الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج - البويرة

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira

Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett

قسم العلوم الاجتماعية

فرع علم النفس

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس المدرسي

السلوك العدواني نحو الذات عند الطفل التوحدي(5-12 سنة)

إعداد الطالبة :

- ساسي سارة
- عبد المؤمن بهية

السنة الجامعية : 2019/2018

الإهداء

قال الله تعالى : " ربّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عباد الصالحين"

فالحمد لك حتى ترضى والحمد لك إذا رضيت و الحمد لك بعد الرضا

أن وفقتني لإتمام هذا العمل المتواضع الذي أهدي ثمرته إلى الشمعة التي أنارت دربي وفتحت لي أبواب العلم والمعرفة إلى الصدر الحنون والقلب الرفيق إلى أعز ما أملك في الدنيا الحبيبة الطاهرة الوفية والملاك الصافي ومعلمتي في الحياة التي يهواها القلب وأسأل الله أن يرعاها،

أمي الغالية

من ناضل من أجلي لأرتاح وهيأ لي أسباب النجاح الذي سعى جاهداً إلى تربيتي وتعليمي أي العزيز ، أسأل الله أن يحفظه ويرعاه.

إلى النجوم التي أهتدي بها وأسعد برؤيتهم إخوتي وأخواتي كل باسمه.

إلى من هو كالنور للعين أصدقائي الذين كانوا لي نعم الصحبة

إلى كل من تجمعني بهم صلة أعمامي عماتي وخالاتي و أخوالي إلى

كل من ملأ قلبي ولم يسعه قلمي إلى قارئ الأسطر وكل من أعرفهم.

سارة

فهرس المحتويات

المحتويات	الصفحة
الإهداء	
الفهرس	
مقدمة	أ-ب

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1-1 إشكالية الدراسة	03
1-2 فرضيات الدراسة	04
1-3 أهمية وأهداف الدراسة	05
1-4 تحديد المفاهيم	06

الفصل الثاني : التوحد والسلوك العدواني

أولاً : التوحد	07
1-تعريف التوحد	07
2-تاريخ اضطراب التوحد	11
3-معدل انتشار التوحد	12
4-أسباب التوحد	13
4-1-العوامل العصبية والبيولوجية	14
4-2-العوامل الجينية	15
4-3-العوامل المناعية والكيميائية	15
4-4-عوامل ما قبل الولادة	16

4-5- العوامل الاجتماعية 16
4-6-العوامل النفسية 16
5-أشكال التوحد 17
5-1-اضطراب أسبرجل 17
5-2-اضطراب ريت 17
5-3-اضطراب عدم التكامل الطفولي 17
5-4-التوحد الخارق 18
6-تشخيص التوحد 20
ثانياً : السلوك العدواني 22
1-تعريف السلوك العدواني 22
2-مظاهر السلوك العدواني 23
3-أشكال السلوك العدواني 24
3-1-العدوان المقصود 24
3-2-العدوان غير المقصود 24
3-3-العدوان الإجتماعي 24
3-4-العدوان الموجه نحو الذات 25
3-5-العدوان المباشر 25
3-6-العدوان غير المباشر 25
4-أسباب السلوك العدواني 25
4-1-العوامل الوراثية 25
4-2-العوامل البيولوجية 26

3-4-العوامل الفيزيولوجية 26
4-4-العوامل الطبيعية 26
5-4-العوامل النفسية 27
6-4-العوامل الإجتماعية 27
5-النظريات المفسرة للسلوك العدواني 28
1-5-النظرية البيولوجية 28
2-5-نظرية التحليل النفساني 28
3-5-النظرية السلوكية 29
4-5-نظرية الإحباط 29
5-5-نظرية التعلم الاجتماعي 29
6-أساليب التغلب على السلوك العدواني 31

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1-3 الدراسة الاستطلاعية 34
1-1-3 المجال المكاني للدراسة 34
2-1-3 المجال الزمني للدراسة 34
2-3 المنهج المتبع 34
3-3 عينة الدراسة 35
4-3 أدوات جمع البيانات 35
1-4-3 الملاحظة 35
2-4-3 المقابلة نصف الموجهة 36

5-3 تقديم الحالات 37

3-5-1الحالة الأولى 37

3-5-2 الحالة الثانية 42

3-5-3 تفريغ وتحليل النتائج 43

الفصل الرابع : عرض و مناقشة الفرضيات

1-عرض ومناقشة الفرضية الأولى 47

2-عرض و مناقشة الفرضية الثانية 47

3-الاستنتاج 48

4-التوصيات و الاقتراحات 49

خاتمة عامة

قائمة المراجع

مقدمة

تعد الإعاقة بوجه عام من القضية المهمة التي تواجه المجتمع باعتبارها قضية ذات أبعاد مختلفة قد تؤدي عرقلة مسيرة التنمية والتطور في المجتمع. تهتم دول العالم بقضايا الإعاقة اهتماماً ملحوظاً فتعقد المؤتمرات والندوات والملتقيات العالمية وتأسس وتساعد على إنشاء مختلف الجمعيات العالمية والخيرية وتصدر المواثيق والاتفاقيات الدولية التي تضمن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ، ومن هذا المنطق فإن رعاية أفراد ذوي الاحتياجات الخاصة أصبح أمراً ملحاً وضرورة اجتماعية.

وتعتبر الإعاقة من المشكلات الاجتماعية التي تعاني منها العديد من المجتمعات ولقد كانت الإعاقة ولا تزال حاجزاً ملزماً للمجتمعات وقد تبينت تلك المجتمعات في نظرتها وفي معاملاتها لهم حسب القيم. (عبد اللطيف سماح، 2008: ص20).

ويعد التوحد من الفئات الخاصة فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة في أنحاء العالم، ومازال يكتنفه الكثير من الغموض المرتبط بعدم معرفة الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى ظهوره، فما زال الغموض يدور حول السبب الرئيسي لهذه الاضطرابات وقد توصلت بعض الأبحاث أن هناك أسباب جينية وراثية وعضوية عصبية، وبعض الدراسات أرجعتها إلى أسباب نفسية وإجتماعية وسوء العلاقة بين الوالدين والطفل، فيما أرجعتها أخرى إلى اضطرابات بالجهاز العصبي، وأخرى إلى ضغوطات وحرمان في الطفولة، كما أشارت الكثير من الدراسات أنه منتشر بين الذكور أكثر من انتشاره بين الإناث، وهذا وقد تطورت الأبحاث في مجالات التربية الخاصة تطوراً كبيراً سواء من حيث تشخيص، القياس والتدريب وغيره.

ويشير مفهوم التوحد في مضمونه إلى خلل في وظائف الدماغ وعدم القدرة التوحدي على التواصل الاجتماعي ونقص واضح في مهارات الاتصال والتفاعل مع الآخرين، إضافة إلى السلوك العدواني.

حيث يتخذ السلوك العدواني أشكالاً عديدة عند التوحدي فمنهم من هو مستمر في العدوانية لا ينقطع عنها ومنه من يتصرف بشكل عدواني أحياناً وبعضهم الآخر يسلك سلوك عدوانياً خاصاً كالعض والتخريب والتمزيق وغيرها من السلوك العدواني.

ويشكل السلوك العدواني مشكلة كبيرة يصعب حلها وتطلب تدخل سواء الأهل أو المربين، لمساعدة الطفل التوحدي والسيطرة على هذا السلوك.

ففي دراستنا هاته لنيل شهادة ليسانس تطرقنا إلى دراسة السلوك العدواني نحو الذات عند الطفل التوحيدي (5-12 سنة).

تناولنا في الفصل الأول الجانب النظري يشمل فصلين الفصل الأول تناولنا اضطراب التوحد تعريف، أسباب، أشكال و تشخيص التوحد أما الفصل الثاني تناول السلوك العدواني تعريفه وأسبابه وأهمية النظريات التي فسرت السلوك العدواني.

أما الجانب التطبيقي حددنا فيه الدراسة الاستطلاعية وتحديد المجال الزماني والمكاني وعينة الدراسة وحددنا المنهج المتبع وأهم الأدوات وبعد إجراء الدراسة، تطرقنا إلى مناقشة الفرضيات ووضع إقتراحات واستنتاجات.

الجانب النظري

الفصل الأول

1-1 إشكالية الدراسة :

لقد تطور العلم و اتخذ مجالات واسعة في مختلف التخصصات حتى علم النفس اتخذ مجالاً واسعاً من هذا التطور حيث اهتم علم النفس المدرسي بالبحث في كل ما يتعلق بالبيداغوجية في ظل الاضطرابات النفسية و العقلية ومن أهم هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً التي أخذت من البحث جزءاً شاسعاً هو اضطراب التوحد أو ما يسمى بسرطان الأمراض النفسية والعقلية فبالرغم من كل الأبحاث والدراسات على النطاق الواسع وكل من المراحل البحث و التقصي بقي اضطراب التوحد اضطراباً يصعب تلخيصا أعراضه أو أسبابه ورغم كل هذا التطور في العلم وأساليب البحث يعجز أمام وجود حلول لهذا الاضطراب لقد انتشر اضطراب التوحد وخاصة في الآونة الأخيرة حيث أخذ نطاقاً واسعاً فقد أصبح على الأقل وحسب بعض الدراسات من بين 10 عائلات هناك عائلة يعاني أحد أطفالها من اضطراب التوحد الذي نجهل إن كانت أسبابه وراثية أو بيولوجية أو اضطرابات نفسية أو راجع إلى خلل في التربية.

فالبحث العلمي يسعى إلى تأطير هذه الإضطربات ومحاولة تضييق نطاقها ومحاولة السيطرة على انتشارها فالتوحد اضطراب أخذ كل محاور الاهتمام والاكتشاف فيعرف التوحد أنه إعاقة تتعلق بالنمو تتميز بقصور في إدراك ونزعة إنطوائية و إنسحابية (فراج عثمان، 1994، ص 8،2) أما الجمعية الأمريكية لطب النفس APA على أنه اضطراب فيزيولوجي يؤثر على وظائف المخ (المغلوث، الفهد، 206)

ويذكر عبد العزيز السيد وعبد الغافر الدماطي 1902 ، 53) ان التوحد اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين 30 و 42 شهر ويؤثر في سلوكاتهم ويشير (نايف الزراع، 2004، 20) أن التوحد يعتبر خللاً في الجهاز العصبي غير معروف السبب يؤثر على عدد من البعد اللّغوي التواصلي والبعد المعرفي الحسي إضافة إلى البعد السلوكي باعتبار أن السلوك هو المسؤول عن الاستقرار الذاتي و قابلية التعلم والتدريب فغياب الاستقرار إلى ضغوطات ربما ينجم عنه سلوكات عدوانية تلحق الأذى به أو بغيره وهذه السلوكات تظهر في صور عديدة منها السلوكات العدوانية تلحق أذى ذاتي حيث قد تفرغ هذه العدوانية على الذات عن طريق ضرب الرأس أو الارتماء على الأرض (مخطار وفيق، 1999، ص53)

ولقد هدفت دراسات معرفية فعالية التدريب على التواصل في خفض السلوك العدواني الذي يعاني منه أطفال دوي اضطراب التوحد (جدة في المملكة العربية السعودية)

(الزراع نايف) أكدت دراسة هالة فؤاد كمال الدين 2001 تصميم تعديل السلوك العدواني للأطفال المصابين بأعراض التوحد تهدف الدراسات إلى تصميم برنامج اكتساب سلوكات اعتيادية والحد من السلوكات العدوانية: اكتساب الإستقرار وتوصلت الدراسة إلى قابلية خفض السلوك العدواني وتعلم السلوك التكييفي (طراد 2013، 27)

إضافة إلى دراسة صحر ربيع أحمد عبد الموجود 2009 فعالية برنامج تدريبي تنمية بعض المهارات الإجتماعية وخفض سلوك إيذاء الذات لدى أطفال التوحد على عينة من 12 طفل وتوصلت الباحثة إلى وجود قابلية لهذا البرنامج التدريبي وإنخفاض سلوك إيذاء النفس (طرلد 2013، 31)

ولقد جاءت هذه الدراسات عن سلوكات العدوانية عند أطفال التوحد وقابلية برامج التدريب لخفض مستوى السلوك العدواني لهذا تم القيام بالتركيز على هذا السلوك في موضوع بحثنا ومن هنا يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي :

-ما هو نوع السلوك العدواني لدى أطفال التوحد من (03 إلى 12) سنة.

