الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج
- البويرة -

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

جامعة البويرة

كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

فرع: علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:
أشروف كبير سليمة

إعداد الطلبة :
* بوكابوس خولة
* سلامي هاجر

السنة الجامعية: 2021 / 2020

كلمة شكر

نحمد الله ونشكره على نعمه التي لا تحصى فالحمد لله الذي قدرنا ووفقنا في هذا العمل المتواضع.

فإننا نشكر الله تعالى على فضله ونعمه فله الحمد أوله وأخره

ونتقدم بالشكر والامتنان الى الأستاذة المشرفة أشروف سليمة والتي لطالماأرشدتنا طيلة مدة انجاز هذا البحث والتي دفعتناإلىالأمام حتى نقدمالأحسن شكرا يا المحسن العون.

ثم نشكر أولئك الأخيار الذين مدو لنا يد المساعدة خلال هذه الفترة ، في مقدمتهم أساتذتنا الكرام الذين حرصوا على تلقيننا العلم والمعرفة ولم يدخروا جهدا في مساعدتنا فكانوا يقوون عزيمتنا فلهم كل تقدير ومنحهم الله الصحة والعافية .

ونتقدم بجزيل الشكر للوالدين الحبيبين الممتنين لهما بمساندتهما بحبهما وعطفهما لنا .

ونشكر بالأخص كل الأصدقاء والرفاق الذين ساهموا معنا من أجل هذا العمل وإلى كل عمال الجامعة وإلى طلبة علم النفس.

وفي الأخير نسئل الله العظيم رب العرش الكريم أن يرزقنا العلم النافع ...

إهداء

إلى الأم التي بحسن رعايتها و فيض حنانها سما حب الخير في قلبنا. و إلى الأب الذي وفرلنا احتياجاتنا مااستطاع ورعانا في طفولتنا و وضعنا على طريق التعلم و حببه لنا و أصبحنا بفضله نخوض الحياة عن علم .

وندعو الله لهما من كل خير وأن يجزيهما عنا خير الجزاء وأن يحفظهما لنا .

إلى كل الإخوة والأخوات .

إلى كل الخير ين الذين يسعون للإصلاح لتضاء لنا دروب العلم

إلى جميع زملائي

إلى الذين ذكرناهم و الذين لم نذكرهم

إلى من قاسمنا هذا العمل المتواضع

إلى كل الأستاذ ة الكرام

إلى كل هؤلاء نهدي ثمرة جهدنا المتواضع .

ísnajd.com

الفهرس

كلمة شكر

الإهداء

مقدمة ..... أ

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1 ـ إشكالية البحث 06

2 ـ فرضية البحث 06

3 ـ أسباب اختيار البحث 07

4 ـ أهمية البحث 07

5 ـأهداف البحث 07

6 ـ تحديد المفاهيم الأساسية 07

الجانب النظري

الفصل الثاني : تقدير الذات

تمهيد 11

1 ـ مفهوم الذات 12

2 ـ مفهوم تقدير الذات 12

3 ـ تقدير الذات و المفاهيم المرتبطة بها 15

3 ـ 1 ـ الفرق بين الذات ومفهوم الذات وتقدير الذات 15

3 ـ 2 ـ التمييز بين الأنا والذات 15

4 ـ الاتجاهات التي تناولت مفهوم تقدير الذات 16

4 ـ 1 ـ تقدير الذات بوصفه اتجاها 16

4 ـ 2 ـ تقدير الذات بوصفه حاجة 16

4 ـ 3 ـ تقدير الذات بوصفه حالة 16

4 - 4 ـ تقدير الذات بوصفه توقعا 17

4 - 5 ـ تقدير الذات بوصفه تقييما 17

5 ـ العوامل المؤثرة في تقدير الذات 17

5 - 1 ـ عوامل تتعلق بالفرد نفسه 17

5 - 2 ـ عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية 17

6 ـ نظريات تقدير الذات 18

6 - 1 ـ نظرية كوبر سميث 18

6 - 2 ـ نظرية روزنبرج 19

6 - 3 ـ نظرية ماسلو 19

6 - 4 ـ نظرية روجرز.....20

6 - 5 ـ نظرية زيلر (المجال الاجتماعي) 20

6 - 6 ـ نظرية مارك ليري (القياس الاجتماعي) 21

7 ـ مستويات تقدير الذات 21

7 - 1 ـ تقدير الذات المرتفع 21

7 - 2 ـ تقدير الذات المنخفض 21

8 ـ السمات العامة لتقدير الذات 21

8 - 1 ـ السمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفض 22

8 - 2 ـ السمات العامة لذوي التقدير الذات المرتفع 22

خلاصة الفصل 23

الفصل الثالث: التوحد

تمهيد 25

1 ـ الخلفية التاريخية للتوحد 26

2 ـ تعريف التوحد 29

3 ـ النظريات المفسرة للتوحد 31

3 - 1 ـ نظريات التحليل النفسي 31

3 - 2 ـ النظرية السيكوديناميكية 32

3 - 3 - النظرية النفسية المعرفية (نظرية العقل) 33

3 - 4 نظرية التعلم الاجتماعي 35

3 - 5 نظرية التكامل الحسي 35

4 - أسباب التوحد 35

5 - أنواع التوحد 37

6 - أعراض التوحد 38

7 - خصائص التوحد 38

8 - تشخيص التوحد وتقييمه 40

9 - التشخيص الفار قي للتوحد 43

10 - الطرق المتبعة في علاج أطفال التوحد 44

11 - الطرائق التدريبية التي تقدم لأطفال التوحد 48

خلاصة الفصل 50

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد 53

1 ـ الدراسة الاستطلاعية 54

2 ـ الدراسة الأساسية 54

2 ـ 1 منهج البحث 54

2 ـ 2 مجموعة البحث وشروط انتقائها 55

2 ـ 3 الأدوات المستخدمة في البحث 55

2 ـ 3 ـ 1 المقابلة النصف موجهة 55

2 ـ 3 ـ 2 مقياس تقدير الذات لكوبر سميث 57

الفصل الخامس : عرض النتائج ومناقشتها

1 ـ عرض الحالات وتحليلها 62

2 ـ تحليل عام للحالات ومناقشتها 62

3 ـ الاستنتاج العام 62

خلاصة البحث **63**

المراجع **65**

الملاحق **69**

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	قائمة درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد	42
02	مستويات تقدير الذات	58

قائمة الملاحق

01 ـ أسئلة محاور المقابلة العيادية النصف موجهة .

02 ـ مقياس تقدير الذات لكوبر سميث .

مقدمة

مقدمة :

تعيش الإنسانية اليوم عصر كثرت فيه الصعاب والأزمات النفسية وأصبحت الاضطرابات النفسية السمة البارزة عند المجتمعات المعاصرة والتي لها الأثر البالغ على صحة الأفراد وتوافقهم النفسي والاجتماعي.

فالحديث عن الأسرة وما يتخللها من اضطرابات وإعاقات تعتبرا معيارا أساسيا للخوض في دراستها و التغيرات المتعلقة بها .

ومن هذه التغيرات وجود فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة وهنا يقودنا السياق إلى الحديث عن اضطراب التوحد الذي يعد من الاضطرابات النمائية يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل .

فوجود طفل مصاب باضطراب التوحد له تأثير على الأسرة عامة وعلى الأم خاصة .

وهناك دراسات أثبتت أن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يؤثر على الوالدين ، ويجعلهم يمرون بضغوطات وانفعالات نفسية وعاطفية وهذا الذي أوضحه فداسي، فويل، مايرومثال ولعل أكثر هذه المواقف تأثيرا هو وجود طفل يعاني من التوحد في الأسرة، فغالبا ما تؤثر هذه الإعاقة سلبا على جميع أفراد الأسرة خاصة الأم التي قد يصيبها ذهول تام، وأزمة يصعب تجاوزها ، فقد كانت تطمح في إنجاب طفل سوي .

وخيبة الأمل هذه تجعلها تعيش حالة نفسية خاصة ومتأزمة كتأنيب الضمير والشعور بالذنب ونقص تقدير الذات مقارنة بالأم التي لديها طفل سليم .

وباعتبار هذا الاضطراب من أعقد وأخطر الاضطرابات التي تمس مختلف جوانب النمو لدى الطفل وهذا ما يجعله يحتاج إلى رعاية وتكفل مستمر من طرف الأم مما يزيد من مسؤوليتها وقد يجعلها عدوانية على نفسها وعلى أفراد الأسرة .

فعندما يولد الطفل بإعاقة وتأخر في النمو يؤدي إلى تغير مهم في حياة الوالدين الذين يتوجب عليهما أن يتعلما كيف يتكيفان مع هذا الطفل المريض وهما خائفان على صحته ومستقبله، فهذين الوالدين يعيشان قلق، ضيق، ضغط وانفعالات مختلفة.

لقد أظهرت الدراسات والأبحاث آن أمهات الأطفال المتوحدين يعشن في مستوى من القلق و الاكتئاب وهذه المشاعر التي تنتاب أم الطفل المتوحد هي التي تحدد نوعية أو مستوى تقديرها لذاتها .

هذا الأخير الذي يلعب دورا أساسيا في التوافق النفسي والاجتماعي ، وبالتالي جديرة بالدراسة المواضيع المتصلة بمفهوم تقدير الذات خصوصا إذا كانت الفئة المدروسة تعاني من مشاكل وضغوطات مزمنة مثلما هو الحال عند أسرة الطفل المصاب بالتوحد خصوصا الأم التي يقع على عاتقها الجزء الأكبر من مسؤولية رعاية ابنها وهذا ما يثير عندها أفكار تدور حول قدرتها أو عجزها حول رعاية ابنها ، وكذلك كثيرا ما يقع اللوم على الأم في حالة اضطراب الابن وكأنها المسؤولة عن هذا الاضطراب . وهذا كله يمكنه أن يؤثر على مستوى تقدير الذات لديها .

ومنه جاءت دراستنا التي تمثل هدفها في محاولة الكشف ما إذا كانت أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من سوء تقدير الذات ولتحقيق ذلك تم تقسيم دراستنا إلى ما يلي :

ـ الفصل الأول : الإطار العام للدراسة والذي يضم الإشكالية ، الفرضية ، أهمية الدراسة والهدف منها ، تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة .
ـ الجانب النظري الذي يضم ما يلي :

الفصل الثاني تمحور حول تقدير الذات ثم التطرق فيه إلى مفهوم الذات وكذلك إعطاء مفهوم تقدير الذات وبعض المفاهيم المرتبطة بها وكذلك الاتجاهات التي تناولت مفهوم تقدير الذات وتطرقنا في هذا الفصل أيضا إلى العوامل المؤثرة في تقدير الذات وكذا نظريات تقدير الذات ، مستويات تقدير الذات واختتمنا هذا الفصل بالتطرق إلى السمات العامة لتقدير الذات .

الفصل الثالث التوحد حيث ضم هذا الفصل تعريف التوحد والخلفية التاريخية للتوحد والنظريات المفسرة له وأسبابه وأنواع التوحد ، خصائص التوحد وكذلك تشخيص التوحد وتقييمه والتشخيص الفارقي له وكذلك عرجنا الطرائق المتبعة في علاج أطفال التوحد ، الطرق التدريبية التي تقدم لأطفال التوحد ، الخلاصة .

أما الجانب التطبيقي والذي يضم ما يلي :
الفصل الرابع : يتمثل في إجراءات الدراسة الميدانية حيث تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية ، منهج البحث مجموعة البحث مع ذكر شروط انتقاءها إضافة إلى ذلك أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث .

ـ الفصل الخامس : تم الاكتفاء بعرض طريقة عرض النتائج ومناقشتها ، وذلك نظرا للظروف الصحية جراء فيروس كورونا التي حالت دون إتمام الدراسة الميدانية .

ثم تأتي الخاتمة ، وتم تخصيص ما تبقى من هذا البحث إلى المراجع وكذا الملاحق حيث عرضنا فيها كل من دليل المقابلة النصف موجهة و مقياس تقدير الذات لكوبر سميث .

الفصل الأول :

الإطار العام للدراسة .

1) إشكالية البحث.

2) فرضية البحث.

3) أسباب اختيارموضوع البحث.

4) أهمية البحث.

5) أهداف البحث.

6) تحديد المفاهيم الأساسية.

1) الإشكالية:

يعد ميلاد طفل جديد في الأسرة حدثا سعيدا للأسرة ككل وخاصة الأب والأم ، حيث يتطلعون بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر، ويستعدون لاستقباله ، كما يكون هناك اهتمام كبير لقدومه خاصة اهتمام الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها ويظهر ذلك في أدائها الحذر لمهامها الوظيفية في البيت ومراجعتها المستمرة للطبيب المختص ، حيث تعتبر عملية الحمل عند الأم وإنجاب طفل من أهم الأحداث التي تمر بها ، إذ

ينظر الكثير من الآباء إلى الطفل على أنه امتداد للذات ، أو النفس كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة الموجودة ويوثق العلاقة بين الزوج والزوجة .

ينتظر الوالدين قدوم طفلهم سليما ومعافا ويحلمان بشكله ويخططان لمستقبله وما المهنة التي سيعمل بها ويهتمان بتفصيلات دقيقة تتعلق بهيئته ولباسه وسلوكاته ، فميلاد الطفل بصحة جسمية وعقلية ونفسية تكون لوالديه بمثابة نعمة كبيرة تجسد تحققا لتوقعاتهما ، هذه الخواطر تنشأ عفويا في حالة مجيء طفل سليم ومعافى .

ولكن تختل صورة " الوليد المثالي " عندما يولد الطفل مصاب بإعاقة سواء كانت عقلية ، نفسية ، أو جسدية إذ يذكرJardam عام (1991) " أن هناك توقعات يحتفظ بها الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة فإذا ما وقع عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة للآباء " .

فالأم بصفة خاصة ترى أن الطفل المنتظر سيكون كاملا وغير ناقص ومزود بجميع المواهب وتأتي الفكرة)،لهذا المؤلمة بأن سيكون أحمق أو معتوها أو معاقا (h deutch 2008 p 237فان ميلاد طفل ذي إعاقة في الأسرة يمثل صدمة شديدة لأعضاء النسق الأسري خاصة الأم والتي تتفاجئ بولادة طفل غير عادي وغالبا ما يثير هذا الاكتئاب ومشاعر يمتزج فيها الخوف بالأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج، فالشعور بالصدمة ليس متساويا، بين الآباء بل يتراوح في شدته من فرد لأخر ، وبين أسرة وأخرى وكذلك بين إعاقة وأخرى وقد يؤثر في ذلك أيضا السن التي يتم اكتشاف إعاقة الطفل فاكتشاف الأم لهذا الحدث وأهميته في حياتها وما يتسم من صعوبة في تقبل الأمر بالنظر لحجم هذه المهمة وتعقيدها لأنه ليس من السهل التعامل مع طفل غير عادي ، بالنظر على أن الأم هي أكثر من يحتك بالطفل .فهي تجد الكثير من الصعوبات سواء كانت الإعاقة جسدية كالإعاقة الحركية أو الحسية كالإعاقة البصرية أو السمعية أو اضطرابا نمائيا كالتوحد .

