسلسل - الواجبات المنزلية - التقليد</p>	<p>مجسمات لبعض الحيوانات - معززات مادية - لعبة المكعبات - كتاب صور لبعض الطيور - أشكال هندسية - قلم ضوء ليزر - موبايل - حاسب آلي - أقلام ألوان - صلصال - مرآة</p>	<p>خفض السلوكيات العدوانية، وذلك عن طريق: اللعب بين الوالدين والطفل. التدريب على اتباع الوالدين لقيادة الطفل. التدريب على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر. تدريب الوالدين على التفاعل الإيجابي مع الطفل. تدريب الوالدين على تعزيز السلوكيات الاجتماعية للطفل. تدريب الوالدين على دعم الانتباه الانتقائي لدى الطفل. التدريب على تنظيم انفعالات الطفل. تدريب الطفل على تقليد سلوكيات النموذج. تدريب الوالدين على تنفيذ إجراء انقضاء المهلة. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر المباشرة. تدريب الوالدين على التفاعل غير التوجيهي. تدريب الطفل على بعض مهارات حل المشكلات. تدريب الوالدين على التنبؤ والاتساق. تدريب الوالدين على قيادة الطفل.</p>	<p>السلوكيات العدوانية</p>	<p>فردية (-40 50 دقيقة)</p>	<p>(-45 62)</p>	<p>المحور الثالث: الجلسات التدريبية لخفض السلوكيات العدوانية</p>
---	---	---	----------------------------	---------------------------------	---------------------	--



## فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

محاوَر البرنامج	عدد الجلسات	شكل الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	الأهداف	الأدوات	الفتيات والأساليب المستخدمة
المحور الرابع: الجلسات التدريبية لخفض السلوك المضطربة	فردية (40-50 دقيقة) (63-80)	السلوكات المضطربة	خفض السلوكات المضطربة، وذلك عن طريق: اللعب بين الوالدين والطفل. التدريب على اتباع الوالدين لقيادة الطفل. التدريب على تعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر. تدريب الوالدين على التفاعل الإيجابي مع الطفل. تدريب الوالدين على تعزيز السلوكات الاجتماعية للطفل. تدريب الوالدين على دعم الانتباه الانتقائي لدى الطفل. التدريب على تنظيم انفعالات الطفل. تدريب الطفل على تقليد سلوكات النموذج. تدريب الوالدين على تنفيذ إجراء انقضاء المهلة. تدريب الطفل على الامتثال للأوامر المباشرة. تدريب الوالدين على التفاعل غير التوجيهي. تدريب الطفل على بعض مهارات حل المشكلات. تدريب الوالدين على التنبؤ والانساق. تدريب الوالدين على قيادة الطفل.	مجسمات لبعض الحيوانات - معززات مادة - لعبة المكعبات كتاب صور لبعض الطيور - أشكال هندسية - قلم ضوء ليزر موبايل - حاسب آلي أقلام ألوان - صلصال - مرآة	التعزيز - تحليل المهمة - التغذية الراجعة - النمذجة - لعب الدور - الحث والتلقين - التشكيل - التسلسل - الواجبات المنزلية - التقليد	

### عاشراً: خطوات البحث الإجرائية:

#### قام الباحث بالآتي:

1. الاطلاع على الملفات الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد بأحد المراكز التي تقدم الخدمات للأطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة شبين القناطر بمحافظة القليوبية، والبالغ عددهم (8) أطفال، تم تشخيصهم على أنهم ذوو اضطراب توحد من قبل مجموعة من المختصين، مثل الأخصائي النفسي، والأطباء، وأخصائيي المنخ والأعصاب.
2. اختيار مجموعة من الأطفال الذين أشارت ملفات تشخيصهم إلى أنهم يعانون من توحد خفيف، ومعدلات ذكائهم تتراوح بين (63-77) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، وبلغ عددهم (6) أطفال.

3. إعداد مقياس السلوك المشكل، والتحقق من خصائصه السيكومترية.
4. إعداد برنامج قائم على التفاعل بين الوالدين والطفل.
5. تطبيق مقياس السلوك المشكل على عينة الدراسة (6 أطفال)، وتسجيل درجاتهم على المقياس، حيث اتضح أن خمسة منهم حصلوا على درجات عالية على المقياس، عدا حالة واحدة حصلت على درجة متوسطة، قام الباحث باستبعادها، وبذلك وصل العدد النهائي لأفراد العينة التجريبية (5) أطفال، منهم 3 ذكور، و(2) إناث، ممن لديهم سلوكيات مشكلة.
6. تم تطبيق البرنامج القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل على أفراد العينة التجريبية.
7. إعادة تطبيق مقياس السلوك المشكل بعد تطبيق البرنامج مباشرةً (القياس البعدي) على أفراد العينة التجريبية للبحث.
8. إعادة تطبيق مقياس السلوك المشكل بعد مرور شهرين على تطبيق البرنامج (فترة المتابعة) على أفراد العينة التجريبية للبحث.
9. استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات، وللوصول إلى نتائج البحث، وتفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري للبحث والدراسات السابقة.
10. التوصل إلى مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة.

