

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة أحمد دراية ادرار  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و علوم الإسلامية  
قسم العلوم الإجتماعية



عنوان المذكرة

المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد

-دراسة عيادية لحالة واحدة-

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات شهادة الماستر في علم النفس  
التخصص : علم النفس المدرسي

إعداد الطالبتين:

حاج أحمد عائشة

مباركي فتيحة

اللجنة المناقشة :

الصفة	الجامعة	إسم و لقب الأستاذ(ة)
الممتحن الأول	جامعة أحمد دراية - ادرار	د.بليلة رقية
مشرفا و مقررا	جامعة أحمد دراية - ادرار	د.عبيد زرزورة
الممتحن الثاني	جامعة أحمد دراية - ادرار	د.بوشعور نوال

السنة الجامعية : 2019-2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# إهداء

الحمد لله الذي انعم عليا بعائلتين انتمى لهما عائلة "حاج أمحمد" و عائلة  
"مباركي" و التي اهدي لهم عملي هذا

و اهديه أيضا إلى روح الأب الذي رباني و سهر على تربيتي وإكسابي قيم المعرفة "حاج محمد بوحفص" رحمه  
الله و اسكنه فسيح جناته و إلى الأب الذي رباني  
و سهر على تربيتي وإكسابي قيم المعرفة "مباركي عبد الكريم"

ونهديه إلى اللتان كانتا نبع الحنان أمانا الغاليتان و أطال الله في عمرهما و جزاهم الله كل خير عنا

و نهديه إلى جميع الإخوة و الأخوات بدون استثناء لكلتا العائلتين و إلى طلبة  
قسم السنة ثانية ماستر علم النفس المدرسي دفعة سبتمبر 2020

كما لا ننسى إهداء خاص للأخصائية النفسية التي كانت دعم و سند قوي لنا في  
هذا العمل

و إلى كل معلمي و أساتذتي الكرام من الابتدائي إلى الجامعة أسمى معاني التقدير  
و الاحترام عن كل حرف علمونا إياه و إلى أستاذتي الكريمة "عبيد زرزورة"  
جزاها الله خير عنا في كل ما قدمته لنا

كما اهديه خصوصا إلى شريحة ذوي الاحتياجات الخاصة عامة و فئة الأطفال متوحدين  
خاصة إلى الطفلة أم الخير

فتيحة

عائشة

# كلمة شكر

الحمد لله الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع والذي نحمده  
كثيرا ونشكر فضله على نعمه والذي كلل جهدنا وأعاننا بتوفيق من عنده لإنجاز هذا العمل  
المتواضع

أما بعد

يقتضينا الواجب والوفاء والإخلاص أن نتقدم بخالص الشكر والعرفان بعد الله تعالى  
إلى الأستاذة "عبيد زرزورة" التي قامت بقبول كما اخص بالشكر جميع من كان خير  
عون في إنجاز هذا البحث خاصة الأخصائية النفسية "بخوزكية" بالمركز الوسيط  
للأمراض العقلية و تأهيل المدمنين قسم الصحة نفسية التابع للصحة العمومية  
الجوارية بادرار.

و أتوجه بشكري إلى جميع أساتذة قسم علم الاجتماع تخصص علم النفس المدرسي  
بدون استثناء على ما قدموه لنا من معلومات و توجيهات طوال مسارنا الدراسي بالجامعة  
شكر خاص إلى الأستاذ الفاضل "بندورة" على تعبه معنا بتوجيه و مدنا بلمراجع

وشكر موصول أيضا إلى عمال المكتبة الجامعية ، أخص بالذكر  
"مبارك عبد القادر" و "مملوكي مسعود"

## ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد.

حيث تم الانطلاق في هذه الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي :

- بماذا يتميز المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد، وهل يؤثر هذا المعاش على صحته النفسية ؟

و على إثر هذا التساؤل و نتائج الدراسات السابقة قمنا بصياغة ثلاث فرضيات هي :

1 يعاني الطفل المصاب بالتوحد من القلق

2 يعاني الطفل المصاب بالتوحد من اضطراب المزاج

3 يتسم الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد بتوافق نفسي

ولتأكد من صحة هذه الفرضيات قمنا باستخدام الأدوات التالية :

( الملاحظة ، المقابلة النصف موجهة ، والقياس التالية :

- مقياس تقدير درجة التوحد الطفولي CARS

- اختبار رسم الرجل لقياس الذكاء ل ( جودانوف فلورانس)

- مقياس تايلور للقلق الصريح

- مقياس الاضطرابات السلوكية

- مقياس التوافق النفسي ل "اجلال محمد سري"

بالاعتماد على العينة القصدية المكونة من حالة واحدة متمدرسة بقسم السنة الرابعة ابتدائي

بمدرسة "الزكري عمر ب أدرار".

وقد اعتمد في هذه الدراسة على المنهج العيادي (دراسة الحالة).

حيث جأت نتائج الدراسة كالأتي :

- الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من قلق نوعا ما فعلا

- الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من اضطراب المزاج بمستوى متوسط

- الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يتسم بمستوى متوسط من التوافق النفسي

## Résumé de l'étude:

L'étude actuelle vise à connaître la pension psychologique d'un enfant autiste scolarisé. OÙ le point de départ de cette étude était la question principale suivante: Qu'est-ce qui caractérise la pension psychologique pour un enfant autiste scolarisé et cette pension affecte-t-elle sa santé mentale? Suite à cette question et aux résultats des études précédentes, nous avons formulé trois hypothèses: 1- Un enfant autiste souffre d'anxiété 2- Un enfant autiste souffre d'un trouble de l'humeur 3- Un enfant autiste scolarisé se caractérise par une compatibilité psychologique Pour confirmer ces hypothèses, nous avons utilisé les outils suivants: (Remarque, entretien semi-dirigé et échelle suivante: Échelle de score d'autisme infantile (CARS) - Test de dessin d'homme pour mesurer l'intelligence par (Godanov Florence) Échelle de Taylor de l'anxiété totale - Échelle des troubles du comportement - Échelle de compatibilité psychologique pour "Ajlal Muhammad Serri" Sur la base de l'échantillon intentionnel constitué d'un cas, un maître d'école en quatrième année d'école primaire à l'école "Al-Zakari Omar in Adrar". Dans cette étude, il était basé sur l'approche clinique (étude de cas). OÙ les résultats de l'étude sont arrivés comme suit: L'écolière autiste est vraiment un peu anxieuse - Un enfant autiste scolarisé souffre d'un trouble de l'humeur de niveau modéré Un enfant autiste scolarisé se caractérise par un niveau modéré d'adaptation psychologique

## Study summary:

The current study aims to know the psychological pension of a schooled child with autism. Where the starting point in this study was the following main question: What is characterized by the psychological pension for a schooled child with autism, and does this pension affect his mental health? Following this question and the results of previous studies, we formulated three hypotheses: 1- A child with autism suffers from anxiety 2- A child with autism suffers from a mood disorder 3- A schooled child with autism is characterized by psychological compatibility To confirm these hypotheses, we used the following tools: (Note, semi-directed interview, and the following scale: Childhood Autism Score Scale (CARS) - Man drawing test to measure intelligence by (Godanov Florence) Taylor Scale of Outright Anxiety - Behavioral Disorders Scale - Psychological Compatibility Scale for "Ajlal Muhammad Serri" Based on the intentional sample consisting of one case, a schoolmaster in the fourth year of primary school at "Al-Zakari Omar in Adrar" school. In this study, it was based on the clinical approach (case study). Where the results of the study came as follows: The autistic schoolgirl is really somewhat anxious - A schooled child with autism suffers from a moderate level mood disorder - The autistic schoolgirl is characterized by a moderate level of psychological adjustment

volume\_up

content\_copy

share

star\_border

الفهرس



الصفحة	فهرس المحتويات
/	المحتوى
/	الإهداء
/	الشكر و عرفان
/	ملخص الدراسة بلغة العربية
/	ملخص الدراسة بلغة الفرنسية
/	ملخص الدراسة بلغة الإنجليزية
/	فهرس المحتويات
/	فهرس الجداول
أ - ب	مقدمة الدراسة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول : الفصل التمهيدي</b>	
4	1 - الإشكالية
5	2 فرضيات الدراسة
5	3 أهمية الدراسة
6	4 أسباب إختيار موضوع الدراسة
6	5 أهداف الدراسة
7	6 حدود الدراسة
7	7 صعوبات الدراسة
8	8 التعاريف الإجرائية
10	9 دراسات السابقة و التعقيب عليها
<b>الفصل الثاني : المعاش النفسي</b>	
14	عموميات حول المعاش النفسي
16	أولا - القلق
29	ثانيا : الاضطرابات المزاج ( البكاء العناد)

40	ثالثا : التوافق النفسي
59	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث : التوحد</b>	
61	تمهيد
62	لمحة تاريخية عن التوحد
65	1 تعريفه
69	2 معدل إنتشاره
71	3 -التقدم و التحسن لحالات التوحد
71	4 تصنيفه و أشكاله
73	5 -النظريات المفسرة له
73	6-1 النظرية سيكولوجية
76	النظرية البيولوجية
78	الكماوية الحيوية
78	النظرية العصبية
78	النظرية المعرفية
80	نظرية التلوث البيئي
82	أسباب التوحد
82	الاسباب العضوية
82	الاسباب المعرفية الادراكية
83	الاسباب العصبية البيولوجية
84	الاسباب المناعية
84	الاسباب الجينية
87	خصائص التوحيدين
92	الكشف المبكر للتوحد
92	تشخيص التوحد
94	أدوات التشخيص

100	إضطرابات الطيف التوحدي
100	أ - التوحد
100	ب - إضطراب أسبرجر <b>Asperger</b>
100	ت - اضطراب ريت <b>Rett</b>
101	ث - الإضطراب الطفولي التفككي
101	ج الإضطرابات النمائية العامة الغري محددة
101	ح جديد التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس
104	الأمراض و الإضطرابات المصاحبة للتوحد
108	التشخيص الفارقي
117	البرامج التربوية العلاجية المتقدمة للأطفال التوحدين
117	أ - برنامج تيتش ل <b>Eric Chopter</b>
118	ب - برنامج ويلدن
119	ت - برنامج لوفاس
119	ث - برنامج العلاج بالتكامل الحسي
120	ج برنامج التواصل الميسر
120	ح برنامج التدريب على التكامل السمعي
120	خ برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور <b>PECS</b>
<b>الجانب التطبيقي :</b>	
<b>الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية</b>	
129	تمهيد
129	1 الدراسة الإستطلاعية
131	2 الحدود المكانية و زمانية
131	3 المنهج المتسخجم في الدراسة
132	4 عينة الدراسة
133	5 أدوات الدراسة
133	1-5 الملاحظة

135	2-5 المقابلة
137	3-5 دراسة الحالة
138	6 -المقياس النفسي
138	2-6 مقياس CARC
151	أختبار رسم الرجل
153	1-6 مقياس تايلور للقلق الصريح
154	مقياس التوافق النفسي
157	مقياس الاضطرابات السلوكية
158	خلاصة الفصل
<b>الفصل الخامس : عرض و تحليل النتائج</b>	
167	تقديم الحالة
167	دليل المقابلة النصف المواجهة
169	عرض نتائج الاختبارات المطبقة
170	عرض وتحليل الحالة
176	الخاتمة
177	التوصيات
179	المراجع
186	الملاحق

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
116	الفرق في سلوكيات بين الأطفال ذوي إعاقة التوحد و أقرانهم الغير معوقين	01
133	يوضح خصائص العينة	02
143	يبيّن مستويات القلق	03
	يوضح درجة و نوع القلق للحالة	04

مفتحة

## المقدمة

يعتبر المعاش النفسي من أهم المصطلحات الواسعة و الحديثة في مجال علم النفس و التي تصف لنا الإحساس الباطني الخفي للفرد ، فالمعاش النفسي يرتبط بالحالات النفسية التي تنتاب الشخص و تعتريه لمدة غير محددة ، جراء انفعالات أو إحداث أو ظروف ضاغطة حادة يواجهها في حياته كالأمرض و الاضطرابات المزمنة ، مؤثرة بذلك على علاقاته ، طموحاته ، إنجازاته المستقبلية أو الحاضرة.

و من بين هذه الاضطرابات اضطراب التوحد الذي يعد اضطراب عصبي نمائي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر يتميز بقصور في النمو والتفاعل الاجتماعي وعملية الاتصال اللفظي وغير اللفظي وتكرار الحركات عند الطفل، يستدعي تدخل فريق متعدد التخصصات للتكفل به كون الأسباب والعوامل المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب لم تتضح بعد، لذلك تعددت النظريات المفسرة وطرق التكفل به، منها من اعتمدت على أساليب عضوية بيولوجية وأخرى على التكفل النفسي السلوكي المعرفي الذي أثبتت نجاعته.

وعلى هذا الأساس أطلقت الحكومة الجزائرية مخطط وطني للتكفل بالتوحدين مثل نظيراتها الفرنسية سنة (2012) والألمانية سنة (2013) والبلجيكية سنة (2014)

إذ أعلنت عزمها على جعل التوحد قضية وطنية وأشارت إلى ضرورة فتح المجال على نطاق واسع من أجل زيادة المعرفة حول ارتفاع نسبة المصابين وكيفية المضي قدما نحو المواجهة.

هذا ما ورد عن وزير الصحة الجزائري خلال الملتقى الدولي حول التوحد الذي أقيم في الجزائر العاصمة بتاريخ 02 أبريل 2016 والذي يصادف اليوم العالمي للتحميس والتوعية حول

اضطراب التوحد، بحضور وزراء والذين يمثلون الوزارات التالية:

● وزارة الصحة العمومية وإصلاح المستشفيات.

● وزارة التضامن الوطني وشؤون الأسرة.

● وزارة التربية الوطنية.

• وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي.

مع مختصون محليون وأجانب ذو الشهرة العالمية في مجال التوحد منهم:

البروفيسور (Ghislain Magerotte) والبروفيسور (Philippe Evrard)

كذلك رؤساء مصالح الطب العقلي للأطفال وممثلون لصندوق الضمان الاجتماعي ومختلف

جمعيات لأولياء التوحدين على مستوى التراب الوطني

وهذا يأتي كمحصلة للتزايد السريع في معدلات انتشار اضطراب التوحد كما أشارت التقارير

الصادرة عن مركز السيطرة على الأمراض والوقاية بالولايات المتحدة الأمريكية حيث أشارت

الإحصائيات لسنة ( 2014 إلى إصابة % ) ( 1 من سكان العالم باضطراب الطيف

التوحد (TSA)

و من خلال ما ذكر سابقا قمنا بالدراسة الحالية و المعنونة ب:

المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد، وقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين

الجانب النظري : يشتمل على :

**الفصل الأول :** الفصل التمهيدي والذي يمثل موضوع الدراسة ، حيث تم فيه عرض

الإشكالية

الفرضيات ، أهمية الموضوع ، أسباب اختيار موضوع الدراسة ، أهداف الدراسة ، صعوبات

الدراسة ، حدود الدراسة ، التعاريف الإجرائية ، الدراسات السابقة و التعقيب عليها .

**الفصل الثاني :** تم فيه معالجة المعاش النفسي و يتضمن المفاهيم التالية :

القلق ، التوافق النفسي و اضطرابات المزاج ( البكاء و العناد ) .

**الفصل الثالث :** عالج التوحد حيث تناولنا فيه تعريفه ، نسبة انتشاره ، النظريات المفسرة له

، اسبابه ، انواعه ، اعراضه ، تشخيصه ، التشخيص الفارقي بينه و بين الاضطرابات



الأخرى ، خصائص الاطفال التوحديين و أيضا بعض البرامج العلاجية المقترحة للتكفل لهذا النوع من الاضطرابات . اما الجانب التطبيقي فيتضمن قسمين هما :

**الفصل الرابع :** يمثل الإجراءات المنهجية و الخطوات التي اتبعت في الجانب الميداني و

يتضمن الدراسة الاستطلاعية ، منهج الدراسة ، عينة الدراسة و طريقة اجراء البحث.

**الفصل الخامس :** خصص لعرض و تحليل النتائج المتحصل عليها و ذلك من خلال أدوات

الدراسة للتحقق من الفرضيات و تقديم بعض التوصيات و الاقتراحات .

وفي الأخير تم وضع خاتمة البحث ، قائمة الراجع ، إضافة إلى الملاحق .



**الفصل الأول :**  
**الفصل التمهيدي**

## 1- الإشكالية :

يعيش الفرد في حياته موافق و وضعيات مختلفة ، و التي قد تخلق لديه مجموعة من الأحاسيس المتعلقة بالحالة التي هو فيها ، و يعبر الفرد هنا عن استجابته اتجاه المثيرات و كذلك طريقة مواجهته للحالة النفسية التي هو عليها.

وكما يعرف فرويد حسب النجاتي على أنه : "مجموع المشاعر و الأحاسيس التي يشعر بها الفرد، عندما يكون في حالة نفسية ما، و عادة يعيش تجربة تنتج عنها مجموعة من ردود الأفعال ، و تصريحات إتجاه المثير الذي أثار هذا المعاش" (ترجمة عثمانى النجاتي، 1985ص18)

و يعرف المعاش النفسي حسب "دانون بوالو" ( 1984 ) بأنه: "مجموعة أحداث المسجلة في مجرى حيات الفرد ، و التي تسجل أنيا من طرف الوعي الداتي ، و تعتبر هذه الأحداث الخاصة الهامة للتجربة المعاشة ، و ما يترتب عنها.

ونجد أن هذا التعريف يركز على أهمية الأحداث الجارية في حياة الفرد بإعتبارها أساس المعاش النفسي للفرد.

وترى "بلعروسي" (1996) أن معرفة معاش الفرد هي معرفة الطريقة التي يعيش بها الفرد في وضعية ما ، و كيفية تعامله معها، و كيفية طرحه للمشكل.

(مهدي بلعسله فتيحة 2003-2004)

ونحن من خلال هذا سنتعرف على معاش الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد ، حيث سنتطرق إلى معرفة طريقة عيشه في هذه الوضعية ، نحاول معرفة مذي تعايشه مع الاضطراب. و يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا نظرا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من جهة و غرابة أنمط سلوكه غير التكيفي من ناحية أخرى فهو حالة تتميز بمجموعة من الأعراض التي يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية وكذلك الإصابة التي تعبر عن المشكلات الأساسية والمركزية المؤثرة على مختلف المظاهر الطبيعية لنمو لطفل وتفاعله البناء مع من يحيطون به حيث يعتبر الاتصال أساسا لبناء كافة أنواع العلاقات والتفاعلات الاجتماعية باعتباره عملية

تشارك وتبادل للمعاني واي خلل فيه يؤدي الى الخلل في النظام العلائقي و التفاعلي للفرد ككل كما يمكن أن يكون من هذا المنظور تفاعلياً يتضمن مفهوم التأثير و التاثر او غير تفاعلي و به يكون التأثير من جانب واحد وهنا يرى وولف بأن الاطفال التوحديين يعانون من عجز واضح في الاتصال الفاعلي بالآخرين .(عبد الغفار . 1999.ص4)WOLF ويمكن أن نفهم من خلا كل هذا بأن اضطراب التوحد يؤثر على كافة اشكال التواصل لدى الفرد والتي تمكنه من تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والتعبير عن حاجاته المختلفة.

ومن خلال ما سبق قمنا بطرح التساؤل التالي :

بماذا يتميز المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد و هل يآثر هذا المعاش على صحته النفسية ؟

## 2-الفرضيات

للتحقق من هذا التساؤل افترضنا الفرضيات التالية :

يعاني الطفل المصاب بالتوحد من القلق

يعاني الطفل المصاب بالتوحد من اضطراب في المزاج

الطفل المصاب بالتوحد متوافق أو غير متوافق نفسياً

## 3-أهمية الدراسة

-التعرف على المعاش النفسي للطفل المصاب بالتوحد

-البحث عن المعلومة المتعلقة باضطراب للتوحد

-تمثل هذه الدراسة إضافة إلى الثرات العلمي المحلي المتعلق بإضطرابات نمائية و على وجه

العموم و إضطراب التوحد على وجه الخصوص

-أهمية فئة من فئات المجتمع الممثلة في أطفال التوحديين و التي بلغت نسبة الإصابة في العديد من البلدان من بين 1 إلى 25 طفل.

#### 4-أسباب اختيار موضوع الدراسة

أن اختيار أي موضوع أو بحث علمي لا يأتي بطريقة عشوائية بل يعود لعدة عوامل متعلقة بميول و رغبات الطالب الذي يريد البحث أو نتيجة لأهمية هذا الموضوع الذي تعود دراسته بالفائدة للمجتمع، واختيارنا لهذا الموضوع كأن نتيجة للعوامل التالية :

- نسبة الانتشار الكبيرة للفئة التي تعاني من اضطراب التوحد في غالبية المجتمعات في السنوات الأخيرة

- محاولة التقرب من هذه الفئة لمعرفة معاناتها

- قلة البحوث والدراسات حول موضوع المعاش النفسي للطفل المتوحد سواء أن كان على المستوى العربي أو في الجزائر(على حد علم الطالبتين)

- الميل الشخصي للبحث في حالات التوحد

- اكتساب الخبرة في الدراسة الميدانية ومحاولة الاحتكاك بهذه الفئة

#### 5-أهداف الدراسة

إن قيمة البحث العلمي بقيمة الأهداف التي يرمي إلى تحقيقها فعلى قدر علمية الأهداف و خدمتها للفرد و المجتمع تتحدد قيمة هذا البحث أو داك، وكذلك على الباحث قبل الشروع بمشروع بحثه أن يضع الأهداف التي توجه بحثه في مختلف مراحلها وعليه فأن هذه الدراسة تهدف إلى :

- كشف حقيقة المعاش النفسي للطفل المتمدرس المتوحد

- مساعدة الطفل المتوحد على التكيف مع هذا الاضطراب

- التحقق من العلاقة التي توجد بين معاش الطفل المصاب بالتوحد و الاضطرابات المصاحبة التي قد تصيبه من قلق و اضطرابات في المزاج.

- تكمن أهمية الدراسة في أنها تناولت بلبحث اعلمي إضطراب من أشد الإضطرابات التي تعوق النمو الطبيعي لذي الأطفال و هو إضطراب التوحد.  
- تناولت فئة عمرية هامة و هي مرحلة الطفولة حيث تتشكل فيها الشخصية و تتأثر بكل ما فيها.

## 6-حدود الدراسة :

**6-1حد موضوعي :** تقتصر الدراسة على معرفة المعاش النفسي للطفل المتدرس المصاب بالتوحد

**6-2حد زمني :** طبقت هذه الدراسة خلال الفترة الزمنة الممتدة من 02 مارس إلى 12

مارس ثم توقفت الدراسة و ذلك بسبب للحجر الصحي الذي كانت تعيشه البلاد (كوفيد19) ثم أستأنفت من 07 سبتمبر إلى 28 سبتمبر

**6-3حد مكاني :** تنتمي حالة الدراسة إلى المدرسة الابتدائية زكري عمر ب ادراحيث تمت المقابلات عند الأخصائية النفسانية بمركز الأمراض العقلية و تأهيل المدمنين قسم الصحة النفسية التابع لصحة العمومية الجوارية بأدرار

**6-4حد بشري :** شملت الدراسة طفلة متوحدة

## 7-صعوبات الدراسة

قد يصادف إي باحث أثناء بحثه صعوبات حقيقية في عمله لكن الباحث يحاول تجاوزها او التقليل منها قدر الإمكان

و من ابرز الصعوبات التي اعترضت البحث نذكر ما يلي :

صعوبة الحصول على المراجع اللازمة للبحث خاصة فيما يخص جانب المعاش النفسي .

عدم موافقة آباء الحالات على بدا التربص الميداني مما شل سير الدراسة الميدانية .

المتاعب الجسدية و النفسية لضعف التعاون و التعب بسبب البحث المتكرر في مختلف الأماكن لإيجاد الحالات عينة الدراسة .

الصعوبة في إننا واجهنا مشكل في الاتصال مع الحالات المدروسة في بداية الأمر وذلك لصعوبة الاضطراب في حد ذاته ولكن بنوع من الإصرار وخلق نوع من الثقة استطاعتنا تجاوز هذا المشكل.

كذلك الوضع الصحي الطارئ الذي تعاني منه البلاد كان من أهم الأسباب التي عرقلت سير الدراسة الميدانية .

عدم وجود دراسات سابقة لمست في عنوانها المتغيرين مع بعض و بالتالي انعدام خلفية البحث خاصة على المستوى المحلي .

#### 8-التعريف الإجرائية :

\*تعريف المعاش النفسي : يعرف bureau على انه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد

المرتبط بتجربة او موقف ما، و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته ، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة ( M ) .

#### \*التعريف الإجرائي للمعاش النفسي :

المعاش النفسي هو الواقع النفسي او مجموعة حالات نفسية تنتاب المصاب او تعتره لمدة غير محددة مؤثرة على مختلف علاقاته بذاته و بالافراد المحيطين به و هذا الواقع النفسي، أو الحالة النفسية تحمل مشاعر و مخلفات نفسية سلبية تتمثل في القلق ، التوافق النفسي و اضطرابات المزاج (البكاء ، العناد ) و غيرها.

#### \*تعريف التوحد:

إن مصطلح التوحد ( Autisme ) يتكون من كلمتين يونانيتين الأولى Aut وهي بادئه وتعني ذاتي أو ما يتعلق بلذات وهي مشتبهة من الكلمة اليونانية Autos وتعني الذات أو

النفس، وإما الجزء الثاني من المصطلح isme فيشير إلى التوجه أو الحالة. هكذا فإن مصطلح Autisme يعني التوجه الداتي أو الحالة اداتيه، حيث تعد الدات هي مركز اهتمام المهرد ، (الشخص و السرطاوي، 1999، ص 387)

ويعرف التوحد حسب قاموس علم النفس لسيلامي ( Silamy ) بأنه: انطواء على الذات يظهر من خلال انفصال عن الواقع وتكثيف في الحياة الخياليه. ( 2003, p31 Silamy, )

وفد عرف كانر " التوحد بانه: اضطراب فكري يمس فدرة الطفل على إنشاء علافه مع الو افع الخارجي. (Lebovici et Mazet, 1990, p10)

#### \*التعريف الإجرائي للتوحد:

من خلال التعريفات السابقة يمكن وضع التعريف الإجرائي التالي:  
التوحد هو اضطراب ذو تأثير شامل على كاهه جوانب النمو يصيب الطول خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره فيؤدي إلى فصور واضح في مهارات التعامل الاجتماعي، والاتصال بنو عيه اللفظي وغير اللفظي، ومحدودية سديدة في النشاطات واهتمامات بالإضافة إلى السلوكات المضطربة مل: الهو لبه، إيذاء الذات و السلوكات التي تعكس صعوبة في تبني وجهات نظر الآخرين".

#### \*الطفل المتوحد :

هو الطفل الذي تحصل على درجة مرتفع على مقياس التوحد

#### \*تلميذ السنة الثالثة ابتدائي :

هو كل من يزاول دروسه و بشكل منضم داخل المدارس الابتدائية



\*التعليم الابتدائي :

هي مرحلة من مراحل التعليم تمتد لخمس سنوات و تتوج بالسنة الخامسة بشهادة التعليم الابتدائي.

9-الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة هي ركن أساسي من أركان البحث العلمي، ولن يكون البحث العلمي بحثا كاملا وناجحا من دون وجود الدراسات السابقة.

\*الدراسات التي تناولت المعاش النفسي :

- دراسات جزائية:

دراسة بن عمارة عائشة<sup>7</sup>(201) و التي هدفت إلى التعرف على المعاش النفسي لام الطفل المصاب بالفط الحركي حيث بلغت عينة الدراسة (25) أما الأطفال مصابين بالتوحد تم اختيار منهم (5) أجريت عليهم دراسة عيادية و قد أسفرت نتائج الدراسة على وجود مرض الاكتئاب عند الأم و ذلك قبل ولادة الطفل المصاب بالفط الحركي و إن وجود مرض الكتابة عند الأم لم يمنع الطفل من التحسن في حين إن انطواء الأم يحول دون تحسن الطفل

- دراسات تناولت التوحد :

في حين قدم لبيست " (2003.al et Lepist) ) وآخرون دراسة هدفت إلى معرفه طبيعة الكلام والصوت وضعف الإصغاء أالانتهايي لدى عينه من (9) أطفال توحيدين تراوحت أعمارهم ما بين (5 - 8) سنوات، والدين يظهرن بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة، واستخدمت الدراسة مجموعته حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه المبكر لأطفال التوحد للأصوات، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعيه بسيطة ونغمات سمعيه معدة، قد تم عرض مجموعته من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءا بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينه الدراسة، حيث طلب

منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ومحاوله تقليدها لفظيا، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها. إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير وقد ارجع الباحثون هذا العجز إلى القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم و إلى عجزهم عن فهم الأوامر.

أما "الغامدي" ( 2003) فقد قامت بإجراء دراسة على ( 10 ) أطفال توحيدين بمدينة الرياض تراوحت أعمارهم ما بين ( 3-4-9 ) سنوات، تم توزيعهم على مجموعتين - إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة متكافئتين في العمر والذكاء غير اللفظي ودرجه التوحد ودرجه العجز في الاتصال اللغوي والتفاعل الاجتماعي، وهدفت هذه الدر اسه إلى الكتف عن مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي (الانتباه الاجتماعي، والتقليد، والتحديد بالعين، واستخدام الإيماءات، الإشارة إلى الأشياء المرغوب فيها، والاختيار بين عدة مثيرات ، وغيرها)، وكذلك الكف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي ( التفاعل المتبادل)، والتنظيمات الاجتماعية والمحاكاة الحركية، والوقت)، وذلك عن طريق استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي والتي تملت في: التعزيز الإيجابي، النمذجة، أداء الدور، التشكيل، التلقين، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد و أفراد أجموعه التجريبية على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحيدين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي، كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحيدين قبل وبعد تطبيق

البرنامج العلاجي . ( http://www.ulfkids.com/vb/Com/arakeive/infesce/php-t-2212-html )

وقد هدفت دراسة أموراى " واخرين (2008.Maurey) إلى معرفه العلاقة بين الانتباه المقترن واللغة لدى الأطفال التوحديين، وأيضا هدفت الدر أسه إلى دراسة العلاقة بين المبادرة بالانتباه المقترن والاستجابة للانتباه المقترن وبين مكونات اللغة سواء استقباليه أو تعبيريه عند (20) طفلا توحديا في سن ( 3 5 ) سنوات، وقد تم تقييم مهارات هذه اللغة بمقياس (Mullen) للتعليم المبكر (MSEL).

وتوصلت الدراسة إلى انه توجد علاقة إيجابية بين القدرة على الاستجابة لتلميحات الانتباه المقترن الخاص بالآخرين باللغة الاستقبالية على مقياس (MSEL)، وأيضا هناك علافه بين الاستجابة للانتباه المقترن وطول الكلمة المنطوقه لدى الأطفال التو حديين.

(http://www4.shared.com/document/bXBOzQBL/\_htm)

#### \*التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات التي ارتبطت بمتغيرات ادراسه، اتضح لذا ما يلي:

أنها في دراستها للاتصال كى المصابين بالتود رخرت خاصه على مهارات الاتصال عير اللعطي، فلا بينت وجود العديد من جوانب القصور في هذه النأحيه، وكذلك الحال بالنسبه لمهارة الانتباه المقترن. ستعملت خاصه المنهج التجريبي و اهملت المنهج الإكتينيكي، توصلت البعض منها إلى وجود علاقته بين انخفاض بعض مهارات الاتصال غير اللفظي خاصه الانتباه المعترن و بعض المهارات و القدرات الاخرى،



**الفصل الثاني :  
المعاش النفسي**

**تمهيد:**

منذ القديم يسعى الإنسان إلى فهم نفسه و إلى فهم طبيعة سلوكه و دوافعه ، و في الوقت الحالي أكثر من أي وقت مضى لذا فهو يدرس كل حالاته النفسية المختلفة من فرح و حزن أو أمل أو يأس أو تعقل أو انفعال أو خوف أو اطمئنان أو توافق أو عدم توافق وأن هذه السلوكات و الحالات النفسية تشكل ما يسمى بالمعاش النفسي.

❖ و كما يعرفه فرويد حسب النجاتي على أنه: " مجموع المشاعر والأحاسيس التي يشعر بها الفرد، عندما يكون في حالة نفسية ما، و عادة يعيش تجربة تنتج عنها مجموعة من ردود الأفعال، و التصريحات اتجاه المثير الذي أثار هذا المعاش.

(سيغموند فرويد ترجمة عثمان النجاتي، "1985: 18)

❖ و يعرف المعاش النفسي حسب "دانون بوالو ( 1984 ) بأنه: " مجموعة الأحداث المسجلة في مجرى حياة الفرد، و التي تسجل آنيا من طرف الوعي الذاتي ، و تعتبر هذه الأحداث الخاصة الهامة للتجربة المعاشة، و ما يترتب عنها."

و نجد أن هذا التعريف يركز على أهمية الأحداث الجارية في حياة الفرد باعتبارها أساس المعاش النفسي للفرد.

❖ و ترى "بلعروسي" (1996) أن معرفة معاش الفرد هي معرفة الطريقة التي يعيش بها الفرد في وضعية ما، و كيفية تعامله معها، و كيفية طرحه للمشكل.

(مهدي بلعسلة فتيحة، 2003-2004 )

❖ والمقصود بالمعاش النفسي هو كل ما يعيشه الفرد في داخل أعماقه الباطنية ) من مشاعر وأحاسيس ووجدانه ، أو هو الصورة التي يعيشها الفرد مع نفسه مما يترتب عليها أحاسيس ومشاعر تنعكس على سلوكه وهو أيضا (الكيفية التي يعيشها بها الفرد مع ذاته، وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف، وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة،

والشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها.

(سميح عاطف الزين، ، 1991: 213)

❖ ويعرفه "sureau" على أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعية التي يعيشها الفرد في حياته، هذه الوضعية سواء كانت دائمة أو مؤقتة .

(زرزوم خديجة، 2006: 1)

### 1-محددات المعاش النفسي:

#### أ-المحيط النفسي الداخلي للفرد:

ويتضمن الفرد وما ينطوي عليه بناؤه النفسي من دوافع خبرات وقيم وميول قدرات وعواطف.

#### ب-المحيط الخارجي:

ونقصد به كل ما يحيط بالفرد من بيئة طبيعية وبيئة اجتماعية ( الأسرة ،المدرسة، العمل ، واحداث حياة...الخ)

### 2-أنواع المعاش النفسي: وينقسم إلى نوعين:

#### أ-المعاش النفسي الايجابي:

ويتمثل المعاش النفسي الايجابي ( جملة المشاعر والأحاسيس والانفعالات السارة وما يصاحبها من تصورات وأحكام ايجابية بخصوص الذات أو الآخرين أو الحياة بصفة عامة ) كنتيجة للتكيف وللتوافق النفسي الذي يحققه الفرد من خلال سلوكه وطريقة معالجته للمشكلات، ليكون أكثر فعالية مع الظروف والمواقف الاجتماعية، ويبرز على شكل مشاعر

إيجابية :الشعور بالسعادة والتقبل، والرضا، تحقيق الذات والاستقلالية والشعور بالانتماء والأمن.

### ب- المعاش النفسي السلبي:

وتتمثل أهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر والأحاسيس التصورات المرتبطة بها والتي تظهر في العديد من الأشكال : كالقلق والإحباط والاكتئاب والأسى وعدم الرضا والدونية وغيرها..