يعتبرالتوحد من ابرز الاضطرابات تعقيدا كونه يتسم بالوحدة و الانغلاق على الذات ويمتد تأثيره ليشمل جوانب عديدة منها المعرفية ، الاجتماعية ، اللغوية وكذلك الجانب الانفعالي ، يلاحظ في الطفل التوحدي إفراط في الانطواء

و الانعزال ويعاني ضعف في العلاقات مع الآخرين و التقوقع داخل الذات وعدم الارتباط بالأخريين حتى اقرب الناس إليه .

كم يعتبر التوحد أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك لولديه والعائلة .

كما يرى (Macheith)أن الوالدين يواجهان نحو طفلهما التوحدي ردود أفعال بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أوالرفض المطلق له ، وردود أفعال تتعلق بعدم الكفاءة في تكرار وإعادة الإنجاب أو عدم الكفاءة في التربية والتنشئة وردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة من الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب والشعور بالذنب وبالحرج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن المجتمع وأفراد المجتمع سينظرون لهم نظرة خاصة .

كما ترى سوسن الجبلي (2015) أن ولادة طفل توحدي في الأسرة سيكون له الدور الكبير على إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل وخاصة الأم .

إذ تشير الدراسات التي اهتمت بالحالة النفسية لام الطفل المتوحد ان أمهات الأطفال المتوحدين يعانين من مستوى عالي من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العادين (الزاريقات،2004)

بلاضافة إلى ماتعانيه هاته الأمهات من مشاعر مؤلمة لدرجة انهن يمرون بمرحلة إنكار الذات وعدم التصديق و الحزن وقد يولد لدى الأم شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة ويسيطر عليها الشعور بالإحباط

و الاضطهاد نظرا لما يميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال ،فهو يعاني من قصور في السلوك

و محدودية في المعارف تجعله غير قادر على تحقيق توقعات والديه بالإضافة إلى متغيرات نفسية أخرى لها علاقة بتقدير الذات و طبقا لهذا فان مفهوم تقدير الذات يعتبر مؤشرا للصحة النفسية حيث يرى الباحث "زيلر"ان تقدير الذات يقع كوسط بين الذات والفرد و الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه ، وهو بذلك يعمل على)المحافظة على الذات من خلال تلك الأحداث السلبية والايجابية التي يتعرض لها84,95 Ziller 1966 P

وبناء على ذلك قد تنشأ عنهما نوعان لتقدير الذات نتيجة لهذا التفاعل، تقدير الذات مرتفع وتقدير الذات منخفض وتختلف تبعا لتلك المشاعر التي تنشأ عنهما ومن هنا نطرح التساؤل التالي :

هل تعاني أم الطفل المصاب بالتوحد من مستوى منخفض لتقدير الذات ؟

2) الفرضية :

تعاني أم الطفل المصاب بالتوحد من مستوى منخفض لتقدير الذات .

3) أسباب اختيار موضوع البحث:

ـ يعتبر موضوع تقدير الذات من المواضيع المتداولة في بحوث علم النفس ، فقد أولينا اهتمامنا لدراسة موضوع تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين نظرا لنقص الدراسات التي تعالج تقدير الذات في شخصية الأم والذي ينعكس ذلك من خلال سلوكاتها ، علاقاتها وصحتها النفسية ويساعد على معرفة أفضل الطرق للتكفل بها .

ـ الانتشار المتزايد لاضطراب التوحد .

ـ الرغبة الذاتية في دراسة هذا الموضوع .

4) أهمية البحث:

ـ نحاول من خلال هذه الدراسة أن نقدم معلومات عن تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وما يشعرون به من أحاسيس وألام نفسية والتي تؤدي إذا لم يتم التكفل النفسي والاجتماعي بها إلى ازدياد هذه المشاعر السلبية وعدم تقبل أبنائهم المتوحدون، وربما فشل الحياة الزوجية.

ـ لأن تقدير الذات هو المحرك الأساسي فيعد من أحد الأبعاد الهامة للشخصية وهو من أهم المفاهيم المتعلقة بها ، فلا يمكن أن نحقق فهما واضحا للشخصية أو السلوك الإنساني بشكل عام دون التطرق لمفهوم تقدير الذات .

5) أهداف البحث :

الهدف الرئيسي لبحثنا هو الكشف عما إذا تعاني أم الطفل المصاب بالتوحد من مستوى منخفض لتقدير الذات .

6) تحديد المفاهيم الأساسية :

6 - 1 ـ تقدير الذات : هو مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به ، ومن هنا فان تقدير الذات يعطي تجهيزا عقليا يعد الشخص للاستجابة طبقا لتوقعات النجاح والقبول وقوة الشخصية وبالتالي فهو حكم الشخص اتجاه نفسه وقد يكون هذا الحكم والتقدير بالموافقة والرفض .

إجرائيا :

هي الدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب بالتوحد على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث ، ويحكم على تقدير الذات بأنه منخفض إذا تحصل الفرد على درجة 20 - 40 ويكون مرتفع اذا تحصل على نتيجة 60 - 80 درجة .

6 - 2 - التوحد:

يتميز التوحد بالعجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل عبر سياقات متعددة فضلا عن أنماط السلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة المقيدة المتكررة وتتواجد حالات العجز هذه في مرحلة الطفولة المبكرة وتؤدي الى ضعف وظيفي مهم .

6 - 3 - أم الطفل المصاب بالتوحد :

هي أم طفل مشخص بأنه مصاب بطيف التوحد مسجل على مستوى مركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد ، وهي غير مصابة بأي مرض خطير .

الجـــانب

النظـــــــــري

الجانب النظري

الفصل الثاني : تقدير الذات

تمهيد.

1 ـ مفهوم الذات .

2 ـ مفهوم تقدير الذات .

3 ـ تقدير الذات والمفاهيم المرتبطة بها .

4 ـ الاتجاهات التي تناولت مفهوم تقدير الذات .

5 ـ العوامل المؤثرة في تقدير الذات .

6 ـ نظريات تقدير الذات .

7 ـ مستويات تقدير الذات .

8 ـ السمات العامة لتقدير الذات .

خلاصة الفصل .

تمهيد:

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديرها من الموضوعات التي مازالت تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، فالفرد يعيش في ظروف مليئة بمتغيرات لها تأثير مباشرة عليه فتزيد من معدلات الضغط والمرض النفسي والجسمي لتحول دون توافق الفرد السليم فتؤثر تأثيرا جوهريا على شخصيته مما يؤدي إلى خلل في أحد الأجهزة المهمة في الشخصية ولعل منها تقدير الذات ، بحيث يعتبر تقدير الذات من المفاهيم المتعلقة بشخصية الإنسان وقد كتب الكثير عن أهمية تقدير الذات فيعد أحد الأبعاد الهامة للشخصية فلا يمكن أن نحقق فهما واضحا للشخصية أو السلوك الإنساني بشكل عام دون أن تشمل مفهوم الذات .

فمفهوم تقدير الذات يمثل ظاهرة سلوكية يفترض أنها قابلة للقياس ، وبالتالي فانه يمكن معالجتها وتناولها بطريقة علمية فتقدير الذات والشعور بها من أهم الخبرات السيكولوجية للإنسان

فإذا نظرنا إلى مفهوم الذات باعتباره مفهوما سيكولوجيا نجد أنه يتضمن العديد من أساليب السلوك فضلا عن ارتباطه بمتغيرات متباينة منها : الاعتماد على الذات ، مشاعر الثقة بالنفس ، إحساس المرء بكفاءته ، تقبل الخبرات الجيدة ، فاعلية الاتصال الاجتماعي البعد عن السلوك العدواني.

1 ـ مفهوم الذات :

ظهرت فكرة الذات بشكل جديد في مجال علم النفس على يد الباحث وليام جيمس" إنها مجموع ما يمتلكه الإنسان أو ما يستطيع أن يقول انه له ، جسمه ، سماته ، قدراته ، ممتلكاته المادية ، أسرته ، أصدقاؤه أعداؤه ومهنته " . (صلاح الدين العمرية ، 2004 ، ص 199)

بمعنى أن الذات حسب هذا العالم هي المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد ان يعتبره له ، كما يشير يوسف قطامي عبد الرحمان عدس إلى مفهوم الذات بأنه " مجموعة من الشعور والعمليات التأملية التي يستدل عنها بواسطة سلوك ملحوظ أو ظاهرة ، أو الوسيلة المثالية لفهم السلوك ، يمكن التعرف إليه من خلال الإطار الداخلي للفرد نفسه " . (يوسف قطامي عبد الرحمان عدس ، 2002 ص 377)

ويعرف علي عسكر مفهوم الذات على أنه : " الصورة الكلية للأفكار والمشاعر التي يحملها الفرد عن نفسه ، وهذه الصورة تتكون من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الاجتماعي، بدءا بالجماعة الأولية المتمثلة بالأسرة مرورا بالمعارف و الأصدقاء ، وانتهاء بالأشخاص المهمين في حياة الفرد " .

(علي عسكر ، 2005 ، ص 47)

ويرى كارل روجرز أن تعريف الذات يتحدد في أنه : تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية و التصورات و التقييمات الخاصة بالذات ، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته ، و يتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية او الخارجية .

(حسن شحاتة ، 2008 ، ص 25)

في الأخير يمكن تعريف الذات على أنها : " هي إحساس الفرد بوجوده و قدرته على الشعور بما يملك " .

2 ـ مفهوم تقدير الذات :

إن كل فرد ينظر إلى نفسه بطريقة ما، فالبعض يرون أنفسهم أقل من الآخرين وبالتالي ينعكس ذلك على سلوكهم فنجدهم لايتصرفون بحماس و إقبال نحو غيرهم من الناس والبعض الأخر يقدرون أنفسهم حق قدرها وبالتالي ينعكس ذلك أيضا على سلوكهم فنجدهم يتصرفون أفضل مع غيرهم وتوجد تعريفات عديدة لتقدير الذات .

فنجد كامل (1993) يعرف تقدير الذات بأنه نظرة الفرد واتجاهه نحو ذاته ومدى تقدير هذه الذات من الجوانب المختلفة كالدور والمركز الأسري و المهني ، وبقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع . (كامل 1993 ، ص 239)

ويعرف روجرز (1969) تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد نحو ذاته والتي لها مكون سلوكي وأخر انفعالي .

ويشير كوبر سميث (1967) إلى تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه ويتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الايجابية أو السلبية نحو ذاته ، كما يوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر وهام وناجح وكف ء أي أن تقدير الذات هو حكم الفرد نحو نفسه ومعتقداته عنها ، وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة .

(الدريني وسلامة 1983 ، ص 484).

ويعرف كاتل (1965) تقدير الذات بأنه حكم شخصي يقع على بعد أو متصل يتراوح ما بين الايجابية و السلبية .

ويذهب فهمي (1979) إلى أن تقدير الذات عبارة عن مدرك أو اتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه وعن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال وتصرفات ويتكون هذا المدرك في إطار حاجات الطفولة وخاصة الحاجة إلى الاستقلال والحرية والتفوق والنجاح.

(فهمي 1979 ، ص 81)

وأشار كوهن (1959) إلى تقدير الذات على أنه درجة التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية .

(ابراهيم وسيد سليمان 1997 ص 192)

وعرف روزنبرج (1965) تقدير الذات بأنه " التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته ، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض " .

(عبد الرحمان 1998 ، ص 100)

ويوضح روزنبرج أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد يحترم نفسه ، ويعتبر انه ذا جدارة ، ولا يعتبر نفسه بالضرورة أفضل من الآخرين ولا أقل منهم .

(ROSENBERG 1965 P 56)

وعرف زيلر (1973) تقدير الذات بأنه : " مجموعة المدركات التي يملكها الفرد عن قيمته الذاتية وهذه المدركات مرتبطة ومتأثرة بمدركات وردود أفعال الأشخاص الآخرين الذين لهم مكانة معينة لدى الفرد ويتطور تقدير الذات عن طريق عملية مقارنة اجتماعية تخص سلوك و مهارات الذات ومهارات الآخرين " .

(ziller , 1973 p 5)

وذكر" ديمو" أن تقدير الذات يشير إلى وجود مشاعر ايجابية نحو الذات والشعور بالنجاح وقبول الذات ، وأن الذات مقبولة من الآخرين . (عن المعايطة 2007 ص 83)

وأشار جيرارد إلى تقدير الذات على أنه نظرة الفرد إلى نفسه ، بمعنى أن ، ينظر الفرد الى ذاته نظرة تتضمن الثقة بالنفس بدرجة كافية ، كما تتضمن إحساس الفرد بكفاءته وجدارته ، واستعداده لتقبل الخبرات الجديدة. (عن الشناوي وآخرين ، 2001 ص 126)

وعرف سيد سليمان (1992) تقدير الذات بأنه : " التقييم الذي يقوم به الفرد نحو ذاته فضلا عن كونه تقييم سلوكي لمدى تقدير الفرد للفكرة والتصور الذي كونه عن ذاته ، حيث هذا التقدير يعكس شعوره بالجدارة والكفاية . (عن حميري ، 2012 ص 16)

وذكر اشرف احمد عبد القادر(1998) أن تقدير الذات يعبر عن اعتزاز الأفراد بأنفسهم وثقتهم بها ويرتبط بقدراتهم و استعداداتهم وانجازاتهم العلمية و العلمية ، بحيث يجعلهم يتميزون بالكفاءة والثقة في مدركاتهم و أحكامهم والاعتزاز بردود أفعالهم واستجاباتهم .

(عن عبد العال 2010 ص 125)

وأوضحت مريم سليم (2003) بأن تقدير الذات هو مجموع المشاعر و القناعات التي يكونها الفرد عن ذاته وان تقدير الذات يبنى على ما يعتقده الفرد وما يشعر به إزاء صورته لنفسه .

(سليم 2003 ص 07)

مما سبق يتضح أن تقدير الذات هو الفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية الآخرين وتقييمهم له ، وان كل التعريفات السابقة تؤكد الدور الاجتماعي أو دور الآخرين والتفاعل معهم في تقدير الفرد لذاته ، وهذا يوضح أهمية التفاعل مع الآخرين في تكوين تقدير الذات لدى الفرد .

3 ـ تقدير الذات والمفاهيم المرتبطة بها :

3 ـ 1 ـ الفرق بين الذات ومفهوم الذات وتقدير الذات :

ويفرق " هامانشيك " بين ثلاثة مصطلحات أساسية هي الذات ومفهوم الذات وتقدير الذات حيث يرى أن كلا منها جزءا من شخصية الفرد الكلية ، فالذات هي ذلك الجانب الذي نعيه عن أنفسنا في المستوى الشعوري ، أما مفهوم الذات فانه يشير إلى تلك المجموعة الخاصة من الأفكار ،و الاتجاهات التي تتكون لدينا حول وعينا لأنفسنا في أي لحظة من الزمن ، أو هو ذلك البناء المعرفي المنظم الذي ينشأ من خبرتنا بأنفسنا ، ومن الوعي بأنفسنا تنمو أفكارنا أو مفاهيمنا عن نوع الشخص الذي نجده في أنفسنا من الذات فمفهوم الذات بهذا المعنى يمثل الجانب المعرفي من الذات ومن ناحية أخرى فان تقدير الذات يمثل الجانب الوجداني أي أننا بالإضافة إلى ما نكونه من أفكار حول من نكون (مفهوم الذات) فانه تتكون لدينا كذلك مشاعر معينة حول من نكون (تقدير الذات) ، ومن هنا فان تقديرنا للذات يشير إلى درجة إعجابنا بأنفسنا ، أو إعطائها قيمة وأهمية ومن هذه الجوانب الثلاثة مجتمعة (الذات ومفهوم الذات وتقدير الذات) ينتج ما يطلق عليه الشخصية .