1-2 الفرضيات الدراسة :

-نوع السلوك العدواني عند أطفال التوحد من (5 إلى 12 سنة) يكون موجه نحو الذات.

-ترتفع حدّة السلوك العدواني الموجه نحو الذات عن أطفال التوحد من (5 إلى 12 سنة) .

1-3 أهمية و أهداف الدراسة :

-قلة الدراسات التي تشمل فئة السلوك العدواني الموجه نحو الذات عند أطفال التوحد.

-مساعدة هذه الفئة للتخلص من هذه السلوكات .

-تقديم الرعاية والعناية اللازمة لتحقيق استقرار وفق برامج تدريبية.

-تحديد نوع السلوكات العدوانية والتركيز على السلوك العدواني نحو الذات .

أ/ أهمية الدراسة:

تعد السلوكات العدوانية من أخطر وأهم المشاكل خاصة في فئة التوحد ولهذا تمثلت أهمية الدراسة في:

-لفت انتباه المجتمع والمسؤولين والمختصين في هذا المجال لفهم هذه الفئة وكيفية التعامل معها.

-قد توفر هذه الدراسة بعض المعلومات عن أطفال التوحد وخاصة الذين يعانون من مشاكل سلوكية والتي يمكن أن تقف عاجزاً أمام التكيف.

-تساعد أولياء الأمور في تبني أساليب المعاملة الوالدية المناسبة لتعامل مع أبنائهم والتي تتناسب مع حالة أولادهم.

-توضح هذه المعلومات للمختصين والمتكفلين في التعامل مع هذه الفئة والسيطرة على نوبات الغضب التي قد تصاحب أطفال التوحد.

-محاولة الاهتمام بهذه الفئة وتقديم المساعدة للتخلص من هذه السلوكات العدوانية التي تلحق بهم الأذى.

ب/ أهداف الدراسة:

-تمثلت أهداف الدراسة في الكشف عن السلوكات العدوانية التي تكون موجة نحو الذات ومحاولة التعرف على أسبابها.

-معرفة الحاجات الضرورية التي تخص هذه الفئة التي تؤدي بهم إلى إيذاء أنفسهم.

-التعرف على الأسباب الكامنة وراء هذه السلوكات.

-معرفة مدى فعالية البرامج التدريبية للخفض من هذه السلوكات.

1-4 تحديد المفاهيم:

1-4-1 التعريف الاصطلاحي والإجرائي:

أ / التعريف الاصطلاحي:

-التوحد:

مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللّغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي الاجتماعي ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي انفعالي.

-السلوك العدواني:

لكل سلوك إنساني أهداف يسعى إلى تحقيقها والسلوك العدواني هو مظهر سلوكي أو الإسقاط لما يعانيه الفرد من أزمات انفعالية حادة حيث يميل الفرد إلى سلوك تخريبي أو عدواني نحو الذات أو الغير (فوزي احمد، 2007، ص45).

-**الذات:** تعريف **روبرز** : فقد عرّف الذات بأنه تنظيم عقلي ومعرفي ومجموعة عدّة قيم ومفاهيم ترتبط بالفرد و تعتبر سمة من سماته.

ب / التعريف الإجرائي:

-**التوحد:** هم 4 حالات تتراوح أعمارهم من 5 إلى 12 سنة من فئة التوحد الشديد ثمّ تحديد شدته بالاعتماد على إختبار لتحديد شدّة التوحد ، خضعت إلى ملاحظة دامت 4 أشهر داخل مركز نفسي بيداغوجي ومتابعتهم من خلال شبكة الملاحظة لتسجيل ما يصدر عنهم من سلوكات عدوانية.

-**السلوك العدواني:** وهو يتمثل في الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص من خلال رسم الرجل و شبكة ملاحظة بالمركز البيداغوجي.

الفصل الثانـي

أولاً / التوحـــد:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على المعالم النمائية الرئيسية، حيث جذب اهتمام الاختصاصيين والباحثين، ولا يزال هذا الاضطراب مثيرا للجدل من حيث تشخي صه، أسبابه، علاجه، وقد أصبح حاليا تصنيفا مستقلا في التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن التوحد يعد جزءا من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثا نوعا ما.

1-تعريف التوحد:

الأوتيزم Autisme لفظ مشتق من أحل يوناني وهو مكون من مقطعين الأول Aut وتعني الذات Self والثاني Ism وتعني حالة State وبذلك يعني هذا المصطلح حالة الذات، ويشير إلى الانشغال الشديد للأطفال المحابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين (محمد خليل وآخرون، 2002:ص33).

ويعرف التوحد على أنه مصطلح يستخدم لوحف إعاقة من إعاقات النمو، تتميز بقصور في الإدراك، ونزعة انطوائية انسحابية، تعزل الطفل عن محيطه، بحيث يعيش منغلقا على نفسه لايكاد يحس بما حوله من أفراد، أحداث أو ظواهر)فراج عثمان، 1224:ص 2.3(.كما يعرف على أنه نواة الأمراض الذهنية، يتميز بانقطاع الاتصال عن الواقع و صعوبة التوا صل والتفاعل مع الآخرين، والطفل التوحدي هو منعزل،وحيد،ومنطوي على ذاته ويعيش في عالم خاص به Jean Hamburger, 1974: p43( )على أنه (Bleuber، بحيث يعرفه بلوبر انقطاع عن العالم وانطواء على الذات،إذ يسيطر هذا الاضطراب على الحياة النفسية الداخلية والتخيلية للفرد، ويخلق صعوبات في الاتحال بالآخرين (Chorystele،2002:p195)

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) فتشير إلى أنه نوع من أنواع الاضطرابات التطويرية، يظهر خلال ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، حيث أن الاضطرابات الفيزيولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثرعلى مختلف مراحل النمو (المغلوث فهد، 2003).

بينما عرفه إريك راندر Eric Randar على أنه انخفاض خطير وعميق في عدد من المجالات الهامة للتطور،أو النمو الشخصي نذكر منها: مهارات التفاعل الاجتماعي التواحل، السلوك، والقدرة التخيلية،على أن تظهر هذه الأعراض قبل سن الثالثة (راندر إريك، ترجمة أبا سيد حاتم راسل، 2005: ص 01).

ويعرف كذلك على أنه حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل علاقاته مع الآخرين، ولا يتحل بهم إلا قليلا جدا، والتوحد مصطلح لا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن أن يحاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكياء جدا أو متخلفين عقليا (مصطفى نوري،.2011: ص238)

والدليل الطبي العالمي لتحنيف الأمراض في طبعته العاشرة (10) ICD يعتبره مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواحل ومخزون محدود، نمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف، وتنتشر بنسبة (10-15) طفلا في كل عشرة آلاف ولادة حية.

بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4 فيجب أن تظهر في الفرد إعاقات نوعية في المجالات التالية:

-التفاعل الاجتماعي

-الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك

-الميول والأنشطة

كما يجب أن تظهر ستة أعراض على الأقل في هذه المجالات، مع وجود عرضين على الأقل في التفاعل الاجتماعي،وعرض واحد في كل من الاتصال، والنماذج المحددة المتكررة والنمطية للسلوك، والميول والأنشطة، كما ينبغي أن تكون هذه الأعراض موجودة عند سن الـ (36). الأطفال التوحديون هم الذين :

-ينقصهم الاتصال الانفعالي

-ينقصهم الاتصال اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي، مع شذوذ في شكله، ومضمونه وترديد آلي لما يسمع .

-شذوذ في اللعب والتخيل(Wolf, 1988 : p576).

كما تتنوع أعراض التوحد، ومع ذلك يمكن اكتشافها في الشهر (30) و(36) من عمر الطفل ويمكن أن يقوم بتشخيصه أطباء الأطفال، الأخصائي النفساني، أو متخصص مهني في مجال التوحد، والسؤال الهام في هذا الصدد كيف يمكن اكتشاف هذا الاضطراب؟، أو ما العلامات التي تبدي على الطفل؟

-ضحك أو قهقهة غير مناسبة

-عدم الخوف من الخطر

-عدم حساسية للألم

-مقاومة (رفض) احتضان أو تدليل الآخرين له

-صعوبة في التفاعل مع الآخرين

-ترديد الكلام أو الصوت (المصاداه)[1]

-تجنب التواصل البصري

-إظهار نوبات غضب شديدة

-إظهار حركات نمطية، متكررة مثل رفرفة الأصابع أو الدوران حول أنفسهم.

-ضعف في مهارات التقليد (الشامي وفاء، 2004: ص20 .21)

---

(1) **المصاداه** :تعبيرطبي يتصف بطابعه التكراري ، وتوجد هذه الظواهر الترادادية في حقل اللغة، للدلالة عند فرد معين على الترداد الآلي للكلمات التي نتوجه بها إليه، دون أن يبدو أنه قد فهم معناها، وتعتبر ظاهرة آلية لأنها غير إرادية دون قصد ظاهر، ومنقطعة بالنسبة إلى النشاط السائد (دورو نرولان وبارو فرانسواز، ترجمة شاهين فؤاد،: 2011، ص370)

وفي هذا الصدد أشارت دراسة كلين (klin, 1995) بعنوان "تدريب الأطفال التوحيديين على الإصغاء للكلام للحد من سلوكيات الانسحاب الاجتماعي لديهم"، حيث هدفت إلى التمييز بين الأطفال التوحيديين والأطفال المتخلفين عقليا في سلوكيات التواصل مع الآخرين والتعلق بهم والانسحاب من المواقف الاجتماعية .
تكونت عينة الدراسة من 12 طفلا توحديا، تتراوح أعمارهم ما بين (4 – 3) سنوات وضمت الثانية مجموعة مماثلة من الأطفال المتخلفين عقليا، نتائج الدراسة أوضحت أن الأطفال التوحديون كانوا أقل تعلقا من أقرانهم المتخلفين عقليا، حيث لم يفضلوا أصوات الأم، بل كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وذلك بشكل دال قياسيا بأقرانهم المعاقين ذهنيا الذين كانوا يفضلون حوت الأم وهدفت الدراسة التي قام بإجرائها ماتسون Matson, 1991 إلى المقارنة بين مجموعة من المفحوصين التوحديين تضم 13 مفحوص، تتراوح أعمارهم بين 2-12سنة ومجموعة متجانسة من الأسوياء تضم13 مفحوصا أيضا، وذلك في المهارات الاجتماعية، مستخدمين مقياس ماتسون للمهارات الاجتماعية، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين لصالح الأسوياء، حيث كانت مجموعة التوحديين أقل بكثير في المهارات الاجتماعية (بخش أميرة طه ، د س: ص121).

ويعرف طيف التوحد أو ما يسمى بأشباه التوحد، وهي حالات الاضطراب في العام في التطور، ويقصد به الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشاكل في أساسيات التطور النفسي في نفس الوقت وبدرجة شديدة (شيب عادل ، 2008:ص30).

أما الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والصادر يوم 18 ماي 2013، يحدد بأنه أصبح للتوحد تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد، وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي التوحد، اضطراب أسبرجر، اضطراب الطفولة الانحلالي، اضطراب النمو المتعمم غير المحدد بشكل آخر، ويتصف اضطراب طيف التوحد أولاً: بنقص في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وثانياً: بمحدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات، وإذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فإن التشخيص هو اضطراب في التواصل الاجتماعي، وليس طيف التوحد (غرو هولجون، ترجمة المالح إحسان ،2013).

كما يرجع اضطراب طيف التوحد إلى وجود عوامل طبية وراثية وقد يكون ناتج عن عامل بيئي، كما قد يكون هناك نمو عصبي، عقلي واضطراب في السلوك (DSM 5, 2012- 2013p32).

2-تاريخ اضطراب التوحد:

لقد ظهر التوحد منذ أمد طويل، حيث كان ينظر إليه على أنه مرض عقلي مصنف ضمن الذهانات، لكن بمجهود الدراسات والبحوث التي أسهمت في تطوير مفهوم هذا الاضطراب النمائي، وإبراز أعراضه ضمن التصنيفات العالمية للأمراض النفسية والعقلية .(Messersechmitt,1991 : p12)

ففي(1868) كان هنري موندسلي Henry Mandsleyأول أخصائي نفساني اهتم جديا بالاضطرابات العقلية لدى الأطفال الصغار، والتي تضمنت الانحراف الملحوظ التأخر والنشوة في العمليات النمائية، وفي البداية كان يعتبر اضطرابا ذهانيا (عبد المعطي حسن، 2001: ص 553).
وفي عام 1906 جاء كومبي Kombi المختص في طب الأطفال بفكرة أن الاضطرابات الملاحظة قد تكون مؤشرات لهذيانات الراشد، ومن جهة أخرى يرى جاليفي Jaliffé أنها مؤشرات للجنون المبكر، ولكن أزيلت هذه الفكرة بانعقاد مؤتمر علم النفس.(Messersehmitt,1991: p03) .