#### الحادي عشر: الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات المرتبطة لرتب الدرجات.

#### الثاني عشر: نتائج البحث:

نتيجة الفرض الأول:

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

ينص الفرض الأول للبحث على: "توجد فروق دالة -إحصائيًا- بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة البحث التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك المشكل، وذلك في اتجاه القياس القبلي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون Wil-coxon Test، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأطفال العينة التجريبية على مقياس السلوك المشكل، وجدول (8) يوضح ذلك:

### جدول (8)

قيمة النسبة الحرجة «Z» لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك المشكل (الأبعاد والدرجة الكلية)

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب وعددها		الانحراف المعياري	الرتب الوسطية	العدد	نوع القياس	مقياس السلوك المشكل
,05	-086,2	صفر	صفر	صفر	السالبة	2.057	112,48	5	القبلي	بعد سلوكيات إيذاء الذات
		15	3	5	الموجبة	1.598	001,23	5	البعدي	
,05	-086,2	صفر	صفر	صفر	السالبة	2.326	217,50	5	القبلي	بعد السلوكيات النمطية
		15	3	5	الموجبة	2.014	28	5	البعدي	
,05	-086,2	صفر	صفر	صفر	السالبة	1.985	300,46	5	القبلي	بعد السلوكيات العدوانية
		15	3	5	الموجبة	2.008	352,26	5	البعدي	
,05	-086,2	صفر	صفر	صفر	السالبة	2.369	44	5	القبلي	بعد السلوكيات المضطربة
		15	3	5	الموجبة	1.115	201,21	5	البعدي	
,05	-086,2	صفر	صفر	صفر	السالبة	4.915	500,199	5	القبلي	الدرجة الكلية
		15	3	5	الموجبة	3.688	235,132	5	البعدي	

يتضح من جدول (8) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 05,0 بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك المشكل (الأبعاد والدرجة الكلية) وذلك في اتجاه القياس القبلي، مما يشير إلى تحقق الفرض الأول من فروض البحث.

### نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على: "لا توجد فروق دالة -إحصائية- بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة البحث التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس السلوك المشكل.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون Wil-coxon Test، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتبقي لأطفال العينة التجريبية على مقياس السلوك المشكل، و جدول (9) يوضح ذلك:

### جدول (9)

قيمة النسبة الحرجة «Z» لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في

القياسين البعدي والتبقي على مقياس السلوك المشكل (الأبعاد والدرجة الكلية)

مستوى الدالة	قيمة "Z"	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب وعددتها		الانحراف المعياري	المتوسط	$\bar{x}$	نوع القياس	مقياس السلوك المشكل
غير دالة	-318,	7	3	2	السالبة	132,1	001,23	5	البعدي	بعد سلوكيات إيذاء الذات
		8	3	3	الموجبة	112,2	152,23	5	التبقي	
غير دالة	-714,	6	5	1	السالبة	714,1	28	5	البعدي	بعد السلوكيات المنطقية
		9	2	4	الموجبة	301,2	912,27	5	التبقي	
غير دالة	-422,	8	3	3	السالبة	132,1	352,26	5	البعدي	بعد السلوكيات العنوانية
		2	2	1	الموجبة	700,2	108,27	5	التبقي	

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

غير دالة	-358,	6	3	3	السالبة	912,1	201,21	5	البعدي	بعد السلوكات
		9	2	1	الموجبة	008,2	719,21	5	التبعية	
غير دالة	-548,	5	5	1	السالبة	137,3	235,132	5	البعدي	الدرجة الكلية
		10	3	4	الموجبة	212,2	101,133	5	التبعية	

يتضح من جدول (9) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين متوسطات رتب درجات العينة التجريبية في القياسين البعدي والتبعية على مقياس السلوك المشكل (الأبعاد والدرجة الكلية)، مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني من فروض البحث.

الثالث عشر: تفسير نتائج البحث:

توصلت نتائج البحث الحالي إلى فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكذلك استمرارية فاعلية هذا البرنامج حتى بعد فترة المتابعة، مما يؤكد دوره في دعم قدرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على تعميم المهارات التي اكتسبوها خلال الجلسات التدريبية للبرنامج، وذلك خارج نطاق بيئة التدريب، وهو الهدف الأسمى لكل البرامج التدريبية المعدة لهؤلاء الأطفال، سواء كان هدفها الحد من بعض المشكلات السلوكية، أو تنمية بعض المهارات والسلوكات الإيجابية، أو تشكيل بعض السلوكات من أجل إكسابهم إياها.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج العديد من البحوث والدراسات التي ركزت أهدافها على الحد من السلوكات المشكلة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد باستخدام العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، ومنها دراسات كل من: (Solomon, 2008)، (Ford, 2012)، (Agazzi et al., 2013)، (Lesack et al., 2014)، (Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016)، (Knap, 2018)، (Zlomke, & Jeter, 2019)، (Parlade, Weinstein, Garcia, Rowley, Ginn, & Jent, 2020)، (Anazagasty, 2020)، (Zlomke, & Jeter, 2020)، (Cibralic, Kohl- hof, Wallace, McMahon, & Eapen, 2021)، (Greathouse, 2021)، وهي دراسات أكدت على الدور الفعال للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في الحد من

الكثير من المشكلات السلوكية، وتحسين مهارات التفاعل والتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويعد المدح السلوكي أحد العوامل التي ساهمت في نجاح العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل، حيث يتم التركيز على مدح السلوكيات الإيجابية، وخاصة السلوكيات المضادة للسلوكيات المستهدفة (على سبيل المثال، مدح اللعب بلطف وهدوء مع اللُّعَب إذا كان اللعب العدواني يمثل مشكلة سلوكية مستهدفة). ويستخدم التجاهل -أيضاً- في محاولة لإطفاء بعض سلوكيات طلب الانتباه غير الملائمة. ويركز التفاعل الموجه نحو الوالدين على إدارة السلوكيات الطارئة. وعلى غرار التدريب على الامتثال الخالي من الأخطاء، يتم تقديم الأوامر في البداية أثناء الأحوال التي من المرجح أن يمتثل الطفل فيها (على سبيل المثال: اللعب) مع تزايد صعوبة الأوامر بمرور الوقت. ويتم استخدام إجراء انقضاء المهلة، مع إجراءات محددة تضمن عدم هروب الطفل من الطلب، في حالة عدم الامتثال، وغيرها من السلوكيات المشكّلة المختارة مسبقاً (مثل: الضرب). هذه المكونات الرئيسة للعلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل هي استراتيجيات سلوكية طويلة الأمد تنتج تغييراً في السلوك السلبي، وتسهم -بقوة- في نجاح هذا العلاج.