(الشناوي ، و الفقي 1995 ص 332)

3 ـ 2 ـ التمييز بين الأنا والذات :

لقد اختلف الباحثون في التمييز بين مصطلحي الأنا و الذات فنجد البعض منهم يستعمل الاثنين معا دون التفريق بينهما فحسب معجم مصطلحات التحليل النفسي فنجد أن:

الأنا : ركن يميزه فرويد في النظرية الثانية حول الجهاز النفسي عن الهو و الأنا الأعلى ويخضع الأنا لمطالب الهو ولأوامر الأنا الأعلى ولمتطلبات الواقع في أن واحد .

(مصطفى الحجازي 1985 ، ص 103)

كذلك نجد أن الأنا هي مجموع الوظائف النفسية التي تتحكم في السلوك و التكيف كوظائف التفكير والتذكير و الإدراك .

الذات : بينما هي إحساس الفرد بكيانه وبوجوده وبعمله ، وهي تتكون من مجموع ادراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها ، فالفرد اعتبر مصدر الخبرة والسلوك .

(لويس كامل ، محمد عماد الدين اسماعيل ، عطية محمود 1959 ص 105)

4 ـ الاتجاهات التي تناولت مفهوم تقدير الذات :

4 ـ 1 ـ تقدير الذات بوصفه اتجاها :

إذ يصف كلا من ماريا ، وهارينش تقدير الذات بأنه شعور الفرد بالايجابية عن نفسه متمثلة في الكفاءة والقوة والإعجاب بالذات واستحقاق الحب .

4 ـ 2 ـ تقدير الذات بوصفه حاجة :

قام ماسلو بتصنيف حاجات التقدير إلى اتجاهين مهمين :

ـ حاجات التقدير التي تتضمن الرغبة القوية في الانجاز ، والكفاءة ، والثقة بالنفس .

ـ حاجات تشترك مع التصنيف الأول ، ولكنها تتضمن الرغبة في الحصول على الهيبة اوللاعجاب إذ أن الناس لديهم احتياج حقيقي للتقدير من خلال الآخرين .

4 ـ 3 ـ تقدير الذات بوصفه حالة :

تقدم كرستين وآخرون تعريفا لتقدير الذات يتضمن نظرة الشخص الشاملة لذاته أو لنفسه ، والتقدير يتضمن التقييم ، والحكم على معرفة الذات التي تتضمن الإيجاب أو السلب ، فالتقدير الايجابي يرتبط بالصحة النفسية و التوافق ، والتقدير السلبي يرتبط بالاكتئاب .

4 - 4 - تقدير الذات بوصفه توقعا :

إذ يرى أصحاب هذا الاتجاه أن مردودات التغذية المرتجعة السلبية او الايجابية تؤثر في تقدير الذات ، ويربط أدلر بين الإحساس بالفشل ، وتقدير الذات وهو ما أسماه الإحساس بالفشل وتقدير الذات أسماه عقدة النقص هذا على عكس ماتصوره ألبورت ، وهو القوة و المثابرة أما رولوماي فيؤكد ان تقدير الذات مرتبط بالكينونة (تكون أو لا تكون) فالوعي بالذات احتياج ، ومطلب رئيسي للأفراد حتى يعي بنفسه ، وكونه وقبول ما هو مقبول ومستحسن .

4 - 5 - تقدير الذات بوصفه تقييما :

تتمثل في إصدار الحكم ، وأيضا أحكام الآخرين لمعاني الذات المتمثلة في الذات الجسمية ، وهوية الذات وتصور الذات ، ومجموع تلك القيم المدركة يمكن أن يعبر عنها من خلال المظاهر السلوكية للفرد أثناء المحادثة . (أبو هويشل 2013 ، ص 46)

5 - العوامل المؤثرة في تقدير الذات :

وهناك نوعان من العوامل المؤدية إلى تكوين تقدير الذات مرتفع أو منخفض :

5 - 1 - عوامل تتعلق بالفرد نفسه:

فلقد ثبت أن درجة تقدير الذات لدى الطفل تتحدد بقدر خلوه من القلق او عدم الاستقرار النفسي بمعنى أنه إذا كان الفرد متمتعا بصحة نفسية جيدة ، ساعد ذلك على نموه نموا طبيعيا ويكون تقديره لذاته مرتفعا اما اذا كان الفرد من النوع القلق غير مستقر فان فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتالي ينخفض تقديره لذاته .

5 - 2 - عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية :

وهي متصلة بظروف التنشئة الاجتماعية والظروف التي تربى ونشأ فيها الفرد وكذلك التربية ومنها :

- هل يسمح له بالمشاركة في أمور العائلة ؟
- هل يقرر لنفسه ما يريد ؟
- ما نوع العقاب الذي يفرض عليه ؟
- نظرة الأسرة لأصدقاء الفرد (محبة ام عداوة) .

وخلاصة القول أنه بقدر ما تكون الإجابة على هذه الأسئلة موضوعية ايجابية بقدر ما تؤدي الى درجة عالية من تقدير الذات (فهمي والقطان ، 1979 ص 78)

ويذهب عبد الفتاح (1987) إلى أن العوامل التي تؤثر في تقدير الفرد لذاته كثيرة منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته و الفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية و بالأفراد الذين يتعامل معهم فإذا كانت البيئة تهيئ للفرد المجال والانطلاق والإنتاج والإبداع فان تقديره لذاته يزداد ، أما إذا كانت البيئة محبطة وتضع العوائق أمام الفرد بحيث لا يستطيع أن يستغل قدراته واستعداداته ولا يستطيع تحقيق طموحاته فان تقدير الفرد لذاته ينخفض ، كذلك فان نمو تقدير الذات لا يتأثر بالعوامل البيئية و الموقفية فحسب ولكنه يتأثر بعوامل دائمة مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسمات شخصيته والمرحلة العمرية و التعليمية التي يمر بها (عبد الفتاح ، 1987 ص 21)

ويذكر ماضي (1993) بعض العوامل المؤثرة في تقدير الذات منها :

ـ مقدار الاحترام والتقبل و المعاملة التي تتسم بالاهتمام التي يحصل عليها الفرد من قبل الأخريين الهامين في حياته.

ـ تاريخ نجاح الفرد و المناصب التي تمثلها في العالم ، يقاس النجاح بالناحية المادية و مؤشرات التقبل الاجتماعي .

ـ مدى تحقيق طموحات الفرد في الجوانب التي يعتبرها هامة ، مع العلم بأن النجاح و النفوذ لا يدرك مباشرة ولكنه يدرك من خلال مصفاة في ضوء الأهداف الخاصة و القيم الشخصية.

ـ كيفية تفاعل الفرد مع المواقف التي يتعرض فيها للتقليل من قيمته، فبعض الأشخاص قد يخفون ويحورون و يكبتون تماما أي تصرفات تشير إلى التقليل من قيمتهم من قبل الأخريين أو نتيجة فشلهم السابق ، حيث تخفف القدرة على الدفاع عن تقدير الذات من شعور الفرد بالقلق وتساعده في الحفاظ على توازنه الشخصي . (الماضي ، 1993 ص 62)

6 ـ نظريات تقدير الذات :

6 ـ 1 ـ نظرية كوبر سميث :

ذهب كوبر سميث إلى أن مفهوم تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب وأنها ظاهرة أكثر تعقيدا لأنها تتضمن كل من عمليات تقييم الذات ، كما تتضمن ردود الفعل أو الاستجابات الدافعية ، وإذا كان

تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقيمية نحو الذات فان هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة ، فتقدير الذات عند كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق ، ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين :

التعبير الذاتي: وهو إدراك الفرد ذاته ووصفه لها .

التعبير السلوكي : ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية ولقد ركز على الخصائص العملية التي تصبح من خلالها مختلف جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات ، وقد افترض في سبيل ذلك أربع متغيرات كمحددات لتقدير الذات وهي : النجاحات والقيم و الطموحات و الدفاعات . (سليمان 1999، ص 96)

6 - 2 - نظرية روزنبرج :

تدور أعماله حول محاولته دراسة وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته ، وذلك من خلال المعايير السائدة في المجتمع المحيط به ، وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم ، وأوضح أنه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني ان الفرد يحترم ذاته ويقيمها بشكل مرتفع بينما تقدير الذات المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها ، واعتبر أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه وطرح فكرة أن الفرد يكون اتجاها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات ويكون الفرد نحوها اتجاها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته يختلف عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى .

(سليمان ، 1992)

6 - 3 - نظرية ماسلو :

يرى ماسلو في هرمه المدرج أن هناك مجموعة من الحاجات منها حاجات تقدير الذات و قسمها الى:

- حاجة المرء إلى تقدير ذاته بمعنى الرغبة في القوة و الانجاز و الكفاية .
- حاجة المرء إلى تقدير الأخريين له بمعنى الرغبة في السمعة الحسنة ، المكانة و الاعتراف او التقدير من جانب الأخريين ، ويرى ماسلو أن المجموعة الأولى من الرغبات تتخلص جميعها في حاجة المرء لتقدير ذاته والثقة بالنفس في حين تتمثل المجموعة الثانية في حاجة المرء لتقدير الأخريين له أو الشهرة دون إتاحة الفرصة لإشباع هذه الحاجات أو تحقيقها يمكن أن يشعر بالنقص أو الدونية ولإشباع هذه الحاجات يتجه سلوك

الفرد نحو مقابلة متطلبات ذلك الغير فيبذل ما يمكن من جهد في القيام بما يتوقع انه عمل له قيمته الاجتماعية و الايجابية بالنسبة لهؤلاء الأخريين ، ويؤدي إشباع هذه الحاجة إلى الشعور بالثقة بالنفس ، والقوة ، والنضج بالنسبة للمجتمع في حين يؤدي عدم إشباعها إلى الشعور بالنقص و العجز وتثبيط العزيمة .
(خير الله 1979)

6 - 4 - نظرية روجرز :

وتقوم نظرية روجرز على النظرة لطبيعة الإنسان ، تلك النظرة التي تفرض وجود قوة دافعة لدى الإنسان وهي النزعة إلى تحقيق الذات ، الذي ينظم السلوك الإنساني ، وأن مفهوم الذات يتأثر بخبرات الفرد وقيم الآباء وأهدافهم، وفكرة المرء عن نفسه متعلمة، وهي ارتقائية منذ الميلاد وتتمايز بالتدريج خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة وهناك ثلاث مصادر لتكوين صورة الفرد عن نفسه :

- قيم الآباء و أهدافهم والتصورات التي يواجهها الفرد للمجتمع المحيط
- خبرات الفرد المباشرة
- التصورات التي تكون الصورة المثالية التي يرغب أن يكون عليها

ويقوم مفهوم الذات لدى الفرد بوظائف مختلفة :

أ - وظيفة دفاعية: هي التي تحفز المرء على السلوك لتحقيق الأهداف

ب - وظيفة تكاملية : تؤدي الى تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه وهو يرى أن الفرد اذا أدرك نفسه على أن يتصرف في مختلف المواقف بما يتلائم مع صورته عن نفسه ، يشعر بالتهديد و الخوف .

ولما كان الفرد حاجة ملحة لكي يظهر أمام الأخريين على انه قوي وقادر على حل مشكلاته والاعتماد على ذاته فان على المرشد النفسي ان يستثمر هذه الحاجة ويعتمد على تكتيكات و أساليب تساعده على تحقيق هذه الحاجة والعمل بطريقة ايجابية سوية .

6 - 5 - نظرية زيلر (المجال الاجتماعي) :

يعتبر زيلر تقدير الذات ماهو إلا البناء الاجتماعي للذات وهو مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية، وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى فهو يفترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحضي بدرجة عالية من تقدير

الذات ، وهذا يساعدها أن تؤدي وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي .

(سليمان ، 1999)

6 - 6 ـ نظرية مارك ليري (القياس الاجتماعي) :

حسب هذه النظرية يعد الذات قياسا نفسيا يراقب نوعية علاقات الفرد بالأخريين ، وتقوم النظرية على أساس أن الناس يمتلكون دافعا سائدا نحو تعزيز العلاقات البينشخصية المهمة ، وأن نظام تقدير الذات يراقب جودة العلاقات بين الأشخاص وأفعال الفرد ان تقدير الذات الواطئ لدى الفرد يكون مقترن بحالات الفشل في انجاز المهمات او للاعتقاد أو الرفض من الأخريين ويرتفع تقدير الذات عندما ينجح الفرد في انجاز المهمات .

(الجيزاني 2012)

7 ـ مستويات تقدير الذات : لقد حددها كوبر سميث إلى :

7 - 1 ـ تقدير الذات المرتفع :

يعتبر الأشخاص أنفسهم هامين ويستحقون الاحترام والاعتبار والتقدير ، ويكون لديهم فكرة كافية لما يضنونه صحيحا ودائما يتمتعون بالتحدي ولا يخافون أو يبتعدون عن الشدائد .

7 - 2 ـ تقدير الذات المنخفض :

يعتبر الأشخاص أنفسهم غير هامين جدا وغير محبوبين ، وهم غير قادرين على فعل الأشياء التي يودون فعلها كما يفعل الآخرون ، وهنا يعتبرون أن ما يكون لدى الآخرين أفضل مما لديهم من إمكانيات وقدرات واستعدادات وكفاءات.

8 ـ السمات العامة لتقدير الذات :

8 - 1 - السمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفض :

احتقار الذات ، الشعور بالذنب دائما حتى ولم يكن علاقة بالخطأ ، الاعتذار المستمر عن كل شيء ، الاعتقاد بعدم الاستحقاق لهذه المكانة أو العمل حتى وان كان الآخرون يرون ذلك ، عدم الشعور بالكفاءة في الأدوار و الوظائف ، الميل إلى سحب أو تعديل رأيهم خوفا من سخرية ورفض الآخرين ، الشعور بالغربة عن العالم التشاؤم ، الانكماش .

8 - 2 - السمات العامة لذوي التقدير المرتفع :

سرعة الاندماج في أي مكان كانوا ، الكفاية الذاتية ، الشعور بالقيمة الذاتية على مواجهة التحدي ، القدرة على السيطرة على أنفسهم والتحكم في حياتهم ، أكثر إنتاجية ، السعادة والرضا بحياتهم ، التفاؤل الواقعية.

خلاصة الفصل :

إن شعور الفرد بوجوده وكيانه يلعب دورا هاما في تأكيد ذاته وتحقيقها، فيعمل الفرد على إيجاد الوسائل والحلول لتحقيق أكبر قدر من الرضا عن نفسه.