كما قام أنباي Anby في عام 1910 بوضع أفكار تخص الهذيان الطفولي على شكل جنون مبكر من خلال ملاحظة الأطفال المصابين، ووفق هذه الدراسة قام بلوبر Bleuber بإصدار نص بعنوان " الجنون المبكر"، حيث كانت أعراض هؤلاء الأطفال انقطاع الصلة بالواقع، وانسحابي , مع انطواء على الذات (Messersehmitt, 1991: p13) ، كم يعتبر هذا الطبيب النفسي من الذين اهتموا بالاضطراب، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي، فالانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة (فاروق أسامة وآخرون،2011، ص 22).

ويعود الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به إلى الطبيب النفسي ليوكانر kanner Leo الذي قام بإجراء دراسة على11 طفل، ومن خلال ملاحظته قدم وحف لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام(1943) وأطلق عليهم اسم التوحد الطفولي حيث يتسم الأطفال بالعزلة الاجتماعية، عجز في التواصل، وسلوك نمطي مع اهتمامات مقيدة (بشير يوسف والبهبهاني يعقوب، 2004) وفي فترة ما بين (1950-1960) كان التركيز على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على أنه متلازمة محددة، وامتازت هذه المرحلة كذلك بالاهتمام بالمقارنة بين التوحد وغيره من الاضطرابات، وقد تم التوصل إلى ثلاث مجالات لدى أغلبية الأطفال

التوحديين والتي تمثلت في فشل في تطوير علاقات اجتماعية، تأخر واضطراب لغوي، مع ظهور سلوكيات نمطية مرتبطة بلعب نمطي (الزريقات إبراهيم عبد الله، 2004: ص27).

3-معدل انتشار التوحد:

تؤكد الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد ASA, 1999على أن معدل انتشار التوحد يتراوح مابين (4 - 5) (لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وأشارت الإحصائيات التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع 4(DSM) والصادر عام 1224 (أن التوحد يصيب حوالي 5 أطفال من كل 10 آلاف طفل وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث تقدر بـ (4 – 1) ونسبة التوحد النمطي هي (5 –4) في كل 10000 طفل، أما اضطراب أسبرجر فهو 23في كل10000 طفل، وقد لوحظ مؤخرا ازدياد نسبة التوحد بشكل كبير، كما أشارت تقارير بأن التقديرات المنتشرة لاضطراب التوحد في العديد من البلدان، في المملكة المتحدة، أوروبا وآسيا أن نسبة الإصابة بالتوحد تتراوح مابين (2–6) أطفال من كل 10000طفل، وتختلف نسبة حدوثه من دولة إلى أخرى، وذلك لعدم وضوح الأسباب والأخطاء في التشخيص (خليفة وليد وآخرون، 2013: ص 17.18).

قدر رابن Rapin, 1997حدوث التوحد مابين(1 - 2) لكل 1000 حالة، وقد لخص فومبون Fombonne, 1988 نتائج الكثير من الدراسات لعينة قوامها 4 ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين(4,6 - 5,5لكل (10000) طفل، أما رابنوكاتزمان (Rapin et Katzman)،1998 . فقدرا معدل انتشاره مابين(1- 2) (شخص لكل1000) (فاروق أسامة فاروق وآخرون، 2013:ص29–30).

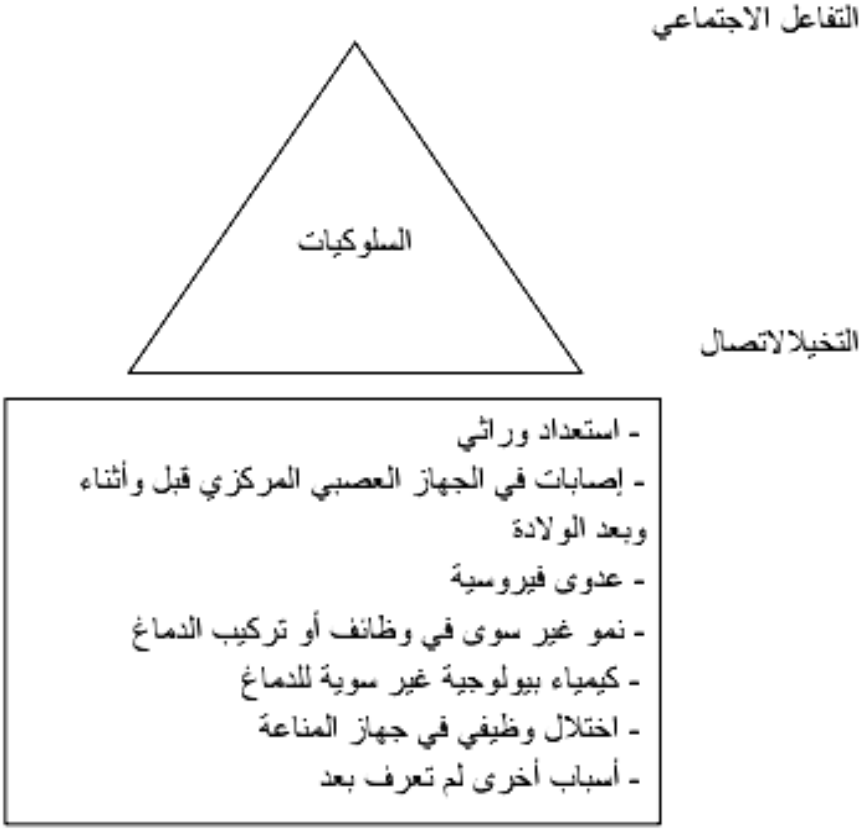
ولقد لوحظ أن حوالي 40% من التوحديين لديهم معدل ذكاء يقل عن (50-55) وحوالي(30%)(يتراوح معامل ذكائهم مابين (50-30) كما يلاحظ أن حدوث هذا الاضطراب يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي (20%) لديهم ذكاء غير لفظي سوي، وفي سجلات معدلات الذكاء للذاتويين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوي، ومهارات التفكير المجرد، مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة (خطاب أحمد، 2005- 2002:ص 21 .22).

ويتصدر داء التوحد عند الأطفال قائمة الأمراض العقلية في الجزائر، حيث يحصى إصابة(30) ألف طفل توحدي، بعضهم أسعفهم الحظ في نيل فرحة المتابعة في المراكز الخاصة على ندرتها ليحظوا بتكفل الطب

النفسي العقلي، والأرطفوني مبكرا، وهو ما يسمح بتخفيف أعراض التوحد ومحاولة إدماجهم في المدارس، فيما لا يزال مئات الأولياء في رحلة البحث عن وصفات ناجعة على عتبات الرقاة وحتى الدجالين (جريدة الشروق،نوفمبر ،2013العدد: 192 ، ص10)

4-أسباب التوحد:

يقوم ثالوث الإعاقات "ثالوث التوحد " بوصف السلوكيات التي تساهم في التعرف على التوحد، ولكنه لا ينبئ عن السبب وراء ظهور هذا الاضطراب، وتعتبر هذه السلوكيات التشخيصية رأس الجبل الجليدي، وإذا لم يعرف ما يوجد تحت الماء لن تتوفر تفسيرات كافية للإعاقات التي يفحح عنها.



الشكل رقم33(:) يبين حدوث ثالوث التوحد

(الإمام صالح والجوالدة فؤاد، 2010: ص 93)

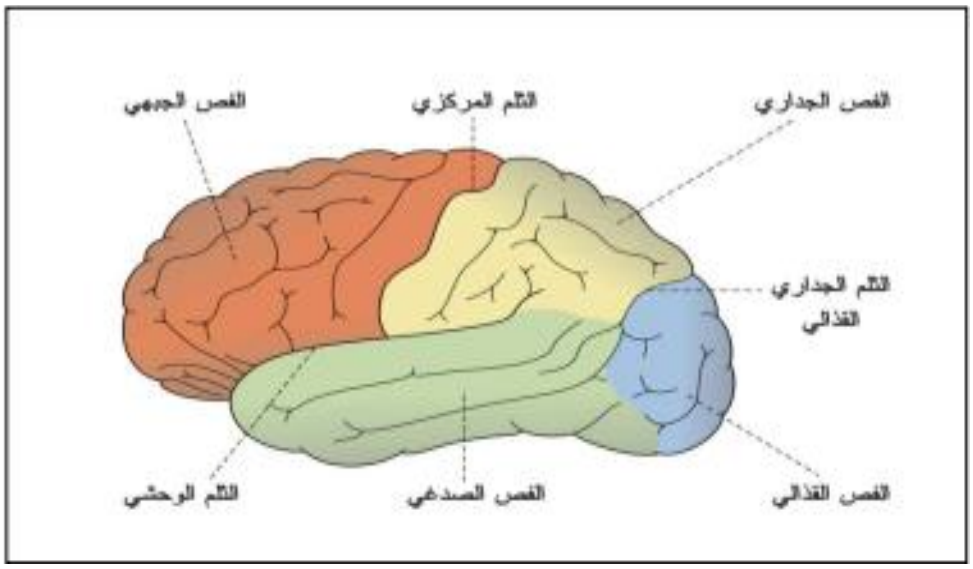
وهذا الشكل يطرح سؤالا مهما ما الذي يسبب التوحد ...؟ وللإجابة على هذا السؤال ومنذ زمن انبثقت عدة نظريات وتفسيرات لهذا الاضطراب والتي تتمثل فيما يلي:

4-1-العوامل العصبية والبيولوجية :

إن البحث الحالي يشير إلى أن أي شيء يمكن أن يسبب ضررا أو تلفا بنيويا، أو وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي، يمكن له أيضا أن يسبب متلازمة التوحد (عليوان محمد،2007:ص ، 09) ويعتقد الباحثون أن جميع المحابين بهذا الاضطراب يعانون من تلف دماغي، ودليل ذلك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية الجسمية والإعاقات المختلفة، وكذلك الاختلاف الموجود في شكل أدمغة المحابين (ذيب الشيخ، ، 2004) كما أظهرت الفحوصات العصبية على أن الأطفال التوحديين يتميزون بشذوذات، مثل تآزر ضعيف في الحركة، سيلان اللعاب،نشاط زائد وأشارت الدراسات أن (3) أرباع من هؤلاء الأطفال يظهرون إشارات عصبية مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي(عسيلة كوثر،2006: ص269).

وتشير الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي(IRM) أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المحابين بالاوتيزم، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في الفص القفوي، الفص الجداري والفص الصدغي، ولم يوجد فروقا في الفحوص الأمامية، كما يعتبر الفص الصدغي منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة للاضطراب، فعندما يحدث تلف لهذه المنطقة عند الحيوان فمن المتوقع أن يفقد السلوك الاجتماعي، ظهور القلق، الأرق، والسلوك الحركي المتكرر (خطاب أحمد،2005- 2009: ص43 .45 . 46).

ولقد أوضح فيجندرا سينغ (Fijandra Sing) في المؤتمر الدولي سنة2000 أن التجارب المخبرية التي قام بها، أوضحت بأن جرعات التطعيم ضد الحصبة الألمانية تسبب ردود فعل مناعية، تؤدي إلى تلف البروتين في المخ، وبالتالي التوحد (سليمان عبد الرحمن، 2011 : ص10).



الشكل رقم (40): يمثل رسم تخطيطي لفصوص الدماغ

4-2-العوامل الجينية:

لا يعتبر كثير من الباحثين أن متلازمة الصبغي الهش le chromosome fragile x هي أحد أسباب التوحد، بل يتم التفريق بين الحالتين على أساس أن أعراض هذه المتلازمة مشابهة للتوحد، ولكن مازالت العديد من الدراسات تدرج الصبغي x(الهش) كسبب مهم ومسؤول عن الإصابة بهذا المرض، عن نسبة تتراوح بين2,5 %-16% (العلي رسلان، 2009: ص 35).