وسنقتصر في دراستنا هذه على الاضطرابات النفسية التي يعيشها الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد من قلق ، اضطرابات المزاج (البكاء، العناد) ومدى مستوى التوافق النفسي لديه وكذا مدى تعايشه مع الإضطراب و الإستجابة للحالة التي هو فيها وذلك لعمومية المعاش النفسي و اتساعه و كيفية التعامل معه.

### أولا : القلق :

#### 1 - تعريف القلق:

#### أ- لغويا:

يقال قلق، قلقا: اضطراب، انزعج فهو قلق و مقلق ، أقلقه أي أزعجه تعادل كلمة في. (angoisse) وبالفرنسية (angoisse) اللاتينية و بمعنى وضعية محرجة أو ممر ضيق و

صعب

( silleny،1980، :71 )

ب- اصطلاحا:

❖ و يعرفه "فرويد" على انه علاقة مع حدث صدمي خارجي حيث ينجر إثارة مفرطة مهددة للانا فتنج صدمة تشبه صدمة الميلاد و الانفصال عن الأم . كما أن القلق يشكل مؤشر خطر بالنسبة للانا إذ يجذره من الأخطار المتوقعة سواء كانت داخلية أو خارجية .

(سيجموند فرويد، 1989 : 35)

❖ و تعرفه "فوزي ايمان سعيد" : "انه خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر، أو التهديد أو أنها توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثا خطيرا يوشك أن يحدث معه .(فوزي ايمان سعيد، بدون سنة،:23).

❖ ويعرفه "ويرنر" : "على انه حالة من الإثارة العاطفية تظهر عقب إدراك الاثارات . او من خلال تمثيلات عامة لخطر فيزيولوجي أو تهديد نفسي و كذلك يعتبره على انه توتر و انشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم و يكون مصحوب بأعراض جسمية كالآم العضلات و الشعور بعدم الاستقرار و الطمأنينة، ( Werner ،1995، P57 ).

❖ كما يعرفه "احمد عكاشة" : بأنه شعور غامض غير سار بتوقع الخوف و التوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات يأتي في نوبات تتكون في نفس الفرد .

(احمد عكاشة، 1979 : 26).



❖ وعرفه "دورون": القلق على انه حالة وجدانية تتميز بعاطفة و بانشغال البال و

فقدان الأمن، اضطراب منتشر نفسي و جسمي و توقع خطر غير محدد يقف الفرد

أمامه عاجزا.

( doran roland، 1991، : 87)

و من التعاريف السابقة و رغم اختلاف آراء الباحثين و المفكرين في إعطاء تعريف موحد

وشامل للقلق لتعدد جوانبه فإننا نستخلص عن طريق تعريف إجرائي شامل لهذا المفهوم :

"انه حالة نفسية يصاحبها التوتر الزائد مع توقع حدوث خطر مجهول المصدر لموقف ما ، قد

يسبب له انفعالات يعبر عنها بالخوف و الخشية من تهديد غير معلوم".

## 2-انواع القلق:

### أ-القلق الموضوعي:

و يطلق عليه أيضا اسم الواقعي أو القلق السوي و يؤكد علماء النفس على أن هذا القلق

يحدث في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل : القلق المتعلق بالنجاح أو بالصحة

أو انتظار نبا هام

(عبد الرحمان الوافي ، 2007 : 256).

وكذلك يمكن القول على هذا النوع من القلق انه اقرب إلى الخوف و ذلك أن مصدره يكون

واضحا فالفردمثلا : يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان .

(حنان عبد الحميد العناني، 2000 : 113)

### ب- القلق العصابي:

هو قلق مصدره داخلي و يشير إلى الإدراك بالخطر من الغرائز و هو خوف مما قد إذا فشلت شحنات الأنا المضادة في وضع الشحنات الغرائزية الموضوعية و أسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة و يعيق التوافق و الإنتاج العصابي و يميز فرويد بين ثلاث أنواع القلق العصابي : قلق الطليق الهائم ، قلق المخاوف المرضية ، قلق المهستيريا . (سيجموند فرويد ، 1989 ص

(15-16)

كما انه يسمى بالقلق الداخلي المنشأ و هو حالة مرضية و يبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعدادوراثي له و يبدأ عادة بنوبات بالقلق الدائم يأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر.

(مصطفى القمش ، 2007 : 256)

### 3-اعراض القلق:

#### 1- الأعراض الجسمية:

و تشمل الضعف العام و نقص الطاقة الحيوية و قلة النشاط و المثابرة و توتر العضلات والأزمات العصبية الحركية: كرمش العين و التعب و الصداع المستمر و كذلك تصيب العرق و ارتعاش الأصابع.

### 1-1 أعراض مرتبطة بالجهاز القلبي الدوري:

و تتمثل في الآلام العضلية في الناحية اليسرى من الصدر ، ارتفاع ضغط الدم ، سرعة دقات القلب والنبض .

(مصطفى قمش، 2007، : 259)

### 1-2 أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي:

و تتمثل في فقدان الشهية أو عسر الهضم التقيؤ والغثيان، والإسهال والإمساك.

### 1-3 أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي:

و تشمل هذه الأعراض على ضيق الصدر و سرعة التنفس و تكون على شكل تنهدات مع الشعور بعدم القدرة على التنفس في بعض الأحيان هذا يؤدي إلى الإغماء.

### 1-4 أعراض مرتبطة بالجهاز البولي و التناسلي:

و نذكر منها كثرة البول عند الانفعال الشديد و أحيانا العكس و عند المرأة يحدث البرود الجنسي واضطرابات في الطمث و آلام عند حدوثه

(حامد الزهران، بدون سنة، : 400 )

### 1-5 أعراض متعلقة بالجهاز العضلي:

يشكو معظم المرضى من آلام مختلفة في الجسم كآلام الساقين و الذراعين و الظهر و فوق الصدر ولطالما تناول بعض هؤلاء المرضى أدوية الروماتيزم مع أن أعراضهم نفسية بحتة.

(خليل فرحة ، 2000 ، ص 119)

## 2- أعراض نفسية:

نجد منها الشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر و سهولة الاستشارة والهيجان و عدم الاستقرار و الخوف الذي يصل إلى درجة الفزع و ضعف القدرة على العمل و الإنتاج والانجاز و سوء التوافق الاجتماعي و المهني يصل إلى السلوك العشوائي غير مضبوط و كذلك ضعف القدرة على التركيز الذهني أو سيطرة الأفكار المثيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية

( فاروق عثمان ، 2001 ، : 189 ) .

## 4-أسباب القلق:

### 1- أسباب وراثية:

و قد أثبتت دراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة حيث افترض أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا يسبب المرض و قد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين بين الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة اكبر من احتمال إصابة مما أن لا تربطهم صلة قرابة من المرضى .

(مصطفى قمش ، 2007 ، : 266)

## 2- أسباب جسمية:

يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة و الحادة كالسرطان و الداء السكري الربو و القلق وأيضا قد يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي و الخلل في الوظائف العصبية و العوامل الكيميائية داخل الجسم .

(جاسم المرزوقي ، 2008 : 51 )

## 3- أسباب نفسية:

أثبتت الدراسات النفسية و الإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق قد ينتج عن صراع النفسي أو قد يكون نتيجة التهديدات و الخوف

(حنان العناني ، 2000 : 12)

## 5- النظريات المفسرة للقلق:

## 1- نظرية فرويد:

تركز على التنبيه الزائد الناتج عن إعاقة الدفاعات الحسية ، ثم عدل فرويد نظريته فيما بعد معتبرا أن القلق رد فعل لحالة خطر يواجهها هي صدمة الميلاد لأنها انقطاع مفاجئ عضوي و يتجدد القلق ثانية حين يتعرض الطفل لخطر آخر : يتمثل في غياب أمه عنه لان غيابها

يعني انقطاع في إشباع حاجاته الضرورية و هكذا فان فرويد يشدد على أن القلق استجابة لمثير مهدد و خطر يمر به الفرد خلا لمراحل النمو منذ البداية .

## 2- نظرية ادلر:

حيث يقول أن فكرة الشعور بالنقص تتضمن على معنى القلق حيث أن الطفل الصغير يشعر عادة بضعفه و نقصه و عجزه بالنسبة إلى أشقائه الكبار ووالديه و الأشخاص البالغين و الإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص أو القلق بتقوية روابطه الاجتماعية

## 3- نظرية روبرت مالموم:

و قد وضع نظريته عن القلق بوصفه تنبئها زائدا على أساس هذا الافتراض أن القلق الإكلينيكي يعد مرضا خاصا بزيادة التنبئ و الإثارة و التعرض الزائد زمنا طويلا للتنبئ المنشط يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الفرد على عدم التنشيط .

(محمد قاسم عبد الله ، 2001 : 178 )

## 4-النظرية السلوكية:

حيث يعتبر القلق عندهم خبرة غير سارة و مصدره يمدنا بأساس داخلي و أي خفض للقلق ينظر لها لأهمية الكبيرة فالتعلم الشرطي عند بافلوف يمدنا بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي و الذي يتميز بالصفات التالية:

-السلوك العصاب يتميز بالقلق و هذا ضمن العقاب من أي نوع كان.

- السلوك العصبي نتيجة ضغط و توتر و صداع.

- السلوك العصبي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير

الاجتماعية.

### 5- نظرية كارل يونغ:

يعتبر القلق كرد فعل يقوم به الفرد حينما يفرز عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن

اللاشعور الجماعي فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور أن الإنسان يهتم عادة

بتنظيم حياته على الجماعي الغير المعقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية و

يعتقد يونغ أسس معقولة منظمة و أن ظهور المادة غير معقولة في اللاشعور الجماعي يعتبر

تهديدا لوجوده.

(فاروق السيد عثمان 2000: 22)

### 6- تشخيص القلق:

يحدد الدليل DSM 4 معايير التشخيص لكل نوع من الأنواع اضطرابات القلق. إذا لم يتم

الوفاء بهذه المعايير لمدة 6 أشهر على الأقل، ويجوز في التشخيص.

ان تشخيص اضطرابات القلق كثير ما تتعايش مع غيرها من اضطرابات نفسية، قد يكون

تحديا.

قراءة 62 في المائة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم على سبيل المثال،

ترافق اضطراب الهلع أو اضطرابات الاكتئاب.

كذلك يجوز أن يرافق الشرط مع تعاطي الكحول أو المخدرات.

وتشمل "معايير DSM 4-TR المعمم اضطرابات القلق:

وجود القلق المفرط تجاه الأحداث أو الأنشطة التي تحدث في معظم الأيام لمدة 6 أشهر على

الأقل يفقد السيطرة على حدة القلق.

ثلاثة على الأقل من الأعراض بما في ذلك ضيق الصدر أو منطقة، التعب، عدم

التركيز، والتهيج، ومشاكل التوتر والنوم العضلات تدخل كبير من الأعراض الاجتماعية

والعمل المتصلة بالأداء أو يؤدي إلى ضائقة كبيرة لا اضطرابات المزاج أو مشكلة نفسية

أخرى.

<http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseas>

[emanagement/](#) •

[psychiatry-psychology/anxiety-disorder/](#)

7-علاج القلق:

1- العلاج السلوكي:

يتمثل في تدريب المريض على عملية الاسترخاء ، و بعد ذلك يقوم المنبه المثير للقلق بدرجات

متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق و الانفعال و إذا لم يتحقق الشفاء قد نضطر

إلى استخدام العقاقير المهدئة و الصدمات الكهربائية .

(حنان العناني ، 2000 : 121 )



كما أن السلوكيون يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من الأكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا في ازالة الحساسية ، و ادخلها أول مرة البروفيسور "ولب" 4985مبدا اشراطي اسماء الكف المتبادل حيث قام بإحداث استجابة مضادة للقلق بوجود المثيرات المستدعية للقلق ، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام اوجزئي

(صالح قاسم حسين ، 2008 : 179)

كما أن العلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج يشمل وسائل مختلفة إذ تقوم على أساس الافتراض بان الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية ، و من اشهر هذه الأساليب نجد:

أ- ازالة الحساسية بطريقة منظمة :

ان ازالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء المسبق للعضلات و تكون المواجهة اولا في الخيال ثم في الواقع فيما بعد.

ب- العلاج بالتعويض او المواجهة:

أصبح شعار العلاج بالتعويض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد و الطويل المتكرر الذي لا مهرب منه حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل في الأمراض.

### ث- المحو أو الإطفاء:

و يشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجياً من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي .

(مصطفى القمش ، 2007 : 271)

### 2- العلاج المعرفي:

يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير منطقية لدى المريض و نقدها يقنع من خلاله الفاحص المفحوص بأنها أفكار خاطئة و غير منطقية و باعتبارها محور حياته و تعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات قي الشخصية ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية

(حنان العناني ، 2000 : 122)

### 3- العلاج الكيميائي:

و هنا يعطي المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على تقليل التوتر العصبي ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي أما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير و ذلك تحت إشراف الطبيب المختص و يجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة و ذلك بهدف منع حدوث الإدمان .

### 4- العلاج الاجتماعي:

يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن مثيرات المسببة لآلامه و انفعالاته و كثيرا ما ينصح بتغيير الوسط الاجتماعي و العائلي كما يمكن مساعدة المجتمع المريض على

التغلب على المرض و إعادة تكيفه من جديد في حياته من خلال جو مناسب في المنزل يسوده الحب و التفاهم فهذا يشعره بالارتياح و يحسسه بالأمان و يخفف من شدة الآلام التي يعانيتها

(لطفي الشربيني ، 2010 : 75-122)

### 5- العلاج الكهربائي:

تشير التجارب إلى أن الصدمات لا تفيد لعلاج القلق النفسي إلا إذا كان مصحوب بأعراض اكتسابيه وهنا سيختفي الاكتئاب و المنبه الكهربائي يفيد أحيانا في الحالات المصحوبة بأمراض جسمية.

(حنان العناني، 2007، 123)

### 6- العلاج التحليلي:

يرى فرويد بان للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية حيث يقول بأنه عملة متداولة تمثل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت و يهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور.

(فاروق السيد عثمان، 2008 : 212)

ثانيا: اضطرابات المزاج (البكاء, العناد)

I-العناد:

## 1- تعريف العناد :

العناد كسلوك طبيعي مقبول يظهر في السنوات الأولى من حياة الطفل حيث يرى "زكريا الشربيني" أن بوادر العناد تظهر بعد سن السنتين من العمر، حيث يصبح الطفل متمتعا بقدر من الاستقلالية، نتيجة نمو تصوراته الذهنية، فيرتبط العناد بما يجول في رأسه من خيال ورغبات، قد تتعارض مع رغبات الكبار فيحدث التصادم. وعادة ما يكون العناد وسيلة مؤقتة يستعملها الطفل لتحقيق مقاصد آنية وسرعان ما يتخلى عنه حالما يحققها. لكن عند البعض من الأطفال يكون نمطا متواصلا وصفة ثابتة في سلوكهم وشخصيتهم وتكون قوية بدرجة غير طبيعية، ويعتبر في هذه الحال جذورا لنوع من اضطرابات الشخصية السلبية العدوانية.

\* يرى "ال شربيني" أن العناد في السنوات الأولى من عمر الطفل يعد سلوكا طبيعيا ووسيلة مؤقتة، وهو دليل على النمو ال سليم لشخصية الطفل، وقد لا يعني به الطفل المعارضة، بقدر ما يرغب من خلاله في أن يستكشف ما حوله من الشخصيات الأخرى المحيطة به؛ لكنها إن استمرت مع الطفل إلى ما بعد هذه المرحلة وكانت مصحوبة بأعراض الغضب، والتخريب، والأنانية المفرطة، والاعتداء على الآخرين فقد خرجت عن الحدود الطبيعية لها، وتحتاج إلى اهتمام، و أخذ الإجراءات اللازمة لأن الأعراض المصاحبة تنم عن أزمة يحتاج الطفل للمساعدة لتخطيها كي لا يصل به الحال إلى أمراض نفسية قد يصعب علاجها

(زكريا الشربيني،، 2001: 43).

\*العناد سلوك يعبر عن نزعة عند الفرد إلى مخالفة الوالدين أو الكبار، وتأكيد مواقف له تتناقى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، إنه تأكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعا عدوانيا تجاه الوالدين أو الكبار، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم

(نبيلة الشوريحي،، 2003: 122).

\*تعرفه منى البيطار(2002) على أنه العصيان على ما يوجه للطفل من طلبات وأوامر، فيظهر احتجاجه عليها ويظهر ذلك سواء في المدرسة على مدرسيه أو المنزل على أسرته، حيث يكون في صورة جدال ومعارضة على كل الأوامر

(محمود حسن،، 2013، :57)

\*إن العناد وتمرد الطفل ظاهرة نفسية يتبعها الطفل لتحقيق حاجة معينة قد تمثل هدفا ظاهريا أو غير معلن، لذلك فإن البحث عن أسباب هذا السلوك وعن الغاية التي يهدف الطفل لتحقيقها إجراء إتباعه له هو أمر مهم لعلاج. وقد يكون أحيانا هو جلب انتباه الوالدين أو الآخرين لحصوله على الثناء منهم والإطراء ج ا رء قدرته على التحمل والمقاومة وقد يكون الأمر نوعا من الرغبة في إظهار الشخصية واب ا رز عنصر الاستقلال عن الوالدين واثبات قدرة الطفل بأنه قادر على الاختيار والفعل والحركة دون والديه وقد ينجم الأمر عن ضيق يساور الطفل نتيجة التدخل المستمر في شؤونه الحياتية اليومية ورغبته في اتخاذ زمام أموره بيده (خالد عز الدين،، 2009، :79-80)

## 2- أنواع العناد: للعناد ثلاث أنواع:

1- العناد العرضي: وهو آني يحدث على فترات متقطعة وهذا النوع الطبيعي جدا يحدث

للجميع حينما يتقلب المزاج

2-العناد المتكرر: وهو العناد الذي نحن بصدده وفي هذه الحالة يكون الرفض والإصرار

للتوجيهات بشكل متكرر ودون مبرر مقنع

3- العناد المرضي: هذا قليل جدا وهو العناد الذي يصاحبه حالات نفسية وعصبية وهذا

يحتاج إلى أخصائيين ونفسانيين لمعالجة الحالة

## 3- مظاهر العناد:

● رفض الأوامر والنواهي

● الإصرار على ممارسة سلوكيات غير لائقة ومتصادمة مع مصلحة الأسرة.

- انتهاك حقوق الآخرين
  - التفرد في الرأي
  - يمتنع عن الطعام أو الكلام ليفرض رأيه على والديه
  - كثرة المشاكسة لا سيما الطلبات غير معقولة وليست في مقدوره
  - التمادي في الرفض فإذا طلبنا منه أن يخفض من صوته فسيعليه وإذا طلبنا منه أن يتناول الطعام
  - فسيمتنع
  - الغضب لأتفه الأسباب
  - الإلتأخر في إنجاز المهام وعدم تأديتها بإتقان .
- (بدر محمد ملك وآخرون، ب س،: 6/2).

#### 4- أشكال العناد:

- التحدي الظاهر: بحيث يكون الطفل مستعدا لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في ثورة غضب
  - للدفاع عن موقفه.
  - شكل المقاومة السلبية: حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويتجههم ويصبح حزينا أو يشكو ويتدمر من
  - أن عليه أن يطيع أو يمتثل لحرفية التعليمات.
  - نمط العصيان الحاقد: ويؤدي إلى قيام الطفل لعمل عكس ما طلب منه تماما.
- (محمود السعيد راوي حسن،، 2013 : ).

### 5- أسباب عناد الطفل:

رغبة الطفل في تأكيد ذاته.

- تغيير حركة الطفل ومنعه من اللعب ومزاولة ما يجب من نشاط.
- إرغام الطفل على إتباع نظم معينة في المعاملة وآداب الأكل والحديث وغير ذلك.
- غياب أحد الوالدين أو كلاهما فالطفل الذي يحرم من والديه مند الصغر لا يجد من يتحدث معه

ليتعرف على الحياة والعالم المحيط به وبذلك يتأثر نموه وتتأثر علاقاته الاجتماعية والعاطفية بذلك كثيرا وكما أن غياب الأم عن الطفل لمدة طويلة تشعره بالإهمال وتؤثر على نموه فيلجأ إلى

العناد والمشاكسة ويظهر ذلك من نفور من الآخرين وتزداد مخاوفه ولا يستطيع الاعتماد على ذاته.

- حالات الإحباط والتوتر والقلق التي تعترى الطفل وتؤدي به إلى العناد المستمر مثل إحساس الطفل بعدم حب أمه له من حيث الاهتمام والرعاية مما يفقده راحته النفسية نتيجة فرض قيود مشددة على سلوكيات الطفل، وأكله، ملبسه... إلخ

(خالد عز الدين،، 2009: 81).

الأسلوب المتذبذب بين اللين والقسوة المتبع من قبل الوالدين، مما يجعل الطفل في حيرة من أمره، فلا يعد يستطيع التمييز بين ما هو حق له، وما ليس له به حق، فيعبر عن عدم هذا الاستقرار

النفسي بالعناد والرفض

(محمد أيوب شحيمي،، 1994 : 86/85)

### 6- تشخيص اضطراب العناد وفقا للدليل التشخيصي الخامس:

يوجد نمط من الغضب والتوتر المزاجي والسلوك الجدلي/المتحدي، أو الانتقامية التي تدوم 6 أشهر على الأقل مع توفر ما لا يقل عن أربعة أعراض من أي الفئات التالية وظهرت خلال التفاعل مع شخص واحد على الأقل.

(عادل محمد الصادق 2014 : 13/12 )

## II-البكاء :

### 1- التعريف :

البكاء سلوك فيه يذرف الطفل الدمع وينتحب، الخ ، ويصبح هذا السلوك مثيرا للقلق عندما يستعمل بشكل مفرط كطريقة للحصول على الاهتمام من الكبار، وليس كرد فعل للألم أو الغضب أو الإحباط أو الحزن أو أي انفعالات أخرى.

### 2- تحديد السلوك :

يبكي الطفل كثيرا على الرغم من أنه لا يوجد ما يستدعي ذلك. هنا لابد من ملاحظة السلوك بانتباه، أمض بعض الوقت في مراقبة الطفل لتحصلي على تبصر أكثر عن سلوك البكاء عند هذا الطفل. لا حظي :

#### أ- متى يبكي الطفل

- الاحتمالات: غير معروف. ترى في أي وقت خلال اليوم ؟
- الاحتمالات: في وقت مبكر، بعد قليل من وصوله للمدرسة.
- في وقت متأخر من النهار، في وقت عودته للبيت.

(خالد خليل الشخحي، 2005 : 83 )

- عند اقتراب وقت القيلولة .
- في وقت اقتراب موعد الطعام.
- خلال أوقات النشاطات المعدة أو تلك التي تديرها المعلمة



- خلال أوقات النشاط الاختيارية. وخلال اللعب في الخارج.
- خلال وقت التنظيفا.
- عندما تنتهي النشاطات المقررة.
- خلال الأوقات الانتقالية بين الحصص.
- خلال وقت الذهاب للحمام.

### ب- ماذا يحدث قبل أن يبدأ الطفل بالبكاء ؟

- طفل آخر لديه ما يريده هذا الطفل.
- طفل آخر يأخذ منه شيئاً . طفل آخر أو عدة أطفال لا يسمحون له بمشاركتهم اللعب.
- يدخل الطفل في عراك لفظي أو جسمي مع طفل آخر.
- لا تجيب المعلمة على سؤال الطفل-
- المعلمة تقول للطفل "لا" . عند مغادرة والد أو والدة الطفل.
- الطفل غير قادر على إنهاء نشاط ماء
- يمنع الطفل من المشاركة في نشاط ما
- لا يريد الطفل المشاركة في نشاط ما.
- يشكو الطفل من ألم أو جرح
- يسقط الطفل أو يتعثر ويؤذي نفسه.
- لا يوجد سبب واضح مثير أو محرض للبكاء

### ج- ماذا يفعل الطفل عندما يبكي ؟

- يتوقف الطفل عن البكاء عندما تعالج المشكلة (كان يأخذ ما بكى الطفل لأجله).
- يستمر الطفل في البكاء حتى عندما يعطي ما يريده.

- يتوقف الطفل عن البكاء عندما تحمله المعلمة وتسأله عما به . . لا يتوقف الطفل عن البكاء إلا بعد أن تحضنه المعلمة لفترة.
  - يقاوم الطفل أي محاولة من الكبار لاحتضانه أو تهدئته.
  - يتكلم الطفل عن سبب بكائه كأن يقول " أريد أمي" . . لا يقول الطفل للمعلمة عندما تتحدث معه بشكل معقول
  - لا يستجيب الطفل للمنطق.
  - يبكي الطفل أكثر كلما تحدث معه أحد. استعملي هذه الملاحظات لتساعدك على إيجاد أفضل طريقة للتعامل مع الطفل للتخلص من سلوك البكاء بدون سبب.
- ( نفس المرجع السابق ، : 84-85 )

### 3- نتائج البكاء :

يعتبر البكاء وسيلة للاتصال خصوصا في مرحلة الطفولة المبكرة، وخلال نموه في مرحلة الطفولة المبكرة يكتسب الطفل المزيد من القدرة على التحكم ويكتشف طريقة أخرى للتعبير عن رغباته. واللغة هي اهم بديل للبكاء يتعلمه الطفل الصغير، غير أن البكاء يستمر كوسيلة اتصال لمعظم الناس، ففي الطفولة المبكرة يستعمل البكاء كثيرا للتعبير عن الألم والغضب والخوف والإحباط والحزن وانفعالات أخرى. ولكن يحدث أحيانا أن يفرط طفل في استعمال البكاء، ويحدث هذا عندما يفشل الطفل في الحصول على اهتمام وانتباه الكبار بالطرق العادية، فيجد الطفل أنه بالبكاء يفلح في الحصول إلى اهتمام الأبوين والآخرين، ومن السهل أن يتشكل نمط مثل هذا بسبب ظروف كهذه، فالطفل يريد اهتمام الكبار ويحاول يف الحصول عليه بالكلام ولكنه يفشل، فيلجأ إلى البكاء ويحصل على الاهتمام ولهذا فهو يعزز البكائه، وإن حدث هذا مرات كافية يصبح البكاء وسيلة مهمة للاتصال، ويبكي الأطفال في الروضة في كثير من الأحيان لأسباب حقيقية ولكن قد يكون كذلك كوسيلة لطلب الاهتمام، لذا من المهم التفريق بين هذين النوعين من الأسباب، فإن بكى الطفل بسبب الخوف أو الوحدة أو الألم أو الإزعاج فمن المهم معالجة المشكلة أو مساعدته على التعامل

معها، أما إن بكى الطفل لجلب الانتباه فهناك حاجة لطريقة أخرى، لأنه إن استمرت المعلمات في التعزيز باهتمامهن فإن البكاء سيستمر .

( نفس المرجع السابق ، : 85-86)

#### 4- بدائل البكاء :

الآن البكاء لا يستخدم دائما للاستحواذ على الانتباه فمن المهم معرفة سببه التعالج المشكلة ، فإذا كان الطفل لا يبكي عادة فمعناه هناك سبب مهم لبكائه عندما يبكي وحتى عندما يبكي الطفل كثيرة في الصف فلا يعني هذا دائما أن الطفل يسعى للحصول على الاهتمام فقط. ادرسي المواقف التالية:

قد يكون دخول الطفل إلى المدرسة بحد ذاته خبرة مثيرة للألم فبعض الأطفال يلجئون إلى البكاء لبعض الوقت بعد أن تبدأ المدرسة. لذا من المهم مساعدة الطفل لكي يتجاوز هذه المشكلة ويشعر بالراحة في المدرسة وبالتالي يستفيد من وجوده هناك، وربما كان على احد الوالدين البقاء مع الطفل لعدة أيام في البداية إلى أن يتعرف على البيئة الجديدة والمعلمات بشكل أفضل، ويحتاج الأطفال المستجدين على المدرسة أن يطمئنوا أنهم لم يهجروا من قبل أسرهم وانهم بعد المدرسة سيرجعون إلى البيت، وقد يكون هناك حاجة إلى تكرار هذا التطمين عدة مرات.

والطفل الذي يبكي لجزء من النهار عندما يبدأ في أول الأمر هو فعلا طفل مكروب، فلا تتجاهلي هذا النوع من البكاء، حاولي أن تريحي هذا الطفل وتطمئنيه بالتكلم معه والاهتمام به واحتضانه وساعديه على الفهم بأنه لم يهجر من قبل أسرته، وقد يلجأ الطفل في محاولته التغلب إلى القلق إلى التعلق بك كبديل عن والديه، وقد يكون هذا التعلق ضروريا لبعض الوقت ولكن يجب أن يزهد به متى شعر الطفل بالاطمئنان في المدرسة. وفي معظم الحالات تتناقص الحاجة إلى التعلق بالمعلمة عندما يتزايد استمتاع الطفل بالنشاطات المدرسية والتفاعل مع الأتراب. . إذا كانت ظاهرة البكاء حديثة نسبيا عند الطفل، فحاولي معرفة فيما إذا حدث تطور جديد في محيط الأسرة سبب ذلك فولادة طفل جديد، أو وفاة أحد أفراد الأسرة، أو طلاق الوالدين أو أي مصدر آخر للتكدر قد تسبب القلق، وهذا يجعل الطفل

أكثر قابلية للانزعاج الانفعالي مما يقود إلى البكاء المتكرر، تحدثي مع الوالدين لتسقي معهم طريقة العمل المساعدة الطفل في التعامل مع ما يزعجه، فالطفل في هذه الحالة يحتاج إلى دعمك واهتمامك. . يتعرض بعض الأطفال لعدد فائق من الحوادث تؤدي إلى البكاء، ولكن من المحتمل أن يقوم طفل بحادث مقصود من أجل الحصول على الاهتمام، فراقبي الطفل عن كثب لتمكيني من التفريق بين الحوادث الحقيقية والمفتعلة. كوني واعية للمشاكل الحركية أو الحسية الإدراكية التي قد تؤدي إلى عدد كبير من الحوادث.

(نفس المرجع السابق : 86-87)

إذا كان الطفل يبكي كثيرا لأنه يؤدي في المواقف الاجتماعية فاعلمي على تحسين تقبله الاجتماعي بدلا من العمل على تقليل البكاء. راجعي فصل السلوكي العدواني إذا لم تصف أي من الموقف التي ذكرت سابقا الظروف التي فيها يبكي الطفل باستمرار واستنتجت بأن البكاء إنما هو للحصول على اهتمام الكبار اتبعي البرنامج التالي:

#### 5- تحديد الهدف :

الهدف هو أن يقلل الطفل من البكاء بحيث لا يبكي إلا حين يبرر الموقف ذلك، وليس كوسيلة للحصول على الاهتمام.

\*الآن ما الإجراء.

لتتخلصي من سلوك البكاء الساعي للاهتمام استعملي البرنامج التالي : تجاهلي الطفل عندما يبكي

• أعطي التعزيز والاهتمام عندما لا يبكي الطفل.

\*قاعدة بيانات:

امض ثلاثة أيام في جمع المعلومات التشكيل خلفية. ضعي علامة على ورقة كل مرة يبكي فيها الطفل، وفي نهاية كل يوم ضعي المجموع في رسم حفظ السجل، وستساعدك هذه المعلومات على قياس التحسن.

(نفس المرجع السابق : 88)

## 6- برنامج العلاجي :

متى ما أنهيت جمع بيانات الخط القاعدي فأنت على استعداد لتطبيق البرنامج، وحتى يكون البرنامج فعالاً فعلى جميع المعلمات التقيد به.

تجاهلي البكاء. متى ما قررت أن البكاء هو أحد وسائل الطفل للحصول على الاهتمام، فإنه يمكنك تغيير هذا السلوك بإزالة الاهتمام. فالبكاء يستمر لأنه يعزز من خلال اهتمام الكبار. ويمكن إبطال هذا النمط إذا أزيل الاهتمام

تماماً. اتبعي الآتي عندما يبكي الطفل. • القمي نظرة سريعة على الطفل لتتأكدي أنه ليس مجروحة. وإذا لم تكوني

متأكدة من سبب البكاء فاقتربي منه لإمعان النظر ولسواله عما هي المشكلة. • إذا قررت أن هناك سببة حقيقية للبكاء فعالجي المشكلة وطمئي الطفل.

ولكنك قد لا تجدين سببا حقيقيا إن كان الطفل قد تعود على البكاء للحصول على الاهتمام إذا استنتجت بأن الطفل يبكي من أجل الحصول على اهتمامك، ابتعدي عنه سلوك البكاء عند الأطفال

وتجاهليه ولا تنظري إليه ولا توحى له بأن هناك أدنى اهتمام منك واستمري في ذلك طالما هو مستمر في البكاء يمكن أن يكون البكاء مشوشاً للآخرين في الصف. فإن بكى الطفل خلال وقت النشاط الحر فاتركيه حيث هو، وإن أبدى الأطفال الآخرون قلقهم من بكائه وبينوا لك بأن الطفل يبكي فاخبرهم بأنك على علم بذلك. وإذا حدث البكاء أثناء وقت القصة أو الموسيقى أو أي نشاط جماعي آخر، فقد تضطرين إلى إبعاد الطفل من الغرفة، فإن كان بكاءه مشوشاً إلى حد أنه تعذر على الأطفال متابعة النشاط، فرتبي مسبقاً مكاناً يمكن إبعاد الطفل إليه، وتأكدي بأنه لا يحظى باي اهتمام من أحد هناك، قولي له وأنت تبعدينه من الغرفة " لا نستطيع أن نسمع القصة وأنت تبكي بهذا الشكل، ولهذا فسنأخذك إلى خارج الصف، ويمكنك الرجوع عندما تتوقف عن البكاء

كوني على علم بأن الطفل ربما يبكي لمدة أطول وبصوت أعلى في المرات الأولى لتجاهلك السلوك، فائتي على طريقتك هذه لأنه بعد مرات قليلة من التجاهل التام لبكائه فإن الطفل

سينقص بكاءه بسرعة، ولكن من المهم أن يكون تجاهلك تاما خلال الأوقات التي يبكي فيها، فأبي اهتمام في هذه الحالة فإنه يعزز اعتقاد الطفل بان البكاء يجدي في الحصول على اهتمام الآخرين . أنصتي إلى الطفل، ولكن لا تنظري إليه لتعرف متى توقف الطفل عن البكاء

اذهي إلى الطفل حال توقفه عن البكاء وأعطيه اهتمامك الكامل، وقد تقولين له الآن نبحت لك عن نشاط تقوم به، سآتي واجلس معك لبعض الوقت وجهي الطفل نحو نشاط ما وامض بعض الوقت تعملين معه . ربما يعود الطفل للبكاء مرة أخرى بعد أن يشاهدك قادمة إليه بعد أن يكون قد توقف، أخبريه " إنني لا أستطيع التحدث معك وانت تبكي " فإذا توقف مرة أخرى فدعيه يشارك في نشاط ما، وأن استمر في البكاء فابتعدي عنه وتجاهليه حتى يتوقف تماما، (احسبي هذه كحالة واحدة في عدك اليوم). عززي الطفل عندما لا يبكي، اجعلي الطفل يفهم بأنه لن يحظى بالاهتمام منك عندما يبكي، ودعيه يعرف ما أنواع السلوك التي تقدرينها وتتوقعينها منه. وكوني مستعدة لإغداق الطفل بالكثير من الاهتمام عندما يشارك في النشاطات المدرسية بالطرق المتوقعة، أخبريه كثيرا كم أنت مسرورة منه لالتحاقه بلعب بناء وإتباعه التعليمات ولمساعدته في التنظيف ولمشاركته في التفاعل مع أترابه، اغمره بالمديح والاهتمام والعناق واي معززات ملائمة، فالجمع بين تعزيز السلوكيات المتوقعة وتجاهل البكاء سيؤدي إلى تغير سريع في سلوك الطفل عامة. استمري في تسجيل السلوك بيانيا، أحسبي عدد حالات البكاء كل يوم واستمري في تسجيل المجموع لكل يوم في رسم حفظ السجل، ارسمي خطأ عموديا بعد بيانات الخط القاعدي لتفصيلها من البيانات التي جمعيتها بعد بدء البرنامج، تذكري بأن الأيام القليلة الأولى قد تعكس الزيادة في المجموع حيث أن الطفل سيبدل محاولات أكثر للحصول على الاهتمام بالبكاء، ولكن متى ما أدرك الطفل أن بإمكانه الحصول على الاهتمام بطرق ليس البكاء منها فإن ذلك المجموع سيتناقص بسرعة.