فالفرد يشعر بأن ذاته هي نتيجة وعيه بنفيه كموضوع منفصل في البيئة، ويستدل عنهما بواسطة سلوك ملحوظ ، وهنا يكون مفهومه لذاته بمثابة تقييمه لنفسه ككل من حيث مظهره وخلقته وكذلك قدراته ووسائله وإجازاته ، يمر الفرد بعدة مراحل لتكوين مفهومه عن ذاته التي يدخل فيها عدة مفاهيم من تصور الذات ، وتأكيدها ، تقييم الذات وتقديرها وقد تطرق العديد من الباحثين إلى دراسة مفهوم الذات من المدرسة التحليلية إلى السلوكية فالمعرفية و الظواهرية ، وكل منها أعطى مفهومه الخاص للذات وادراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها ، إن تقدير الذات مرتبط بشكل وثيق بمستوى التطلعات ومدى صعوبة الأهداف التي رسمها الفرد لذاته ، وعندما لا تنطبق مطالب الشخص مع قدراته الفعلية يؤدي هذا إلى تقدير منخفض للذات ، ويترتب عليه سلوك غير مناسب يتصف بالقلق المتزايد والإحباط ، الخجل وكثرة الحساسية.

الفصل الثالث : التوحد

تمهيد .

1 ـ الخلفية التاريخية للتوحد .

2 ـ تعريف التوحد.

3 ـ النظريات المفسرة للتوحد.

4 ـ أسباب التوحد.

5 ـ أنواع التوحد.

6 ـ أعراض التوحد.

7 ـ خصائص التوحد.

8 ـ تشخيص التوحد وتقييمه.

9 ـ التشخيص الفارقي للتوحد.

10 ـ الطرق المتبعة في علاج أطفال التوحد.

11 ـ الطرائق التدريبية التي تقدم لأطفال التوحد.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

يعتبر التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة الخطيرة والتي يتم الكشف عنه في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، والذي يظهر فيه الأطفال الانغلاق الكلي على الذات والانعزال عن المجتمع، وهو أحد الاضطرابات مجهولة الأسباب فرغم كل البحوث التي أجريت عليه إلا أنه لم يتم التوصل إلى السبب الرئيسي ورائه، كما أنه لا يتوقف تأثير هذا الاضطراب على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم لعدم قدرتها على التواصل مع طفلها والارتباط به كباقي الأطفال .

1 ـ الخلفية التاريخية للتوحد وتطوره :

يعتبر ليوكانر Leo kanner أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة ، وقد كان ذلك عام 1943 م ،حدث ذلك حيث كان كانر يفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مضفين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كسلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر، حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، والتفكير بالاجترار الذي تحكمه الذات وحاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية، بل عن كل ماحولهم من ظواهر وإحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويه أو أخواته فهم دائمو الانطواء و العزلة، لايتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام وبحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال حتى المختلفين عقليا عنهم.ومنذ عام 1943م استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة على سبيل المثال فضام الطفولة المبكرة واجترارية المبكرة، ذهان الطفولة ،النمو الغير السوي ،نمو "انا"غير سوي.

ومن الناحية التاريخية استخدام مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام ، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة وفي ذلك الوقت كان يستخدم مصطلح التوحد كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصاميين . ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب التوحد بأكمله .

وعلى الرغم من أن "كانر" قام برصد قيم لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها من غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينات فان الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح " الأوتيزم " أو " التوحد " أو " الاجترار " في اللغة العربية ، لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت الدليل الإحصائي DSM 2تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي ، وذلك وفق ما ورد في) لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثاني (

ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام 1980 م حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة (DSM 3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام والتوحد ، حيث أكدت أن التوحد ليس بمجرد حالة مبكرة من الفصام ، وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة من الانطواء والاكتفاء على الذات والانعزالية ولكن الواقع أن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما ذلك أن حالات التوحد تخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الضلالات . (عبد الرحمان سليمان ،200 ، ص 08 - 09)

وفي عام 1975 م عندما روجع تعريف الولايات المتحدة الأمريكية عن الإعاقات النمائية ، فان التوحد ضم إلى تلك الإعاقات .

وفي عام 1980 عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى فان التوحد أخرج من تصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة وقد حدث هذا التغير بسبب الخلط القديم بين التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية .

(عبد الرحمان ، سليمان ، 2000 ، ص 10)

1 - 2 - التطور التاريخي لدراسة التوحد :

يمكن تتبع التطور التاريخي للتوحد على النحو التالي :

1 - 2 - 1 فترة الخمسينات والستينات :

كان التركيز في ذلك الفترة المبكرة من عمر التوحد على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على أنه متلازمة محددة إلا أن الملحوظ بأن التركيز في هذه المرحلة لم يكن على كيفية مقارنته بغيره من الاضطرابات وفي تلك المرحلة توصلت البحوث إلى أن هناك ثلاث مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين والتي اشتملت على الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية ، وتأخر واضطراب لغوي وسلوكيات استحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي . وفي هذه المرحلة كان هناك العديد من الدلائل والمعالم المهمة ، منها على سبيل المثال وحسب ما أشارت إليه دراسات المستوى الرئيسي للقدرة على المقاسة والمستوى العام من الكفاءة اللغوية والطبيعة المميزة للقدرات التي أشار اليها التقييم النفسي أما بالنسبة الى علاقات المهارات اللفظية والتسلسلية ، والتي أدت هي الأخرى إلى استنتاج أن العيب الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها ، بل في عناصرمحددة منها : كالتجديد والفهم السريع وإجراء التدخل فقد كان ضعيفا .

ولا شك أن مثل هذه النتائج أدت إلى التحول مع مرور الوقت من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية ، ومن ذلك على سبيل المثال : استخدام مبادئ التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الأطفال التوحديين والمعالم المهمة في هذه المرحلة أيضا ، إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برامج علاجية تشجع وتسهل النمو الاجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف .

(عبد الرحمان سيد سليمان ، 2000 ، ص 21)

1 - 2 - 2 - مرحلة السبعينات وبداية الثمانينات :

ما يميز هذه الفترة هو وجود معلمين رئيسيين هما :

1 ـ الممارسة الإكلينيكية والبحوث والتي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر أدوات التقييم من المقابلة الشخصية للتوحد وغيرها .

2 ـ التعرف على مدى أنواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها حيث ظهر الاهتمام بتميز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة ، في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجها نحو العيوب العامة ، في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجها نحو العيوب السلوكية وإمكانية ارتباطها ببعض أشكال أمراض الدماغ المكتسبة وما يميز هذه المرحلة أيضا أن الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماما ملحوظا فيها ، بحيث تم استنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطرابي نمائي للغة الاستقبالية ، إنما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة والأمر الآخر الذي شهدته هذه المرحلة هو اهتماما بالمشكلات الطبية للتوحد وهذا ما يتضح من ظهور العديد من الأبحاث والدراسات التي رأت أن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة أما أكثر ما يميز هذه المرحلة فهو البحث في الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد .

وشهد عقد الثمانينات من القرن الماضي اقتراحات مفادها أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في القدرات ، الأمر الذي أدى إلى التعاطف معهم ، والشعور بأن العيوب الاجتماعية والانفعالية هي الأساس ومن ثم ، تركز الاهتمام في القدرة على إدراك أدلة والمشاعر أو وجهات نظر الأخريين وأن المشكلة هي الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية ومهارات تواصلية . ونتيجة لذلك فقد ركز الاهتمام بالاستراتيجيات السلوكية والتربوية ، وخلصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدما أفضل في الأوضاع المنظمة ، اظافة إلى ذلك فقد توجه الاهتمام أيضا في هذه المرحلة إلى تعليم مهارات مجددة ، في حين مازال الاهتمام ببحث عن القصور

أو ضعف التعميم من المرافق التعليمية في المدارس وغيرها إلى مواقف أخرى ومع هذا الاهتمام تأسست برامج تهتم بتحليل سلوك الطفل جنينا مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية الاجتماعية للأطفال التوحديين برنامج تيش وبرامج العلاج المستندة إلى المنزل (عبد الرحمان سيد سليمان ، 2000 ، ص22)

1 ـ 2 ـ 3 ـ أواخر الثمانينات وبداية التسعينيات :

في هذه الفترة ظهر الاهتمام بدراسة العوامل الجينية و أثرها في التوحد ، فالدراسات في البلدان الاسكندينافية وبريطانيا أظهرت أدلة تشير إلى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح ، ومازالت الغالبية العظمى من إخوة الأطفال التوحديين ممن ليس لديهم توحد ، وكم يشير (الزريقات 21)

يظهر عكس الملحوظات التي تقوم باشتراك جينات عديدة .

كما ظهرت في هذه المرحلة عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد والشذوذ الطبي المحددة ، كما أظهر الربط

بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى الواسع للاصا بات خلال مرحلة قبل الولادة وما بعدها الا أن العلاقة ظلت غير واضحة ، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية وارتباطها بالملاحظة ، كما شهدت هذه المرحلة اهتماما بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم .

1 - 2 - 4 - أواخر التسعينات :

شهدت هذه الفترة من القرن الماضي تطورا للنتائج الجينية كما أظهرت اهتماما بالتشابهات بين التوحد و الأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جدا ، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى .

كما امتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد بالاضافة إلى التغيرات الكبيرة في الأساليب العلاجية ، وتوجيه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغيرات ايجابية كما تم الحديث أيضا في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى فوائد وإحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين (عبد الرحمان سيد سليمان 2000 ، ص 23 ، 24)

1 - تعريف اضطراب طيف التوحد :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية النظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن بينها ما يلي :

1-1- لغة :

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية ، حيث تنقسم هذه الكلمة إلى قسمين Autos بمعنى النفس أو الذات و ism بمعنى الحالة غير السوية أو الانغلاق ، وبهذا يعني المصطلح أن المصابين بالتوحد يحملون نفسا غير سوية ، الانغلاق على الذات (فاروق الشربيني ، 2011 ، ص 26)

كما حدد مصطلح التوحد Autistic في معجم علم النفس بأنه المتجه نحو الذات .

(تركي جمال ، 2004)

1 - 2 - اصطلاحا :

عرفه كانرKannerأنه أولائك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر التالية :

- صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين .
- انخفاض في مستوى الذكاء .
- العزلة والانسحاب الشديد مع المجتمع .

ـ الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل .

ـ الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية .

ـ اضطرابات في المظاهر الحسية .

ـ اضطرابات في اللغة او فقدان القدرة على الكلام او امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية .

ـ ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية .

ـ الاضطراب الشديد للسلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب (سوست شاكر مجيد ، 2010ص23-24).

أما كل من " dunlap " و"Koegenl " :

فقد عرفا التوحد بأنه أولائك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة وتظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك غير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات الآتية :

ـ الافتقار إلى اللغة المناسبة .

ـ الافتقار إلى السلوك الاجتماعي الملائم .

ـ العجز الشديد في الحواس .

ـ اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي .

ـ أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر.

ـ انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء (سوسن شاكر مجيد ،2010 ،24ص -25)

كما عرفته الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين :

National social for Autistics children

على انه عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا ، ويتضمن الاضطرابات التالية :

ـ اضطرابات في السرعة أو تتابع النمو .

ـ اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات .

ـ اضطرابات في القلق أو الانتماء للناس والأحداث .

ـ اضطرابات في الكلام و اللغة والمعرفة (حي خولة ،2000ص28)

بينما تعرف الجمعية الأمريكية للطيف النفسي (American psychiatrie association)

التوحد بأنه حالة تفشي إعاقة في النمو تتسم بضعف شديد في العديد من المجلات النمو في ذالك تنمية المهارات التفاعلية الاجتماعية ، ومهارات الاتصال مع وجود أنماط مقيدة ، ومتكررة ونمطية من السلوك

والاهتمامات و الأولويات و الأنشطة .

(American psychiatric association , 2000 , p 10)

كم يعرفه ريشارد ومانيو "Richard , Matthew " : بأنه اضطراب ارتقائي عام يتميز بقصور التفاعل الاجتماعي ، وقصور التواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات ، أنماط شاذة من السلوك والأنشطة وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر وقد استخدمت الدراسة الحالية مصطلحي التوحديين والذاواتيين وهما بمعنى واحد (Richard , matthew , 2000 p 23)

3 ـ النظريات المفسرة للتوحد :

3 ـ 1 ـ نظريات التحليل النفسي :

فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثريين بنظرية التحليل النفسي " لفرويد " التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة للطفل خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده ،

وفسر العالم النفسي برونوبيتلهيم "Bruno Bettelhun " أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة .

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد أنها ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة والى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية يسهم في حدوث الاضطراب .

ويؤكد ذلك " ليوكانر" إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج الأنا وهذا يحدث في الحالتين التاليتين :

ـ نتيجة نمو " الأنا " بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل .

ـ نتيجة المناخ النفسي للشيء الذي يعيش فيه الطفل .

كما وجد أن أباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسين والذكاء والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي الانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسري عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستشارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة ، ومن هنا يظهر الأساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل (الأنا) في تكوين إدراكه للأم الذي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي ، فالطفل ألتوحدي لم تسن له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص أخر منفصل عنه وتأكد ذلك دراسة

" O . Gorman " أوجورمان بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد الأسباب لإعاقة التوحد ، فالطفل الذي يعاني من التوحد يعاني من هجر الأم له أو طول فترة غيابها ، وقد ترجع الإعاقة إلى عدم قبول كل من الأم والطفل لإقامة علاقة عاطفية بينهما .

ومن الدراسات التي تؤكد دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة ميريلاكياراند على أن العوامل النفسية تساهم في أبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرز هذا احتياج الطفل لبيئة أمنة ومريحة يستطيع فيها أن يقود تجربة اجتماعية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية ، ويشبعون
احتياجاته ، كما يساعدونه على اتساع أفقه ويخلقون له العفاف ليتحرك بحرية .

(لمياء عبد الحميد بيومي ، 2008 ، ص 30)

ويرى " عمر الخطاب خليل " أن أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون على الخبرات الأولى في حياة الطفل لما لها من تأثير على مراحل نموه وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد تكون الأسباب القوية للاضطرابات خاصة الانفعالية مما يؤدي إلى انسحابه وعزلته داخل أساوره الذاتية .

وعلى الجانب الأخر رفض البعض هذه الآراء وذهب والى أن التوحد عامل مستقل عن الآباء ولا يرتبط بوجود الأم أو غيابها ، وأن خبرات الطفل خلال مراحل حياته لا تسبب المرض وأن ليس كل أباء الأطفال المصابين بالتوحد تنقصهم القدرة على حب أطفالهم .

وتتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومنهم دراسة " عمر بن الخطاب خليل (1994) حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا يوجد فروق دالة إحصائيات بين شخصيات أباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على اختبار " ايزيك " للشخصية ، وأيضا أكدت دراسة

أكدت دراسة " ديمير و مكادو " Demeyes , Mcado " على أن شخصية أباء الأطفال التو حديين لا تختلف عن شخصية وسمات أباء الأطفال المضطربين باضطرابات أخرى ، وأن أمهات الأطفال التو حديين لديهم نفس المشكلات النفسية .

وهكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت على عدم وجود ميل يسمح للوالدين بأن يعتقدون بأنهم تسببوا في إصابة طفلهم بالتوحد (لمياء عبد الحميد بيومي، 2008 ص 33)

3 - 2 - النظرية السيكودينامكية :

1 - تركز هذه النظرية على وضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي وتؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عنه إصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظرية المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة وبالذات معاملة الأم .