وقد يكون للوراثة دور في التعرض للاضطراب، وهذا ما توصلت إليه دراسة كامبل (Campbell et al, 2006) حيث تشير نتائج دراسة أسرية للذاتوية شملت (1231) عينة أن الموقع على الكرومزوم (Vq 31) هو المنطقة المرشحة لوجود جين التوحد كما تنتشر بعض الأمراض المزمنة بين أسر المحابين بالتوحد، مثل مرض السكر المعتمد على الأنسولين، التهاب المفاصل الروماتيزي، انخفاض إفراز الغدة الدرقية، والإصابة بالحساسية (اللهيبي نادية، 2009:ص41).

4-3-العوامل المناعية والكيميائية :

تشير بعض الأدلة أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المحابين باضطراب التوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (عبد المعطي حسن، 2001:ص ،274)، أما العوامل الكيميائية تتمثل في زيادة التسرب في جدار الأمعاء زيادة نمو الكاندا الفطريات في الأمعاء، عدم قدرة الجسم على التخلص من السموم، مثل: الزئبق ونقص

مضادات الأكسدة، والأحماض الدهنية غير المشبعة، وكذلك الضعف المناعي (ابراهيم الحكيم، 2003:ص149).

4-4-عوامل ما قبل الولادة :

تشير بعض الدراسات أنه يوجد مضاعفات سلبية لاضطراب التوحد، ففي مرحلة الحمل قد يؤثر النزيف الدموي للأم على الجنين، وتأثير العقاقير التي تتعاطاها أثناء فترة الحمل، كما وجد أن السائل الداخلي المحيط بالجنين في تاريخ الأطفال التوحديون موجود بنسبة أكبر مقارنة بالفئة العادية، حيث قد يحاب الطفل بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا (عبد المعطي سن،2001:ص559).

كما أشار العديد من العلماء أن التدخين أثناء مرحلة الحمل له مخاطر كبيرة في ولادة طفل محاب بالتوحد، وتعتبر دراسة أجراها مجموعة من الباحثين السويديين على 2000 طفل بأن الأمهات المدخنات أكثر عرضة لإنجاب أطفال توحديين بنسبة وحلت إلى 40% مقارنة بالأمهات غير المدخنات (كامل محمد ،2005:ص 19).

4-5-العوامل الاجتماعية :

يرى كل من بوتمان زيريك Boutman Zurek, 1960 أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتهما فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه، وأكد كانر kanner بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس ظهور كل التصرفات غير الطبيعية (الجبلي سوسن2004:ص ، 49) ويقول برينو بيتلهايم Bruno Betlheim في كتابه(الحصن الفارغ، 1967) أعلن عبر هذا الكتاب "اعتقادي أن رغبة الأباء في ألا يوجد طفلهم أصلا هي العامل المحفز لتوحد الطفولة" (لوراشر بيمان، ترجمة عياد فاطيمة، 2010:ص89).

4-6-العوامل النفسية :

نظرية الأم الثلاجة: أي أن التوحد ناتج عن انسحاب نفسي لما يدركه الطفل على أنه بيئة باردة عاطفيا، والتي كانت سائدة في الخمسينيات والستينيات هي نظرية خاطئة تماما (الإمام صالح والجوالدة فؤاد، 2010:ص ،94)، وقد فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات كثيرة عنده وحسب العالم النفسي برينو بيتلهايم Bruno Betlheim أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من

الوالدين، ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم، حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة (الشامي وفاء،2004).

5-أشكال التوحد:

5-1-متلازمة أسبرجر :

إن هذا النوع من الاضطرابات عادة ما يظهر في وقت متأخر عند التوحديين، أو على الأقل يتم اكتشافه متأخرا، ويتميز بما يلي:

- نقص المهارات الاجتماعية
- صعوبة التعامل الاجتماعي
- ضعف التركيز والتحكم
- محدودية الاهتمامات

-وجود ذكاء طبيعي، فمستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عاديا أو فوق العادي لذلك فإن البعض يطلقون علي هذا النوع مسمى" التوحد عالي القدرات" (شيب عادل، 2008: ص 34).

وطبقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، فإن المرضى باضطراب أسبرجر يظهرون إعاقة مستمرة في التفاعل الاجتماعي، وسلوك نمطي مقيد،ولا يوجد تأخر دال في اللغة أو النمو المعرفي،أو مهارات مساعدة الذات الملائم للعمر(عبد المعطي حسن، 2001: ص 75).

5-2-متلازمة ريت :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر(6-18 شهراً) ، ثم يلاحظ الوالدين تغييرا في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور وفقد بعض القدرات المكتسبة، خصوصا مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة، المشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل: الكلام،التفكير، استخدام اليدين كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات ليست لها معنى، وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتهما، أو حركات مميزة لليدين (عبد المعطي عادل، 2008: ص 31).

5-3-اضطراب عدم التكامل الطفولي :

يعرف هذا الاضطراب بمتلازمة هيلر، وهي حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور، ونمو طبيعيان في السنتين الأولين من العمر،تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر (عبد المعطي عادل،2008:ص35) يتميز بالنكوص في عدة مجالات وظيفية، وقد يفقد المحابون التحكم في الأمعاء

والمثانة قصور في التواصل وأنماط السلوك المقولب والمتكرر، ومن غير الممكن تفسير هذه الاختلالات من خلال اضطراب نمائي أو باضطراب الفحام(محمد سيد،2004:ص16).

5-4-التوحد الخارق :

يتميز هؤلاء المحابون باضطراب التوحد بمهارات خارقة لا يستطيع القيام بها معظم الناس العاديين وغير العاديين، ومن مجالاتها الحساب الرياضي الذاكرة الحادة،الرسم، الموسيقى، والفنون الإبداعية (حمدان محمد،2001:ص14).

الجدول رقم( ): يبين الفرق بين خصائص أنواع اضطراب التوحد(بتصرف الباحثة)

الاضطراب المظاهر / الإكلينيكية	التوحد الخارق	اضطراب أسبرجر	اضطراب ريت	الطفولة التفككي
معدلالانتشار	(14)ذكور / إناث	الذكور أكثر من الإناث	الإناث فقط	الذكور أكثر من الإناث
البداية	قبل ثلاث سنوات	إلى حد ما في الطفولة المتأخرة	بعد النمو طبيعي لمدة خمسة أشهر	بعد نمو طبيعي لمدة سنتين ما بين(3 - 4)سنوات
التفاعل الاجتماعي	قصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي مع سلوك نمطي محدد	ضعف التواصل الاجتماعي لكن بدرجة أقل منه في اضطراب التوحدي الطفولي	عجز في التفاعل الاجتماعي، لكن الميل إلى الزوال بعد سن التمدرس	قصور كبفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل، وأنماط السلوك المتكرر والمحدد
اللغة و القدرات المعرفية	ضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع وجود مضادات زائدة، قدرة معرفية عالية عند البعض أو منخفضة عند البعض الأخر	لا يوجد تأخر لغوي إكلينيكي مع استخدام كلمة في عمر العامين وجملة في ثلاث سنوات تتراوح القدرة المعرفية المتوسط وفوق المتوسط	ضعف شديد في اللغة التعبيرية والاستقبالية	قدرة لغوية ومعرفية تناسب السن قبل ظهور الاضطراب لكن بعد ظهوره تفقد هذه القدرات المكتسبة

6-تشخيص التوحد :

يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM 4) إلى أن الأعراض التوحدية تشمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية، التواصل والأنشطة (DSM4,1994:p801)

لذا يجب التركيز على أهمية التشخيص المبكر حيث أنه يساعد الأسرة في الاكتشاف المبكر للإعاقة، وبالتالي يقلل من المشكلات المرتبطة به إذا ما وضعت الاستراتيجيات العلاجية المناسبة خلال السنوات الأولى المبكر للطفل التوحدي (عبد العزيز وآخرون، 2001:ص172).

وهناك دراسات في هذا الصدد، ففي دراسة فرنسية حديثة ضمت (49) فريقا من الأخصائيين في علم النفس الطفل، تمت الإشارة إلى أن الفترة بين الأعراض الأولى للاضطراب وتاريخ الاستشارة الأولى ما تزال طويلة جدا، وكانت الدراسة قد أجريت على (193) طفلا تمت معاينتهم في (1997) و (1998)وأشارت إلى أن متوسط الفترة من أجل التحديد الأول للاضطراب يقع بين(17-32) شهرا للحصول على أول رأي متخصص، وهذه الفترة حسب الباحثين ليست مرتبطة بجنس الطفل، وترتيبه الأسري، أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأبوين، كما أنها ليست مرتبطة بشدة أعراض التوحد وما يزال تشخيص اضطراب التوحد من العقبات التي تواجه الباحثين في مشكلات الطفولة وقد يرجع السبب إلى تداخل أو تشابه اضطرابات أخرى مع التوحد(عليوان محمد،2003:ص02).

ويمكن تشخيصه اعتمادا على الأعراض التالية: ضعف التواصل ضعف العلاقات الاجتماعية، الانغلاق الذاتي، مقاومة التغيير، مظاهر سلوكية: ضحك وقهقهة بطريقة غير ملائمة، انفعال وتقلب في المزاج، ضعف المهارات الحركية اضطراب التفكير والإدراك (الزغلول عماد، 2006:ص ، 134) كما يتم تشخيصه عن طريق الملاحظة المباشرة من طرف مختصين قبل سن ثلاث سنوات (عسيلة كوثر،2006:ص63).

بالرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص اضطراب التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل، والسبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين أعرض التوحد وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها: التخلف العقلي، الذهان، زملة أعراض أسبرجرريت، الإعاقة السمعية، إعاقات التخاطب، الشذوذ الكروموزومي، وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات، وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز

هذا الاضطراب عن غيره من الإعاقات، فيما يسمى بالتشخيص الفارق (القمش مصطفى، 2011: ص 112).

الجدول رقم (40): يوضح مقارنة بين كل من الدليل التشخيصي (3) و (3) المعدل والرابع و ICD (10) فيما يخص تباين تطور المظاهر الإكلينيكية لاضطراب التوحد (بتصرف الباحثة)

الدليل / المظاهر الإكلينيكية	اضطراب – ICD (10)	الدليل الرابع اضطراب التوحد (1994)	الدليل الثالث المعدل اضطراب التوحد (1987)	الدليل الثالث توحد طفولي (1980)
بداية الإضطراب	قبل (30) شهر	أثناء العامين الأولى أو الطفولة المبكرة		قبل سن (3) سنوات مع وجود نفس الوظائف الشاذة في الدليل (4)
التفاعل الاجتماعي	نقص الاستجابة للآخرين	قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي بوجود (5) محكات	قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي في محكين من أربعة على الأقل	خلل في التعاملات الاجتماعية المتبادلة والتجاوب معهم
اللغة والتواصل	عيوب وشذوذ في نمو اللغة و تطورها و في الكلام كذلك، و في حالة وجودها تكون ذات طبيعة غريبة	قصور كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي قصور في النشاط الخيالي	قصور كيفي في التواصل يلاحظ على الأقل في واحد من (4) من بين المحكات المتعارف عليها	ضعف في المحادثات وضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي
الأنشطة و الاهتمامات	استجابة غير هادفة لمظاهر متنوعة في البيئة	محدودية في الأنشطة والاهتمامات	سلوك نمطي محدد و مكرر و أنماط من الاهتمامات والأنشطة المحددة على الأقل في (1)	قصور روتيني على نطاق واسع واهتمام غير وظيفي للأشياء

ثانيا / السلوك العدواني:

1-تعريف السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني أحد أهم السلوكيات التي يتصف بها كثير من الأطفال في عصرنا الحاضر بدرجات متفاوتة، ويقصد به أي سلوك من شأنه إيقاع الأذى الجسدي أو النفسي أو الألم بالذات أو بالآخرين وبالأشياء، حيث يظهر بين الإخوة داخل الأسرة، وبين الطلب في المدرسة، وفي الشوارع والأماكن العامة، بأشكال مختلفة لفظية وبدنية.

تعريف العدوان:

اختلفت تعريفات العدوان وتعددت، تبعا لاختلف زوايا الرؤية والمنطلقات النظرية والفكرية للدارسين والباحثين في مجالات علم النفس والتربية والصحة النفسية، كما قدمت الموسوعات والمعاجم المتخصصة تعريفات عديدة، وفيما يلي عرض موجز لهذه التعريفات للعدوان على النحو التالي:

-يعرفه (حسين،1986: 208) أنه: أي أذى مقصود يلحقه الطفل بنفسه، أو الآخرين، سواء كان هذا الأذى بدنياً أو معنوياً، مباشراً أو غير مباشر، صريحا أو ضمنيا أو وسيطيا، أو غاية في ذاته، كما يدخل في نطاق هذا السلوك أي تعد على الأشياء، أو المقتنيات الشخصية بشكل مقصود، سواء أكانت هذه الأشياء ملكاً للفرد أو للغير.

