

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tibiret -

Faculté des Sciences Sociales et Humaines



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أوجاج

- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة علم النفس

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص علم النفس العيادي

عنوان المذكرة:

الصلابة النفسية عند أولياء أطفال التوحد

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

أشروف كبير سليمة

من إعداد الطالبات:

قاسي بشرى

بلعربي آلاء

العمالي زينب

السنة الجامعية: 2022-2023



كلمة شكر

" وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب "

نشكر الله تعالى الذي ألهمنا وأعاننا على أن نقوم بهذا العمل المتواضع

ونسأله أن يضع في عملنا هذا القبول والنفع لمن يقبل عليه

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى كل من كان له الفضل علينا ولو بمقدار ذرة

ونختص بالذكر الأستاذة أشروف كبير سليمة التي أشرفت على إعداد هذا العمل

وأنارت لنا الطريق لإتمامه فكانت بذلك خير عون وخير موجه فجزاك الله خير

الجزاء

كما لا يفوتنا أن نشكر أولياء أطفال التوحد كافة الذين ساندونا

ولم ييخلوا علينا بالمساعدة والمعلومات اللازمة لإتمام هذا العمل .

إهداء

إلى من علمني العطاء بدون انتظار...إلى من أحمل اسمه بكل افتخار..أرجو من
الله أن يمد من عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها..أبي الغالي

إلى ملاكي في الحياة...إلى معنى الحب والحنان

إلى من كان دعائها سر نجاحي...إلى أُمي الحبيبة

إلى أغلى من أحب في حياتي...إلى بسمة الحياة

إلى جدتي الحنون أطل الله في عمرك

إلى من عليهم أعتد... وإلى من بوجودهم

أكتسب القوة والمحبة والأمل...إلى سندي في الحياة

أخواتي " إكرام، سلمى، إيمان، آية "

إلى من أرى الضحكة والسعادة في عينيهم

إلى الوجوه المفعمة بالبراءة "أكرم، قصي"

إلى رفيقاتي في هذا الطريق..إلى من سلكن معي

درب الفشل والنجاح...إلى صديقاتي "آلاء، زينب"

إلى كل من علمني حرفا...إلى كل من ساندني وسهل لي درب العلم والمعرفة

إلى كل من كان لي خير عون ومرشد

إلى أستاذتي أشروف و إلى خالي فجزاكم الله خير الجزاء

إليكم جميعا اهدي ثمرة عملي راجية من الله تعالى أن ينفعني به وإياكم

بشرى

إهداء

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على أشرف الأنبياء و المرسلين و على آله و صحبه أجمعين.

أهدي ثمرة جهدي و عملي المتواضع:

إلى ملاكي في الحياة و مصدر الحب و الحنان نبع العطاء و الإلهام قرّة عيني أُمّي الحبيبة حفظها الله.

إلى من أحمل اسمه بكل افتخار، و من مهد لي طريق النجاح و رسخ في عقلي معاني الكفاح حبيب القلب و بر الأمان أبي الغالي حفظه الله.

إلى من تجمعني بهم أسمى علاقة في الوجود أجمل هدية أهداها الله لي و أحلى ورود الدنيا أختاي "سندس و كوثر" و الغالي على قلبي أخي الصغير "عبد العليم".

إلى جدتي الحبيبة التي لم تكف عن الدعاء لي بالنجاح حفظها الله و أطال في عمرها .

إلى جدي العزيز أطال الله في عمره .

إلى من رحلوا دون وداع ،الحاضرين دوما في قلبي و أدعيتي جدي و جدتي رحمكما الله و جعلكما على ضفاف نهر الكوثر مبتسمين في أرقى مراتب الجنان .

إلى رفيقات الدرب اللتان تقاسمتا معي جهود إنجاز هذه المذكرة " بشرى.. زينب" وفقكما الله لما يحب و يرضى في حياتكما.

و إلى كل من ساعدني سواء من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث.

آلاء

الإهداء:

بسم الله الرحمان الرحيم والصلاة وسلام على أشرف المرسلين أما بعد:
الحمد لله الذي وفقنا وأعاننا على إتمام هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية،
بمذكرتنا هذه

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أمي وأبي اللذان لم يبخلا عليا بشيء أدعو
الله أن يحفظهما ويطيل في عمرهما.

إلى أخواتي وسندي في الحياة مريم وسارة وإلى أخي الصغير أكرم
إلى صديقتي دربي وتوأم روعي آلاء وبشرى اللتان قاسمتني لحظاته
وساندتني في إنجاز هذا العمل أتمنى لهما كل التوفيق والنجاح في
مسيرتهما.

إلى مشرفتي الفاضلة الأستاذة أشروف كبير سليمة التي رافقتنا طيلة هذا
البحث والتي لم تبخل علينا بالمعلومات والنصائح أتمنى لكي أن تكوني في
أتم الصحة والعافية وأن يرزقك الله بالسعادة والراحة.
أهدي إليهم هذا الجهد المتواضع، سائلا الله العلي القدير أن ينفع به، إنه
السميع مجيب.

زينب

ملخص الدراسة:

تعالج الدراسة الحالية الصلابة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد ببعض المراكز المتخصصة في الأخصائية، خلال الموسم الدراسي 2022-2023. ولتحقق هدف الدراسة اعتمدنا على منهج دراسة الحالة، باستخدام مقياس الصلابة النفسية لمخيمر الذي تم التأكد من خصائصه السيكومترية (الصدق، الثبات)

وقد تم تطبيق المقياس وكذا المقابلة كأدوات للدراسة على عينة تتكون من ثلاث حالات وبعد جمع البيانات تم تحليل نتائج المقياس ومقارنتها بالبيانات المتوصل إليها أثناء المقابلة لتتوصل الدراسة إلى:

- وجود صلابة نفسية تتراوح بين المتوسط والمرتفع لدى هذه العينة من أولياء أطفال التوحد.

الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية، أولياء أطفال التوحد، التوحد.

Summary:

This study aims at uncovering psychological rigidity for parents of autism children during the college season 2022_2023, spectrum disorder at the psychological and pedagogical centre of mental disability of Lakhdaria in Bouira City

We used this study the clinical approach and case study relying on data collection, Semi-structured interview psychological rigidity questionnaire of 'Imad Mkheimar.'

The study embraced three parents of children with autism. Results show that there is psychological rigidity it ranges between high to medium for parents of autism children

Keywords : Psychological rigidity, Parents of autism children, Autism

فهرس المحتويات:

الصفحة	العناوين
	كلمة شكر
	الإهداء
	ملخص الدراسة
	فهرس (المحتويات، الجداول، الأشكال، الملاحق)
	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
6-4	الإشكالية
7	فرضية البحث
7	أسباب اختيار الموضوع
7	أهداف الدراسة
8-7	أهمية الدراسة
9-8	التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
11-9	الدراسات السابقة
11	التعقيب على الدراسات
	الفصل الثاني: الصلاية النفسية
13	تمهيد
14-13	مفهوم الصلاية النفسية
16-14	نشأة الصلاية النفسية
18-16	بعض المفاهيم المقاربة لمفهوم الصلاية النفسية
20-18	أهمية الصلاية النفسية
25-20	النظريات المفسرة للصلاية النفسية
28-25	خصائص الصلاية النفسية
33-28	أبعاد الصلاية النفسية
34-33	الفروق في الصلاية بين الجنسين
38-34	أساليب تحقيق الصلاية النفسية
38	خلاصة
	الفصل الثالث: التوحد
40	تمهيد
44-41	تعريف التوحد
48-44	نشأة وتطور التوحد
50-48	نسبة انتشار التوحد
59-50	سمات الطفل التوحيدي

66-59	النظريات المفسرة للتوحد
72-66	الوسائل المستخدمة لتشخيص التوحد
77-72	تشخيص اضطراب التوحد
82-77	العوامل المسببة لاضطراب التوحد
87-83	التكفل باضطراب التوحد
91-87	الضغوطات التي تتعرض لها أسر أطفال التوحد
94-91	تكيف الأسر مع التوحد
95-94	الاستراتيجيات المستخدمة في إرشاد والدي أطفال التوحد
96	خلاصة
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
98	تمهيد
99	الدراسة الاستطلاعية وخصائصها
99	الدراسة الأساسية
99	منهج الدراسة
100	تعريف دراسة الحالة
100	مجموعة البحث وخصائصها
102-101	مكان وزمان إجراء البحث
102	الأدوات المستخدمة في الدراسة
110	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج	
113	عرض الحالات وتحليلها
117-113	عرض وتحليل الحالة الأولى
121-117	عرض وتحليل الحالة الثانية
125-121	عرض وتحليل الحالة الثالثة
126-125	تحليل عام للحالات ومناقشتها
128-126	مناقشة وتحليل الفرضية على ضوء النتائج
130-133	خاتمة
140-133	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
(01)	مجموعة البحث الأساسية	101
(02)	مستويات الدرجة الكلية للصلابة	105
(03)	مستويات بعد الالتزام والتحدي	106
(04)	مستويات بعد التحكم	107
(05)	قيمة معامل صدق الصلابة النفسية	108
(06)	قيمة معامل ثبات الصلابة النفسية	109-108
(07)	نتائج الحالة ب في مقياس الصلابة	115
(08)	نتائج الحالة ن في مقياس الصلابة	120
(09)	نتائج الحالة أ في مقياس الصلابة	124-123
(10)	جدول مناقشة الحالات	126-125

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
(01)	آثار الصلابة في صورة الشخصية الملتزمة	23
(02)	التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة	24
(03)	النظرية النمائية للتوحد	66

فهرس الملاحق:

الرقم	العنوان
01	مقياس الصلابة النفسية لمخيمر
02	دليل المقابلة
03	تطبيق مقياس الصلابة

مقدمة

مقدمة:

إن عملية تنشئة طفل يعاني من اضطراب التوحد تشكل مهمة بالغة الصعوبة لمعظم الأسر، إذ تواجه العديد من الضغوطات النفسية خلال محاولتها التكيف والتعايش مع الطفل التوحيدي، وقد أشارت العديد من الدراسات التي اهتمت بأسر أطفال التوحد أن معظمها تتعرض لضغوط نفسية، وهي بذلك تحتاج لاستراتيجيات تمكنها من التخلص من الضغوطات النفسية ولعل من أهم هذه الاستراتيجيات نجد الصلابة النفسية.

ومنه فإن الصلابة النفسية هي عامل جد مهم من عوامل الشخصية في مجال علم النفس وهي عامل حاسم في تحسين الأداء النفسي والصحة البدنية والنفسية . ولهذا سلطنا الضوء في دراستنا هذه لمعرفة مستوى الصلابة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد وقد تمثلت في دراسة عيادية لثلاث حالات، وعلى هذا الأساس تضمنت هذه الدراسة مايلي:

الجانب النظري ويضم الفصل الأول الذي تطرقنا فيه إلى إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة وأهميتها، وكذا التعاريف الإجرائية، والدراسات السابقة.

وأما الفصل الثاني فقد تضمن: متغير الصلابة النفسية من حيث التعريف، وإبراز بعض المفاهيم المقاربة لها، أبعادها، أساليب تحقيق الصلابة النفسية، والفروق بين الجنسين مع إبراز خصائص مرتفعي ومنخفضي الصلابة النفسية.

في الفصل الثالث تناولنا التوحد وتضمن بدوره جانبين: الأول قمنا فيه بتعريف هذا الاضطراب، تطوره، نسبة انتشاره، العوامل المسببة، سمات الطفل التوحيدي، النظريات المفسرة، والطرق التشخيصية، وكذا أبرز العلاجات المستخدمة للتكفل بالطفل التوحيدي، وأما الجانب الثاني فقد خصص لأولياء أطفال التوحد والضغطات التي يتعرضون لها وطرق تكيفها، بالإضافة إلى الاستراتيجيات المستخدمة في إرشاد أولياء أطفال التوحد.

وأما بالنسبة للجانب التطبيقي فقد قسم لفصلين ليتضمن بذلك الفصل الرابع الذي خصص للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية التي تقوم عليها الدراسة والأدوات التي تم الاعتماد عليها. بينما خصص الفصل الخامس لعرض وتحليل ومناقشة النتائج والفرضيات. وختمنا بحثنا بخاتمة ضمناها النتائج التي توصلنا إليها مع بعض التوصيات والمقترحات حول موضوع بحثنا.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1_ إشكالية الدراسة

2_ فرضية الدراسة

3_ أسباب اختيار الموضوع

4_ أهداف الدراسة

5_ أهمية الدراسة

6_ التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

7_ الدراسات السابقة

8_ التعقيب على الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يعد الزواج وإنجاب الأطفال من الفطرة السوية، التي تتوافق مع الطبيعة البشرية، ومما لا شك فيه أن أي أب وأم يرغبان بطفل سوي يحمل صفات الطفل المثالي من ناحية الجمال والمهارات والقدرات لذا فإن إنجاب طفل معاق أو مضطرب يشكل صدمة بالنسبة للوالدين، ويقود إلى بداية مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى تغيير جذري في مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين. خاصة وإن كان هذا الاضطراب صعب ومعقد، ويتطلب رعاية خاصة وتكفل مستمر، كما هو الحال بالنسبة لاضطراب التوحد الذي يتسم بالانغلاق والنمطية وهذا نظرا لكونه " اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين. (الأشول، 1987، ص.112)

كما أن المتوحدين يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، وعجزا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا آليا لما يسمعون، وقصورا في القدرة على اللعب الاجتماعي، والتحليل والإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحد عليه، ورفضاً شديدا لأية تغيرات تطرأ على الروتين. (Wolf, 1988, p.576). وبالتالي فإن العناية بالطفل التوحد تتطلب إشرافا مكثفا واهتماما خاصا، وحرصا على حمايته بشكل دائم وإشباع حاجاته اليومية، بالإضافة إلى التكاليف المالية الباهظة لتعليمه والتكفل به. بالإضافة إلى المسؤولية الكبيرة الملقاة على عاتقهما وبين الاهتمام الزائد بابنهما واضطرابهما للتنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى.

وعليه فإن الطفل التوحيدي يحتاج قدرا كبيرا من الاهتمام والرعاية مقارنة بالطفل العادي، وهذا ما يجعل أولياء الطفل يعيشون توترات وضغوط كبيرة نتيجة المسؤولية الكبيرة التي تقع على عاتقهما والتي تشمل رعاية الطفل والاهتمام به وتلبية حاجياته على اعتبار أن الطفل التوحيدي غير قادر على تحقيق حاجياته ورغباته بمفرده وبالتالي غير قادر على تحمل مسؤولية نفسه وهذا ما يقود أحيانا إلى عدم تقبل الواقع والتكيف معه وبالتالي تفاقم الضغوط النفسية لديهم وهذا راجع لدورهما في حياة الطفل فهم أكثر أعضاء الأسرة قلقا عليه واهتماما به وحرصا على حمايته وهذا ما يجعلهم في دوامة من الصراع والقلق والضغط المستمر وهذا ما أثبتته دراسة (Wolf 1989) حيث أكدت هذه الدراسة على أن أسر أطفال التوحد تعاني من ضغوط وبدرجة كبيرة تقع على الوالدين، فلاضطراب الطفل نتائج عكسية على سعادة الوالدين، بالإضافة لمطلب الرعاية الخاصة والاحتياجات، والقلق على مستقبله وانعزال الوالدين عن الأصدقاء بسبب كل هذا يعد مصدر من مصادر الضغوط التي تحدث انعكاسات جسمانية وانفعالية على الوالدين. (السيد، 2003، ص. 23)

كما توصلت نتائج دراسة سينجروكاتلين 1989 على أن أمهات الأطفال المتوحيدين يعانون من ضغوط نفسية كنتيجة للعديد من المثيرات والمصادر الناتجة عن الطفل، كالتعب والإرهاق الناجم عن تلبية احتياجات الطفل التوحيدي في تربيته وعملية التنشئة الاجتماعية، وإصرار الأم للتفرع التام لرعاية الطفل. وأثبتت دراسة (singer et Kathleen 1989) أن أولياء الأطفال التوحيدين يعانون من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية مصادرها متعددة أهمها الأعباء المادية، الشعور بالتعب والإرهاق الناجم عن تلبية احتياجات الطفل المعاق والخوف على مستقبله.

لذا فإن التعرض للضغوط النفسية من طرف الوالدين تدفعهم لاستعمال استراتيجيات مواجهة خاصة لمواجهة المواقف الضاغطة، وحسب لازاروس تعرف هذه الاستراتيجيات على أنها: "مجموعة الأساليب أو الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم أو خفض أو تحمل الحدث المدرك، المهدد". (زواني، 2006، ص.56)

تعتبر الصلابة النفسية أحد العوامل الوسيطة المساهمة في مواجهة الضغوط النفسية، فهي تعد سمة من سمات الشخصية التي تمكن الفرد من مواجهة مصادر الضغوط والعمل على حلها دون أن يعرض الفرد صحته النفسية والجسمية إلى أي اضطراب، ولذا فهي تمثل دور الوسيط بين التقييم المعرفي من طرف الفرد للتجارب الصادمة والضغوط التي يتعرض لها وبين الاستعداد والتجهيز باستراتيجيات المواجهة، فتلك الآلية يفترض أنها تخفض من كمية الضغوط النفسية للتجارب التي يمر بها الفرد، كما تساعد على التعامل مع الضغوط بفعالية. (مدحت، 2010، ص.174).

الصلابة النفسية إذن هي نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله واعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يواجهه من أحداث بتحمل المسؤولية عنها وأن ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا أو إعاقة له. (مخير، 1996، ص.284)

وعليه وانطلاقا مما سبق يمكن طرح التساؤل الذي تهدف الدراسة للإجابة عنه ويكون على النحو التالي:

هل يمتلك أولياء أطفال التوحد الصلابة النفسية؟

(2) - فرضية الدراسة:

يمتلك أولياء أطفال التوحد الصلابة النفسية.

(3) - أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة في فهم اضطراب التوحد أكثر والتعمق فيه.
- معرفة مدى الصلابة النفسية التي يمتلكها أولياء أطفال التوحد.
- شعورنا بأهمية الصلابة النفسية في مواجهة الضغوط من أجل النجاح في الحياة ككل.
- المساهمة في الإثراء العلمي.

(4) - أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى الصلابة لدى أولياء أطفال التوحد.
- التعرف على مستوى الالتزام لدى أولياء أطفال التوحد.
- التعرف على مستوى التحكم لدى أولياء أطفال التوحد.
- التعرف على مستوى التحدي لدى أولياء أطفال التوحد.

(5) - أهمية الدراسة: تمثلت في جانبين أحدهما علمي والآخر عملي:

5_1 من الناحية العلمية:

- إثراء الجانب العلمي للموضوع خاصة وأن موضوع الصلابة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد لم ينل القدر الكافي من الاهتمام في مجال الدراسات خاصة.
- إبراز أهمية الصلابة النفسية وتأثيرها الإيجابي على شخصية الأفراد طوال حياتهم، خاصة أولياء أطفال التوحد حيث تحافظ على الصحة النفسية والجسمية لديهم.
- كما أن هذه الدراسة مهمة لكونها تتعلق بالحالة النفسية لأولياء أطفال التوحد التي تتصف بالإحباط حيث يشعر فيها الأولياء بالضغط النفسية التي من شأنها توليد حالة من الإنكار واللوم والشعور بالذنب والحزن وغيرها.

5_2 من الناحية العملية:

محاولة الخروج بنتائج تمكن الفئة التي أجرينا عليها الدراسة أن تستفيد من قياس مستوى الصلابة لديهم.

6- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

الصلابة النفسية: اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة.

وفي الدراسة الحالية الصلابة النفسية هي الدرجة التي يتحصل عليها أم أو أب طفل توحيدي على مقياس الصلابة النفسية لمخيمر.

التوحد: اضطراب سلوكي ينتج عن أسباب متعددة مصحوبة بذكاء متدن، وعجز واضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي. (سهيل، 2015، ص.28)

أولياء أطفال التوحد: هم آباء وأمهات المتبعين ببعض المراكز المتخصصة بالأخصرية ولاية البويرة، وهم يعيشون معا أي غير منفصلين ولديهم طفل واحد مصاب بالتوحد، ويمثلون عناصر وأفراد الدراسة الذين يندرجون تحت الدراسة الميدانية ويتم تطبيق أداة الدراسة عليهم.

7_الدراسات السابقة:

دراسات حول الصلابة النفسية:

❖ **دراسة كوبازا وآخرون (1982):** بعنوان الصلابة النفسية ودورها في تخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية.

تكونت عينة الدراسة من 209 من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا والمحامين ورجال الأعمال، استخدمت الباحثة في دراستها المنهج الوصفي، طبقت مقياس أحداث الحياة الضاغطة من إعداد راهي، ومقياس الصحة والمرض من إعداد وايلر وماسودا وهولمز، ومقياس حالة الاستعداد الوراثية في الشخصية، ومقياس مركز الضبط، ومقياس الاغتراب عن الذات وعن العمل لمقياس الالتزام، ومقياس الأمن، ومقياس المعرفية، حيث توصلت الباحثة إلى نتائج أشارت إلى أن الصلابة النفسية لا تخفف من واقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، وكذلك تمثل مصدرا للمقاومة والصمود والوقاية من الأثر الذي تحدثه الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية، في مقابل الشعور بالاغتراب، والتحكم

مقابل الضعف، والتحدي في مقابل الشعور بالتهديد، وجود ارتباط دال بين بعدي الالتزام والتحكم والإدراك الإيجابي والواقعي للأحداث الحياتية الشاقة وكذلك الأساليب الفعالة للتعايش. (فاتح، 2015)

❖ دراسة (Wiebe, 1991):

استهدفت الدراسة معرفة أثر الصلابة النفسية والتقييم المعرفي للتقليل من أثر الضغوط والاستجابة لها. وتكونت عينة الدراسة من 820 طالبا جامعيًا من كلا الجنسين بمتوسط عمري (4، 21) وقد استخدم مقياس الصلابة النفسية الخمسة، مقياس الإحباط، مقياس المشاعر الايجابية والسلبية، مقياس إدراك إمكانية التحكم في المهمة المقدمة وبعض المقاييس السيكوفيزيولوجية.

❖ وأظهرت النتائج أن الأشخاص الأكثر صلابة أكثر تحملاً للإحباط، وأن المهمة العملية كان قد تم تقييمها على أنها أقل تهديداً، مما أثبتت الدراسة أنه لم يكن للتقييمات المعرفية أي أثر يذكر لدى عينة الإناث. (قديري، ونيس، 2017، ص. 55-56)

❖ دراسة مخيمر 1996:

كانت بعنوان القبول -الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة بالنفسية لطلاب الجامعة وذلك لفحص العلاقة بين إدراك القبول -الرفض الوالدي وبين الصلابة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة، والتحقق من الفروق الحقيقية بين الذكور والإناث من أفراد العينة في الصلابة النفسية، وقد طبق في هذه الدراسة كل من استبيان القبول والرفض الوالدي، واستبيان الصلابة النفسية وذلك على عدد 163 من الطلاب، 88 أنثى و 75 ذكر وتراوح أعمارهم بين (19-21) سنة بمتوسط عمري قدره (85-20) وانحراف معياري (1,02) واختيروا من كليتي العلوم والآداب بجامعة الزقازيق (مصر). وأظهرت نتائج الدراسة

وجود علاقة طردية بين إدراك الدفء الوالدي وبين الصلابة النفسية وأبعادها (الالتزام- التحدي- التحكم) وذلك لدى كل من الذكور والإناث، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط عكسي بين إدراك الرفض الوالدي وبين الصلابة النفسية سواء لدى الذكور أو الإناث، وكان أكثر الأبعاد تأثيراً في الصلابة النفسية هو بعد (الإهمال- اللامبالاة)

كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في الصلابة النفسية لصالح الذكور، بمعنى أن الذكور أكثر صلابة من الإناث خاصة في إدراكهم للتحدي والتحكم. (قديري، ونيس، 2017، ص.58-59)

8_التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال الدراسات السابقة أن الصلابة النفسية ذات أهمية كبيرة بالنسبة للفرد، ونجد أيضاً أن هذه الدراسات قد اختلفت في البيئة، وفئات العينة، وكذا الاختلاف في منهجية الدراسة، وأيضاً اختلفت كذلك في الأهداف العلمية والتطبيقية. وقد هدفت دراسة كوپازا إلى التعريف بالصلابة النفسية وأبعادها كمتغير سيكولوجي يخفف من واقع الأحداث الضاغطة، بينما هدفت دراسة مخيمر إلى التوصل لمعرفة العلاقة بين القبول-الرفض الوالدي وبين الصلابة النفسية لطلاب الجامعة، في حين هدفت دراسة Wiebe إلى معرفة أثر الصلابة النفسية والتقييم المعرفي للتقليل من أثر الضغوط والاستجابة لها. وقد لاحظنا أن متغير الصلابة ربط بعدة متغيرات مختلفة وعلى الرغم من ذلك فقد كانت النتائج متقاربة.