**\*المحافظة على السلوك المرغوب:**

عندما يتوقف سلوك البكاء غير الضروري استمري في تعزيز السلوك المقبول بين الحين والآخر، فهدفك هو أن يعرف الطفل أن المتوقع منه أن يستمر في السلوك المقبول وأنك ستعززينه من أجله، وإن حدث البكاء من أجل الحصول على الاهتمام فتجاهليه كما كنت تفعلين خلال البرنامج، فتجاهل السلوك سيزيله مرة أخرى. 1

- ما أسباب بكاء الطفل المزيد من المعلومات :

ما السبب وراء بكاء طفل لم يتجاوز عامه الأول؟

ليست لديه أية مشكلة ، ونفسيته أكثر صفاء من بقية الأطفال، لقد استقبله أبواه بالفرحة الشديدة عندما ولد، وكانت فرحة الأسرة به فوق حدود التصور

الأب يحمله دائما ويلاعبه.. الأم تنفذ له كل مطالبه، وتحمله على ذراعيها طوال النهار.. الأسرة كلها مستعدة لتسليته وبهذا كان الطفل يرفض أن يسلي نفسه كعادة بقية الأطفال، وعندما وصل الى عامه الأول بدا يلح على الأب والأم في طلب أنواع جديدة من التسلية في معظم لحظات النهار واصبح دائم اليقظة لا يهدا ولا ينام كثير المطالب، لا يطيق الجلوس بمفرده في مكان ما...

(نفس المرجع السابق : 88-90)

ثالثا : التوافق النفسي :

1- تعريف التوافق :

تعددت التعاريف التي قدمت للتوافق وذلك حسب اهتمام واتجاه العلماء والباحثين ومن بين

أهم التعريفات نجد:

**\*المعجم الشامل للمصطلحات السيكولوجية والتحليل النفسي : أنجلش، أنجلش**

( 1958 ) يعرف التوافق " بأنه حالة من العلاقة المتآلفة مع البيئة حيث يكون الشخص قادرا

على الحصول على إشباع أكبر قدر من حاجاته وعلى أن يواجه كافة المتطلبات الجسمية والاجتماعية التي تفر نفسها عليه ."

(عبد الحميد شاذلي ، 2001 : 73 )

ويتفق هذا التعريف مع تعريف معجم العلوم السلوكية " لولمان " (1973)و الذي يرى أن التوافق : هو علاقة متسقة مع البيئة تتضمن القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد ،ومواجهة معظم متطلبات الجسمية والاجتماعية التي تفر نفسها عليه.

**\*تعريف لازاروس:**

"التوافق هو مجموعة العمليات النفسية التي تساعد الفرد على التغلب على متطلبات والضغط المتعددة

(رمضان محمد القدافي، 1998 : 109)

يشير هذا التعريف إلى أن التوافق هو عبارة عن العمليات النفسية التي يمكن أن يستعين بها الفرد من أجل مواجهة مختلف المواقف التي يمكن أن يتعر لها.

**\*يطرح العلماء النفس التوافق النفسي على أنه توافق الفرد مع ذاته ، وتوافقه مع الوسط**

المحيط به ، وكل المستويين لا ينفصل عن الآخر وإنما يؤثر فيه ويتأثر به . فالفرد المتوافق ذاتيا هو المتوافق اجتماعيا.



ويضفي علماء النفس بقولهم أن التوافق الذاتي هو قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه وبين أدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدوافع بحيث لا يكون هناك صراع داخلي.

(بلحاج فروجة، 2011:117)

\*يقول صلاح مخيمر أن التوافق النفسي : هو الرضاء بالواقع المستحيل على التغيير (وهذا جمود وسلبية واستسلام) وتغيير الواقع القابل للتغيير (وهذا مرونة وإيجابية وابتكار وصيرورة). ويرى أن عملية التوافق تتضمن إما تضحية الفرد بذاتيته أو تتضمن تثبيت وفرضها على العالم الخارجي فإذا فشل أصبح عصبيا وإذا نجح كان عبقريا.

التوافق النفسي هو مدى ما يتمتع به الفرد من القدرة على السيطرة على القلق والشعور بالأمن والاطمئنان بعيدا عن الخوف والتوتر.

(حامد زهران، 2005: 94/27)

ويشير الباحث "حامد زهران" إلى أن التوافق النفسي هو مرادف للتوافق الشخصي ، يعني السعادة عن النفس والرضا عنها ، وإشباع الدوافع الفطرية الأولية (الداخلية) والدوافع الثانوية المكتسبة (الخارجية)

وبالتالي يعبر عن سلام داخلي ، كما يتضمن التوافق مطالب النمو في مختلف المراحل المتتابعة.

(حامد زهران 1994، :08)

التوافق النفسي كما تعرفه إجلال سرى : هو عملية ديناميكية مستمرة يحاول فيها الفرد تعديل في سلوكه وفي بيئته (الطبيعية والاجتماعية) وتقبل ما لا يمكن تعديله فيها، حتى تحدث حالة من التوازن والتوافق بينه وبين البيئة التي تتضمن إشباع معظم حاجاته الداخلية أو مقابلة أغلب متطلبات بيئته الخارجية.

(إجلال سرى 2000، : 152)

ومن خلال ما سبق يمكن أن نخلص إلى أن التوافق النفسي هو رضا الفرد عن نفسه ، وهو مجموعة السلوكيات التي يسلكها الفرد من أجل الانسجام وتحقيق أهدافه وتظهر في مدى رضا الفرد عن ذاته وقبولاً لآخرين له والخلو من الحزن الذاتي وتقبله لذاته.

## 5-2 معايير التوافق النفسي:

لقد حدد " لازاروس lazarus" وشافر معايير التوافق النفسي كالآتي:

\* **الراحة النفسية** : يقصدون بها أن الشخص المتمتع بالتوافق النفسي هو الذي يستطيع مواجهة العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاهما نفسه وبقراها المجتمع.

\* **الكفاية في العمل** : تعتبر قدرة الفرد على العمل والإنتاج والكفاية فيها وفق ما تسمح به قدراته ومهارته ، من أهم دلائل الصحة النفسية. فالفرد الذي يزاول مهنة أو عملاً فنياً ، تتاح لها لفرصة لاستغلال كل قدراته ، وتحقيق أهدافه الحيوية وكل ذلك يحق له الرضا والسعادة

النفسية.

\* مدى استمتاع الفرد بالعلاقات الاجتماعية : إن بع الأفراد أقدر من غيرهم على إنشاء

علاقات اجتماعية ، وعلى الاحتفاظ بالصدقات والروابط.

\* الشعور بالسعادة : الشخصية السوية هي التي تعيش في سعادة دائمة ، وهي شخصية

خالية من الصراع أو المشاكل.

\* القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية : إن الشخص السوي هو الذي يستطيع

أن

يتحكم في رغباته ، أو يكون قادرا على إشباع بع حاجاته ، ولديه القدرة على ضبط ذاته

وعلى إدراك عواقب الأمور.

\* ثبات اتجاه الفرد : إن ثبات اتجاهات الفرد تعتمد على التكامل في الشخصية وكذلك

على الاستقرار الانفعالي إلى حد كبير.

\* الأعراض الجسمية : في بع الأحيان يكون الدليل الوحيد على سوء التوافق هو ما

يظهر في شكل أعرا جسمية مرضية.

\* اتخاذ أهداف واقعية : الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يضع أمام

نفسها أهداف ومستويات لطموح ، ويسعى للوصول إليها حتى ولو كانت تبدو له في أغلب

الأحيان

بعيدة المنال. فالتوافق المتكامل ليس معناه تحقيق الكمال ، بل بذل الجهد والعمل المستمر في سبيل تحقيق الأهداف

(بلحاج فروجة 2011، : 117، 118)

3-5 أبعاد التوافق النفسي : تتعدد مجالات الحياة ففيها مواقف تثير السلوك والتي تبرز على

مستويات مختلفة ، ولقد اختلفت الآراء حول تحديد أبعاد التوافق النفسي تبعاً لاختلاف نظرة

العلماء والباحثين.

1-3-5 التوافق الشخصي : ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها واشباع الدوافع والحاجات

الداخلية الأولية الفطرية والعضوية الفيزيولوجية والثانوية المكتسبة ، ويضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في المرحلة المتتابعة.

(حامد زهران 1997، : 27)

فالتوافق الشخصي إذن هو التوافق الذي يعبر عن شعور الفرد بالأمان الشخصي ، ويشمل الاعتماد على النفس والإحساس بقيمة الذات وحرية الشخصية والشعور بالانتماء والتحرر

من الميول الإنسحابية والخلو من الأمراض العصبية . وذلك لتحقيق الرضا لنفسه وازلة القلق والتوتر والشعور وبالسعادة.

(حامد زهران2002، :24)

**5-3-2 التوافق الاجتماعي** : ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسيرة المعايير الاجتماعية، والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي، والتفاعلا لاجتماعي السليم والعمل من أجل مصلحة الجماعة، والسعادة الزوجية، مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية

(عبير عسييري2001: 40 )

-إذا فالتوافق هو تكيف الإنسان مع الآخرين، من خلال تقبلهم واحت ارمهم والتفاعل معهم واقامة علاقات اجتماعية سليمة والتخطيط للأهداف لتحقيقها بما يتفق مع أهداف المجتمع.

**5-3-3 التوافق الأسري** : ومعناه مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية ومشبعة بينه وبين أفراد أسرته، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضروري.

(زينب شقير2002، : 05)

وهو السعادة الأسرية والمتمثلة في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالبها وسلامة العلاقات بين الوالدين فيما بينهما وبين الأولاد مع بعضهم البعض ، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع والتمتع بقضاء وقت الفراغ معا.

**5-3-4 التوافق المهني :** يتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد لها علما وتدريباً، والدخول فيها والانجاز والكفاءة والإنتاج والشعور بالرضا والنجاح . ويعبر عنه العامل المناسب للعمل المناسب .

( حامد زهران 1997، :27 )

**5-3-5 التوافق الصحي (الجسمي) :** وهو تمتع الفرد بصحة جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والانفعالية ، مع تقبله للمظهر الخارجي والرضا عنه، وخلوه من المشاكل سليمة العضوية المختلفة وشعوره بالارتياح النفسي تجاه قدراته وامكانياته وتمتعته بحواس، وميلها إلى النشاط والحيوية معظم الوقت وقدراته على الحركة والاتزان والسلامة في التركيز مع الاستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لمهمته ونشاطه.

( زينب شقير 2002، :05 )

#### 5-4 العوامل المؤثرة في التوافق النفسي:

يعمل الفرد دائما على تحقيق التوافق النفسي ، ويلجأ في ذلك إلى أساليب مباشرة وغير مباشرة:

أولاً: التوافق النفسي ومطالب النمو: من أهم عوامل إحداث التوافق المباشرة، وتحقيق

مطالب النمو النفسي السوي في جميع مراحله وبكافة مظاهره (جسيميا، وعقليا، وانفعاليا،

واجتماعيا)

ومطالب النمو هي الأشياء التي يتطلبها النمو النفسي للفرد والتي يجب أن يتعلمها حتى

يصبح سعيدا وناجحا في حياته ، أي أنها عبارة عن المستويات الضرورية التي تحدد خطوات

النمو السوي للفرد.

ويؤدي تحقيق مطالب النمو إلى سعادة الفرد ، ويسهل تحقيق مطالب النمو الأخرى في نفس

المرحلة وفي المراحل التالية، ويؤدي عدم تحقيق مطالب النمو إلى شقاء الفرد وفشله ، وصعوبة

تحقيق مطالب النمو الأخرى في نفس المرحلة وفي المرحلة التي تليها.

ثانيا : التوافق النفسي ودوافع السلوك : من أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي ،

إشباع

دوافع السلوك وحاجات الفرد ، وهذه من أهم العوامل المباشرة لإحداث التوافق النفسي

حيث يعتبر موضوع الدوافع أو القوى الدافعة للسلوك بصفة عامة من الموضوعات الهامة في

علم النفس , لأن الدوافع بطبيعتها الحال هي التي تفسر السلوك.

(نفس المرجع)

ويعتبر السلوك نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية ، وأمثلتها الحاجات الحيوية ، وإشباعها

ضروري لحياة الفرد ، والعوامل النفسية الاجتماعية مثل : الحاجات النفسية (الأمن،

والاجتماع وتأكيد الذات) واشباعها ضروري لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

ثالثا : التوافق وحيل الدفاع النفسي : أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي

وهي وسائل توافقيه لا شعورية من جانب الفرد ، من وظيفتها تشويه ومسح الحقيقة حتى

يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباط والصراعات التي لم تحل والتي تهدد

أمنه النفسي , وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة في النفس واحترام الذات

وتحقيق الراحة النفسية والأمن النفسي

(حامد زهران 2002، :42)

5-5 مؤشرات التوافق النفسي : يمكن إجمال مؤشرات التوافق النفسي وذلك وفقا

للجوانب

التي ذكرت سابقا على النحو التالي :

1-التقبل الواقعي لحدود الإمكانيات.

2-المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة.

3-التمتع بقدر جيد من التوافق الشخصي ، والأسري والاجتماعي.

4-الاتزان الانفعالي ، والقدرة على مواجهة التحديات والأزمات ومشاعر الإحباط والضغط

بأنواعها المختلفة.

5-القدرة على التكيف مع المطالب والحاجات الداخلية والخارجية وتحمل المسؤولية.



- 6-الشعور بالسعادة والراحة النفسية والرضا عن الذات.
- 7-التمتع بالأمن النفسي والواقعية في اختيار أهداف وأساليب تحقيقها.
- 8-الإقبال على الحياة والتحلي بالخلق الكريم.
- 9-معرفة قدرة الناس وحدودها واحترام الآخرين.
- 10-الخلو النسبي من الأعراض المرضية النفسية والعقلية.
- 11-التمتع بالقدرة على التحصيل الأكاديمي الجيد وتنمية المهارات الأكاديمية والمعرفية والاجتماعية

(ليلي احمد وافي, 2006:67)

#### 5-6 النظريات المفسرة للتوافق النفسي:

اهتم العديد من العلماء النفسانيين بوضع نظريات تمثل مجموعة من الاستنتاجات، والتفسيرات حول شخصية الإنسان، ووحدة وتكامل جوانب حياته، وكيفية التداخل والتفاعل بين نواحي الشخصية والعوامل المؤثرة على توافقها النفسي، وفيما يلي استعرض لبع تلك النظريات على النحو التالي:

#### 5-6-1 نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد Freud أن عملية التوافق لدى الفرد غالبا ما تكون لا شعورية ، بحكم أن الأفراد لا تعي الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياتهم ، فالشخص المتوافق هو الشخص الذي

يستطيع إتباع المتطلبات الضرورية بوسائل مقبولة اجتماعيا.

(عبد الحميد الشاذلي، 2001ص105 )

ويعتمد التوافق لدى فرويد على الأنا ، فالأنا تجعل الفرد متوافقا أو غير متوافق فالأنا القوية

تسيطر على الهوا ، والأنا الأعلى تحدث توازنا بينهما وبين الواقع ، أما الأنا الضعيفة

فتضعف أمام الهوا فتسيطر على الشخصية فتكون شخصية شهوانية تحاول إشباع غرائزها

دون مراعاة الواقع أو المثل ، مما تؤدي بصاحبها إلى الانحراف وعدم مراعاة الواقع الذي

ينعكس عليها سلبا ومن تما إلى الاضطراب واما أن تسيطر الأنا الأعلى فتجعل الشخصية

متشددة بالمثل إلى درجة عدم المرونة ، وتقوم بكبت الرغبات والغرائز الطبيعية أو تشعر

بالذنب المبالغ فيه وتؤدي إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق.

(نبيل سفيان 2004 ، : 165)

#### \* تعقيب على النظرية الفرويدية:

ركزت نظرية التحليل النفسي في تصورهما لتوافق على قدرة الفرد لحف التوتر والألم واشباع

الحاجات،والا فهو سيئ التوافق وهذا التصور يهمل دور الفرد في الجماعة والت ازمه بالنظام

القيمي للمجتمع ، فقد أرجعوا أن كل نجاح يحققه الفرد للغريزة ، وبذلك يتم اختزال دور

الإدراك والعقل والقيم الإنسانية، كما أن هذا التصور جعل سلوك الفرد مقترنا باستجابة

تعديل

وفق المتغيرات الخارجية . وسلب منه القدرة على التحكم في المحيط الخارجي ،فجعله طرفا سلبيا في عملية التفاعل الاجتماعي وجعل الفرد أسير غرائزه.

5-6-2 النظرية والسلوكية : يعتبر كل من (واطسون وسكينر) من أشهر مؤسسي هذه

المدرسة

والتي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق ما هي إلا أنماط سلوكية متعلمة (مكتسبة) ،من خلال الخبرات التي يتعر لها الفرد والتي أكدت على أن التوافق هو جملة من العادات تعلمها الفرد في السابق ،وساهمت في خف التوتر لديه . إذ أشبعت أنداك دوافعه وحاجاته واضافة إلى كونها مناسبة وذات فعالية في التعامل مع الآخرين.

(ليلي أحمد وافي 2006 ، :69 )

واعتقد (واطسون وسكينر) أن عملية التوافق لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري بل تتشكل بطريقة آلية من خلال التكرار والتلميحات البيئية والمعززات وأوضح (ولمان وكرانير) أن الفرد الذي لا يثاب على علاقته مع الآخرين قد يتجنب التعامل معهم ،مما يتسبب في ظهور أشكال شاذة لسلوك.

(بلحاج فروجة 2011 ، : 11 )

**\*تعقيب على النظرية السلوكية:**

يرى أصحاب هذه المدرسة السلوكية أن التوافق هو نمط من المسيرة الاجتماعية، لأن المسيرة من طبيعتها تجنب الصراع بين القوى الداخلية عند الفرد وضغوط الجماعة. ويرى السلوكيون أن التوافق هو بمثابة كفاءة وسيطرة عن الذات ويتحقق من خلال اكتشاف الشروط والقوانين ، الموجودة في الطبيعة وفي المجتمع الذي من خلاله يشبع حاجته.

**5-6-3 النظرية الإنسانية:**

ترى النظرية أن هناك سمات تميز الإنسان على الحيوان كالحرية والإبداع ، وكان في مقدمتهم كل من كارل روجرز وأبراهام ماسلو، وألبورت ، فرأى روجرز بأن الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق يلجئون لتعبير عن بع الجوانب المقلقة على نحو لا يتسق مع مفهوم الذات لديهم ويؤكد على أن سوء التوافق النفسي قد يستمر إذا ما حاولوا الاحتفاظ ببع الخبرات الانفعالية بعيدا عن مجال الوعي أو الإدراك ، مما يؤدي إلى جعل إمكانية تنظيم أو توحيد مثل هذه الخبرات أمرا مستحيلا فيدفع بهم لمزيد من مشاعر الأسى والتوتر وسوء التوافق، ويذهب "ماسلو" إلى أن الشخص المتوافق نفسيا يتميز بخصائص معينة عن غير المتوافق نفسيا، وأهمها:

- إدراك أكثر فعالية للواقع ، وعلاقات مريحة معه.

- تقبل الذات والآخرين والطبيعة.

- تلقائية في الحياة الداخلية والأفكار والدوافع.

- التركيز على المشكلة والاهتمام بالمشاكل خارج نفسه والشعور برسالته في الحياة.
- القدرة على الانسلاخ مما حوله من مثيرات ، الحاجة إلى العزلة والحلوة الذاتية.
- استقلال الذاتية ،استقلال عن الثقافة والبيئة.
- الشعور بالقوة و الانتماء والتوحد مع بني الإنسان وشعور عميق بالمشاركة الوجدانية والمحبة لبني الإنسان ككل.
- علاقات شخصية متبادلة عميقة.
- تكوين لخلق ديمقراطي.
- التمييز بين الوسائل والغايات.
- الخلق والإبداع

( صبره علي ،أشرف شريت 2004, :159 )

لقد أكد "ماسلو " أهمية تحقيق التوافق النفسي السوي الجيد للفرد ، وذلك بامتثال المعايير والخصائص للتوافق سابقة الذكر.

\* تعقيب على النظرية الإنسانية : يرى أصحاب الاتجاه الإنساني أن توافق الفرد لا يتم إلا

بعد إشباع الفرد حاجاته الأساسية ، وأن التعرض لضغوط وحده لا يكفي لشرح قيام

الاستجابة له،بلي توقف ذلك على الطريقة التي يقيم بها الناس البيئة ،وعلى الأهمية والمعنى

الذين يصفونها على الضغوط ، وعلى تقييمهم لمصادر التعامل مع الشدائد ، وكذلك التعامل

الفعلي مع الضغوط.

5-6-4 النظرية المعرفية : يرى أصحاب النظرية المعرفية أن التوافق يأتي عبر معرفة

الإنسان

لذاته وقدراته والتوافق معهما . حسب الامكانية المتاحة وأن كل فرد يمتلك القدرة على

التوافق الذاتي . وعلى هذا الأساس فقد أكد "ألبرت أليس " على أهمية تعليم المرضى

النفسانيين كيف يغيرون من تفكيرهم في حل المشكلات ، وأن يوضح للمري أن حديثه مع

ذاته يعتبر مصدرا لاضطرابه الانفعالي ، وأن يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح

الحديث الذاتي لديه أكثر منطقة وأكثر فعالية.

\* تعقيب على النظرية المعرفية : المعرفيون استبعدوا تفسير توافق الفرد أنه يحدث بطريقة

آلية تبعده عن الطبيعة البشرية، واعتبروا أن كثيرا من الوظائف البشرية تتموا الفرد على درجة

عالية من الوعي والإدراك للأفكار والمفاهيم الأساسية.

ومن خلال هذه النظريات التي طرحها علماء النفس ، نجد أن كل واحد منهم له تفسير

وتحديد

لمفهوم التوافق في ضوء منحى معين ، رغم أنها تتفق بأن التوافق النفسي مفهوم أساسي

مرتبط بمقومات الصحة النفسية للفرد.

5-7 عوائق التوافق النفسي:

يختلف تأثير عوامل التوافق من فرد إلى آخر حسب البناء أو التنظيم التكاملية الديناميكية

الذي يتميز به الفرد ، والذي يتكون من محصلة التفاعل المستمر بين جوانب الفرد والجسمية والنفسية والعقلية والانفعالية مع مؤثرات البيئة المادية والاجتماعية.

(حامد زهران ، 2005:20 )

ويمكن جعل أهم العوائق في النقاط التالية:

**5-7-1** النقص الجسماني : تؤثر الحالة الجسمية العامة للفرد على مدى توافقه ،

فالشخص

العليل (المري ) الذي تتنابه الأمتا تقل كفاءته ويكون عرضة لمجاهمة مشاكل لا يجابهها عادة الشخص السليم.

**5-7-2** عدم إشباع الحاجات بالطرق التي تقرها الثقافة : يرى الفرد حاجاته الجسمانية

وحاجاته الاجتماعية المكتسبة ، واذا استثيرت الحاجة أصبح الإنسان في حالة توتر

واختلال لتوازنه ولا بد للحاجة من مشبع لأزله التوتر وإعادة التوازن وتحديد ثقافة الطرق التي يتم بها إشباع هذه الحاجات.

**5-7-3** عدم تناسب الانفعالات والمواقف : إن الانفعالات الحادة المستمرة تخل من

توازن

الفرد ولها أثر ضارة جسمانيا واجتماعيا.

**5-7-4** الصراع بين أدوار الذات : ما يؤدي عادة إلى الصراع وعدم التكيف وجود

مجموعة من العوائق والمتمثلة في:

أ- **عوائق نفسية** : ومنها الصراع النفسي الذي ينشأ عن تناقص أو تعار أهدافه ،

وعدم قدرته على اختيار أي منها في الوقت المناسب ، مثلما يرغب الطالب في دراسة الطب

أو الصيدلة ولا يستطيع الفصل بينهما ؛ فيقع في صراع نفسي قد يمنعه من الالتحاق بأي

منالدارستين في الوقت المناسب.

ب- **عوائق مادية واقتصادية** : يعتبر نقص المال وعدم توفر الإمكانيات عائقا يمنع الفرد من

تحقيق أهدافه ورغباته وهذا ما يسبب له الشعور بالإحباط.

ج- **عوائق اجتماعية** : وتتمثل في العادات والتقاليد والقوانين الموجودة في المجتمع ، والتي قد

تعيق الشخص عن تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته ، وذلك بضبط سلوكياته وتنظيم علاقته.

**5-7-5 العقبات الخاصة بالقدرات الفردية** : إن الفرد في مراحل حياته يتعر إلى عوائق

مختلفة سوء كان عائق عضوي كنقص السمع أو الصبر ، أو عائق عقلي كإنخفاض الذكاء ،

وبالتالي نقص في الأداء والاستعداد ، وقد يكون العائق نفسي كالقلق والتعب، وعدم الثقة

والقدرة على إقامة علاقات مع الآخرين وشعوره بعدم الرضا عن النفس ، ولايستطيع الدفاع

عنها ، كما يظهر في عدم قدرته على إقامة علاقة طيبة مع الأسرة.

**5-7-6 العقبات الاجتماعية** : بالإضافة إلى العقبات السابقة التي يواجهها الفرد هناك

البيئة

الاجتماعية ، التي تحول دون تحقيق الفرد لتوافقه الاجتماعي ، التي من شأنها التقليل من



المهارة لدى الفرد كالعادات السيئة والصراعات الانفعالية التي تسببها الأسرة من خلال المعاملة السيئة.

كما تظهر في عدم قدرة الفرد على اكتساب المهارات الاجتماعية وتقبله لمختلف عادات وتقاليده المجتمعية ، وعدم الامتثال لبع التقاليد الأسرية خاصة.

نستخلص مما سبق أن هذه العقبات تبقى تعيق التوافق لدى الفرد وما عليه سوى تجاوزها أو التأقلم معها للوصول إلى الشعور بالرضا.

(بلحاج فروجة، 2011:120-122)

#### 5-8 سوء التوافق:

هو "عجز الفرد عن حل مشكلاته اليومية على اختلافها عجزا يزيد على ما ينتظره الغير منه أو ما ينتظره من نفسه . ولسوء التوافق مجالات عدة فهناك الذاتي الاجتماعي ، وسوء التوافق المهني والأسري والدراسي... الخ"

وعلى أن سوء التوافق في مجال معين يكون له حده في المجالات الأخرى ، فيكون الشخص سيء التوافق في المجال المنهي دون ذلك في المجال الديني أو الأسري الخ.

(أحمد عزت راجح 2009 ، :463)

## خلاصة:

تناولت في هذا الفصل مفهوم المعاش النفسي و محدداته بالاضافة الى انواعه التي تنقسم الى نوعين وهما المعاش النفسي الايجابي و السلبي ، كما خصصت بالذكر بعض عناصر المعاش النفسي السلبي و ذلك بالتطرق الى مفهوم القلق و إضطرابات المزاج (البكاء و العناد) حيث تعتبر هذه المفاهيم مكونات لفرضيات دراستي. و تطرقت ايضا الى عنصر جامع لهما الا و هو التوافق النفسي الذي يعتبر رابط أو ميزان للتوازن الفرد في حد ذاته و كذا توزنه مع الاشخاص المحيطين به .

# الفصل الثالث :

التوحد

## تمهيد :

توجد عدة أمراض واضطرابات تصيب الأطفال لكن لا تظهر أعراضها على أجسادهم منها أمراض عصبية ونفسية لا تشيع المعرفة بها وبكيفية التعامل معها. ومن بينها اضطراب التوحد، تلك الحالة التي تمثل خلل في تفاعل الطفل مع بيئته الإجتماعية وهذا ما يجعله أكثر الإضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل ولدسرة نظرا لما يخلفه من أثار على السلوك فيتأثر بذلك تفكيره وتفاعله الإجتماعي مع الاخرين، وتضطرب مهارات التواصل اللفظي وغير لفظي وأنشطة اللعب بسبب الخلل الذي يعانون منه في معرفة موقعهم الفضائي

الزماني مما يؤدي إلى صعوبة في إندماجهم في الحياة الإجتماعية.

## 1-لمحة تاريخية:

كان Bleuler أول من استخدم مصطلح التوحد في سنة 1911 لوصف صعوبة التواصل والتفاعل مع الآخر عند بعض المرضى المصابين بالفصام

(Ould Taleb, 2009 : 14)

وأول من أشار إلى التوحد كإضطراب يحدث في الطفولة، Leo Kanner عندما لفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية عند 11 طفلاً ( 8 ذكور و 3 إناث)، كانوا مصنفيين على أنهم متخلفون عقلياً، حيث لاحظ: انغلاقهم المستمر على أنفسهم، والتفكير المتميز بالاجترار التي تحكمه الذات أو حاجات النفي، مبتعدين عن الواقع وما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا والديه، فهم دائموا الانطواء والعزلة، لا يتجاوبون مع أي مشير بيئي في المحيط المعاش كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية

(11: 2000) سليمان،

بعدها اعتبر «التوحد الطفولي» ذهان نادر يظهر لدى أطفال لا يخبرون إصابة عضوية أو تأخر عقلي، وتم الاتفاق على تعريف Kanner، لكن يربط اضطراب التوحد مع الفصام. ثم ظهر أسبرجر هانس Asperger Hans سنة 1944 وصفت ستة حالات مشابهة لتكل المدروسة من طرف كانر ليحدد مصطلح « علم النفس المرضي للتوحد» أو « علم النفس Psychopatologie autistique» المرضي التوحدي

(Ould Taleb, 2009, P 15).

## 1.1 - التطور التاريخي للتوحد:

يمكن تتبع التطور التاريخي للتوحد من خلال الأتي:

أولاً: فترة الخمسينات والستينات:

على الرغم من رصد كانر للخصائص هؤلاء الأطفال وتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث

نوعية الإعاقة وأعراضها - في الأربعينات - إلا أن الاعتراف بها كفتة خاصة يطلق عليها مصطلح «Autisme» «التوحد» لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كان تشخيص هذه الفئات على أنها من الفصام الطفولي

(سليمان، 2000:9)

في هذه المرحلة المبكرة من عمر التوحد كان التركيز على توضيح الأعراض التي تبرزه كمتلازمة محددة، فخلصت البحوث إلى حضور ثلاث مجالات من السلوك لدى غالبية التوحدين، والتي حوت: الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية، تأخر واضطراب لغوي، وسلوكيات استحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي.

بالنسبة للمهارات اللفظية والتسلسلية تم استنتاج أن العيب الحدس ليس في اللغة ذاتها، بل في عناصر محددة منها كالترديد والفهم السريع.

ولا شك أن مثل هذه النتائج أدت إلى التحول من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية، ومن المعالم المهمة أيضا إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برامج علاجية تشجع وتسهل النمو الاجتماعي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف.

\*\*\*\*\*

ثانيا: مرحلة السبعينات وبداية الثمانينات: ما يميز هذه الفترة هو وجود معلمين رئيسيين هما:

أ - الممارسة الإكلينيكية والبحوث: والتي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر أدوات التقييم مثل المقابلة التشخيصية للتوحد وغيرها.

ب- التعرف على مدى أنواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها: واستمر الاهتمام موجها نحو مكانية ارتباطه ببعض العيوب السلوكية وأشكال اضطرابات الدماغ المكتسبة، وما يميز هذه المرحلة أيضا أن الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماما ملحوظا بها، بحيث تم استنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطراب نمائي للغة الاستقبالية، إنما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة. ومع زيادة الاهتمام تأسست برامج تهتم بتحليل سلوك الطفل جنبا إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية الاجتماعية للأطفال

التوحيدين مثل برنامج تيتش (Teacch) وبرامج العلاج المستندة إلى المنزل، واتفقت النتائج إلى أن الأطفال التوحيدين يحققون تقدماً أفضل في الأوضاع المنظمة.

### ثالثاً: أواخر الثمانينات وبداية التسعينات:

ظهر الاهتمام في هذه الفترة بدراسة العوامل الجيدة وأثرها في التوحد فظهرت عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد وبعض الشذوذات الطبية، كما أظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى الواسع للإصابات خلال مرحلة ما قبل الولادة وما بعدها، إلا أن العلاقة ظلت غير واضحة، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية وارتباطها بالملاحظة، كما شهدت هذه المرحلة اهتماماً بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم (المغلوث، 2007ص).

يشار إلى هذه المرحلة في أدبيات البحث النفسي في مجال التوحد بأن أغلب الدراسات ركزت على الأفراد التوحيدين من ذوي الأداء العالي أو ذوي المستويات العالية في القدرات العقلية.

### رابعاً: أواخر التسعينات:

شهدت هذه الفترة تطوراً لنتائج الجينية كما هزت اهتماماً بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جداً، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى، وامتازت هذه المرحلة بتحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد في الأساليب العلاجية، وتوجيه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية، كما تم الحديث أيضاً في الأدوية التي يمكن أن تحدث فوائداً وتحسن سلوكي لدى الأطفال التوحيدين. (المغلوث، 2007ص).

ويمكن أن نشير في سياق هذه المرحلة والتقييم القول عنها أنها لا تزال مستمرة حتى الآن الدراسات بينت:

أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحيدين، خاصة في مرحلة مبكرة من الطفولة (على وجه التحديد في سن 5 أو 6 سنوات) الذي يعد أحد العوامل المهمة في نمو وارتقاء بعض المهارات والقدرات لدى الأطفال في المراحل اللاحقة من العمر. إن مجرد تمتع الأطفال التوحيدين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد، بدون التدخل المتخصص من أجل الترتيب.

إن عددا من الدراسات اللاحقة ركزت على الأطفال التوحدين ذوي المستوى العالي نسبيا، وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر إيجابية لو قورنت بنتائج الدراسات السابقة

(سليمان 2000 :1)

وأقرت منظمة الأمم المتحدة يوم 02 أبريل يوما عالميا للتوعية باضطراب التوحد يحتفل به كل سنة ابتداء من سنة 2008 ( منشور الأمم المتحدة، ديسمبر 2).

## 2) تعريف التوحد:

أ- لغة :

التوحد Autism « مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية Autos « والتي تعني soi-même)»

(Bloch et al, 1999, : 109).

ب- إصطلاحا:

مصطلح التوحد (Autisme) مشتق من الكلمة اليونانية (Auto) والتي تعني الذات (mème soi le) ولقد أستعمل لأول مرة من طرف الطبيب (E.Bleuler) سنة (1911)، لوصف العرضية المرضية الفصامية عند الأشخاص البالغين الذين يعانون من عزلة اجتماعية مع انطواء على الذات.