-بينما يعرفه (زهران، 1987: 14) أنه: الهجوم نحو شخص، أو شيء مسؤول عن إعاقة بالغة، مثال ذلك الكيد والتشهير والاستخفاف أو الهجاء.

-ويرى (الشربيني ، 1994: 84) أن: العدوان هجوم أو فعل مضاد موجه نحو شخص أو شيء ما، وينطوي على رغبة في التفوق على الآخرين، ويظهر إما في الإيذاء أو الاستخفاف أو السخرية بغرض إنزال العقوبة بالآخر.

-ويعرفه (العيسوي، 1999: 362) فيرى أنه: نزعة نحو الهجوم أو التهجم في مقابل الانسحاب أو المساومة والتفاهم، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد.

-كما يعرفه (مختار، 2001: 50) على أنه: سلوك يصدره الفرد لفظيا أو معنويا أو بدنيا أو ماديا صريحا أو ضمنيا، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك، أو الآخرين.

من خلل التعريفات السابقة يتضح أن العدوان ناتج عن حالة نفسية مضطربة، بسبب مواقف الإحباط والصراعات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الطفل، خاصة في المواقف الضاغطة كالحرب، وما تخلفه من فقر، خوف، حرمان، وفقد للأعزاء، مما يؤدى إلى قيام الطفل بسلوكيات عدوانية تجاه الآخرين تعبر عن الحماية لنفسه، أو إشباع حاجة أو عدوان لأجل إثبات الذات، وقد يكون هذا العدوان ماديا أو معنويا.

2-مظاهر السلوك العدواني:

تختلف صور التعبير عن العدوان باختلاف السن والثقافة وأسلوب التربية والتكوين النفسي والنمط الخلقي الذي نشأ عليها الفرد، ويتمثل العدوان في صور متعددة منها:

1.ما يظهر على قسمات الوجه مثل: التهجم، العبوس، احمرار الوجه، النظرات الغاضبة.

2.من خلل الفم مثل: العض، البصق، إصدار أصوات الزراية، الاحتقار، الاستنكار، التهديد.

3.من خلل الجسم مثل: الارتماء على الأرض، الرفس، التشنج، الإغماء، التلويح باليدين والقدمين للثأر، الضرب، رمي الأشياء، الدفع، الخدش وشد الشعر (مختار، 1999:53).

4.من خلل الصور اللفظية مثل: الصياح، الصراخ، الألفاظ الجارحة، السباب، البذاءة في القول، السخرية والتهكم، الكيد، التشهير، الهجاء، اللعن، الإغاظة، اللوم والنقد (سري، 2003: 37)

5.من خلل الصور المعنوية مثل: الانتقام، العناد، المخالفة، التحدي، التخلف، التدهور والفشل في العمل، الإهمال من خلل اللمبالاة، وعدم الاكتراث بالآخرين أو بالموضوع (القريطي، 1998: 327).

6.من خلل الأفعال العدوانية العلنية مثل: إشعال الحرائق، مقاومة السلطات وتحديها، الضرب، الدفع، الركل، الطعن، التشاجر، أو التخريب أو أي نوع من أساليب الإيذاء، التي يستخدمها الأطفال مع بعضهم كتمزيق الكتب أو الكراسات أو إخفائها، أو الكتابة عليها، أو الكتابة على الجدران. (مختار، 2001: 54).

3-أشكال السلوك العدواني:

تتعدد أشكال السلوك العدواني حيث يمكن تصنيفه إلى:

3-1.العدوان المقصود: وينقسم إلى نوعين هما:

أ- **العدوان الوسيلي (دفاعي):** وهو سلوك يسلكه صاحبه بطريقة عدائية من أجل الحصول على ما لدى الشخص الآخر وليس من أجل إيذائه (الرفاعي، 1989: 152) .

ب- **العدوان العدائي (الكرهي):** ويهدف هذا النوع إلى إيذاء الأشخاص الآخرين، وعادة ما يكون مصاحبا بأحاسيس ومشاعر الغضب نحوهم (الأشول، 1982: 326) .

3-2.العدوان غير المقصود:

وهو السلوك الذي يوقعه الفرد على شخص أو شيء ما، دون قصد أو تعمد مترصد، مثل الطفل الذي يتسم بحركة زائدة، فيمكن أن يؤذي الآخرين دون علم منه، من هنا ضرورة أخذ النيات بعين الاعتبار عند معاقبة الطفل الذي قام بسلوك فيه عدوان ما.

3-3.العدوان الاجتماعي:

ويشمل الأفعال العدوانية التي يظلم بها الإنسان غيره وتؤدي إلى فساد المجتمع، وهي الأفعال التي فيها تعد على الكليات الخمس هي (المال، النفس، العرض، العقل،الدين،) كما هو اعتداء الطفل على الآخرين المحيطين به، أو الاعتداء على ممتلكاتهم، والخروج على القوانين والنظم المعمول بها، وعدم الالتزام بالسلوك المقبول اجتماعيا، وينقسم هذا النوع إلى نمطين هما (قطامي، 1989: 151).

أ- **العدوان الجسماني** : وهو اعتداء الطفل على الآخرين بأعضاء جسمه، مثل الضرب، الركل والعض مستخدما في ذلك يديه ورجليه وأظافره وأسنانه.

ب- **العدوان اللفظي:** وهو السلوك العدواني الذي يقف عند حدود الكلم، مثل السب والشتم والتوبيخ ووصف الآخرين بعيوب وصفات سيئة، كما يشمل أيضا الكذب الذي يوقع الفتنة بين الآخرين.

3-4.العدوان الموجه نحو الذات:

يحدث هذا النوع من العدوان لدى الأطفال المضطربين سلوكيا، حيث عدوانهم نحو الذات يهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الأذى بها، ويأخذ هذا النوع من العدوان أشكالا متعددة مثل تمزيق الطفل ملبسه وكتبه، أو لطم وجهه وشد شعره، أو ضرب رأسه بالحائط، أو جرح جسمه بأظافره، أو عض أصابع يديه أو حرق أجزاء من جسمه أو كيها بالنار.

3-5.العدوان المباشر:

هو العدوان الذي يوجهه الطفل بشكل مباشر إلى الشخص مصدر الإحباط ويظهر على شكل مشاجرات، الضرب، الإيذاء بالكلم، التهديد، أو يوجهه الطفل ضد شخص بالذات، طفل كان (كأخيه أو غيره) أو كبيرا (كأمه أو أبيه أو مربيه) (الزعبي، 1994: 201) .

3-6.العدوان غير المباشر:

ربما يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفا من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية فيحول سلوكه العدواني إلى طرف أخر (قد يكون شخصا، أو ممتلكات) بحيث يكون قادرا على توجيه العدوان له (ملحم،2002: 29) . وعادة ما يكون السلوك العدواني غير المباشر كامنً ا وكثيرا ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين بسخريتهم منهم، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوبة اجتماعيا. (الزعبي، 1994: 201) .

4-أسباب السلوك العدواني:

تم تقسيم العوامل المسببة للسلوك العدواني إلى عدة أقسام وهي كالتالي:

4-1.العوامل الوراثية:

تفترض الأدلة الحديثة، أن الوراثة تلعب دورا في ظهور الاختلافات أو الفروق الفردية في السلوك العدواني، فقد وجد أنه في حالة التوائم الصينية من نفس الجنس، أنهم يكونون أكثر تشابها في العدوان من التوائم

الأخوية، وعليه فقد افترض أن العوامل الوراثية تلعب دورا في نمو السلوك العدواني وتحديد مظاهره (عبد الله، 1997: 236).

4-2.العوامل البيولوجية:

يتسم السلوك البشري السوي بالضبط البيوكيميائي، بمعنى أن ثمة صورة واضحة عن أثر الفسيولوجيا على السلوك التكيفي تبدو في جهاز الغدد الصماء، وهو عبارة عن شبكة محطات الهرمون التي تفرز المواد البيوكيميائية ذات الأثر الكبير في مجري الدم مباشرة، وتعتبر الغدة النخامية بمثابة "مايسترو" جهاز الغدد بوجه عام، وذلك بما تفرزه من هرمون يؤثر في الوظائف السيكولوجية (الشربيني، 2003: 159).

4-3.العوامل الفسيولوجية:

لم تستطع البحوث التجريبية إقامة الدليل الكافي على صحة التصور القائل بوجود علقة مباشرة بين الناحية الفسيولوجية والعدوان المتمثل في افتراض الانتقال الوراثي للعدوان عبر الأجيال، والقول بوجود أساس فطري للعدوان، ومسؤولية أجزاء معينة في المخ كالمهاد عن السلوك العدواني، إلا أن استقراء ما توصلت إليه البحوث من نتائج في هذا الشأن يشير إلى علقة غير مباشرة بين النواحي الفسيولوجية والعدوان، إن الجهاز السمبثاوي (أحد أجزاء الجهاز العصبي الذاتي) مسؤول عن رفع مستوى الاستثارة الفسيولوجية وتعبئة طاقات الفرد لمواجهة حالات الطوارئ، بما فيها الاستعداد للعدوان؛ لذا فإن التفاوت في مستوى نشاط هذا الجهاز لدى الأفراد يتبعه بالضرورة تباين في استعداد كل منهم للعدوان (منصور، 2003.: 155).

4-4.العوامل الطبيعية:

يتأثر العدوان بالظروف الطبيعية السائدة في البيئة مثل الكثافة السكانية، الضوضاء والمناخ وغيره، فالضوضاء تجعل الفرد مهيَّأً للاستجابة العدوانية، من خلل تأثيرها في بعض وظائفه الحيوية (السمع، نبض القلب) فضل عن إثارتها الشعور بالانزعاج والتوتر (الشربيني، 2003: 160).

4-5.العوامل النفسية:

***الشعور بالألم:** إن الشعور بالألم البدني أو النفسي، يمكن أن يحرض على المزيد من الجوانب الانفعالية، وبالتالي إمكانية حدوث السلوك العدواني.

***المهاجمة أو الإهانة الشخصية :** فعندما يهاجم أو يهان شخص ما فإنه قد يكون في موقف مثير ومشجع على السلوك العدواني تجاه الشخص الذي قام بمهاجمه أو إهانته، في ضوء العين بالعين والسن بالسن والبادئ أظلم (علوي، .)25 :1998

***الإحباط:** يعرف الإحباط بأنه مصطلح يدل على شعور عميق بالقلق وخيبة الرجاء وتثبيط الهمة وفتور العزيمة والاستياء وعدم الرضا، منشؤه الفشل في تحقيق الرغبات المطلوبة والآمال المرجوة والأهداف المنشودة والصراعات النفسية والمشكلات التي أخفق الفرد في إيجاد حل لها (نشوان، 1998: 115) .

***الشعور بعدم الراحة:** أشارت بعض الدراسات إلى أن الشعور بعدم الراحة مثل التواجد في أماكن مزدحمة، أماكن مغلقة، سكن غير مريح، التواجد مع جماعة غريبة عن الفرد، كلها تسهم في إثارة السلوك العدواني (علوي، 1998: 27)

***الاستثارة والغضب والأفكار العدائية** : إن الإحباط، الشعور بالألم، فقدان شيء ما، التعرض للغيظ، المنافسة، النقد، التعرض لاعتداءات الآخرين جميعها قد تؤدي إلى الاستثارة أو الغضب عند الفرد أو تذكر مواقف عدائية الأمر الذي قد يثير الاستجابة العدوانية عند الفرد (مختار،2000: 60).

4-6.العوامل الاجتماعية:

تلعب العوامل الاجتماعية دورا كبيرا في تكوين السلوك العدواني عند الأطفال مثل: (أساليب التنشئة الخاطئة – غياب الأب عن الأسرة) التي يمكن أن تثير السلوك العدواني لدى الأطفال.