كما أن تركيز هذا العلاج على زيادة التفاعلات الاجتماعية الإيجابية مع الوالدين أدى إلى تقليل السلوكيات المشكّلة، مما جعل الطفل أكثر استعداداً للمشاركة -بفعالية- في تعلمه وعلاجه.

ويمكن تفسير الدور الفعال لبرنامج الدراسة الحالية في الحد من السلوكيات المشكّلة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في أن العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل يعتبر الشراكة الوالدية هي الركن الأساسي الذي يجب أن يعول عليه عند محاولة تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بحيث يكون تعزيز العلاقة التفاعلية بين الوالدين والطفل هو المحرك الرئيس لكثير من استراتيجيات وبرامج التدخل المعدة لهؤلاء الأطفال، وهو ما يتسق مع التوجه العالمي في مجال التربية الخاصة، والذي تؤكد عليه معظم القوانين المعدة لضبط العلاقة بين المجتمع وذوي الإعاقة والاضطرابات من

الأطفال والبالغين، مثل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA, Individuals with Disabilities Education Act) الأمريكي، والذي يفرض على والدي الأطفال ذوي الإعاقة أن يكونوا جزءاً جوهرياً من أي برنامج معد لهؤلاء الأطفال، باعتبار أن مشاركة الوالدين في هذه البرامج له العديد من المميزات التي تدعم تعلمهم وتحسين حالتهم، وتحول الأمر من مجرد كونهم مشاركين سلبيين في هذه البرامج، يقدمون معلومات حول أطفالهم فحسب، إلى كونهم هم القائمين على تنفيذ الاستراتيجيات والفنيات التي يتبناها البرنامج، وذلك من خلال برامج تعليم الوالدين.

ويعد قيام العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على اللعب معززاً قوياً للنتائج التي حققها هذا العلاج، باعتبار اللعب هو المحرك الأساسي لقدرات التفاعل والتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، خاصةً إذا كان يقوم على أسس علمية تراعي خصائص هؤلاء الأطفال، حيث كان اللعب وما زال هو الاستراتيجية الفاعلة التي لا يمكن الاستغناء عنها في سبيل تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، خاصةً عندما تُعدُّ بيئة اللعب بما يتناسب مع خصائص هؤلاء الأطفال، وعندما يكون شريك اللعب معززاً إعداداً جيداً للتعامل مع هؤلاء الأطفال. والذي يضيف على اللعب هنا صفة الفاعلية والتشويق هو كون شريك اللعب الأساسي هو الوالدان أو أحدهما، حيث إن التفاعل الإيجابي بين الوالدين والطفل أثناء مواقف اللعب في البرنامج يسهم في تعزيز الحالة النفسية الإيجابية لدى الوالدين، ويساعد الطفل على الحد من السلوكات المشكّلة التي يقوم بها على مدار اليوم.

ويعد تنفيذ النمذجة الاجتماعية من قبل الوالدين في برنامج البحث الحالي أحد عناصر القوة التي أضفت أهمية بالغة على جلسات التفاعل بين الوالدين والطفل، خاصةً أن لها دوراً فعالاً في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوكات الإيجابية والابتعاد عن السلوكات السلبية، مثل العدوانية، وسلوكات إيذاء الذات، والسلوكات النمطية. كما أن تركيز جلسات البرنامج على دعم الانتباه الانتقائي كان له الأثر الأكبر في تحسين الانتباه لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ومن ثم الحد من سلوكياتهم المشكّلة.

وساعد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل على تحسين العلاقة بين الوالدين والطفل من خلال تزويد الوالدين بالمعرفة والمهارات اللازمة لتنفيذ مبادئ إدارة السلوك التي تعمل على تحسين سلوك أطفالهم، وتعد العلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل أمراً بالغ الأهمية لنمو الأطفال الصغار، لدرجة أن مشاركة الوالدين أصبحت سمة مركزية لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (Armstrong, & Kimonis, 2013). والتنظيم الجيد للانفعال، وهو القدرة على تغيير الحالة الانفعالية للشخص، من خلال عمليات خارجية أو داخلية، من أجل تحقيق هدف، يتطور في سياق علاقة تعلق آمنة بين الوالدين والطفل في الشهور والسنوات الأولى من الحياة (Cassidy, 1994). ووفقاً لنظرية التعلق الأخلاقية لولبي (Bowlby, 1969)، فإن علاقة الارتباط بين الوالدين والطفل هي رابطة بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي له (عادةً الوالد)، والتي تتطور خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وهي ضرورية لبقاء الطفل على قيد الحياة. ومن خلال التفاعلات المتكررة مع والديهم في الأشهر الأولى من الحياة، يطور الأطفال تمثيلات (أي نماذج عمل داخلية) لوالديهم (Cassidy, 2016). وعادةً ما يكون لدى الأطفال الذين لديهم علاقة تعلق آمنة بينهم وبين الوالدين آباء حساسون ومتسقون يستجيبون لاحتياجاتهم بشكل مناسب، ويتعلم هؤلاء الأطفال أنه من المقبول التعبير عن احتياجاتهم، وأن والديهم سيلبون هذه الاحتياجات (Cassidy, 1994). وعلى النقيض من ذلك، فإن الأطفال الذين يطورون علاقة تعلق غير آمنة بينهم وبين الوالدين يفعلون ذلك عادةً عندما يتلقون رعاية غير متسقة، مما يؤدي إلى نمط ارتباط مقاوم، أو رفض، مما يؤدي إلى نمط ارتباط متجنب. ويطور بعض الأطفال -أيضاً- علاقة تعلق غير منظمة بين الوالدين والطفل عندما يتلقون رعاية مخيفة (-Granqvist, Sroufe, Dozier, Hesse, Steele, Solo, mon, Schuengel, & Fearon et al., 2017). والأطفال الذين يطورون تمثيلات التعلق غير الآمنة أو غير المنظمة لوالديهم يفعلون ذلك لأنهم قد تمت تلبية احتياجاتهم بشكل انتقائي، إن وجدت، ونتيجة لذلك لم يتعلموا كيفية التعرف على مشاعرهم أو التعبير عنها أو إدارتها. نتيجة لذلك، يطور هؤلاء الأطفال استراتيجيات أخرى للتكيف، مثل تضخيم إشارات التعلق، والتجنب، والسلوكيات الخارجية (Cassidy, 1994).