الفصل الثاني

تمهيد

1_ مفهوم الصلابة النفسية

2- نشأة الصلابة النفسية

3- بعض المفاهيم المقاربة لمفهوم الصلابة النفسية

4- أهمية الصلابة النفسية

5- النظريات المفسرة للصلابة النفسية

6- خصائص الصلابة النفسية

7- أبعاد الصلابة النفسية

8- الفروق في الصلابة بين الجنسين

9- أساليب تحقيق الصلابة

خلاصة

تمهيد:

إن تعرض الإنسان للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، فواقع الحياة محفوف بالعقبات والصعوبات والنكسات والظروف غير المواتية، ولكي يتغلب على هذه الضغوط لابد على الفرد أن يتميز بسمات تساعد للتغلب عليها، وهذا لامتلاكه متغير الصلابة الذي يمثل مصدر للمواجهة فهي تعمل كمصدر مقاومة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم الصلابة النفسية ونشأتها، ومفاهيم ذات علاقة بالصلابة النفسية، أهمية الصلابة النفسية وكذلك خصائصها، وأهم النظريات المفسرة لها، وبعد ذلك أبعاد الصلابة النفسية، ومن ثم الحديث عن الفروق في الصلابة بين الجنسين، وأخيرا أساليب الصلابة النفسية.

1_ مفهوم الصلابة النفسية:

1-1-الصلابة النفسية :

لغة: صلب أي شديد، صُلِبَ الشيء أي شديد، الصلابة فهو صَلْب أي شديد. (ابن منظور، 1999، ص.297).

1-2-الصلابة النفسية: اصطلاحا: تعرف كوبازا (kobasa، 1979) الصلابة النفسية على أنها اعتقاد

عام للفرد في فعاليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة. (مخير، 1996، ص.277)

وأشار Begun إلى أن الصلابة النفسية ليست غياب المرض النفسي والاضطراب، بل هي القدرة على

التدبر و التكيف مع الصعوبات والضغط النفسي والحرمان البيئي. (Begun , 1993)

-وتحدثت Greene عن الصلابة النفسية وعرفت بها بأنها: " القدرة على استعادة التوازن بعد مواجهة مواقف صادمة وضاغطة، وهي ظاهرة ديناميكية مستمرة وليست مؤقتة تنمو وتتطور خلال حياة الفرد.(Greene,2002)

-ويعرف Funk متغير الصلابة النفسية بأنه: " خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتنميتها الخبرات البيئية المتنوعة والمعززة المحيطة بالفرد منذ الصغر.(Funk,1992,p.336)

-يعرف Scheier&Carver الصلابة بأنها: " ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها حيث تعمل الصلابة النفسية كمصدر واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط. (حمادة وعبد اللطيف،2002،ص.230)

-يعرف بروكس Brooks(2005) الصلابة النفسية بأنها: " قدرة الفرد على التعامل بفاعلية مع الضغوط النفسية والقدرة على التكيف مع التحديات والصعوبات اليومية والتعامل مع الإحباط والأخطاء والصدمات النفسية، والمشاكل اليومية، لتطوير أهداف محددة وواقعية، لحل المشاكل، والتفاعل بسلاسة مع الآخرين، ومعاملة الآخرين باحترام، واحترام الذات. (الجهني، 2011، ص.210)

يلاحظ من التعريفات السابقة اجتماع علماء النفس والباحثين على كون "الصلابة النفسية" مصدر من المصادر الشخصية الذاتية، لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة، والتخفيف من أثارها على الصحة النفسية والجسمية،حيث يتقبل الفرد التغيرات، والضغوط التي يتعرض لها، وينظر لها على أنها نوع من التحدي، وليس تهديد فيركز جهوده على الأعمال التي تؤدي غرضا معين وتعود عليه بالفائدة.

2-نشأة الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية كغيرها من المتغيرات، والخصائص النفسية، تنشأ وتعزز من خلال التنشئة الوالدية أو من خلال نماذج والدية محددة، فلا أحد ينكر دور التنشئة الأسرية في تشكيل الصحة النفسية للطفل، حيث يولد وهو مزود باستعدادات طبيعية، جسمية، وحسية، وعقلية لممارسة حياته بصورة سوية في المجتمع الذي يعيش فيه وعلى الرغم من افتقاره إلى وسائل تنمية تلك القدرات بمفرده، إلا أنه يعتمد على المحيطين به في توفير الجو الملائم لنموه وتطوره، وكلما توفرت له وسائل تنمية قدراته، واكتساب خبرات جديدة وتعلم أنماط متعددة للسلوك الحياتي كلما كانت حياته في الكبر ذات فعالية. (مخير، 1996، ص.278)

ويشير (Boulby) في هذا الصدد أنه من أسس الصحة النفسية أن يكون للطفل علاقة دافئة حميمية ومستمرة مع والديه، وهذه العلاقة تكون قائمة على الرعاية والتجارب والحساسية لحاجات الطفل ومنحه الحب والحنان وتشجيعه على التفرد واستكشاف البيئة، وإشباع حاجاته المختلفة يجعل الطفل أكثر صحة، بينما خبرات الطفولة المؤلمة التي تحرم الطفل من إقامة علاقة حب آمنة وثابتة بالإضافة إلى التوقعات اللاواقعية من الآباء إلى الأبناء تؤدي إلى الشعور بالعجز عن إقامة علاقة انفعالية والاستمرار فيها مما يؤدي إلى الاكتئاب.

وقد ركز (جون بولبي) أيضا على أن الاضطراب الذي يحدث في مراحل الحياة المختلفة قد ينتج عن خبرات الانفصال والفقدان، حيث أشار إلى أن الأفراد قد يصبحون مكتئبين، إذا ما تمت تنشئتهم بواسطة آباء فشلوا في إمدادهم بعلاقة ثابتة وآمنة أو كانوا يكررون على مسامعهم دائما كيف أنهم غير أكفاء وغير ناجحين مقارنة بأقرانهم وأنهم غير محبوبين من حولهم. (إبراهيم، 2006، ص.66). من هنا نستخلص

أن شعور الأبناء بالحب أي اعتقادهم بأنهم مقبولين، وإذا اقترن هذا بإعطائهم قدرا من الحرية في اتخاذ القرارات، فإن هذا يجعلهم أكثر التزاما اتجاه ذواتهم، وأهدافهم والآخرين (بعد الالتزام)، وأكثر ثقة وقدرة على تحمل المسؤولية، واتخاذ القرارات، وأكثر قدرة على المثابرة والتحدي (بعد التحدي)، وأكثر اعتقاد بأنهم يستطيعون التأثير إيجابيا في الأحداث التي تلم بهم (بعد الضبط والتحكم)، مما يجعلهم يعتقدون أن المشكلات أو الأزمات أو الضغوط التي يواجهونها ليست تهديدا لهم بقدر ما هي إلا اختبارا لمدى صلابتهم النفسية وقدرتهم على التحدي. (يوسفي، 2016، ص.109)

3_ بعض المفاهيم المقاربة لمفهوم الصلابة النفسية:

ترتبط الصلابة النفسية بعدة مفاهيم مشابهة ومتقاربة معها، ونجد من بينها:

3_1 الرجوعية النفسية أو الجلد:

يعرفها Cyrulnik (1999) على أنها: " إستراتيجية للمقاومة ضد الصدمة والألم". (فاتح، 2015، ص.15)

يعرفها نوربير سلامي على أنها: "مقاومة الفرد أو الجماعة لعوامل وجودية صعبة، بالتالي القدرة على العيش والنمو رغم الظروف الغير ملائمة أو الكارثة". (بوسنة، 2012، ص.125).

كما تعرف بأنها قدرة الشخص أو الجماعة على التطور الايجابي، ومواصلة التوجه البناء نحو المستقبل، على الرغم من وجود الجرح الصدمي. ويتجه المسار الرجوعي في الشخص بفعل التفاعل بين الفرد نفسه ومحيطه. (Anaut ,Marie,2003,p.37)

3_2 فعالية الذات: هي إحدى المتغيرات الوسيطة بين إدراك الفرد للأحداث الضاغطة، وبين مواجهة

الفرد لها. (الطبيي، زنبو، 2021، ص.15)

كما يعرفها أيضا Bandura(1989) أنها: "تقييم الفرد لمدى فاعليته وكفاءته في مواجهة المواقف، خاصة المواقف التي تحتوي على المشقة، والشدة غير المتوقعة". (أبو الندى، 2007، ص.33)

وقد ميز باندورا بين معنيين للفاعلية:

أ- **الفاعلية الذاتية المتوقعة:** وتعني شعور الفرد بقدراته أو عجزه عن القيام بسلوك معين، أو انجاز ما يضمن هذا الشعور درجة من الثقة، والشعور بالقدرة على التحكم.

ب- **الفاعلية الذاتية المرجعية:** وهي اعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى نتائج. وعليه فإن الفاعلية الذاتية تتمثل في إدراك الفرد أن لديه قدرات، ومهارات، واستعدادات شخصية، يمكنه توظيفها بفاعلية لمواجهة الشدائد والضغوط، والأحداث المؤلمة. (خنفر، 2014، ص.12-13)

3_3 قوة الأنا: هي كفاية الأنا بالنسبة لما تؤديه من وظائف في الشخصية، متضمنا أيضا كفاية للوظائف الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية، والخلقية، وكفاية الاستجابة للمثيرات الداخلية. (فرويد، 1972، ص.62).

كما تعرف أيضا بأنها: "التوافق مع الذات، والتوافق مع المجتمع، والإحساس الإيجابي بالكفاية، والرضا والخلو من الأمراض العصابية". (فتحي، 2001، ص.10).

3_4 المرونة النفسية: هي الاستجابة الانفعالية والعقلية، التي تمكن الإنسان من التكيف بالتوسط أو القابلية للتغيير، أو الأخذ بأيس الحلول. (الأحمدي، 2007، ص.5)

3_5 التكيف: كما أن الصلابة تؤثر على القدرات التكيفية، من ناحية أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية أقل ضغطا، ولديهم استجابات تكيفية كثر. (مجدي، الصفدي، 2013، ص.29). كما

أن الأفراد الأكثر صلابة عندهم آثار مغايرة في آثارها على الأمراض، فهم يمارسون الضغوط، ولكن بأقل تكراري، وينظرون إلى الأحداث الضاغطة الصغيرة، على أنها غير ضاغطة، ويكون لديهم إدراك أفضل لصحتهم العقلية الصغيرة والاجتماعية. (قديري، ونيس، 2017، ص.32)

4- أهمية الصلابة النفسية:

قدمت Kobaza العديد من التفسيرات توضح فيها السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد، من بينها:

-الصلابة النفسية تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.

-أنها تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة، وتساعد على الانتقال، من حال إلى حال.

-تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة، من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.

-تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية، مثل إتباع نظام غذائي صحي، وممارسة الرياضة، مما

يساعد على التقليل من الإصابة بالأمراض الجسدية. (راضي، 2008، ص.51)

وتتفق كوبازا مع فولكمان ولازاروس (Folkma & Lazarus, 1986) في أن الخصائص النفسية

كالصلابة مثلا، تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط نفسه، وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه،

وصحته النفسية، وتقديره لذاته، كما تؤثر أيضا في تقييم الأفراد لأساليب المواجهة، وهي الأساليب التي

يواجه بها الفرد الحدث الضاغط (مواجهة المشكلات، الهروب، التجنب، تحمل المسؤولية، البحث عن

المساندة الاجتماعية، التحكم الذاتي). (مخير، 1996، ص.279)

وقد أشارت كوبازا (1974) إلى أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي، يخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغط ولا يمرضون. (عودة، 2010، ص.76)

ويرى باحثون آخرون أنه حتى لو قام الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية، بتقدير الضغوط بأنها تشكل لهم ضغطا بالفعل، إلا أن سماتهم الشخصية تظل تعمل كواق، من تأثير الضغوط عن طريق تسهيل اختيار أساليب المواجهة التوافقية، أو عن طريق كف السلوك غير التوافقي، فالأفراد ذو الصلابة العالية نظريا يميلون إلى استخدام أسلوب المواجهة التحويلي، وفيه يقومون بتغيير الأحداث التي يمكن لأن تولد ضغوطا إلى فرص نمو ونتيجة لذلك نجدهم يتوافقون مع الأحداث الضاغطة بطريقة متفاعلة وفعالة. وعلى العكس من ذلك يعتمد الأفراد ذو الصلابة المنخفضة إلى أسلوب المواجهة التراجعي، أو الذي يضمن نكوصا وفيه يقومون بتجنب أو الابتعاد عن المواقف التي يمكن أن تولد ضغوطا. وعلى الرغم من أن الشخص الذي يلجأ إلى أسلوب النكوص قد يتجنب مؤقتا المواقف الضاغطة، فإنه على نحو تشاؤمي يظل مشغولا بتلك الضغوط مهموما بها. (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص.236-238)

وجد مادي وكوبازا أن الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الاستفادة من أساليب مواجهتهم للضغوط بحيث تفيدهم في خفض تهديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها. (Smith، 1993، p.9)

يتضح من ذلك أن الصلابة النفسية تنشئ جدارا دفاعيا نفسيا للفرد، يعينه على التكيف البناء مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة، وتخلق نمطا من الشخصية شديدة الاحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط وتخفف من أثارها السلبية، ليصل إلى مرحلة التوافق، وينظر إلى الحاضر والمستقبل بنظرة ملؤها الأمل والتفاؤل، وتخلو حياته من القلق والاكتئاب وتصبح ردود أفعاله مثالا للاستحسان. (راضي، 2008، ص. 54)

5_ النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

أولا: نظرية كوبازا:

قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، وتناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال، واحتمالات الإصابة بالأمراض، وهذا ما أشارت إليه دراسة سميث (1989)، التي هدفت إلى التأكد من أن الأشخاص ذوي الصلابة أكثر مقاومة للأمراض التي تحدثها الضغوط، وهذا الأسلوب يرجع لتفكيره التكيفي الذي يؤدي إلى خفض مستوى الإثارة الفيزيولوجية لديهم، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة يستخدمون جملا إيجابية، في التعبير عن الذات حتى في ظل أكثر الظروف تهديدا، كما أنهم أقل إظهارا للإثارة الفيزيولوجية عند انتظارهم لبدء المهمة. (راضي، 2008، ص. 122)

اعتمدت هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية والتجريبية، تمثلت في آراء بعض العلماء أمثال "فرانكال" و"ماسلو" و"روجرز". والتي أشارت إلى وجود هدف لفرد أو معنى لحياته

الصعبة، يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال إمكانياته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة. (خنفر، 2014، ص. 18)

ويعد نموذج لازاروس من أهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية، حيث أنها نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل وحددها في ثلاثة عوامل رئيسية وهي:

• البيئة الداخلية للفرد.

• الأسلوب الإدراكي (المعرفي).

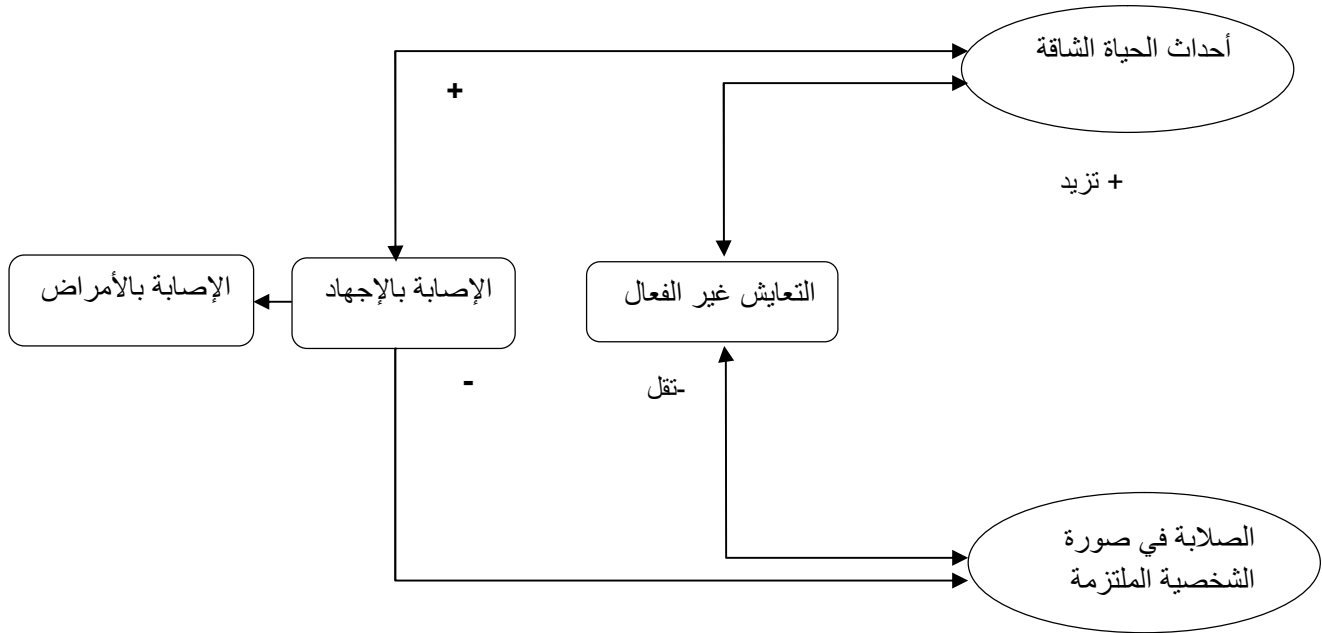
• الشعور بالتهديد والإحباط.

والذي أشارت إليه دراسة هولاهان وموسى (1985) والتي استهدفت الكشف عن العوامل التي تؤثر في الصلابة النفسية، فأسفرت الدراسة عن أن البيئة الأسرية التي تتسم بالدفيء والحب تجعل الفرد أكثر صلابة. اعتمدت كوبازا (1983) على فرضية أساسية لنظريتها، والقائلة بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمراً ضرورياً، وحتمي لا بد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي، وأن المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد تزداد عند التعرض لهذه الأحداث، ومن أبرز هذه المصادر الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة، والتي كانت قد تطرقت إليه كوبازا في دراستها (1979)، والتي هدفت إلى معرفة المتغيرات النفسية، التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية، رغم تعرضه للضغوط كانوا أقل مرضاً، كما يتسمون بأنهم الأكثر صموداً، وإنجازاً وسيطرة، وطموح ونشاط، في حين أن الأشخاص الأقل صلابة يكونون أكثر مرضاً وعجزاً في الضبط الخارجي. (راضي، 2008)

وكذلك فسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة والوقاية من الإصابة بالأمراض من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة، من خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم، للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة.

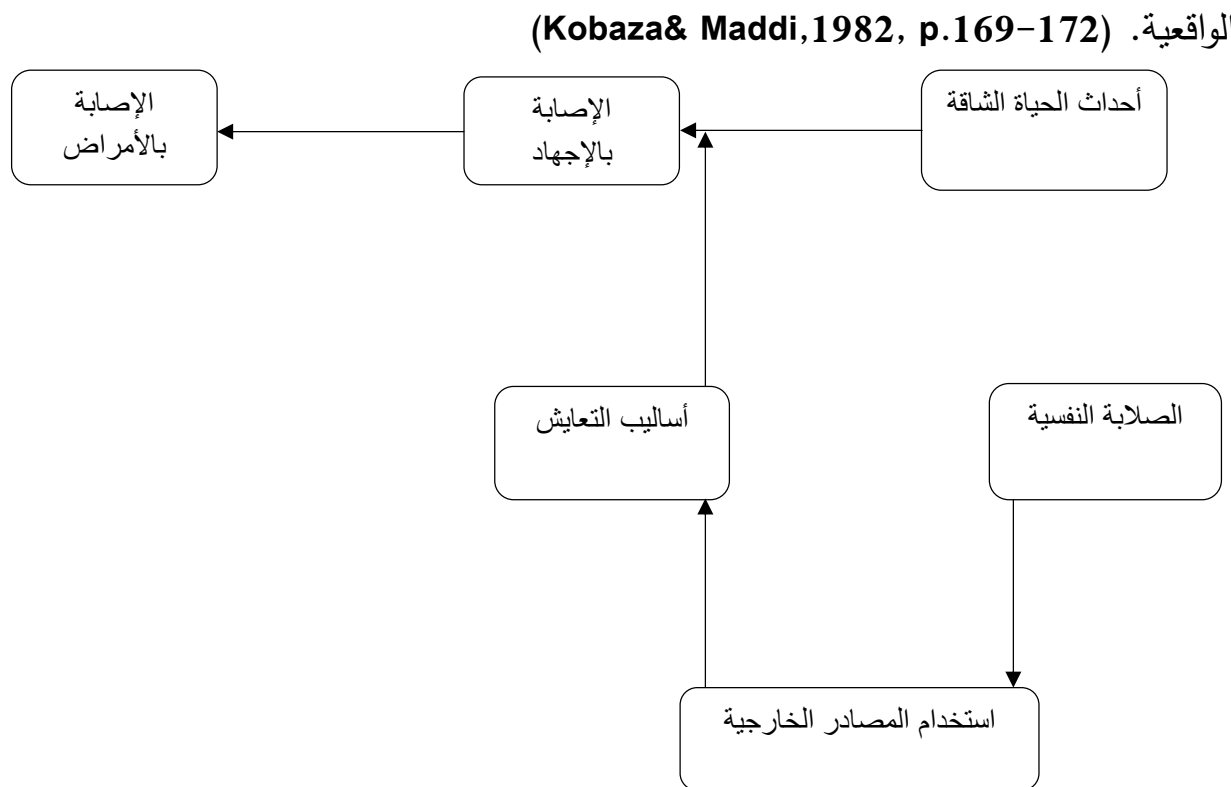
كما ذكرت كوبازا أن الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطاً، وأشد واقعية، كما أنهم يجدون أن تجارتهم ممتعة وذات معنى، وكذلك هم يضعون تقييماً متفائلاً لتغيرات الحياة، ويميلون للقيام بالأفعال الحاسمة للسيطرة عليها، كما أنهم يؤيدون معرفة المزيد من الخبرات لتعلم كل ما هو مفيد للحياة المستقبلية. وعلى العكس فإن الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم وحتى البيئة التي من حولهم دون معنى، ويشعرون بالتهديد المستمر، كما أنهم يعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها أو عندما تخلو من التجديد، ولذلك لا توجد لديهم اعتقادات راسخة، وهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة. (خنفر، 2014، ص.19)

وفيما يلي عرض لبعض الأشكال التي تبين تأثير الصلابة على الفرد، وتوضح منظورا جديدا للتغيرات البناءة في علم النفس الحديث:



يوضح الشكل(1): آثار الصلابة في صورة الشخصية الملتزمة، التي تقل بشكل مباشر من التأثير السلبي للأحداث الحياتية الضاغطة، إذا انخفضت أساليب التعاشيش الغير فعالة، وتضيف كوبازا، أن الصلابة النفسية تؤدي أدوارا هامة بالنسبة للفرد تتمثل في:

- تغير الصلابة الإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي، فيعتقد الأفراد ذو الصلابة بكفائتهم في تناول الأحداث الحياتية، ومن ثم فهم يرون الأحداث اليومية الشاقة بصورة واقعية.
- تحقق الصلابة الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث، وتحول دون وصول الفرد لحالة الإجهاد المزمن وشعوره باستنزاف طاقته.
- ترتبط الصلابة بطرق التعاشيش التكيفي الفعال، واعتياد استخدام التعاشيش الانسحابي للمواقف. تدعم الصلابة عمل متغيرات أخرى كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات.



الشكل(2): يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة (Kobasa, 1983, p.216)

يوضح لنا هذا الشكل: أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة وقائي حيث يقلل من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغط وتزيد من استخدام الفرد لأساليب التعايش الفعال وتزيد أيضا من العمل باستخدام الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة اتجاه الظروف الضاغطة.

ثانيا: نظرية فينك:

هي إحدى النماذج التي ظهرت حديثاً في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات، حيث أعاد فينك النظر في نظرية كوبازا (1979)، وحاول أن يضع تعديلاً جديداً لها، من خلال دراسته التي أجراها، بهدف البحث عن العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي، للتعايش الفعال من جهة، وللصحة العقلية من ناحية أخرى. وذلك باعتماده على عينة قوامها 167 جندياً إسرائيلياً، حيث اعتمد على المواقف الشاقة والتعايش معها قبل الفترة التدريبية التي أعطاها للمشاركين. (عودة، 2010، ص.80)

حيث توصل إلى أن : ارتباط مكون التحكم والالتزام فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد من خلال تخفيض الشعور بالتهديد، واستخدام إستراتيجية التعايش خصوصاً إستراتيجية ضبط الانفعال، حيث ارتبط بعد التحكم ايجابياً بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة، واستخدام حل المشكلات للتعايش.