ولكن يعود الفضل إلى الطبيب العقلي الأمريكي (1 anner) والذي وضع هذا المصطلح لوصف زملة تتميز باضطراب في العلاقات العاطفية مع المحيط.

أما التعاريف العالمية الحالية الصادرة عن الدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي في طبعته الرابعة. DSMIV والمنظمة العالمية للصحة OMS والتصنيف العالمي لأمراض "CIM" تعرف التوحد على أنه اضطراب إجتماعي للنمو تظهر أعراضه الأولى



قبل ثلاثة سنوات.

## psychoLogie1997 la de fondamentale Dictionnaire :136-135

ويعد "aner ي" أول من عرف هذا المرض ووصف أعراضه بدقة وأعطاه الدم التوحد الطفولي المبكر". prcoce .  
"infantile Autisme".

- فبالنسبة لكانر" التوحد الطفولي بأنه يشكل اضطراب مدمر حيث يعاني الطفل التوحدي

### \*تعريف كانر التشخيصي 1943 Kanner Diagnostic Définition :

ويعتبر تعريف كانر عام 1943 كما يذكر ولف وكيك Wolf et Chick أول أسلوب استخدم

لتشخيص التوحد، ويوضح كانر النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى والثانية،

حيث حدد كانر أن هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص حالات التوحد:

1. النقص الشديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.

2. حب الروتين (الكره الشديد في برامج حياته اليومية) :

أ - التمسك الشديد غير مناسب بالأشياء

ب - الظهور على هيئة طفل أصم أبكم.

ج - الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة .

### \*تعريف كريك 1961 Creak's Définition :

ويتضمن تعريف « كريك » تسعة نقاط هي كما يذكرها سكوبلر (Schopler1988) :

1- اضطراب في العلاقات الانفعالية.

2- اضطراب في الهوية الذاتية.

3- ارتباط غير عادي في موضوعات محددة.

4- المحافظة على روتين معين ومقاومة التجديد.

5- تجارب وخبرات إدراكية غير سوية.

- 6- قلق زائد ومتكرر وغير طبيعي دون سبب.
- 7- فقدان القدرة على التحدث
- 8- أنماط حركية مضطربة ونادرة.
- 9- نقص واضح في بعض الجوانب الإدراكية أو وجود وظائف عقلية غير عادية.

تعريف الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين:

### (National Society For Autistic Children (NSAC) 1978)

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة NSAC 1978 هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب.

وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

- 1 اضطراب في معدل النمو وسرعته.
- 2- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- 3- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص
- اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.

(نايف الزارع، 2005: 1-17).

### -4.2.2

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

### (Association Américaine de l'Autisme 1999)

تعرف التوحد بأنه نوع من الاضطرابات التطورية النمائية والذي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره على وظائف المخ وبالتالي يؤثر على مختلف نواحي النمو فيؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي وقصورا في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي، وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر منها إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات

جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية ومتكررة، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد ليسوا على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد بل مختلفون فمنهم شديد التوحد ومنهم في حالة اضطراب توحيدي خفيف.

محمد أحمد الفوزان، ، 2009ص

\*تعريف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين :

### (indevisuals with Disabilities Education Act)

يعرف على أنه إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة، والحركات النمطية ومقاومته لتغيير البيئي في الروتين اليومي، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية.

(إبراهيم الزريقات، 2004: 33)

\*تعريف التوحد حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM 10 :

يعرف كإضطراب أو تشويش مميز للتوظيف في كل الجوانب النفسية الثلاثة وهي:

1-التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

2-الاتصال.

3-السلوك (تصرف محدود وتكراري).

(سوسن حلبي، 2005ص)

\*تعريف التوحد حسب الدليل الشخصي والإحصائي في الاضطرابات العقلية DSM4 :

هو مجموعة من الاضطرابات التي تمس الفرد في المجالات التالية:

أولاً: تأخر وظيفي يبدأ قبل سن الثالثة في واحدة من المجالات التالية:

1-التفاعل الاجتماعي

2-استخدام اللغة في التفاعل الاجتماعي.

3-اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثانياً: تتكون المحاكات التشخيصية لاضطراب التوحد من ستة أو أكثر من المجموعات التالية:

- المجموعة الأولى: قصور نوعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي
- المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل.
- المجموعة الثالثة: التقييد بأنماط ثابتة ومكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة.

### (DSM4,1996: 97)

من خلال التعاريف السابقة يمكن أن نعرف التوحد، بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط خلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ وعدم القدرة على التصور البنائي والملائمة التخيلية.

### 3- معدل انتشار التوحد :

يُعتبر التوحد من الاضطرابات النادرة الوجود و تحليليد نسبة انتشاره يعد أمرا صعبا ذلك لان رصد و معرفة مدى انتشار التوحد يعتمد بشكل أساسي على التعريف المعتمد، و المحركات التشخيصية للكشف عنه، ويعتبر التقدير الدقيق له متغيرا عما هو عليه سابقا ، قدر جلبيرج (1988) حدوث التوحد بحوالي 4.0-6.7 لكل 10.000 وتراوح نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من 4 الى 2 لكل 10.000 طفل .

وانتهت نتائج دراسة و لينج (1993) الى أن معدلات انتشار التوحد تبلغ (1) ألي (16) لكل 10.000 في الولايات المتحدة الأمر ليكية واروبا واليابان وقدر رابن (1997) حدوث التوحد باتساق ما بين 1-2 لكل 1000 حالة وقد لخص فومبون

(1998) نتائج الكثير من الدراسات لعينة بلغ قوامها 4ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين 5.5-4.6 لكل 10.000. أما رابن وكاترمان (1998) فقدرا معدل انتشار ما بين 1-2 شخص لكل 1000.

وانتهت نتائج دراسة فومبون (2003) من خلال تحليل 312 مسحا أجريت في 13 قطرا إلى أن معدل انتشاره بلغ 10 حالات في كل ألف طفل .

وتبلغ معدلات انتشار التوحد وفقا لنتائج دراستي كل من ليرجلين -السوب وآخرون و تشن وآخرون 1 (2007) لكل 150 طفلا.

وأشارت نتائج الدراسات الحد يثة إلى أن معدلات انتشار التوحد واضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم وبلغت معدلات الانتشار بواقع طفل لكل 150 طفل (2007).

ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدي الذكور تفوق انتشاره لدي الإناث بحيث يث تتراوح النسبة (41)(2005). وربما يعزى ذلك إلى وجود دليل على أن الأجنة والرضع الذكور يكونون بيولوجيا أكثر تعرضا للضغوط قبل الولادة مقارنة بالإناث فعلى سبيل المثال تشير نتائج دراسة (2004) إلى أن التعرض قبل الولادة للضغوط ارتبط على نحو دال بأعراض ADHD مع تأثير قوي اكبر في الذكور عن الإناث .

وتشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية والاجتماعية أو الأصول العرقية.

(جمال خطيب .منى الحديدي 1997 : 159 )

كما انه ليس حكرا على فئة عمرية أو نوعية من الناس بل قد يظهر لدي كافة الأعمار والأجناس والطبقات. ويكمن وجود تباينات في معدلات انتشار اضطراب التوحد إلى نقص أو القصور في الاتفاق حول تحديد مفهوم التوحد . كما أن الدراسات السابقة عن معدلات الانتشار غالبا ماتتضمن عينات من الأطفال التوحديين ليتباينون فيما بينهم في السمات

(محمد زياد. 1988:196 .).

وترجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسات التشخيصية وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية وزيادة الوعي بهذا الاضطراب والى التعرف على المتعددة للتوحد والتوسع في

العمليات التشخيصية والتحسين في وعينا لهذا الاضطراب بالرغم من عدم وجود اتفاق علي أسباب حدوث التوحد.

#### 4-التقدم و التحسن لحالات التوحد:

يبدأ من 10 الى 20 % من الأطفال التوحديين بالتحسن بين سن الرابعة و السادسة و هم في بعض الأحيان قادرين على الالتحاق بالمدارس العادية و العمل فيما بعد، و 10 الى 20 % من التوحد يلين يستطيعون العيش في المنزل بعد الحصول على مهارات تدريبية اجتماعية و تواصلية و لكن هناك 60 % يحتاجون الى رعاية خاصة فهم غير مستقلون و بالتالي إيجاد مراكز متخصصة لهم امر لا بد منه

(إبراهيم الزريقات ، 2004 ، :52) .

#### 5-تصنيف التوحد و اشكاله :

بما ان كل الاطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها او خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون الى البحث عن طرق لتصنيف التوحد و نتيجة لذلك فقط ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الاطفال المتوحدين، فعل سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي، و العمر عند الاصابة و عدد الاعراض و شدتها و يرى البعض الاخر ان الاعراض المختلفة يمكن ان تكون نتيجة الانماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ .

(غزال ، 2007:34)

اقترحت ماري كولمن سنة 1976 نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد ليس كمتلازمة منفردة، كما اكد كانر Kanner ، بل أنه مكون من ثلاث تصنيفات فرعية كما يلي :

#### \*النوع الاول :

المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: يظهر الأطفال في هذه المجموعة اعراضا مبكرة، ولكن لا تظهر عليهم اعاقات عصبية ملحوظة كما تقول كولمن، فإن الأطفال في هذه المجموعة يبدوون بالتحسن تدريجيا ما بين سن الخامسة الى السابعة

## \*النوع الثاني:

متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحيه : يشبه اطفال هذه المجموعة النوع الاول لكن العمر عند الاصابة يتأخر شهرا ، تقول كولمن بان أطفال الفئة الثانية يظهرن أعراضا نفسية أخرى اضافة الى المتلازمة التوحديّة الكلاسيكية التي عرضها كانر.

## \*النوع الثالث:

المتلازمة التوحديّة المعاقفة عصبيا: يظهر لدى أطفال المجموعة الثالثة مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية و متلازمات فيروسية مثل الحصبة و متلازمة الحرمان الحسي (الصم و البكم).  
اما "سيفلين مات سون" و "كوفيسيفون" في سنة 1991 اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات و هي كما يلي :

## -المجموعة الأولى (المجموعة الشاذة) :

يظهر عدد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحديّة و المستوى الاعلى من الذكاء

## -المجموعة الثانية (المجموعة التوحديّة البسيطة):

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية و حاجة قوية للأشياء و الأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيط و التزاما بلغة الوظيفية

## -المجموعة الثالثة: (المجموعة التوحديّة المتوسطة):

و يمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية : استجابات اجتماعية محدودة و انماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل (التأرجح و التلويح باليد) لغة وظيفية محددة و تخلف عقلي مصاحب.

- المجموعة الرابعة ( المجموعة التوحديّة الشديدة):

افراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ .

( Rogé, 2008, : 54 )

\*متلازمة سافانت :

و يميل المختصين في الوقت الحاضر الى اعطاء مزيد من الانتباه الى السافانت التوحدي،

و علينا ان نتذكر ان هذه المجموعة من التصنيفات الفرعية للتوحد هي صغيرة و تشكل

5 % من الاطفال التوحدين ، يظهر أطفال هذه المجموعة تأخرا نمائيا شديدا في القدرات

الذكائية و الاجتماعية هذه الفئة من الاطفال التوحدين قدراتهم و مواهبهم غير عادية،

البعض يتذكر التواريخ و اليوم التاريخي الهام في الاسبوع أو اعادة الأرقام الى كل

الأشخاص الفائزين ببطاقات اليانصيب للسنة الماضية، البعض لديه قدرات رائعة موسيقية

وفنية ، و يعتقد ان اسباب متلازمة سافانت أنها بيولوجية مرتبطة بالتخلف العقلي و لكن

حديثا أصبح ينظر اليها أنها متلازمة توحديّة.

(ابراهيم الزريقات ، 2004 ، : 55)



## 6- النظريات المفسرة لتوحد :

## 1- النظرية السيكلوجية :

أسهم عمل الطبيب كانر في دعم الموقف من ان التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية منها اتجاهات الأباء و معاملتهم لأطفالهم و يقول كانر ان معظم المرضى كانوا معرضين منذ البداية للبرود الأبوي و استحواذي و نوع من الاهتمام بالا احتياجات المادية فقط.

في الخمسينيات و الستينات من القرن الماضي كانت نظرية التحليل النفسي تنظر الى

التوحد انه نتيجة للمعاملات الأبوية الراضية و غير الدافئة للأبناء، و لم يكن ينظر الى

العوامل العضوية على انها عوامل رئيسية في التوحد، فقد نال Bettelheim Bruno

اهتمام الكثيرين من خلال تركيزه على منهج التحليل النفسي و أكد على ان ردود الأفعال

التكيفية للرضع و لأطفال الصغار ماهي الا نتيجة للرفض و المشاعر السلبية من الأباء،

فالاطفال ينسحبون و يعزلون أنفسهم عن التفاعل الاجتماعي .

و قد قام ريملاندر (Rimland) سنة 1964 بإتخاذ موقف صارم ضد الاتجاهات السيكلوجية لبتاهايم

و الآخرين الذين يلمون الأباء في تسبب التوحد، و قد حدد النقاط التال

ية كبرا هين ضد السبب السيكلوجي .

1- من الواضح ان بعض الأطفال المتوحدين مولودون لأباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية.

2- الأباء الذين ينطبق عليهم وصف الاباء المورثين جينا فإن لديهم أطفالا طبيعيين غير توحديين .

3- مع وجود استثناءات قليلة جدا، فإن إخوة الأطفال التوحدين هم طبيعيون .

4- الأطفال التوحدين من الناحية السلوكية غير عاديين " منذ لحظة الولادة"

5- توجد نسبة ثابتة لـ 3 أو 4 من الذكور مقابل انثى واحدة أي الإصابة تخص الذكور أكثر من الإناث .

6- جميع حالات التوائم إحداهما لا تتبنى هذا التفسير.

7- يمكن للتوحد ان يظهر ويمكن ان يكون زائفا لدى الأطفال المصابين بتلف دماغي عضوي.

8- ان علم الاعراض المرضية فريد للغاية و محدد

## 2.6- النظرية الوراثية الجينية:

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الج(انـب الوراثة الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد، بحيث تقوم المورثات (الجينات) بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل... الخ، إضافة للكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سببا لحدوث هذا الاضطراب.

وان نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحديين تشير إلى وجود كروموزوم إكس (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح من 5 ( إلى 6 %) من الحالات تقريبا. (ماجد علي عمارة، 2005ص.

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى السبب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصا في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (03) دراسات في مجال التوائم، إثنان تم إجرائهما في بريطانيا والثالثة في إسكندنافيا، وخلصت الدراسة إلى معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة يتراوح بين ( 36-91%) في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت (0-10%) إضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود وماندال (Judd, & Mandell) حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون 100% ( في حالة إصابة إحداهما باضطراب التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى تطابق الوراثة الكبير للجينات والكروموسومات في حالة التوائم المتطابقة، وبالتالي فإن احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة. (جمال مثقال قاسم، .

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida, 1993) أن هناك ارتباطا بين التوحد وبين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم الذي يسمى (Fragil X) (يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم، وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 10,7%) (من حالات التوحد (يحي القبايلي، 2008)

الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5% (من حالات التوحد، وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن ( 90%) كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال 20 (أو 24) يوم من الحمل أو في الثلاث أشهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات 7-13-15).

(مصطفى نوري القمش، 2007ص.

وتشير دراسة ماكدونال وآخرون (Macdonal & Al, 1994) إلى أن إصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى ( 36%) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة. (أسامة محمد البطانية، 2007ص.

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (Brawn & Al, 1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى 16% (من حالات الذكور المصابين بالتوحد، كما أشار العالم بلانجاست (Blonguist) (إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين 0-16%) (في حالات التوحد، وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي « فينال كينونيوريا PK4) (وحالات التوحد. (جمال مثقال قاسم، 2000ص.

كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد وهناك بحث جديد قدم أول حقائق لهذه الحالة لأول مرة، تعرف الباحثون على التفاعل بين الجينات محددة تضاعف

خطر إصابة الأطفال بالتوحد.

(محمد عدنان عليوات، 2007ص).

حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى (Gabra 4) (أنه مرتبط بمخاطر التوحد، إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف ب (Gabrbi) (الذي يظهر أن يقود إلى هذا الخطر) . محمد عدنان عليوات، نفس المرجع).

رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن التوحد قد يعود إلى سبب جيني، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

### 3.6- النظرية البيولوجية:

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحني، ويعود أسباب عديدة حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه.

فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الإنزيمات، كما أن وجود علل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص في الأكسجين، أو عرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة. (رفعت محمد بيجت، .

وتوصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التأزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ، حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ (R. Jordon & Al, 1997, P3). كما أكد ووترهوس (Woterhose) (في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي وصلت إلى حوالي.

وهذا ما ما يشير إلى فشل التجنب المخي والإستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي

(سهى أحمد أمين نصر، 2002ص22).

ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون (Condon) (جمع أدلة كثيرة

عن وجود أسباب بيولوجية لاضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتاً أطول للإستجابة. وقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها مثل: مشكلات اللغة، الخلل في التأزر الحسي الحركي، النمطية في السلوك، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق واحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد، كما أن معظمهم لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم في مختلف الطبقات الاجتماعية. (خولة أحمد يحيى، .

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية الذي أقيم في القاهرة في الفترة الممتدة من 8-10 ديسمبر 1998، ذكرت أن أسباب إعاقه التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية، قد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو جود غير طبيعي لكروموزومات تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ، إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأكسجين O<sub>2</sub> مما كما أشارت الدراسات لارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل. (سعيد حسين العزة، 200).

وفي هذا الاتجاه يؤكدون بدراستهم أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

#### 4.6- النظرية الكيميائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد، وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيميائية الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن

كنا لا نعرف البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المخصصة التي نستطيع أن ننقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية (Neuro Transmetteur) (وهي مواد كيميائية بتراكيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، وتوضح الصورة نذكر البعض منها: إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 100% ولكن العلاقة بينهما غير واضحة.

(أسامة محمد البطانية، 2007ص.

بحيث أنه على الأقل، ثلث مرضى اضطراب التوحد لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونين (Plasma Serotonin) (وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط، فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة. (محمد أحمد خطاب، 2009ص). كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) (في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسين الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة.

(أسامة محمد البطانية، 2007ص.

ويشير سيمون وجليس (Simond & Gillies) 1964 إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يهانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancreif) 1964) ودراسة أولفير وأوجرمان (Oliverman & Cromman) 1966. ((السيد علي عمارة، 2005ص 29).

وا عود إلى اضطرابات كيميائية

حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما سنتعرض إليه فيما يلي:

## 5.6- النظرية العصبية:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير، وذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة

الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طوال الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للإعتقاد بأن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية، وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد يؤدي إلى اضطرابات معينة (السمع، النظر) والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد، ولكن تتبع الأسباب السابقة أظهر أن الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي، لذلك لا نستطيع الجزم بأن هذه الأسباب قد تؤدي إلى التوحد

(أسامة محمد البطانية،)

كما قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذ قد يكون هناك قصورا معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلاء (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد، كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Bacha Valier & Merjarian، 1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة. (قحطان أحمد الظاهرة، 2009 ص.

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتوية، وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين. (إيهاب 75، ص 2003، م

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Treavarterh & Al، 1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسبب أساسيا في حدوث اضطراب التوحد.

### 6.6- النظرية المعرفية:

تشير هذه النظرية إلى وجود عجز أو قصور معرفي ويفسر بعض أو كل المظاهر الإكلينيكية والأعراض التي تتميز بها اضطراب التوحد وهذه النظرية تتضمن القصور في النواحي المعرفية والاجتماعية، وقد وجد هيرملين وكنور (Hermelin & Connor, 1970) (أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عملية استخدام الرموز والقدرة على التفكير ويرجع ذلك إلى التأخر في النمو اللغوي، أما سيجمان (Sigman, 1995) (أورد أن هناك دليل يبين وجود نقص أو خلل في الفهم الاجتماعي، مما يبين أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال التوحديين في استجاباتهم السلوكية الشخصية مثلا نجدهم لا يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب أنباه مشترك، وأوضح هوبسن (Hobson, 1993) (أن تعبيرات الوجه المصاحبة للإنفعالات لدى الأطفال التوحديين تختلف من الأطفال العاديين، ولذلك فإنهم ليس لديهم استجابات ملائمة في الانفعالات. كما ذكر السرطاوي (، 1992) أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في الوظائف والعمليات العقلية الضرورية للعمل الأكاديمي خاصة العمليات العقلية العليا كالذاكرة، الإنباه، التفكير، الإدراك، التجريد، التعميم، ويصنف عبد الرحيم (1990) ( أنهم عادة ما يعانون من تأخر في نمو اللغة والكلام، وأن بعضهم يكون قادرا على فهم كلام الآخرين والتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة نسبيا. ويؤكد الريجاني (1981) ( أنهم يتسمون بضعف قدراتهم على التكيف الاجتماعي ونقص الميول والاهتمامات، ويعجزون عن التكيف في المواقف الجديدة، ويتسم سلوكهم بالجمود، ولا يهتمون بتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وخاصة مع الأطفال الذين هم في نفس عمرهم الزمني، وإن كانوا يميلون أحيانا إلى المشاركة مع الأصغر منهم سنا في ممارسات اجتماعية معينة. (خطاب محمد أحمد، ،

نأتي أخيرا إلى أحدث التوجهات النظرية لمعرفة ما هو التوحد في النظرية المعرفية وهي نظرية العقل (Theory of Mind) (حيث يذهب هذا التوجه إلى القصور الجوهرية الذي ينتج في التوحد هو عدم اكتمال نمو النظرية العقل لدى الطفل الصغير بحيث لا يستطيع أن تشكل أو تضبط مختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تتطور طبيعيا وحنيا، وبالتالي فإن غياب التطور حسب هذه



النظرية لا يسمح للطفل بحل المشكلات التي يواجهها في المواقف الاجتماعية للحياة اليومية وفي نفس الوقت لا يستطيع هذا الطفل أن يفهم أن الآخرين لديهم أفكار ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم، بذلك فهي لن تكون مفيدة بالأسلوب السوي ولكن مستوى ونوعية المهارات المعرفية والاجتماعية سيكون أفضل من الأطفال الذين لم تتطور لديهم نظرية العقل وهذا هو التفسير في تعداد نظريات طيف التوحد.

(المرجع نفسه، ص34).

### 7.6- نظرية التلوث البيئي:

ذكر برنارد ريملان (Bernard R, 1995) (أنه قد ثبت في عدد من البحوث علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات، ففي قرية صغيرة في ولاية «ماساشوست» يبلغ عدد سكانها 36.000 نسمة، ظهر أن هناك ارتفاع غير طبيعي في انتشار حالات التوحد، حيث وجد أن هناك إصابة طفلا في كل مائة طفل، وهي نسبة عالية للغاية مقارنة بنسبتها في المجتمع الأمريكي العام) من 4 إلى 5 في كل 10.000) مما اثار إهتمام المسؤولين في الأجهزة المعنية بالصحة في هذه القرية، واعتقادهم بأن هناك عاملا معينا، وغالبا هو نفايات كيماوية تلوث البيئة، وبناء على طلبهم تقدمت جامعة أستانفورد بكاليفورنيا برصد 25 مليون دولار أمريكي لإجراء بحث مسحي شامل للبيئة في تلك المنطقة، ويقوم بهذا المسح قسم خاص بالجامعة معني بالتلوث الكميائي وعلاقته بالجوانب الوراثية للجنين» وهو علم طبي جديد»، وبدأت النتائج تشير إلى النفايات السائلة والغازية التي تصيب حوالي خمسة أطنان منها في النهر الجاري التي تنبعث من مصنع النظارات الواقية من أشعة الشمس، وتحتوي هذه النفايات السائلة على كيماويات أهمها الرصاص والزئبق اللذان ثبت علاقتهما كعامل مسبب للإعاقة الذهنية، فضلا عن أول أكسيد ومركبات النتروجين الأخرى، ومركبات الكبريت وغيرها التي تنتج من احتراق وقود المازوت في المصنع.

(أحمد خطاب

فوجد أن هناك مركبات مورفين Casomorphin وجيلوتومورفين Gluetumorphin

ومصدر هذه المواد شبه الأفيونية هو الحليب والشعير وهذه المواد عبارة عن بروتينات تنتج

عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة لدى التوحديين، والجلوتين مادة لزجة توجد في الشعير والشوفان والجاودار والكازيين وهو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وبالنسبة للأطفال التوحديين فهم لا يستطيعون هضم هذه البروتينات بطريقة فعالة وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني مخدر، وقد وجدت في قراءة التحليل البول لدى المصابين بالتوحد كما وجدت هذه المركبات في الدم، ويفسر ذلك نظرية تسرب الأمعاء أو إصابة التوحديين بمتلازمة الأمعاء المسربة (Gut Syndrome Leaky) (وهو ما أجمع عليه الباحثون وقد آلن وفريدمان (Alen & Fredman) (وجود هذه المواد الشبه مورفينية أو ذات الطابع الأفيوني، وإضافة بأن هناك مركبين آخرين وحدا في قراءات تحليل بول الأطفال التوحديين هما دبلتورفين وديرمورفين، هاتان المادتان تفوق قوتهما الهيروين والمورفين، وهذه المواد النسبة المورفينية قد تسربت عن طريق الأمعاء، فتدخل هذه المركبات الأفيونية إلى المخ وتخترق الحاجز الدموي الدماغي وتتعامل مع مستقبلات المخ فيصاب التوحدي بالأفيون المخدر، وهذا أيضا يفسر نظرية زيادة الأفيون لدى التوحديين حيث أن هذه المواد إما أنها تسبب التوحد أو تزيد من الأعراض.

(قادري عبد الحليم، 2011)

## 7- أسباب التوحد :

### 1- الأسباب العضوية :

أظهرت الفحوص و الاختبارات التصويرية للدماغ لدى التوحدي ظهور اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ ، و فروق واضحة بلمخيخ و ضمور في حجم المخيخ خصوصا في الفصوص الدورية ارقام 6 و 7، كما اظهر الرسم الكهربائي EEG ظهور بعض التغيرات

في الموجات الكهربائية ، في حوالي 20% إلى 65% من حالات التوحد كذلك الزيادات في نوبات الصرع خصوصا مع تقدم الطفل في العمر ، و قد ارجع البعض السبب الى وجود خلل في النظام البيولوجي للفرد، مما ينتج عنه الاصابات بالاضطراب اذ لوحظ تشابهه في الأعراض بين الاختلال النفسي و السلوكي الناتج عن اذى او تلف الجزء اليبسر من المخ و بين تصرفات هؤلاء الأطفال اللغوية و المعرفية و السلوكية

(ابراهيم الزريقات ، 2004 ، ص57)

## 2- الأسباب المعرفية الإدراكية :

يرى أنصار هذا المنظور أن التوحد اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت دراسة الين و اخرون سنة 1991 أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة التي ترجع بدورهما الى انخفاض قدرتهم على الادراك بالإضافة الى اضطراب اللغة.

( محمد الخطاب ، 2009 ، : 325 ).

أحد ينكر ان الأطفال التوحدين لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قدرتهم على التقليد و الفهم و المرونة و الابداع لتشكيل و تطبيق قواعد و مبادئ استعمال المعلومة و ترجمتها و عليه فإن النظريات المعرفية تفترض ان المشكلات المعرفية في التوحد هي مشكلات أولية و تسبب مشكلات اجتماعية.

قد حاول المعرفيون القاء الضوء على العيوب المعرفية عند الاطفال التوحدين فالمشكلة الرئيسية هي في تغليب و دمج المشكلات من الحواس المختلفة فمثلا هناك بعض الأطفال التوحدين لديهم حساسية زائدة او معدومة اتجاه الاصوات فيتصرفون كالصم امام الاصوات او انهم ينفرون لأخفض الاصوات و كذلك الحال بالنسبة للمثيرات و الحواس البصرية او الإدراك البصري.

الدليل الثاني يركز على الادراك الحسي و الذي يقول ان العيب الرئيسي للطفل التوحدي هو في فهم الاصوات، و عليه فالتوحد يقارن بالاضطرابات اللغوية مثل الحبسة الكلامية Aphasia و هي فقدان الصوت نتيجة تلف الدماغ، و تختلف عنهما ان الطفل التوحدي لديه عيوب في فهم الاصوات المصاحبة للمشكلات الادراكية و كل الادلة العلمية تدعم هذا الاعتقاد، و مشاكل النطق لدى التوحد يبين يعتبر من اهم الاعراض المميزة له، غير ان للأطفال المتوحدين مهمات حسية حركية أفضل و مهارة حركية بصرية و ذاكرة موسيقية اكبر من المهارات المفاهيمية و من اقوى الأدلة لهذه الوظيفة هي قدرة الطفل التوحدي من الاستفادة من العلاج مثل السافات التوحدي

(ابراهيم الزريقات، 2004 : 123/541)

كما ان هناك فرضية معرفية تقول بأن الطفل التوحدي هو انتقائي في إدراكه وانتباهه أي يستجيب لمثير واحد فقط بصريا و لمسليا (مثل اختبار اليجاد الصور المخفية) و لكنهم يعجزون امام اختبارات تكاملية مثلا ، وتبرهن نظريات معرفية اخرى ان التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب ادراكية رئيسية، و لكنه نتيجة عيوب ادراكية متعددة و هذا ما ادى الى اختيار وسائل علاجية تطوق و تصحح هذه العيوب ، فبعض المعالجين السلوكيين علموا الاطفال المتوحدين لغة الاشارة باستغلال حساسيتهم للحس و الحركة و ليس حساسيتهم للكلام المنطوق و قام آخرون بتدعيم هذا التعلم بمعززات سمعية فعالة مثل " احسنت - برافو - مع التصفيق " او اضاءة النور و اطفاءه و قد و جدوا ان الاستجابة الصح يحة كانت معززا فعالا كثر من الثناء الكلامي و الطعام.

(ابراهيم الزريقات، 2004، : 256).

### 3-الاسباب العصبية و البيولوجية لاضطراب التوحد :

الاعراض التوحديّة ترتبط بظروف ذات اضطرابات عصبية كالحصبة الالمانية الفطرية و الفذيلكيتونينور PKU و التصلب الدرني Sclérose Tubéreuse و اضطراب Rett ، و يظهر الاطفال التوحدين أدلة كثيرة عن تعقيدات في المرحلة قبل الولادة عند المقارنة مع مجموعات من الاطفال العاديين، و وجد ان الاطفال التوحدين لديهم شذوذ جسمي فطري مقارنة بأشقاء مهم، و المجموعات الضابطة من الاطفال العاديين، مما يوضح بان تعقيدات الحمل خلال الشهور الثلاثة الاولى تعتبر ذات دلالة هامة ، و هناك نسبة 4 الى 32% من الناس لديهم التوحديّة قد كان لديهم نوبات صرع كبرى في وقت ما ، و حوالي 20 الى 25% يظهرن استطالة في البطلين. كما يظهره الرسم المقطعي بالكمبيوتر، كما يظهر انا هناك عددا من الأشكال المختلفة غير الطبيعية التي يظهرها رسم موجات الدماغ EEG، حيث تتواجد ما بين 10 الى 23% من الاطفال التوحدين و على الرغم من انه لم توجد نتائج نوعية معينة من رسوم المخ الكهربائية لاضطراب التوحد، فإنه يوجد بعض الدلائل عن عيب في الجاذبية المخية، و حديثا فإن الكشف بالرنين المغناطيسي IRM قد كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ و لحائه (قشرة المخ)، و بصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى بعض المرضى التوحدين، هذه الأشكال غير السوية يمكن ان تعكس خلوية غير سوية خلال الشهور السنة الاولى و في دراسة تشر يحية و جد ان هناك تناقصا في عدد خلايا باركانجر و في دراسة اخرى و جدت زيادة في العمليات الحيوية البيولوجية لدى الاطفال التوحدين

( محمد الخطاب ، 2009 : 32 )

#### 4- الأسباب المناعية

تشير بعض الأدلة الى ان بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الام و الجنين قد تساهم في حدوث اضطرابات التوحد، كما ان الكريات الليمفاوية لبعض الاطفال المصابين بالتوحد يتأثرون و هم اجنة بالأجسام المضادة لدى الامهات ، و هي حقيقة تثير احتمال أن انسجة الأجنة قد تتلف اثناء مرحلة الحمل .

#### 5- لأسباب الجينية

في عدة دراسات وجد ان ما بين 3 الى 5 % من أشقاء الاطفال المصابين بالتوحد كانوا مصابين ايضا باضطراب التوحد ، و هي نسبة تصل الى 50 مرة اكبر مما يحدث في المجتمع العام ان معدل حدوث اضطراب التوحد في دراسات و جدت ان هناك نسبة تصل الى 36 % بين زوجي التوائم العادية (احادية الزيجوت ) مقابل صفر 0 % بين زوجي التوائم ثنائية الزيجوت، و في هذه الدراسة فقط تأكد ان الاقتران الزيجوتي وجد في حوالي نصف العينة، و تشير التقارير الإكلينيكية و الدراسات بأن الاعضاء في الاسرة المصابين بالتوحد لديهم عدة مشاكل لغوية أو معرفية و لكنها اقل شدة من الشخص المصاب بالتوحد في الاسرة ليس بينهما مصاب به .

#### 6- الاضطرابات الخلقية و صعوبات الولادة :

يبدو ان بعض حالات التوحد تشتمل على اضطرابات خلقية، انتشار التوحد يتباين بشكل عال بين الاطفال المصابين بحمى خلقية و الحمى الألمانية العدد الكبير من 8 الى 10 % من هؤلاء الأطفال التوحد يبين ، حالات اخرى من التوحد مرتبطة بصعوبات الحمل و الولادة و نسبة ذلك عالية بين الاطفال التوحديين من المجتمعات العادية، هذه الصعوبات ليس بالضرورة مستقلة عن العوامل الجينية. ففي دراسة طويلة اجريت على الاطفال لأباء فصامين حصلت بعض الأدلة الى ان الحمل كان اكثر صعوبة من الوضع العادي و الاطفال كان و زنههم أقل او اكثر شذوذا من الاطفال المجموعة الضابطة، و في احدى الدراسات الحد يثة تم تحديد 30 طفلا عمرهم 17 شهرا يعانون شكلا من التوحد ، و عليه وجد الباحثين أن الاطفال متشابهين الى حد ما و شدة مشكلاتهم مختلفة. الأطفال الثلاثون في المشكلات الشديدة الصحية كان لونهم ازرق عند الولادة و بحاجة الى الاكسجين و بقوا مدة اطول في جهاز الحضانة ( لمدة اربع أسابيع و نصف) ، و في عمر سنة

واحدة كانت لديهم احادية الرئة و ادخلو مرة ثانية للمستشفى لمدة شهر و الاطفال ذو المشكلات الشديدة كان وزنهم اكثر عند الولادة و مشكلاتهم أقل بعد الولادة ، و المشكلات في الطفولة هي سبب على أقل تقدير في شدة التوحد .

( محمد الخطاب ، 2009 : 325 ) .