ويري سميث وبادارولا (Smith, & Iadarola, 2015) أن عناصر العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل تعد أفضل الممارسات التي يجب دمجها في أي خدمات تقدم للأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتم التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة لضمان الاتساق عبر البيئات. يتمثل أحد المكونات الرئيسة في هذا العلاج في دمج مقدمي الرعاية في عملية التدخل. أظهرت الأبحاث أن علاج الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يكون أكثر فعالية عندما يشارك أفراد الأسرة المباشرون في العلاج. ويدرب العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل الآباء على تولي القيادة في تشكيل سلوك أطفالهم، وبالتالي يدرب الآباء على مستوى إتقان في كل مكون من مكونات العلاج. ويؤكد هذا العلاج على التفاعل الفردي بين الوالدين والطفل، مع الحفاظ على التركيز على الأطفال، واتباع قيادتهم، وخلق تفاعلات مجزية ومثيرة بين الطفل ومقدم الرعاية. ومن خلال زيادة مشاركة الوالدين، يتم بعد ذلك تعميم المهارات المكتسبة داخل العيادة على أماكن أخرى، مثل المنزل والبيئات العامة. (Greenspan, Wieder, 2006)

والأهم من ذلك، وجد كامينسكي وآخرون (Kaminski et al., 2008) في تحليلهم لتدخلات الوالدية أن ممارسة المهارة مع أحد الوالدين وطفله هي واحدة من أقوى العوامل التي تنبئ بالحد من السلوكات المشككة لدى الطفل. لذلك، يعد تدريب المعالج أمرًا ضروريًا في مساعدة مقدم الرعاية على تعلم مهارات جديدة لتحسين العلاقة بين الوالدين والطفل، والحد من سلوكات الطفل المشككة. وفي الوقت نفسه، ينظر الطفل إلى مقدم الرعاية باعتباره الشخص الكبير المركزي في الجلسة، والمعالج باعتباره شخصية أكثر هامشية

ويزيد العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل من استخدام الوالدين لسلوكات الوالدية الإيجابية، بما في ذلك الاستماع التأملي، والثناء، ووصف السلوكات المناسبة للطفل، كما يقلل من السلوكات الجسدية واللفظية السلبية للوالدين تجاه الطفل أثناء التفاعلات. وأظهر الآباء انخفاضًا في الضغوط الوالدية، وتحسنًا في موضع الضبط الداخلي، ورضًا مرتفعًا عن العلاج (Nixon, Sweeney, Erickson, & Touyz, 2003). وأظهر

الأطفال انخفاضاً ملحوظاً في السلوكات المشكّلة، مثل الصراخ والتحدث بشكل غير لائق، بالإضافة إلى زيادات ملحوظة في الامتثال لتوجيهات الوالدين (Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido, & Hood, 2001).

وتركز مهارات التفاعل الموجه نحو الوالدين على متابعة قيادة الطفل في اللعب، ومدح السلوكات المناسبة، وجعل الطفل يشعر بالأهمية من خلال وصف أفعاله، وعكس لغته، وتقليد أفعاله. ومن خلال جعل التفاعلات أكثر إيجابية، يكون الطفل أكثر عرضة للامتثال لأمر الوالدين. وفي النهاية، يشير وجود الوالد إلى أن الطلب قادم، مما يؤدي إلى سلوك مشكل حتى قبل أن يعطي الوالد طلباً. ويصبح الوالد اشتراطاً إنشائياً، والذي يُعرّف على أنه شيء يزيد أو يقلل من احتمالية حدوث حدث (مثل: السلوك المشكل) عن طريق زيادة أو تقليل قيمة المعزز، مثل الانتباه. وباستخدام تفسير سلوكي، يعمل التفاعل الموجه نحو الطفل على كسر هذه الدورة. ويوفر العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل وقتاً للتفاعلات الإيجابية بين الوالد والطفل، دون أي مطالب. ويزيد التفاعل الموجه نحو الطفل الانتباه إلى السلوكات الإيجابية، ويقلل من الطلبات المفروضة على الطفل، مما يجعل الوالدين اشتراطاً إنشائياً إيجابياً. ويتم كسر الارتباط القديم، مما يجعل من الوالدين إشارة إيجابية بدلاً من الإشارة إلى أن الطلب قادم. وبالتالي، يوفر هذا للطفل إمكانية الوصول إلى الاهتمام، مما يقلل من حاجة الطفل إلى الاهتمام، ويقلل من احتمالية الانخراط في السلوك المشكل لجذب الانتباه السلبي. وخلال التفاعل الموجه نحو الوالدين، يقدم الآباء مطالب في اللعب، مما يزيد من احتمالية امتثال الطفل من أجل الحصول على التعزيز الإيجابي المتمثل في المدح الوصفي (McGill, 1999). وتشمل خصائص الوالدية الموثوقة التواصل، واستخدام السيطرة الحازمة. وبالمقارنة مع الأنواع الأخرى من أنماط الوالدية، تحدث مشكلات سلوكية أقل مع استخدام الوالدية الموثوقة (Zisser, & Eyberg, 2010)

وكان من أهم الإجراءات التي دعمت نتائج البرنامج إجراء انقضاء المهلة والتعزيز، والتي كانت بمثابة المحرك الأساسي للسلوك الإيجابي للطفل، خاصة إذا كان سيفقد شيئاً

فعالية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في خفض السلوك المشكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

يحببه، أو معزراً يحاول الوصول إليه، حيث يتم تقييد الوصول إلى العناصر المرغوبة، مثل الألعاب، استجابة لسلوك التحدي لدى الطفل، أو عدم امتثاله لتعليمات الوالدين الواضحة.