2 - قد تستعمل الأم طفلها لملئ فراغها وتعتبره شيئا تمتلكه وموجود لها لا لنفسه

3 - رابطة التعلق بين الأطفال التو حديين ووالديهم تكون معطلة أو معوقة .

4 - خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدا عنهما وانطوائه على نفسه .

5 ـ تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة .

6 ـ تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته ، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله .

ولقد أسهم عمل الطبيب النفسي " ليوكانر " مكتشف إعاقة التوحد في دعم الموقف أن التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية ، منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم ، وأن الأطفال التوحيديين كانوا معرضين منذ البداية للبرود الأبوي و الاستحواذي ونوع ألي من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط .

ومن المؤكد أن قول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه معاملة الوالدين للطفل وخاصة الأم،هو قول عار عن الصحة تماما وليست له علاقة بالتوحد

(أسامة فاروق مصطفى، كامل الشربيني2011 ص57)

3 _3 النظرية النفسية المعرفية (نظرية العقل):

تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة وهذه النظرية هي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد وظهور مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة "ولمان1992 " لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه ، وتقول أن الطفل التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حلتهم العقلية، في حين نجد الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص وإحساس خاص يستعطون من خلاله قراءة أفكار الآخرين وبالتالي فالأطفال التوحد يون يعجزون عن التمييز بين ماهو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين .

وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادر على عزوا فهم الحالة العقلية للشخص الأخر لكي يمكنه فهم التنبؤ بسلوك ذلك الشخص ،ويمكن رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي و الاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز عملية الفهم .

ويمكن توضيح تطور نظرية العقل في الأطفال الأسوياء والذين يتقدمون سرية ،ويبدون الرغبة في التفاعل مع الأفراد الآخرين فهو ولاء يشتركون اجتماعيا بطريقة أولية في غضون عشرة شهور من العمل ،كما ان الاهتمام المشترك هو مفتاح لمهارة أساسية في نمو نظرية العقل ، ويبدأ بزوغه من 9_12 شهرا من العمر ويستمر نمو المهارات لدى الطفل في المرحلة مابين السنة الأولى و السنة الثانية عندما يحفز الطفل من خلال المشاركة في اللعب التخيلي ، وفي التواصل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين .

ويظهر الطفل في عامه الثالث اهتماما مكثفا في اللعب التظاهري و لادعائي ، وهذا يدل ضمنا على أن الأطفال في هذا المدى العمري لديهم القدرة على تشكيل أو صياغة ما وراء التمثيليات للأحداث. والى تمثيل خطوة هامة

في نمو هذه النظرية ويبدي الأطفال مقدرة متزايدة على التنظيم الانفعالي في المرحلة مابين السنة الأولى والسنة الثانية من اكتساب أنماط اللغة ، والقدرة على تفهم مشاعر الناس الآخرين ورغباتهم وهذا يمكنهم من فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم وادراكاتهم ، وفي عمر الرابعة يتمكن الطفل الناهي من فهم أن لدى الآخرين معتقداتهم وأفكارهم ولى تحدد سلوكيا تهم ،(أسامة فاروق مصطفى ، كامل الشر بيني 2021ص57- 59)

ولا ريب في أن الطفل الذي ينمو في بيئة اجتماعية ثرية سوف تكون له قدرة اكبر على فهم معتقدات وأفكار الآخرين مقارنة بالطفل الذي نشأ في بيئة فقيرة للمثيرات أو تكون اقل ثراء ، كما أن الفرو قات الثقافية من الممكن إن تؤدي إلى فورقات مهمة في كيف يفهم الطفل الحالات العقلية المحددة .

كم ان نمو النظرية يمكن رؤيتها في إطار المحاكاة والتقليد ،ويمكن إبراز أهمية اللعب ألادعائي باعتباره احد العوامل الهامة في هذا الإطار وان البيئة تترك أثار واضحة من حيث الفرص المتاحة للعب ألادعائي .

وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة " بارون كوهين 1985" والتي جربت على 20 طفلا توحدينا في مهمة المعتقد الخاطئ إلى فشل 80 من الأطفال التوحديين في الأداء التواصلي والاجتماعي المنخفض الذي يفسر العجز في نظرية العقل لدى التوحديين وان لديهم قصورا كبيرا في نمو نظرية العقل ، كما أن لا يصلون إلى نفس المستوى الذي يحققه أقرانهم الأسوياء ، والأطفال التوحديين لديهم عجز واضح في الاهتمام المشترك مع الأشخاص الآخرين ، ويبدون صعوبات بالغة في مواقف المحادثة والمبادأة بالحديث إلى الآخرين ، والانهماك في محادثات تبادلية والاستمرار في المحادثة .

ويتطلب التواصل الفعال في الحساب ما يعرفه المتحدث عن المستمع والتي تشمل المعرفة والمشاعر والحالات العقلية الأخرى .

فالطفل التوحدي الذي لديه تمثيل ذهني عن تناول الشخص للمثلجات من الممكن لديه صعوبة في استنتاج شيء مثل هذا . وهذا العجز على تشكيل ما وراء التمثيليات يشير إلى خلل في المقدرة على فهم الأفكار والمعتقدات لنفسه وللآخرين ، وفي الغالب تعزى إلى نوع من عمى العقل .

(أسامة فاروق مصطفى ، كامل الشر بيني ،2011ص57 -59)

إن العجز الاجتماعي عند الأطفال التوحديين ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية ، وبالتالي فان العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل ، ويعتقد أكثر الباحثين إن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوالدين والقدرة على تفسير المثيرات ، والتعامل مع العالم المحيط .

3- 4 ـ نظرية التعلم الاجتماعي:

ترى نظرية التعلم الاجتماعي إن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي ، والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي نوعية إطار تشكيل التمثيليات الذاتية الأخرى وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة في حياته يؤثر سلبا على قدرته على النمو الاجتماعي .

وفي الحلات الشديدة يعاق التواصل الاجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق وعلى هذا فان الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء .

والقصور في الفرد على المشاركة في التبادلات اجتماعية مثل سلوك التحية أو الفشل في تكوين علاقات الإقران السوية وتطوير السلوك الاجتماعي السري في مرحلة الطفولة والاستمرار في العلاقات الاجتماعية غير السوية في الحياة ، والقصور في بناء علاقات اجتماعية والمعرفة المكتسبة والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد .

3 ـ 5- نظرية التكامل الحسي :

إعداد فيشر ونوراي1991 Fisher-murray ،والتي تبنى على فهم علاقات السلوك والمخ وتحاول هذه النظرية تفسير الأداء الحسي العادي وعمليات اختلال التكامل الحسي ، وإرشادات فنية للتدخل وأساس التكامل الحسي والتدخلات العلاجية الحسية الأخرى نبعت من خلال العلوم العصبية ،ولهذا فان المعرفة العصبية تتمدد وتتسع ،وهذه النظرية تبنى على أن الخبرات يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ والأداء

ومن الممكن إن تكون تكييفا أو لا تكيفي (أسامة فاروق مصطفى كامل الشر بيني 2011،ص 61) على الرغم من ان النظريات المفسرة للتوحد مفيدة بصورة عامة ،إلا أنها لا تقدم وصفا دقيقا لخبرة وتجربة التوحد الحقيقية (التوحد كما تعيشه الحالة المصابة).

وهنا فان تسير التجارب الشخصية التي يعيشها الأفراد ذوي اضطراب التوحد أو تلك التي تكتب عنهم تزودنا بنافذة فريدة لتجربة التوحد كما تتجسد في الحياة الفعلية لشخص المصاب به .

4 ـ أسباب طيف التوحد :

منذ أن انتبه العلماء لأعراض التي سموها فيما بعد باضطراب التوحد ،مازالت الأسباب غير معروفة بصورة دقيقة ، وذالك لعدم وجود عرض معين ،وإنما مجموعة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوعية من طفل لأخر حيث هناك فرضيات متعددة بحثت في أسباب التوحد ولكن سرعان ما تنهار أمام الفرضيات الجدد.

4 - 1 الفرضية النفسية :

منذ القدم كان الولدين يتهمون ببرودة عواطفهم تجاه الابن والتي تسبب الإصابة بالتوحد وخصوصا الأم مما أطلق عليها الأم الباردة ، ولكن لم تثبت تلك الفرضية حيث قام العلماء بنقل هؤلاء الأطفال المصابين إلى عوائل بديلة خالية من الأمراض النفسية (برودة العواطف وغيرها) ، لم يلاحظ أي تحسن على هؤلاء الأطفال
ويلاحظ أيضا أن الإصابة بهذا الاضطراب قد يبدأ أحيانا منذ الولادة لم يكن تعامل الوالدين واضحا في هذه الفترة .

4 - 2 الفرضية البيولوجية :

وهناك من يفسر التوحد نتيجة للعوامل البيولوجية وأسباب تبني منهج بسبب إن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية ، ولكن قد يكون هناك عدم قبول النظرية البيولوجية عندما لا يوجد سبب
طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يخوى لها السبب (الشامي وفاء ،2004ص128) .

4-3الفرضيات الوراثية و الجينية :

تفترض أن عنصر الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد وهذا يفسر إصابة أطفال التو حديين بالاضطراب نفسه كما يشير بعض الباحثين إلى خلل في الكروموزومات و الجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين تؤدي إلى الإصابة به .

4 - 4 - فرضيات الفيروسات والتطعيم :

اوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الالتهابات هي الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسية ويرى البعض إن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التو حدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على الفيروسات اللقاح ما يجعلها قادرة على أحداث تشوهات ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية .

4- 5- الفرضيات البيوكيميائية :

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السير ونين والدوباميين والبيبتدات العصبية) حيث أن الخلل البيوكميائي في هذه النواقل من شانه إن يؤدي إلى اثأر سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم .

4 - 6 - الفرضيات الايضية :

تشير هذه الفرضيات إلى عدم مقدرة الأطفال التحديين على هضم بروتينات وخصوصا بروتين الجولتين الموجود في القمح والشعير ومشتقاتهما، وكذالك الكازين الموجود في الحليب ،يؤدي إلى ظهور البيتيد الغير المهضوم والذي يصبح له تأثير تحذيري يشبه تأثير الأفيون والهروبيين . (حكيم رابية ابراهيم ،2000،ص148) .

4-7-فرضية التلوث البيئي :

يفترض بعض الباحثين أن تعرض الطفل في مراحل نمه الحرجة إلى التلوث البيئي وما يحدث من تلف دماغي وتسمم في الدم (الزئبق والمادة الحافظة للمطاط و الرصاص وأول أكسيد الكربون).(حكيم رابية إبراهيم ، 2000،ص 148).

هذه الفرضيات والنظريات تبقى كلها احتمالات ويبقى التوحد مرض غامض و مجهول السبب.

5 - أنواع طيف التوحد :

اقترحت ماري كوكمان ثلاثة تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التو حدية الكلاسيكية ، ويحدث تحسن لها ما بين الخامسة والسابعة ،ومتلازمة الطفولة الفوصامية بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى إلى انه يحدث تأخر لمدة شهر ،و المتلازمة التو حدية المعوقة عصبا ويظهر لدى المصاب بها مرض عضوي متضمنة اضطرابات أيضية ، ومتلازمات فيروسية و متلازمة الحرمان الحسي .

واقترح كل من سيفن sevin ، ماتسون matso ، كو coe ، وفي Fee ،تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي :

5 - 1 - المجموعة الشاذة :

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التو حدية و المستوى الأعلى من الذكاء

5 - 2 - المجموعة التو حدية البسيطة :

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية لأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا و التزاما باللغة الوظيفية، ويظهر أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية :

ـ استجابات اجتماعية محدودة وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي .

5 - 3 - المجموعة التو حدية الشديدة :

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية ، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ . (اسامة فاروق ،كمال الشربيني 2011،ص31 ،49،48).

6 - أعراض اضطراب طيف التوحد : لتوحد أعراض مختلفة سنذكرها فيما يلي :

6 - 1 - الأعراض السلوكية :

- صعوبة التآلف والتواصل مع الغير .
- التمسك والإصرار على أفكار معينة وصعوبة التعبير .
- الضحك والبكاء بصورة متكرر.
- عدم الإحساس بمصادر الخطر .
- الإفراط في النشاط البدني أو الخمول .
- اللعب المستمر بطريقة شاذة وغير مألوفة.
- عدم التفاعل الاجتماعي .

6 - 2 - الأعراض التواصلية:

- عدم تطور الكلام بشكل كلي .
- صعوبة في فهم المشاعر .
- عدم القدرة على تكوين صداقات والاحتفاظ بها .

7 - خصائص أطفال طيف التوحد :

- عندما يكون الطفل التوحدي رضيعا لا يستجيب للحمل والاحتضان.
- عندما يكون اكبر سنا يتجنب النظر في وجه إنسان أخر ، ويشعر عندما يمسك به إنسان وكأنه يمسك بقطعة أثاث .

7 - 1 - الخصائص السلوكية :

يتميز الطفل ألتوحدي بسلوك ضيق المدى وروتين جامد في الحيات اليومية إذ يتناول أطعمة محددة وملابس معينة وحتى الألعاب ، وأي تغير في البيئة التي يعيشها تعتبر مصدر إزعاج .

ونلاحظ بعض السلوكيات النمطية في هذه الفئة مثل الدوران حول الجسم ، لف الأشياء بشكل دائري ، الرفرف باليدين والاهتزاز ،المشي على الأصابع، وضع اليدين على العين ،هذا السلوك يهدف إلى التفادي الاتصال البصري .(ذوي الاحتياجات الخاصة ص325) .

7 - 2 - الخصائص الانفعالية :

هناك مجموعة من ردود العقل الانفعالية لدى الطفل المتوحد مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية والشعور بالذعر من الأشياء الغير الضارة أو مواقف معينة ،كما يتميز الطفل المتوحد بعدم قدرته على فهم مشاعر الأفراد فقد يضحك لوقوع شخص أمامه وقد يتعرض لنوبات بكاء وصراخ دون سبب واضح أي أن هناك تقلب مرة به حيث تغيب عن مظاهر الانفعال كالدهشة والحزن والفرح .

(مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ،2002 ص 49).

7 - 3 - الخصائص العقلية المعرفية :

يغلب على الأطفال التوحد انتقائية الانتباه فيما يتعلق بإحداث البيئة التي يعيشون فيها ، كما أن حواس الطفل العادي ، حيث قد يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة ، كما قد يبدى تجاهلا كاملا لشخص جيدا

أما بالنسبة لعامل الذكاء فقد أكدت الدراسات حوالي 40 بالمائة من (50 - 55 أي تخلف عقلي متوسط ، شديد عميق)و 30 بالمائة نسبة ذكائهم 70 أو أكثر . ولهذا أظهرت الدراسات الإكلينيكية و الوبائية أن الخطورة بالنسبة لاضطرابات التوحدية يزداد و يتناقص حسب نسبة الذكاء.

(سيكلوجية الطفل التوحدي ص 31-32)

7 - 4 - خصائص حركية :

بالنسبة للخصائص الحركية يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل نمو الطفل العادي من نفس سنه مع وجود بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية فهذه الفئة لهم طريقة خاصة في الوقوف حيث يقفون ورؤوسهم منحنية كما يتميزون بتكرار حركة واحدة مرات عدة ، كما قد يصل هؤلاء في بعض الأحيان الى إيذاء نفسهم وغيرهم حيث يظهر على هؤلاء نوبات الغضب دون أي سبب ظاهر ، كما يعاني الطفل التوحدي من مشكلة فرط النشاط قصر الانتباه وانعدام القدرة الكاملة على التركيز والأرق ومشكلات في التغذية .