5-النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

يوجد عدد كبير من النظريات التي بحثت في العدوان وحاولت تفسير دوافعه ومسبباته، وفيما يلي عرض لبعض هذه النظريات:

5-1.النظرية البيولوجية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن العدوان جزء أساسي من طبيعة الإنسان وأنه التعبير الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة، وأي محاولات لكبت عدوانيته ستنتهي بالفشل بل إنها تشكل خطر النكوص الاجتماعي، فل يمكن للمجتمع الإنساني أن يستمر دون التعبير عن العدوان؛ لأن كل العلاقات الإنسانية ونظم المجتمع وروح الجماعة يحركها من الداخل هذا الشعور بالعدوان، ويرى أصحاب هذه النظرية أن البناء الجسمي للعدوانيين يميل إلى البدانة مما يجعلهم يميلون للشراسة والعنف، فمنهم من اتجه إلى دراسة الهرمونات حيث لوحظ ارتباط بين هرمون الذكورة وبين العدوان ومنهم من اتجه إلى دراسة الناقلت العصبية، حيث إن الناقلات الكاتيكولامنية والكولينية، يشتركان في إحداث العنف، بينما السيروتوتين والجابا أمنيو بيوتريك تثبط العدوان وتضعفه، لوحظ حديثا أن نقص السيروتوتين يرتبط بحدوث سرعة الاستثارة وزيادة العدوان لدى الحيوانات (العقاد، 2001: 107) .

5-2.نظرية التحليل النفسي:

يسميها البعض بنظرية العدوان كغريزة وترجع جذور هذه النظرية إلى سيجموند فرويد الذي يرى أن السلوك العدواني جزء من الكيان الإنساني، وفي محاولة منه لتفسير السلوك العدواني المعقد، فقد حدد أن أصل السلوك هو ما أسماه بغرائز الحياة ومن أهم مشتقاتها الغريزة الجنسية، التي تحافظ على بقاء الفرد، أما غرائز الموت فتعمل على تدمير الذات، وعليه ترى هذه النظرية أن العدوانية الإنسانية ناتجة عن قوة يولد بها الإنسان ترجع مباشرة للرغبة الغريزية للتدمير وهو ما أسماه برغبات الموت التي تتضمن أروس وهي طاقة الحياة من هنا يرى فرويد أن الطاقة العدوانية يمكن تفريغها إما بأسلوب مقبول اجتماعيا من خلل أعمال أو ألعاب نشطة أو من خلل أنشطة غير مرغوب فيها مثل إهانة الآخرين، القتال أو تدمير الممتلكات (شفير، 1988: 237).وأكد أدلر –وهو أحد أتباع نظرية فرويد– أن العدوان وسيلة للتغلب على مشاعر القصور

والنقص والخوف من الفشل، وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر، عندئذ يصبح العدوان استجابة تعويضية عن هذه المشاعر (ملحم، 2002: 86).

5-3.النظرية السلوكية:

يعد صاحب هذه النظرية سكنر الذي يبني نظريته على افتراض أن معظم السلوك متعلم ومكتسب وبالتالي يمكن تعديله أو تغيره، وبناء على ذلك فإن الفرد يتعلم العدوان من البيئة التي يعيش فيها من خلال مشاهدة النموذج الذي قد يكون (الوالدين أو المربية أو شخصية سينمائية).

5-4.نظرية الإحباط – العدوان:

قد انصب اهتمام هذه النظرية على الجوانب الاجتماعية للسلوك الإنساني، وقد قامت النظرية على أساس أن العدوان قد يحدث نتيجة الأحداث أو مواقف غير العوامل الفطرية داخل الفرد كرد فعل على سيجموند فرويد عن العدوان كغريزة (علوي،22:1998).

واستندت هذه النظرية في البداية على فرضية هامة وهي أن السلوك العدواني ناتج عن طاقة عدوانية تتولد بالإحباط عندما يجد الفرد عائقا نحو تحقيق أهدافه، وهكذا نرى أن عدم تحقيق الأهداف يقود إلى الإحباط والإحباط يقود إلى السلوك العدواني على التوالي، وبالتالي تقدم هذه النظرية حجة قوية على أن العدوان ناتج عن الإحباط إلا أن أحد أتباع هذه النظرية قد عدلّ الفرض، واعتبر أن العدوان محصلة للغضب وأن أسباب الغضب كثيرة منها: الإحباط الإهانة الشعور بالظلم الجوع وأن الإحباط لا يؤدي إلى العدوان بشكل مباشر، ولكنه يؤدي إلى الغضب مما يجعل الفرد مهيَّأً للقيام بالعدوان (ملحم، 2002: 87).

5-5.نظرية التعلم الاجتماعي:

ترتكز هذه النظرية على أن السلوك العدواني سلوك اجتماعي متعلم يتعلمه الفرد عن طريق النمذجة أي عن طريق مشاهدة غيره يقوم بارتكاب العدوان (Bandura, 1973,18) وتفترض هذه النظرية أن السلوك العدواني يمكن تعلّمه من خلال ملاحظة الطفل لنماذج في البيئة المحيطة به ممن يمارسون السلوك العدواني

كالآباء، الإخوة، الأقران فهذا التعليم السلوك العدواني من المتوقع حدوثه وظهوره إذا النموذج أبدى تعزيزه للسلوك العدواني. وهناك عدة مصادر يتعلم من خللها الطفل السلوك العدواني منها:

- التأثير الأسري، الأقران، النماذج الرمزية كالتلفزيون، الممارسات العدوانية التي تشنها إسرائيل على قطاع غزة.

-اكتساب السلوك العدواني من الخبرات السابقة.

-التعليم المباشر للمسالك العدوانية كالإثارة المباشرة للأفعال العدوانية الصريحة في أي وقت.

-تأكيد هذا السلوك العدوان من خلل التعزيز والمكافآت.

-إثارة الطفل إما بالهجوم الجسمي بالتهديدات أو الإهانات أو إعاقة سلوك موجه نحو هدف أوتقليل التعزيز أو إنهائه قد يؤدي إلى العدوان.

-العقاب قد يؤدي إلى زيادة العدوان (العقاد، 2001: 115).

ويرى الباحثان من خلل عرضهم للنظريات المختلفة في تفسير السلوك العدواني أن هناك اتجاهين أساسيين:

الاتجاه الأول: الاتجاه الغريزي وينقسم إلى قسمين الأول يتزعمه فرويد ولورنز ويرى أصحاب القسم الأول أن العدوان سلوك فطري لدى جميع الناس، أما القسم الثاني البيولوجي يرى أن العدوان سلوك فطري لدى بعض الناس.

أما أصحاب الاتجاه الثاني: فهم يرون أن العدوان متعلم في أغلبه يكتسبه الإنسان من البيئة التي يعيش فيها ومن هؤلاء دولارد وميلر وباندورا؛ فالتعزيز والملاحظة ومحاكاة النموذج هو الأساس في ظهور السلوك العدواني، ومن هنا نجد عدم اتفاق العلماء في تفسير العدوان، ويرجع ذلك إلى اختلف الإطار الثقافي والمرجعي لكل منهم، واهتمام كل منهم بجانب معين من السلوك يختلف عن الجانب الذي اهتم به وبالنظر للتجاهات المختلفة في تفسير العدوان، نجد أن كل اتجاه فسر جانبا من السلوك العدواني ولم يفسر السلوك كله، وإذا جمعنا كل الاتجاهات وجدناها متكاملةً وليست متعارضة، فالعدوان يرجع العوامل السابقة جميعا لأن العدوان كأي سلوك هو حصيلة تفاعل مجموعة من العوامل المتداخلة، بعضها خاص بالفرد ذاته

وتكوينه البيولوجي والنفسي، وبعضها بيئي خارجي يكمن فيه البيئة الاجتماعية ومواقف الحياة التي يتعرض لها الفرد بما فيها من إحباطات وصراعات مما يعني أن العدوان في جانب منه دافع فطري وجانب آخر مكتسب، ومن هنا يتبنى الباحث خطوات النظرية السلوكية التي ترى أن السلوك العدواني متعلم من البيئة المحيطة، والأمر الهام هو كشف السلوك العدواني لدى الأطفال من قبل المنشطين في مواقع ألعاب الصيف والعمل على خفض هذا السلوك.

6-أساليب التغلب على السلوك العدواني:

توجد عدة أساليب فعالة لعلاج وضبط سلوك العدوان عند الأطفال ومنها:

6-1.تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال:

فالدراسات تظهر أن مزيج من التسيب في النظام والاتجاهات العدوانية لدى الآباء يمكن أن ينتج أطفال عدوانيين جدا، وضعيفي الانضباط والأب المتسيب أو المسامح أكثر من اللازم هو ذاك الذي يستسلم للطفل ويستجيب للطفل ويدللً ويعطيه قدرا كبيرا من الحرية، إما بسبب انصياعه للطفل أو إهماله، والأب ذو الاتجاهات العدوانية لا يتقبل غالبا الطفل ولا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف أو الفهم أو التوضيح، كما أنه يميل إلى استخدام العقاب البدني الشديد وعندما يمارس الأب العدواني سلطته فهو يقوم بذلك بطريقه غير مناسبة وغير متوقعة، واستمرار هذا المزيج من ضعف العطف الأبوي والعقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوانية والتمرد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل.

6-2.تنمية الشعور بالسعادة:

حيث تشير الدراسات إلى أن الناس الذين يمارسون اتجاهات إيجابية سعيدة يميلون أن يكونوا لطيفين نحو أنفسهم ونحو الآخرين بطرق متعددة، أما الأطفال الذين يعيشون في جو من النقد فإنهم يميلون أكثر إلى العدوان (الزعبي، 2000: 116).

6-3.إعطاء الطفل مجالا للنشاط الجسمي وغيره من البدائل:

إذ إن من الضروري أن يعطى الأطفال فرصا كثيرة للتدريب والتمرينات الرياضية بحيث يتم من خللها تصريف الطاقة الزائدة والتوتر.

6-4. تغيير البيئة:

يمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة ترتيب المكان الذي يعيش فيه الطفل سواء داخل الأسرة أو في المدرسة أو داخل حجرة الدراسة من حيث ترتيب المقاعد، مثل فكلما كان لدى الأطفال حيز مكاني أوسع للعب قل احتمال العدوان لديهم؛ ولذا فإن اللعب الخارجي الذي يعطي فرصا كثيرة للحركة من موقع لآخر أمر هام يساعد على التخفيف من حدة العدوانية كما أن للموسيقى تأثيرا مهدئا على النزعات العدوانية (بشناق، 2001: 234).

6-5. تعزيز السلوك المرغوب:

كثيرا ما نفترض نحن الراشدين أن سلوك الأطفال الطيب أمر مفروغ منه، وبالتالي لا نقوم بتعزيزه مع أن الخطوة الأولى في معالجة السلوك العدواني هي تعزيز السلوك الجيد الصادر عن الطفل؛ ففي كل مرة يقوم الطفل فيها باللعب مع أحد أقرانه دون شجار أو صراخ يجب أن يمتدح من طرف الأب أو المعلم أو المرشد (الخطيب، 1998: 317).

6-6.تعليم المهارات الاجتماعية:

يتقاتل الأطفال لأنهم يفتقرون للمهارات الاجتماعية مثل التحدث بلطف مع الآخرين أو التعبير عن أنفسهم بدون إيذاء مشاعر الآخرين؛ لذلك يجب تعليمهم مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين.

6-7.اكتشاف الميول العدوانية:

يمكن اكتشاف الميول العدوانية لدى الأطفال، إما بملاحظاتهم أثناء ممارسة النشاط الحر كاللعب أو الرسم، أو بالاستماع إلى قصصهم التلقائية دون استخدام موجهات لها، أو عند استخدام صور تعرض عليهم كنوع من المثيرات التي يسقط الطفل عليه انفعاله.

ويرى الباحثان أن برامج ألعاب الصيف التي نفذتها وكالة الغوث الدولية لهذا العام لهي من أهم الأساليب في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال حيث جمعت جميع الأساليب السابقة فعملت على تجنب الممارسات الخاطئة في التنشئة لديهم، كما أدخلت السعادة على قلوبهم، وأعطت لهم مجالات مختلفة للنشاطات الجسمية وغيرها من البدائل، كما وفرت بيئة آمنة، وعززت السلوك المرغوب فيه من خلل بث القيم المجتمعية مثل: الانضباط والنظافة، والتسامح، والتعاون، والمشاركة... إلخ، ونمت المهارات الاجتماعية، كما كشفت عن ميولهم العدوانية، وكيف تم الاستفادة من هذه الألعاب والنشاطات من تخفيف هذا السلوك بعد الحرب على غزة، وهذا ما ثبت من خلل نتائج الدراسة الحالية.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

تمهيد:

لا يقل الجانب الميداني أهمية عن الجانب النظري بل يُعدّ جزءاً مهماً وضرورياً من البحث إذ يتم من خلاله عرض البيانات لإعطائها المعاني والدلالات تساعدنا في استخلاص نتائج الدراسة ويحتوي هذا الجانب على الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، عينة الدراسة مجال الدراسة وأدوات الدراسة.