#### الرابع عشر: توصيات البحث:

- الاهتمام بالتشخيص المبكر للسلوكات المشككة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وإعداد وتنفيذ التدخلات المناسبة التي تساهم في الحد من هذه السلوكات، وتأثيراتها على الطفل، حيث إن التدخل المبكر قائم على التشخيص المبكر، مما يسهم في تحقيق نتائج إيجابية بشكل كبير.
- الاهتمام بالمشاركة الوالدية في كل البرامج التدريبية والعلاجية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، وجعلها شرطاً أساسياً لتقديم الخدمات لهؤلاء الأطفال، خاصة أن مشاركة الوالدين لا غني عنها في سبيل نجاح تلك البرامج.
- إعداد برامج تعليم الوالدين ذوي اضطراب التوحد، من أجل تدريبهم على الاستراتيجيات والفنيات الفاعلة والأساسية في الميدان، حيث أصبحت هذه البرامج هي التوجه الأمثل في سبيل تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ضرورة استخدام الممارسات القائمة على الأدلة في ميدان التربية الخاصة من أجل تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهي الممارسات التي أثبت بالدليل العلمي القاطع فاعليتها مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

#### الخامس عشر: بحوث مقترحة:

1. فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
2. فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
3. فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

4. فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تنمية الانتباه المشترك لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
5. فاعلية العلاج بالتفاعل بين الوالدين والطفل في تنمية مهارات نظرية العقل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

## المراجع

- Achenbach, T., & Rescolora, A. (2001). Child behavior checklist for 618- years. Burlington: University of Vermont.
- Agazzi, H., Tan, R., & Tan, S. (2013). A case study of parent–child interaction therapy for the treatment of autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies*, 12(6), 428–442.
- Agazzi, H., Tan, S. Y., Ogg, J., Armstrong, K., & Kirby, R. S. (2017). Does Parent-Child Interaction Therapy reduce maternal stress, anxiety, and depression among mothers of children with Autism Spectrum Disorder?. *Child and Family Behavior Therapy*, 39(4), 283303-.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- Allen, K., Harrington, H., & Cooke, C. (2018). PCIT for children with severe behavior problems and autism spectrum disorder. In: McNeil, C. B. et al. (eds.), *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*, Springer Nature Switzerland.
- Aman, M. G., & Singh, N. N. (1986). *Aberrant Behavior Checklist: Manual*. East Aurora, NY: Slosson Educational Publications.
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985). The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assesment of treatment effects. *American Journal on Mental Deficiency*, 89, 491–495.
- Aman, M. G., Tasse, M. J., Rojahn, J., & Hammer, D. (1996). The Nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with

- developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 41–57.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
  - Anazagasty, J. (2020). *Evaluating the Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Spanish Speaking Families Whose Children Have Autism Spectrum Disorder*. MD, University of California.
  - Armstrong, K., & Kimonis, E. (2013). Parent–child interaction therapy for the treatment of asperger’s disorder in early childhood: A case study. *Clinical Case Studies*, 12 (1), 60–72.
  - Armstrong, K., DeLoatche, K. J., Preece, K. K., & Agazzi, H. (2015). Combining Parent–Child Interaction Therapy and visual supports for the treatment of challenging behavior in a child with autism and intellectual disabilities and comorbid epilepsy. *Clinical Case Studies*, 14(1), 312-.
  - Axline, V. M. (1948). Some observations on play therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 209216-.
  - Bagner, D. M., Coxe, S., Hungerford, G. M., Garcia, D., Barroso, N. E., Hernandez, J., & Rosa-Olivares, J. (2016). Behavioral parent training in infancy: A window of opportunity for high-risk families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 901–912.
  - Bagner, D., & Eyberg, S. (2007). Parent-child interaction therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized control trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 418429-.
  - Baker, J., Fenning, R., Erath, S., Baucom, B., Moffitt, J., & Howland, M. (2018). Sympathetic under-arousal and externalizing behavior

- problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 895–906.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
  - Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 4388-.
  - Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 5695-.
  - Bell, S. K., & Eyberg, S. M. (2002). Parent-child interaction therapy: A dyadic intervention for the treatment of young children with conduct problems. *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, 20, 5774-.
  - Bishop, S. L., Hus, V., Duncan, A., Huerta, M., Gotham, K., & Lord, C. (2013). Subcategories of restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders* 43,1287–1297.
  - Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I: Attachment*. Basic Books.
  - Boyd, B. A., McDonough, S. G., & Bodfish, J. W. (2012). Evidence-based behavioral interventions for repetitive behaviors in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1236–1248.
  - Breiner, J., & Beck, S. (1984). Parents as change agents in the management of their developmentally delayed children's noncompliant behaviors: A critical review. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 259278-.