وقام فنك بإجراء دراسة أخرى سنة 1995 تحمل الهدف الذي قامت عليه الدراسة الأولى، وعلى عينة من الجنود الإسرائيليين أيضاً، واستخدم فترة تدريبية عنيفة لمدة أربعة أشهر، تم خلالها تنفيذ المشاركين للأوامر المطلوبة منهم، حتى وإن تعارضت مع ميولهم، واستعداداتهم الشخصية، وذلك بصفة متواصلة، ولقياس الصلابة النفسية، وكيفية الإدراك المعرفي، للأحداث الشاقة الحقيقية، وطرق التعايش قبل التدريب. وبعد الانتهاء منها توصل إلى نفس نتائج الدراسة السابقة. (العيافي، 2011، ص.18-22)

6- خصائص الصلابة النفسية:

حصر تايلور (1995) خصائص الصلابة النفسية فيما يلي:

- الإحساس بالالتزام أو النية لدفع النفس للانخراط في أية مستجدات.

• الرغبة في إحداث التغيير ومواجهة الأنشطة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص للبناء والتطور والنماء، الاعتقاد والإيمان بالسيطرة، وأن الفرد هو سبب الحدث في حياته، وأن الشخص يستطيع أن

يؤثر على بيئته. (الطبيبي وزنبو، 2021، ص.25)

ويمكن أن نميز بين الصلابة النفسية المرتفعة والمنخفضة:

1_6 خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت كوبازا في سلسلة دراستها (1979، 1982، 1983) وكذلك مادي وآخرون (1998)، إلى أهم

خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

- وجود نظام قيم ديني لديهم يقيهم من الوقوع في الانحراف أو الأمراض أو الإدمان.
- وجود أهداف في حياتهم، ومعاني يتمسكون بها ويرتبطون بها.
- الالتزام ومساعدة الآخرين عن الحاجة.
- المبادرة والنشاط.
- المثابرة وبذل جهد والقدرة على التحمل، والعمل تحت الضغوط.
- القدرة على الانجاز والإبداع.
- الميل للقيادة.
- القدرة على الصمود والمقاومة.
- التفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة.
- إدراك التحكم الداخلي.

- القدرة على اتخاذ القرارات.
- والاختيار بين بدائل متعددة.
- الهدوء والقدرة على التنظيم الانفعالي، والتحكم في الانفعالات.
- التحكم المعرفي أي القدرة على تفسير وتقدير الأحداث الضاغطة.
- الاعتقاد أن النجاح في الحياة يعود للعمل والمجهود، وليس للصدفة أو الحظ والظروف.
- القدرة على تحقيق الذات.
- يتسمون بإتقان العمل والدراسة.
- تزداد صلابتهم النفسية مع التقدم في العمر.
- الصحة الجسمية (مخير، 2011، ص.19)

6_2 خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

إن الأشخاص الأقل صلابة يكونون عرضة للاضطرابات، ويشعرون بالعجز، وأنهم أكثر ضغطاً في الضبط الداخلي.

وأكثر نقداً لذواتهم (لوم الذات) وأكثر شعوراً وتعميماً لخبرات الفشل، وأن لا معنى لحياتهم كما أنهم لا يتفاعلون مع البيئة الاجتماعية.

ويتضح مما سبق أن ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يتصفون بـ:

- عدم تحمل المشقة وعدم القدرة على الصبر.
- عدم القدرة على تحمل المسؤولية.

- قلة المرونة في اتخاذ القرارات.
- الهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة.
- عدم القدرة على الضبط الداخلي.
- ليس لديهم مبادئ معينة.
- فقدان التوازن.
- التجنب والبحث عن المساندة. (ونيس و قديري، 2017، ص.45)

7-أبعاد الصلابة النفسية:

توصلت كوبازا من خلال دراستها إلى أن الصلابة تتكون من ثلاثة أبعاد، هي: الالتزام، التحكم، التحدي.

- **الالتزام:** هو نوع من التعاقد ويلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله. ويعكس إحساسا عاما للفرد بالعزم والتصميم الهادف ذي المعنى، ويعبر عنه بميله ليكون أكثر قوة ونشاطا اتجاه بيئته، بحيث يشارك بإيجابية في الأحداث، ويكون بعيدا عن العزلة والسلبية والخمول والكسل. (Cotton, 1990).

كما يرى فولكمان (1984) أن الالتزامات تكشف عما هو مهم وله معنى للفرد، ويمكن أن تعرف من خلال عدد من مستويات الأفكار والقيم إلى غايات محددة، كما تحدد موضع الخطر والتهديد. كما يرى ألد وسميث (1989) أنه يمكن التعبير بالميل للمشاركة في مقابل الاغتراب، لأن الالتزام يظهر في صورة اغتراب. (حجازي وأبو غالي، 2010، ص.18)

ويعرف مخيمر الالتزام بأنه: " نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله: "وهو مصطلح يشير إلى إحساس الناس بروح المسؤولية نحو الآخرين والأحداث في حياتهم الزوجية والأسرية والاجتماعية والمهنية". (مفتاح، 2010، ص.210)

- أنواع الالتزام: أشارت "كوبازا" و"مادي" و"بكسيتي" إلى أن الالتزام الشخصي أو النفسي يضم كلا من:

أ- **الالتزام اتجاه الذات**: وعرفه بأنه: " اتجاه الفرد حول معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو تميزه عن الآخرين".

ب- **الالتزام اتجاه العمل**: وعرفته بأنه: " اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين واعتقاده بضرورة تحمله مسؤولية العمل والالتزام بنظمه" (كوبازا وآخرون، 1985، ص.525)

وقد صنف أبو الندى الالتزام إلى ثلاث أنواع وهي:

- **الالتزام القانوني**: ويتمثل في تقبل الفرد للقوانين الشرعية ثم الوضعية السائدة في مجتمعه وامتناله لها وتجنبه مخالفتها. وقد ارتبطت طبيعة الالتزام القانوني ببعض المهن، وميزت محدداته طبيعة المهن ومن أبرزها المحاماة، فنجد أن ممارسي هذه المهنة يلتزمون بالجوانب القانونية بوصفها محددة لطبيعتها الشاقة، كما يلتزمون بنفس المحددات القانونية أثناء حياتهم الشخصية.

- ويعرف عبد الله (1991) الالتزام القانوني بوصفه اعتقاد الأفراد بضرورة الانصياع لمجموعة من القواعد والأحكام العامة، وتقبل تنفيذها جبرا بواسطة السلطة المختصة في حالة الخروج عنها أو مخالفتها، لما تمثله من أسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع. (عبد الله، 1991، ص.290)

• **الالتزام الديني:** ويعرفه **الصنيع** (2002) بأنه: " التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه، بممارسة ما أمر الله به، والانتهاز عن إتيان ما نهى عنه". (الصنيع، 2002، ص.92)

• **الالتزام الأخلاقي:** وقد عرفه جونسون (1991) بأنه: " اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية والاجتماعية".

ويحمل هذا التعريف الالتزام في مضمونه لهذا الشكل معنى الإكراه الذاتي الذي أشار إليه جونسون بوصفه إلزامياً-داخلياً، يرتبط بالقيود الاجتماعية، إلا أن التزام الفرد بعلاقة ما يرتبط بوجود قيمة أو هدف داخلي اتجاه العلاقة، ولا يرتبط بالجوانب الأخلاقية والاجتماعية، فالفرد حين يلتزم بمجموعة من العلاقات الاجتماعية الحميمة فإنه يلتزم بها من واقع سعادته بها ورضاه عنها. (راضي، 2008، ص.25)

2- التحكم: أشارت إليه "كوبازا" و"بوسيتي" (1983) بوصفه اعتقاد الفرد بأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة التي يتعرض لها هي أمور متوقعة الحدوث، ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها. مصطلح التحكم يشير إلى ميل الناس إلى الاعتقاد أن لهم قدرة التأثير على الأحداث التي يتعرضون لها في حياتهم وضبطها.

وهو عبارة عن إحساس بالتحكم الذاتي. A sens of personal Control (مفتاح، 2010، ص.129)

ويعرفه **مخير** بأنه: " اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات ولاختيار البدائل، وتفسير الأحداث والمواجهة الفعالة.

أما محمد فيشير إلى أن التحكم هو اعتقاد الفرد في قدرته على السيطرة والتحكم في أحداث الحياة المتغيرة المثيرة للمشقة النفسية، سواء أكان ذلك معرفياً أو لا. (محمد، 2002، ص.21)

ويعرفه **Weab** (1991) بأنه: " اعتقاد الفرد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة، ورؤيتها كمواقف وأحداث شديدة قابلة للتناول والتحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها" ويعني ذلك المسؤولية والقدرة على اتخاذ القرار ومواجهة الأزمات. (ونيس و قديري، 2008، ص.27)

وقد أوضح هيرس أن التحكم يعد تصور الفرد أن الأحداث وتجارب الحياة، يمكن التحكم فيها وتوقعها، وأنها تمثل نتيجة أعماله، فهو يمثل اعتقاد الفرد بحدوث الأحداث الشاقة، ورؤيتها كمواقف يمكن التعامل معها والتحكم فيها والفرد الذي لديه نزعة قوية نحو التحكم، يعتقد أنه لو كافح وحاول فإن لديه احتمال قوي في التأثير في النواتج التي تحدث من حوله. (عباس، 2010)

يتضح من ذلك أن التحكم يتمثل في قدرة الفرد على توقع حدوث المواقف الصعبة بناء على استقراره للواقع، ووضع الخطط المناسبة لمواجهة مشكلات وقت حدوثها، باستخدام أساليب معينة والتحكم في انفعالاته والسيطرة على نفسه. (فاتح، 2015، ص.20)

- أنواع التحكم:

أ- **التحكم المتصل باتخاذ القرارات والاختيار بين البدائل:** يحسم هذا التحكم المتصل باتخاذ القرارات

بطريقة التعامل مع المواقف، سواء بتجنبه أو محاولة التعايش معه. (مكي وحسن، 2011،

ص.248)

ب- التحكم المعرفي: يعد التحكم المعرفي، أهم صور التحكم التي تقلل من الآثار السلبية. فيختص التحكم بالقدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة، عند التعرض لموقف صعب، كالتفكير فيه واستيعابه بطريقة ايجابية ومتفائلة. (رفاعي، 2003، ص.25)

ج- التحكم السلوكي: هو القدرة على المواجهة الجيدة، وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز. ويقصد به كذلك، القدرة على التعامل مع المواقف بصورة واضحة، وملموسة. (مكي وحسن، 2011، ص.248)

د- التحكم الاسترجاعي: وهو يرتبط باتجاهات الفرد، ومعتقداته اتجاه الموقف، وكذا طبيعته، فيؤدي استرجاع الفرد لهذه المعتقدات، لتكوين انطباع واضح عن الموقف، ورؤيته على أنه موقف قابل للتناول والسيطرة، وهذا يؤدي إلى تحقيق أثر الضغوطات. (مكي و حسن، 2011، ص.248)

3- التحدي: تعرفه "كوبازا" و"بوسيتي" (1983) أنه اعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة هو أمر طبيعي بل حتمي، لا بد منه لارتقائه أكثر، من كونه تهديدا لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية. (عليوان، 2012، ص.17)

يشير إلى اعتقاد الفرد ما يطرأ عليه من تغير في جوانب حياته، هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا له. مما يساعد على المبادأة، واكتشاف البيئة، ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية، التي تساعد الفرد في مواجهة الضغوط بفاعلية، ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها، والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهة المشكلات. كما يشير إلى ميل الناس إلى إدراك التغييرات التي تحدث في حياتهم، على أنها حوافز يمكن استغلالها لتحقيق النمو الذاتي وتقبلها كما هي. (مفتاح، 2010، ص.130)

يعرفه **توماكا وآخرون (1996)** بأنه تلك الاستجابات المنظمة التي تنشأ رداً على المتطلبات البيئية، وهذه الاستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فيزيولوجية أو سلوكية، وقد تجتمع معا وتوصف بأنها استجابات فعالة. (محمد، 2002، ص.41)

ويتضح أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف جديدة وتقبلها بما من مستجدات سارة أو ضارة، باعتبارها أمورا طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وتخلق مشاعر التفاؤل، وتقبل الخبرات الجديدة. (ونيس وقديري، 2017، ص.44)

8- الفروق في الصلابة النفسية بين الجنسين:

تشير العديد من الدراسات أن الصلابة النفسية كخاصية نفسية تختلف بين الذكور والإناث، وهذه الفروق حسب العديد منهم تعود إلى أساليب التنشئة الاجتماعية، وطرق التفاعل بين الآباء والأبناء، حيث أننا إذا نظرنا إلى أساليب التنشئة المتبعة مع الذكور والإناث، سنجد أنها تدعم استقلالية الطفل عن طريق فرض القليل من القيود عليه وتشجيعه على الاستطلاع، واستكشاف البيئة الخارجية مما يجعله أكثر كفاية، وثقة بالنفس، وصلابة نفسية، بينما فرض الكثير من القيود على الأنثى يجعلها أقل قدرة على اتخاذ القرارات وأكثر اعتمادية مما يجعلها تشعر أنها بحاجة إلى مساندة الآخرين في اتخاذ قراراتها. (مخير، 1997، ص.121)

ففي دراسة للباحث **عماد مخير (1996)** بعنوان القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة، توصلت إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في

الصلابة النفسية لصالح الذكور، بمعنى أن الذكور أكثر صلابة نفسية من الإناث خاصة لإدراكهم للتحدي والتحكم. (مخير، 1996، ص. 284-285)

وفي نفس الإطار توصل حمادة وعبد اللطيف (2002) في دراسة لبحث العلاقة بين الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب جامعة الكويت، حيث تكونت عينة الدراسة من 282 طالبا بواقع 70 من الذكور و 212 من الإناث، وكشفت النتائج وجود ارتباط بين الصلابة والرغبة في التحكم بين الصلابة والرغبة، ووجود فروق بين الجنسين على مقياس الصلابة النفسية لصالح الذكور.

كما توصل حجازي وأبو غالي، في نفس السياق في دراستهما حول مشكلات الشيوخوخة وعلاقتها بالصلابة النفسية، أن الذكور أكثر صلابة نفسية، حيث وجد الباحثان فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في الدرجة الكلية لمقياس الصلابة، وكذا متغيري التحكم والتحكم للذكور.

من هنا نستخلص أنه حسب الدراسة السابقة فإن الذكور يسجلون درجات مرتفعة على مقياس الصلابة النفسية مقارنة بالإناث. (يوسف، 2016، ص. 120)

9-أساليب تحقيق الصلابة:

يلجأ الفرد لتحقيق الصلابة النفسية إلى ما يسمى: "عمليات الصلابة النفسية"، وهي أنشطة يستخدمها الجهاز النفسي لخفض الضغط النفسي، والكرب والتوتر والإجهاد، أو التخلص منه، وتحقيق تقدير الذات والإحساس بالأمان، ويجد الفرد أمانه النفسي في انضمامه إلى الجماعة التي تشعره بهذه الصلابة. (زهرا، 2003، ص. 300)

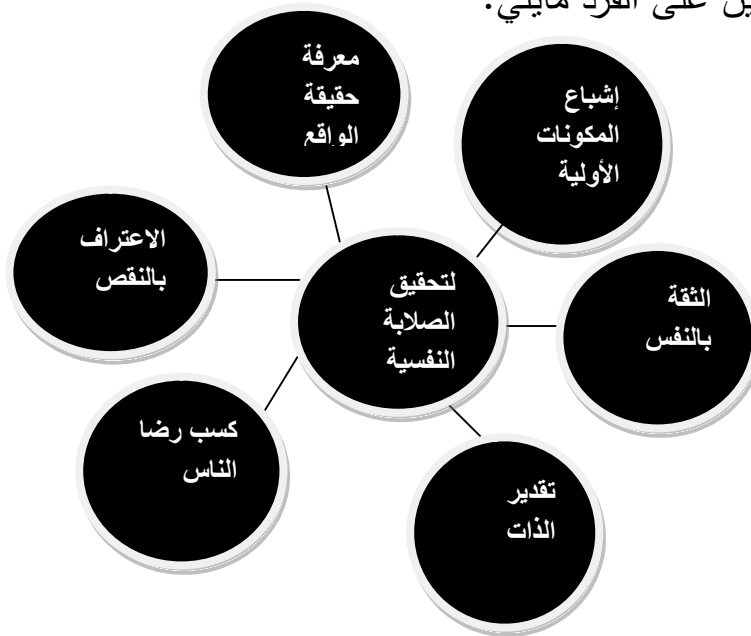
وتدعم جماعة الرفاق الصلابة النفسية لأفرادها، حيث يعتمد الأفراد بعضهم على بعض بشكل واضح، حتى يشعروا بدرجة أكبر من الصلابة النفسية، والأسرة السعيدة والمناخ الأسري المناسب لنمو أفرادها نموا سليما، وإشباع حاجاتهم يؤدي إلى تحقيق الصلابة النفسية والتوافق المهني، والانتماء إلى الجماعة يزيد الإحساس بالصلابة النفسية. (هجو، 2022، ص.17)

يذكر الشريف أن الأسرة هي التي تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية للأبناء، وهذا يتم من خلال أساليب المعاملة الوالدية التي يتبعها الآباء في تنشئة أبنائهم، وتعتبر أساليب المعاملة الوالدية المتبعة من قبل الآباء إحدى الجوانب المهمة في حياة الأبناء، وذلك لما لها من دور فعال في توجيههم من خلال التنشئة الاجتماعية، فإذا أتيح لخبراتهم من هذه المعاملة، الجو الذي يسوده الصلابة والطمأنينة والمحبة والاستقرار النفسي، استطاعوا أن يكتسبوا من هذه الخبرات ما يساعدهم على تكوين القدرة على التكيف مع أنفسهم ومجتمعهم، أما إذا مروا بخبرات نابعة من مواقف الحرمان، فإن ذلك يؤدي إلى تكوين شخصية تعاني من عدم الطمأنينة، شخصية قلقة مضطربة وغير متوافقة.

يقوم الوالدان بدور كبير في تشكيل شخصية الأبناء عن طريق تدريبهم على إصدار الاستجابات الصحيحة من خلال استخدام أساليب متنوعة من المعاملة، خاصة وأنهم في مرحلة الطفولة لا يكونون قادرين على إصدار أحكام على السلوك إلا في ضوء آثاره المباشرة، لعدم معرفتهم بالمعايير المحددة للصواب والخطأ، والخبرات التي يمرون بها قد تثبت في نفوسهم وتؤثر على شخصياتهم في سن الرشد. (هجو، 2022، ص.18)

وقد أكدت **Anastasia** على أهمية التفاعل بين الوالدين والأبناء، وانعكاس ذلك على شخصية الأبناء حتى سن متقدمة، فاتجاهات الصلابة والطمأنينة قد تستمر مع الطفل عند مواجهة مواقف شديدة الإحباط. أما اتجاهات عدم الثقة والخوف قد تستمر مع الطفل حتى عند مواجهة مواقف يشعر فيها بالصلابة والارتياح، وهذا يرجع إلى تأثير الوالدين في تكوين شخصية الأبناء.(شقير، 2003، ص.99).

ولتحقيق الصلابة النفسية يتعين على الفرد مايلي:



-إشباع المكونات الأولية للفرد: أساسا هاما في تحقيق الصلابة النفسية والطمأنينة النفسية، وهذا ما أكدت عليه النظريات النفسية والتصور الإسلامي بحيث وضعتها في المرتبة الأولى من مكونات الإنسان التي لا حياة بدونها.

-الثقة بالنفس وبالأخرين: والتي تعد من أهم ما يدعم شعور الفرد بالصلابة، والعكس صحيح،

فأحد أسباب فقدان الإحساس بالصلابة والاضطرابات الشخصية هو فقدان الثقة بالنفس على نحو تصبح

الثقة بالأخرين مسألة مستحيلة، ومن ثم يفقد الفرد تواصله مع الآخرين.(هجو، 2022، ص.17)

-تقدير الذات وتطويرها: وهو أسلوب يقوم على أن يقدر الفرد قدراته، ويعتمد عليها عند الأزمات، ثم

يقوم بتطوير الذات، عن طريق العمل على إكسابها مهارات، وخبرات جديدة تعينه على مواجهة

الصعوبات التي تتجدد في الحياة.

-العمل على كسب رضا الناس وحبهم ومساندتهم الاجتماعية والعاطفية: بحيث يجد من يرجع

إليه عند الحاجة، كما أن للمجتمع دور في تقدير الخدمات التي تضمن للفرد الصلابة عن طريق

المساواة في معاملة جميع الأفراد مهما كانت مراكزهم الاجتماعية، لأن العدل أساس الصلابة.

-الاعتراف بالنفس وعدم الكمال: حيث أن وعي الفرد بعدم بلوغه الكمال يجعله يفهم طبيعة قدراته

وضعها، وبالتالي فإنه يقوم باستغلال تلك القدرات الاستغلال المناسب دون القيام بإهدارها من غير

فائدة حتى لا يخسرهما عندما يكون في أمس الحاجة إليها، ومن هنا فإنه يسعى إلى سد ما لديه من

نقص عن طريق التعاون مع الآخرين، وهذا ما يشعره بالصلابة، لأن ذلك يجعله يؤمن بأنه لا يستطيع

مواجهة الأخطار وحده، دون مساعدة الآخرين والتعاون معهم.

-معرفة حقيقة الواقع: وهذا يقع على عاتق المجتمع وله دور كبير في توفيره، خاصة في الحياة

المعاصرة التي أصبح فيها الفرد يعتمد على وسائل الإعلام في معرفة الحقائق المختلفة. وتظهر أهمية

هذا الأسلوب في حالة الحروب على عكس الأفراد المطلوب الذين لا يعرفون ما يحدث حولهم. (هجو، 2022، ص.18)

خلاصة :

نستخلص مما تطرقنا إليه في هذا الفصل، أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة وقائي، ونظام دفاعي، بحيث تخفض وتعمل على التقليل من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغوط، وتزيد من استخدام أساليب التعايش الفعال، وتكون الصلابة النفسية بمثابة الركيزة الأساسية للفرد، وتمنحه فرصة للتطور، بدلا من الشعور بالعجز و الاتكالية وكذا قلة التواصل إضافة إلى الميل إلى إلقاء اللوم على الخارج وعلى الآخرين.

الفصل الثالث

1_تعريف التوحد

2- نشأة وتطور التوحد

3- نسبة انتشار التوحد

4- سمات الطفل التوحيدي

5-النظريات المفسرة للتوحد

6- الوسائل المستخدمة لتشخيص التوحد

7- تشخيص اضطراب التوحد

8- العوامل المسببة لاضطراب التوحد

9- التكفل باضطراب التوحد

10- الضغوطات التي تتعرض لها أسر أطفال التوحد

11- تكييف الأسر مع التوحد

12- الاستراتيجيات المستخدمة في إرشاد والدي أطفال التوحد

تمهيد:

يعتبر التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها انتشارا في الآونة الأخيرة، وهو اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، كما أنه اضطراب غامض ولم يتوصل العلماء بعد إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والتي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الاجتماعية و الاتصال و الأفعال القهرية ، فلا بد من وضع تشخيص دقيق لهذا الاضطراب الذي يساعد في وضع برامج علاجية و تربوية من أجل مساعدة الطفل التوحيدي والتكفل به وتكيفه مع الأسرة والمجتمع ومتطلبات الحياة، وكذا مساعدة الأسرة في تقبل هذا المرض ومحاولة التوافق مع طفلهم، خاصة الأولياء الذين يواجهون العديد من الصعوبات والمسؤوليات في تعاملهم مع طفلهم. وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الثالث، حيث تم تخصيص جانب سيتم التعريف فيه بهذا الاضطراب، تطوره، نسبة انتشاره، العوامل المسببة له، سمات الطفل التوحيدي، النظريات المفسرة، تشخيص هذا الاضطراب والتكفل به، وجانب خاص بأولياء أطفال التوحد منها الضغوطات التي تتعرض لها أسر أطفال التوحد، تكيف الأسر مع التوحد والاستراتيجيات المستخدمة في إرشاد والدي أطفال التوحد.

1_ تعريف التوحد:

تشق كلمة التوحد **Autism** من كلمة الإغريقية "**out**"، وتعني النفس أو الذات وكلمة **ism**، وتعني الانغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة إن هؤلاء الأطفال غالباً يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلاً من الاهتمام بالعالم الخارجي. وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنقص السلوك، ومغرم بالأشياء، ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهراً من عمر الطفل. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص.26)

ويعرف حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM 5: عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة، أو كما ثبت عن طريق التاريخ. (الحمادي، ص.28).

وحسب التصنيف الدولي للأمراض ICD11: يتسم اضطراب طيف التوحد بالعجز المستمر في القدرة على بدء واستدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، وبمجموعة من أنماط السلوك والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة. يبدأ الاضطراب خلال فترة النمو، عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة، يكون العجز شديد بما يكفي لإحداث تدن في المجالات الشخصية أو

الأسرية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة، وعادة ما تسود تلك السمات أداء الفرد والذي يمكن ملاحظته في جميع السياقات، على الرغم من أنها قد تختلف وفقاً للسياقات الاجتماعية أو التعليمية أو غيرها، يظهر الأفراد على طول الطيف مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية والقدرات اللغوية. (الحمادي، 2021، ص.82).

ويعرفه الطبيب الأمريكي ليوكانر (Leokanner) بأنه: " عبارة عن اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى استخدام اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير والقدرات الإدراكية العالية والمظاهر الجسمية الطبيعية والحساسية اتجاه المثيرات الخارجية". (حسن، 2015، ص.11).