3-1 الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظراً لارتباطها بالميدان من خلالها تتأكد من وجود عينة أو حالات الدراسة لهذا قمنا بالتوجه في هذه الدراسة لهذا قمنا بالتوجه في هذه الدراسة إلى المركز النفسي البيداغوجي للإطلاع على الميدان الذي تتم تطبيق الدراسة فيه وهذا بعد التحصل على ترخيص من الجامعة بعد تمّ التوجيه إلى الأخصائية العيادية التي أرشدتنا إلى ثلاثة حالات تعاني من السلوك العدواني إلاّ أنه تم اختيار حالتين فقط بسبب الغياب المتكرر للحالة الثالثة.

3-1-1 مجال الدراسة:

***المجال المكاني للدراسة :** أجريت الدراسة على الحالات بالمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنيا بسور الغزلان ولاية البويرة .

***المجال الزمني للدراسة:** تم تطبيق الدراسة الميدانية من الفترة الممتدة من 21 جانفي 2019 إلى غاية 15 أفريل 2015.

3-2 المنهج المتبع في الدراسة:

بما أن موضوع الدراسة يحاول التعرف على الجانب العدواني لفئة التوحد والحاجة إلى معرفة كل تفاصيل والمعلومات عن حالة وأيضاً تاريخ الحالة لذا الحاجة تدعو إلى منهج دراسة حالة الذي هو منهج يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواءاً كانت فرداً أو مؤسسة أو نظاماً أو مجتمعاً محلياًاو مجتمعاً عاماً وهو يقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي

مرّت بها وذلك بقصد الوصول إلى تعميمات علمية متعلقة بالوحدة المدروسة وغيرها من الوحدات المتشابهة لها. (عبد الباسط محمد، حسن 1977، ص 233-234)

خصائص منهج الدراسة :

من مميزات دراسة الحالة أنه يركز على الوحدة الكلية لمعرفة خصائصها وسماتها وهي أسلوب تنظيم المعطيات الخاصة بالوحدة بوحدة المختارة مثل تاريخ الحياة للفرد، ويقوم على أساس التعمق في الدراسة وتحديد مختلف العوامل التي تؤثر في الوحدة أو الكشف عن أسباب ودواعي سلوكات الوحدة. (عبد الباسط محمد حسن، المرجع السابق، 234)

3-3 عينة الدراسة:

تتمثل عينة الدراسة في طفلين يعانون من اضطراب التوحد وسلوكات عدوانية وتتم تحديد العينة بمساعدة الأخصائية العيادية الموجودة في المركز النفسي البيداغوجي.

3-4 أدوات جمع البيانات:

لقد تمّ الاعتماد في هذا البحث على الأدوات التالي:

3-4-1 الملاحظة:

تعد الملاحظة من الأدوات البحثية التي يمكن استخدامها للحصول على بيانات تتعلق ببعض الحوادث والوقائع. ويفضل استخدام الملاحظة كأداة بحثية على غيرها من الأدوات وخاصة عندما تكون ممكنة حيث يتم فيها تحديد ما هو مطلوب التركيز عليه وتدوين ما يراه الباحث أو ما يسمعه بدقة تامة.

والملاحظة الجيدة تتم باستخدام وسيلة صادقة تتضمن التدوين الدقيق أو الرصد في مواقف فعلية من قبل شخص مدرب لديه اتجاهات إيجابية نحو البحث العلمي. (سهيل رزق، 2003، ص 50)

وفي هذا البحث تم تطبيق شبكة الملاحظة من تصميم الباحثة ومساعدة الأخصائيين العيادي والأخصائي التربوي والمنسق البيداغوجي حيث تناول سلوكات عدوانية ذات البعد الذاتي أي السلوك العدواني الموجه نحو الذات .

3-4-2 المقابلة نصف موجهة:

وهي التي تكون الأسئلة فيها مزيجاً من نوعين المقابلة الوجة والمفتوحة وفيها تعطى الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب من التوضيح . (حسن مصطفى، ص141)

ولقد كانت المقابلة هي الوسيلة التي تم الاعتماد عليها للحصول على معلومات وجمع البيانات

الأولية لكل حالة والحصول على تاريخ المفصل لكل حالة ومكنتنا من الإطلاع على أكبر قدر من التلقائية والمشاعر والانفعالات.

ولقد تمّ إجراء المقابلة مع أم وأب كل حالة لحصول على معلومات وجمع البيانات الأولية لكل حالة والحصول على تاريخ المفصل لكل حالة ومكنتنا من الإطلاع على أكبر قدر من التلقائية والمشاعر والانفعالات.

ولقد تمّ إجراء المقابلة مع أم وأب كل حالة لحصول على تاريخ الحالة ووضع الحالة في المنزل والأسرة خارج المركز البيداغوجي .

3 5 تقديم الحالات:

3-5-1 الحالة الأولى:

الإسم : ع – أ الجنس: ذكر

السن : 11 سنة

تاريخ ومكان الميلاد:

عدد الإخوة: 3

رتبة الحالة: 3

السوابق المرضية لعائلة الحالة:

زواج أقارب : نعم نوع : الزوج ابن خالة الزوجة

هل هناك حالة إضطراب في العائلة: لا

وضعية الوالدين : طبيعية

مستوى التعليمي للأب: متوسط

مستوى التعليمي للأم: متوسط

مهنة الأب: تاجر

مهنة الأم: ماكثة في البيت

السوابق الصحية :

-الحمل مرغوب فيه: نعم

-سن الأم أثناء الولادة: 34 سنة

-سير الحمل والإصابة بأمراض: طبيعي ، عدم التعرض لأي مرض

-نوع الولادة: عادية

-هل حدث إختناق؟: لا

-صرخة الميلاد: فورية

-هل ولد بتشوهات : لا

الجانب المعرفي الانفعالي والاجتماعي:

الجانب المعرفي:

الإدراك: معرفة الألوان + معرفة الأشكال + الانتباه والتركيز

الجانب الإنفعالي:

منعزل : لا

عدواني : نعم

سريع الغضب: نعم

الجانب الإجتماعي : علاقته بأفراد العائلة مضطرب عدم التقبل نوعاً ما.

الظروف المعيشية للحالة:

الحالة (ع، أ) يبلغ من العمر 11 سنة يقيم بمدينة سور الغزلان ولاية البويرة في منزل عائلي يمكث فيه 3 أعمام متزوجين إضافة إلى أولاً الخالة التي تقوم الجدة بتربيتهم، علاقة الأسرة مرتبكة وتعاني من اضطرابات علاقته مع إخوته مضطربة حيث يتعرض للضرب في بعض الأحيان. يرفض أغلبية أفراد العائلة إلى أخذه إلى خارج المنزل بحكم نوبات البكاء المتكررة التي يعاني منها في أغلب.

ملخص المقابلة:

كانت الأم متعاونة حيث أعطتني معلومات مهمة وقالت أن مرحلة الحمل والولادة كانت طبيعية ولكن بعد الولادة مباشرة لم تأخذ الأم فترة راحة كما صرحت (دار العيال وفيها الخدمة بزاف ومكاش لي يخدم، سلافاتها كل وحدة في طابق وهي مع العجوز) فكانت أم تترك (ع، أ) وحده في الغرفة لساعات طويلة وبعد أن أصبح يمشي كانت تقوم بربطه في كرسي وتركه أمام التلفاز ساعات طويلة.

قالت الأم أن (ع ، أ) (طوّل مهدرش ولاو يقولولي بنك ماشي نورمال) بعدها تمّ عرضه على أخصائي تم تشخيص إضطراب التوحد، وبعدها صرحت الأم أنه يعاني من نوبات بكاء شديدة ويقوم بعض يده دائماً قالت (درتلو الحار في يدو باش ميعضهاش وغير يروح الحار يولي يعض) وكانت حين يريد أن يأكل ولم يعطوه يقوم بضرب رأسه على الحائط.

تحليل محتوى المقابلة:

من خلال تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم تبيّن لنا أن هذه الحالة لديها سلوكات عدوانية وتمثل هذه السلوكات نحو الذات حيث يقوم دائماً بإيذاء ذاته.

شبكة الملاحظة: تفريغ لشبكة الملاحظة

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
نتيجة	3	3	3	3	3	2	2	1	2	2	3	2	3	1	2	1	3	1	3	1

1 : لا يحدث 2 : أحياناً 3 : باستمرار

لا يحدث	أحياناً	باستمرار
5	12	27

تحليل النتائج:

بعد التوصل إلى هذه النتائج نلاحظ أن السلوك العدواني الموجه نحو الذات يكون قوي حيث 9 بنود اتضحت أن السلوكات العدوانية فيها تكون باستمرار تمثلت هذه البنود في (1، 2، 3، 4، 5، 11، 13، 17، 19) و6 بنود يكون السلوك العدواني فيها أحياناً وتمثلت هذه البنود في (6، 7، 9، 10، 12، 15) و5 بنود أشارت إلى عدم حدوث السلوك العدواني وتمثلت هذه البنود في (8، 14، 16، 18، 20).

نستنتج في الأخير أن هذه الحالة لديها سلوك عدواني موجه نحو الذات مرتفع.

شبكة ملاحظة لتحديد:

السلوك العدواني نحو الذات لدى أطفال التوحد (5-12)

الرقم	الفقرة	لا يحدث/1	أحيانا/2	بالاستمرار/3
01	يخدش ويقرص نفسه			
02	يشد شعره وأذنيه			
03	يعظ نفسه خاصة في الأيدي			
04	يضرب ويصفع نفسه			
05	يرمي الأشياء على نفسه			
06	يحاول خنق نفسه			
07	يستعمل أشياء حادة لإيذاء نفسه			
08	يمزق و يشد ملابسه			
09	يضرب رأسه على الحائط أو على الأثاث			
10	يبكي ويصرخ بشدة			
11	يضرب الأشياء بقدميه أو يديه			
12	كسر الأشياء خاصة الزجاج برأسه أو يديه أو قدميه			
13	أكل أي شيء يجده أمامه			
14	الامتناع عن الأكل لعدّة أيام			
15	جرح نفسه بواسطة أشياء حادة			
16	بلع أدوات حادة أو أدوات سامة			
17	يرمي نفسه على الأرض يصرخ ويبكي			
18	حرقه نفسه			
19	إعادة جرح أو تقشير الجروح بعد التئامها			
20	كسر العظام سواء الأيدي أو الأرجل			

3-5-2 الحالة الثانية:

الإسم : ب –ر الجنس: ذكر

السن : 07 سنة

تاريخ ومكان الميلاد:

عدد الإخوة: 1

رتبة الحالة: 1

السوابق المرضية لعائلة الحالة:

زواج أقارب : لا

هل هناك حالة اضطراب في العائلة: لا

وضعية الوالدين : طبيعية

مستوى التعليمي للأب: ابتدائي

مستوى التعليمي للأم: ثانوي

مهنة الأب:

مهنة الأم: ماكثة في البيت

السوابق الصحية :

-الحمل مرغوب فيه: نعم

-سن الأم أثناء الولادة: 25 سنة

-سير الحمل والإصابة بأمراض: طبيعي ، التعرض لمرض فقر الدّم.

-نوع الولادة: قيصرية

-هل حدث إختناق؟: لا

-صرخة الميلاد: فورية

-هل ولد بتشوهات : لا

الجانب المعرفي الانفعالي والاجتماعي:

الجانب المعرفي:

الإدراك: معرفة الألوان + معرفة الأشكال + الانتباه والتركيز

الجانب الإنفعالي:

منعزل : نعم

عدواني : نعم

سريع الغضب: نعم

الجانب الإجتماعي : علاقته بأفراد عائلته طبيعية فيها الإهتمام.