- Breiner, J., & Forehand, R. (1982). Mother-child interactions: A comparison of a clinic-referred developmentally delayed group and two non-delayed groups. *Applied Research in Mental Retardation*, 3, 175-183.
- Brereton, A. V., Tonge, B. J., & Einfeld, S. E. (2006). Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 863-870.
- Burrell, T. L., & Borrego, J. J. (2012). Parents' involvement in ASD treatment: What is their role?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 423-432.
- Cambric, M., & Agazzi, H. (2019). A case study of parent-child interaction therapy for the treatment of high-functioning autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies*, 18 (4), 270-281.
- Cannady, M. (2016). Parent-Child Interaction Therapy Informed by Applied Behavior Analysis for Developmental Delay: Parent and Sibling Coaching with Setting Generalization. PHD, James Madison University.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 228-249.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application* (3rd ed., pp. 3-24). The Guilford Press.
- CDC Surveillance Summaries. Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR* 2012;61:3;1-19. [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm?s\\_cid=ss6103a1](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm?s_cid=ss6103a1).



- Chaffin, M., Silovsky, J., Funderburk, B., Valle, L., Brestan, E., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500510-.
- Chase, R. M., & Eyberg, S. M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 273282-.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. J. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 127-.
- Cibralic, S., Kohlhoff, J., Wallace, N., McMahon, C., & Eapen, V. (2021). treating externalizing behaviors in toddlers with ASD traits Using parent-child interaction therapy for toddlers: A case study. *Clinical Case Studies*, 20 (2), 165–184.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., & Hawkins, J. D. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 10131022-.
- Conner, C. M., White, S. W., Scahill, L., & Mazefsky, C. A. (2020). The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. *Autism*, 24(4), 931940-.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231250-.
- DeLucia, E., McKenna, M., Andrzejewski, T., Valentino, K., & McDonnell, C. (2021). Pilot study of self-regulation and behavior problems in preschoolers with ASD: Parent broader autism

- phenotype traits relate to child emotion regulation and inhibitory control. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 2150–2163.
- developing adolescents and association with psychiatric symptoms. *Autism Research*, 7(3), 344-354.
  - Dominick, K. C., Davis, N. O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H., & Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 28(2), 145-162.
  - Edelbrock, C. S. (1985). Child Behavior Rating Form. *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 835-837.
  - Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour*. Cambridge University Press.
  - Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 334-6.
  - Eyberg, S. M., & Funderburk, B. W. (2011). Parent-Child Interaction Therapy protocol. Gainesville, FL: PCIT International.
  - Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
  - Eyberg, S. M., Chase, R. M., Fernandez, M. A., & Nelson, M. M. (2014). *Dyadic parent-child interaction coding system – fourth edition (DPICS-IV) clinical manual*. Gainesville, FL: PCIT International, Inc.
  - Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). *Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two-year*

maintenance of treatment effects in the family. *Child and Family Behavior Therapy*, 23(4), 120-.

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M., & Boggs, S. R. (2004). *Manual for the parent-child interaction coding system* (3rd ed.). Available from <http://www.pcit.org>
- Eyberg, S.M. (2005). Tailoring and adapting parent-child interaction therapy for new populations. *Education and Treatment of Children*, 28, 197201-.
- Farmer, C. A., & Aman, M. G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 317323-.
- Feldman, M.A., & Werner, S.E. (2002). Collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behavioral Interventions*, 17, 7583-.
- Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2005). Keeping families in once they've come through the door: Attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 207.
- Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 15251538-.
- Foote, R. C., Schuhmann, E. M., Jones, M. L., & Eyberg, S. M. (1998). Parent-child interaction therapy: A guide for clinicians. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3 (3), 361373-.
- Foote, R., Eyberg, S.M., & Schuhmann, E. (1998). Parent-child interaction approaches to the treatment of child conduct

- problems. In T. Ollendick & R. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 125151-). New York: Plenum.
- Ford, B. (2012). Using parent-child interaction therapy with an adolescent diagnosed with asperger syndrome. PHD, Saybrook University.
  - Forehand, R., & McMahon, R.J. (1981). Helping the noncompliant child: A clinician's guide to effective parent training. New York: Guilford.
  - Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Rich, B. A., & Behar, L. (2003). Further psychometric evaluation of the Eyberg Behavior Rating Scales for parents and teachers of preschoolers. *Early Education and Development*, 14(1), 6781-.
  - Gallagher, N. (2003). Effects of Parent-Child Interaction Therapy on young children with disruptive behavior disorders. *Bridges: Practice-Based Research Syntheses*, 4(1), 117-.
  - Goldstein, S., & Schwabach, A. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329339-.
  - Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101.
  - Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., . . . Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians

- and policymakers. *Attachment & Human Development*, 19 (6), 534–558.
- Greathouse, A. (2021). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. PHD, California State University.
  - Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Using the Floortime approach to help children relate, communicate, and think*. Cambridge, MA: DaCapo Press.
  - Griffith, G., Hastings, R., Nash, S., & Hill, C. (2010). Using matched groups to explore child behavior problems and maternal well-being in children with down syndrome and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 610–619.
  - Han, R. (2021). Can parent-child interaction therapy improve core features of autism? findings from a comparison of PCIT for children with and without autism spectrum disorder. MD, West Virginia University.
  - Hanf, C. (1969). A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child interaction. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, B.C.
  - Hartley, C, & Sikora, T. (2009). Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 342-352.
  - Hartley, S. L., Sikora, D. S., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviors in children with Autistic Disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 819829-.
  - Hatamzadeh, A., Pouretamad, H., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for children with

- high functioning autism. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5(1), 994.
- Hickey, E., Bolt, D., Rodriguez, G., & Hartley, S. (2020). Bidirectional relations between parent warmth and criticism and the symptoms and behavior problems of children with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 865–879.
  - Hill, A., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2014). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. in: *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (pp.1338-). Springer Editors: Maria de los Angeles, Robinson-Agramonte.
  - Hobbs, N. (1982). *The troubled child and troubling child*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
  - 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), 423446-.
  - 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*, 35, 423446-.
  - Huang, C., Yen, H., Tseng, M., Tung, L., Chen, Y., & Chen, K. (2014). Impacts of autistic behaviors, emotional and behavioral problems on parenting stress in caregivers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 13831390-.
  - Jamison, R. (2007). *The Effects of Parent-Child Interaction Therapy on Problem Behaviors in Three Children with Autistic Disorder*. PHD, University of Kansas.
  - Jang, J., Dixon, D. R., Tarbox, J., & Granpeesheh, D. (2011). Symptom severity and challenging behavior in children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1028–1032.