### 7-العوامل العصبية التشريحية

الدراسات الحديثة لصور الرنين المغناطيسي IRM التي تقارن الاشخاص التوحد يبين و المجموعات الضابطة من الاشخاص العاديين، وجدت بان الحجم الكلي للمخ مترا يد لدى المصابين بالتوحد، و النسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من : الفص الجداري، و الفص الصدغي و لم توجد فروقا في الفصوص الامامية، و على الرغم من ان المتضمنات الخاصة و السببية لهذا الكبر غير معروفة فإن الحجم الزائد يمكن ان يظهر من ثلاث ميكانيزمات مختلفة محتملة، و هي ازدياد الاسباب العصبية، نقص الموت لأسباب عصبية، وازدياد انتاج أنسجة المخ غير العصبية مثل الخلايا الجذلية و الوعية الدموية، و على الرغم من ان هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة تفصيلية محددة باعتبارها عجز عصبي تشريحي لدى التوحديين فإنه يفترض ان المخ يمكن ان يكون علامة بيولوجية لاضطراب التوحد، اما الفص الصدغي فإنه يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة لاضطراب التوحد و هذا الاقتراح قائم على التقارير الخاصة بالأعراض المشابهة للتوحد لدى بعض الناس المصابين بتلف في الفص الصدغي، فعندما تتلف المنطقة الصدغية في الحيوان فمن المتوقع ان يفقد السلوك الاجتماعي و يظهر القلق و الارق و السلوك الحركي المتكرر و يبدو السلوك محدود.

اكتشاف آخر في اضطراب التوحد هو نقص في خلايا باكنجي في المخيخ، و هذا النقص من المحتمل ان يؤدي الى الحالات غير العادية في الانضباط و الإثارة في العمليات الحسية

(محمد الخطاب 2009 : 412) .

### 8-العوامل البيوكيميائية

في التوحد مثل الفصام التركيز الرئيسي للأبحاث اليوم هو في الناقلات العصبية، و كما

هو معروف الآن فإن الاطفال المتوحد لين لديهم مستويات عالية من السيروتونين Serotonine و الدوبامين Dopamine، و مهما كان دورهما سلبيا في تطور التوحد، فهذان الناقلان العصبيان يلعبان دورا أساسيا في عملية العلاج أيضا، فقد وجد عند 50 % من الاطفال المتوحدلين نسبة السيروتونين في الدم جد مرتفعة، و كما نعلم انا هذا الناقل العصبي يتدخل في تطور الجهاز العصبي المركزي، و يتحكم ايضا في ضبط المزاج و القلق و الانفعالات بصفة عامة و علميا فيه فإن حقن الطفل بمادة Fenfluramine (فنفلورامين) و الذي يخفض نسبة السيروتونين في الدم يساعد في عملية العلاج .

قد قام بعض العلماء بإعطاء طفلين مصابين بالتوحد عمر الاول، ثلاثة سنوات، و الاخر خمس سنوات و لمدة ثلاثة شهور حقن " فنفلورامين Fenfluramine، أشارت النتائج تحسن ملحوظ في نطقهم و سلوكهم الاجتماعي و معاملات ذكاءهم قد تضاءلت، و مع توقف العلاج بقيت حالتهم مستمرة في التحسن لمدة ستة اسابيع ثم بعد ذلك بدأت في التراجع مجددا و هذه التجربة تعقد الامل في العلاج الدوائي لحالات التوحد و كذلك الحال بالنسبة للناقل العصبي

Dupamine الذي يحتمل كونه المسؤول عن الاشارات الحركية و السلوكيات النمطية Sterotypés و ارتفاعه في الدم يعني زيادة في هذه السلوكيات و بالتالي تثبيطها و التقليل منه ينقص من هذه التصرفات (B.rouge 2003, :123).

### 9-العوامل الايضية (الهضمية) :

هناك دراسات أثبتت ان هناك علاقة بين الاضطرابات الايضية (الهضمية) و التوحد و السبب يعود الى تواجد الأحماض الأمينية بكثرة و غياب أخرى و بالتالي فهي تؤثر ايضا على عمل المستقبلات العصبية كما سبق ذكره (B.rogé، 2003p134) و عليه فهذا يساعد في العلاج حيث هناك بعض الاطفال التوحدلين يستعملون الحمضية الغذائية الخاصة في العلاج و ذلك بأخذ جرعات من الميغا فيتامين و الفيتامين ب 6 و قد أشارت النتائج الى تحسن السلوك لدى 16 طفل توحدلي خضعوا للعلاج لكن يبقى التساؤل ان 16 طفل هي عينة صغيرة و عليه الحاجة الى ابحاث أخرى على مدى اوسع اصبح ضروريا

(إبراهيم الزريقات، 2004، : 421)

**8- خصائص التوحدين : (Characteristics of Autism) :**

يُوصف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، حيث يؤثر التوحد سلباً على الطفل في مجال الحياة الاجتماعية و التواصل، إذا يواجه الأطفال المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل اللفظي و غير اللفظي و التفاعل الاجتماعي و صعوبات في الأنشطة الترفيحية و التخيل، و كذلك يظهر المصابون بالتوحد سلوكاً متكرراً

بصورة غير طبيعية مثل الررفة بالأيدي و هز الجسم و الارتباط ببعض الأشياء و التأخر في اكتساب اللغة .

من خلال مراجعة أغلب الدراسات نجدتها تشير الى اهم الخصائص التي تميز التوحد و هي كما يلي:

**1- إعاقة في التفاعل الاجتماعي : (Impairment of Social Interaction)**

من اهم الامور المميزة للاطفال و الاشخاص المصابين بالتوحد هو انهم لا يستطيعون تطوير علاقات اجتماعية التي تناسب و اعمارهم. و يرى جيلسون ( Gillson 2000 ) ان الخاصية الاساسية للتوحد تتمثل في اختلاف الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي و كذلك يوصف الاطفال التوحدين بان لديهم إعاقة في تطوير و استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري و المتعارف عليه ان التواصل البصري ليس سهل الحياة اليومية للأفراد التوحدين.

يتصف الاشخاص التوحدين بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية و المحافظة عليها، حيث ان الشخص التوحدي ينسحب في الكثير من الأشكال التفاعل و التواصل الاجتماعي مما يؤدي الى صعوبة في تكوين و إقامة علاقات اجتماعية كما ان الطفل التوحدي لا يتضابق من بقائه لوحده

(محمد، 2002،:12).

كذلك فإن الطفل التوحدي لا يبادر في التفاعل الاجتماعي و اذا كان هو المبتدئ في التفاعل الاجتماعي فإن ذلك نادراً ما يكون له هدف اجتماعي، كما ان الاطفال التوحدين يفضلون البقاء وحدهم لا يرغبون في الاحتضان او الضم و يظهرون اللامبالاة للوالدين، و يرجع الوالدان ان ذلك الى ان الطفل يهتم في ما اذا كان وحده او بصحبة آخرين كما تظهر عند الطفل التوحدي مشكلات ضعف استخدام اللغة الوظيفية، و الاتصال غير اللفظي مما يؤدي الى صعوبة في عملية التفاعل الاجتماعي.



(بيحي، 2000 ، : 362) .

كذلك يتميز الشخص التوحيدي بعدم فهم مشاعر الآخرين، مثلا لا يستطيع الطفل أن يتفاعل مع امه عندما يراها تبكي او حزينة مثل الاطفال العاديين. و يعود مصدرا لاختفاق عند الاطفال التوحد بين فيهما يخصص التفاعل الاجتماعي لعدم قدرة فهم على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية، أو العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي.

(سليمان، 2001، : 98) .

بالنسبة للعب فإن الطفل التوحيدي يعاني مشاكل في اللعب التخيلي، و لا تمتاز لعبهم بالابتكار أو التجديد، مثل (يلعب الطفل التوحيدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط مستقيم)

(وفاء الشامي، 2004، : 34) .

تعد عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد، و تلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، فبعض الرضع و الاطفال يميلون الى تجنب التواصل البصري، كما يظهر القليل من الاهتمام بالصوت البشري،

عادة لا يرفعون أيديهم لولديهم من أجل حملهم كما يفعل اقرانهم، و يظهرون غير مباليين و بدون عاطفة، و قليلا ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه و نتيجة لذلك يعتقد الوالدان ان طفلهم أصم و الاطفال الذين لديهم القليل أو نقص في التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية او الثالثة من العمر.

قد اقترح العلماء استراتييجيات محددة يجب مراعاتها عند تعليم و تدريب الاطفال التوحيدين، حيث ورد لدى

( إبراهيم الزريقات، 2004، : 142)

ان مجالس البحث الوطني الأمر لكي حددت أساليب تعليمية لتعليم الأطفال التوحد بين المهارات الاجتماعية، و هذه الأساليب تعتمد بشكل عام على:

أ- تعليم الطفل التوحدي من خلال الكبار مثل الاباء و الأمهات و تهتم بتعليم عناصر محددة في التفاعل الاجتماعي مثل التواصل البصري، و الإيماءات و اللعب و الكلام الاجتماعي.

ب- تعليم الطفل عن طريق التركيز على ما يقوم به بهدف التفاعل الاجتماعي مع هـ ت- تعليم الطفل عن طريق الرفاق أو الأخرين.

يعتبر الكثير من الاطفال التوحد بين منعزلون ولا يحبون التفاعل الاجتماعي و لكنهم في الحقيقة لم يتعلموا كيف يخرطون بالتفاعل الاجتماعي و يعتبر تدريب الاطفال التوحد على المهارات الاجتماعية في عمر مبكر من الامور المهمة التي يجب على جميع القائمين على رعاية مع الاهتمام بها، لأن ذلك يساعد في المستقبل الى الوصول الى أقصى درجات الاستقلالية و الاندماج في المجتمع .

(محمد الخطاب ، 2009 ، : 353 ) .

## 7-2 إعاقاة في التواصل

1- يوصف الاطفال التوحد بأن لديهم مشكلات في التواصل سواء كان لفظيا، ام

غير لفظي، كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة، وتعتبر

الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت و التنغيم و الإيقاع و نبرة الصوت،

و توصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية أو نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل

مرتبطة في المعنى، و لغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليها الا الاشخاص الذين

يألفونهم مثل الأب و الأم و المعلم، ومن الامور التي تعتبر مشكلة لديهم أن فهم اللغة

عندهم متأخرا جدا و هناك مشاكل شديدة في التواصل حيث ان 50 % من الأطفال

التوحد لا يكتسبون كلاما مفيدا و يظهرون الصمم و البكم لبعض الكلمات، و كذلك فإن

25% منهم يستطيعون الكلام و يكون تواصلهم غير عادي حيث يكرر بعضهم الكلام،

و يوجد لديهم أيضا صعوبة في استعمال الضمائر فمثلا لا يقول "انا اريد ان أشرب"،  
 و يقول "عامر يريد ان يشرب" و مثلا تقول له " مرحبا ! اسمي عامر ، ماهو اسمك؟  
 فيقول: عامر ما هو اسمك؟، كما ان بعض الاطفال التوحدين الناطقين يكون التواصل  
 اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر الاطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي  
 و هذه حالة المضادة الكلامية (Echolalia) و هذا التردد المرضي للكلام لا يساعد  
 الطفل على استخدام سياقات أو موافق اجتماعية و تفاعلية مختلفة .

(إبراهيم الزريقات، 2004، : 134)

### 7-3 السلوك النمطي و النشاطات المقيدة:

من الخصائص المهمة التي تظهر بشكل واضح و متكرر في التوحد و الاضطرابات التوحدية الانهماك بأشياء  
 ضيقة المدى و محدودة و فريدة، نذكر منها:

#### أ- السلوك النمطي:

من الاشياء الملاحظة و الغريبة قيام الاطفال ذوي التوحد بعمل حركات متكررة و بشكل متواصل بدون  
 غرض او هدف معين، و قد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، و عادة ما تختفي مع النوم، مما يؤثر  
 على اكتساب المهارات كما يقلل من فرص التواصل مع الاخرين، و من أمثلة هما: اهتزاز الجسم، رفرفة  
 اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، لف الأشياء الدائرية، طقطقة أمام أعينهم و غيرها من السلوكيات  
 النمطية المختلفة، كما ان أغلب الأشخاص المصابين بالتوحد يقومون بشكل متكرر بسلوكيات مقيدة لا  
 ترتبط بهدف واضح

(وفاء الشامي، 2004، : 78).

## ب- السلوك الروتيني:

يقوم معظم الأطفال و بشكل طفولي لساعات عد يدة بلعبة محددة يقاومون التغيير بشكل كبير، و يتجسد السلوك الروتيني مثلا بموعد الطعام و الحمام و اللباس و كذلك الروت يين في ترتيب الغرفة، و يوجد لديهم مقاومة شديدة للتغيير الذي يحدث في البيئة كما يحافظون بشكل كبير على التماثل .

## ج - الاهتمام بأشياء محددة جدا:

الكثير من الاطفال المصابين بالتوحد يتضاليقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى ادنى تغيير، و يرفضون تغيير طريقة اللعب ،هذا الرفض قد يؤدي الى الثورة و الغضب، كما انهم يرتبون ألعابهم و ادواتهم في وضع معين و يرفضون تغييره و يقاومون تعلم اي نشاط أو مهارة جديدة في مكان معين و بوضع معين، و قد ينظر الطفل اليها او يلعب بها بطريقة معينة و بشكل متكرر ممل، و عند تغيير وضعها او اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول الى شعلة من الغضب و الصراخ، و قد ينتهي الوضع بإعادة العلة الى وضعها مرة اخرى، بعض الاهل يلاحظون أن طفلهم التوحدي يتعود على كوب و صحن معين، و يرفض تغييره، و انه ينفع عند عدم وجوده ، كما ان بعض الاطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة مسارها لظروف طارئة، و هكذا فإن الرقابة في جميع السلوكيات اليومية هي السمة البارزة في الطفل التوحدي و بعض الاطفال يظهرون ارتباطا شديدا مع بعض الاشياء غير العادية، و يرغبون بالاحتكاك به طول الوقت كقطعة سلك أو ورقة شجر، و يقاومون إعادتهم عندهم ، و يهتم الطفل التوحدي بأشياء محددة تؤدي الى إيجاد صعوبة في عملية التعلم و التفاعل الاجتماعي، كمثلا قد يهتم الطفل بلعبة ما و يحملها معه اينما ذهب، او يهتم الطفل بعد جمع اعمدة الانارة الموجودة بالشارع، او الارتباط بعلاقة مفاتيح معينة، او الاهتمام

بمواضيع معينة مثل المشاهير حيث يقوم بجمع المعلومات المتعلقة بحياتهم و تحركاتهم.

## 9-الكشف المبكر لأعراض التوحد :

ان الكشف المبكر لأعراض التوحد يضعنا في حيرة، الا ان هناك بعض الاعراض تتغير بمرور الوقت امام النمو المعرفي للطفل مثل اكتساب اللغة و بعض المهارات الانفعالية

و الاجتماعية و المعرفية كالإدراك و التواصل، و رغم ذلك فقد اثبتت الدراسات ان الاطفال التوحد يبين الذين تم اكتشافهم قبل ثلاث سنوات و تحصلوا على تكفل و برنامج علاجي مكثف لمدة عام لين، أشارت النتائج تسارع في عملية النمو المعرفية و بالتالي تحسين في معاملات الذكاء و كذلك اكتساب رصيد لغوي شفهي و معرفي مقبول ، 73 % منهم تحصلوا على لغة وظيفية حين وصولهم الى سن الخامسة من العمر ، و تزداد نسبة الإصابة بين الاولاد عن البنات بنسبة 4-1 و لا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، او اجتماعية حيث لم يثبت ان لعرق الشخص او للطبقة الاجتماع ية او الحالة التعليمية او المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد

(Rogé , 2003, :67).

## 10-تشخيص التوحد

هناك اتفاق عالمي حول الاعراض الاساسية الإكلينيكية المحددة لاضطراب التوحد، حيث ان ظهور مفهوم الطيف التوحدي Spectre autistique و الذي اوجده Wing سنة 1996 يدل على وجود درجات متفاوتة في شدة و مدة الاعراض المحددة له و يطرح ايضا تساؤل علمي حول حدود هذا الاضطراب مع الاضطرابات النمائية الاخرى ( اسبرجر، ريت، اضطراب الطفولي التفككي، و اضطرابات TED غير المحدودة)

و كذلك مع امراض اخرى مثل:

التخلف العقلي متلازمتي ولبام وداون، متلازمة الكرموزوم الحسي الهش.....الخ)

و هذا ما سنتعرض له بالتفصيل في التشخيصات الفارقة و الامراض المصاحبة للتوحد

(B.rgé 2003 :98)

اذ يعتبر تشخيص اضطراب التوحد من الامور الصعبة التي يواجهها المختصون و الاهل ذلك لان تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليه لأنه لا يوجد علامات جسدية او دلالات بيولوجية تشير الى اصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم ان يكون هناك دقة في تقييم و تشخيص الطفل على انه مصاب باضطراب التوحد.

\* ويرى الروسان (2002) ان موضوع قياس و تشخيص الاطفال غير العاديين يعتبر امرا بالغ الاهمية في ميدان التربية الخاصة، لأنه الخطوة الاولى و المهمة للمساعدة في تحويلهم للمكان المناسب ووضع البرنامج التربوي المناسب لهم.

\* قام كانر بوضع معايير التشخيص للتوحد عام 1943 تبعه بعد ذلك عدد يمد من العلماء الذين حددوا محكات و معايير لتشخيص التوحد مثل معايير روتر، ونقاط كريك التسعة في تشخيص التوحد. ولذلك فالظروف المثالية هي أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من التخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفرق :

\* طبيب أعصاب

\*أخصائي التربية الخاصة

\*أخصائي نفسي

\*طبيب أطفال

\* طبيب نفسي للأطفال

\*أخصائي أطفونى.

### 11-أدوات التشخيص :

تستخدم مقاييس التوحد لتقييم السلوكات المستهدفة الممكنة للعلاج و التعبير ، تشمل أهداف هذا الإختبار على التصنيف و تحديد السلوك المستهدف و تقييم فعالية العلاج.

إن إختيار اداة التقييم المناسبة عملية معقدة و تعتمد على مستوى القدرات الوظيفية للطفل و القدرة على الإستجابة للتعليمات المعقدة و التوقعات الإجتماعية و القدرة على العمل بسرعة و القدرة على التعامل مع الإنتقال في نشاطات الإختبار، و يظهر الأطفال التوحدين اداء أفضل على الإختبارات التي لا تتطلب المشاركة

الإجتماعية أو تتطلب مستوى قليل منها، و لا تعتمد على القدرات اللفظية و في ما يلي عرض لبعض مقاييس التوحد شائعة الإستخدام.

(إبراهيم الزريقات، 2004: 141-142)

### \* دليل تصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض و الإضطرابات النفسية DSM4

تعتبر محكات الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع عام الصادر عام 2000 عن جمعية الأطباء النفسيين الامريكية (DSM-IV-TR، 2000) من افضل المحكات التشخيصية قبولاً في الاوساط العيادية و التربوية، و هذه المحكات كما وردت لدى بن صديق، (2005) هي:

اولاً: يشترط في تحديد اضطراب التوحد أن تتطابق ستة أعراض على الأقل، بحيث توزع كما يلي، عرضين من المجموعة الاولى و عرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية و عرض واحد على الأقل من المجموعة الثالثة.

### \* المجموعة الاولى:

وجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يظهر على الأقل في اثنين مما يأتي :

1- قصور حاد في استخدام انماط سلوكية غير لفظية متعددة مثل التواصل البصري مع الآخر، تعبيرات الوجه، وضع الجسم و إيماؤه لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

2- فشل الطفل في القيام بعلاقات مع الأقران تناسب و مستوى نموهم العقلي .

3- قصور في البحث العفوي التلقائي لمشاركة الأخرين الأفرح ، الاهتمامات، الانجازات (كالقصور في الإشارة الى الأشياء المثيرة للاهتمام)

4- الافتقار الى التبادل الاجتماعي و الانفعالي (تبادل العواطف، و المشاعر، الاهتمامات الاجتماعية).

\*المجموعة الثانية:

- وجود جوانب قصور نوعية في التواصل كما تظهر في واحد على الأقل مما تأتي :
- 1- الاستخدام النمطي او التريدي للغة.
  - 2- نقص اللعب التخيلي التلقائي، أو اللعب الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي
  - 3- تأخر أو نقص في نمو لغة الحديث (لا تكون مصحوبة بمحاولة التعويض بطرق تواصل كالإيماءات).
  - 4- قصور حاد في القدرة على المبادرة، أو الاحتفاظ بالمحادثة مع الآخرين لدى الأطفال الذين يملكون حصيلة لغوية جيدة .

\*المجموعة الثالثة:

- نماذج سلوك، و اهتمامات و أنشطة نمطية تتكرر بصفة حصرية كما تظهر في واحد على الأقل مما يأتي:
- 1- الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء .
  - 2- التشبث بروتين محدد، و طقوس محددة.
  - 3- ممارسة حركات نمطية مكررة (كالتصفيق، و ررفة اليدين... الخ).
  - 4- الانشغال بواحد أو أكثر من النماذج النمطية ذات الاهتمام، التي تكون شاذة في شدتها او اتجاهها.
- أولاً : أقتصر أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكات النمطية كما تكشف عنها الأعراض واحد على الأقل من الأعراض التالية :
- أ-إستغراق أو إندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الإهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها.
  - ب- الجمود و عدم المرونة الواضح في الإلتزام و الالتصاق بسلوكات و أنشطة روتينية أو طقوش لا جدوى منها.
  - ج- حركات نمطية تمارس بتكرار غير هادف مثل طقطقة الأصابع أو ثني الجذع إلى الأمام و الخلف أو حركة الأدرع أو الأيدي أو قفز الأقدام.... إلخ.



د -إنشغال طويل المدى بأجزاء أو أدوات أو أجسام مع إستمرار اللعب بها لمدة طويلة

ثانياً: ظهور أداء وظيفي غير عادي على الاقل مما يلي مع ظهورها قبل السن الثالث سنوات من العمر:

1- التفاعل الاجتماعي

2- اللعب الرمزي او التخيلي

3- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي

نلاحظ ان اغلب المقاييس و المحكات التي تعتمد في تشخيص التوحد، تترك في اعتمادها على مدى وجود اضطراب في جوانب النمو المختلفة سواء الاجتماعية او التواصلية او السلوكية .

\* قائمة شطب المتوحدين (CHAT) **CHeklist Autism in Toddlers**:

وهو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر Depistache Précoce للأعراض إبتداءً من 18 شهراً، وضع

من طرف Baron Cohen في لندن ويتكون السلم من:

تسعة ( بنود موجهة للأولياء ) الإجابات تكون بنعم أو لا) وبنود أخرى موجهة لمختصين  
تخص:

● اللعب التخيلي

● لفت الانتباه عن طريق الإشارة بالإصبع إلى الأشياء

● الاتصال البصري

● الانجذاب والاهتمام بالضوء

\* مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) **Children Autism Rating Scale** :

حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة، وضعه وأعدده شوبلر،

رسلر، رينر، وآخر طبعة مطورة ومعدلة لهذا المقياس صدرت سنة 198.

ولقد صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات

النمائية الأخرى، خاصة ذوي التخلف العقلي والقابلين للتدريب (Magram)

(1998, Teal et Weibe) ويعمل هذا المقياس أيضا على التفريق بين درجات التوحد

المختلفة من بسيطة ومتوسطة وشديدة.

ويركز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلا من الإعتماد الكلي على الحكم

الإكلينيكي، ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي (Shopler 1988)

تضمين المقياس بنود مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة

2- إمكانية استخدامه مع الأفراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة (صغار وكبار).

3- تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدامه مع أكثر من 1500 ( حالة في مدة

تجاوزت العشر سنوات.

4- الاعتماد على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلا من الأحكام

الإكلينيكية البحتة وغير الموضوعية.

5- تعريف كل بند من بنود المقياس المختلفة ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية

وضع التقديرات المناسبة.

6- وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الإكتفاء بموقف واحد

لوضع تلك التقديرات.

يتمتع المقياس بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي

للدراجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص، حيث بلغت

نتيجة الارتباط 0,84) (وبمستوى دلالة عند 0,01) (ويشمل المقياس على 15 بند هي على

النحول التالي:

1- الانتماء إلى الناس

2- استجابة الاستماع

3- التقليدي والمحاكاة

الخوف والقلق

5- الاستجابة الانفعالية

6- التواصل اللفظي

7- استخدام الأشياء

8-التواصل غير لفظي

9-استخدام الجسم

10-مستوى النشاط

11-التكيف والتغيير

12-مستوى وثبات الاستجابة العقلية

13-الاستجابة البصرية

14-الانطباعات العامة

15-استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس.

تعتبر هذه البنود الخمسة عشر محصلة استخدام أنظمة تشخيصية مهمة مثل:

— معايير كانر 1943

— معايير كيرك 1961

— معايير روتر 1978

\*تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحدين 1978 :

الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية في إصداره الرابع 1994 DSM-IV وكل بند

من البنود الأنفة الذكر يعطي تقديرا من 1—4) ( بحيث رقم 1) ( يعني السلوك في المجال

العادي أو الطبيعي بينما التقدير 4) ( يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة

وحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم تحت 30) ( درجة يصنفون على أنهم ليس

لديهم التوحد، بينما الذين بلغت درجاتهم 30) ( أو أكثر على أنهم يصنفون توحديين، وينقسمون

إلى مجموعتين هما:

1-الذين تتراوح درجاتهم ما بين 30—60) ( درجة يصنفون على أن لديهم توحد بدرجة

بسيطة إلى متوسطة.

2-الذين تتراوح درجاتهم ما بين 37- 60) ( درجة، يصنفون على أن لديهم توحد بدرجة

شديدة.

(الجمعية السعودية للتوحد، 20)

## 12- اضطرابات الطيف التوحدي (TSA) troubles du spectre autistique :

و تضم مجموعة من الاضطرابات بالإضافة الى التوحد، و قد ظم هذا المفهوم على يد Wing سنة 1996 و هذا لتميز التوحد عن غيره من الاضطرابات المشابهة له، و يذهب البعض الى اعتبارها شكلا من اشكال التوحد، و الاضطرابات التالفة هي نفسها المسماة الاضطرابات النمائية الشاملة او العامة بالدليل التشخيصي DSM الرابع :

- التوحد:

- اضطراب أسبرجر **Asperger** : يتميز بإعاقة في العلاقات الاجتماعية و في ظهور سلوكيات غير معتادة بدون تأخر لغوي الذي يمكن أن نجده في التوحد،

و قد تم اكتشافه لأول مرة من طرف الطبيب النمساوي Hans Asperger سنة 1944 و قد لقي هذا الاضطراب حصة كبيرة من الدراسة و البحث جعلته يتضمن مجموعة اضطرابات النمائية العامة في الدليل الاحصائي الرابع DSM.

اضطرابات ريت **Rett**: هو اضطراب عصبي تصاعدي يصيب الاناث بشكل اساسي، و يتميز بلوي اليدين و جعلهما متشابكتين بشكل متواصل، و بوجود تخلف عقلي، و اعاقة في المهارات الحركية و تظهر هذه الصعوبات بعد ان يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعية من النمو، و قد عرف هذا الاضطراب منذ فترة قصيرة فقط ، و قد وصف لأول مرة من طرف Andrea Rett سنة 1966 ، و مع ذلك لم يحظى هذا الاضطراب بالاهتمام الا بعد 17 عام عندما نشر التقرير سنة 1983 حول بعد دراسة حالات 35 فتاة من فرنسا و البرتغال .

- اضطراب الطفولي التفككي:

يتضمن هذا الاضطراب تراجعاً لغوياً شديداً و السلوك التكيفي للمهارات الحركية بعد فترة نمو طبيعية من 2 الى 4 سنوات .

- الاضطرابات النمائية العامة غير المحددة :

يستعمل هذا التصنيف في حالة وجود اعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل أو في مهارات التواصل اللفظية و غير اللفظية او عندما توجد أنشطة و اهتمامات و سلوكيات نمطية ولكنها غير مصنفة على انها اضطراب نمائي عام محدد او فصام او اضطراب في الشخصنة، على سبيل المثال التصنيف يشتمل على التوحد الشاذ l'autisme Atypique لان الاعراض الظاهرة ليست نفسها سبب التأخر في العمر عند الإصابة و وجود أعراض شاذة و فرعية

(أبراهيم الزريقات 2004 ، : 364/363)

- جديد التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس: الاكتفاء بفئة اضطراب طيف التوحد وإلغاء التصنيفات السابقة و تحد يد المعايير التشخيصية بمعايير فقط. يمثل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات الذهنية والذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمر بىكية المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض الذهنية والنفسية والتواصلية، حيث يتم استخدامه في جميع أنحاء العالم من قبل الأطباء والباحثين فضلا عن شركات التأمين وشركات الأدوية وصانعي السياسات، والذي تم نشره مرة في عام 1952 ويتم تعديله أو تنقيحه أو إصدار نسخة جديدة منه كل عشرة سنوات تقريبا اعتمادا على ما يستجد من الدراسات وأبحاث ، ولقد حظي اضطراب التوحد كغيره من الاضطرابات بنصيب كبير في هذا الدليل على مدى سنوات إصداره من التعدليل والتنقيح والإضافة .

وفي عام 1977 اقترت منظمة الصحة العالمية لأول مرة اعتبار اضطراب التوحد فئة تشخيصية. وفي عام 1980 صنف التوحد ضمن الاضطرابات الانفعالية الشديدة وفي نفس العام قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي لاضطرابات الذهنية حيث تبنت فيه الأعراض الثلاثة الرئيسية المميزة لاضطراب التوحد التي ذكرها روتر في عام 1978 وهي إعاقة في العلاقات الاجتماعية وتأخر في النمو اللغوي وسلوك استحواذي أو إصرار على التماثل، ومنذ تلك السنوات قطع الباحثون شوطا كبيرا في مجال البحث والدراسات والتعرف على الأسباب التي لاتزال يعترئها الغموض والبحث عن سبل التشخيص الدقيق لما لذلك من أهمية في تحديد البرنامج العلاجي المناسب لطفل والأسرة.

وفي عام 1994 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع والذي تم إجراء بعض التعديلات عليه بإصدار جديدي ومنقح عام ألفين أطلقت عليه الجمعية الأمريكية لطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع المعدل، والذي لم تكون فيه اختلافات جوهرية فيما يخص اضطراب التوحد عدا فيما يخص الإعاقة الذهائية الغير المحددة وقد أشارت رابطة الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث والرابع المعدل إلي أن التوحد يصنف تحت مسمى الاضطرابات النمائية المعقدة، هذا الاتجاه له الكثير من المؤيدين من العلماء والباحثين .

وفي عام 2013 وتحديدا في شهر مايو أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس والذي احتوي علي تعدد ليات جوهرية في تشخيص التوحد قد تسهم إلى حد ما في توضيح أبعاد هذا الاضطراب من ناحية وقد تخلق صعوبات تشخيصية للمختصين وأولياء الأمور من ناحية أخرى وقد شملت هذه التغييرات أولا على الاكتفاء بمصطلح اضطراب طيف التوحد وإلغاء التصنيفات السابقة والمذكورة في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع والرابع المعدل وهي اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر ومتلازمة رت واضطراب الطفولة التراجعي والإعاقة النمائية الغير محددة وذلك لأنه جميع هذه الاضطرابات تشترك في أعراض أساسية واحدة ولكنه بدرجات متفاوتة من الشدة، وبناء على ذلك ارتأت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اعتبارها اضطراب واحد بطيف واسع تحدده مستويات الشدة، كما اشتملت التغييرات على إلغاء مصطلح الاضطرابات

النمائية الشاملة أو المتداخلة السابقة الذكر، وتضم بين المصطلح الجديد في الاضطرابات النمائية العصبية وجميعها تحمل مسمى تشخيصي واحد وهو اضطراب طيف التوحد باستثناء متلازمة رت والتي تم فصلها عن الاضطرابات النمائية العصبية للإعاقات التالفة: الإعاقات الذهنية، اضطراب نمائي ذهني، واضطرابات التواصل، اضطرابات لغة، اضطرابات كلام، اضطراب في التواصل الاجتماعي، اضطراب فرط الحركة وقلة التركيز، اضطراب التعلم المحدود اضطراب طيف التوحد واضطرابات الحركة مثل اضطراب التآزر الحركي تم فصل متلازمة رت عن اضطراب طيف التوحد على اعتبار أن سلوكيات اضطراب طيف التوحد ليست بارزة بشكل خاص في المرضى الذين يعانون من متلازمة رت باستثناء فترة وجيزة أثناء التطوير وعادة ما يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال المظاهر السلوكية وليس المسببات لذا كان من الطبيعى فصل متلازمة رت، والمرضى الذين يعانون من متلازمة رت لديهم بعض أعراض التوحد يمكن وصفهم بأنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد وهنا ينبغي علي الأطباء والأخصائيين النفسيين استخدام محدد وراثي أو طبي للإشارة للأعراض المرتبطة بمتلازمة .

( عالمي، 2014، : 47 ) .

كما تم دمج معاير تشخيص اضطرابات طيف التوحد والاكتفاء بمعاييرين جديدين فقط هما المعيار الأول : معيار التواصل الاجتماعي والتفاعل و المتمثل بعجز واضح في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة يظهر في الفترة الحالية للتشخيص أو فترات سابقة في مراحل تطويرية سابقة

والمعيار الثاني: هو معيار محدودية الأنشطة والسلوكيات النمطية والمتمثلة بسلوك نمطي ومتكرر ومحدودية في الاهتمامات والنشاطات .

وعوضاً عن التصنيفات السابقة الذكر في الإعاقات النمائية الشاملة أو المتداخلة تم إضافة شدة الإعاقة بثلاث مستويات الأول والمستوي الثاني والمستوي الثالث متدرجة من البسيط إلى المتوسط ومن ثم الشديد .

يلاحظ على الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس عدم تطرقه لبعض الخصائص التي تطرقت إليهما معظم أدوات التشخيص كلعب التخيلي واللعب الرمزي والتقليد والصعوبات السلوكية كم أن دمج الاضطرابات النمائية في اضطراب طيف التوحد والاكتفاء بمستوي هذه الإعاقة قد يخلق مشكلة لدي المختصين .

وفي معرض شرحها للمبررات أكدت جمعية الطب النفسية الأمريكية من خلال مراجعتها للأبحاث والدراسات على عدم مصداقية تشخيص الإعاقات النمائية الشاملة السابقة، وبوجود ثبات في تشخيص اضطراب التوحد عالي القدرات كمتلازمة اسبرجر والإعاقة النمائية الغير محددة، إضافة إلى عدم مناسبة استخدام بعض المحكات حيث تم تشخيص الإعاقة النمائية المحددة كاضطراب عصبي نمائي متوسط أو بسيط كما لاحظت عدم المصداقية في تشخيص بعض الاضطرابات المتضمنة في الإعاقات النمائية الشاملة كاضطراب الطفولة التراجعي .

وفي النهاية سواء اتفقنا أو اختلفنا كمختصين وأولياء أمور ومهتمين في مجال الإعاقة على تلك التعديلات والإضافات التي تمت في هذه النسخة ستبقي هذه التعديلات رهن البحث والدراسة، وسيبقى الدليل الإحصائي التشخيصي من المحكات الهامة في تشخيص الاضطرابات النفس لية والعقلية والذهنية والتواصلية في الجانب الإكلينيكي، كما أن وجود أدوات تشخيصية متنوعة كمقياس ملاحظة تشخيص التوحد، ومقياس تقدير التوحد الطفولي، وغيرهما من الأدوات يساهم في تأكيد التشخيص للوقوف على وضع الطفل وبالتالي توفير خدمات متخصصة لطفل والأسرة على حد سواء.