الظروف المعيشية للحالة:

الحالة (ب،ر) يبلغ من العمر 07 سنة يقيم بمدينة سيدي عيسى ولاية المسيلة في منزل في عمارة مع امه وأبيه واخوه الصغير الذي يبلغ من العمر 2 سنوات، كان انتقال من منزل العائلة الكبيرة مباشرة بعد ولادة الحالة كانوا يواجهون مشكلة من الجار الذي يسكن في الطابق بالأسفل لأن الحالة كان يعاني من فرط

حركي فكان كثير الحركة والضجيج فبسبب هذه الضجة التي كان يصدرها تلقى الأب عدّة شكاوى إضافة إلى أنه كان لا ينام إلا ساعتين أو أقل في اليوم والليلة.

ملخص المقابلة:

كانت الم تعاني من حالة إنفعالية حيث بدات بالبكاء مباشرة بعد بداية المقابلة وبداية الأسئلة وتواصلت بقول العبارة (وليدي مسكين راهو غايضني ومعرفتش واش ندير معاه) ومن أهم تصريح الأم أنه كان أول حفيد في العائلة وكان مصدر إهتمام كل أفراد العائلة.

بعد مرور سنتين لم يتكلم ثمّ أخذه إلى طبيب مختص قال أنه يعاني من اضطرابات في الأذن وضع له جهاز السمع وبعد مرور سنة لم يكن هناك أي تحسن ثم تمّ عرضه على طبيب مختص بالأمراض العقلية قام بتشخيص اضطراب التوحد، قالت الأم (ميرقدش يبات نايض ويضرب ويكسر وكي نعيطو عليه يضرب راسو ويعض يدو ورجليه).

تحليل محتوى المقابلة :

من خلال تحليل المقابلة النصف موجهة مع الأم تبيّن لنا أن هذه الحالة لديها سلوكات عدوانية ذاتية إضافة إلى فرط حركي وفقدان الإستقلالية واضطرابات في النوم.

شبكة الملاحظة:

تفريغ لشبكة الملاحظة

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
نتيجة	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	1

1 : لا يحدث　　2 : أحياناً　　3 : باستمرار

لا يحدث	أحياناً	باستمرار
3	6	45

تحليل النتائج:

بعد التوصل إلى هذه النتائج نلاحظ أن السلوك العدواني الموجه نحو الذات يكون مرتفع بشدّة عند هذه الحالة حيث حصلت أغلب البنود على أن السلوك يكون باستمرار حيث 14 بند اتضحت أن السلوكات كانت تحدث باستمرار تمثلت هذه البنود في (1 ، 2 ، 3، 4 ، 5 ، 7 ، 8 ، 9 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 17 ، 19).

و3 بنود كان السلوك العدواني فيها أحياناً تمثلت هذه البنود في (6، 15 ، 16).

و3 بنود أيضا أنفت حدوث السلوك العدواني وتمثلت في (14 ، 18 ، 20).

نستنتج في الأخير أن هذه الحالة تعاني من سلوكات عدوانية مرتفعة وقد تسبب لها أذى كبير إن لم تتلقى العناية الكافية من قبل أخصائيين ومتخصصين ويتم ذلك في بيئة ملائمة.

شبكة ملاحظة لتحديد:

السلوك العدواني نحو الذات لدى أطفال التوحد (5-12)

الرقم	الفقرة	لا يحدث/1	أحيانا/2	بالاستمرار/3
01	يخدش ويقرص نفسه			
02	يشد شعره وأذنيه			
03	يعظ نفسه خاصة في الأيدي			
04	يضرب ويصفع نفسه			
05	يرمي الأشياء على نفسه			
06	يحاول خنق نفسه			
07	يستعمل أشياء حادة لإيذاء نفسه			
08	يمزق و يشد ملابسه			
09	يضرب رأسه على الحائط أو على الأثاث			
10	يبكي ويصرخ بشدة			
11	يضرب الأشياء بقدميه أو يديه			
12	كسر الأشياء خاصة الزجاج برأسه أو يديه أو قدميه			
13	أكل أي شيء يجده أمامه			
14	الامتناع عن الأكل لعدّة أيام			
15	جرح نفسه بواسطة أشياء حادة			
16	بلع أدوات حادة أو أدوات سامة			
17	يرمي نفسه على الأرض يصرخ ويبكي			
18	حرقه نفسه			
19	إعادة جرح أو تقشير الجروح بعد التئامها			
20	كسر العظام سواء الأيدي أو الأرجل			

الفصل الرابع

تمهيد:

إن الهدف من هذه الدراسة التعرف على نوع السلوكات العدوانية وتحديد شدتها ولمعرفة ذلك قمنا بالدراسة انطلاقا من الفرضيات التالية:

-نوع السلوك العدواني عند أطفال التوحد من سن (5 إلى 12) يكون موجه نحو الذات.

-ترتفع حدّة السلوك العدواني الموجه نحو الذات عند أطفال التوحد من سن (5 إلى 12) سنة.

وبعد القيام بالدراسة تم الوصول إلى تحقق الفرضيتين:

مناقشة الفرضيات:

1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

نوع السلوك العدواني عند أطفال التوحد من سن (5إلى 12) يكون موجه نحو الذات.

من خلال الدراسة التي تم إجراءها ومن خلال تطبيق أدوات البحث تم التوصل إلى تحقيق الفرضية الأولى أن السلوك العدواني عند أطفال التوحد يكون موجه نحو ذاتهم حيث يقوم بإيذاء أنفسهم في أغلب الحيان أو إذا لم يستطع فهمهم أو تلبية احتياجاتهم يقوم بإيذاء أنفسهم . إضافة إلى نوبات من الغضب والعدوانية التي تنتابهم في أغلب الأحيان.

2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية :

ترتفع حدّة السلوك العدواني الموجه نحو الذات عند أطفال التوحد من سن (5 إلى 12) سنة.

من خلال الدراسة التي قمنا بها اتضح لدينا أن حدّة السلوك العدواني تكون مرتفعة وأكثر حدّة على الذات وان هذه السلوكات كانت تظهر بإستمرار وبحدّة متفاوتة .

فتحقق الفرضيتين دليل على أن الطفل التوحدي يعاني من سلوكات عدوانية حادة في أغلب الأحيان تسبب له الأذى وذلك حسب الحالتين التي خضعت للدراسة ولهذا يمكننا القول بأن نتائج الفرضيتين الأولى والثانية تحققت في الحالتين.

3- الاستنتاج:

نستنتج من خلال الدراسة أن الطفل التوحدي يعاني من سلوك عدواني موجه نحو ذاته وأن حدّة هذا السلوك مرتفعة وقد تؤدي إلى أذى كبير وإلى إصابات خطيرة لذا يجب العناية الفائقة لهذه الفئة من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التوحد ومن طرف أخصائيين و إخضاعه إلى برامج لضبط السلوك ومحاولة خفض السلوك العدواني عنده لأنه يسبب له أذى بالغ.

التوصيات والاقتراحات:

في حدود إطار البحث لابد ومن تحديد أهم النقاط التي ستساعد الطفل التوحدي على الاستقرار وخفض السلوك العدواني .

-الصحة النفسية للأهل أهم نقطة وتقبل الطفل ومساعدته.

-كفاءة المربين والأخصائيين.

-الرعاية الخاصة والمكيفة لمساعدة الطفل على التكيف.

-إخضاع الطفل على برنامج تدريبي خاص لخفض السلوك العدواني والحرص على المتابعة الشديدة.

-تجنب تناول الدواء وفي حالة تناوله تجنب زيادة في جرعة لما لها من تأثيرات جانبية خطيرة.

-الحرص على المراقبة المستمرة للطفل التوحدي سواءاً في المركز أو في المنزل.

-توعية الأهل على كيفية التعامل مع هذه الفئة الخاصة.

-هناك دورات تدريبية تجرى للأمهات وآباء الطفل التوحدي خاص بالبرامج التربوية والتعليمية للطفل.

-أيضاً دورات تدريبية للإخوة لإثراء رصيدهم المعلوماتي حول إضطراب الأخ.

-إقامت ندوات خاصة في المركز لمراقبة الطفل في المنزل وكيف يتم التعامل معه، لمساعدة في تطور الطفل.

خاتمة

إنّ وجود فرد في العائلة يعاني من الإضطراب لا ينبغي أن نتركه أو نسجنه، لأن هذه الأفعال قد تزيد من حدة الاضطراب وحدّة السلوك العدواني ولا بد أن يكون للطفل التوحدي حق في الحياة والعلاج، والتكيف يجب أن نعمل على نطاق واسع لنضمن حصول أطفال التوحد على الرعاية الكافية سواءاً كانت هذه الرعاية في المنزل من قبل الأهل، أو في المركز من طرف المربين و الأخصائيين النفسانيين لأن التدخل المبكر والسريع يشكل فارق كبير في احتواء هذا الاضطراب ومساعدة الطفل التوحدي على التكيف وخفض سلوكاته الغير مرغوب فيه، سواء كان السلوك عدواني أو غيره من السلوك .

فمساعدة الطفل التوحدي على التخلص من السلوك العدواني سواءاً على ذاته أو غيره يقوده إلى التكيف والاستقرار و ينمي له قابلية التعامل و التفاؤل.

وفي الخير يمكن أن نستنتج أن الطفل التوحدي العدواني لديه حق في العلاج و التعلم ، لذا يجب أن نكثف المجهود لمساعدة هذه الفئة من الأطفال على التكيف والتعلم.

قائمة المراجع

المراجع:

1 -إبراهيم الحكيم رابية: دليل للتعامل مع أطفال التوحد، الطبعة الأولى، شركة المدينة المنورة للنشر والطباعة (2003).

2 -الزريقات ابراهيم عبد الله فرج: التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر (2004).

3 -الزغلول عماد عبد الرحيم: اضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أطفال التوحد، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن (2006).

4 -الشامي وفاء: خفايا التوحد، أشكاله أسبابه وتشخيصه، الطبعة الأولى ، المملكة العربية السعودية (2004).

5 -الغلوث فهد بن محمد: التوحد كيف نفهمه وتتعامل معه، مكتبة فهد الوطنية الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية (2006).

6 -جمدان محمد زكريا: التوحد لدى الأطفال اضطراباته، تشخيصه وعلاجه، دار التربية مصر (2001).

7 -خطاب محمد أحمد: سيكولوجية الطفل التوحدي تعريفها، تصنيفها ، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي، الطبعة الأولى، دار الثقافة ، عمان / الأردن (2009)

8 -خليفة وليد والغصاونة يزيد و الشرمان وائل: التوحد بين النظرية والتطبيق (2013).

9 -عبد المعطي حسن مصطفى: الإضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، الطبعة الأولى ، مكتبة القاهرة للكتاب، القاهرة/ مصر (2001).

10 -عسيلة كوثر حسن: التوحد، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الأردن (2006).

11 -فاروق أسامة وسالم مصطفى ومنصور السيد كمال الشربيني: علاج التوحد، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن(2013)

12 -عصام اللطيف العقاد، (2001)، سيكولوجية وترويضها منحى علاجي معرفي جديد، دار غريب للطباعة والنشر.

13 -عصام فرويد عبد العزيز محمد، (2009) المتغيرات المرتبطة بسلوك العدوانين المراهقين وأثر الإرشاد النفسي وتعديله، دار العلم والإيمان ، للنشر و التوزيع، القاهرة.

14 -ألفت حقي، (1996) سيكولوجية الطفل علم النفس الطفولة، مركز الإسكندرية للكتاب.

15 عزيز عمارة، عصام النمر، هشام الحسن (1999)، ط3، سيكولوجية الطفولة، دار الفكر للطباعة و النشر، الأردن.

16 عبد المجيد سيد أحمد، زكريا احمد الشربين- إسماعيل محمد الفقي، (2002)، السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي و أسس علم النفس المعاصر، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

17 حامد عز الدين، (2010) السلوك العدواني عند الأطفال، دار أسامة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

18 وفيق صفوت مختار (1999) مشكلات الأطفال السلوكية ، الأسباب وطرق العلاج، دار العلم والثقافة ، القاهرة.

19 ليث محمد عياش (2009)، سلوك العنف وعلاقته بالشعور بالندم ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

20 عبد العال سيد، المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك المراهقين العدوانين وأثر الإرشاد النفسي في تعديله، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية.

21 داوود عزيز الطيب محمد عبد الظاهر، العبيدي كاظم هشام، (1991) الشخصية بين السواء والمرض، المكتبة الأنجلو مصرية.

22 قطب خليل (1996) سيكولوجية العدوان، مكتبة الشباب، القاهرة.

23 تالي جمال (2009)، أساليب التنشئة الأسرية والسلوك العدواني لدى أطفال الصمم، رسالة ماجستير.