- Kalb, L. G., Stuart, E. A., Freedman, B., Zablotsky, B., & Vasa, R. (2012). Psychiatric-related emergency department visits among children with an autism spectrum disorder. *Pediatric Emergency Care*, 28(12), 12691276-.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Child Psychology*, 36, 567–589.
- Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: Prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(7), 926937-.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 229–241.
- Knap, K. (2015). *Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Behavioral Outcomes in Young Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder*. MD, University of South Florida.
- Knap, K. (2018). *Parent-Child Interaction Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: An Analysis of Behavioral Patterns and Treatment Barriers*. PHD, University of South Florida.
- Knowlton, E., & Mulanax, D. (2001). Education programs for parents and families of children and youth with developmental disabilities. In M. Fine & S. Lee (Eds.). *Handbook of diversity in parent education: the changing faces of parenting and parent education* (pp. 299314-). San Diego, CA, US: Academic Press.

- Kozlowski, A. M., Matson, J. L., & Rieske, R. D. (2012). Gender effect on challenging behaviors in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 958964-.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed). New York: Brunner-Routledge.
- Laurent, A. C. & Rubin, E. (2004). Emotional regulation challenges in Asperger's Syndrome and high functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24 (4), 286298-.
- Lecavalier, L. (2006). Behavioural and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 36, 11011114-.
- Lerman, D.C., Swiezy, N., Perkins-Parks, S., & Roane, H.S. (2000). Skill acquisition in parents of children with developmental disabilities: interaction between skill type and instructional format. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 183196-.
- Lesack, R., Bearss, K., Celano, M., & Sharp, W. G. (2014). Parent-Child Interaction Therapy and autism spectrum disorder: Adaptations with a child with severe developmental delays. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(1), 68.
- Lewis, M. H., & Bodfish, J. W. (1998). Repetitive behavior disorders in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4(2), 8089-.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager- Flusberg, H., & Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849861-.



- Lin, Y., Iao, L., Lee, Y., & Wu, C. (2021). Parenting stress and child behavior problems in young children with autism spectrum disorder: Transactional relations across time. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2381–2391.
- Lindor, E., Sivaratnam, C., May, T., Stefanac, N., Howells, K., & Rinehart, N. (2019). Problem behavior in autism spectrum disorder: considering core symptom severity and accompanying sleep disturbance. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 487.
- Lukens, C., & Linscheid, T. (2008). Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 342352-.
- Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, J., Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal Parenting Behavior and Child Behavior Problems in Families of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 501–512.
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. (2005). Characteristics of children with autistic spectrum disorders served in comprehensive community-based mental health settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 313321-.
- Masse, J. (2009). Examining the Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with High-Functioning Autism. PHD, West Virginia University.
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S. M., & Quetsch, L. (2016). Examining the efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with children on the autism spectrum. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 25082525-.

- Masse, J., McNeil, C., Wagner, S., & Chorney, D. (2007). Parent-Child Interaction Therapy and high functioning autism: A conceptual overview. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(4), 714735-.
- Matson, J. L., & Minshawi, N. F. (2006). *Early intervention for autism spectrum disorders: A critical analysis*. Oxford, UK: Elsevier.
- Matson, J. L., Mahan, S., Hess, J. A., Fodstad, J. C., & Neal, D. (2010). Progression of challenging behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorders as measured by the Autism Spectrum Disorders-Problem Behaviors for Children (ASDPBC). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 400.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., & Hess, J. A. (2010). The relation of social behaviours and challenging behaviours in infants and toddlers with Autism Spectrum Disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 164169-.
- Matson, J. L., Wilkins, J., & Macken, J. (2009). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 2944-.
- Mazefsky, C. A., Borue, X., Day, T. N., & Minshew, N. J. (2014). Emotion regulation patterns in adolescents with high-functioning autism spectrum disorder: Comparison to typically
- Mazefsky, C. A., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B. B., Scahill, L. & White, S. W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 678688-.
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 455465-.

- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 13(1), 120129-.
- McDiarmid, M.D., & Bagner, D.M. (2005). Parent-child interaction therapy for children with disruptive behavior and developmental disabilities. *Education and Treatment of Children*, 28, 130141-.
- McGill, P. (1999). Establishing operations: Implications for the assessment, treatment, and prevention of problem behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 393418-.
- McNeil, C., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). Parent-child interaction therapy. New York, NY: Springer Science & Business Media, LLC 2010.
- Miller-Graff, L. E., & Champion, K. (2016). Interventions for posttraumatic stress with children exposed to violence: Factors associated with treatment success. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 226248-.
- Murphy, G., Beadle-Brown, J., Wing, L., Gould, J., Shah, A., & Homes, N. (2005). Chronicity of challenging behaviors in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 405–418.
- National Child Traumatic Stress Network. (2004). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Trauma Treatment Fact Sheets (Version 1.0). Retrieved from The National Child Traumatic Stress Network website: [www. NCTSNet.org](http://www.NCTSNet.org).
- National Research Council. (2001). Educating children with autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. National Academy Press, Washington, DC

- Nefdt, N., Koegel, R., Singer, G., & Gerber, M. (2010). The Use of a Self-Directed Learning Program to Provide Introductory Training in Pivotal Response Treatment to Parents of Children With Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 12 (1), 2332-.
- Niec, L., Hemme, J, Yopp, J., & Brestan, E. (2001). Parent-child interaction therapy: The rewards and challenges of a group format. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 113125-.
- Nixon, R. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 251260-.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858/CD009774.pub2>
- Park, C., Yelland, G., Taffe, J., & Gray, K. (2012). Brief report: The relationship between language skills, adaptive behavior, and emotional and behavior problems in pre-schoolers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2761–2766.
- Parlade, M., Weinstein, A., Garcia, D., Rowley, A., Ginn, N., & Jent, J. (2020). Parent–Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *Autism*, Vol. 24 (1), 160–176.
- Pas, E., Johnson, S., Larson, K., Brandenburg, L., Church, R., & Bradshaw, C. (2016). Reducing behavior problems among Students with autism spectrum disorder: Coaching teachers in a mixed-reality setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46, 3640–3652.