ويعرف أيضاً حسب " الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين ": على أنه: اضطراب يشمل على المظاهر التالية:

_ اضطراب في معدل النمو وسرعته.

_ اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

_ اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

_ اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة. (الزراع، 2005، ص.17). وهو اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة، وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه الاهتمام بالأفراد الآخرين. (الأشلول، 1987، ص.112).

_ وهو مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من اعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عند الوسط المحيط، بحيث يعيش منعقدا على نفسه، لا يكاد يحس بما حوله، ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر. (القمش، 2011، ص.24).

_ كما يعرف التوحد أيضا بأنه " اضطراب الطفولة حيث تسمع الكثير عن أطفال التوحد بينما تسمع القليل الذين يعانون من التوحد ففي الحقيقة نبدأ بملاحظة التوحد منذ الطفولة، فهذا الاضطراب يؤثر على تطور الدماغ أو العقل، وتبدو أعراضه مختلفة باختلاف الأعمار وبعض الأعراض لا تظهر إلا متأخرة، والأخرى تختفي مع الزمن. وهكذا من الممكن أن يكون التغيير دراماتيكيًا في التوحد بحيث يؤثر على التطور وفي المقابل يؤثر التطور على التوحد. (الزريقات، 2010، ص.22).

ويشير ETKIN وآخرون (2005) " إلى أن الذاتية اضطراب ارتقائي عام شديد، يتميز بقصور في عملية الاتصال الاجتماعي، ونقص في مستوى الاتصال الاجتماعي، ونقص في مستوى الذكاء ونمو اللغة، مع وجود طقوس سلوكية قهرية، ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات، واستجابات شاذة عند التفاعل مع البيئة المحيطة، ويبدأ ظهوره قبل أن يصل الطفل لسن الثلاث سنوات. (Etkin,s,temker,2005).

ويرى "محمد عز الدين" (2001) أن التوحد يعتبر اضطراب يتعلق بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير، ويعتبر " التوحد " المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح " الاضطرابات التطورية المنتشرة ". (خطاب، 2009، ص.17).

وعموماً يمكن القول إن: " اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي شامل يتميز باختلال في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل، ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية، حيث يكون الطفل ذوي اضطراب التوحد منغلقاً على ذاته، وكأنه في عالمه الخاص، كما يتصف بالانطواء على نفسه، وعدم الاهتمام بالآخرين، كما أن لديهم قصوراً في اللعب الاجتماعي، ويتسم بالروتين، ولديه حركات نمطية.

2_ نشأة وتطور مفهوم التوحد:

تعود جذور كلمة التوحد إلى اليونانية Autos والتي تعني النفس. ولا يعد التوحد اضطراباً حديثاً فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لاضطراب طيف التوحد منذ آلاف السنين. (سهيل، 2015، ص. 22).

وخلال العقود الماضية تطورت المسميات التي أطلقت على الأفراد التوحديين، حيث تم وصفهم بالعديد من الصفات التي تدل على حيرة العاملين مع هؤلاء الأفراد وعدم قدرتهم على الإدراك ووعي طبيعة التوحد، فقد وصفتهم العديد من الكتب والدراسات بمصطلحات مثل:

_ البريريين.

_ مخلوقات غريبة.

_ أطفال بدون طفولة.

_الأفراد الغريبين كليا.

اهتم الطبيب النفسي الإنجليزي هنري مودزلي بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال، وذلك عام 1867، وكان يعدها ذهانات. (شاكر مجيد، 2010، ص.19)

إن تسمية الاضطراب بالتوحد كانت من قبل الطبيب البارز إيجونبلولر والذي كان معروفا في الطب النفسي، والذي وصف بها إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العلمية المعرفية في إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام. وعلى هذا اعتبرت إعاقة التوحد من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة، ويقتصر تناوله لأذهنة الطفولة المبكرة على إعاقة التوحد، ويمكن تسمية الذهان الذاتوي Autistic Psychosis، وأيضا بالذاتوية الطفيلية المبكرة.

ويرجع الفضل إلى كانر (1943) Kanner الذي عاش في الفترة ما بين (1894_1943)، وترعرع في النمسا، ودرس الأدب في جامعة برلين، وأثناء الحرب الأولى عمل مساعد طبيب في الجيش. وبعد الحرب درس الطب في جامعة برلين، وانتهى من دراسة بكالوريوس الطب عام 1919، وأكمل أطروحته للماجستير في طب القلب عام 1920، وتلقى تدريبه في برلين عام 1923، وعندما هاجر إلى الولايات المتحدة حصل على منصب في المستشفى ينكتون في مدينة داكوتا، وفي عام 1929 قبل العمل كطبيب نفسي في قسم أدولف مير في مستشفى جونز هوبكنز، اهتم بالأطفال. وفي عام 1923 أنشأ قسم الطب النفسي للأطفال.

نشر **كانر** دراسته في عام 1943 حيث وصف فيها 11 طفلاً اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أيه اضطرابات عرفت آنذاك. ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل، أطلق عليه اسم التوحد الطفولي. (الشربيني، 2011، ص.22).

يشير **كانر** إلى أن الأطفال التوحديين لا يبدون كالأطفال الطبيعيين فحسب، بل إنهم عادة ما يكونون جذابين أيضاً، خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواحي معينة لديهم، وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحدي وعزلته الاجتماعية، وقد اعتقد **كانر** إن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدين، فهو يلوم الأم على كون الطفل منطوياً أو متوحداً، وبمعنى آخر يقر بذنب الأم عديمة الإحساس والمشاعر.

وقد أورد **كانر (1943)** الخصائص التالية للطفل التوحدي:

- 1_ عجز الطفل على إقامة علاقات مع الآخرين.
- 2_ قررت الأمهات إن الطفل لا يظهر في طريقته جلسته أو في حال وقوفه ثباتاً، وذلك قبل أن تأخذه أمه.
- 3_ التأخر في اكتساب اللغة، حيث يبدأ 8 من 11 طفلاً الكلام إما في الوقت المناسب أو بعد ذلك.
- 4_ يتمتع الأطفال التوحديون بذاكرة استظهارية جيدة.
- 5_ تكرار أصوات محددة.

6_ يلتزم الطفل بالمعنى الحرفي للكلمات.

7_ الانزعاج من التغيير.

8_ اللعب بطريقة تكرارية.

9_ يبدي الطفل التوحدي ردود فعل غير عادية أو شاذة للمثيرات الحسية. (مصطفى والشربيني، ص 22.23)

على الرغم من أن (كانر) قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات، ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينيات، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على إنها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية، (DSM 2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام 1988، حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM 3R) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد، حيث أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام، وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات والانعزالية، ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها. ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو تماماً من أعراض الهلوسة أو الهذات. وبذلك قد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي. أما في الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات العقلية الذي صدر عام 1994 The diagnostic statistical mental disorders

DSM-IV 1994 فقد وضع اضطراب التوحد واضطرابات أخرى مثل متلازمة (Retts)، واضطرابات الطفولة المنحلة، واضطرابات Aspergers واضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر واضطرابات الطفولة التراجعي ضمن الاضطرابات النفسية. (مجيد، 2010، ص.20).

3_ نسبة انتشار التوحد:

التوحد نسبيا هو اضطراب نادر الوجود، كما أن التقدير الدقيق على حدوثه متغير. فالبحوث المبكرة وضعت مدى انتشار هذا الاضطراب تقريبا من 2_5 بين كل 10.000 شخص، ومع ذلك فإن بعض التقديرات الحديثة لهذا الاضطراب أعطت تقديرات أقل منه حوالي 2 من بين كل 10.000 شخص. أما **هيلفن واليمو** فقد أشاروا إلى نسبة التوحد تبلغ 10 لكل 10000. فقد أشار **كومر** إلى أن البعض يشير إلى أن نسبة انتشار التوحد قد تصل إلى 1 لكل 160 طفل، ويضيف **كومر** إلى أن 80% من حالات التوحد تظهر لدى الأطفال الذكور وأن 90% من الأطفال التوحديين تبقى إعاقاتهم شديدة حتى في مرحلة الرشد. (زريقات، 2010، ص.56).

وقد تتحدد نسبة انتشار التوحد طبقا لمعايير التشخيص التي تتبناها المجتمعات المختلفة، ففي دراسة **لوتر (1986) Lutter**، و**لورد سكوبلر Lord Scopler (1987_1989)** التي اعتمدت في تشخيص حالات التوحد على معايير (DSM_III) كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (2_5) حالات

لكل 10000 ولادة حية، ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل 3 أو 4 مرات، والسبب في الإصابة غير معروف.

أما دراسات **كانر** التي بدأت في الأربعينيات حتى أوائل السبعينات من القرن الماضي، فاعتمدت في تشخيصه الحالات التوحد على المعايير التي وضعها لهذا الغرض، حيث أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة التوحد في أمريكا غالبا ما تكون بنسبة (4_5) حالات في 10000 ولادة حية في الأعمار الأقل من (15) سنة، وتظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4,1)، وأن البنات المصابات بالتوحد يكن أشد اضطرابا، ويشير تاريخهن الأسري إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عند الذكور. (القمش، 2011، ص.26). وأشارت نتائج الدراسات الحديثة إلى أن معدلات انتشار التوحد، واضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، وبلغت معدلات الانتشار بواقع طفل لكل 150 طفلا.

وتشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية والاجتماعية، أو الأصول المعرفية. كما أنه ليس حكرا على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات. (مصطفى والشربيني، 2011، ص.30).

وترجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسات التشخيصية، وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي بهذا الاضطراب، وإلى التعريفات المتعددة للتوحد والتوسع

في العمليات التشخيصية، والتحسين في وعينا المهني لهذا الاضطراب، بالرغم من عدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد. (مرجع سابق، ص.30).

4_ سمات الطفل التوحدي :

يتسم الأطفال التوحيديون بالعديد من السمات التي يمكن الاستدلال منها على هؤلاء الأطفال منها:

4_1 العجز الاجتماعي Social defect:

حاول **كلين** وآخرون "**Klin**" التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الاجتماعي في التوحد، فظهرت فروض متعددة لتفسيره فقد اعتبره **كانر** (1943) ناتجا عن اضطراب في التواصل الفعال، بينما اعتبره **روتر** "**Rytter**" (1971) ناتجا عن الإصابة بالعجز اللغوي، أما **اورينيتس** "**Orinits**" (1989) فقد أشار إلى أنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي، والبعض أشار إلى العوامل العضوية كعوامل مسببة للإصابة، فتحدث **بريور** "**Prior**" (1979) عن الخلل الوظيفي في النصف الأيسر أو الأيمن من المخ. ونتيجة لتعدد الآراء المفسرة للإصابة بالعجز الاجتماعي في حالات التوحد فمازال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد. (القمش، 2011، ص.48). وقد درس **أوزونوف** وآخرون "**Ozenoff , et als**" طبيعة العجز الاجتماعي لدى الأطفال التوحيديين، فوجدوا أن 80% من التوحيديين غير قادرين على التنبؤ بمعتقدات الآخرين، كما أنهم أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية والجسمية وفهم

الوظائف العقلية للمخ، ووجدوا أن الأطفال التوحديين يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم وعواطفهم ويتم ذلك بصعوبة بالغة. (القمش، 2011، ص.48).

ويفسر بريور وآخرون عجز الأطفال التوحديين عن التنبؤ بمعتقدات الآخرين بأن العجز الاجتماعي ينتج عن قصور أو عجز في أجزاء محددة منها المعرفة والمستويات العقلية للذات والآخرين، ويترتب على ذلك قصور في مهارة التصور أو ما وراء الوصف "Metarepresnfational"، وبذلك يظهر الطفل التوحيدي بأنه غير قادر على فهم قصص مصورة تتطلب تخميناً لنوايا أو مقاصد الآخرين، كما أنه لا يستطيع أن ينسب اعتقاداً خاطئاً للآخرين.

ويتصف الأطفال التوحيديون بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي، ويمكن عرضها على النحو التالي:

1_ قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل.

2_ رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.

3_ قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.

4_ عدم التأثر بوجود الآخرين والاقتراب منهم.

5_ عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين.

6_ قصور في التواصل البصري، فيتجنب النظر في وجه شخص آخر.

7_ لا يرد الابتسامه للآخرين، وإذا ابتسم تكون الابتسامه للأشياء دون الأشخاص.

8_ يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين، ولا يطلب من أحد الاهتمام به.

9_ يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين، وغالبا تكون أعباه غير هادفة. (مرجع سابق، ص.42).

4_2 خصائص لغوية تواصلية:

تعد مشكلات التواصل أحد المؤشرات الأساسية حول احتمالية أن يكون الطفل مصابا باضطراب طيف التوحد، وتشير الدراسات بأن 50% من التوحديين لا يستطيعون التواصل باستخدام اللغة المنطوقة، وعملية التواصل تؤثر على مظاهر النمو المتعددة، فعدم القدرة على التواصل تحد من قدرة الطفل على التعلم، وتؤخر من تطورهم الاجتماعي واستقلاليتهم.

وترى بعض الدراسات على وجود علاقة بين حدوث اضطراب طيف التوحد وضعف اللغة، حيث تشتمل بعض السمات الإكلينيكية التالية:

_ نمط لغوي طويل وممل.

_ ضعف في لغة الحوار مع الآخرين.

_ نمط ومحتوى لغوي غريب وشاذ مثل: (صورة نمطية للكلام، انحراف مفاجئ للكلمة، كلام غير ملائم في مواقف غير ملائمة).

ويرى عثمان لبيب فراج (2002) أن أهم خصائص اللغة عند الأطفال التوحديين تتمثل كالاتي:

_ قصور أو توقف أو اضطراب النمو اللغوي من أهم الأعراض المميزة لحالات التوحد، والمعايير المهمة في تشخيصها.

_ عدم استخدام اللغة ليس راجعاً إلى عدم رغبة الطفل في الكلام، ولكنه يرجع إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية بالمخ المسؤولة عن اللغة والكلام والتعامل مع الرموز، والواقعة على النصف الكروي الأيسر من المخ، ويؤدي هذا التفسير أنه عندما يؤدي التدريب المبكر للطفل المصاب إلى تكوين حصيلة من بعض الكلمات فإنه يتعثر في:

- تكوين الجمل ووضع الكلمات في مكانها الصحيح.

- الاستدعاء من الذاكرة لمعاني الرموز في معظم ما يسمعه من الكلام الموجه إليه.

- عجز عن إرسال الإجابة من مراكز اللغة والكلام على قشرة المخ، والذي يقوم بدوره بإرسال الإشارات العصبية بالتسلسل والتدريب الصحيح إلى عضلات أعضاء الكلام في الصدر والحنجرة والفم لينطق بها الطفل صحيحة مفهومة، وقد ينطق الطفل التوحدي كلمة معينة، ولكنه يعجز عن استعمالها أو نطقها ثانية، ولكنه يعود وينطقها بعد يوم أو أسبوع أو سنة. (حمادي، 2020، ص. 23_24).

4_3 الخصائص السلوكية:

يظهر الطفل ذو اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة، ويكون مصدر إزعاج للآخرين، ومن أهم ملامح والخصائص السلوكية عدم الاستجابة للآخرين، مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح، الاحتفاظ بروتين معين وضعف التواصل مع الآخرين، الخوف من تغيرات بسيطة

في البيئة. وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة، النشاط الزائد أو الخمول، حيث يصاب البعض بالصرع، ويلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات.

4_4 الخصائص الحركية:

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة، إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطورهم الحركي تتحقق بغير ترتيب مقارنة مع العاديين فمثلاً: يتعلمون أسلوب المشي ثم الحبي، كما يميل بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى المشي على أصابع أقدامهم. بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى دراسة أجراها جيم آدمز وجدت أن 30% من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية العامة والمهارات الدقيقة، حيث وجدت تلك الدراسة أن هؤلاء الأطفال يميلون إلى امتلاك مستويات منخفضة من البوتاسيوم وإن تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسيوم، وتحسين المهارات الحركية لديهم (Autism society of america,2006).

وفي دراسة أجراها مينغوبريماكامبا (Ming,Brinacamba 2007) هدفت إلى معرفة نسبة انتشار المشكلات: الحركية لدى 154 طفلاً من ذوي اضطرابات طيف التوحد (ASD)، وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشكل حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل: التأخر الحركي، والمشي على أطراف الأصابع وظهور مشكلات التناسق الحركي العام، وصعوبة في حركة كاحل القدمين، كما أظهرت النتائج أن (0,51) من الأطفال أظهروا تحسناً في هذه المشكلات الحركية بمرور الوقت، بينما استمرت المشاكل في التناسق الحركي العام (0,34) من الأطفال، وأشارت النتائج

إلى أن 19% منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع، بينما المشكلات مثل صعوبة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث، وأظهر (0,9) من الأطفال تأخرًا حركيًا.

4_5 الخصائص المعرفية:

تفاوتت القدرات معرفية عند الأطفال التوحديين، فقد يكونوا على مستوى عالي في شيء معين بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر، ويرتبط هذا الاختلاف أحيانًا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال على فهم المفاهيم الأساسية، ويختلف الأطفال التوحديين من حيث مستواهم العقلي، فالغالبية حوالي 75% منهم يعانون من إعاقة فكرية، أما النسبة الباقية 25% والتي يطلق عليهم ذوي الأداء المرتفع، فهم يعانون من العجز المعرفي، كما أن لديهم بعض القدرة على الحديث مع الآخرين، وهؤلاء يمكنهم في المستقبل الالتحاق ببعض الوظائف التي تتطلب انتباهًا للتفاصيل أو تفاعلًا اجتماعيًا محدودًا، مثل العمل في مكتبة أو تشغيل مكيبة مفاتيح، ويستطيعون القيام بهذه الوظائف على نحو مقبول.

أ_ الإدراك:

تشير دراسة ماجوري (1994) إلى أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات في الاستمرار في الأداء المعرفي كالتذكر لفترة كبيرة، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية، ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات. (الشرقاوي، 2018، ص ص 161 162).

ب_ الانتباه:

تشير بعض الدراسات إلى أن بعض ضعف الانتباه لدى التوحديين يرجع لعدم قدرتهم على انتقاء المثيرات والربط بينها، كما وجدت صعوبات في الانتباه المتصل والمنفصل لديهم، تبعاً لزيادة متطلبات المعالجة المهمة، وقد قام **جولد ستين** بدراسة عينة تتكون من 130 من المصابين بالتوحد، وتم تطبيق بعض الاختبارات مثل توصيل الحروف والأرقام وشطب الكلمات، وتم تقديم المثيرات من خلال الكمبيوتر، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال يعانون من صعوبات في الانتباه تتمثل في ضعف الإدراك، وغيرها من مكونات الانتباه.

وقد أثبتت الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود، ولذا يعيد الاضطراب التوحدي وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين. (الشرقاوي، 2018، ص. 164).

- التذكر:

يشير إبراهيم عبد الله الزريقات (2003) إلى أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحديين تظهر في المثيرات السمعية والبصرية، حيث أنهم يظهرون حادثة في الاستدعاء الفوري للجمال المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمال وجزءاً من غير الجمال، والوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمال التي قيلت لهم، لتستعمل في كلام المصاداة، أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحديين، حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة لاستدعاء الأنشطة التي قاموا بها حديثاً،

وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحديين قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها. (الزريقات، 2008، ص.152).

- التخيل:

يرى Lema أن الأطفال التوحديين لديهم ضعف في النشاط الخيالي، حيث لا يلفت انتباههم سوى ما يرون، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين، لذلك يجدون من الصعب مشاركة السعادة أو الحزن، ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلاحظ الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي:

_ صعوبة في الإدراك الجماعي.

_ مدى انتباههم قصير.

_ صعوبة في المثبرات المختلفة.

_ لديهم صعوبة في الانتباه لمثير معين.

_ لديهم شذوذ حسي في الإدراك.

4_6 العدوان واذاء الذات:

تشير دراسات وستر وآخرون إلى أن أكثر من 65% من الأطفال التوحديين يظهرون سلوكا تدميريا حادا، كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته ورأسه، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين اتجاه هذا السلوك.

وبالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطويا على نفسه، لا يكاد يشعر بما يجري حوله، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته، أو أصدقاء الأسرة، أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله، ونحو ذلك. ويصف فراج هذا السلوك العدواني بالبداية كالعص والخذش والخريشة، ويمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل التوحدي من خلال دراسات وبستر وآخرين على النحو التالي:

أ_ يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه في الحائط أو يعض الأثاث، بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام.

ب_ يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

ج_ يقفز من فوق الأسطح المرتفع مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.

د_ يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام، السكر، الملح، الماء)، أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس، وإلقاء بعض الأدوات من النوافذ وتكسير لعبه وأثاث المنزل. (القمش، 2011، ص 57-58).

4_7 الخوف من الأشياء الخاصة:

يشير سكوبلر وآخرون (1980) إلى أن الطفل التوحدي يخاف من أشياء غير مؤذية، ولا تسبب الخوف للآخرين، فمثلا الطائرة أو مرور باص كبير أو نباح كلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك يسبب ذعرا أو

ارتباكاً لا يمكن تجنب عواقبه، إلا بالابتعاد عن رؤية هذه الأشياء، ومما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف منه الطفل.

ومما يثير العجب أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي توجب الخوف، وتحتاج الحذر كأن يسقط من الأماكن المرتفعة، يلمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً، يقترب من مصدر الكهرباء يمشي في طريق السيارات دون المبالاة بأي خطر، وكل هذه النماذج تدل على أنه لا يدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات. (القمش، 2011، ص. 60).

6_8 خصائص أخرى:

يظهر الأطفال المتوحدون الغضب أو الخوف فجأة بدون سبب واضح، وقد يظهرون سلوكاً سيئاً أو غير جيد وتبليلاً أنفسهم، وحوالي 25% منهم يطورون نوبات صرع مع مرحلة المراهقة. (الزريقات، 2003، ص. 45).

5_ النظريات المفسرة للتوحد:

تعددت الدراسات التي حاولت الوصول إلى أسباب إصابة الطفل بهذا الاضطراب، إلا أنها لم تتوصل بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسببة لهذا الاضطراب، وهذا راجع لعدم وجود عرض معين، وإنما يظهر الاضطراب على شكل جملة من الأعراض، وقد تختلف من طفل لآخر من حيث شدتها ونوعيتها، ومن بين النظريات الموضحة لأسباب الإعاقة ما يلي:

5_1 النظرية السيكوناميكية:

أسهم عمل الطبيب النفسي **كانر Kanner** مكتشف إعاقة التوحد في التوحد الطفولي نابع بشكل أساسي من عوامل نفسية منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم، وأن الأطفال التوحديين كانوا عرضة إلى البرود الأبوي والاستحواذ، يدركه الأطفال من اللامبالاة في علاقتهم بأمهم وأنهم ينتمون إلى بيئة باردة عاطفياً.

وقد أشار **بيتلهين Bettalhein** إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابة الطفل. (الفزان، 2002، ص.61).

كما يرى **اولجرمان (1980) Olgerman** بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب اضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجرة الأم له أو طول فترة غيابها عنه، وقد يرجع الاضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفولياً بوالدتها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سبباً في اضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساساً بالأمومة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة بين الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم تعتبر مسؤولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، وقد يكون سبباً في الإعاقة. (عمارة، 2005، ص.26).

5_2 النظرية البيوفيسيولوجية:

5_2_1 البحث الجيني:

لقد أجريت العديد من البحوث الجينية المتعلقة بالفصام، أما التوحد فقد كانت البحوث فيه قليلة، وذلك بسبب قلة الحالات في القوائم المتطابقة. وجد الباحثون في دراستهم أجريت في بريطانيا أن أحد عشر زوجا من أحادية اللقاح Monozygotic MZ للتوائم المتطابقة وأزواج ثنائية اللقاح Dizygotic DZ للتوائم التي يكون أحد التوائم توحديا من المجموعة أحادية اللقاح MZ فإن أربعة من أحد عشر كانت منسجمة حتى التوأم التوحد الأحمادي اللقاح، والذي لم يكن مشخصا على أنه توحد كان واضحا عليه الإعاقة اللغوية والمعرفية. (الزريقات، 2010، ص. 92)

5_2_1 الدراسات البيوكيميائية:

إن التركيز الرئيسي للأبحاث اليوم حول التوحد كما هو الحال في الفصام يكون على الناقلات العصبية، لقد أصبح الآن معروفا وواضحا أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم مستويات عالية من سيروتونين **sérotonin** والدوبامين **dopamine** فمهما كان الدور الذي يلعبه هذان الناقلان العصبيان في تطور التوحد فإنهما يلعبان دورا في العلاج. عندما يتلقى التوحديون مثيرات مثل أمفيتامين **Apmhétamine** الذي يزيد الدوبامين، فإن أعراض النشاط الزائد والسلوك الطقوسي والإثارة الذاتية تصبح أسوأ، كما أن الأدوية المانعة للدوبامين مثل فينوثيازين **phynothiazines** يخفف

أعراض التوحد المتضمنة الإثارة الذاتية والحركات التكرارية رغم قلة فاعليتها، ومع ذلك لا يزال الأمل معقودا على الأدوية المنتجة لسيروتونين. (مرجع سابق، ص.93).