( عالمي، 2014، 49/48 ) .

### 13- الأمراض والاضطرابات المصاحبة للتوحد :

ان التوحد يكون في أغلب الأحيان مصاحب لأمراض و اضطرابات أو اعاقات اخرى،

و هذا ما يعرقل أيضا وضع تشخيص دقيق للتوحد، لكن رغم ذلك، فهو يؤكد علميا فكرة

العلاقة بين التوحد والعوامل البيولوجية المسببة له، وقد أكد Gillberg سنة



1992 ان 1/3 من حالات التوحد تكون مصاحبة لأمراض أخرى، بينما روتر و آخرون و جدوا أن 12% من حالات التوحد تكون مصاحبة لأمراض أخرى و أهمهما هي حالات التخلف الحاد و اهم الامراض المصاحبة للتوحد و التي ذكرت في مجمل الدراسات هي:

\*متلازمة داون او ترزوميا 21 :

حيث اثبتت دراسة فومبون Fombonne على 33 طفل توحيدي ذو 7 سنوات ان نسبة مصاحبة عرض داون للتوحد تصل الى 5.9% و بوجود تخلف ذهني حاد تصل هذه النسبة الى 7% و هذا يدل على وجود عامل خطورة ب بين التوحد و عرض داون و بالتالي حظوظ اكتشاف التوحد تبقى ضعيفة .

( dé clic , 2009:67)

\* متلازمة وليام Wiliams :

سببه شطب في الكروموزوم رقم 7 و المصابون بهذا التناذر يتميزون ب:

- 1- احتداد في السمع.
- 2- مشاكل قلبية .
- 3- افراط في وجود الكالسيوم في الدم.
- 4- مظاهر جسمية غريبة الأطوار ( وجه قزم).
- 5- وجود رصيد لغوي وظيفي جيد .
- 6- اضطرابات ادراكية و صعوبات في المعلومة البصرية.

- 7- سلوكيات نمطية متكررة.
- 8- شكاوي جسمية، تمارض، بكاء بدون سبب و الخوف من المجهول.
- 9- وجود عيوب على مستوى الدماغ بسبب اصابة جزئية في القشرة الدماغية للنصف الأيمن .

**\*تناذر الكروموزوم الحسي الهش Frgil:**

هذه المتلازمة او التناذر هو اضطراب جنسي يمس الذكور فقط دون الاناث و يحدث بسبب شذوذ او شطب في الكروموزوم X و يظهر هذا التناذر في العديدا من حالات التوحد فنسبة 4 تواجهه تتراوح ما بين 5 الى 60% في دراسة تحليلية قام بها Fambonne و هو ايضا يظهر مع الافراد المتخلفين عقليا. و من الخصائص لهذا

أ-التناذر :

- 1- وجوه طويلة و هزيلة
- 2- أذان عريضة
- 3- خصيات كبيرة الحجم
- 4- تاخر لغوي
- 5- تاخر عقلي من متوسط الى حاد
- 6- ردود أفعال دفاعية لمثيرات لمسية سطحية
- 7- سلوكيات نمطية متكررة و ابداء الذات مع عدم الاحساس بالخطر
- 8- اتصال بصري ضعيف جدا مع حساسية مفرطة للمثيرات السمعية

ب . التصلب الدرني **la sclérose Tubéreuse**:

أثبتت الدراسات ان 25 % من الاطفال مصابون بالتصلب الدرني مصابا لين بالتوحد ، بينما أثبتت دراسة Fambone ان نسبة اصابة الاطفال المتوحدين بالتصلب الدرني يصل إلى 0 الى 29% ، و يعود سبب هذا الاضطراب الى تضاعف غير طبيعي للنسيج الورمي الحمليد في المخ و في بعض الاعضاء الوظيفية كالقلب، الجلد، العين، الكلى، و الرئتين و كذلك اصابة الكروموزومات 16 و 9 و خصائصه:

1- 50% من المرضى يعانون من تخلف عقلي

2- 80 % يعانون من نوبات صرع

3- انسحاب اجتماعي و قصور في التواصل

4- رصيد لغوي غير مفهوم و احيانا غائب

أكدت الفرضية السببية الجينية ان نسبة 8 الى 14% من حالات التوحد تصاب بالتصلب الدرني، و قد تم اكتشاف اعراض التوحد من قبل كانر

(B.Rogé 2003 : 67 /68)

ج . الصرع :

أثبتت الدراسات ان 13 الى 27% من حالات التوحد تصاب بنوبات صرع صغرى او كبرى

(محمد الخطاب، 2009، : 125)

\*أمراض و تناذرات اخرى:

1.1 هناك امراض و تناذرات نادرة تكون مصاحبة بنسب جد ضئيلة للتوحد مثل: تناذر SOTOS ، تناذر Angelman . la moyopathe متلازمة Tonrettes ( تقلص عضلات الوجه المرخي)ن تناذر Prada Willi (اضطراب البصري ن تاخر حسي حركي، غيباب اللغة)..... الخ (Rogé , 2003 , :69)

#### 14- التشخيص الفارقي لإعاقة التوحد:

يعاني الكثير من الدارسين من قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، و صعوبات التعلم، و الإعاقة السمعية. و اضطرابات التواصل واضطرابات الانتباه، مما يوضح ان مصطلح التوحد الطفولي مصطلح دارج بين المتخصصين، و مازال يستخدم حتى الان كمترادف لمجموعة من المصطلحات الأخرى، فهو غالبا يفضل استخدامه بدلا لمصطلح ذهان الطفولة او فصام الطفولة، و ذلك نظرا لنقص الاتفاق على معا يبرر محددة بتشخيص الطفل الذهاني، و هذه الحالة يطلق عليها عادة مصطلحات منها ذهان الطفولة و التوحد الطفولي، و فصام الطفولة و اضطرابات النمو ... الخ

(محمد الخطاب ، 2009 ، . 452)

#### \*التوحد و التخلف العقلي

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد تخلف عقلي اما ناتج عن وراثه خلل كروموزومي او احد امراض التمثيل الغذائي، و اما الى اختلاف في دم الام من حيث الريبوس RH سالب او موجب او بسبب امراض الغدد أو بسبب عوامل بيئية .

و المعروف ان حوالي 40% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي أقل من 50 او 55% أي تخلف متوسط أو شديد بينما 30% منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بس يبط 55 و 75%.

فيما يلي نستعرض بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي و التمييز بين اعاقه التوحد و اعاقه التخلف العقلي و التي يمكن تسجيلها من تجارب الملاحظة\* الموضوعية للإعاقين وهي:

- 1- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعتيه الى التقرب و الارتباط بوالديه و التواصل معهما و مع الكبار و غيرهه من الأطفال الأقران و هي سمة اجتماعية غائبة تماما في حالة طفل التوحد.
- 2- طفل التخلف العقلي من الممكن ان يبني حصيلة لغوية و ان يكتسب نموا في اللغة و لو انه قد يتأخر في بنائها الى حد ما، و لكنه يستخدم حتى القليل منها مبكرا في التواصل مع افراد أسرته و أقرانه.
- 3- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجوع الصدى التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق اخر كلمة او كلمتين في اي سؤال او كلام يوجه اليه .
- 4- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية في ملبسه و مأكله أو لعبه أو اثاث غرفته و لا يندفع في ثورات غضبه ( مثل طرق رأسه في الحائط) و إيذاء ذاته او الاخرين كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد، طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في انشطتهم و يستمتع باللعب مع هم و ممارسة تقلد الأخرين و اللعب الابهامي بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة كليا
- 5- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط مثلا بين (انا) و (انت) فليستعمل كلا منهما مكان الاخرى و كذلك بالنسبة الى غيرها من الضمائر .
- 6- طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه و تدريبيه في تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج الى جهود فائقة و صبر و جلد في التعامل معه او تدريبيه .
- 7- طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية، حتى اذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات، فمن النادر أن يستخدمها في التواصل و من هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي او استقباله، و اذا حدث و تكلم فإن كلامه يكون مضطربا او خاليا من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضيف على الكلمات معاني اضافية بعكس طفل التخلف العقلي .

8. طفل التوحد لهذه الاسباب ليس لديه القدرات و لا الدافعية للتعلم و التخاطب، ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي و القدرة على التفاعل مع الاخرين او مشاركة أقرانه في اللعب و الانشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلي .

9. طفل التوحد يتجنب التواصل البصري، بالتقاء العيون بين المحادثتين و هي سمة نادرا ما تحدث مع طفل التخلف العقلي .

10. في حالات التخلف العقلي التي يمكن فيها تطبيق إختبار ذكاء فردي مثل إختبار وكسلر لقياس الذكاء WISC نجد ان هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي ( الذي يكون اكثر انخفاضاً) و مستوى الذكاء الغير اللفظي ( الذي غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى الاطفال التوحد، بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي و الغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.

11. طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء او صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي

12. طفل التوحد قد ينجح او يتوقف او يجيدي مهارة فائقة في احد المجالات كالرياضيات او الفن (كالموسيقى او الرسم) او الشعر او النشاط الرياضي بشكل قد لا يستطيع العادي بلوغه و هي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي إلا في حالات نادرة جدا .

13. طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق و كان حواسه و جهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل و عن الاهتمام بما حوله ، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة ان علاقته بامه ليست أكثر من علاقته باي شئ في بيئته حتى لو كان كرسيها او لعبة .

14- التوحد من حيث نسبة انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوث من 2 الى

3% على الاكثر، بينما التخلف العقلي يمتشر بنسبة 3% من المجتمع او أكثر.

15. التوحد اعاقه يولد بها الطفل و تظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية اقصاها 30 شهراً، اما التخلف العقلي فقد يولد به او يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي الى تلف في المخ او اصابة

بمرض معد(كالتهاب السحائي او الحمى الشوكية) او نتيجة التلوث البيئي (مثل الرصاص او الزئبق) .

16. طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الام له واحتضانه او تقبيله بعكس طفل التخلف العقلي .

17. طفل التوحد غالبا ما يحتاج الى الرعاية مدى الحياة تقريبا اما طفل التخلف العقلي (المتوسط و البسيط) فإنه يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل و يعتمد على ذاته و يحميها من الأخطار و يعمل على حرفة مناسبة .

18. طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية او العاطفية كما ان لديه قصورا و غياب القدرة عن التعبير عنها .

19. عجز التواصل لا يقتصر فقط على التواصل اللغوي بل يمتد ايضا ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون، بتعابير الوجه، بحركة الايدي و الحركات البدنية و تنغيم نطق الكلمات بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي ( الا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد 20. تقل العيوب الجسمية لدى التوحدي مقارنة بالمعاق عقليا .

21. العمليات الادراكية: حيث يعاني التوحدي من اضطرابات ادراكية اكثر من التخلف عقليا و يعطي استجابات شاذة لمنبهات بعينها و خاصة في مهام الإدراك البصري و الحركي.

(محمد الخطاب ، 2009 :234)، .

#### \* التوحد و الاعاقة السمعية

1. نسبة الذكاء في حالة الاعاقة السمعية أعلى من حالة التوحد.

2. يمكن للمعاق سمعياً تكوين علاقات اجتماعية .

3. سهولة تشخيص المعاق سمعياً مقارنة بالتوحدي .

4. يمكن للتوحدي تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الاصم .

5. يميل التوحدى للانسحاب الاجتماعى، و الانزعاج من تغاير الروتين بشكل اساسى مقارنة بالمعاق سمعيا .

\*التوحد و صعوبات التعلم :

اوضحت دراسة التشابه بين الإضطرابين (Shea and Mesibov 1985)، بين كل من الطفل التوحدى و ذوى صعوبات التعلم فى كل من :

1- البروفيل الشخصى

2- صعوبات اللغة

3- عدم التمييز المعرفى .

بينما اسفرت نتائج دراسة (Johnson) سنة 1992 انخفاض دال و واضح لذى الطفل التوحدى مقارنة بذوى صعوبة فى التعلم على المتغيرات التالية:

-تدهور فى حدة السمع و البصر

-تدنى الاستجابات الحركية

-انخفاض فى الاداء اللغوى

-العزلة الاجتماعية و صعوبة تكوين علاقات اجتماعية.

(محمد الخطاب ، 2009 :235)، .



\*التوحد و فصام الطفولة

اوضح كل من جولدستان (Glodstein) 1986 ،عبد الرحيم بخيت (1997) انه يفترض ان التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة ان بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام، الى ان استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات و كان أهم أوجه الاختلاف ما يلي :

- 1- الطفل التوحدي غير قادر على استخدام الرموز مقارنة بالفصامي.
  - 2- ضعف النمو اللغوي عامة لدى التوحدي اكثر من الفصامي .
  - 3- ضعف النمو الانفعالي عامة لدى التوحدي اكثر من الفصامي.
  - 4- عدم وجود هلاوس و هذا بيانات لدى التوحدي بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.
  - 5- يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين و نصف، بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن، فالفصام يبدأ في عمر متأخر في الطفولة او مع بداية المراهقة .
- (محمد الخطاب ، 2009 :236) .

\*التوحد واضطرابات التواصل :

- 1-العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى التوحدي، بينما يتعلم التواصل يعني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الاخرين
2. يظهر التوحدي بتعبيرات انفعالية مناسبة او وسائل غير لفظية مصاحبة بينما يحاول المضطرب تواصلها ان يحقق التواصل بالإيماءات و تعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام يمكن لكليهما اعادة الكلام الا ان التوحدي يظهر اعادة الكلام متأخر أكثر

\*التوحد و الاضطرابات الذهانية:

اوضح شاكر قنديل (2000) و كذلك دراسة كور ليتا و اخرون (Kurita et all 1992) التي طبقت فيها استمارة خاصة بالأمهات مع المتابعة المستمرة للحالات من الذهانين و من التوحدين عن وجود بعض الاختلافات بين الاضطرابين كالآتي:

- 1- تدهور واضح واضطرابا في الانتباه لدى التوحد مقارنة بالذهاني.
- 2- نقص التواصل اللفظي و غير اللفظي لدى التوحد مقارنة بالذهاني.
- 3- نشاط حركي مفرط لدى التوحد .
- 4-نسبة الاعاقة بين الذكور و الاناث (1-4) بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان خاصة (الفصام)
- 5- وجود هلاوس و هذا بيانا لدى الذهاني و عدم وجودها لدى التوحد.
- 6- ظهور بعض اعراض التخلف العقلي لدى الطفل التوحد بينما لا توجد لدى الذهاني.

13-7الحرمان النفسي الاجتماعي و التوحد :

الاضطرابات الشديدة في البيئة الطبيعية و الانفعالية (مثل الحرمان الامومي ،الانحطاط النفسي الاجتماعي، دخول المستشفى، و الفشل في النمو)، كل ذلك يمكن ان يدفع الاطفال الى ان يظهروا لامبالاة و انسحابا و اغترابا مع تأخر في اللغة و المهارات الحركية، و الأطفال الذين لديهم هذه العلامات غالبا ما يتحسنون بسرعة عندما يوضعون في بيئة ملائمة غذية بالمناخ الاجتماعي النفسي، ولكن مثل هذا التحسن ليس هو الحال مع الاطفال المصابين بالتوحد .

13-8الأفازيا المكتسبة مع التشنج :

الأفازيا ( فقد القدرة على الكلام) المصحوبة بالتشنج هي اختلال عضلي و هي حالة نادرة تكون من الصعب أحيانا تمييزها عن اضطراب التوحد، و اضطراب عدم تكامل الطفولة و الاطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونون عاديين لعدة سنوات قبل فقد القدرة على انتاج اللغة التعبيرية و الاستقلالية لفترة تستمر لأسابيع او شهور و معظمهم يكون لديهم قليل من النوبات و الصور الغير

العادية لرسم المخ الكهربائي عند البداية، و لكن هذه العلامات قد لا تستمر، و بعض الاطفال يتم شفائهم، و لكن تبقى لديهم اعاقة لغوية كبيرة في اضطرابات اللغة التعبيرية الاستقبالية المختلطة .  
هناك مجموعة من الاطفال المصابين بهذه الاضطرابات يكون لديهم مظاهر مشابهة للتوحد، و قد تمثل صعوبة في التشخيص .

(الخطاب ، 2009 :237)

#### 14-علاقة البكاء باضطراب التوحد

ركز كارنر على ذكاء التوحد لين، فهم اذكيا مقارنة بالأطفال المتخلف بين عقليا و لهم كل الامكانيات الفكرية، و القدرة على الفهم فمشكلاتهم هي التواصل لا الذكاء و يركز محمود حمودة سنة 1991 على وجود شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، و لكن في معظم الاحوال يمان نجد الأطفال التوحد يكون يصل معامل ذكاءهم أقل من 50 اي من المتخلفين عقليا سواء كان ذو مستوى بسيط او حاد و بصفة عامة فإن ثلاثة اربع حالات التوحد تحتوي مستوى نسبة الذكاء درجات دالة من التخلف العقلي .

لقد اظهرت دراسات مبكرة ان الإناث هن أقل ذكاء، و أكثر ميلا لظهور برهان عن تلف الدماغ بينما اشار Wing سنة 1981 ان الذكور بشكل عام يوصفون بارتفاع مهاراتهم الفراغية و المكانية مقارنة بالإناث اللواتي يكن اكثر ميلا للأداء الوظيفي قد اشار محمود حمودة سنة 1998 الى انه لاحظ ان 40% من التوحد لين لديهم معامل ذكاء اقل من (50-55) و حوالي 30% يتراوح معامل ذكاءهم (50-70) و درجة التوحد تزيد مع نقص مستوى الذكاء و رغم ما يبديه التوحدين من استعدادات عقلية عامة تدرج من التخلف الشديد الى الذكاء الطبيعي فإن ثلاثة ارباع الحالات 70% متخلفين و 20% يقع معامل ذكاءهم في المتوسط

(محمد الخطاب ، 2009، :76).

لكن هناك العديد من الاشكال لقدرات الطفل التوحدي الخارقة في مجالات الحساب، الرياضة، الذاكرة الغدة، القدرات الفنية، الرسم ، الموسيقى).

الفرق في السلوكيات بين الاطفال ذوي اعاقة التوحد و اقرانهم غير المعوقين

جدول رقم (06) الفرق في السلوكيات بين الاطفال ذوي اعاقاة التوحد و اقرانهم غير المعوقين ( مرحلة المهد )	
الأطفال ذوي اضطراب التوحد	الأطفال العاديين
التواصل	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تجنب التواصل البصري.</li> <li>• يبدو كما لو كانوا صما أو لا يسمعون.</li> <li>• تنمو لديهم اللغة في البداية، ثم يتوقفون عن الكلام بصورة مفاجئة .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتفحصون وجه الأم.</li> <li>• يسهل اثارتهم بالاصوات.</li> <li>• تزداد حصيلتهم اللغوية و يتسع بالتدريج استخدامهم لقواعد اللغة .</li> </ul>

العلاقات الاجتماعية	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتصرفون كما لو كانوا لا يدركون مجيء أو ذهاب الآخرين</li> <li>• يعتدون بدنيا او يؤذون الآخرين بدون استفزاز او تحريض مسبق.</li> <li>• يتعذر التفاعل معهم ،اذ يبدو كما لو كانوا يعيشون في قوقعة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يبكون عندما تغادر الأم الحجرة و يخافون من الغرباء.</li> <li>• يتضايقون انفعاليا عندما يجوعون او يحبطون</li> <li>• يدركون الوجوه المألوفة و الابتسامة.</li> </ul>

استكشاف البيئة	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• يظلون مركزون(تثبيت) على نشاط او موضوع واحد.</li> <li>• يمارسون افعال غريبة مثل ارجحة الجسد او ررفة الايدي بصورة متكررة و شاذة و لمدة طويلة.</li> <li>• يشمون او يلعبون اللعب(الدمى).</li> <li>• لا يظهرون اي حساسة للحروق او للكدمات(شنوذ او قصور عتبة الاحساس بالاللم) و يندمجون في سلوك تشويه او اذاء الذات مثل فقع العين.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتحركون او ينتقلون بسلاسة من موضوع او من نشاط الى اخر.</li> <li>• يستخدمون الجسد بوعي للوصول الى او الحصول على الاشياء.</li> <li>• يستكشفون و يلعبون باللعب او الدمى.</li> <li>• ينشدون اللذة و يتجنبون الالم .</li> </ul>

**ملحوظة:** لا يجب ان تستخدم هذه القائمة لتحديد ما اذا طفلا ما لديه اضطراب التوحد ام لا. اذ يتعين ان يؤسس التشخيص على محكات واضحة و يقوم به اخصائي مؤهل يستخدم معلومات تفصيلية و يجري ملاحظات سلوكية مكثفة.

(محمد الخطاب، 2009، ص102/103)

### 15- البرامج التربوية (العلاجية) المقدمة لأطفال التوحد:

ان الكثير من الاتجاهات التربوية اكدت على أهمية بناء البرامج التربوية لأطفال العاديين قبل سن المدرسة ، ذلك لمساعدتهم على تنمية قدراتهم المعرفية و تنشيط المثيرات الحسية لديهم، و حب الاستطلاع و التجريب، و تطوير المهارات الحركية و الاتساق الحسي الحركي ، وانبثاقا من الفلسفة التربوية التي تعني ذوي الاحتياجات الخاصة و المرتكزة على ان كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة قابل للتعلم و التقدم، نجد ان هناك الكثير من البرامج التربوية الخاصة بما يتناسب و احتياجات كل فئة، ولان التوحد أصبح من الإعاقات التي شغلت الباحثين و الدارسين ،فقد وضعت العديد من البرامج التي تعني بهم خاصة في تطوير المهارات التواصلية و الاجتماعية و السلوكية، و من خلال الاطلاع على البرامج المقدمة لأطفال المتوحد بين نجد انها تتعدد و تختلف فيما بينهما انطلاقا من النظريات المفسرة لإضطراب التوحد، و المعروف أن اختصار البرنامج العلاجي المناسب للتوحد يؤدي الى خفض السلوكيات غير التكيفية، و يساهم في التخفيف من الأعراض التوحدية (الزريقات 2004 ص 431)، و من هذه البرامج:

### 15-1 برنامج الضبط المعرفي و التدريب على مهارات الحياة:

و الذي أسسه اريك شوبلر في جامعة شمال كارولينا و هو منتشر في معظم دول العالم و يهدف الى مساعدة الاطفال ليصبحوا اكثر استقلالية من خلال تنمية مهارات التواصل و القدرة على اتخاذ القرار

يركز على مهارات تواصل مناسبة، واستقلالية الشخصية، و يهتم الاطفال التوحدين من عمر سنتين حتى سن الرشد و التعليم المنظم عملية متكاملة للتدخل العلاجي لأطفال التوحد ترتكز على جعل البيعة من حول الطفل واضحة و مفهومة و يمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية و تضعه في مواقف غير مشتتة، وهذا يقلل من المشاكل السلوكية للطفل، و يدفعه نحو المزيد من الاستقلالية و الاعتماد الثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس بالإضافة الى ذلك فالبرنامج يهتم بالتقليل

من المشكلات السلوكية تكليف البيئة التعليمية، و تنمية السلوك الاجتماعي المناسب و يتم به استخدام استراتيجيات تعديل السلوك، مثل: التعزيز و وتحليل المهمة، و قد اشارت الكثير من الدراسات ان نتائج برنامج تيتش على الاطفال كانت جيدة مما ادى الى تقدمهم و تحسنهم و تتسم البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بطابع مميز، فهي مديعة بمعينات و دلائل بصرية، مثل: الصور و الكلمات المكتوبة بالمواد بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة التعليمية (الخطاب 2009 ص 237).

ولمعالجة الصعوبات التي يغلب ظهورها في بيئات تعليمية اعتيادية، طور الدكتور أريك شوبلر مفهوم التعليم المنظم للأشخاص التوحدين و تم ذلك بعد دراسة اجرا هما في عام 1971 اثبتت نتائجها ان الاداء العام للأشخاص التوحدين و درجة تقدمهم يرتفعان و يتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة، و العكس هو ايضا صحيح ، و كما أشار شوبلر فإن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها التلميذ تختلف باختلاف العمر الزمني و العقلي لدى التلميذ و بناء على هذه الدراسة أصبح للتعليم المنظم طابعا مميزا لبرنامج تيتش و هناك خمس ركائز للتعليم المنظم و هي :

تكوين روتين محدد (establishing routine)

تنظيم المساحات (physical structure)

الجدول اليومية (dailyschedules)

التعليم البصري (visual instruction)

(الزريقات 2004، ص 314)

و من البرامج المعروفة أيضا

**2-15 برنامج ويلدن لما قبل المدرسة لأطفال المصابين بالتوحد (1964) Walden )**

**(preschool program WPP)**

يقوم هذا البرنامج على خدمة الأطفال المصابين بالتوحد من خلال دمجهم مع الأطفال الاسوياء و يركز محتوى البرنامج على تطوير المجالات التالية للطلبة التوحدين: تنمية التفاعل الاجتماعي مع الأقران، أخذ الادوار و تنمية مهارات اللعب، احتمال اللمس و الاتصال بالعين، وأشارت النتائج الى

تطوير وتقديم الاطفال المتوحدين حيث نجح البرنامج في دمج الاطفال في المدرسة العادية و اصبح هناك تقدم في التفاعل الاجتماعي و تكوين الاصدقاء و الابتداء بالحديث مع الاقران .

### 15-3 برنامج لوفاس : Ivar lovas

الذي يعتمد بشكل اساسي على التحليل السلوكي التطبيقي، و هو برنامج طويل للتدريب على المهارات بشكل منظم و منطقي و مكثف، و يشير لوفاس الى امكانية دمج الطفل التوحدي في حال طبق البرنامج بشكل منتظم و مكثف، و يعتبر هذا البرنامج من البرامج واسعة الانتشار و الاستعمال من قبل الاباء و المعلمين لم له من دور في التفاعل الاجتماعي للطفل، حيث يتم تحديد المثيرات السابقة و اللاحقة بعد استجابة الطفل و يتم معرفة السلوكيات القوية و الضعيفة للطفل، و بعد ذلك يتم تشكيل المهارات الجديدة بتنظيم المثيرات و التعزيز الفوري، و هذا البرنامج يتطلب مشاركة الاباء و المتطوعين، و أغلب البرامج التربوية تعتمد على النواحي السلوكية في تدريب الأطفال التوحدين(الزريقات 2004 ص 307).

### 15-4 العلاج بالدمج الحسي: Sensory Integration therapy

و هو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، و يقوم على ان الجهاز العصبي يقوم بربط و دمج جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم و بالتالي فإن خلال ربط او تجانس هذه الأحاسيس ( مثل حواس، الشم، السمع، البصر، اللمس، التذوق، التوازن) قد يؤدي الى أعراض توحدي و يقوم العلاج على تحليل هذه الاحاسيس و من ثم العمل على توازنهما و لكن في الحقبة لليس كل الاطفال التوحدين يظهرن أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما انه ليس هناك علاقة واضحة و مثبتة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الاطفال التوحدين، اذ يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل، و رغم ان العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر "علمية" من التدريب السمعي و التواصل الميسر حيث يمكن بالتأكد ان الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، الا ان هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر اهمية (الخطاب 2004 ص 113).

### 15-5 التوصل الميسر Facilitated communication:

لقد حظيت هذه الطريقة على اهتمام إعلامي مباشر و تناولتها كثيرا من وسائل الاعلام الامريكية و تقوم على اساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الاحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه و شعوره بمساعدة شخص آخر، و قد اثبتت معظم التجارب أن معظم الكلام او المشاعر الناتجة انما كانت صادرة من هذا الشخص الاخر، و ليس من قبل الشخص التوحدي، و لذا فإنها تعتبر من الطرق الغير مرغوبة على الرغم من وجود مؤسسات لنشر هذه الطريقة (declic,2009 p 85).

### 15-6 التدريب على الدمج السمعي Auditory integration trainaining

تقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة على ان الأشخاص المصابين بالتوحد مصابون بحساسية في السمع (فهم اما مفرطون في الحساسية او عندهم نقص في الحساسية السمعية)، و لذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولا، ثم وضع سماعات في أذان الأشخاص التوحدين بحيث يستمعون لموسيقى ثم ترك ليبيها بشكل رقمي (ديجيتال) تؤدي الى تقليل الحساسية المفرطة، و زيادة الحساسية في حالة نقصها . و في البحوث التي اجريت حول التكامل أو التدريب السمعي كانت هناك بعض النتائج الايجابية حينما يقوم بتلك البحوث اشخاص مؤيدين لهذه الطريقة او ممارسون لهما بينما لا توجد نتائج ايجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون او محاديون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي، ولذلك يبقى الجدل مستمرا حول جدوى هذه الطريقة. (smith1996)

### 15-7 برنامج تبادل الصور (التواصل) PECS:

يعتبر من اشهر اساليب التواصل البصري مع الأطفال التوحدين و الاطفال المضطربين لغويا يهدف هذا الاسلوب الى تدريب الطفل على تعلم طريقة مساعدة للتواصل، وذلك عن طريق تبادل الصور، حيث يدرّب الطفل على اعطاء المعلم الصورة التي تعبر عن احتياجه و رغباته باستخدام صور تكون على شكل بطاقات صغيرة و يتم تدريب الطفل عليها بمراحل عديدة تبدأ بمبادرة الطفل على



تبادل البطاقات مع المحيطين به و تتجهي بتدريبيه على تكوين جملة كاملة عن طريق ترتيب البطاقات الخاصة بهذه الجملة

(الحكيم ، 2003 ، ص 136) .

ان أغلب البرامج التربوية المصممة للأطفال التوحد ين تنفق على ان التدريب والتعليم المنظم و المخطط له بعناية هما مفتاح التحسن للطفل التوحد، و يرى (سليمان 2001) ان التقدم والتحسين الذي يحصل للطفل التوحد لا يحدث عن طريق الصدفة، انما يحدث عن طريق التدخل المبكر، و البرامج التربوية المصممة بعناية و تنظيم بشكل مقصود تمكن الطفل من التنبؤ و فهم العلاقة بين سلوكه و ما ينتج عنه.

ان اكثر البرامج التربوية التي تقدم للأطفال التوحد ين تهتم بتنمية النواحي الاجتماعية، كونه من المعروف ان الاهتمام بتنمية المهارات الاجتماعية للطفل التوحد يساعد في تنمية مهارات أخرى ، و يرى (محمد 2002) انه يوجد تأثير متبادل و مستمر بين نمو المهارات الاجتماعية من جانب و القدرات اللغوية، و القدرة على التواصل من جانب اخر، حيث ان أنشطة المهارات الاجتماعية تتيح للطفل الفرصة لاكتساب حصيلة لغوية اكبر المناسبة لتدريب الطفل عليها و تؤدي الى تعزيز القيمة التكوينية للطفل و بالتالي تزيد من تقدير الاخرين للطفل .

يرى و لتر (wiltz 1999) ان المهارات الاجتماعية المهمة للطفل التوحد و التي تساهم في زيادة التفاعل الاجتماعي تتضمن مايلي:

- وجود تواصل بصري مناسب للطفل .
- تعلم الطفل للأدب الاجتماعي مثل المجاملات و القاء التحية و الوداع .
- تطوير و فهم التواصل غير اللفظي .
- المشاركة الاجتماعية مثل المشاركة باهتمامات الاخرين و تكوين صداقات (الزيقات 204 ص 235).

### 15-8 البرنامج التعلّم اليمّي الفردي Individualized Education Program (IEP)

فالفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي ان نهنئ الطفل التوحدي للبيئة التعليمية الخاصة به، و التي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي، مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية و طرق تدريس و تكنولوجية خاصة به، ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه اعاقة التوحد و على نمو قدراته، و يعتمد اختيار الفصل الدراسي المناسب لمستواه على درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة او التعليم، و عما اذا كان يعاني من توحّد فقط او من اعاقات اخرى مصاحبة للتوحد.

كذلك لا بد ان تتضمن برامج التعلّم تحديدا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج فيها الطفل التوحد بشكل متكرر، و تستنفذ جزءا كبيرا من وقته، و كذلك تحد يد السلوكيات الشاذة و العدوانية التي تسبب ايلذاء الذات و ايلذاء غيرهم من الرفاق و العاملين معه ، الا أن بالحصر و التقويم لهذه السلوكيات يمكن ان نتوصل الى تضمين البرنامج التعليمي الفردي جانبا خاصا من الأنشطة و الاساليب الكفيلة لمعالجة تلك السلوكيات التي لو اهملت لحالت دون تحقيق الأهداف التعليمية للبرنامج، كما يتضمن أنشطة علاجية و تدريجية في مجالات معينة مثل علاج عيوب النطق و الكلام و التخاطب و العلاج الطبّي اليمّي المرضي، و التربية الرياضية و النفس حركية و التربية الفنية و الموسيقية و التي تعتبر جميعها جزءا لا يتجزأ من أنشطة البرنامج التعليمي الفردي IEP و الذي يجب ان تتوفر فيه عدة شروط أهمها:

#### \*الانسجام و التطابق الداخلي:

على ان تقترب أهدافه بمستوياتها المختلفة من المستوى الحالي للطفل في قدراته و مهاراته و نواحي القوة و الضعف المميزة له، و احتياجاته المختلفة لهذه الصلة التي تربط احتياجات الطفل

بالبرنامج التعليمي، هي المحور الأساسي لجميع برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين، و برنامج التعليم الفردي لكل منهم، و الواقع ان التناسق و التطابق الداخلى يبين لا يكمن تحقيقها الا اذا استنبطت أهداف البرنامج التعليمي مباشرة من الوضع الحالي للقدرات و لم مهارات و احتياجات الطفل التي تحددها عمليات التقييم و القياس الموضوعي المقنن.

### \*انسجام و تطابق خارجي:

التطابق و التداغم الداخلي وحدهما لا يكفيان، بل لا بد من ان تتفق مع برنامج التطبيقات العلمية بالأنشطة التعليمية التي يوفرها المدرس و بناء الفصل الدراسي التابع من هذا البرنامج، الذي هو في الواقع المخطط الاساس الذي يستمد منه المدرس و يخطط نشاطه التعليمي اليومي و الأسبوعي و الشهري في الفصل في شكل وحدات تعليمية متتابعة تشبع احتياجات التلميذ، و تحقق الأهداف التي حددها البرنامج لكل من تلك الاحتياجات ، و ترسم أسلوب التقييم المرحلي المستمر لنتائج التنفيذ .

### \*صياغة الأهداف و الأغراض التعليمية

نقصد بها ما الذي نتوقع تحقيقه للطفل من خلال اكتساب المهارات الإجتماعية

و المعرفية، و بما ان صياغة الأهداف هي المحور الأساسي لبرنامج التعليم الفردي فلا بد من احتواء هذا الأخير على أنشطة و مواد تعليمية وكذلك طرق تدريسية و تجهيزات و أدوات و وسائل ملائمة لتحقيق الغرض التعليمي و كذلك الحال عند التقييم .

يتضمن البرنامج التعليمي الفردي ما يلي:

البيانات الشخصية ( الاسم، التاريخ، تركيب الاسرة، الحالة الاقتصادية و الاجتماعية، العنوان، رقم الهاتف...الخ) التاريخ التعليمي للفرد و المدارس و المراكز التي إلتحق بها من قبل.  
\*التاريخ المرضي للحالة: مرحلة الحمل، الولادة، الأمراض، ان وجدت .