- Patterson, G.R. (1982). A social learning approach to family interventions. Coercive family process. Eugene, OR: Castalia.
- Querido, J. G., Bearss, K., & Eyberg, S. M. (2002). Parent-Child Interaction Therapy. In F. W. Kaslow & T. Patterson (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (91113-). New York: John Wiley & Sons.
- Querido, J.G., Bearss, K., & Eyberg, S.M. (2002). Theory, research, and practice of parent-child interaction therapy. In F.W., Kaslow & T. Patterson (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy, Volume Two: Cognitive/Behavioral/Functional Approaches* (pp. 91113-). New York: Wiley.
- Radley, K., & Dart, E. (2022). *Social Skills Teaching for Individuals with Autism*. Springer Nature Switzerland, AG.
- Rattaz, C., Michelon, C., & Baghdadli, A. (2015). Symptom severity as a risk factor for selfinjurious behaviours in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(8), 730741-.
- Rayfield, A.R., Monaco, L., & Eyberg, S.M. (1999). Parent-child interaction therapy: Review and clinical strategies. In S. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies for children and adolescents* (pp. 327343-). New York: Plenum.
- Rodriguez, G., Hartley, S., & Bolt, D. (2019). Transactional relations between parenting stress and child autism symptoms and behavior problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 1887–1898.
- Rojahn, J., Rowe, E. W., Sharber, A. C., Hastings, R. P., Matson, J. L., Didden, R., et al. (2012). The Behavior Problems Inventory-short form (BPI-S) for individuals with intellectual disabilities. Part

- I: Development and provisional clinical reference data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(5), 527–545.
- Ros, R., & Graziano, P. (2019). Group PCIT for preschoolers with autism spectrum disorder and externalizing behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1294–1303.
  - Scotti, J.R., Evans, I.M., Meyer, L.H., & Walker, P. (1991). A meta-analysis of intervention research with problem behavior: Treatment validity and standards of practice. *American Journal of Mental Retardation*, 96, 233256-.
  - Shawler, P., & Funderburk, B. (2018). A Clinical Description of Parent-Child Interaction Therapy. in: McNeil, C., Quetsch, L., Anderson, C. *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*. Springer Nature, Switzerland.
  - Shea, N., Payne, E., & Russo, N. (2018). Brief Report: Social functioning predicts externalizing problem behaviors in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 115127-.
  - Shenouda, J., Barrett, E., Davidow, A., Halperin, W., Silenzio, S & Zahorondy, W. (2022). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a large, diverse Metropolitan Area: variation by sociodemographic factors. *Autism Res*, 15(1): 146–155.
  - Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Myles, B. (2003). Inclusion of learners with autism spectrum disorders in general education settings. *Topics in Language Disorders*, 23 (2), 116–133.
  - Smith, T., & Iadarola, S. (2015). Evidence base update for autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 897–922.
  - Soke, G. N., Rosenberg, S. A., Hamman, R. F., Fingerlin, T., Robinson, C., Carpenter, L., Giarelli, E., Lee, L.C., Wiggins, L.D., Durkin, M.S.

- & DiGuseppi, C. (2016). Brief report: prevalence of self-injurious behaviors among children with autism spectrum disorder—a population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 36073614-.
- Solomon, M., Ono, M., Timmer, S., & Goodlin-Jones, B. (2008). The effectiveness of Parent- Child Interaction Therapy for families of children on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 17671776-
  - Steiner, A., Koegel, L., Koegel, R., & Ence, W. (2012). Issues and Theoretical Constructs Regarding Parent Education for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 12181227-.
  - Thomas, T. (2017). *Parent-Child Interaction Therapy for Children with Autism*. MD, Southern Illinois University.
  - Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., & Rinehart, N. (2012). A randomised group comparison controlled trial of 'preschoolers with autism': A parent education and skills training intervention for young children with autistic disorder. *Autism*, 13 (2), 118-.
  - Vismara, L. A., & Rogers, S. J. (2010). Behavioral treatments in autism spectrum disorder: What do we know? *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 447468-.
  - Volker, M., Lopata, c., Smerbeck, A., & Knoll, V. (2009). BASC-2 PRS profiles for students with high-functioning autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (2),18899-.
  - Ware, L. M., McNeil, C. B., Mase, J., & Stevens, S. (2008). Efficacy of in-home parent-child interaction therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 30, 99126-.

- Woodfield, M., Brodd, I., & Hetrick, S. (2022). Time-Out with Young Children: A Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) Practitioner Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 117-.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J, Zwaigenbaum, L., Vaillancourt, T., Bryson, S., Smith, I. & Fombonne, E. (2014). Examination of bidirectional relationships between parent stress and two types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 19081917-.
- Zisser, A. & Eyberg, S. M. (2010). Parent-Child Interaction Therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. (pp. 179193-). New York: Guilford Press.
- Zlomke, K. R., Jeter, K., & Murphy, J. (2017). Open-trial pilot of Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 39 (1), 118-.
- Zlomke, K., & Jeter1, K. (2020). Comparative Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Children with and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50:2041–2052.