5_3 نظرية العقل: لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين، ويقترح على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة المعاناة من التوحد الشديد، قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل إطلاقاً، وقد أطلق على هذا العجز "عمى العقل". وفي دراسة أجراها باترسون (2002)، هدفت إلى فحص تطور مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال من خلال إدراك الصور (دراسة مقارنة بين الأطفال التوحديين، والصم ، والعاديين)، حيث تكونت العينة من ثلاثة مجموعات: المجموعة الأولى أطفال يعانون من التوحد، متوسط أعمارهم تسع سنوات ونصف، والمجموعة الثانية أطفال صم، متوسط أعمارهم تسع سنوات ونصف، والمجموعة الثالثة أطفال عاديون، متوسط أعمارهم أربع سنوات ونصف، واستخدم الباحث مقياسين أولهما: اختبارات الصورة الخاطئة، واختبارات الواقعية الفكرية في الرسم حيث أشارت النتائج إلى :

_ وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من التوحد في اختبارات الصورة الخاطئة.

_ وجود علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال الذين يعانون من التوحد على اختبارات الواقعية الفكرية في الرسم.

_ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداءات الأطفال التوحديين، والأطفال العاديين في اختبارات الصورة الخاطئة لصالح الأطفال العاديين، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اختبارات الواقعية الفكرية في الرسم لصالح الأطفال العاديين.

_ كما تبين وجود ذات دلالة إحصائية بين أداءات الأطفال الصم والأطفال العاديين في اختبارات الصورة الخاطئة لصالح أطفال الصم في اختبارات الواقعية الفكرية، في الرسم. (الإمام والجوادة، 2010، ص.ص. 164_166).

5_4 النظرية السيكلوجية:

هي من أشهر وأقدم النظريات التي فسرت حالات التوحد، والتي بدأها كانرو وتفسر التوحد على أنه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم، يعيشه الطفل نتيجة للفتور والجمود واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها، وقد تكون نتيجة للعلاقات بينها وبين زوجها، ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها، الأمر الذي يفضي إلى ولادة طفل مصاب بالتوحد. وعد هذه العلاقة مريضة، ولا يتخللها الحب والحنان، لذلك فإن السلوكيات التي تصدر من الطفل هي بمثابة وسيلة دفاع لرفضه عاطفياً، لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية. (دعو، شنوفي، 2013، ص. 24).

5_5 نظرية الإدراك الحسي:

تقترح هذه النظرية بأن التوحد سببه إصابة في الدماغ تؤثر على واحدة أو أكثر من القنوات الحسية التي تجعل الطفل الذي يعاني من التوحد يدرك المخلات الخارجية بطريقة مختلفة عن الطفل الطبيعي.

وقد ذكر أيرس (1989) Ayres أن كارل ديلاكت واقترح عام 1974 النظرية الحسية والعصبية والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

_ الأطفال التوحديين ليسوا مرضى نفسيين، بل هم مصابون في أدمغتهم.

_ تسبب الإصابات الدماغية اختلالاً إدراكياً تصبح فيه القوات الحسية (البصر والسمع والتذوق والشم) شاذة في واحدة من الطرق التالية:

1_ فرط Hyper: تكون القناة مفتوحة جداً، ونتيجة لذلك، تدخل كمية كبيرة من المثيرات إلى الدماغ، وعلى الدماغ أن يتعامل معها بشكل مريح.

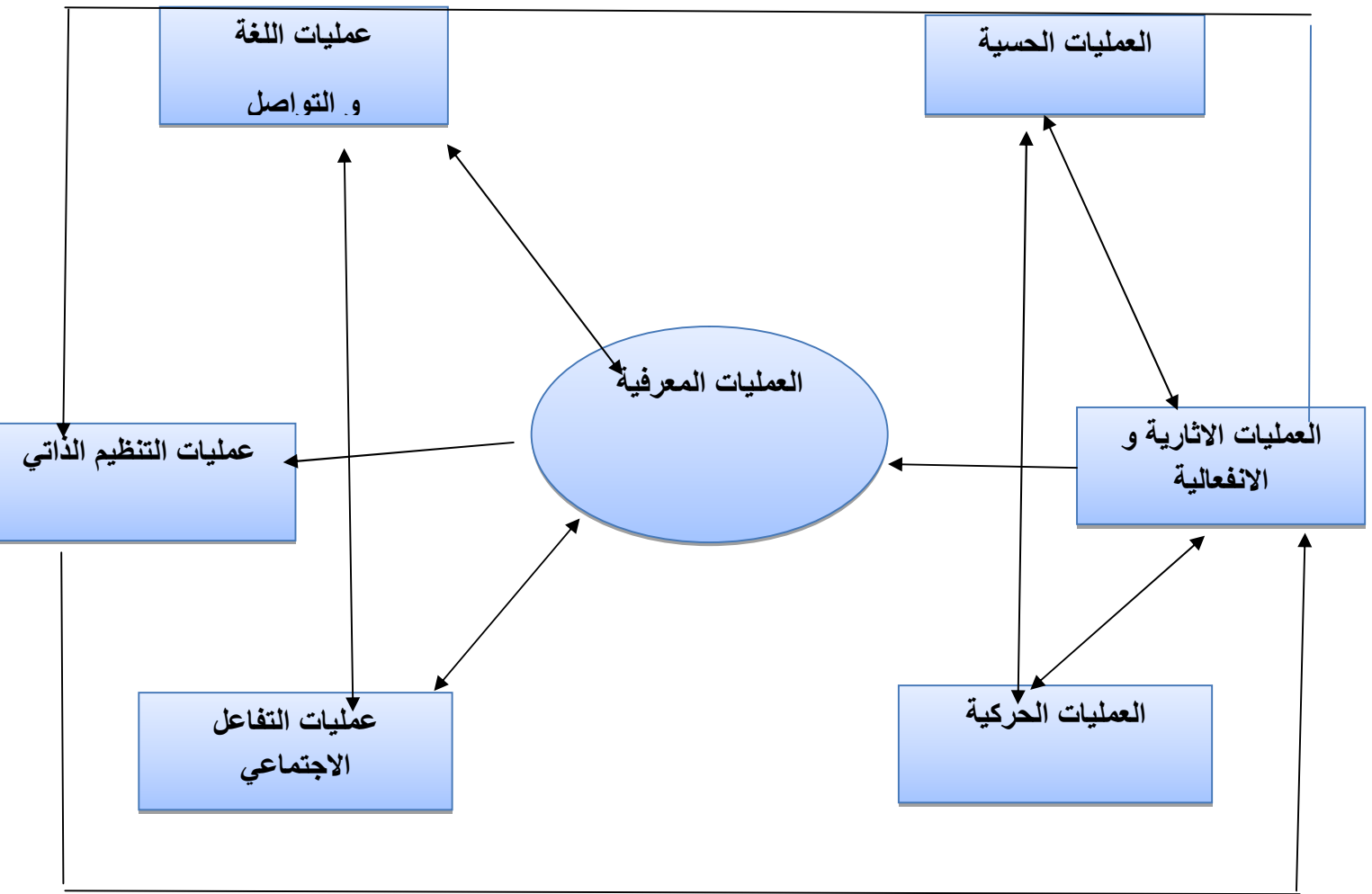
2_ ضعف Hypo: لا تكون القناة مفتوحة بشكل كافٍ، ونتيجة لذلك تدخل كمية قليلة جداً من المثيرات، ويكون الدماغ معاقاً.

3_ الضوضاء البيضاء White Noise: تخلق القناة مثيرها الخاص بها بسبب عملياتها غير الفعالة، ونتيجة لذلك تتغلب الضوضاء الموجودة في الجهاز على الرسالة من العالم الخارجي.

تعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحدي محاولة منه لجعل القنوات الحسية المتأثرة طبيعية. (سهيل، 2015، ص. 100).

5_6 النظرية النمائية للتوحد:

تؤكد هذه النظرية على الدور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل، وهذا فيما يتعلق بالعمليات الحسية والحركية والإثارة والنشاط والعمليات الانفعالية أو العاطفية واللغوية والتفاعل الاجتماعي. فإن هذه العمليات حسب هذه النظرية تلعب دورا بارزا في جهاز التنظيم الذاتي، حيث يشتمل هذا الجهاز على العناصر والاستجابات الحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية، وتؤثر هذه العناصر على الطريقة التي يضبط بها الفرد انفعالاته وأفكاره وسلوكياته. وتساعد مهارات التنظيم الذاتي الفرد على التعلم والمحافظة على تعميم المهارات المتعلمة إلى مواقف جديدة، ودون مساعدة خارجية. ومن المهم الإشارة هنا إلى أن الأطفال التوحديين رغم اختلافهم في الأعراض المحددة للاضطراب فهم مشتركون في عدم القدرة على التنظيم الذاتي، وقد وضع أسس هذه النظرية العالم **ويثمان Whitman**، ويوضح الشكل الآتي النظرية النمائية للتوحد:



الشكل 3: النظرية النمائية للتوحد (Whitman, 2004)

6_ الوسائل المستخدمة للتشخيص: يستخدم الإكلينيكيون معايير مختلفة وأدوات تشخيصية

مختلفة فقد يستخدم بعضهم dsm_5 أو ICD، وقد يستخدم آخرون المعايير التي قام كانر بتعريفها، أو

اسبرجر ومع ذلك هناك آخرون منهم **جيلبيرج** قد يميزون ما بين الأداء العالي والأداء المتدني، أو بين التوحد البسيط والمعتدل والشديد، وقد تم تطوير عدد كبير من أدوات القياس من أجل المساعدة في التحري عن التوحد من أهمها:

1-6 برنامج الملاحظة التشخيصي للتوحد (ADOS) The Autisme Diagnostic

:observation Schedul

وقد أعده لورد ورفقائه (lord et al 1989)، ويعتبر هذا الاختبار نمائي، يقوم فيه الفاحص بالتفاعل مع الطفل لمدة تتراوح من 20-30 دقيقة، ويتم تنفيذ 8 مهام من أجل التحقق من سلوكيات محددة في مجالات التفاعل الاجتماعي والتخيل ومهارات اللعب والقدرة على ترجمة المشاعر، وتستخدم اللوغاريتمات التشخيصية كما أن التدريب المهني مطلوب.

2-6 المقابلة التشخيصية للتوحد (ADI) The autism diagnostic interview:

وقد صممها لا كوتير ورفقائه (1989)، وهي مقابلة معيارية طورت كملحق للاضطرابات طيف التوحد (ASDs)، وهي تستغرق حوالي ساعة إلى ساعتين إلى إكمالها، والمطلوب تلقي تدريب خاص فيها، كما يتم تطبيق اللوغاريتمات للمساعدة في التشخيص. (الامام والجوالده، 2011، ص. 135)

3-6 مقياس تصنيف التوحد في الطفولة (CARS) The Child Hood autisme:

rating sale

طوره في كارولينا الشمالية، كل من شوبلروريتشروريز (1980)، وهو مقياس تصنيفي يعتمد على مجموعة شاملة من الملاحظات، وتتراوح العلامات على مقياس (30-60) وتصنف على النحو التالي:

(30-15): غير متوحدين 2. (36-31): متوسطي التوحد 3. (60 37): شديدي التوحد

4-6 مقياس جيليام لتصنيف التوحد The gilliamautistic rating scale

وهو يحتوي على 56 سلوكا مصنفا في أربع مجالات

*1 سلوكات نمطية stereotypebêhaveurs

*2 اتصال communication

*3 تفاعل اجتماعي social Interaction

*4 اضطرابات نمائية développement al diseurbancs

ويستغرق إجراءه من 5 إلى 10 دقائق، ويتم حساب العلامة كلية لكل من الاختبارات الفرعية الأربعة، ومن ثم تحويلها إلى علامات معيارية تتراوح من 1 إلى 9، وتكون البيانات مقصودة لتشير إلى احتمالية ودرجة وشدة التوحد: متدن جدا، تحت المعدل، معدل، فوق المعدل، عال، عال جدا. (الامام

والجوالده، 2011، ص. 139)

5-6 قائمة شطب السلوك التوحيدي: (ABC)

وهي من إعداد كريج أريك، وألموند (1980)، وصيغت على هيئة مفردة، وكل مفردة تعبر عن السلوك، وقد تم تصنيفها إلى خمسة مجالات على النحو التالي:

1- الحسية

2- التعلق

3- استخدام الجسد واستعمال الأشياء.

4- المساعدة الاجتماعية والذاتية.

5- وهي تضم أيضا عناصر لاكتساب عينات من اللغة والمهارات الاجتماعية وتشخيص لقياس التفاعل، ونواتج التعلم. (الامام والجوالده، 2011، ص. 136).

6-6 مقياس تقدير الحياة الحقيقية (RLRs) The real life rating scale طوره فريمان

(1986)، وهو عبارة عن أداة ملاحظة السلوك تملأ من خلال فاحص مدرب يتبع الملاحظة لمدة 30 دقيقة للطفل في أوضاع طبيعية، إن المقياس يشتمل على 47 سلوكا مصنفا في خمس مجموعات فرعية، وهي:

1. سلوكيات الحركة الحسية.

2. العلاقات الاجتماعية للآخرين.

3. ردود الفعل الانفعالية.

4. الاستجابات الحسية.

5. اللغة.

ويضع الفاحص العلامات بعد أخذ البيانات مع نهاية جلسة الملاحظة، وقد صمم مقياس تقدير الحياة الحقيقية (RLRs) بشكل رئيسي لقياس تغيرات السلوك عند المرضى أو المجموعات المرضية، ولم يقصد منه أن يكون أداة تشخيصية، ويمتاز هذا المقياس بسهولة تطبيقه، والتركيز على سلوك الملاحظة في الأوضاع الطبيعية، وفقرات المعرفة إجرائياً، مما يجعل المقياس حساس للتغيرات الصغيرة في تقديرات السلوكيات الملاحظة، كما يعد الأداة الوحيدة المصممة لقياس التغيرات في السلوك، ولا يوجد ثبات إعادة الاختبار، كما توجد معايير مقننة لتطبيق الاختبار، مما يفتح المجال للتباين في الأخطاء في وضع العلامات. (زريقات، 2011، ص 148، ص 149)

بالإضافة إلى مقاييس أخرى من بينها مقياس الذكاء:

6-7 مقياس وكسلر للذكاء للأطفال ما قبل المدرسة:

بني من قبل Wechsler (1989)، يستخدم لقياس الذكاء لدى الأطفال من عمر 3 إلى 7 سنوات، وهو يمثل تقويماً لمختلف المواقف، ويستخدم مع الأطفال قبل دخولهم المدرسة، وبعد دخولهم المدرسة، ويتضمن الاختبار (11) اختباراً فرعياً وآخر أدائياً.

وجميع الاختبارات عملية وتشمل: بيت الحيوان، تصميم المكعبات، التمييز البصري، رسم الأشكال الهندسية، وغيرها.

قنن الاختبار على (1700) طفل، أخذ بعين الاعتبار العمر، الجنس التوزيع الجغرافي، مهنة الوالدين، وتعليم الأبوين، واستخرجت المعايير المثبتة والتساعية. (شاكز مجيد، 2010، ص. 88)

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال:

أعيد تنقيحه عام 1991، وهو اختبار مفيد للأغراض التقويم والتشخيص والتخطيط النفسي، التعليمي، ويستخدم لتشخيص الأطفال غير العاديين بين أطفال المدارس الابتدائية والمقياس يقيس الذكاء العام وفي مقياس اختبارات عملية ورقمية.

6-8 مقياس القدرة الفارقة: Differentiability scales

بني عام 1990 من قبل (Elliott)، ويقيس القدرة المعرفية، وبعض القدرات الخاصة للأطفال والمراهقين، وهو ملائم لقياس الذكاء الوظيفي للأطفال التوحديين، ويقيم القدرات متعددة الأبعاد للأطفال من عمر 2-6 سنة و 11-17 سنة، ويطبق بشكل فردي، ويستغرق تطبيقه ما بين (45-65) دقيقة للبطارية المعرفية، أما الاختبار التحصيلي فيستغرق تطبيقه ما بين (15-25) دقيقة، ويتضمن الاختبار (17) اختبار معرفيا، و 3 اختبارات تحصيلية، تتضمن مهارات الأرقام الأساسية، الهجاء، والكلمات المقروءة، ومستوى ما قبل المدرسة يقيس الاستدلال واللفظ والإدراك والقدرة على التذكر، وهي الملائمة للأعمار ما بين 2-6 ولغاية 6 سنوات.

6-9 اختبار ستانفورد بينيه للذكاء: نقح من قبل Thorndike, Hagen et s'atteler, 1986،

وهو اختبار فردي يطبق على الأطفال من عمر سنتين إلى مرحلة المراهقة، ويتضمن الاختبار أربعة مجالات أساسية، هي:

- الاستدلال اللفظي.

- الاستدلال المجرد والبصري.

- الاستدلال الكمي

- الذاكرة قصيرة المدى. (شاكر مجيد، 2010، ص ص. 88.89)

7-تشخيص اضطراب التوحد:

تمر عملية تشخيص اضطراب التوحد بمراحل حيث تتضمن:

المرحلة 1: الإعداد للتشخيص *préparation stage*، وتتم هذه المرحلة عن طريق دراسة الحالة وموافقة الأهل، وتحديد الاختبارات المناسبة، وجمع المعلومات الأولية واختبار أدوات التقييم.

المرحلة 2: وهي مرحلة تلقي المعلومات *Input information*، وهي تتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمفحوص، وتصحيح الاختبارات، وتنظيم نتائج الاختبارات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية.

المرحلة 3: وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية، وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل.

المرحلة 4: وهي مرحلة تقديم المعلومات output stage، وتتضمن أن يصوغ الأخصائي التي يحول بسببها الحالة، ويختار الأخصائي الاختبارات المختلفة، ويقوم بمقابلة المفحوص، وتصحيح هذه الاختبارات، ويصوغ استنتاجاته عن الحالة، وينظم البيانات والاستنتاجات التي وصل إليها. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص.111)

ومن أقدم وأول المعايير التشخيصية هي تلك وضعها كانر، والتي لخصها في كتابه الشهير: **ذهان الطفولة (1973)**، وهي كالتالي:

- 1_ السلوك الانسحابي الانطوائي الشديد، وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- 2_ التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث الأكل والملبس وترتيب الأثاث روتينية الحياة اليومية.
- 3_ يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (14-18) شهر من العمل أكثر من لارتباط بالناس جميعا ومنهم أبواه وإخوته.
- 4_ عدم القدرة على الكلام، ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية، المهمة غير مفهومة، ولا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.

- 6- عدم ظهور الهلوسات والهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.
- 7- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحيدي، فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية، كأن يقوم بعملية حسابية معقدة، أو يبدي مهارة في الرسم أو الموسيقى

والغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة، حتى لو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها. (القمش

، 2011، ص104، ص105)

7_1 المحكات التشخيصية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

:dsm5

A-عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة، أو كما ثبت عن طريق التاريخ، وذلك من خلال ما يلي :

1-عجز في التعامل العاطفي بالمثل، ويتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2-العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف كامل في التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى شذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد، أو العجز عن فهم واستخدام الإيماءات إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3-العجز في تطوير العلاقات والملاحظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة

B- أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ :

- 1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام مثلا (أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب، أو تقليب الأشياء، أو صدى اللفظي وخصوصية العبارات).
- 2- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي.

3- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز.

4 - فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو الاهتمام غير العادي في الجوانب الحسية من البيئة (الحمادي، 2021، ص28)

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو .

D- تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في الكثير من الأحيان لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام حدد إذا ما كان:

مع أو بدون ضعف فكري مرافق

مع أو دون ضعف لغوي مرافق

مرافق مع الحالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي. (حمادي، 2021، ص.29)

حسب التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض ICD11:

يتسم اضطراب طيف التوحد بالعجز المستمر في القدرة على البدء واستدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي، وبمجموعة من أنماط السلوك والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة، يبدأ الاضطراب خلال فترة النمو، عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية والقدرات المحدودة والمتكررة، ويكون العجز شديدا بما يكفي لإحداث تدن في المجالات الشخصية والأسرية أو الاجتماعية أو الأسرية أو التعليمية أو المهنية، أو غيرها من المجالات المهمة، وعادة ما تكون تسود تلك السمات أداء الفرد، والذي يمكن ملاحظته في جميع السياقات، على الرغم من أنها قد تختلف وفقا للسياقات الاجتماعية

والتعليمية أو غيرها، يظهر الأفراد على الطول الطيف مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية والقدرات اللغوية. (الحمادي، 2021، ص. 82)

8_العوامل المسببة لاضطراب التوحد:

نظرا للغموض الذي يحيط بهذا الاضطراب فإنه من الصعب تحديد أسباب قطعية لحدوثه، وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ، وحالات مضطربي التواصل، كما ترجع أيضا صعوبة تحديد الأسباب إلى صعوبة الطفل التوحدي، وصعوبة التفاعل الاجتماعي معه، مما يجعل الغموض يحيط به، ويعتبر كائر أول من بحث عن أسباب حدوثه، ثم توالى الدراسات التي أمكن من خلالها التوصل إلى أهم الأسباب التالية. (خطاب، 2009، ص. 38)

8-1 عوامل وراثية جينية:

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بين التوائم المتطابقة أكثر من التوائم الأخوية، فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة، وبنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية. (مصطفى، الشرييني، 2001، ص. 38)

كما أكدت نتائج الدراسات والتحليل الطبية معاناة الأطفال التوحديين من حالات قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي *orang neurologie aibioioical*، منها ما يحدث أثناء فترة الحمل، وبالتالي تؤثر على الجنين، ومن أمثلتها: إصابة الأم أثناء الحمل بالحصبة الألمانية أو حالة من حالات قصور التمثيل أو حالات التصلب الدرني *tuberourselirosis* ومنها حالات الريت *Rett*. وقد وجد في حالات كثيرة أن

الأم قد عانت من تعقيدات أثناء الحمل وأثناء الولادة، أكثر بكثير من الأطفال الأسوياء، خاصة تلك التي حدثت خلال ثلاثة أشهر الأولى من الحمل. (شكري، 2020، ص14، ص15)

كما أن هنالك منطقتان في الكروموسوم (2) و(7) ربما تحتضنان الجنين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، وهنالك استدلالات سابقة تقترح بأن منطقتي الكروموسوم (7) و(16) لهما دور في التحديد، كما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد.

ويتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد وهما:

-شذوذ الكروموسومات (x)

-تصلب الأنسجة الدرقية tuber sclerosis. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص.39)

ويرى عادل عبد الله (2010) حقائق أو خصائص دالة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يمكن تناولها كما يلي:

-يكون حجم المخ عند الولادة متوسطا، وربما يكون أقل من المتوسط أحيانا، وذلك في بعض الحالات.

-يكون نمو المخ فجائيا ويشكل زائد أو مفرط في أول عامين من الحياة.

-يبطئ معدل نمو المخ بعد سن الثمانية، ويصل إلى أقصى حجم له في حوالي الرابعة أو الخامسة من العمر.

-يتناقص حجم المخ بعد سن الخامسة، ويصبح المخ في مرحلتي المراهقة والرشد في نفس الحجم مع الأفراد غير المصابين بهذا الاضطراب.(شكري، 2020، ص15).

8-2 العوامل البيوكيميائية biochemical factors:

أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالتوحد، وأن المستويات المرتفعة للعديد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر، وأيضاً يؤثر على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ ميسلين myclin الضروري للأفكار المعرفية.(القمش، 2011، ص.38)

ويشير عبد الله (2001) إلى أن لبعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي دوراً هاماً في العمليات المعرفية الأساسية أدت بالعلماء إلى البحث عن علاقة مثل هذه النواقل بوجود التوحد، والمتمثلة في:

-السيروتونين: وهو من النواقل العصبية الهامة في الجهاز العصبي المركزي، ويتحكم في الوظائف والعمليات السلوكية الهامة، وقد بدأ الاهتمام بدور هذا الناقل العصبي في التوحد من خلال دراسة وفهم دوره في الإدراك. وهو ينشأ في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية كالأمعاء، إلا أنه يسبب

مشكلات في عملية الأيض فمنه يتركز بكميات أعلى في الدم أو البول لدى المصابين بالتوحد. (سهيل، 2015، ص.73)

الدوبامين: يتركز في الدماغ الأوسط، يلعب دورا في السلوكيات التوحدية مثل النمطية أو النشاط الزائد، إذا زادت كميته في الدم. (سهيل، 2015، ص.73)

- **العوامل العصبية:** اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية nerurodevelopmental، حيث يعزى التوحد إلى حدوث أمراض في المخ، وأوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ في الأطفال التوحديين أكبر من الأطفال الأسوياء، على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما. (محمد المهدي، 2007، ص.57)

والنسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي occipital lobe والفص الجداري temporal lobe، وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ، التي تحتوي على الفص الجداري، مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي ce rebellerarea (مصطفى، الشربيني، 2011، ص.43).