7 - 5 - خصائص جسمية :

كثيرا ما يكون المظهر العام للطفل ألتوحدي مقبولا وأن لم يكن جذاب أما من حيث الطول فقد يبدو قصيرا مقارنة بالأطفال العاديين وذلك مابين عمر سنتين حتى سبع سنوات .

كما تجدهم يختلفون عن الطفل السليم في ثبات في استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى وليسرى مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر .

7 - 6 ـ الخصائص الاجتماعية :

ـ عدم التواصل البصري . ـ مشكلات في اللعب . ـ عدم القدرة على اللعب . ـ مقاومة التغيير . ـ مخاوف خاصة ـ عدم القدرة على ثبات العاطفة .

8ـ تشخيص التوحد وتقيمه :

كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب و التشخيص أو السبيل الذي يتمنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض (مصطفى ، الشر بيني ، 2011 ، ص 109) حيث ما يزال تشخيص اضطراب التوحد من اكبر مشكلات التي تواجه الباحثين و العاملين في مجال مشكلات الطفولة حيث يرجع السبب إلى مايلي :

ـ تشابه خصائص أو صفات مع اضطرابات أخرى .

ـ وجود إعاقات أو اضطرابات مصاحبة للتوحد .

ـ حداثة البحوث إلى حد ما في هذا المجال و خاصة الدول العربية .

نقص في تأطير المؤهلين في تشخيص هذا الاضطراب ولا يخفا ان الفريق الذي يتبنى عملية التقييم و التشخيص لا بد أن يكون متعدد التخصصات ،كما أشارت كل من (Tasi (2003 . (Stroch (2004 فان هذا الفريق يضم : طبيب نفسي ، طبيب الأطفال ، طبيب الأعصاب ، أخصائي نفسي وأرطفوني إضافة للوالدين (نايف الزراع ، 2010 ص 81)

ـ وهناك معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد (ASD) والتشخيص ذات الصلة من اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) كما تظهر في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) .

ـ معايير التشخيص :(DSM 5)

1 ـ عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة ، في الفترة الراهنة أو كم ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي :

ـ عجز في التعامل العاطفي بالمثل .

ـ العجز في سلوكيات التواصل غير اللفضية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي .

ـ العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها .

وتستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة .

2 ـ أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات ، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل ، في الفترة الراهنة :

ـ نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء .

ـ الإصرار على التشابه .

ـ اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز .

ـ فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو الاهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة .

3 ـ تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من النمو ولكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة .

4 ـ تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي ، أوفي غيرها من المناحي المهمة .

5 ـ لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل أن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد ، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام .

قائمة درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد :

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جدا	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي مسببا تدنيا شديد في الأداء ، مع بدء محدود جدا في التفاعل الاجتماعي ، مع أقل الاستجابات الغير ، مثلا شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادرا ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فانه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط والاستجابة لمقاربات الاجتماعية والمباشرة بشدة فقط .	انعدام المرونة في السلوك ، وصعوبة شديدة في التأقلم مع الغير ، وأن السلوكيات النمطية في جميع المناحي ، إحباط ، صعوبة كبيرة بتغيير التركيز والفعل .
المستوى 2 يحتاج لدعم كبير	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي ، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان ، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلالات الغير فمثلا شخص يتكلم جملا بسيطة وتفاعلاته محدودة ولديه تواصل غير لفظي غريب .	انعدام المرونة في السلوك وصعوبة التأقلم مع الغير ، أو أن السلوكيات النمطية ، المتكررة تظهر بتكرار كافي ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي وتتداخل بالأداء في العديد من السياقات ، إحباط صعوبة لتغير التركيز أو الفعل .
المستوى 1 يحتاج للدعم	دون الدعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا . صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير ناجحة أو غير المعتادة للاستهلالات الغير وقد يبدو الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية ، فمثلا شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة قد ينخرط باتصال لكنه سيفشل .	انعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الأداء في واحد أو أكثر من السياقات صعوبة التغيير بين الأنشطة ، مشاكل التنظيم والتخطيط تعرقل الاستقلالية

9 ـ التشخيص الفارقي لطيف التوحد :

تعتبر عملية التشخيص الفارقي بين إعاقة التوحد وغيرها من الإعاقات المتشابهة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا ويرجع السبب إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخرى من حالات التوحد من جهة ولأن بعض الأطفال حتى غير المعوقين منهم قد نجد في سلوكياتهم أو خصائص وسمات شخصيتهم بعض من سمات طفل التوحد في بعض الأحيان ولفترات محددة رغم أنها قطعا ليسو كذلك وأيظا تشابه بعض أعراض إعاقة التوحد مع بعض الإعاقات الأخرى في الطفولة وتكمن هذه الإعاقات فيما يلي :

9 ـ 1 ـ التخلف العقلي :

رغم تشابه معظم الأطفال التوحديين مع الأطفال المتخلفين عقليا في درجات الذكاء إلا أن المتخلفين عقليا اجتماعيون ولا يتصفون بالعزلة بينما الأطفال التوحديين انسحابيون ولا يميلون إلى التفاعل الاجتماعي كما أن الطفل التوحدي يظهر عليه التردد الفوري للكلام كما يسمعه من الآخرون بينما لا يظهر الطفل المتخلف عقليا ذلك كما أن الطفل المتخلف عقليا يحرز تقدما ملموسا في البرامج التدريبية بينما الطفل التوحدي يفتقد هذا .

9 ـ 2 ـ فصام الطفولة :

يتميز الطفل الفصامي بأعراض الهلوسة والهذاءات في حين لا تظهر هذه الأعراض على الطفل التوحدي كما يتميز الطفل التوحدي بترديد الكلام بينما الطفل الفصامي لا يظهر هذا الترديد .

9 ـ 3 ـ ذهان التكافل :

أهم ما يميز طفل ذهان التكافل هو التعلق الشديد بالأم في حين أن الطفل التوحدي لا يميل لتكوين أي علاقة مع أي شخص سواء الأم أو غيرها ، كما أن الترديد اللغوي الذي يتميز به الطفل التوحدي لا يظهر طفل ذهان التكافل .

9 ـ 4 ـ اضطراب ريت :

هذا الاضطراب ينتشر أكثر بين الفتيان بينما التوحد يصيب الأولاد والبنات كما أن اضطراب ريت يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين النمطية ، بينما لا يظهر ذلك لدى الطفل التوحدي .

9 ـ 5 ـ اضطراب اسبرجر :

هذا الاضطراب لا يظهر إلا في عمر المدرسة ، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة كما أن الطفل المصاب باضطراب اسبرجر كثير الكلام بحماس بينما الطفل التوحدي لا يريد الكلام ، وذلك لتجنب الاتصال بالآخرين ، كما أنه يظهر ترديد لما يقوله الأخريين .

9 - 6 - الصمم :

أهم ما يميز الطفل الأصم هو أن لديه عيوب عضوية في الجهاز السمعي بينما الطفل التوحدي ليس لديه أي عيوب عضوية في الجهاز السمعي فهو يسمع جيدا ولكنه في بعض الأحيان لا يريد أن يستجيب .

(ماجد السيد علي العمارة ، 2005 ، ص 79 - 78)

10 - الطرق المتبعة في علاج الأطفال المصابين بطيف التوحد :

هناك أساليب عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن أن نستخدم أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي كما يلي :

10 - التحليل النفسي :

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة في السبعينيات من هذا القرن وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مفاده أن الطفل التوحدي لم يستطيع تأويله بها ، غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض

هو أن العلاقة تحتاج الى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي ، وعلى أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

المرحلة الأولى :

يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج .

المرحلة الثانية :

يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع و الإرضاء .

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية .

(سوسن شاكر مجيد ، 2000 ، ص 120 - 129)

10 - 2 - العلاج السلوكي :

اقترح بعض الباحثين والمهتمين بهذا الاضطراب استخدام الأساليب العلاجية السلوكية (كطرائق لتعديل السلوك) في علاج إعاقة التوحد في البيت بواسطة الأباء أو في فصول لدراسة خاصة لعدم استطاعة الأطفال التوحديين البقاء في الفصول العادية بسبب سلوكهم الفوضوي وقصورهم في مجالات السلوك الذهني والاجتماعي هذا فضلا عن إقدام بعضهم على ايذاء نفسه بشكل ضار مثل ضرب رؤوسهم على الحائط أو عض أيديهم بشكل قاسي مع عدم استجابته للبيئة المحيطة .

يمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير ، ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي :

- مهارات تعلم اللغة والكلام ، السلوك الاجتماعي الملائم .
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية .
- اللعب بالألعاب الملائمة .
- المزاوجة والقراءة
- المهارات المعقدة غير اللفضية من خلال التقليد التام .

وتقوم فكرة تعديل السلوك التام على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير مناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل .

(سوسن شاكر مجيد ، 2010 ، ص 129 - 130)

وهناك خطوات يجب الاهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم وهذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

أولا : تحديد الهدف :

اذ لا بد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوين بشكل محدد واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشاركة الأخريين في اللعب أو النطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين .

أما الأهداف العامة مثل التعاون أو النظافة أو السلوكات الاجتماعية بشكل مطلق فإنها تشكل مجالات واسعة يصعب قياسها إذ لم يتم تحديدها في شكل وحدات سلوكية لا يمكن الاختلاف في فهمها أو تطبيقها .

ثانيا : سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل :

بعد أن يعمل المعالج السلوكي أو المعلم السلوكي أو المدرب أو ولي الأمر على جذب انتباه الطفل أولا فان عليه (أو على أي واحد منهم) استخدام تعليمات سهلة يفهمها الطفل وذلك في اللحظة المناسبة مع عدم توجيه

الحديث إليه في حالة عدم انتباههم ويتم توجيه التعليمات بشكل سهل ولا يحتمل ازدواج المعنى كما يجب أن لا يكون مطولا بحيث يؤدي إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا مثالا لما يجب أن يكون : ارفع يديك ، امسك القلم انظر للأعلى ، المس اللون الأحمر ..... وغيرها .

ثالثا : حث الطفل على الاستجابة :

عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة ، إذ قد لا يستجيب الطفل أحيانا لأن الإجابة ليست حاضرة لديه .

رابعا : يجب مراعاة عملية تشكيل السلوك بحيث يجب أن تتم هذه العملية عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعا إلى أن يتم تحقيق الهدف ، فان كان الهدف هو حث الطفل عل نطق كلمة ـ باب ـ مثلا وأن الطفل قام بنطق الحرف ـ ب ـ في المرة الأولى ثم نطق ـ با ـ في المرة الثانية فانه تتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في حينها ، أما إذا أتبع الطفل الخطوتين السابقتين ينطق المقطع كيف لا تتم مكافأة الخطوة الأخيرة .

خامسا : نوعية المكافأة :

ولاحظ من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فإذا نجح الطفل في نطق كلمة ـ باب ـ كما هو مطلوب في الخطوة السابقة فلا بد من مكافأة الطفل على ذلك وليس من الضروري أن تكون المكافأة المادية في شكل أطعمة أو حلوى أو مشروبات كما يحدث في بعض البرامج وإنما بالإمكان تقديم مكافآت معنوية مثل تقبيل الطفل أواحتضانه حيث تنجح المثيرات العضوية المتمثلة في التواصل الجسمي والمثيرات الانفعالية مثل إبداء السرور بالطفل وإشعاره بالحب والقرب منه في حث الطفل على تكرار السلوك المرغوب بنفس القوة التي تحدثها المثيرات العادية . (سوسن شاكر مجيد ، 2010 ، ص 129 - 130)

10 - 3 - العلاج التعليمي :

وهو بدون أي مبالغة لغة الطريق والأمل الوحيد أمام أطفال التوحد حتى الآن وخاصة كنتيجة للاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعداده وتدريبه وتنمية قدراته ومهارته في مجال التواصل اللغوي والغير اللفضي والنمو الاجتماعي والانفعالي ومعالجة السلوكات النمطية والشاذة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات والتدريب النفسي الحركي والمهني حتى حقق ألاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية وحيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكر في حياة الطفل .

(سوسن شاكر مجيد ، 2010 ، ص 130 - 135)

10 - 4 - العلاج بالعقاقير الطبية :

يجب أن نعلم أنه لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء ناجح لحالات التوحد ، ولكن هذه العقاقير تخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو يقلل من النشاط الزائد أو يخفض من حدة السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية .

مع الوضع في الاعتبارات أن لكل طفل تكوينه الفسيولوجي الذي يختلف عن الأخر وبالتالي تختلف استجابته .

10 - 5 - العلاج بالفن والموسيقى :

تعتبر الموسيقى الفن الوحيد الذي يمكن أن يحس ويشعر به الأطفال التوحيديون ، ولأنها تتضمن في حد ذاتها عاملا طبيعيا أشبه بالتيار الكهربائي من شأنه أن يؤثر على الأعصاب بغض النظر عن مستوى النمو و نسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل التوحيديين أو المختلفين عقليا يقبلون على الموسيقى أكثر من أي أنشطة أخرى فضلا عن أن الطفل التوحدي يميل إلى الموسيقى وينجذب البهاء .

(أسامة فاروق مصطفى ، 2011 ، ص 198 - 207).

10- 6 - العلاج بالاحتضان :

المعالجة بالاحتضان هي إحدى المعالجات الحسية وقد بدأت "مارثا ويليش "martha welch"الدكتورة النفسية المختصة بالأطفال استخدام المعالجة بالاحتضان كطريقة للعمل مع الأطفال التوحديين وفي أواخر سبعينيات القرن العشرين اكتسبت المعالجة بالاحتضان شعبية واسعة ، تستند هذه الطريقة على افتراض أن بعض الصدمات المبكرة كالميلاد المتعسر أو المرض قد تجعل الطفل منعزلا عن والديه وفي هذه الطريقة العلاجية يحاول الأم والأب أو غيرهما معالجة مثل هذه المشكلات والاتصال بالطفل من خلال حضنه لفترة زمنية ، وبممارسة لعب طفولي معه يجلس الطفل وجها لوجه مع الشخص البالغ ، ويتم ضمه لا سيما عندما يكون الطفل في حالة صراخ أو بكاء أو عندما يبدي شكلا أخر من أشكال التوتر ، ومن الإمساك بالطفل لا يتاح له أن يتجنب أمه أي أنه يجبر بهذه الطريقة على التفاعل ، ويدعي بعض المعالجين نجاحا عظيما لعلاج الإمساك بالطفل أو حمله والذي يعني الالتصاق بالطفل في عناق محبة حتى يستجيب بابتسامة أو بالتصاقه بالمعلم ، ولكن هذا قد يحتاج الى ساعات عديدة ، وقد يكون منهكا عاطفيا وجسديا ، ويجب أن يكون الإمساك بالطفل قويا ومحبا في الوقت نفسه ، ولو حاول الطفل جاهدا الآفلات منه ومن الأفضل أن تحاول الأم بهذه الطريقة أولا وإذا لم تستطع الأم أن تفعل ذلك أو أنها لم ترغب في ذلك ، بإمكان المعلم أن يحاول ويجب على

من يبادر بهذه الطريقة أن يكون قادرا على مواصلة العمل مع الطفل مادام الأمر ضروريا ربما لسنوات ،

لأن الطفل قد يتأذى من افتقاد شخص تعلم أن يقيم معه ارتباطا حميميا .