ملخص تتابع عمليات التقويم، القياس و الاحتكاكات النفسية وأدوات التشخيص التي طبقت، و نواحي الضعف و القوة مستويات نمو المهارات المختلفة .

الاهداف البعيدة و الأغراض التربوية التعليمية ( قد تكون نفسها الرسمية او حسب مستوى ذكاء الطفل او مستوى مهارات المعرفية و الاجتماعية).

لكن قبل ذلك لابد ان تضم عمليتي الملاحظة و تسجيل قدرات الطفل المحاور التالية:

المهارات اللغوية الاستقبالية و التعبيرية و حجم و محتوى الحصيلة أو الرصيد اللغوي

قبل بدء البرنامج و مهارات استعمالها في التخاطب مع الآخرين.

المهارات الاجتماعية و المعرفية و مستوى نموها الحالي بالمقارنة مع العمر الزمني

للطفل و سلوكيات الإجتماعية في المواقف و المناسبات الخاصة.

السلوكيات الشاذة و النمطية غير الهادفة التي يتكرر اندماج الطفل فيها لفترات زمنية طويلة وقدرات التحكم في سلوكياتهم.

مستويات الإدراك الحسي و الإستجابات الحسية الغير عادية للمثيرات السلبية المهارات الأكاديمية التعليمية قبل بدء البرنامج بالمقارنة مع العمر العقلي المصادر و الاستراتيجيات التي تستخدم في تنفيذ البرنامج و تحقيق أهدافه و توزيع مكوناته على أعضاء فريق العمل المختص ( اخصائي نفسي و ارطفوني، استاذ الموسيقى و الرياضة... الخ و العائلة ال هدف: مساعدة الطفل على ادراك الزمان و التوجه في الفضاء عن طريق الصور،

المهارات اللغوية الاستقبالية و التعبيرية و حجم و محتوى الحصيلة أو الرصيد اللغوي

(قبل بدء البرنامج) و مهارات استعمالها في التخاطب مع الآخرين .

المهارات الاجتماعية و المعرفية و مستوى نموها الحالي بالمقارنة مع العمر الزمني للطفل و السلوكيات الاجتماعية في المواقف و المناسبات الخاصة .

السلوكيات الشاذة و النمطية غير الهادفة التي يتكرر اندماج الطفل فيهما لفترات زمنية طويلة و قدرات التحكم في سلوكياته .

نواحي القصور و عيوب النطق و الكلام و التخاطب مستويات الادراك الحسي و الاستجابات الحسية الغير عادية للمثيرات السببية .

المهارات الأكاديمية (التعليمية) قبل بدء البرنامج بالمقارنة مع العمر العقلي .

المصادر و الاستراتيجيات التي تستخدم في تنفيذ البرنامج و تحقيق أهدافه و توزيع مكوناته على أعضاء فريق العمل المختص ( اخصائي نفسي و ارطفوني، استاذ الموسيقى و الرياضة... الخ) و العائلة .

الهدف: مساعدة الطفل على ادراك الزمان و التوجه في الفضاء عن طريق الصور، الاشارات، و تعليمات كتابية، و الهدف هو تعزيز استقلاليتة عن طريق الاداء و نقاط القوة لكن هناك من يعتبر هذه الطريقة هي التدريب و ليس التعليم.

( الزريقات، 2004، ص 413/414/415 ).

الخلاصة :

يعتبر التوحد من الإضطرابات الإجتماعية للنمو، ولقد تم إكتشافه وتشخيصه لأول مرة على يد العالم كانر سنة (1943)، فهو يصيب الطفل في جميع جوانب النمو على مستوى الإتصال اللفضي وغير اللفضي، السلوكات، النشاطات، الإهتمامات والتفاعل الإجتماعي. كما أنه يصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل ( 1/4). ونظرا لصعوبة تشخيصه وضعت عدة مقاييس عالمية لتشخيصه من بينها: DSM4، CHAT، CIM، CARS، وذلك إبتداءا من ( 3 ) سنوات. كما أن زملة التوحد متعددة الأسباب والعوامل، لكن السبب الحقيقي المؤدي للإصابة لم تتضح بعد أبعاده لحد الساعة. لذلك تعددت طرق وأساليب علاجه، فهناك من يعتمد على الحمية الغذائية والبعض على العلاج الدوائي والعالج الطبيعي، لكن أغلبها يركز على العلاج التواصلي والتنمية لمهاراته.

# الفصل الرابع

## الاجراءات المنهجية

تمهيد :

يعتبر البحث العلمي من ضروريات هذا العصر، فهو المحرك لكل تقدم في كافة المجالات الاقتصادية ، الاجتماعية والثقافية ، ولم لتصل الدولة الصناعية إلى ما وصلت إليه إلا بفضل تشجيعها الدائب على تطوير البحث العلمي. وان كانت هذه مكانة البحث العلمي في تقدم العلم و المعرفة، فإن المنهجية تعتبر محرك البحث العلمي ذاته و هي مجال واسع في البحوث النفسية و تؤدي لحداثة البحث العلمي.

و في هذا الفصل المنهجي للبحث الذي بين أيدينا جاء ليوضح الخطوات التي اتبعناها للقيام بدراستنا هذه حول المعاش النفسي للطفل المصاب بالتوحد المتمدرس.

**1-الدراسة الاستطلاعية:**

للقيام بأي بحث ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابد على الباحث من إجراء درا إستطلاعية التي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والمهدف المراد الوصول إليه من خلال هذه الدراسة، فالدراسة الاستطلاعية هي "دراسة فرعية(أودراسات فرعية)يقوم فيها الباحث بمحاولات إستكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الأساسي، حتى يطمئن على صلاحية خطته وأدواته



وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به" (عبد القادر طه، سنة... ص 194) وعليه فالدراسة الاستطلاعية توجه الباحث وتوضح له الميدان الذي سيجري عليه بحثه وكيفية التعامل مع المعطيات.

وقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على معلومات تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي

أجريناها مع الأخصائية النفسانية المتواجدة بالمركز الوسيط للأمراض العقلية و تأهيل المدمنين قسم الصحة النفسية تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بأدرار و معلم و مدير المدرسة الابتدائية زكري عمر بأدرار وقد مكنتنا هذه الدراسة من التعرف على الحالة خلال فترة التربص التي قمنا بها و سجلنا ملاحظات حول تصرفها و سلوكها أثناء الحصة العيادية بالمركز فكان الاحتكاك بالحالة في بداية الأمر صعب نظرا لصعوبة الإضراب الذي عاني منه وبالتالي فدراسة الاستطلاعية قد وجهت بحثنا و مكنتنا من تحديد إشكالية البحث و ابعاده ، كما سعدتنا على صياغة الفرضيات بشكل دقيق و محدد.

فهذه الدراسة بكل معطياتها ساعدتنا على التحديد الدقيق الذي هو قيد الدراسة، مع إبراز مختلف

النتائج الخاصة لتحليل الاختبار المستخدم في البحث و كذلك التحليل الخاص لمضمون أهمية هذه الدراسة.

**1-الحدود المكانية و الزمانية للدراسة:****1-1الحدود الزمانية:**

امتدت هذه الدراسة من يوم :الأحد 01 مارس 2020 إلى يوم الخميس 12 مارس 2020 ثم تم توقف الدراسة لضروف الحجر الصحي الذي شمل البلاد ثم أسنفت يوم الإثنين 07 سبتمبر إلى غاية

الإثنين 28 سبتمبر

**1-2الحدود المكانية :**

اجريت دراستي بالمركز الوسيط للأمراض العقلية و تأهيل المدمنين قسم الصحة النفسية تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بأدرار و أيضا مع مدير و معلم الحالة بالمدرسة الإبتدائية "زكري عمر"

**3-حالة الدراسة:****2-المنهج المستخدم في الدراسة**

إن كل دراسة تتطلب منهج بحث الذي يساعد على الوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر، و على البحث اختيار المنهج الملائم لدراسته حتى تتضح له الأمور ويكون بحثه دقيق كون أن لكل دراسة منهج خاص بها، إذ يعرف على أنه جملة من المبادئ والقواعد والإشارات التي يجب على الباحث إتباعها من بداية بحثه إلى نهايته بغية الكشف عن العلاقات العامة و الجوهرية والضرورية التي تخضع لها الظواهر موضوع الدراسة، ويرتبط المنهج بموضوع العلم ارتباطا وثيقا ، ومن هنا تعددت المناهج ، حيث يعرفه عمار بوحوش 1995(بأنه"الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته لاكتشاف الحقيقة"

.كذلك فهو حسب رونز"إجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة" أي أن المنهج يسهل عمل الباحث ويمكنه من بلوغ هدفه بشكل مباشر ومحدد.( محمد محمد قاسم، 2003،ص9)

زيادة على ذلك ، فالمنهج هو "الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلته والوصول إلى حلول لها والى بعض النتائج.(عبد الرحمن العيسوي 1997،ص13) إذن فالمنهج هو أسلوب يتبعه الباحث بهدف دراسة المشكلة التي تم طرحها ومن خلاله يتمكن من التوصل إلى الأهداف المحددة في الدراسة أو البحث ونظرا لأن موضوع دراستنا يتمحور حول المعاش النفسي للطفل المصاب بالتوحد المتمدرس فقد اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي لأنه يخدم موضوع الدراسة ولا يمكن معالجته باستخدام منهج آخر

### 3 - المنهج العيادي:

يعرف المنهج العيادي على أنه "طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في موقف ما وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها ويعرف كذلك على أنه "أحد المناهج الرئيسية في مجالات الدراسات النفسية ويقوم على أسلوب دراسة الحالة.

إذن هذا المنهج يمتاز بالموضوعية كما يهتم بوضع صورة متكاملة للحالة وأعراضها كما يقف على الأسباب والظروف السابقة من أجل الوصول إلى تشخيص سليم وبالتالي فاستخدامنا لهذا المنهج يساعدنا على التقرب من الحالة ومن تحديد خصائصها النفسية والجسدية ومختلف التغيرات التي طرأت على تنظيمها النفسي خلال معاشها كطفلة مصابة بالتوحد.

### عينة الدراسة :

العينة هي الفئة التي تمثل مجتمع البحث واختارنا في هذه الدراسة العينة القصدية لتلائمها وتناسبها مع مجتمع البحث اد يعني ذلك إن أساس الاختيار هو خبرة الباحث و معرفة بأن هذه او تلك مجتمع البحث ( العساف ، 1990 : 99) .

وشملت دراستنا حالة طفلة متوحدة

جدول رقم(02) يوضح خصائص العينة :

سنة اكتشاف الإصابة بالتوحد	المستوى الدراسي	السن	الحالة
سنة سنوات	الثالثة ابتدائي	13 سنة	أم الخير

متغيرات الدراسة :

تشمل الدراسة الحالة المتغيرات التالية :

المتغير المستقل : وهو اضطراب التوحد

المتغير التابع : وهو المعاش النفسي

5-أدوات الدراسة:

إن أي بحث أو دراسة تتطلب إتباع منهج يخدم تلك الدراسة وادوات تساعد على التوصل إلى النتائج بشكل دقيق،ولهذا على الباحث اختيار تلك الوسيلة أو الادوات بشكل يجعل بحثه موجه بشكل صحيح ودقيق .وقد استعملنا في دراستنا هذه عدة وسائل والتي من خلالها نرجو أن يكون بحثنا دقيق وموضوعي إلى حد ما، وهذه الوسائل هي :

5-1الملاحظة:

وهي وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات يستخدمها الباحث في الدراسة بغرض الحصول على معلومات لها أهمية في الدراسة .ويمكن تعريف الملاحظة على أنها "توجيه الحواس والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها أو خصائصها

توصلا إلى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة أو تلك الظواهر المراد دراستها" (عبد الرحمن العيسوي، 1995ص94)

كما عرفها (عبد الفتاح الدويدار، 1995، ص،) 274 على أنها " وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، وتتميز

الملاحظة العلمية عن غيرها من ذوات جمع البيانات لأنها تفيد في جمع البيانات فتصف سلوك الفرد

الفعلي، وفي بعض المواقف الواقعية في الحياة ثم أنها تفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي يبدي

فيها المبحوثين نوع من المقاومة للباحث ويرفضون الإجابة عن أسئلته".

كذلك الملاحظة" تعتبر وسيلة تستعمل في جمع البيانات والمعلومات وهي من أهم الوسائل التي توظف في البحث العلمي وعلى الأخصائي النفسي أن يلاحظ مظهر المفحوص، سلوكه، عناده وردود أفعاله أثناء سير الاختبار (حامد زهران 1997، ص165).

أي أن الملاحظة تمكن الباحث من ملاحظة كل الأشياء المتعلقة بالظاهرة موضع الدراسة وجمع بيانات في الأحوال التي يبدي فيها المفحوص نوعا من المقاومة أو يرفض الإجابة على الأسئلة. وقد استعملنا الملاحظة لهذا الغرض والذي لاحظنا من خلالها سلوكيات تعبر عن القلق، عدم الاستجابة للفاحص و تتمثل ذلك في الصمت ، العناد و البكاء كرد فعل من طرف الحالة و هذا كله يساعدنا في عملية التحليل وكذا التشخيص لكل حالة موضع الدراسة.

## 5-2 المقابلة :

قبل التعرض إلى المقابلة الإكلينيكية نعرف أولاً المقابلة التي تعتبر المحور الأساسي الذي تدور حوله عمليات الاستشارة النفسية ، و العلاج النفسي والحديث الاجتماعي. فهي عبارة عن علاقة ديناميكية بين الموجه والعميل، فيها يحاول العميل أن يحصل على حل للمشكلة التي يعاني منها، ويحاول الموجه أن يقدم للعميل خلالها المساعدة التي يراها ملائمة له سواء كانت هذه المساعدة مباشرة أو غير مباشرة، موجهة أو غير موجهة، ولا يقتصر الموجه في المقابلة التي يقوم بها على مجرد تقديم المساعدة بل أنه يحاول عن طريقها أن يصل إلى أهداف متعددة تنطوي كلها تحت عملية التوجيه. حيث يعرفها بنجهاً على أنها: "المحادثة الجادة أما المقابلة الإكلينيكية فقد عرفها (حامد زهران، 1997 ص 165) على أنها "الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجهاً لوجه بين العميل والمعالج في جو نفسي آمن " نشوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات. كما يعرفها (عطوف محمود ياسين، 1986 ص 335) على أنها "علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو أخصائي الإرشاد أو التوجيه أو التشخيص ثم الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة نفسية محوراً الأمانة وبناء علاقة ناجحة"

وقد كانت وسيلتنا في هذا البحث هي المقابلة النصف الموجهة لأنها تسمح لنا وتساعدنا في جمع قدر كاف من المعلومات حيث يتمكن العميل من التعبير عن حالته بكل حرية، وتدخل الأخصائي يكون نوعاً ما توجيهي عندما يلاحظ خروا المفحوص عن الموضوع فيحاول أن يحصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام

## تعريف المقابلة النصف موجهة :

يعرف (جوليان روتر ، ، 1985 ص) المقابلة النصف موجهة على أنها "عبارة عن علاقة دينامية وتبادل

لفظي بين شخصين أو أكثر وتستخدم هذه الطريقة للحصول على تاريخ الحالة الذي يجمع مصادر لمعلومات متعددة ليكون منها صورة متماسكة للشخص، وفي المقابلة النصف موجهة يدرك القائم بالمقابلة أنه يريد أن يعطي المعلومات فهو يقوم بتوجيه أسئلة مباشرة كثيرة لتغطية الموضوع المدروس.

أما (فيصل عباس ، ، 1983ص175 ) فيقول " أن هذا الفرع من المقابلة يهدف إلى توجيه حادث العميل

نحو أهداف البحث والسير في اتجاه واضح وأقل توجيه وضبط الأسئلة مع المحافظة على التعبير للعميل

والبحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع" نحو أهداف البحث والسير في اتجاه واضح وأقل توجيه وضبط الأسئلة مع المحافظة على التعبير للعميل والبحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع."

وقسمنا المقابلة في دراستنا إلى (5) خمسة محاور أساسية يحتوي كل محور على مجموعة من

الأسئلة ،وجاء ترتيبها كالتالي :

1- محور البيانات الشخصية .

2- محور الحياة الصحية .

3-محور المميزات الشخصية

4-محور الحياة العائلية .

5-محور الحياة الاجتماعية .

## 4-دراسة الحالة :

تعتبر دراسة الحالة من أكثر الطرق شمولاً وقرباً من التفكير السليم في تجميع المعلومات والبيانات وتنظيمها، إذ أنها تمد الأخصائي سواء كان موجهها أو معالجاً نفسانياً أو تربوياً ، بصورة واضحة تتضمن جميع البيانات والمعلومات المتعلقة بالفرد أياً كان مصدرها أو الوسائل التي استخدمت في الحصول عليها، كما أن دراسة الحالة تتيح أكثر من غيرها من الطرق الفرصة الشخصية لكي تبدو في أدق صورة لها وأكثر تميزاً عن غيرها بأنها ذلك التحليل العميق الشامل للحالة التي يقوم الأخصائي بدراستها، وهي بذلك تتضمن تفسير شخصية بغرض البحث والدراسة كما قد تستخدم في دراسة الأفراد العاديين غير المشكلين بقصد مساعدتهم على النمو إلى أقصى حد ممكن.

وتستخدم دراسة الحالة أيضاً في " توجيه الأفراد للأعمال التي تناسبهم وعلى الأخص عندما يعجز الفرد عن تحديد الوظيفة التي تناسبه وتتطلب دراسة الحالة تحليل الفرد وبحث سجله المرضي ومعرفة مستواه المادي زيادة على سمات شخصيته وعاداته وميوله وهواياته

Sillamy.N(،)1996

بمعنى أن دراسة الحالة هي دراسة الفرد دراسة كاملة وشاملة ودراسة جميع الظروف المحيطة به. وقد ساعدتنا دراسة الحالة في تكوين فكرة عن الحالات التي ستجرى معها المقابلات من سوابق عائلية وشخصية، المستوى الاجتماعي والاقتصادي وكذا الدراسي، ظروف حياة كل حالة في البيت وسبب حملها اللاشعري، أي كانت لنا معلومات كافية عن كل حالة وعن ظروفها، أي دراسة دقيقة لتاريخ الحالات.



(موسوعة علم النفس والتربية ، الجزء ، 09 ص 07)

### 5-5 القياس النفسي:

تعد ظاهرة القلق من الظواهر الإنسانية التي تناولها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس وأردنا التعرف على القلق الذي يصيب الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد كظاهرة تستلزم فهم أسبابها والعوامل التي تؤثر فيها. وعليه فإن القياس أدق وسيلة كانت بين أيدينا لوصف كمي دقيق لقلق الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد ، وقد استخدمنا مقياس: تايلور للقلق الصريح، و مقياس الذي بواسطته تمكنا من رصد أرقام دالة على حالتها النفسية اتجاه معاشه النفسي اليومي.

### 5-5-1 خصائص القياس:

1- على الرغم من أنه يمكن القول أن جميع السمات والخصائص المقاسة قابلة للقياس إلا أن القياس

النفسي والتربوي عملية معقدة لأن جميع هذه القياسات هي قياسات غير مباشرة لتكوينات فرضية.

2- إن الإختبار هو وسيلة لقياس المعرفة أو المهارة أو الداء افعية أو الذكاء أو الإستعداد لدى فرد ما أو مجموعة من الأفراد

3- ينصرف القياس إلى الحكم الجزئي أو التحليلي للظاهرة لا إلى الحكم الكلي عليها.

### مقياس تقدير درجة التوحد الطفولي (CARS):

ظهر هذا المقياس فس جامعة شابيل هيل CHAPEL-HILL بكارولينا الشمالية عام 1988 من

طرف ، SCHOPLER, REICHLER & RUNNER وهو عبارة عن

شبكة نصف موجهة تسمح

بتقدير درجة وشدة التوحد، تتضمن مقابلة مع العائلة وملاحظة لسلوك الطفل الذي يفوق

عمره 24

اشهر من طرف المختص.

يقوم هذا المقياس بتقييم 14 ميدانا بالإضافة إلى الانطباع العام للمختص عن الحالة،

ويستغرق تطبيقه

ما بين 30 إلى 45 دقيقة (BAKER.K, 2004, P 124-130). ( . حيث تتمثل

هذه الميادين في:

— العلاقات الاجتماعية التقليد

— الاستجابات الانفعالية

— استعمال الأشياء

— التكيف مع التغيير

— الاستجابات البصرية

— الاستجابات السمعية

— الذوق والشم واللمس ( أساليب الاستعمال)

— الخوف والقلق

— مستوى النشاط

— مستوى الذكاء

— الاتصال الغير لفظي

— الإتصال اللفظي

يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التصحيحية استعمالا في العالم.

(قحطان أحمد الطاهر، 2008ص148).

## التقيط:

يتم تنقيط كل بند من الميادين 15 المكونة للمقياس من 1 إلى 4 درجات، حيث 1 يعني أن السلوك في المجال العادي أو الطبيعي. بينما التقدير 4 يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة.

وحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين تقع درجاتهم تحت 30 درجة صنفون على أنهم غير مصابين بالتوحد، بينما الذين بلغ ت درجاتهم 30 أو أكثر يصنفون توحيدين ويقسمون إلى الذين تتراوح درجاتهم ما بين 30-38 ( يصنفون على أنهم مصابين بتوحد بسيط إلى متوسط.

2-الذين تتراوح درجاتهم ما بين 38 - 60 ( يصنفون على أنهم مصابين بتوحد حاد.

## الصدق وثبات :

(بقياس صدق وثبات مقياس على , schopler.E, Reichler.RJ,

قام DeVellis.RF & Daly.K)

عينة مكونة من 537 حالة من أجل التشخيص أو تأكيد التشخيص بالإصابة باضطراب التوحد

على مستوى مراكز بأمريكا.

توصلت دراستهم إلى النتائج التالية:

## الصدق:

## الصدق التلازمي:

تم قياس الصدق التلازمي على عينة الدراسة عن طريق مقارنة مستقلة لعملية التشخيص لاضطراب التوحد من خلال مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) (بعملية التشخيص من طرف

مختصين اكلينيكيين (مختص نفسي وطبيب عقلي) كانت النتيجة كالتالي:

معامل الارتباط  $0.84 =$  عند مستوى الدلالة  $p < 0.001$

هذا يشير إلى ارتباط قوي ذات دلالة احصائية عالية و منه يمكننا التحقق من أن مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) (يتسم بالصدق التلازمي وأنه يقيس ما صمم لقياسه.

الثبات

طريقة إعادة التطبيق (Test – Retest) :

تم تطبيق المقياس على عينة متكونة من 91 حالة وبعد 12 شهرا تم إعادة تطبيق المقياس على نفس العينة فكان معامل الارتباط لجميع ميادين المقياس يساوي

الميادين	معامل الارتباط
العلاقات الاجتماعية	0.93
التقليد	0.79
الاستجابات الانفعالية	0.71
استعمال الأشياء	0.70
التكيف مع التغيير	0.76
الاستجابات البصرية	0.63
الاستجابات السمعية	0.73
الذوق والشم واللمس ( أساليب الاستعمال)	0.71
الخوف والقلق	0.78
مستوى النشاط	0.67
مستوى الذكاء	0.55
الاتصال الغير لفظي	0.62
الاتصال اللفظي	0.69

الجدول رقم 10): ( يمثل معامل الارتباط لمقياس CARS

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط تراوحت بين ( 0.55 – 0.93) هي

وذات دلالة

إحصائية عالية، وبهذا يكون الباحث قد تحقق أن هذا المقياس موثوق به ويعتمد عليه وكلما  
كرر

تطبيق المقياس تحت نفس الظروف يعطي نفس النتيجة بمعنى أن درجة الفرد بالنسبة لموضوع  
المقياس لا تتغير جوهريا بين مرات الإجراء المتعددة

طريقة ألفا كرونباخ( $\alpha$ ):

وكانت قيمة ألفا لجميع ميادين المقياس تساوي  $0.94 =$  وهذا يشير إلى توافق داخلي مرتفع  
و ثبات  
عالي.

كما يعرف مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) (بأنه لا يحتوي على أبعاد ثقافية لذا  
يمكن  
استعماله دون تقنينه.

#### IV - - اختبار رسم الرجل:

ان اختبار رسم الرجل لغودانوف جاء كمحاولة لاستبعاد حالات الضعف العقلي من  
أفراد العينة، وتحديد مستوى الذكاء لكل فرد من أفراد العينة، وقد اعتمدنا في هذا الاختبار  
على أنه:

يتميز بسرعة تصحيحه.

-متناسب مع خصوصية عينة الدراسة.

-يمكن إجراءه على مجموعة من الافراد في وقت واحد.

ادخلت فلورنس جودانوف اختبار رسم الرجل على الاساليب السيكولوجية كوسيلة

لقياس الذكاء، بشكل خاص لقياس ذكاء الاطفال الذين تتراوح اعمارهم بين الثالثة والخامسة عشر ومن العمر.

وعموما يعتمد هذا الاختبار على وسائل جد بسيطة تتمثل في ورقة بيضاء وقلم مع اعطاء التعليمات التالية : ارسم صورة رجل، حاول أن ترسم أجمل رجل.  
أما بالنسبة للتنقيط فتعطى كل نقطة للنقاط المبينة في الجدول المعروض في الملحق رقم ( 1، ) ثم بحساب الدرجات التي يحصل عليها الطفل ويأخذ أساسا لمعرفة عمره وفقا للجدول التالي:

42	38	34	30	26	22	18	14	10	6	2	الدرجات
13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	العمر بالسنوات

جدول رقم IV-2 ( ) يمثل استخلاص العمر العقلي.

لإيجاد العمر الزمني نقوم بالعملية الحسابية التالية:

$$\text{نسبة الذكاء} = 188 \times$$

-صدق وثبات الاختبار:

تم حساب ثبات الاختبار وصدقه بعد تكييفه على البيئة الجزائرية في دراسة "مرباح أحمد تقي الدين" بعنوان "عسر القراءة وعلاقته بالتوافق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي - بمدينة الأغواط -

الثبات : تم حساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار وكانت النتائج كالتالي:

-معامل الارتباط بيرسون 8.99 : المحسوب عند مستوى الدلالة 8.81 والمصحح

بمعادلة سيرمان براون 8.99 وهي درجة عالية من الثبات.

-الصدق: تم التحصل على النتيجة التالية:

-الصدق التمييزي(المقارنة الطرفية : ) بعد تطبيق اختبارt (تحصل الباحث على (ت) )

المحسوبة 0.25 و(ت) الجدولة 2.03 = عند مستوى الدلالة 8.81 بدرجة حرية = 2

وبما أن (ت) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولة فالاختبار يتمتع بدرجة عالية من

الصدق.

### 5-5-2 مقياس تايلور للقلق الصريح:

"إن الاختبار النفسي ما هو إلا أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن"

(عطوف محمود ياسين،، 1986ص45)

وقد تمكنت في دراستي من تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييما موحدا، لذا فقد

وجدت في الاختبار النفسي الذي استخدمناه لقياس القلق لدى الطفل المتمدرس المصاب

بالتوحد مزايا لم نجدها عند قيامنا بالمقابلة أو في إجراءات دراسة الحالة الأخرى لأنها أفادتنا في

محاولتي لفهم معاناة فئة ذوي الإحتياجات الخاص ( الإضطراب ، التوحد) و الإختبار

النفسي الذي استخدمناه هو: مقياس تايلور للقلق

### وصف المقياس :

هذا الاختبار يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق

ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة و يصلح هذا الاختبار في جميع الأعمار قام باقتباس

الاختبار و ترجمته كل من مصطفى فهمي و محمد احمد غالي من مقياس القلق الصريح الذي

استخدم و قنن عن طريق الأخصائية النفسية(J.A.Taylor) (عام 1959 و الذي اشتهر

باسمها، و يتكون هذا المقياس من خمسين (50) بند يقابل كل بند عبارتين هما (نعم) و (لا) و المطلوب من الفرد ان يضع دائرة على الإجابة تناسبه.

تتراوح درجات القياس من 0 الى 50 درجة كل درجة تنتمي الى مستوى من مستويات القلق الخمس (5).

### طريقة تصحيح الإختبار :

- تعطى درجة واحد على إجابة نعم

- يدرس مستوى القلق الذي تعانيه الحالة

الجدول التالي يبين مستويات القلق و عليه يمكن معرفة مستوى القلق الذي تعانية الحالة بشكل واضح

الفئة	الدرجة من ← إلى	مستوى القلق
أ	0 ← 16	خال من القلق
ب	17 ← 20	قلق بسيط
ج	21 ← 26	قلق نوعا ما
د	27 ← 29	قلق شديد
هـ	30 ← 50	قلق شديد جدا

(www.CBTarabia.com)



5-2- مقياس التوافق النفسي : من إعداد : إجلال محمد سري (1986):

وصف المقياس:

تمّ إعداد هذا المقياس من طرف الدكتورة إجلال محمد سري عام 1986 في دراستها التي تناولت فيها " :التوافق مع الاسم و علاقته بالتوافق النفسي " ، وهو مكوّن من 40 " عبارة تقيس

في أربعة أبعاد وهي:

التوافق الشخصي : ويضم العبارات من 1 إلى 9 .

2- التوافق الاجتماعي : ويضم العبارات من 10 إلى 20 .

3- التوافق الأسري : ويضم العبارات من 21 إلى .

4- التوافق الانفعالي : ويضم العبارات من 31 إلى 40 .

طريقة التصحيح:

تكون طريقة تصحيح المقياس من خلال العبارات، حيث يحتوي المقياس على عبارات موجبة وعددها 20 عبارة إذا أجاب عليها المفحوص " بنعم " تعطي له درجة (1،) أما إذا أجاب عليه

" بلا " فتعطي له الدرجة (0،) والعبارات السالبة هي 20 عبارة إذا أجاب المفحوص " لا " تعطي له

الدرجة (1،) وإذا أجاب " نعم " تعطي له الدرجة (0،) .

ونظرا أن كل إجابة يمكن أن تقاس من 0 ( إلى 1 ) (فإنّ الحدّ الأدنى للدرجة الكلية هو 0) (والحد الأعلى هو .)

ثبات المقياس:

لحساب معامل ثبات المقياس تم الاعتماد على طريقة التجزئة التصفية لبنود المقياس، حيث يقسم المقياس إلى نصفين: نصف يضم البنود الزوجية، أما النصف الثاني فيضم البنود الفردية،

حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين مجموع البنود الفردية و مجموع البنود الزوجية ب(0,89)،

وهذا ما يدل على أنّ المقياس على درجة عالية من الثبات.

صدق المقياس:

قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار، فاستخلصت ذلك من خلال

معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد الاختبار و الدرجة الكلية للاختبار بالاستعانة بمعادلة

بيرسون على العينة الكلية ن = 700، و النتائج التالية توضح معاملات الاتساق الداخلي

معامل الاتساق	البعد
0,84	التوافق الشخصي
0,77	التوافق الاجتماعي
0,68	التوافق الأسري
0,81	التوافق الانفعالي

ملاحظة: تم الاعتماد على الثبات و الصدق الأصلي للمقياسين.

تم عرض المقياس على عدة أساتذة مختصين في مجال علم النفس و علوم التربية و تم ذلك في

كلية

العلوم الإنسانية و الاجتماعية بالبويرة و بناء على اقتراح عم قمنا بتعديل المقياس

، فاستخلصنا

من صدق المحكمين ان هذه الأداة صالحة للدراسة.

### 3-1/ مقياس الاضطرابات السلوكية:

التعريف بالمقياس:

وصف المقياس:

لتحقيق أهداف الدراسة تم بناء مقياس الاضطرابات السلوكية من طرف الباحثة استنادا من

الدراسات

السابقة(دراسة عادل عبد الله محمد ( ) 2002 ودراسة آمنة عطا الله

بطوش (2007) حيث بلغ عدد

الأبعاد ثلاثة أبعاد(الانسحاب الاجتماعي،العناد،النشاط الزائد )

الذي يهدف إلى معرفة مستوى سلوك الطفل

المسعف كما تعكسه درجته التي يتحصل عليها في هذا المقياس من خلال استجابة المرية

على أداة

المقياس، ويتألف من 43 بند بعد حذف بندين(بعد الانسحاب الاجتماعي 19 بند وبعد

العناد 1

بند وبعد

النشاط الزائد 13 بند)، بحيث يوجد أمام كل منها ثلاث اختيارات(دائما،أحيانا،أبدا)تحصل

على

الدرجات (0،1،2) درجة، تعني الدرجة المرتفعة زيادة معدل سلوك هذه الاضطرابات لدى الطفل والعكس

صحيح حيث يقل معدل السلوك المضطرب كلما قلت درجته على المقياس.

تصنيف الحالات حسب درجات المقياس:

لتحديد مستوى درجات المقياس تم حساب ما يلي:

بما أن المجموع الكلي للدرجات يساوي 86 درجة من خلال (43 بند × 2 أعلى بديل) قسمة الدرجة الكلية للمقياس على 3 مستويات (28.66 = 86/3) ومنه كل مجال يحتوي على فرق 28 درجة

من خلال ما يلي:

● درجة منخفضة (0- 28)

● درجة متوسطة (29-57)

● درجة مرتفعة (5-86)

تطبيق المقياس:

يطبق المقياس فرديا ويستجيب الأخصائي النفسي أو أحد المربين وثيقي الصلة بالطفل، وقد تمت الإجابة

على عبارات المقياس في الدراسة الحالية من قبل المربية والأخصائي النفسي.

طريقة تصحيح المقياس:

يتم تصحيح الاستجابات التي تقدمها المربية استنادا إلى مفتاح التصحيح التالي:

المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها وبالتالي يكون المجموع الكلي للمقياس 86 نقطة.

تعطى الدرجة 2 عندما يكون البند يحمل العبارة (دائما)، والدرجة 1 عندما يكون البند يحمل

العبارة

(أحيانا)، والدرجة 0 عندما يكون البند يحمل العبارة (أبدا).

يتم جمع الدرجات المتحصل عليها من خلال الاستجابات المقدمة في المقياس ككل، علما أن الدرجة

المرتفعة للمقياس تعتبر مؤشرا للاضطرابات السلوكية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى اضطرابات

### حساب معايير الصدق والثبات:

حتى يكون المقياس أو الاستبيان صالحا للتطبيق، يجب على الباحث أن يحسب معايير الصدق والثبات

لهذه الأدوات وقد تم حسابهما كما يلي:

لقد تم تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية على عينة بحث خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية والمتمثلة

في الأطفال المتواجدين بالمركز الطفولة المسعفة الذين تراوحت أعمارهم من 6-11 سنة ولديهم

اضطراب (الانسحاب الاجتماعي، العناد، النشاط الزائد) وبعد ذلك تم حساب صدق وثبات المقياس.

### أولا: صدق المقياس:

وهو أن يقيس الاختبار أو الأداة ما وضعت لقياسه

(ميرفت علي خفاجه وآخرون،، 2002 ص) 171

حيث تم التأكد من صدق الاستبيان بالطرق التالية:

### صدق المحكمين:

وهي من أكثر الطرق شيوعا وتعتبر إحدى طرق تقدير الصدق فتعرف بأنها استشارة مجموعة

من الخبراء

والمحكمين الذين يكونون من ذوي الخبرة والكفاءة في المادة أو في مضمون المادة الدراسية التي

صمم

لها الاختبار). بشير معمريّة، 2007ص.

بحيث قامت الباحثة بتوزيع الاستبيان على مجموعة من أساتذة قسم علم النفس وقد بلغ

عدددهم

5(محكمين)الملحق رقم ) 6وذلك للحكم على مدى صلاحية كل بند لقياس ما وضع

لقياسه.