ويظهر فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالة التوحد كما يذكر العالم فرث firth أن هناك بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20-65%) في حالات التوحد، وذلك زيادة في نوبات الصرع épilepsie في حوالي 30% من حالات التوحد، خصوصا عندما يتقدمون في العمر، وبالتحديد

قرب مرحلة المراهقة وخصوصا عندما يتقدمون في العمر وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة، وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء، أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي والتصلب الدرنى والحصبة الألمانية. (سهيل، 2015، ص70)

8-3 عوامل اجتماعية أسرية: أسفرت الدراسات عن تعرض الطفل للعديد من العوامل التي تساعد في ظهور الاضطراب منها:

- تعرضه للعديد من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية داخل الأسرة.
- خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدا عنها وانطوائه على نفسه.
- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة.
- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عن حوله.
- الضغوط الوالدية المتعددة.
- هناك بعض الدراسات تشير إلى أن تعرض الأم كحالات النزيف أو حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية قد يتسبب في ولادة طفل توحدي.
- تعرض الطفل لحوادث والصدمات البيئية التي تصيب الرأس.

-أثبتت بعض الدراسات أن الولادة العسيرة تزيد من احتمالية ولادة طفل توحدي. (خطاب، 2009، ص41، ص42)

كما يرى أيضا أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه، وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد. (مجيد، 2010، ص46)

4-8 عوامل نفسية: يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام، الذي يصيب الأطفال في مرحلة، وإنه مع الزيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، ومن الذين يتبنون هذه النظرية **singer wynme** (مجيد، 2010، ص65) كما يقترح كانر (1995) أن اضطراب التوحد يحدث بسبب الممارسة الوالدية غير المترابطة أو غير المتسقة في الرعاية، والبرود العاطفي لدى الوالدين، وهو ما أسماه بتجمد العواطف. (قديري، ونيس، 2017، ص136)

أما عالم التحليل النفسي **برونو بيتلهم** (1974) فإنه يوافق على أن آباء الأطفال التوحديين باردون ورافضون، ولديهم عدائية لاشعورية ناحية طفلهم التوحدي، ولمواجهة هذا الرفض يطالب "بيتلهم" بوضع هؤلاء الأطفال في بيئة مستقرة، يمكنهم فيها تطوير علاقة تتسم بالثقة مع القائمين على الرعاية. (قديري، ونيس، 2017، ص137)

9_ التكفل باضطراب التوحد:

إن التوحد لكونه اضطراباً ذو أعراض تختلف من طفل لآخر، وكما تختلف أيضاً في الشدة والحدة فإنه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال التوحديين، فهناك العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته إلى أحسن وضع ممكن للطفل، والتقليل من أعراضه، وكذلك تعديل سلوكه، وعلاج مشكلات اللغة والاتصال، وسنتطرق إلى بعض الأساليب العلاجية المقترحة:

9-1 العلاج الطبي:

لا يوجد إلى يومنا هذا وصفة طبية أو تدخل طبي يشفي التوحد فالتدخل المبكر وأساليب العلاج التربوي هما الركيزة الأساسية في التدخل العلاجي للطفل المصاب بالتوحد. كما أن التوحد اضطراب غير متجانس فلا توجد طريقة تدخل تلائم جميع الأطفال المصابين به، ورغم هذا فقد أسهم التدخل الطبي في التخفيف من بعض السلوكات المصاحبة للتوحد، وبالرغم من ظهور تحسن في مستوى أداء بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد، إلا أن الدراسات التي أجريت على ذلك لم تؤكد نجاحها كعلاج شافي للتوحد، ويضم هذا التدخل الطبي مجموعة من الطرق منها:

*العلاج بالأدوية médication

*العلاج بهرمون السكرينين sécrétion

*العلاج بالفيتامينات المتعددة megavitamins

*الحمية الغذائية dietrytreatment (فرح سهيل، 2015، ص.193)

9-2 العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المصابين بالتوحد. وقد طورتها **جين ايرز (1972) jean ayres**، والتي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي، والتدخل واستراتيجيات التدخل، ويكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين النظام العصبي لتنظيم ودمج وتكامل المعلومات من البيئة، والتي تزود باستجابات تكيفية والتعلم على النحو الجيد. (barnek ,2002,p406)

وقد أظهرت نتائج الدراسات تحسنا في الدمج الحسي، فقط انتهت نتائج دراسة **كيس سميث وبرايين cas smithBrayen** والتي أجريت على 5 أطفال توحديين، بلغت أعمارهم الزمنية ما بين 4 إلى 5 سنوات، واستخدام مدخل الدمج أو التكامل الحسي، واستمر البرنامج العلاجي لمدة 10 أسابيع إلى حدوث سلوك توجيه الهدف. وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي: أرجوحات، زلاجات، مواد لنشاطات حركية دقيقة، دمي حسية ككرات من قماش، أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك.

وتتضمن المعالجة بالدمج الحسي ما يلي:

- **العلاج بالفن والموسيقى:** هي تعامل مع الفرد بهدف علاجي، وهو حل لمشكلاته والتغلب على الاضطرابات، ويقوم العلاج بالموسيقى على أساس أنها علم وفن وعلاج، وأنها تؤثر في الحالة النفسية والجسمية، وأنها لغة عالمية شائعة ذات إمكانيات تعبيرية واسعة بعناصرها، وأنها تؤثر في السلوك بوجه عام، ولها أثر فسيولوجي وانفعالي واجتماعي وعقلي وأثر تربوي. (زهران، 1997، ص.388)

- **تنقية أو فلترة الإثارة البصرية:** أشارت ويليام donna wiliams إلى الخبرات البصرية بأنها مضطربة وأشارت إلى أن ارتداء نظارات مظلمة منعت الضوء الساطع، ساعدها على التركيز على المعلومات المفيدة، وضبط هدفها نحو المعرفة، ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال التوحيديين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة، وإزالة الاختلافات المؤلمة والإثارة اللافتة للنظر. (زريقات، 2004، ص.303)

- **الدمج اللمسي:** ويأتي بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل، وكذلك تساعده على زيادة مدة التواصل البصري مع الأشياء للمجال اللمسي. وفي هذا الصدد يمكن أن نتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي، وفي هذا الصدد يمكن أن نتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي من خلال: اللعب بالماء، اللعب بالرمال والطين، تحسس الأوجه الناعمة والخشنة. (القمش 2001، ص146)

9-3 العلاج المعرفي:

انتهت نتائج دراسة هادوين وآخرون (1997) إلى علاج المشكلات المعرفية لدى التوحيديين، من خلال تحسين مهارات التحدث، واستخدام مصطلح الحالة في المحادثات، فيتعلم الطلاب تحديد التعبيرات

اللغوية الجسمية والوجهية للانفعالات، وأخيرا يتم تحديد الانفعالات من جانبها المعرفي، وتم رصد بعض التحسينات المحدودة وحالة المعتقدات. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص212)

9-4 العلاج باللعب:

من الأمور الثابتة أن اللعب يكسب الأطفال التوحدين قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي، ويمنحهم الثقة بالنفس، ويمدهم بعمليات التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وتشكل مجموعة من الألعاب والأنشطة الرياضية والحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة ظاهرة الانطواء والعزلة التي تميزهم عن الأطفال العاديين، وإن الحرص على ذلك من خلال توفير الألعاب الهادفة له يكون قد تحقق للطفل نوعا من التوافق الاجتماعي مع أسرته وأقرانه وزملائه في المدرسة. (مدلل، 2015، ص55)

9-5 التدريب السلوكي:

يبدأ المعالج السلوكي بإجراء تقييم شامل للمهارات الوظيفية للطفل التوحدي، ثم تصميم برنامج اعتمادا على الاشتراط الإجرائي لتشجيع السلوك المرغوب، وإزالة السلوك اللاتكفي وتركز البرامج على تطوير مهارات اجتماعية وتواصلية مفيدة، وقد أثبتت الإجراءات السلوكية فعالية في تعديل سلوك الأطفال التوحدين. يؤكد العلاج السلوكي على تطوير بيئة استجابية متسقة تقلل من ظهور المشكلات السلوكية، وتزيد من احتمالية السلوكيات المرغوبة، ويحقق هذا الهدف من خلال أنظمة التعزيز المادي وغير المادي. (الزريقات، 2010، ص349)

- دراسات تناولت دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها التوحدي:

يمكننا أن نستحضر صورة أسرة الطفل التوحيدي بكل ما تعانيه من اضطرابات وصعوبات قاسية فرضتها حالة طفلهم المصاب بإعاقة المزمدة مدى الحياة، فقد حاولت أسر هؤلاء الأطفال البحث عن وسيلة لحل مشاكلهم لاسيما فيما يتعلق برعاية الذات، والتكيف مع الواقع الاجتماعي المادي، وكان الحل الأمثل هو مشاركة الآباء مشاركة فعالة في تدريب أطفالهم التوحيدين. وقد اهتم بهذا المجال العديد من الباحثين الذين قدموا نماذج تدريبية لآباء الأطفال التوحيدين، فدرس شورت اندريو (1980)، Andrewshort نتائج العلاج قصير المدى على مشاركة الآباء في علاج أبناءهم التوحيدين. (القمش، 2011، ص 309.308)

10_ الضغوطات التي تتعرض لها أسر أطفال التوحد:

إن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا، قد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها، بغض النظر عن درجة التقبل الأسرة لهذا الطفل، ومن أبرز المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين بشكل عام، الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاكتئاب والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المادية والعزلة عن الناس، ومن الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل معاق في الأسرة أن الأسرة تعاني كثيرا من الضغوط النفسية عند محاولتها التكيف والتعايش مع الطفل المعاق، وقد أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر المعاقين إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد، قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض.

حيث تغطي التفاعلات الشخصية في الجو الأسري كلا من العلاقات بين الأب والأم من جهة، وبين كل منهما والطفل الذي يقومان برعايته من جهة أخرى، وكذلك هناك تفاعلات الشخصية بين كل من الأخوة والأخوات، وبين كل من الأقارب الذين يعيشون معهم تحت سقف واحد، فإذا كانت هذه العلاقات الثنائية بين كل من الأقارب الذين يعيشون معهم تحت سقف واحد، فإذا كانت هذه العلاقات الثنائية بين كل عضو في الأسرة والعضو الآخر متزنة ومعتدلة، وموفرة لهم جميعا الطمأنينة والأمان والرعاية الأسرية الناضجة فإن أثارها ستعكس بالضرورة على مظاهر الأداء السلوكي لكل منها، مما يجعلهم يعيشون حياة نفسية مستقرة. وإذا كانت هذه العلاقات الثنائية متطرفة، سواء كان هذا التطرف إيجابيا، بالمغالاة من حيث الرعاية الزائدة أو بالقسوة والصرامة، أو بالتدليل، أم كان هذا التطرف سلبيا، بما يتصف به من خلافات ومنازعات تتسبب في سلوكيات غير سوية بين أفراد الأسرة، كالإهمال وعدم الاحترام واللامبالاة في جو أسري غير ناضج، فإن آثار هذه العلاقات ستعكس على النمو العام لشخصية كل منهم، مما يجعلهم يعيشون اضطرابات نفسية متصفة بالانسحاب والانعزال والعدوانية.

وذكر أبو السعود (2000) أن الأسرة إذا تعرضت للأزمات فهذا الأمر يجعل قدرتها على توجيه الطفل نحو الخبرات الملائمة وتجنبه الخبرات الضارة ضئيلا فالضغوط تجعل الآباء يركزون على مشاكلهم بحيث تستنفذ طاقاتهم ويبتعدون عن أطفالهم، ومشكلات النمو الخاصة بهم، كما أن قدرتهم على الصبر والتحمل تصبح ضعيفة، ولكي تؤدي الأبوة وظيفتها بفعالية وكفاءة فإنها تحتاج إلى إرادة وجهد ووقت كافيين، لذلك فإن تعرض الوالدين والأسرة لضغوط متعلقة بظروف الحياة ومتطلباتها تؤدي حتما إلى إعاقة أداء الوالدين، مما يؤثر على الطفل، وتفشل الأسرة في توجيه الطفل نحو الخبرات الإيجابية، التي

من شأنها أن تثري عملية النمو، فعلاقة التأثير المتبادلة بين الطفل والديه، وخصائص الطفل التي تشكل ضغوطاً على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم. (سهيل، 2015، ص. 275-276)

إن وجود طفل يعاني من التوحد لدى الأسرة يسبب لها الكثير من الضغوطات والأزمات، على الرغم من أن بعض الأسر تتكيف مع ذلك الوضع، وبالتالي فإن الخدمات التي تقدم للأسرة لا تساعد الطفل المعاق فقط، وإنما تساعد الأسرة بشكل جيد، حيث يظهر على الأطفال التوحديين مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة الرضاعة، وعادة ما تكون الأم هي أول من يشتبه بوجود مشكلة ما خلال مراحل النمائية للطفل، ويتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الإعاقة، وفي حالة تشخيص التوحد فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم في صعوبة التأقلم مع الفجوة ما بين العلم والواقع، وتفاوت ردود فعل الوالدين الانفعالية نحو طفلهم بتفاوت درجة الإعاقة وشدته، كما أنه توجد علاقة طردية بين ردود الأفعال، وبين الوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وبالتالي تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

ويلاحظ على الأسرة ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني صعوبة تزويد طفلها التوحدي بالدعم والقبول، اللذان يحتاجهما لانشغالها الكلي في تأمين حاجاتها اليومية، وبالتالي فإن هذا الانشغال في تأمين لقمة العيش لا يسمح للوالدين بالاشتراك في النشاطات المدرسية لمساعدة الطفل، ونتيجة لذلك تكثر حالات الأسرة المتصارعة وحالات انفصال الوالدين. (الامام والجوالده، 2010)

بالرغم من أن الأهل الذين لديهم أطفال يعانون من اضطرابات نفسية، يملكون اهتماما مشتركا يجمعهم إلا أن والدي الأطفال التوحديين يملكون اهتمامات خاصة بهم وفريدة منها:

* خطأ التشخيص وصعوبته:

بغض النظر عن الاهتمام العام للمجتمع والمتخصصين باضطراب التوحد إلا أن والدي هؤلاء الأطفال لا يملكون معلومات أو تحديدا دقيقا لمشكلة ولدهم، فهم يلاحظون أن طفلهم يعاني من مشكلة في النمو، ولكنهم عاجزون عن تحديد طبيعتها وخطورتها.

* النمو غير عادي للطفل:

إن اضطراب التوحد هو تأخر في النمو، يظهر الكثير من أشكال السلوك والأداء الوظيفي، وإن مسار النمو يختلف عن المسار الطبيعي الذي يعقبه تأخر، والذي يأخذ مظاهر متنوعة تشمل التواصل البصري والمهارات الحركية واللغة والمهارات الاجتماعية وحل المشكلات.

* مشكلة غير قادر أو لا يريد:

يتساءل الأهل دائما بأن طفلهم غير قادر على فعل شيء استجابة لطلب ما، أو أنه لا يريد فعل ذلك، مما يجعلهم يفسرون ذلك بفشل الطفل في الاستجابة والسلوك على أنه ضعف في الدافعية لديه أو أنه عنيد.

* المظهر:

مظهر الطفل التوحيدي يظهر غير عادي مقارنة بالأطفال العاديين، ويكون ذلك ناتجا عن اضطرابات السلوك الحسي الحركي التي يعاني منها الطفل، مما يجعل الوالدين ينظرون للطفل على أنه يصدر أشكالاً من السلوك التواصلي، والتي تكون غير مقبولة اجتماعياً.

*السلوك العام في المجتمع:

إنما يصدره الطفل التوحيدي من سلوك مربك ومزعج في الأماكن العامة يشكل ضغطاً كبيراً للوالدين، وقد يزيد قلق الوالدين وعدم تشخيص حالة طفلهم بعد. (سهيل، 2010، صص. 276.278)

11-تكيف الأسر مع التوحد:

إن اضطراب التوحد لا يؤثر فقط على الطفل المصاب، ولكنه يؤثر على جميع أفراد أسرته بدرجات متفاوتة، فالأسرة لا تحمل فقط المسؤوليات التي تحملها أسرة عادية، ولكنها تتحمل مسؤوليات إضافية خاصة مثل تنشئة الطفل التوحيدي وتنشئة إخوته والتغلب على الضغوطات التي تواجهها.

يؤكد فلانجان (2001)، أنه لا يوجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل يعاني من التوحد، فالوالدان عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي، وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفالاً طبيعيين مثل: المدارس، المعلمين، المربيّات، والأصدقاء، فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالاً يعانون من التوحد.

كما يشير Ehrlich (1983) إلى أن الآباء غالباً ما يشعرون بالضعف والعجز، عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعياً بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة، وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، تقلب المزاج.

كما أن طول مدة معاناة الطفل يعبر عن مشاكله المدرسية، وخاصة قبل عملية التشخيص، يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين. (سهيل، 2010، ص. 279)

وذكر الإمام والجوالدة أن أسر الأطفال التوحديين تعيش كل مرحلة من مراحل دورة حياتها بدرجات متباينة من الصحة النفسية، ودرجة المرونة عند الأسر تسهم إلى حد كبير في الطريقة التي ينمو بها الأبناء، فالحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والثقافية والتعليمية التي يكون عليها الآباء تنعكس بكل تأكيد على حالة الأبناء، وما يتعرضون إليه من ضغوط، كلها أمور هامة في تحديد الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: كيف ستتكيف الأسرة مع صعوبات دورة الحياة؟ والإجابة على هذا التساؤل ينبغي النظر إلى الدوائر الثلاثة التالية:

1- دائرة الضغوط:

تواجه كل مرحلة من مراحل دورة الحياة مجموعة من الضغوط يمكن التنبؤ ببعضها، والبعض الآخر قد يكون طارئاً نتيجة التغيرات الحياتية، وقد يستخلص مجموعة من العوامل الأكثر إثارة للمشكلات في كل مرحلة من المراحل التالية:

- **مرحلة الخلط والارتباك:** عند ولادة طفل توحدي أو الشك بوجود توحد لديه.

- مرحلة الرفض والإنكار وعلاقة الإهمال: عند التشخيص وخلال فترات العلاج.
 - مرحلة الحماية الزائدة: عندما يقترب عمر الطفل من الدخول إلى المدرسة.
 - مرحلة السلوك المتشدد والجمود والإفراط في التسامح: عندما يقترب عمر الطفل من البلوغ، وعندما يقترب عمره من الحياة المهنية.
 - مرحلة علاقة تكافلية: عندما يبدأ التفكير حول حياة ابنهم التوحيدي عند وصول الوالدين إلى سن الشيخوخة أو الشعور بالمرض أو الشعور بتدهور الحالة الصحية.
- ومن خلال استعراض المراحل السابقة فإن عدم القدرة على التعامل مع كل مرحلة يؤدي إلى تباطؤ التكيف في دورة الحياة، على الرغم أن كل مرحلة من هذه المراحل تمثل عاملاً ضاعطاً أساسياً، بالإضافة إلى بروز عوامل أخرى عديدة، ينبغي أن تواجه بالمرونة الذهنية والتكيفية. (سهيل، 2010، ص. 280)

2_دائرة السياق الثقافي الاجتماعي:

ويمكن فيها عوامل عديدة تؤثر على استجابة الأسر للأحداث، وفي مقدمتها التسلسلية عبر أجيال الأسرة والخبرات التي مرت بها، والعادات والأعراف التي تحكم هذه الأسر وتتباين هذه العوامل بتباين ثقافة الأسر، وهذا كله يؤثر على التقبل الاجتماعي للمعاق حيث إن عملية تكوين الصداقات والحفاظ عليها هي عملية ليست بسيطة عند الأطفال التوحيديين، والتقبل الاجتماعي يتضمن القبول بشخص جديد من قبل مجموعة من الزملاء والرفاق، وهذا أمر هام لاسيما عندما يشرع في إجراء عملية الدمج المجتمعي، وعكس ذلك يؤدي إلى العزل الاجتماعي.

3_دائرة الوحدة: يبدو من خلال هذه الدائرة المقصود بها هو الانفرادية، وفي هذه الحالة قد تصل إلى محور الذات حول نفسها، ولكن المقصود بهذه الدائرة هو الثغرات التي تحدث في التكاملية التي ينبغي أن تكون عليها الأسر، سواء على صعيد الأسر الصغيرة أو المتعددة، ومما لاشك فيه أن تراكم هذه الثغرات في خلال مدد قصيرة يسهم بدرجة كبيرة في تقطع الأسرة، مؤدياً إلى حياة مثقلة بالمشكلات، مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف، وأن تكون هذه الأسر معرضة للخطر، مما ينعكس سلباً على المجتمع، ويجب التنويه أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوعية ردود الأفعال وحدثها واستمراريتها وعملية تكيف الأسرة. (سهيل، 2010، ص.281)

12_الاستراتيجيات المستخدمة في إرشاد والدي أطفال التوحد:

حدد ستيوارت الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في إرشاد والدي الأطفال المعاقين فيما يلي:

1-برامج المعلومات التي تزود الآباء بالحقائق حول حالة أطفالهم.

2-برامج العلاج النفسي لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية.

3-برامج تدريب الوالدين لمساعدتهما على تطوير مهارات فعالة في تدريب طفلهم المعاق.

أما أسرة الطفل التوحدي فهي في حاجة إلى الدمج بين هذه الاستراتيجيات الثلاثة كي تكون البرامج المقدمة بهذه الكيفية أكثر فعالية للطفل والأسرة معاً.

ويشير كوهين ودونا لان إلى أنه بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى فإنه لم يعد هناك جدال حول أهمية دور الآباء لتعليم أطفالهم التوحيديين، وظهرت طريقتان تستعملان بشكل جوهري في التعامل مع أسر أطفال التوحيديين، هما:

*الطريقة المبنية على أساس إكلينيكي، وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المراكز المتخصصة، طبقاً لآراء سكولر وآخرون 1984

*الطريقة المبنية على أساس المنزل، وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المنزل، طبقاً لآراء هيمسلي وآخرون 1978.

ففي الطريقة الأولى: يتم تدريب الآباء في مراكز للتدريب بحيث يتعلمون الطرق الفعالة لتعليم أطفالهم والسيطرة على سلوكياتهم، ثم يقومون بتنفيذ هذه المناهج في المنزل تحت إشراف الفريق القائم بالتدريب، وتتميز هذه الطريقة بأن الآباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجودة بالمركز.

أما الطريقة الثانية فيتم بها تدريب الآباء في البيئة الطبيعية اليومية للأحداث، فيكون الإيضاح والتعليمات المقدمة طبقاً للمواقف الواقعية وليست المعلمية، كما تتاح فرص التدريب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة. (القمش، 2011، ص.265)

الخلاصة:

نستخلص من هذا الفصل أن التوحد يعتبر من الاضطرابات النمائية التي تعيق الطفل في نموه المعرفي، الاجتماعي، والانفعالي مما يؤدي بالطفل التوحدي إلى صعوبة تواصله مع الآخرين وسوء تكيفه مع المحيط الخاص به، لهذا يعتبر التشخيص المبكر أهم خطوة تقوم بها أسرة الطفل التوحدي، خاصة إذ كان ذلك قبل بلوغ سن الثالثة فذلك يشكل عاملا مهما وحاسما في نجاح الخطة العلاجية، وتحقيق أفضل نتائج.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية وخصائصها

2_ الدراسة الأساسية

2_ 1 منهج الدراسة

2_ 2 تعريف دراسة الحالة

2_ 3 مجموعة البحث وخصائصها

2_ 4 مكان وزمان إجراء البحث

2_ 5 الأدوات المستخدمة في الدراسة

خلاصة

تمهيد:

بعد إتمام الفصل النظري، قمنا بالانتقال للفصل التطبيقي الذي يعد بمثابة الجانب المحسوس الذي من خلاله يتجسد الجانب العملي للدراسة، فهو يشمل مجموعة من الإجراءات التطبيقية المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، والمنهج المستخدم ومجموعة الدراسة، بالإضافة الى الأدوات المستخدمة لهذه الدراسة.

1_ الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية اختباراً أولياً للفروض، حيث تعطينا نتائج أولية ومؤشرات بمدى صلاحية هذه الفروض، حيث تعطينا نتائج أولية ومؤشرات بمدى صلاحية هذه الفروض، وما هي التعديلات الواجبة إدخالها على الفروض، وإذا كانت تحتاج إلى تعديلات، وتمكن الباحث من إظهار مدى كفاءة إجراء البحث والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات والهدف منها، والمعرفة المناسبة للبيانات المتحصل عليها للدراسة، كما يتم التأكد من صلاحية المعلومات التي يستخدمها للدراسة. (رجاء، 2006، ص.168).

اكتفينا في دراستنا باستطلاع الميدان قصد التأكد من وجود حالات، وتمثل الميدان في ملحقة المركز النفسي البيداغوجي "بالأخضرية"، وجمعية أولياء أطفال التوحد فرع الأخضرية.