(أسامة فاروق مصطفى ، 2001 ، ص 211)

التوحد إعاقة مستمرة طوال حياة الطفل حيث لا يتوفر لها علاج على الرغم من التغيرات التي تطرأ على الطفل التوحدي ومن أهم الخطوات التي يجب اتخاذها في العلاج هي التدخل المبكر .

11 - الطرائق التدريبية التي تقدم لأطفال التوحد :

من أهم هذه الطرائق نجد مايلي :

11 - 1 - برنامج تيتش Teacch :

علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة :

طور الدكتور " ايريك شوبلر " برنامج تيتش عام (1972) في جامعة نورث كارولينا هيل في الولايات المتحدة الأمريكية ويعتبر برنامج " تيتش " أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية .

ويؤسس برنامج " تيتش " على فكرة أساسية وهي تعليم الأطفال التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تمكن من إدراكهم البصري ، وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم والتي هي فهم اللغة والبيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة .

وطور الدكتور " أبريك شوبلر " مفهوم التعليم المنظم حيث أكد على أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكون التعليم والتدريب في بيئات منظمة مليئة بمعينات ودلائل بصرية مثل التصور والكلمات المكتوبة بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة وتشير " وفاء الشامي "

(2004 ، ج 32 .3) الى أن منهج " تيتش " التربوي يركز على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات تتمكن من التكيف في المجتمع ، هذه بالاضافة إلى تعليم التعليم مهارات عمل جيدة والعمل باستقلالية ومهارات أكاديمية لمن يظهرون استعداد لتعلمها (وليد محمد على ، 2010 ، ص 12) .

بالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج Teacch في العالم إلا أنه مازال في حاجة في إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجري المؤسسات والمراكز مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى.

11 - 2 - طريقة فاست فورود Fast Forwad

وهي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد

وتم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة "Pauatallal "
على مدى ثلاثين سنة تقريبا وبينت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة وتقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويسمع للأصوات الصادرة من هذا اللعب وهذا البرنامج يركز على جانب واحد
هو جانب اللغة و الاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية (سوسن شاكر ، 2010، ص 137 - 138) لحد الآن لم تجرى بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التو حديين وان كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال . رغم اختلاف وتعدد الطرق التدريبية فانه ليس هناك طريقة معينة بذاتها تصلح لتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات وذلك بسبب طبيعة التوحد التي تختلف أعراضه من طفل لأخر .

12 - مستقبل (أمال) أطفال التوحد :

ان معظم الدراسات لأطفال التوحد كانت غامضة و وجد ان حوالي 75 بالمئة من الأطفال يعانون من صعوبات في التعلم مما يقلل من فرصة الحصول على العمل وان 35 بالمئة من الأطفال يعانون من الاكتئاب ويبدأ معهم من مرحلة الطفولة و ربما يؤدي مستقبلا إلى التأخر في الجانب الاجتماعي و الافتقار إلى مهارات التواصل و إن 5،17 من والصعوبة في العيش مع عالم الكبار وبينت دراسة 1978 roterأطفال التوحد بإمكانهم تدبير
حياتهم و التكيف مع الكبار أما 1973 Kar mer فأشار بشكل مفصل بعد دراسته تسعة من الأفراد التو حديين ان خمسة منهم قضوا حياتهم في داخل المؤسسات الابتدائية و أخر عانى من الصرع ثم توفى في وقت مبكرمن حياته و اثنان من الأفراد كانوا قد حصلوا على عمل ولكن تحت إشراف والديهم و الفرد قد التزم الصمت طيلة حياته و كقاعدة عامة فان أطفال التوحد ذوي معامل الذكاء (70) فأكثر و اللذين يستخدمون لغة التواصل قبل سن
(5-7)سنوات لديهم مال حسن وإشارات الدراسات التبعية للتوحد بين الكبار ثلثي البالغين يظلون معوقين ويعشون في اعتمادية أو شبه اعتمادية كاملة وان (21 بالمئة)منهم فقط يكتبون حالة السوء و الاستقلالية و يكتسون من وظيفة وان (5،20)يقعون في حالة العديد بين السواء و الإعاقة ويتحسن التنبؤ بها ، اذا تحسنت البيئة وظلت مساندة لهم .

(سوسن شاكر مجيد ،2010،ص 185 -186)

خلاصة الفصل :

يعتبر التوحد من اشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي كما انه غامض ولم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له ، حيث ان أسبابه قد تكون نفسية او وراثية او بيولوجية او كيميائية ، كما انه معقد كذالك من خلال الأعراض والتشخيص وكل حالة فريدة من نوعها بالرغم من اشتراكها في نفس الاضطراب لهذا وجب تضافر جهود كل المختصين من الأطباء ، ومربيين ونفسانيين وارطوفونيين لتعديل ولو نسبيا لسلوك الطفل التوحدي وهاذ بدعم وتفاعل الجو الأسري للنجاح في التكفل النفسي .

الجانب

التطبيقي

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1 ـ الدراسة الاستطلاعية

2 ـ الدراسة الأساسية

2 ـ 1 منهج البحث

2 ـ 2 مجموعة البحث وشروط انتقائها

2 ـ 3 الأدوات المستخدمة في البحث

2 ـ 3 ـ1 المقابلة العيادية النصف موجهة

2 ـ 3 ـ 2 مقياس تقدير الذات لكوبر سميث النموذج المصغر 25 عبارة

تمهيد :

يعتبر الجانب التطبيقي جانبا هاما وأساسيا في البحوث العلمية اذ أنه الوسيلة الوحيدة التي تمكن الباحث من التأكد من المعلومات النظرية واختبار تأثير المتغيرات المختلفة على الحالة المدروسة وبالتالي قبولها أو رفضها والاجابة على التساؤلات المطروحة في بداية البحث .

و الهدف منه أيضا هو عرض مختلف إجراءات الدراسة الميدانية التي اعتمدنا عليها لتحقيق أهداف البحث ، فبعد التطرق بإسهاب للجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية ، الفرضية ، الهدف والأهمية و تحديد المفاهيم ، بالإضافة إلى فصلي : تقدير الذات و التوحد سنتطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية والمتمثلة فيما يلي .

1- الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية اختبار أول للفروض ، حيث تعطينا النتائج الأولية ومؤشرات بمدى صلاحية هذه الفروض وما هي التعديلات الواجب إدخالها على الفروض وإذا كانت تحتاج إلى تعديلات وتمكن الباحث من إظهار مدى كفاءة إجراء البحث والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات،والهدف منها معرفة مدى مناسبة البيانات التي تحصل عليها للدراسة ، كما يتأكد من صلاحية المعلومات التي يستخدمها للدراسة

(رجاء محمد ابو بوعلام ،2006 ،ص 168).

ونحن بدورنا قمنا بالدراسة الاستطلاعية بما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة وصياغتها .

كما تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية استكشافية ، اذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضفي صفة الموضوعية على البحث (مصطفى العشوي ، 1994 ،ص135).

2 - الدراسة الأساسية :

2 - 1 - منهج البحث :

يعد المنهج العيادي احد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية ، ولقد اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا وموضوع الدراسة من جهة ، ولفردانية الحالات من جهة أخرى ، والمنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة

على إفراد (roland ,1983,p83)

ويعرف لا قاش " D . lagache " المنهج العيادي على أنه :

تناول السيرة من منظورها الخاص ، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذالك التعرف على بنيتها وتركيبها كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها .

(chaharoui et benony ,2000,p47)

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص .

فدراسة الحالة ، حسب مصطفى عبد المعطي ، هي نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية وحدة اجتماعية ما ، فغن طريق استخدام عدد من أدوات البحث وبالاطلاع على الخبرات الماضية للحالة وعلاقتها للبيئة وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها ويستطيع الفاحص أن ينشأ صورة متكاملة عن الحالة .

وهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات عن نفس الشخص من كل الجوانب.

(Norbertsillany , 1999, p 47)

2 - 2 - مجموعة البحث :

تم اختيارمجموعة البحث بطريقة غرضية وقصدية ، إذ أن الغرضية مناسبة للتعرف على أنواع معينة من الحالات لدراستها دراسة معمقة ، أما القصدية فيعتمد عليها الباحث لاختيار حالات معينة مما يحقق له الغرض من الدراسة ، وتكونت مجموعة بحثنا من 6 حالات وهن أمهات لأطفال توحديين تتوفر فيهن الخصائص التالية :

- أن تكون مجموعة البحث أمهات لذوي الأطفال المصابين بطيف التوحد .
- أن يكون للأم طفل واحد مصاب بطيف التوحد .
- أن لا يكون للأم أمراض خطيرة نظرا للعلاقة الموجودة بيت تقدير الذات والأمراض الخطيرة .
- أن يكون ابنها المصاب بالتوحد مسجلا في المركز البيداغوجي للتوحد .
- أن تكون مدة تشخيص ابنها تفوق العام .

2 - 3 - الأدوات المستخدمة في البحث :

2 - 3 - 1 - المقابلة العيادية النصف موجهة :

تعتبر المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث العيادي للاتصال مع المفحوصين .

ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص وعلى الفاحص أن يكون ذو أذان صاغية ويسهل دائما الكلام اخذ بعين الاعتبار الاتصال الغير شفوي .

(colette clilland , 1989 ,p 22)

وتعرف بصفة عامة أنها : محادثة موجهة يقوم بها فرد مع الأخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر

ممكن من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي (محمد شفيق ، 1958 ، ص 106)

وتعرفها " كاترين سيسو " على أنها :

محادثة بين الفاحص والمفحوص وجها لوجه . فمصطلح المقابلة يشير على الممارسة التي تتعلق بالكلام .

(Catrine Cylan , 1998)

إن طبيعة البحث الذي نقوم به تستدعي استعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع البحث ، فهي ليست مفتوحة تماما ، ومن المفهوم أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق ، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كثيرا من حرية التصرف ، ويحرص الباحث ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة .

(حسن غانم ، 2004 ، ص 171)

ولإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة ووضعناها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر قدر من المعلومات عن أم الطفل التوحدي وعن حالتهما النفسية وتقديرها لذاتها .

وقد تم تحديد هذه المحاور من خلال الدراسات الاستطلاعية والدراسات السابقة

وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الباحث بطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم بعد ذلك بتسجيل البيانات .

(سامي ملحم ، 200)

وهكذا اشتملت المقابلة العيادية النصف موجهة المستعملة في بحثنا على المحاور التالية :

المحور الأول : البيانات الشخصية الخاصة بالأم .

- (أنظر للملحق رقم واحد)

المحور الثاني : تصورات الأم عند اكتشاف اصابة طفلها بالتوحد .

- يشمل هذا المحور على 6 أسئلة (أنظر للملحق رقم 01)

المحور الثالث: الصعوبات التي تواجهها أم الطفل المصاب بالتوحد .

- يشمل هذا المحور على 5 أسئلة حول صعوبات التي تتلقاها الأم (أنظر للملحق رقم 01)

المحور الرابع : الحياة العلائقية .

يشمل هذا المحور على 5 أسئلة حول علاقة الأم مع طفلها وزوجها ، والأسرة والأصدقاء (أنظر للملحق رقم 01)

المحور الخامس : النظرة المستقبلية للأم .

يشمل هذا المحور على 4 أسئلة حول نظرة الأم لمستقبل طفلها وزوجها وذاتها (أنظر للملحق رقم 01)

2 - 3 - 2 - مقياس تقدير الذات لكوبر سميث النموذج المصغر 25 عبارة :

هو مقياس أمريكي صمم سنة 1967 لقياس الاتجاه نحو الذات الاجتماعية العائلية ، وهو الحكم الشخصي للفرد نحو نفسه وأن الصورة الصادقة التي يكونها الفرد نفسه تعتمد بالدرجة الأولى على تقديره لذاته ويحتوي المقياس على أربعة مقاييس فرعية هي :

- الذات العامة .
- الذات الاجتماعية .
- العمل.
- المنزل والوالدان.

يحتوي على بعدين هما تنطبق ولا تنطبق ، عدد فقراته 25 فقرة . معدة لقياس تقدير الذات وهي الصورة الخاصة بالكبار الذين يتجاوزون سن السادسة عشر (16 سنة) منها العبارات السالبة ذات الأرقام :

2 - 3 - 6 - 7 - 10 - 12 - 13 - 15 - 16 - 17 - 18 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 والعبارات الموجبة ذات الأرقام :

1 - 4 - 5 - 8 - 9 - 11 - 14 - 19 - 20 .

تعليمة تطبيق الاختبار :

يقدم الفاحص ورقة الاختبار للحالة ويعطي التعليمة التالية :

اليوم سوف نقوم بملء هذا المقياس ، فيما يلي مجموعة من العبارات ، إجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب وما لا تحب إذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (X) داخل المربع في خانة " تنطبق " ، أما إذا كانت العبارات لا تصف ما تشعر به فضع علامة (X) داخل المربع في خانة " لا تنطبق " لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعور الحقيقي .

طريقة التصحيح :

يمكن الحصول على درجات مقياس كوبر سميث بإتباع الخطوات التالية :

ـ إذا كانت الإجابة " لا تنطبق " على العبارات السالبة نمنحه (1) ، أما إذا كانت إجابته " تنطبق " نمنحه (0) .

ـ إذا كانت الإجابة على العبارات الموجبة " تنطبق " نمنحه (1) أما إذا كانت الإجابة " لا تنطبق " نمنحه (0) .

ـ يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب التقدير الكلي في (4) أربعة . (ليلى عبد الحميد عبد الحفيظ ، 1985 ، ص 15)

مستويات تقدير الذات :

يظهر مقياس تقدير الذات " لكوبر سميث " ثلاث فئات لمستويات تقدير الذات على النحو التالي :

الرقم	المستوى	الفئة
01	درجة منخفظة	40 - 20
02	درجة متوسطة	60 - 40
03	درجة مرتفعة	80 - 60

كما يحتوي رائد تقدير الذات " لكوبر سميث " على أربعة مقاييس فرعية ، المتمثلة في الجدول التالي :

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	الدرجات الخام
الذات العامة	1 - 3 - 4 - 7 - 10 - 12 - 13 - 15 - 18 - 19 25 - 24	12
الذات الاجتماعية	5 - 8 - 14 - 21	04
المنزل والوالدين	6 - 9 - 11 - 16 - 20 - 22	06
العمل	2 - 7 - 23	03

الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات :

1 ـ الصدق : يمكن تعريف الصدق بأنه :

المدى الذي يمكن للمقياس تحقيقه من الأهداف التي بني من أجلها،و تجدر الإشارة أنه يمكن الحكم على مقياس انه صادق أو عديم الصدق لأنها مسألة نسبية ، بل يمكن القول بأن المقياس عالي الصدق أو متوسط الصدق أو منخفض الصدق (النيهان 2004) وفي النسخة الأمريكية وفي تم استخدام أنواع الصدق الثلاثة وهي : صدق المحتوي وصدق البناء والصدق المرتبط بمحك لإثبات مصداقية هذا المقياس .