حيث أبدوا آرائهم حول المقياس بتعديل بعض البنود. وقد أجمعوا على مدى صلاحية أداة

القياس. وتم

حساب معامل الاتفاق بين المحكمين على كل فقرة بمعادلة كوبر 1974 وهي كالتالي:

نسبة الاتفاق =

عدد مرات الاتفاق

عدد مرات عدم الاتفاق+ عدد مرات الاتفاق

والبنود التي تم تعديلها مدونة في الجدول رقم(1)ملحق رقم(7)

والجدول رقم(2)يبين نسبة اتفاق المحكمين على فقرات مقياس الاضطرابات السلوكية الملحق

رقم(8)

من خلال ما تم الوصول إليه في النتيجة الإحصائية للصدق الظاهري(صدق المحكمين)وجد

أنه يساوي

73.33()وهذا يدل على درجة عالية للصدق الظاهري.

الصدق الذاتي:

في بعض الأحيان يستخرج الصدق من الثبات وذلك لوجود الارتباط قوي بين صدق الاختبار وثباته وأن

الاختبار الصادق دائما ثابت) . أحمد محمد الطيب،، 1998(ص 293

$$= \sqrt{0.64}$$

وعليه فإن الصدق الذاتي لاختبار القلق 0.80 وهو مرتفع ويعبر عن صدق الاختبار.

●ثانيا:الثبات:

يشير ثبات المقياس إلى أنه يعطي نتائج مقارنة أو نفس النتائج إذا أعيد تطبيقه أكثر من المرة وفي نفس

الظروف) . خير الدين محمد عويس، ، 1997(ص. 39

ولحساب ثبات هذه الأداة تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية حيث تم تقسيم العينة إلى النصف

الفردى والنصف الزوجي ثم بعد ذلك حساب معامل الارتباط بين الدرجات النصف الفردى والنصف

الزوجي، وذلك باستخدام معامل بيرسون للارتباط ومن ثم حساب معامل ثبات وذلك بالقيام

بتعديل معامل الارتباط بمعامل سبيرمان وبراون الجدول رقم ( 3) يوضح نتائج الحساب

ب.spss.

(أحمد محمد الطيب،،1999ص).

معامل الارتباط المحسوب		المؤثرات الإحصائية
"ر" بعد التعديل	"ر" قبل التعديل	المتغيرات
0.81	0.68	الفقرات الفردية
		الفقرات الزوجية

معامل ألفا (كرونباخ):

قمت بحساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات حيث بلغ معدل الثبات (0.64) وهو

معامل ثبات يشير

إلى صلاحية المقياس.

الجدول رقم (4): يوضح قيمة مقياس الاضطرابات السلوكية بطريقة ألفا كرونباخ.

الأداة	استبيان الاضطرابات السلوكية
معامل $\alpha$	0.64
تعليق	معامل الثبات قوي (ثابت)



من خلال النتائج المتحصل عليها تبين أن أداة القياس (سلوك الطفل) يتميز بصدق وثبات عاليين وهذا

ما يمكنني من تطبيقه على حالات الدراسة.

5-2- مقياس التوافق النفسي : من إعداد :إجلال محمد سري(1986):

وصف المقياس:

تمّ إعداد هذا المقياس من طرف الدكتورة إجلال محمد سري عام 1986 في دراستها التي تناولت فيها " :التوافق مع الاسم و علاقته بالتوافق النفسي" ، وهو مكوّن من 40 " عبارة تقيس

في أربعة أبعاد وهي:

1- التوافق الشخصي :ويضم العبارات من 1 إلى 9.

2- التوافق الاجتماعي :ويضم العبارات من 10 إلى 20.

3- التوافق الأسري :ويضم العبارات من 21 إلى .

التوافق الانفعالي :ويضم العبارات من 31 إلى 40.

طريقة التصحيح:

تكون طريقة تصحيح المقياس من خلال العبارات، حيث يحتوي المقياس على عبارات موجبة وعددها 20 عبارة إذا أجاب عليها المفحوص " بنعم "تعطي له درجة (1،) أما إذا أجاب عليه

" بلا " فتعطي له الدرجة (0،) والعبارات السالبة هي 20 عبارة إذا أجاب المفحوص " لا " تعطي له

الدرجة (1،) وإذا أجاب " نعم "تعطي له الدرجة (0،).

ونظرا أن كل إجابة يمكن أن تقاس من 0 (إلى 1) (فإن الحد الأدنى للدرجة الكلية هو 0) (والحد الأعلى هو 4).

#### ثبات المقياس:

لحساب معامل ثبات المقياس تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية لبنود المقياس، حيث يقسم المقياس إلى نصفين: نصف يضم البنود الزوجية، أما النصف الثاني فيضم البنود الفردية،

حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين مجموع البنود الفردية و مجموع البنود الزوجية ب(0,89)،

وهذا ما يدل على أن المقياس على درجة عالية من الثبات.

#### صدق المقياس:

قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار، فاستخلصت ذلك من خلال

معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد الاختبار و الدرجة الكلية للاختبار بالاستعانة بمعادلة

بيرسون على العينة الكلية ن = 700 و النتائج التالية توضح معاملات الاتساق الداخلي

لاختبار

التوافق النفسي العام .

معامل الاتساق	البعد
0,84	التوافق الشخصي
0,77	التوافق الاجتماعي
0,68	التوافق الأسري
0,81	التوافق الانفعالي

ملاحظة: تم الاعتماد على الثبات و الصدق الأصلي للمقياسين.

#### صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على عدة أساتذة مختصين في مجال علم النفس و علوم التربية و تم ذلك في كلية

العلوم الإنسانية و الاجتماعية بالبويرة و بناء على اقتراحنا قمنا بتعديل المقياس ، فاستخلصنا

من صدق المحكمين ان هذه الأداة صالحة للدراسة.

خلاصة:

بعدها تم التعرض في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه في هذا البحث والمتمثل في المنهج العيادي و كيفيه اختيار مجموعة البحث و كذا مختلف الأدوات المستعملة ، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق اختبارات النفسية (تايلور للقلق الصريح – اختبار رسم الرجل ، مقياس تقدير درجة التوحد الطفلي كارس ، مقياس الاضطرابات السلوكية ، مقياس التوافق النفسي ) مع تحليلها و مناقشتها.

# **الفصل الخامس :**

**الدراسة العبادية و عرض و تحليل ومناقشة النتائج**

تقديم الحالة :

أم لخير طفلة تبلغ من العمر 13 سنة ، تلميذة في السنة 3 ابتدائي ، تنتمي إلى أسرة مكونة من تسع افراد ( اب و ام ، أربعة إخوة وثلاث بنات ) وهي الابنة الثانية في العائلة .

الحالة مصابة باضطراب التوحد ، وهي تزاول العلاج بقسم الصحة النفسية بمركز الوسيط للأمراض العقلية و تأهيل المدمنين التابع للصحية العمومية الجوارية بأدرار .

دليل المقابلة النصف موجهة :

أولا :محور البيانات الشخصية :

الاسم : أم لخير

السن : 13 سنة

عدد الإخوة : 4 ذكور و 2 اناث

الترتيب بين الإخوة : الثانية

المستوى الدراسي : السنة الثالثة ابتدائي

ثانيا : محور الحياة الصحية :

الحالة تعاني من اضطراب التوحد وتم إثبات هذا الاضطراب بعد الفحوص التي أجريت و المتمثلة فيما يلي :

الطبيب الأمراض العقلية للأطفال : الفحص العصبي للدماغ وهذا لتأكيد التشخيص

طبيب لادن و الأنف و الحنجرة : لفحص حاسة السمع و تأكد من عدم وجود إعاقاة سمعية  
طبيب الأعصاب :

وتم هذا في عام 2013 حيث كان عمر الحالة 6 سنوات ، بالإضافة إلى ذلك الحالة تعاني

من مرض عضوي هو فقر الدم الحاد و لم يعرف سببه إلى غاية الآن .

نمو العظم لا يوافق السن الزمني للحالة ( نمو العظم هو للطفل عمره سنتين و نصف ) .

**ثالثا : محور مميزات الشخصية :**

الحالة تحب الرسم وتتقنه بصفة جيدة وبأدق التفاصيل ، تحب اللعب وحدها دون إخوتها ، و فيما يتعلق بدراستها فنتائجها ضعيفة ، أما عن المزاج فهو مضطرب و البكاء بدون سبب او البكاء للتعبير عن انزعاجها من أي شيء ، بالإضافة إلى أنها انفعالية حيث تقوم برمي و تمزيق الأشياء وكذلك العناد حسب مزاجها للاستجابة للقيام بما يطلب منها .

**رابعا : محور الحياة العائلية :**

فيما يخص علاقة الحالة بأخوتها فإنها جيدة لكن لا تحب اللعب معهم فهي تنفرد باللعب وحدها ، وعلاقتها بالوالدين جيدة .

**خامسا : محور الحياة الاجتماعية :**

الحالة لديها زميلتين فقط في المدرسة ، حيث ترافقهم أثناء الاستراحة لديها علاقة وطيدة بأحد المعلمين السابقين في مشوارها الدراسي واستجابتها جيدة له ، بنسبة لعلاقتها مع الأخصائية النفسية هي أيضا علاقة جيدة و حميمية إضافة إلى هذا الحالة تعي أنها ذاهبة عند الأخصائية و أيضا تعي ذهابها عند التوجه إلى المدرسة.

**التحليل العام للحالة :**

من خلال عرضنا للملخصات مقابلات مع الحالة و تحليلنا لما جاء فيها من وصف شامل للحالة توصلنا إلى ان الحالة تتميز بحالة نفسية مظطربة نتيجة للإضطراب الذي تعاني منه و هذا الإحتلال في الحالة نفسية و المشاكل و الإضطرابات التي تضره مند تشخيص و عليه بدأت الحالة في تلقي جلسات عيادية مع الإخصائية النفسية.

هذا ما يمثل وضعية جديدة ، ومختلفة بنسبة للحالة فتجد نفسها خارج الإطار العائلي و بين ايادي مجهولة تسيطر عليها بحيث تخضع لجملة من القواعد المشددة مثل الجلوس والإنضباط و القيام بالأعمال و قلت الحركة.

و نتيجة للوضعية الجديدة التي يعيشها الطفل و التي تساهم في نشوء ردات فعل سيكولوجية مباشرة ، و التي تظهر في اعراض جسمية و نفسية الخاصة بالقلق و اضطراب مزاج يتمثل في عناد و بكاء.

نتائج مقياس تقدير درجة التوحد الطفولي كارس :

تحصلت الحالة على درجة ( 32.5 ) أي ما يعدل على وجود توحد بسيط

نتائج اختبار رسم الرجل لقياس الذكاء

تميزت الحالة بذكاء متوسط

نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح :

جدول رقم (04) يوضح درجة و نوع القلق للحالة

نوع القلق	درجة القلق	السن	الحالة
قلق نوع ما	22	13 سنة	أم الخير

نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية

تحصلت الحالة على درجة 37 (هذا ما يؤكد ان الحالة تتميز بمستوى متوسط من

اضطرابات السلوك ) بلخصوص العناد

نتائج مقياس التوافق النفسي

تحصلت الحالة على درجة 21 مما يدل على وجود مستوى متوسط من التوافق النفسي الذي

تتسم به الحالة



## عرض وتحليل الحالة

### نتائج المقابلة النصف موجهة للحالة (ر.ا)

#### البيانات الشخصية

الطفلة (ر.ا) تبلغ من العمر 13 سنة وتسكن بي ولاية ادرار. تدرس بقسم السنة الرابعة ابتدائي .

وقد تما اكتشاف الاضطراب الذي تعاني منه سنة 2013 حيث كان عمرها 6سنوات وهي تتابع العلاج حاليا مع الاختصاصية النفسية.

وعند التقائنا بالحالة لم تبدي اي انزعاج منا حيث كانت تجيبو على الاسئلة التي نطرحها عليها بتكرار الكلمة الاخية في الجملة وبعدها نعيد طرح السؤال فتجيب بوضوح.

#### تحليل المقابلة

تمت المقابلة داخل القسم في المدرسة مع الملم الذي كان يدرسها سابقا وهذا لانها مرتبطة به عاطفيا ولا تاف منه هذا ما استدعا وجوده معنا اثناء المقابلة لان الحالة (ر.ا) تستجيب له وتقوم بتنفيذ ما يطلب منها .

عنا دخولنا الى القسم قام المعلم بمندات الحالة (ر.ا) باسمها فجاءة مسرعة وعلامة الفرح والسرور بادية عل وجهها من خلال الابتسامة الضاهرة. وذلك لروءية المعلم.

حيث بادر المعلم بحركة مميزة في بداية المقابلة وذلك لان الحالة معتادة على هذه الحركة منه حيث كانت بوضع يديه على مستوا وجه الحالة من الجانبين فتقوم الحالة (ر.ا) بحضورها بمسك اليدين على وجنتي وجهها وتبدا بتحريكهما بشكل دائري وهيا في حالة من الفرح

والانبساط حيث كان تفسير المعلم لهذه الوضعية ان الحالة (ر.ا) تحتاج الى الحنان والاهتمام وكان هذا كله لخلق نوع من الالفة والطمئينة والراحة للحالة (ر.ا) ونحن معها.

بعدها قام المعلم بتعريفنا على الحالة (ر.ا) وتعريف الحالة علينا ومن خلال المقابلة التي قمنا بيها سئلنا الحالة (ر.ا) عن اسمها الكامل فاجابت قائلة (ا) ثم قمنا بتكرار السؤال فاجابت ب (ر.ا).

بعدها طرحنا سؤال اخر هل تحبين القراءة والكتابة فاجابت قائلة (نحب)

ثم قام المعلم باملاء جملة عليها فقامت بكتابتها دون اخطاء كثيرة وبعدها قامت الحالة (ر.ا) بنشاط الرسم وهو الهواية المفضلة لها والتي تتقنها بشكل بارع وبادق التفاصيل حيث اكدت ذلك كل من (المعلم . المدير . الاخصائية النفسية) بانها الة نسخ.

اما عن العمليات الحسابية فهي لا تحب الحساب ابدا. ولاكن بعد ضغط المعلم عليها قامت بانجاز بعض العمليات وهاد اثناء حضورنا معها وكان ذلك بتأوفين ورفض كبير منها.

### تحليل الملاحظة

من خلال المقابلة التي قمنا بها مع الحالة المدروسة لحظنا عليها عدة اعراض سلوكية عند دخولنا الى القسم كان اول ما لحضناه عليها انها كانت جالسة على المقعد لوحدها. ولاكن عندما نداها المعلم باسمها قامت مسرعة باتجاهي وهيا مبتسمة وفرحة لرايته.

### تحليل الملاحظة

من خلال المقابلة التي قمنا بها مع الحالة المدروسة لحظنا عليها عدة اعراض سلوكية عند دخولنا الى القسم كان اول ما لحضناه عليها انها كانت جالسة على المقعد لوحدها. ولاكن عندما نداها المعلم باسمها قامت مسرعة باتجاهي وهيا مبتسمة وفرحة لرايته.

اما بالنسبة لحركة يديها كانت كثيرة بحيث وذلك من خلال مسكها لي راسها. ومرة بوضعها على وجهها. واخرى بضمها معا بعضها وفكها.

ومن ناحية الميزاج فقد كانت الحالة متوترة قليلا. والكلام كان على قدر السؤال او لاجيب وتلتزم الصمت وتقوم بتحريك راسها بالرفض. وتتميز الحالة (ر.ا) بلغة واضحة ومفهومة.

### تحليل الاختبار

بعدا اجراء المقابلة العيادية قمنا بتطبيق مجموعة من المقاييس وهيا

-مقياس درجة التوحد الطفولي

-اختبار رسم الرجل لي الدكاء

-مقياس تايلور للقلق الصريح

-مقياس الاضطرابات السلوكية

-مقياس توافق النفسي

وهذا للحصول على نتائج كمية. وقد بينت هذه الاخيرة المتحصل عليها من خلال المقاييس المطبقة ان الحالة (ر.ا) تعاني من قلق نوع ما وهذا ما دلت عليه الدرجة ( 22) على مقياس

تايلور للقلق

اما نتائج مقياس الاضطرابات السلوكية فكانت بمستوا متوسط للاضطرابات السلوكية (بالخصوص سلوك العناد) وهذا ما دلت عليه الدرجة (37) المتحصل عليها.

وعندا تطبيقنا لمقياس التوافق النفسي وجدنا ان الحالة (ر.ا) لديها مستوى متوسط من التوافق النفسي وهذا ما دلت عليه الدرجة ( 21) اي انها تتسم بنوع ما من التوافق في بعض من نواحي حياتها.

عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

بعد العرض التفصيلي لنتائج الدراسة المتحصل عليها وهذا من خلال الادوات المستخدمة /الملاحظة/المقابلة وتطبيق المقاييس التالية

-مقياس درجة التوحد الطفولي

-اختبار رسم الرجل لي الدكاء

-مقياس تايلور للقلق الصريح

-مقياس الاضطرابات السلوكية

-مقياس توافق النفسي

سنتطرق لمناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة

-الاجابة على الفرضية لاولى

نصت الفرضية على ان الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من القلق وقد دلت نتائج المقابلة فعلا على صحة الفرضية ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء الحالة المدروسة انها تعاني من اضطرابات نفسية متمثلة في قلق نوع ما بدرجة ( 22) وهو قلق متعلق باضطراب التوحد وتوضح لنا ذلك من خلال ما رايناه ف المقابلة من محور وعليه فقد التمسنا القلق على الحالة (ر.ا) من خلال تطبيقنا لمقياس تايلور للقلق الصحيح وبالتالي تحقق الفرضية وبالتالي تكون الاجابة على الفرضية كما يلي

الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من القلق

الاجابة على الفرضية الثانية

تنص هذه الفرضية على ان الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من اضطرابات المزاج (العناد) هي الاخرة تحققت حيث توصلنا من خلال النتائج التي اكدها مقياس لاضطرابات السلوكية والمعبر عنها بالدرجة(37) ما يدل على وجود اضطراب في السلوك بمستوى متوسط وبالتالي تكون الاجابة لى هذه لفرضية كما يلي الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يعاني من اضطرابات المزاج

الاجابة على الفرضية الثالثة

اشارت هذه الفرضية الى ان الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يتسم بالتوافق النفسي ومن خلال النتائج المتحصل عليها فقد تحققت الفرضية وذلك ما عبر عنه تطبيق مقياس التوافق النفسي لاجلال محمد سري الذي اسفرت نتائجه عن الدرجة ( 21 ) المتحصل عليها وعليه تكون الاجابة على الفرضية كالتالي الطفل المتمدرس المصاب بالتوحد يتمتع بمستوى متوسط من التوافق النفسي في بعض جوانب حياته.



## الخاتمة :

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظر لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة .

كما أن مصطلح المعاش النفسي يشير الى الصعوبات العديدة التي يعيشها الفرد عند موجهته للأحداث الضاغطة والامراض ، وفشل الفرد في تحقيق التكيف وعجز قدرته وامكانيته عن مواجهة المتطلبات الخارجية قد يجعله عرضة لمعاش نفسي سيئ .

ولهذا أردنا من خلال مضع دراستنا التعرف على "المعاش النفسي لطفل المتمدرس المصاب بالتوحد"

بحيث أن تحليلنا لمحتوى كل المقابلات سمح لنا بأخذ فكرة أكثر وضوحا حول المعاش النفسي لطفل المتمدرس المصاب بالتوحد.

حيث أن حديثنا الاول مع المحيطين بطفل المتوحد ( الام ، المعلمين ، الاخصائية النفسية ) كان دائما يتعلق بكيفية التواصل ومدى أستجابة وردة فع الطفل التوحد التي تعتبر خط رئيسي في تحديد نوع معاشه النفسي والذي يضم في طياته العديد من الاشكال كالتالي  
اضربات المزاج ( البكاء ، العناد ) الذان قمنا لتحصل عليهما من خلال نتائج الاختبارات النفسية المطبقة في الدراسة ، ولربط بين هذين العنصرين قمنا بإضافة متغير التوافق النفسي .

وما يمكن استخلاصه في النهاية أن موضوع المعاش النفسي لطفل المتوحد يبقى من المواضيع الهامة التي نأمل أن تجرى حوله في المستقبل سلسلة من الدراسات والابحاث لغرض التخفيف من حدة الضغط الناتج عن زيادة نسبة انتشار الاطفال التوحودين في المجتمع ومواجهتها باستراتيجيات فعالة .

## الإقتراحات والتوصيات :

- (1) مراعاة الدقة و الحذر عند تشخيص هؤلاء، الأطفال فغالبا ما يتم تشخيصهم بأنهم متخلفون عقليا.
- (2) ضرورة التشخيص المبكر لهذه الحالات من أجل تسطير برامج من شأنها تنمية قدرات الأطفال التوحديين
- (3) ضرورة الإهتمام بحملات التوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة لتوضيح الأساليب و الطرق المناسبة لتعامل مع الأطفال التوحديين لتفادي تهميشهم و عائلاتهم في المجتمع.
- (4) الاهتمام بنوعية الأنشطة المقدمة لهؤلاء الأطفال في المراكز و المؤسسات و معرفة الفائدة وراء كل نشاط.
- (5) التوسع في المراكز و المؤسسات التي تقدم خدماتها لذوي الاحتياجات الخاصة و التي تقدم خدماتها لمتعددي الإعاقة.
- (6) الطفل التوحدي ينجذب انتباهه إلى الاختبارات و المقاييس التي تكون في شكل لعبة أو رسومات أكثر من إنجذابه إلى الاختبارات اللفظية المجردة.
- (7) تطبيق اختبارات على أطفال التوحد يحتاج إلى فترة طويلة من التهيئة و تعديل السلوك الشاذ في المراكز المتخصصة و ذلك للحصول على نتائج صحيحة تساعد على وضع الخطة الفردية للطفل.



- 
- (8) فتح أقسام تحضيرية تربوية و تعليمية إبتداء من سن ثلاث سنوات لأطفال ذوي التوحد المتوسط.....حتى سن دمجهم مدرسيا مباشرة عند ست سنوات
- (9) عمل دورة تدريبية للمدرسين ، الأباء و العاملين بلمدارس وذلك لمدهم بلخبرات الجديدة في مجال التعامل مع الأطفال التوحديين.
- (10) ضرورة إشراك الأسرة مع المدرسة في وضع خطط مناسبة لتدخل المبكر في سبيل مواجهة المشكلات الإجتماعية التي تنجم عن هاؤلاء الأطفال و تفاديها إلى أقصى حد ممكن
- (11) تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الإجتماعية أو الإنفعالية المرغوبة و مهارات الإستقلالية و حل المشكلات وذلك لدمجها ضمن البرامج التعليمية بلمراكز و المدارس بطريقة غير خطابية أو إلقائية حتى نضمن أن تصبح جزء من تكوينهم و تتم دون رقيب.

# قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية :

- 1 . احمد عكاشة 1979: الطب النفسي المعاصر ، الطبعة 1 ، دار الفكر اللبناني .، لبنان..
- 2 . احمد عزت راجح (1985) :أصول علم النفس ، الطبعة الثالثة ، دار المعارف ،القاهرة ،مصر .
- 3 . اجلال محمد سري (2000) :علم النفس العلاجي ، الطبعة الثانية ، عالم الكتب لطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر .
- 4 - أسامة محمد البطاينة (2007) ،علم النفس الطفل غير العادي ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان الاردن
- 5 - إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004): التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل لنشر، عمان، الأردن.
- 6 الملغوط فهد ابن أحمد ( 2006 ) ، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ، إصدارات مؤسسة المالك خالد الخيرية ، الرياض المملكة العربية السعودية
- 7 . بدر محمد مالك واخرون (ب . س): التغلب على العناد عند الطفل ، الطبعة الأولى ، سلسلة تربية الأبناء والبنات ، الصندوق الوقفي لتنمية العلمية والاجتماعية ، وزارة التربية ، اليونيسكوسميح عاطف الزين (1991) : مجمع البيان الحديث وعلم النفس مجتمع بدون طبعة، دارالكتاب اللبناني لطباعة والنشر والتوزيع ، لبنان .
- 8 . جاسم محمد عبد الله المرزوقي 2008 :الامراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري ، الطبعة الأولى ، العلم والايمان لنشر و التوزيع ،عمان ،الأردن .
- 9 جمال منقال قاسم ،ماجد السيد عبيد ( 2000 ) ، الاضطرابات السلوكية دار الصفاء لنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن

- 10 حامد عبد السلام زهران (2005): علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ، الطبعة السادسة ، عالم الكتب لنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر
- 11 حامد عبد السلام زهران (1994): علم النفس ، النمو ، (ب. ط) ، مكتبة عالم الكتب ، القاهرة .
- 12 . حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، الطبعة الثالثة ، عالم الكتب ، القاهرة ، مصر. 10 . حامد عبد السلام زهران (2002): التوجيه والإرشاد النفسي ، الطبعة الثالثة ، عالم الكتب ، القاهرة ، مصر .
- 13 . حنان عبد الحميد العناني 2000 :الصحة النفسية ، بدون طبعة ، دار الفكر لطباعة والنشر والتوزيع ، مصر .
- 14 . خالد عز الدين (2009): السلوك العدواني عند الأطفال ، داراسامة ، عمان ، الأردن .
- 15 . رمضان محمد القذافي (1998): الصحة النفسية والتوافق ، الطبعة الثالثة ، المكتب الجامعي الحديث ، القاهرة ، مصر.
- 16 . زردوم خديجة (2006) : النفسي للحمل عند الأمهات العازبات ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علم النفس الاجتماعي ، غير منشورة ، جامعة منتوري قسنطينة ، (2005،2006).
- 17 . زكريا الشرييني 2001 :المشكلات النفسية لدى الأطفال ، الطبعة الأولى ، دار الفكر العربي ، القاهرة
- 18 . زينب شقير (2002): العنف والاعتراب النفسي بين النظرية والتطبيق ، الطبعة الأولى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، مصر.

- 19 . سليمان عبد الرحمان (2001): اضطراب التوحد، معهد الدراسات العلية للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- 20 سليمان عبد الرحمان (2000): الذواتية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر. سيغموند فرويد (1989): الكف والعرض والقلق ، ترجمة محمود نجاتي ، الطبعة الأولى ، دار الشروق ، القاهرة .
- 21 سهى أحمد أمين نصر ( 2002 ، الاتصال اللغوي لطفل التوحدي ، ط 1 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان الاردن .
- 22 سعيد حسين العزة ( 2002 ، التربية الخاصة للاطفال ذوي الاطرابات السلوكية ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع عمان الاردن
- 23 صالح قاسم حسيني 2008 :الامراض النفسية والانحرافات السلوكية ، بدون طبعة ، دار الدجلة لنشر والتوزيع ، الأردن .
- 24 عبد الرحمان الوافي 2003: المختصر في مبادئ علم النفس الطبعة الثالثة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر.
- 25 عبد الرحمان الوافي 2003: المختصر في مبادئ علم النفس الطبعة الثالثة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون ، الجزائر.
- 26 عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) :الوجبات المدرسية والتوافق النفسي ، بدون طبعة ، المكتبة العلمية للكمبيوتر لنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر .
- 27 عبد العزيز ، الشخص والسرطاوي ، زيدان ، ( عام 1999 ، تربية الاطفال والمراهقين المضطربين سولكيا ، ط 1 ، دار الكتاب الجامعي ، الامارات العربية المتحدة

- 28 فرج عبد القادر طه (ب. س): معجم علم النفس والتحليل النفسي، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 29 فوزية إيمان سعيد: بدون سنة ، الصحة النفسية ، بدون طبعة ، مكتبة زهراء الشرق ، الأردن.
- 30 فاروق السيد عثمان 2001: القلق وأثار الضغوط النفسية ، الطبعة الأولى ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر
- 31 لطفي الشربيني 2010 : عصر القلق ، الأسباب والعلاج ، بدون طبعة ، دور السلام لنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر .
- 32 مصطفى نوري القمش 2007: الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، الطبعة الأولى ، دار الميسرة لنشر والتوزيع ، بيروت
- 33 محمد قاسم عبد الله 2001: مدخل في الصحة النفسية ، الطبعة الأولى ، دار الفكر لطباعة والنشر ، مصر.
- 34 محمد أيوب شحيمي (1994): مشاكل الأطفال كيف نفهمها ، الطبعة الأولى ، دار الفكر اللبناني ، بيروت ، لبنان
- 35 محمد الخطاب (2009): سيكولوجية الطفل المتوحد، الطبعة الأولى، الإصدار الثاني، دار الثقافة لنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 36 ماجد علي السيد عمارة ( 2005 ، أعاقاة التوحد بين التشخيص الفارقي ، ط 1 ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ، مصر.

- 37 محمد عدنان عليوات (2007)، الاطفال التوحوديين ، دار البارودي العلمية ، عمان الاردن
- 38 نبيل سفيان صالح (2004): الشخصية والإرشاد النفسي ، بدون طبعة ، ابتراك لنشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر .
- 39 وفاء الشامي (2004): خفايا التوحد اشكالها وأسبابها وتشخيصه، مركز جدة لتوحد، السعودي

#### قائمة الرسائل والموسوعات

- 40 . بلحاج فروجة (2011) :التوافق النفسي الاجتماعي وعلاقته بالدافعية لتعليم لدى المراهق المتمدرس في التعليم الثانوي ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة ، جامعة تيزي وزو ، الجزائر
- 41 محمد فتحي غزال (2007): فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة أطفال من التوحد بمدينة عمان، رسالة دكتوراه غير منشورة، عمان، الأردن.
- 42 . خليل أبو فرحة 2000 :الموسوعة النفسية ، بدون طبعة ، دار أسامة لنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.
- 43 لطفي الشربيني 2010 : عصر القلق ، الأسباب والعلاج ، بدون طبعة ، دور السلام لنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر .

قائمة المراجع الاجنبية :

- 1-bernardeterroge (2003):autisme comprendre etag
- 2-doranroland (1991):dictionnaire de psychologie,paris
- R- Jordan powul.s(1997) les enfants . paris . masson
- 3-Rogé, Bernadette(2003):autisme vers la fin des querelles  
dunad paris
- 4 -psychologier (1997):la de fondamentale dictionnaire.
- 5-SILLENY (1980):dictionnaire de lalapsychologie paris
- 6 SILLAMY ; N(1996):dictionnaire de la psychologie  
librairie larousse paris 1996
- 7-Werner (1995)encyclopédieougourd hui dictionnaire de  
la psychologie **paris:**



الملاحق :

## الملحق رقم 02 إختبار رسم الرجل لقياس الدكاء "لغودانوف"

وجود الرأس	1
وجود الساقين	2
وجود الذراعين	3
وجود الجذع	4
إذا كان طول الجذع أطول من عرضه	5
ظهور الكتفين بوضوح	6
اتصال الذراعين والساقين بالجذع	7
إذا كان اتصال الذراعين والساقين في الجذع في الأماكن الصحيحة	8
وجود الرقبة	9
تماشي خطوط الرقبة مع الرأس والجذع	10
وجود إحدى العينين أو كلاهما	11
وجود الأنف	12
وجود الفم	13
وضوح الأنف والفم والشففتين	14
وجود فتح الأنف	15
وجود الشعر	16
وضوح حدود الشعر حول الرأس والوجه	17
وجود الملابس	18
وجود قطعتين من الملابس	19
تغطية الملابس للجسم وعدم الشفافية	20
ظهور تفاصيل الملابس بحيث يكون أكثر من مجرد قطعتين	21
إذا كانت الملابس كاملة تماماً	22
وجود الأصابع	23
إذا كان عدد الأصابع صحيحاً	24
إذا كانت تفاصيل الأصابع واضحة	25
إذا كان الإبهام مميز عن باقي الأصابع	26
إذا كانت راحة اليد متميزة وواضحة	27
ظهور مفصل الكتف ومفصل الكوع	28
ظهور مفصل الركبة ومفصل الكوع	29
تناسب حجم الرأس مع حجم الجسم	30

29	ظهر مفصل الركبة ومفصل الكوع
30	تناسب حجم الرأس مع حجم الجسم
31	تناسب طول الذراعين مع الجذع بحيث تكون أطول من الجذع
32	تناسب طول الساقين بحيث لا تكون أقل من طول الجذع أو أقل من ضعفه
33	تناسب حجم القدمين
34	وجود الساقين والذراعين متباعدين
35	ظهور الكعبين
36	التوافق الحركي لخطوط الرسم اتصالاتها واضحة
37	ظهور الحركة في خطوط الرسم فيه نوع من الدقة
38	وضوح خطوط الرأس وتوافقها مع الرقبة
39	توافق حركي بالجذع
40	توافق حركي لخطوط الذراعين والساقين
41	ظهور تقاطع الوجه في أماكنها الصحيحة
42	وجود الأذن
43	إذا كانت الأذن في المكان الصحيح
44	وجود الحاجب ورموش العينين
45	وجود اللسان العين
46	إذا كان شكل العين صحيحاً بحيث يكون طولها أطول من عرضها
47	إذا كان الإبصار واضحاً
48	ظهور الذقن والجبهة
49	بروز الذقن ووضوح تفاصيله
50	الرسم الجانبي أو البروفيل الجزئي
51	الرسم الجانبي أو البروفيل الكلي
	لمجموع

مقياس التوافق النفسي:

أخي التلميذ، أختي التلميذة، تحية طيبة...

في إطار التحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي، يسرني أن أضع بين يديك هذا المقياس الذي يحتوي على مجموعة من العبارات، أطلب منك كل عبارة ثم وضع علامة (X) في إحدى الخانتين، وتأكد أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة،

ورأيك محاط بالسرية وهو لغرض بحث علمي

التعليمات:

➤ لا تترك أي عبارة دون وضع علامة (X)

➤ لا تضع أكثر من علامة للعبارة الواحدة.

➤ البيانات الخاصة:

السن

أنثى

الجنس : ذكر

اسم الابتدائية.....:

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	أملأ حياتي اليومية بكل ما يثير اهتمامي		
02	من المؤكد أنني ينقصني الثقة بالنفس		
03	إذا فشلت في أي موقف لفأني أحاول من جديد		
04	أتردد كثيرا في اتخاذ القرار في المسائل البسيطة		
05	أشعر في حياتي بعدم الأمن الشخصي		
06	أخطط لنفسي أهدافا وأسعى لتحقيقها		
07	أقدم بثقة كبيرة على مواجهة مشكلاتي الشخصية		
08	أتصرف بمرونة في معظم الأمور الشخصية		
09	أشعر بالنقص وبأنني أقل من غيري		
10	بعض ظروف البيئية صعبة التغيير وتؤدي إلى سوؤ حاتي النفسية		
11	أشعر بالوحدة على رغم وجودي مع الآخرين		
12	أقبل نقد الآخرين بصدر رحب		
13	أشعر أن معظم زملائي يكرهونني		
14	كثيرا ما أخرج شعور الآخرين		
15	شارك في نواحي النشاط العديدة		
16	علاقتي حسنة وناجحة مع الآخرين		
17	تنقصني القدرة على التصرف في المواقف المحرجة		
18	أنتطوع لعمل الخير ومساعدة المحتاجين		
19	يكون سلوكي طبيعيا في تعاملي مع أفراد الجنس الآخر		
20	أجد صعوبة في الاختلاط مع الناس		
21	أشعر بالغرابة وأنا بين أفراد أسرتي		
22	تسود الثقة والاحترام المتبادل بيني وبين أفراد أسرتي		