2_ الدراسة الأساسية:

2_1 منهج الدراسة:

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية، وقد تم اختيار المنهج العيادي لكونه ملائماً لموضوع الدراسة من جهة، ونظراً لفردانية الحالات من جهة أخرى، والمنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة، ومن خصائصه

دراسة كل حالة على انفراد.. (Roland, 1983, p. 21)

2_2 تعريف دراسة الحالة:

تعرف بأنها الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي، وهي أساسا استطلاعية في منهجها، كما أنها تركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل للفروض، وهي أيضا الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات، والنتائج التي يحصل عليها الفرد عن طريق المقابلة والتاريخ الاجتماعي والفحوصات الطبية والاختبارات السيكلوجية. (لويس، 2010، ص ص. 105.106).

2_3 مجموعة البحث وخصائصها:

2_3_1 شروط انتقاء مجموعة البحث:

أن تكون مجموعة البحث أولياء لذوي أطفال التوحد.

2_3_2 مجموعة البحث وخصائصها:

قمنا في بحثنا باختيار عينة لمجموعة البحث، وعددها 3 حالات، تتكون من آباء وأمهات أطفال التوحد، وتتراوح أعمارهم ما بين 42_59 سنة، ويوضح الجدول التالي خصائص العينة.

الجدول رقم (01): يوضح مجموعة البحث الأساسية:

الحالة	السن	المستوى الدراسي	عدد الأبناء	سن الابن التوحيدي	سن اكتشاف الاضطراب
بشير	59	جامعي	3	11 سنة	3 سنوات
نعيمة	42	متوسط	4	8 سنوات	عامين وثمانية أشهر
أمير	59	جامعي	4	15 سنة	5 سنوات

2_4 مكان وزمان إجراء البحث:

لقد قمنا بإجراء البحث بملحقة المركز النفسي البيداغوجي "بالأخضرية"، ولاية البويرة، بالضبط في مكتب الأخصائية النفسانية (ن)، بعدها توجهنا إلى جمعية أولياء أطفال التوحد، فرع الأخضرية، من أجل استكمال البحث، وقد أجرينا هذا البحث في نهاية شهر أفريل ابتداء من 20 إلى 27 أفريل.

2_4_1 خطوات إجراء البحث:

تم إجراء البحث في نهاية شهر أفريل، حيث قمنا بدراسة 3 حالات من أولياء أطفال التوحد، منهم 2 آباء وأم.

تم إجراء المقابلة نصف الموجهة وفق دليل المقابلة مع أفراد مجموعة البحث، وذلك بهدف جمع المعلومات، وكنا في كل مقابلة نقوم بتعريف وتقديم أنفسنا، والهدف من البحث، مع التأكيد على السرية التامة للأمر الذي أدى بكل الحالات إلى الموافقة والرغبة في إجراء المقابلات. وقد تم إجراء المقابلات بشكل فردي مع كل حالة، حيث أجريت المقابلة الأولى من أجل جمع البيانات من خلال دليل المقابلة، مع التركيز على الملاحظة العيادية التي كان لها دور في جمع معلومات أكثر عن الحالة، وخصصت المقابلة الثانية لتطبيق المقياس على الحالات.

قمنا بإجراء المقابلة والتي دامت 30 دقيقة مع كل حالة، بالإضافة إلى مراعاة اللغة والمستوى الدراسي، وهذا من أجل تسهيل عملية التواصل مع الحالات، وقد تم الالتزام قدر الإمكان بلغة بسيطة ومفهومة للتواصل مع الحالات، كما قمنا بقراءة أسئلة المقياس على الحالات التي ظهرت عليهم صعوبة في فهم الأسئلة.

2_ 15 الأدوات المستخدمة في الدراسة:

تعتبر أدوات الدراسة ذات أهمية، فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تم الاستعانة بأدوات تخدم موضوع الدراسة، وتتمثل في المقابلة العيادية نصف الموجهة.

2_ 5_ 1 المقابلة العيادية نصف الموجهة: تعرف بصفة عامة بأنها محادثة موجهة، يقوم بها الفرد

مع الآخر أو مع أفراد، بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي. (شفيق، 1958، ص. 106).

ولإجراء هذه المقابلة تم القيام بصياغة مجموعة من الأسئلة ووضعها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور، وكل محور يضم مجموعة من الأسئلة، وذلك بهدف الكشف وجمع المعلومات عن الأولياء، وتشمل هذه المحاور:

المحور الأول: بيانات عامة.

المحور الثاني: الحالة النفسية للأسرة بعد تلقي الخبر.

المحور الثالث: العلاقة العائلية بعد تشخيص اضطراب التوحد.

المحور الرابع: النظرة المستقبلية.

2_5_2 مقياس الصلابة النفسية لعماد محمد أحمد مخيمر 2006:

2_5_2_1 تعريف المقياس: وهي أداة تعطي تقديرا كميا لصلابة الفرد النفسية، والأداة مكونة من 47 عبارة، تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الإجابة على المقياس في ثلاث مستويات (تنطبق دائما_ تنطبق أحيانا_ لا تنطبق أبدا)، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة، بمعنى إذا كانت الإجابة (تنطبق دائما_3 إذا كانت تنطبق أحيانا_2 إذا كانت لا تنطبق أبدا_1). وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 47 إلى 147 درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية.

وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات، أي تشير هذه العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة، وبالتالي فإن هذه العبارات التي تقابل في المقياس الأعداد التالية:

(7،11،16،21،23،25،28،32،35،36،37،38،42،46،47) ينبغي أن تصحح في الاتجاه العكسي، بمعنى أن هذه العبارات تصحح كالتالي: (تنطبق دائماً 1_ تنطبق أحياناً 2_ لا تنطبق أبداً 3)، وبلغ عدد العبارات التي يجب أن توضع لها الدرجة المعكوسة 15 عبارة أي 31% من مجموع عبارات المقياس.

والصلابة النفسية تقع في ثلاثة أبعاد، وهي:

أ_ **الالتزام:** هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، وهذا البعد يتكون من 16 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد إلى أن الفرد أكثر التزاماً اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين.

ب_ **التحكم:** ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث، ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، وهذا البعد يتكون من 15 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد إلى أن الفرد لديه تحكم واعتقاد في مسؤولية الشخصية عما يحدث له.

ج_ **التحدي:** وهو اعتقاد الفرد أن ما يطرأ عليه من تغير على جوانب هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعد على استكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية

والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية، وهذا البعد يتكون من 16 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البعد إلى اعتقاد الفرد بأن أي تغيير يطرأ على حياته إنما هو أمر مثير وضروري، أكثر من كونه تهديدا له على المبادأة والاستكشاف والتحدى. (العبدلي، 2013، ص.ص 87.88).

جدول 2: يوضح مستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية:

المجال	مستويات الصلابة النفسية
(78_47)	منخفض
(109_79)	متوسط
(141_110)	مرتفع

حيث أنه حسب الجدول 02:

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (78_47) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب منخفض.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (109_79) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب متوسط.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (141_110) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب مرتفع.

جدول 03: يوضح مستويات بعد الالتزام والتحدي:

المجال	مستويات بعدي الالتزام والتحدي
(26_16)	منخفض
(37_27)	متوسط
(47_38)	مرتفع

حيث أنه حسب الجدول 03:

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (26_16) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب منخفض.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (37_27) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب متوسط.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (47_38) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب مرتفع.

جدول 04: يوضح مستويات بعد التحكم:

المجال	مستويات بعد التحكم
(24_15)	منخفض
(35_25)	متوسط
(45_36)	مرتفع

حيث أنه حسب الجدول 04:

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (24_15) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب منخفض.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (35_25) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب متوسط.

* إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (45_36) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المجيب مرتفع.

2_5_2 الخصائص السيكومترية:

صدق وثبات مقياس الصلابة النفسية:

أ_ صدق المقياس: قام الباحث للتحقق من معامل صدق مقياس الصلابة النفسية باستخدام:

_ الصدق الظاهري حيث قام بعرضه على خمسة محكمين من ذوي الاختصاص والخبرة وذلك لإبداء ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول ملائمة عبارات المقياس من حيث الصياغة اللغوية.

_ حساب معامل جتمان وألفا كرونباخ: من أجل التحقيق من معامل صدق المقياس، قام الباحث باستخدام معادلة (جتمان)، وكانت قيمة معامل الصدق (0,85).

_ أما باستخدام ألفا كرونباخ، كانت قيمة معامل الصدق (0,89)، كما في الجدول التالي:

جدول 05: يبين قيمة معامل صدق الصلابة النفسية:

طريقة الصدق	قيمة الصدق
الجذر التربيعي لقيمة معامل جتمان	0,85
الجذر التربيعي لقيمة معامل ألفا كرونباخ	0,89

ب_ ثبات المقياس:

من أجل التحقق من معامل ثبات المقياس قام الباحث بحساب الثبات باستخدام أسلوب التجزئة النصفية، (معادلة جتمان) وكانت قيمة معامل الثبات (0,87)، كما في الجدول التالي:

جدول 06: يبين قيمة معامل الثبات الصلابة النفسية:

طريقة الثبات	قيمة معامل الثبات
التجزئة النصفية (معادلة جتمان)	0,86

معامل ألفا كرونباخ	0,87
--------------------	------

معاملات ثبات مقياس الصلابة النفسية بطريقة التجزئة النصفية ومعادلة ألفا كرونباخ من خلال هذه النتائج يمكننا أن نلاحظ أ، معاملات الصدق والثبات جيدة، مما يعطي مؤشرا للثقة بهذه الأداة وأنه يمكن تطبيقها. (العبدلي، 2012، ص.93).

خلاصة:

وختاماً لهذا الفصل فقد سعينا لأجل توضيح كل الإجراءات المنهجية التي تمت من خلال هذه الدراسة، والتي حددنا فيها الطريقة العلمية المتبعة في جمع المعلومات والأدوات المستخدمة فيها، وسيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المحصل عليها بعد تطبيق المقياس.

الفصل الخامس

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج

1_ عرض الحالات وتحليلها

1_1 عرض وتحليل الحالة الأولى

1_2 عرض وتحليل الحالة الثانية

1_3 عرض وتحليل الحالة الثالثة

2_ تحليل عام للحالات ومناقشتها

3_ مناقشة وتحليل الفرضية على ضوء النتائج

_ خلاصة

1_ عرض الحالات وتحليلها:

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى النتائج التي تم التوصل إليها مع الحالات الثلاث، من خلال المقابلة النصف موجهة، وتطبيق مقياس الصلابة النفسية.

1_1 الحالة أولى :

1_1 تقديم الحالة:

_البيانات الأولية حول الأب

الاسم المستعار: بشير	العمر: 59	المستوى التعليمي: جامعي
المهنة: أستاذ ثانوي	عدد الأبناء: 3	

_بيانات حول الطفل:

الاسم: محمد	السن: 11 سنة	الرتبة: 3
-------------	--------------	-----------

1_1_1 عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية نصف موجهة:

لقد تم إجراء المقابلة مع أب محمد وهو أب لطفل توحدي، في مقر جمعية التوحد بالأخضرية، على الساعة 13:00 وقد كانت الحالة متجاوبة جداً، كما بدا عليه الرغبة في الكلام والاندماج في الموضوع.

الحالة "ب" أب لثلاثة أطفال، متزوج وحالته الاقتصادية لا بأس بها، اكتشف اضطراب ابنه في عمر 3 سنوات، مع أنه منذ عمر 16 شهرا بدأت تساوره شكوك حول حالة ابنه، نظرا لسلوكياته الغريبة، وقد شكلت هذه المرحلة صدمة بالنسبة له فقد صرح بقوله: «صدمة لأقصى درجة فلول كنت نتماطل محبيتش نعرف.. كي لحقت لدريد حسين باه نديرلو تاست تزعزعت... الصدمة لم أخرج منها إلا بعد سنين ».

كما أن زوجته لم تتقبل اضطراب ابنها، وهذا ما سبب بعض التوترات، بينما كان يود الأب أن يسجله في المراكز المتخصصة في التوحد، في حين رفضت الأم الفكرة تماما، وألحت على دخوله مدرسة عادية.

كان الأب يعتقد في البداية أنفرط الحركة التي لديه هي شيء وراثي وطبيعي في العائلة، "حسبت الحركة جابها من جدو كان شاطر بزاف". وقد كان اكتشاف اضطراب ابنه بداية لمرحلة جديدة فعند سؤاله عن ما تغير في حياته أجاب: "تصوري بلي حياتك تبقى عادية.... منين زاد لضرك حسيت كبرت لدرجة عمري أضريه في 3 أو 4... زادت المسؤولية وزاد الضغط ". وهذا ما يدل على أنه عاش ضغطا كبيرا نتيجة مرض ابنه، لكنه أجبر على التقبل والتكيف، "محتمة نتعامل مع الاضطراب ولو خيروني نختار منتعاملش.... لأنو... حياتك تلغى تمديلو كلش ليه"، لكنه تمكن من تجاوز هذه المرحلة من خلال توحيد الجهود مع زوجته: "تعاونوا الأم تخدم معاه تبع دكاترة فالبيوتوب"، وهذا ما مكنه للوصول لمرحلة التقبل: "وليدي عندو التوحد ونفتخر به أحب من أحب وكره من كره".

"ضرك نخرجو وما علابالي بحتى واحد وندير حسابي أو نرقد مصروف زيادة على جالو ومنحشمش بيه لأنو لازم يدخل للمجتمع"، وهذا ما يؤكد رغبته الملحة في تحقيق الاندماج الاجتماعي لابنه، كما أنه دائماً ما يهتم بكل ما يخص التوحد، ويبحث في أسبابه وكيفية التعامل معه من أجل مساعدة ابنه: "التوحد ابتلاء من الله المختصين يشخصوه اضطراب وأنا نقول مرض، بحثت على كل أسبابه ولازمو برنامج توجيه من طرف مختص ولازمو مربى باه يقدر ويتكفلو بيه "

وعند سؤاله عن مستقبل ابنه اتضح بأنه لا يمتلك أي مخاوف أو قلق بشأنه، فقد صرح: "راني مخليها على ربي نظم أو نحلم، بصح نخليها لربي ..بصح العمل لازم". وهذا ما يدل على رغبته القوية في رؤية ابنه في أحسن حال، وهو يعمل كثيراً من أجل تحقيق ذلك، وما أكد ذلك الطموح هو قوله: "نطمح يهدر نومو دايم يهدر وينوض فرحان... احتسبه عند الله وهو لي زادلي الإيمان ".

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ب) في المقابلة الأولى تم تطبيق المقياس الصلابة النفسية عليها في المقابلة الثانية، وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول الآتي:

جدول رقم 7 نتائج الحالة ب في مقياس الصلابة النفسية:

الأبعاد	الدرجات	المجال	المستوى
الالتزام	42	48_38	مرتفع

الترتيب	41	45_36	مرتفع
التحدي	38	48_38	مرتفع
مجموع الدرجات الكلية المتحصل عليها		121 درجة	
مجال الدرجة الكلية		(141_110)	
مستوى الصلابة النفسية		مرتفع	

1_1_2- مناقشة وتحليل نتائج المقياس الصلابة النفسية للحالة (ب):

طبق مقياس الصلابة النفسية على الحالة ب، وذلك لمعرفة مستوى الصلابة لديه.

وقد لمسنا الصلابة النفسية من خلال إجاباته على بنود المقياس، وكذا من خلال تحليل نتائجه، والتي كان قد تحصل فيها على 121 درجة، والتي تنتمي إلى المجال 141_110، وهذا يدل على ارتفاع مستوى الصلابة لديه. أما فيما يخص مستوى الالتزام فقد تحصل على درجة 42 درجة، وهذا يعني مجموع الدرجات المتحصل عليها تنحصر في المجال 48_38 درجة، وهذه الدرجة تنتمي إلى المستوى المرتفع. أما بخصوص مستوى التحكم فقد تحصل الحالة ب على درجة 41 درجة، وهذا يعني أن مجموع الدرجات المتحصل عليها تنحصر في المجال 45_36 درجة، وهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة ب مرتفع. وأما على مستوى التحدي فقد تحصل على مجموع 38 درجة، وهي تنتمي إلى المجال 48_38، وبالتالي فإن درجة تحكمه مرتفعة.

1_1_3 خلاصة حول الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة، ونتائج مقياس الصلابة النفسية وبالاعتماد على الملاحظة العيادية يتضح أن الأب وعلى الرغم من صدمته القوية في البداية وضعفه غير أنه تمكن من التغلب على الضغوط والتكيف معها، من خلال إستراتيجية الصلابة النفسية التي مكنته من تجاوز تلك الفترة الصعبة، وهو الآن أكثر أملاً وطموحاً وأكثر عملاً من أجل إيصال ابنه للاندماج الاجتماعي والتكيف، وهذا ما يفسر حصوله على درجات مرتفعة لمقياس الصلابة النفسية على الأبعاد الثلاثة التحدي والالتزام والتحكم، وبالتالي يمكننا القول أن فرضية بحثنا تحققت.

1_2_2 تقديم الحالة الثانية:

البيانات الأولية حول الأم

الاسم المستعار: نعيمة	السن: 42	المستوى التعليمي: الرابعة متوسط
المهنة: مأكثة في البيت	عدد الأولاد: 04	

_البيانات حول الطفل المصاب:

الاسم: منار	السن 8 سنوات	الرتبة بين الإخوة: 02
-------------	--------------	-----------------------

1_2_1 عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية النصف موجهة:

تم إجراء المقابلة في مكتب الأخصائية النفسانية بملحقة المركز النفسي بالأخضرية على الساعة 10:00، وقد قمنا في البداية بتقديم أنفسنا أننا بصدد إعداد مذكرة تخرج ليسانس وأعلمناها بمضمون عملنا مع تأكيدنا لها على سرية المعلومات، كانت الحالة متجاوبة، كما أنها كانت هادئة.

اكتشفت اضطراب ابنتها في سن العامين و 8 أشهر، بعدما لاحظت الأم أن ابنتها تعاني من تأخر ملحوظ مقارنة مع باقي الأطفال في سنها، ظنت أن هناك تأخر لغوي: "كنت نستنا فيها تهر، كيما هدرتش أديتها لطبيب، قالي عندها توحد"، وبعد إعلامها أن ابنتها تعاني من اضطراب التوحد تقبلت الفكرة ولم تبد أي ردة فعل، لكن مع ذلك هناك شعور بالخوف من تربيته: "آه، قلت تقبلتها خطرش حاجة ربي"، أما من ناحية الزوج فكانت ردة فعله عادية، وعلاقته بابنته جيدة فهو يحبها كثيرا ويصطحبها معه في خرجاته: "باباها يبغياها بزاف ويخرجها معاها"، وبينت الحالة أن إصابة ابنتها بالتوحد لم تؤثر على علاقتها الزوجية فهو يرافقها في جميع مراحل التكفل بابنته، قالت الحالة أن حياتها تغيرت كثيرا وتجد صعوبة في تربية ورعاية ابنتها: "تربيته واعة بزاف، باه نروح نشري ولا ندير كاش حاجة ديرونجيني بصح ندير حسابي، دايرة بروغرام كيفاه نعيش معاها". الحالة متعلقة بابنتها كثيرا وتشعر بتأنيب الضمير من خلال قولها: "تخاف عليها بزاف، نومها قليل كشما يصرالها نبدا نبكي ويأنبني ضميري". صرحت الأم أنها لم تكن لديها أي معلومة بهذا الاضطراب فقد تم معرفته عند إصابة طفلتها: "مكنتش سامعة بيه وعرفتو عند بنتي المرض هذا واعر بزاف ورعاية نتاعو واعة". ومن جهة أخرى بينت الحالة صعوبة التعايش مع

هذا الاضطراب، خاصة متطلبات الطفل الكثيرة، ثم تفكر بأن الأمر قضاء وقدر من خلال قولها: "المعيشة معها واعة خطرش هوما يتطلبو بزاف، بصح حاجة ربي وربي يعطيك القدرة على تربيته".

أما من ناحية علاقتها مع إختها فقد وصفتها بأنها صعبة قليلا، لكن أحيانا تلعب وتتفاعل معهم: "متعلقة شوية، بصح خاوتها يلعبوامعها ويهدروامعها"، أما من ناحية علاقة الأم بطفلتها فهي علاقة جيدة، تعمل معها نشاطات في المنزل من خلال قولها: "تخدم معاها نشاطات فدار".

أما من ناحية الأقارب فقد صرحت الحالة أن علاقتهم جيدة بها، فهم يحبونها كثيرا، كما أنها تلقت الدعم من طرفهم من خلال قولها: "تقبلوها لي نورمال بالعكس عمومها يبغوه اويهدرو معاها ويخدمو معاها ويعاونوني فيها".

أما من ناحية نظرة الأم المستقبلية فقد صرحت بأنها تريد أن تراها تتكلم: "لوكان تبدأ تهدر تتحسن"، فالأم متفائلة نوعا ما من تحسن حالة ابنتها وشفائها، وتقول إنها لو تتكلم تأخذها الى بيت الله الحرام لأداء مناسك العمرة: "إن شاء الله نشدو في ربي، لوكان تبدأ برك تهدر نديها دير عمرة".

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع الحالة (ن) في المقابلة الأولى تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية عليها في المقابلة الثانية، وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول الآتي:

الجدول رقم 8 نتائج الحالة ن في مقياس الصلابة النفسية:

الأبعاد	الدرجات	المجال	المستوى
الالتزام	36 درجة	37_27	متوسط
التحكم	27 درجة	35_25	متوسط
التحدي	35 درجة	37_27	متوسط
مجموع الدرجات الكلية المتحصل عليها		98 درجة	
مجال الدرجة الكلية		(109_97)	
مستوى الصلابة النفسية		متوسط	

1_2_2 مناقشة وتحليل نتائج مقياس الصلابة النفسية للحالة (ن):

من خلال عرضنا لمقياس الصلابة النفسية على الحالة (ن) تحصلت على 98 درجة، وهو ما يعني أن مجموع الدرجات المتحصل عليها تنحصر في المجال (79_درجة 109)، وهذا ما يدل على وجود مستوى صلابة نفسية متوسط. فيما يخص مستوى الالتزام فقد تحصلت على درجة (38 درجة)، وهذا يعني أن مجموع الدرجات المتحصل عليها تنحصر في المجال (27_37)، وهذه الدرجة تنتمي إلى المستوى المتوسط. أما بخصوص مستوى التحكم فقد تحصلت الحالة على درجة (27 درجة)، وهو ما يعني مجموع الدرجات المتحصل عليها تنحصر في المجال (25_37 درجة)، وهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة في مستوى التحكم متوسط، أما مستوى التحدي فتحصلت الحالة على درجة (35 درجة)، وهو ما يعني أن مجموع الدرجات

المتحصل عليها ينحصر في المجال (27_37 درجة)، وهذا ما يدل على وجود مستوى متوسط من الصلابة النفسية في مستوى التحدي.

1_2_3 خلاصة حول الحالة:

من خلال عرض وتحليل المقابلة العيادية النصف موجهة وتحليل نتائج مقياس الصلابة النفسية، نستنتج أن الحالة (ن) لديها مستوى متوسط من الصلابة النفسية، بعد أن حصلت على 89 درجة. نقول إن الأم تعيش نوعا ما من الاستقرار النفسي بسبب تقبل ابنتها بعد اكتشافها أن لديها التوحد والتكيف مع الوضع بسرعة، استخدمت الحالة أسلوب المقاومة في المقابلة، كما أنها استعملت التبرير كآلية بحيث كانت تعطي تبريرات لسلوكيات ابنتها.

الحالة لديها نوع من الالتزام اتجاه تقديم المساعدة والرعاية لطفلتها، ونوع من التحكم في مجرى الأحداث التي تتلقاها، ويمكن القول إن الأم تتحكم عموما في مجرى حياتها، واستطاعت التكيف مع وضعية ابنتها، بالإضافة الى مستوى متوسط من التحدي فالحالة لديها بصيص أمل في أن ابنتها سوف تتكلم في المستقبل، وتعتمد على نفسها في المستقبل.

1_3 تقديم الحالة الثالثة:

معلومات عامة حول الحالة:

المستوى الدراسي: جامعي

السن: 59

الحالة: أمير

المهنة: أستاذ

عدد الأطفال 04

بيانات حول الطفل المصاب:

اسم الابن: عبد الحفيظ العمر : 15 سنة الرتبة بين الإخوة: 3

1_3_1 عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية النصف الموجهة:

تم إجراء المقابلة في مقر جمعية أولياء أطفال التوحد على الساعة 15:00 مساءً. وقد قمنا بداية بتعريف أنفسنا، وأعلمناه بمضمون عملنا، مع تأكيدنا على السرية التامة للمعلومات.

وقد جرت المقابلة مع الحالة "أ" في ظروف هادئة وطبيعية، غير أنه كان يجيب على الأسئلة المقدمة له باختصار ويتحفظ شديد.

وقد صرح أنه في البداية لم يلاحظ أن ابنه يعاني من التوحد، ودليل على ذلك قوله: "عرفت في خمس سنين"، وعندما علم أن ابنه يعاني من التوحد شكل له ذلك صدمة نفسية، ودليل ذلك قوله: "ما كناش ننتظروا بلي عندو التوحد"، وبين الحالة أن إصابة ابنه بالتوحد لم تؤثر على علاقته الزوجية، من خلال قوله: "ما أثرتش الإصابة".