أما الصدق المحتوي : فقد تم استخدام العديد من الخطوط العريضة لبناء مقاييس النظام الفعالية مثل :جداول تقدير الذات ، وجداول إدراك الذات ولقد جمعوا مجموعة مفردات تقدير الذات واستشارة أخصائي الطب النفسي لأجل تحديد مقدرات ، وعلاقات ،و مواقف ،و اهتمامات و خصائص القيم عند الأفراد الذين يتمتعون بتقدير متدن وعال للذات و أولئك الذين يعانون من اضطرابات ملحوظة فعلى سبيل المثال :الأعراض المرضية لمشاكل الشخصية قد تشتمل "مخاوف غير طبيعية ، الخوف المرضي " الكوابيس الليلية ، الارهاقات المتزايدة وتؤدي هذه الأنشطة الأولية إلى أكثر من 1000 فقرة لاختبار المقدرة الكامنة إلا أنهم قد قاموا بتخفيض الرقع إلى 300 فقرة ، ثم إرسال القائمة إلى مجموعة من الاختصاصيين تشمل أساتذة جامعيين في علم النفس وبرنامج التعليم الخاص و الاستشاريين في التدريب الخاص و العاملين بالمدارس المسؤولين عن التحديد أو العمل بصورة مباشرة مع الطلاب المضطربين شعوريا ولقد طلب منهم تحديد الفقرات التي يعتقدون أنها الأكثر تمييزا أدى إلى توفير 120 فقرة بعد الاختبارات التجريبية اختزال الفقرات الى 80 فقرة ظهرت في الطبعة

الأخيرة المعدلة للمقياس .

ـ ويتناول الصدق المرتبط العلاقة بين أداء المقياس و المقاييس الخارجية الموازية المختصة و يقيم هذا النوع من الإجراءات مدى تناسب مقياس جديد لقياس تقدير الذات مع هذه الجوانب الخارجية ومدى إمكانية استعماله للتنبؤ بالأداء المستقبلي ، ولإثبات ذلك :تمت مقارنة درجات مقياس تقدير الذات ، ولقد كانت المعاملات ذات دلالة إحصائيا و تتراوح بين 29 إلى 27. وقد تجاوزت 97 بالمئة منها أو أكثر الفقرات المشار إليه .

2ـ ثبات المقياس :

يمكن تعريف ثبات المقياس بأنه تحقيق المقياس لما وضع له على مدى فترات زمنية و مناسبات مختلفة ، و أيضا إلى مدى دقة المقياس ، و استقراره و خلود من الأخطاء العشوائية (النبهات ، 2004).وفي النسخة الأصلية للمقياس (الأمريكي) تم تبني الدرجة 80 أدنى مستوى مقبولا للصدق بينما يعتبر المستوى 90 مستوى مفضلا ، ولتحقق من ثبات الاختبار تم اختيار طريقة ثبات الاتساق الداخلي لهذا المقياس ، لان المقياس يطمح الى قياس مجمل تقدير الذات ،وتم اعتماد طريقة كرومباخ ألفا لأجل تطبيقه في دراسة ثبات المصداقية الداخلي لمقياس تقدير الذات ، وبتطبيق المقياس على عينه تتكون من 550 فردا كان الثبات ذات دلالة إحصائية ، حيث تجاوز معامل ارتباط 44 فقرة منها بالعلامة الكلية 90 و36 فقرة منها تجاوزت 80 مما يدل على أن معاملات الارتباط كانت عالية .

الفصل الخامس : عرض النتائج ومناقشتها

1 ـ عرض الحالات وتحليلها

2 ـ تحليل عام للحالات ومناقشتها

3 ـ الاستنتاج العام

نظرا للأوضاع الوبائية السائدة تعذر علينا إجراء الدراسة الميدانية وسنكتفي من خلال هذا الفصل بعرض أهم محتوياته والمتمثلة فيما يلي :

1 ـ عرض الحالات وتحليلها :

يتم من خلال هذا العنصر عرض محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة لكل حالة متبوعة بتحليل محتواها ، بعدها عرض نتائج مقياس كل حالة متبوعة بتحليلها ، وفي الأخير تحليل عام للحالة ومناقشتها من خلال التقاطع بين نتائج تحليل المقابلة العيادية النصف موجهة ونتائج المقياس .

2 ـ تحليل عام للحالات ومناقشتها :

يتم التحليل العام للحالات بناءا على التشابهات والاختلافات بين الحالات ويعتمد التحليل العام للحالات ومناقشتها على أساس الإطار النظري والدراسات السابقة .

3 ـ الاستنتاج العام :

يحتوي الاستنتاج العام على أهم النتائج المستخلصة من الدراسة الميدانية، وما أسفرت عنه من قبول أو رفض فرضيات الدراسة .

خلاصة البحث :

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره على مظاهر نمو الطفل المختلفة ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط ، بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض ابنها وضعيات ومسؤوليات جديدة، وهذا ما يجعلها تحاول التكيف معه ، ولهذا أردنا من خلال دراستنا التعرف على مستوى تقدير الذات لدى أمهات أطفال المصابين بالتوحد ،حيث تعتبر الأم هي أساس الأسرة ، فعندما تعرف نوع اضطراب ابنها المتأخر في النمو تصاب بصدمة وعدم التصديق ، يجعلها هذا الأمر تعيش حالة من اللاستقرار النفسي ولا تستطيع تحمل تبعات هذا المرض من خلال الأعراض المصاحبة له وتبعاته على الأسرة والحياة ومواجهة مصاعبها ومتطلباتها ، مما يجعل "الأم " لا تستطيع ان تحمل تبعات الحياة الأسرية وبالتالي تشعر بأنها غير قادرة وغير كفئ فلا تستطيع تأكيد وجودها وسط عائلتها ومحيطها وبين رغباتها وظروفها فيتكون لديها تقدير الذات منخفض . ونحن من خلال هذه الدراسة التي تهدف الى الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى أم الطفل المصاب بالتوحد فبعد طرح تساؤل الدراسة وضعنا فرضية متبوعة بأهمية الدراسة وهدفها عمدنا تخصيص جانبين نظري ضم فصلي التوحد وتقدير الذات وجانب تطبيقي عرضنا فيه اجراءات الدراسة الميدانية تضمنت استعمال المنهج العيادي المطبق على مجموعة بحث ضمت ستة حالات لأمهات أطفال مصابات بالتوحد واختيار أداتين تمثلت الأولى في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات .

ولكن ونظرا للظروف الصحية الناجمة عن انتشار فيروس كورونا لم نستطع اتمام الدراسة الميدانية .

ونأمل أن تكون دراستنا أرضية نظرية لدراسات تطبيقية لاحقة .

المراجع

قائمة المراجع :

المراجع باللغة العربية :

1 ـ ابراهيم ، فيوليت فؤاد وسليمان ، عبد الرحمان السيد 1997 ، دراسات في سيكولوجية الطفولة والمراهقة ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

2 ـ دويدرا ، عبد الفتاح محمد (1999) ، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات ، مصر ، دار المعرفة الجامعية .

3 ـ سليم مريم (2003) ، تقدير الذات والثقة بالنفس ، بيروت ، دار النهضة العربية .

4 ـ الشناوي ، محمد حسن وأبو الرب ، يوسف والسيد عبيد ، ماجدة (2001) التنشئة الاجتماعية للطفل ، عمان ، دار صفاء للنشر .

5 ـ الشيخ دعدع (2003) مفهوم الذات بين الطفولة والمراهقة ، دمشق ، دار الكيوان .

6 ـ عبد الرحمان محمد السيد (1998) ، الاضطرابات النفسية والسلوكية ، عمان ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

7 ـ عبد الرحمان ، محمد السيد (1998) نظريات الشخصية ، عمان ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

8 ـ العيسوي ، عبد الرحمان (2000) علم النفس العام ، دار المعرفة الجامعية .

9 ـ المعايطة ، خليل عبد الرحمان (2007) ، علم النفس الاجتماعي ، الطبعة الثانية ، عمان ، دار الفكر للنشر.

10 ـ الدريني حسين وسلامة ، محمد (1983) ، تقدير الذات في البيئة القطرية ، مركز البحوث التربوية جامعة قطر .

11 ـ سليمان ، عبد الرحمان السيد (1999) مقياس تقدير الذات في مرحلة الطفولة مقارنة بين أربع مقاييس ، مجلة الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .

12 ـ عبد الرحمان عيسوي ، علم النفس النمو ، الطبعة الأولى ، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة ، بيروت .

13 ـ عبد الله عسكر (1991) ، اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

14 ـ مصطفى كامل عبد الفتاح (1993) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، بيروت ، دار سعاد الصباح

15 ـ أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربني (2011) التوحد : الأسباب ، التشخيص ، العلاج ط 1 دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .

16 ـ أمينة السماك ، عادل مصطفى (2001) : الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية مكتبة المنار الإسلامية .

17 ـ سوسن شاكر مجيد (2010) : التوحد أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه ، جامعة بغداد ، أدبينو للطباعة والنشر عمان ، الأردن .

18 ـ الشامي وفاء (2004) : خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه ط 1 جدة مركز جدة للتوحد .

19 ـ شبلي تابلور ، ترجمة وسام دويتش (2008) : علم النفس المرضي دار الحامة للنشر والتوزيع ، عمان الطبعة الأولى .

20 ـ الصبي عبد الله محمد (2003) : التوحد وطيف التوحد ط 1 ، سلسلة التوعية الصحية ، الرياض ، مكتبة جرير .

21 ـ طارق عامر (2008) : الطفل التوحدي ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن الطبعة الأولى

22 ـ عبد الرحمان سيد سليمان (1999) : الذاتوية اعاقة التوحد لدى الأطفال ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة الطبعة الأولى .

23 ـ وليد محمد علي (2010) : التوحد ، المفهوم وطرق العلاج ، المكتبة الالكترونية ، الكويت .

24 ـ د . جمال الخطيب ، منى الحديدي ، جمال الصمادي (2007) ، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ، دار النشر والتوزيع ط 1 .

25 ـ محمد أحمد الخطاب (2009) ، سيكولوجية الطفل التوحدي ، دار الثقافة والنشر والتوزيع .

26 ـ الشناوي ، محمد وعبد الرحمان محمد (1993) ، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

27 ـ عبد الله عادل (1991) ، اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

28 ـ عبد الفتاح كاميليا (1987) مفهوم الذات لدى الشباب ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة .

29 ـ فهمي ، محمد والقطان على (1979) التوافق الشخصي والاجتماعي ، مكتبة الخانجى القاهرة .

30 ـ عبد الحافظ ليلى عبد الحميد (1982) ، مقياس تقدير الذات للصغار والكبار ، دار النهضة ، القاهرة .

31 ـ الساكر رشيدة ، (2015) ، دافعية الانجاز وعلاقتها بفاعلية الذات لدى تلامذة السنة الثالثة ثانوي ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة همه لخضر ، الوادي .

32 ـ أماني خليل محمود سمور (2015) ، تقدير الذات وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج ، رسالة ماجستير في علم النفس من كلية التربية في الجامعة الاسلامية ، غزة .

33 ـ مصطفى كامل عبد الفتاح : 1993 : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، بيروت ، دار سعاد الصباح.

34 ـ فرج عبد القادر طه : 1997 : معجم علم النفس والتحليل النفسي دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.

المراجع باللغة الأجنبية :

35- Reuchlin , M(1991) les différences individuelles à l école , Aperçu et réflexions sur quelques recherches psychologiques Paris p.v.f .

36- Rosenberg , M(1995) Sciety and the adolescent self – image , Princeton , new jersey , university press .

37- Ziller . R . C (1973) the social self , New york , perganon presinc .

38 - L écuyer (R) . 1997 , le cocept de soi 1 er edition puf , paris .

39 - Helene devtsch (1997) Lapsychologie des femes enfance et adolescence , coll quadrige , paris , puf , paris .

الملاحق

الملحق رقم 01:

دليل المقابلة العيادية النصف موجهة .

المحور الأول : البيانات الشخصية الخاصة بالأم :

- الاسم :
- السن :
- المستوى الدراسي:
- عدد الأولاد :
- مكان السكن :
- نوع الأسرة :
- مدة تشخيص مرض ابنك:

المحور الثاني : استجابة الأم عند اكتشاف التوحد لابنها .

س1: ما كانت ردة فعلك حين اكتشفت أن ابنك مصاب بالتوحد ؟

س2: هل تشعرين بالذنب لمرض ابنك ؟

س3: هل تظنين أن إنجابك للطفل التوحدي اثر في حياتك ؟

س4: هل شعرت بتغير في حياتك بعد تشخيص ابنك ؟

س5: كيف تنظرين لنفسك ؟

س6: أين تقضين معظم وقتك ؟

المحور الثالث : الصعوبات التي تتلقاها أم المتوحد .

س1: ماهو أصعب ما واجهته كأم ؟

س2: كيف تتعاملين مع طفلك في الوقت الحالي ؟

س3: هل تشعرين بالإحراج أحيانا مع وضعية طفلك ؟

س4: كيف تقيمين أدائك نحو ابنك المصاب بالتوحد ؟

س5: ما الذي يميزك عن باقي الأمهات ؟

المحور الرابع : الحياة العلائقية.

س1: كيف هي علاقة الطفل بك وبأبيه وبإخوته ؟

س2: ردة فعل الأقارب على إصابة ابنك بالتوحد ؟

س3: هل تصطحبين ابنك إلى الأماكن العمومية والمناسبات الاجتماعية ؟

س4: كيف كانت ردة فعل زوجك وهل تتلقين الدعم منه ؟

س5: كيف يعامل أقاربك وأصدقاء أولادك لوضعية ابنك ؟

المحور الخامس : النظرة المستقبلية للام:

س1: كيف ترين مستقبل ابنك ؟

س2: هل تظنين انه سيشفى ؟

س3: هل تظنين انك قادرة على مواجهة الوضعية ؟

س4: هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأولاد ؟

الملحق 2:

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات :

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ضع العلامة (×) داخل المربع المناسب الذي يبين مدى موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك ، اجب بصدق وليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة

العبارات تنطبق لا تنطبق .

العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1 ـ لا تضايقني الأشياء عادة		
2 ـ أجد من الصعب عليا أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		
3 ـ أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي		
4 ـ لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي		
5 ـ يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6 ـ أتضايق بسرعة في المنزل		
7 ـ أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
8 ـ أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني		
9 ـ تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10 ـ أستسلم بسهولة		
11 ـ تتوقع عائلتي مني الكثير		
12 ـ من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
13 ـ تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14 ـ يتبع الناس أفكاري عادة		
15 ـ لا أقدر نفسي حق قدرها		
16 ـ أود كثيرا أو أترك المنزل		
17 ـ أشعر بالضيق من عملي غالبا		
18 ـ مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19 ـ إذا كان لدي شيء أريد أن أقول فإنني أقوله عادة		
20 ـ تفهمني عائلتي		
21 ـ معظم الناس محبوبون أكثر مني		

22 ـ أشعر عادة لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء

23 ـ لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال

24 ـ أرغب كثيرا أن أكون شخص آخر

25 ـ لا يمكن للأخريين الاعتماد علي