الحالة تقبل وتفهم اضطراب ابنه، ودليله على ذلك: "بان بلي عندو التوحد، ولينا مانحبسوشأمعاه، رانا هنا رانا لهيه نجرو بيه، إضافة الى هذا قوله: واش راني نشوف، واش راني نتبع ماكانش حل نهائي، كايين لي براو أو كايين لي مابراوش، كايين لي تحسنو مازال مالقاووش حل أو ماعرفوش

منين يجي"، أكد الحالة أنه يسعى لتحقيق الاندماج الاجتماعي لابنه: "كنتنخرجو نديه حتى للملعب ونحاول نجره.."، كما أكد على الدور الأساسي الذي تلعبه أم الطفل، بحيث أنها تهتم بتعديل سلوكاته، وهذا ما يظهر بتعلقه الشديد بأمه: "متعلق بزاف بيماه بدرجة أولى أو مبعد معايا"، ظهرت علامات الاستسلام على الحالة "أ"، ونوع من الانشغال وتراكم الضغوط بسبب العمل والوقت، وهذا يتضح من خلال قوله: "كنتنخرجو ندير معاه نشاطات نورمالمو مانحبسش مي ضرك عيت نخرجو كي نكون قاعد"، أما بالنسبة لرد فعل العائلة عندما تلقوا الخبر تغيرت معاملتهم من خلال قوله: "إيه تبدلو، فهم لم يتقبلو الأمر كما أنه لم يتلق الدعم من طرفهم ومن خلال قوله: مايتعاملوش معاه ومايهدروش معاه".

الحالة "أ" لديها نوع من القلق على مستقبل الطفل، وهذا واضح في قوله: «واش راني نشوف راني نشوف مشاكل رآهم يكبروا معاه، وفي نفس الوقت يمتلك نوع من الأمل في الشفاء، ودليل على قوله: "مذيبا أنا الأمل مانقطعوش أو راني ندعيو ليل ونهار".

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع الحالة "أ" في المقابلة الأولى تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية عليه في المقابلة الثانية، وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

الجدول رقم 9 نتائج الحالة أمير في مقياس الصلابة النفسية:

الأبعاد	الدرجات	المجال	المستوى
الالتزام	47 درجة	(47_38)	مرتفع
التحكم	30 درجة	(37_27)	متوسط
التحدي	35 درجة	(35_25)	متوسط
مجموع درجات الكلية المتحصل عليها		112 درجة	
مجال درجة الكلية		(141_110)	
مستوى الصلابة النفسية		مرتفع	

1_3_2: المناقشة وتحليل نتائج مقياس الصلابة للحالة (أمير):

من خلال عرضنا لمقياس الصلابة النفسية مع الحالة في المقابلة الثالثة، حيث تحصل على درجة (112)، وهذه الدرجة الكلية تنتمي إلى المجال (141-110)، وهذا يدل أن المستوى الصلابة النفسية لديه مرتفعة. أما فيما يخص المستويات الأخرى فتحصل في مستوى الالتزام على 47 درجة، وهي تنتمي إلى المجال (47_38)، وهذا يدل أن مستوى الالتزام لديه مرتفع. وأما في مستوى التحكم فقد تحصل على 30 درجة، وهي تنتمي إلى المجال (37-27)، وهذا ما دل على أن الحالة لديه تحكم متوسط. أما على مستوى التحدي فلقد تحصل على مجموع 35 درجة، وهي تنتمي إلى المجال (35-25)، وبالتالي فإن درجة تحكمه متوسطة.

1-3-3: خلاصة حول الحالة: من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة ونتائج مقياس الصلابة النفسية وبالاعتماد على الملاحظة العيادية، توصلنا إلى أن إصابة ابنه باضطراب التوحد شكل للحالة نوعا من الصدمة، لكنه تمكن مع مرور الوقت من تجاوزها والتكيف مع إصابة ابنه، على الرغم من أن الاضطراب لم يؤثر على حياته العائلية أو علاقته الاجتماعية، بالإضافة إلى أنه لم يقف عائقا أمام مواجهته لمواقف الحياة، وقد بدا لديه الإحباط والاستسلام في المقابلة النصف موجهة، والتي كانت لديه الحرية في التعبير، غير أنه تحصل على نتيجة مرتفعة في مقياس الصلابة النفسية، وبالتالي يمكننا القول أن الفرضية تحققت، أما في ما يخص المستويات الأخرى فعلى مستوى الالتزام تحصل على درجة مرتفعة، أما على مستوى التحدي والتحكم فقد تحصل على درجة متوسطة .

2_مناقشة الحالات: من خلال النتائج التي تحصلنا عليها في مقياس الصلابة النفسية لكل حالة من حالات مجموعة بحثنا تم التوصل إلى النتائج الموضحة كما يلي:

الحالات	المستوى	الدرجات الكلية المتحصل عليها
أمير	مرتفع	12درجة
بشير	مرتفع	12درجة
نعيمة	متوسط	9درجة

من خلال دراستنا الميدانية والتي تمثلت في دراسة 3 حالات، وبالاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة ونتائج مقياس الصلابة النفسية، تبين لنا أن أولياء أطفال التوحد لديهم صلابة نفسية مرتفعة تتراوح ما بين (112_121)، إلا في حالة واحدة كانت متوسطة، بحيث حصلت على درجة 98.

وعليه يمكننا القول إن فرضية بحثنا القائلة: "يوجد صلابة نفسية عند أولياء أطفال التوحد" قد تحققت، إلا في حالة واحدة لم تتحقق.

3_ مناقشة وتحليل الفرضية على ضوء النتائج:

من خلال نتائج مقياس الصلابة النفسية تبين لنا وجود صلابة نفسية مرتفعة عند أولياء أطفال التوحد إلا في حالة واحدة، وبالتالي يمكننا القول أن فرضيتنا تحققت بحيث حصلت الحالتان (أ) و (ب) على صلابة نفسية مرتفعة، تتراوح ما بين (112_121)، وبالتالي فقد اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة "قسيمة محفوظ" (2019)، والتي كانت بعنوان "الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد" دراسة لخمس حالات بولاية البليدة، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مرتفعة، ومنه نفس توافق هذه الدراسة مع دراستنا، والتي هي مستوى الصلابة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد مرتفع، وهذا راجع لعدة عوامل، من بينها:

*التعاون بين الوالدين وتقاسمهم للمسؤولية من أجل التكفل بطفلهم.

*تلقى الدعم والمساعدة من طرف بعض الأقارب.

*للحالات قدر من المعرفة والثقافة التي مكنتهم من تجاوز الأزمات النفسية التي مروا بها.

*تعلق الأولياء بأطفالهم، وبذلك ركزوا اهتمامهم على التكفل الجيد بهم، وتطوير مهاراتهم، ومساعدتهم على تحقيق الاستقلالية الذاتية.

كما قد تعارضت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة بوحديد مسعودة (2022)، التي كانت بعنوان: " الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد"، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد منخفض.

وكذلك دلت نتائج مقياس الصلابة النفسية على وجود صلابة نفسية متوسطة لدى أم طفل مصاب بالتوحد، وبالتالي لم تتحقق الفرضية في الحالة الثانية، حيث تحصلت على درجة 98.

كما اتفقت نتائج الحالة الثانية مع نتائج دراسة ريغي محمد " 2021"، التي كانت بعنوان: الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد متوسطة.

كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة "مدور هاجرة وآخرون" التي كانت سنة 2021، تحت عنوان: "مستوى الصلابة النفسية لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة (إعاقة سمعية بصرية)، حيث جاءت نتائجها أن مستوى الصلابة النفسية لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة متوسط.

وهذا يرجع لعدة عوامل من بينها:

*عدم تهيئة الأم نفسيا أثناء إخبارها باضطراب طفلها.

*عبيء المسؤولية التي تقع على عاتقها.

*مخاوفها وقلقها على مستقبل طفلها.

*إصابة طفلها بهذا الاضطراب يؤثر على حياة الأم نظرا للضغوط النفسية، باعتبار أن الطفل

التوحيدي يسبب الكثير من المشاكل والضغوط النفسية.

خاتمة

خاتمة:

انتشر اضطراب التوحد على نطاق واسع خاصة في الآونة الأخيرة، مما أدى إلى طرح العديد من التساؤلات عن مدى تأثير وجود طفل توحيدي في حياة الوالدين والذي يتطلب منهم تضافر للجهود من أجل العناية به سواء من الناحية المادية أو الاقتصادية أو الاستهلاك النفسي على مستوى المحيط ، وذلك من أجل التكفل به وضمان التنشئة الجيدة له، بالإضافة إلى مواجهة هذا الحدث بكل قوة وصبر من خلال استعمال مختلف الاستراتيجيات للمواجهة والتي من بينها الصلابة النفسية، التي تعتبر ذات أهمية كبيرة فهي تقوي إحساس الفرد بالاستقلالية والاعتماد على الذات ويصبح لديه القدرة على اتخاذ القرارات دون الانصياع لإملاءات الآخرين بالإضافة إلى كونها تساعد على زيادة معامل التقويم الإيجابي للذات والإحساس بالتطور والارتقاء الشخصي كما أنها تساعد على تحسين جودة العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين .

ومن خلال ما تم التطرق إليه في الدراسة النظرية والتطبيقية لموضوع البحث، هذا ما سعت إليه دراستنا من أجل الكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى أولياء أطفال التوحد، وبالاعتماد على المنهج العيادي، و عن طريق تطبيقنا لمقياس الصلابة النفسية على 3 حالات تحصلنا خلالها على نتائج مرضية بخصوص ارتفاع الصلابة النفسية، هذا ما يدل على تجاوزهم لفترة الصدمة التي عقت اكتشاف الاضطراب ويظهر ذلك من خلال التزامهم بتوسيع معارفهم وتحديد أهدافهم وتحدي الصعوبات التي تعيقهم بالإضافة إلى التحكم في أحداث الحياة المثيرة للمشقة.

وعليه نقر بأن الصلابة النفسية أداة أساسية في مواجهة المشكلات وأحداث الحياة الضاغطة بالإضافة إلى أنها تجعل الإنسان في حالة رضا عن نفسه، وتعطيه القدرة لمعرفة إمكانياته وقدراته وتوجيهها نحو أهداف يستطيع تحقيقها بالفعل.

وفي الأخير نأمل أن بحثنا هذا سيخدم المجال العلمي وكذلك يفتح المجال لدراسات أخرى.

مما يدفعنا لتقييم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات والتي تتمثل فيما يلي:

*التركيز على الجانب النفسي للأولياء عند إخبارهم بإصابة طفلهم بالتوحد

*إعداد برامج تدريبية إرشادية لفائدة أسر أطفال التوحد بهدف تنمية مستوى الصلابة النفسية لديهم والقدرة على التحكم وتحدي صعوبات التي يواجهونها

*إنشاء مدارس خاصة بالتوحد نظرا للتفاقم الكبير لهذا الاضطراب في الآونة الأخيرة

*تنظيم دورات لتعريف بهذا الاضطراب لمساعدة الأولياء على فهمه وتقديم إرشادات عن طرق التواصل معه

_دراسة الصلابة النفسية على فئات أخرى:

*دراسة الصلابة النفسية على أمهات أطفال التوحد المطلقات.

*دراسة الصلابة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة.

*دراسة الصلابة النفسية عند النساء المعنفات.

الكتب:

_ باللغة العربية:

- سيد سليمان، عبد الرحمان. (2003). إعاقة التوحد لدى الأطفال. (ط.2). مكتبة الزهراء شرق، مصر.
- سيد سليمان، عبد الرحمان. (2001). إعاقة التوحد. (ط.2). مكتبة الزهراء شرق، مصر
- الزارع، نايف بن عابد إبراهيم. (2005) قائمة تقدير السلوك التوحدي. (ط.1). دار الفكر ، الأردن.
- القمش، نوري مصطفى. (2011). اضطراب التوحد _ الأسباب، التشخيص، العلاج ، دراسة علمية. (ط1). دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان.
- شكري، محمود حمدي. (2020). اضطراب طيف التوحد _ مشكلات المعالجة الحسية و مشكلات تناول الطعام. (ط.1). دار نبذة للنشر، القاهرة.
- مجيد، سوسن شاكر. (2010). التوحد أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. (ط. 2). دييونو للطباعة و النشر و التوزيع، عمان ، الأردن.
- سهيل، تامر فرح. (2015). التوحد، التعريف ، الأسباب ، التشخيص و العلاج . (ط.1). دار الإعمار العلمي للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- المهدي، محمد. (2007). الصحة النفسية للطفل. (ط.1). الأنجلو المصرية، مصر.
- مصطفى، أسامة فاروق، و الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد _ الأسباب، التشخيص _ العلاج. (ط.1). دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2010). التوحد، السلوك ن التشخيص و العلاج. (ط.1). دار وائل للنشر و التوزيع، عمان.
- الإمام، محمد صالح، و الجوالدة، فؤاد عيد. (2010). التوحد و نظرية العقل. (ط.1). دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن.
- عمارة، ماجد سيد علي. (2005). إعاقة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي. مكتبة الزهراء للنشر، مصر.
- إبراهيم، زيزي السيد. (2006). العلاج المعرفي للاكتئاب. دار غريب، القاهرة.

- الحمادي، أنور. (2021). الاضطرابات العقلية و السلوكية في التصنيف الدولي

للأمراض . ICD₁₁

- الحمادي ،أنور . معايير DSM₅
- يوسفى ، حدة. (2016). الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية و تنمية الصحة النفسية (ط.1). دار أسامة للنشر و التوزيع.
- المقابلة، جمال خلف. (2016)، اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية، ط1، دار يافا العلمية، عمان.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج.(2003)، الإعاقة السمعية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- أنا فرويد،(1972)، الأنما وميكانيزمات الدفاع، ترجمة صلاح مخيمر، ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .
- عبد الله، عادل (1991)، اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر .
- محمد عبد العزيز مفتاح، (2010)، مقدمة في علم النفس الصحة، دار وائل للنشر ، عمان، الأردن.
- ملحم، سامي محمد، (2002)، القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، ط1، دار المسيرة، عمان.
- ابن منظور، محمد بن مكرم، 1999، لسان العرب، الجزء السابع، دار صادر، بيروت.
- أنس سليم الأحمدى، (2007)،المرونة، ط1، مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
- بوسنة عبد الوافى، (2012)، علم النفس النمو ونظريات الشخصية، دار الهدى، قسنطينة، الجزائر.
- الشرقاوي محمود عبد الرحمان عيسى. (2018)، التوحد ووسائل علاجه، ط1، دسوق، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

- رجاء، محمد أبو بوعلام. (2006)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، الأردن.

- لويس كامل مليكة، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان الأردن
- الإمام، محمد صالح والجوالدة، وفؤاد عيد، التوحد رؤية الأهل والأخصائيين، ط1، عمان دار الثقافة.
- مخيمر، عماد محمد. (2011)، مقياس الصلابة النفسية، القاهرة، مكتبة أنجلو المصرية.

المجلات ورسائل ماجستير:

- سعيدة فاتح، (2015)، مذكرة لنيل شهادة الماستر "الصلابة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي" دراسة ميدانية في مستشفى الحكيم سعدان، بسكرة
- أبو الندى عبد الرحمان، (2007)، الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر، كلية التربية، غزة
- الطيبي عبد الكريم، زنبو حمزة، (2021) "الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة ج.م.ع. إجتماعية"، رسالة ماستر منشورة، جامعة أحمد دراية بأدرار، كلية العلوم الإجتماعية، الجزائر.
- فتيحة خنفر، 2014، "الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط النفسي لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- عبد الرحمان محمد الضبع فتحي، (2001)، قوة الأنا وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية والدافعية للإنجاز لدى المعوقين حركياً، رسالة ماجستير منشورة، جامعة سوهاج، مصر.
- رولا مجدي، هاشم الصفدي، (2013)، "المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.

- حنان قديري، دلال ونيس، "الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد"، دراسة وصفية، ولاية الوادي، كلية علوم التربية - الجزائر
- جولتان حجازي، عاطف أبو غالي، (2008)، "مشكلات الشيوخوخة وعلاقتها بالصلابة النفسية"، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، غزة.
- الضيع، صالح بن ابراهيم (2002)، العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، المجلد 14، السعودية: مجلة جامعة الملك سعود.
- عباس، مدحت، (2010)، "الصلابة النفسية كمنبئ بخفض الضغوط النفسية والسلوك العدواني لدى معلمي المرحلة الإعدادية، مجلة كلية التربية، مجلد 26 (1).
- لطيف غازي مكي وبراء محمد حسن، صلابة الشخصية وعلاقتها بتقدير الذات لدى المتمدرسين بالجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، عدد 31، بغداد
- الرفاعي عزة، (2003)، الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها، رسالة دكتوراه، جامعة حلوان، القاهرة.
- زينب نوفل، أحمد راضي، (2008)، الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير منشورة، غزة، فلسطين.
- محمد زهير راضي عليوي، 2012، العلاقة بين الصلابة النفسية ودافعية الإنجاز لدى الرياضيين من ذوي الإعاقة الحركية في الضفة الغربية، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجناح الوطنية، فلسطين.
- مخيمر، عماد، 1996، إدراك القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة، دراسات نفسية القاهرة، مج 6، ع2
- عبد الرحمان بن عبد الجهنّي، 2011، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك التوكيدي والصلابة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية، مجلة جامعة أم القرى، للعلوم الاجتماعية، المجلد 4، العدد 1
- حمادة، لولوة وعبد اللطيف، حسن، (2002)، "الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة" مجلة دراسات نفسية"، المجلد الثاني عشر، العدد الثاني.

- زينب نوفل أحمد راضي، (2008)، "الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات"، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

المراجع الأجنبية:

- Begun, A.L (1993), Human behavior and the social environment, the vulnerability, risk and resilience model, jornal of social work education.
- Greene, R (2002), resiliency an integrated approach to practice and policy, and research, (1st edition), Washington, DC NASW PRESS.
- Funk, S.C, (1992), Hardiness: A review of theory and research, Health psychology Vol11, N°05
- Anant, Marie (2003), La résiliene surmonter les traumatisme, Lyon, (France)
- Kobasa, S.C, MADDI S.R, Pacceti, M.C, f ZOLA, M.A(1985) : effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against Illnes, journal psychosomatic research, N°29 , pp525-533
- Barnek, G. (2002). *Efficacy of sesory and motor inertventions for children with autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders.
- Elkim, s. Lemker, d. Dmille,e.(2005). *Professional guide to diserases* (8th,ed). Philadlephia.
- Kobassa, s. Maddi,s. Khan, s. (1982). *Hard iness and health_prospective study*. Journal of personality and social psychology.
- Whitman, Thamas L.(2004). *The development of autism: A self regualatory perspevtive*. London and New York.

- Kobasa, et Masi 1982, hardiness and Health, journal of personality and social psychology ,42(04) 707 _717.
- Kobasa (1983), personality and social resources in stress resistance, journal of personality and social psychology , vol .45,no.4.
- _Autism society of America. (2006), Final country chapter autism resource guide for pina country, usa.
- Ronald deron (1983), dictionnaire de psychologie 1ere édition presse, université, France.

الملاحق

الملحق رقم: (01)

مقياس الصلابة النفسية لمخيمر .

التعليمة: أمام مجموعة من العبارات تمثل عن رؤيتك لشخصيتك و كيف تواجه المواقف و الضغوط في الحياة.

اقرأ كل عبارة منها و أجب عليها بوضع علامة (×) في إحدى الخانات الثلاث المقابلة للعبارة.

_ و إذا كانت العبارة تنطبق عليك دائماً ضع علامة (×) تحت خانة تنطبق دائماً.

_ و إذا كانت العبارة تنطبق عليك أحياناً ضع علامة (×) تحت خانة تنطبق أحياناً.

_ و إذا كانت العبارة لا تنطبق أبداً ضع علامة (×) تحت خانة لا تنطبق أبداً.

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
1	مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي.			
2	اتخذ قراراتتي بنفسني و لا تملي علي من مصدر خارجي.			
3	أعتقد أن متعة الحياة و إثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياته.			
4	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ و القيم.			
5	عندما أضع خططي المستقبلية غالباً ما أكون متأكد من قدرتي على تنفيذها.			
6	اقتحم المشكلات لحلها و لا أنتظر حدوثها.			

7	معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها.		
8	نجاحي في أمور (دراسة_ عمل... الخ) يعتمد على مجهودي و ليس على الحظ و الصدفة.		
9	لدي حب استطلاع و رغبة في معرفة ما لا أعرفه.		
10	أعتقد أن لحياتي هدفاً و معنى أعيش من أجله.		
11	الحياة فرص و ليس عمل و كفاح.		
12	أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها.		
13	لدي قيم و مبادئ معينة ألتزم بها و أحافظ عليها.		
14	أعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه.		
15	لدي القدرة على المثابرة حين أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.		
16	لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعو للتمسك بها او الدفاع عنها.		
17	أعتقد أن ما يحدث لي غالباً هو نتيجة لتخطيبي.		
18	المشكلات تستتفر قواي و قدرتي على التحدي.		
19	لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه.		
20	لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ.		
21	أشعر بالخوف و التهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف و أحداث.		
22	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.		
23	أعتقد أن الصدفة و الحظ يلعبان دوراً هاماً في حياتي.		
24	عندما أحل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى.		
25	أعتقد " أنه البعد عن الناس غنيمة".		
26	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي.		

27	أعتقد أن مواجهة المشكلات استبانة لقوة تحملي قدرتي على المثابرة.		
28	اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في أي شيء آخر.		
29	أعتقد أن سوء الحظ يعود لسوء التخطيط.		
30	لدي حب المغامرة و الرغبة في استكشاف ما يحيط بي.		
31	أبادر بعمل أي شيء أعتقد انه يخدم أسرتي أو مجتمعي.		
32	أعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع علي.		
33	أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها.		
34	أهتم كثيرا في ما يدور حولي من أحداث و قضايا.		
35	أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها.		
36	الحياة الثابتة و الساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي.		
37	الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن نحياها.		
38	أؤمن بالمثل " قيراط حظ ولا فدان شطارة".		
39	أعتقد أن الحياة لا تحتوي على تغيير هي حياة مملة روتينية.		
40	أشعر بالمسؤولية أمام الآخرين و أبادر بمساعدتهم.		
41	أعتقد أن لي تأثيراً قوياً على ما يجري حولي من أحداث.		
42	أتوجس من تغييرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي و لحياتي.		
43	أهتم بقضايا الوطن و أشارك فيها بكل ما أمكن.		
44	أخطط لأمر حياتي و لا أتركها للحظ و الصدفة و الظروف الخارجية.		
45	التغيير هو سنة الحياة و المهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.		
46	أغير قيمي و مبادئي إذا دعت الظروف ذلك.		
47	أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث.		

الملحق رقم (02):

محاوَر أسئلة المقابلة العيادية

المحور الأول: بيانات عامة

1_بيانات تخص الأولياء:

الاسم:

العمر:

المستوى التعليمي:

المهنة:

عدد الأولاد:

2_ بيانات خاصة حول الطفل ذو اضطراب التوحد:

اسم الطفل:

العمر:

رتبته بين الإخوة:

سن اكتشاف الإصابة باضطراب التوحد:

المحور الثاني: الحالة النفسية للأسرة بعد اكتشاف إصابة ابنهم

س1: متى اكتشفت(ي) أن ابنك مصاب بالتوحد.

س2: كيف كان شعورك عندما علمت(ي) بذلك.

س3: كيف كانت رد فعل زوج(ت)ك.

س4: هل أثرتالإصابة على علاقتك مع زوج(ت)ك.

س5: ما الذي تغير في حياتك.

س6: ما هي وجهة نظرك حول اضطراب التوحد.

المحور الثالث: العلاقة العائلية بعد تشخيص اضطراب التوحد

س1: كيف هي علاقتك مع طفلك.

س2: كيف هي علاقة الطفل بإخوته.

س3: كيف كانت ردة فعل الأقارب على إصابة ابنك بالتوحد.

س4: هل تغيرت علاقتك بعائلتك بعد إصابة ابنك باضطراب التوحد.

المحور الرابع: النظرة المستقبلية للأولياء

س1: كيف ستكونحياتك مع ابنك في المستقبل .

س2: هل لديك أمل أنه سيشفى .

س3: كيف تتعامل(ي) مع وضعية ابنك في المستقبل.

الملحق رقم (3): تطبيق مقياس الصلابة النفسية

بعد الالتزام		بعد التحكم		بعد التحدي	
رقم البند	إجابة المفحوص	رقم البند	إجابة المفحوص	رقم البند	إجابة المفحوص
1		2		3	
4		5		6	
7		8		9	
10		11		12	
13		14		15	
16		17		18	
19		20		21	
22		23		24	
25		26		27	
28		29		30	
31		32		33	
34		35		36	
37		38		39	
40		41		42	
43		44		45	
46				47	
مجموع بعد الالتزام		مجموع بعد التحكم		مجموع بعد التحدي	

