وزارة العليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين

مذكر مكملة لنيل شهادة الماستير في علم النفس

تخصص علم النفس عيادي

إعداد الطالبة:

- توهامي عائشة

اشراف الاستاذ:

- العقون لحسن

السنة الدراسية: 2015/2014

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر وتقدير

أتقدم بالشكر والامتنان الى الأستاذ المشرف والذي

لا طالما أرشدني طيلة مدة انجاز هذا البحث

والذي كان دائما يسعى لدفعي الى الأمام

حتى أقدم الأحسن شكرا يا "المحسن

العقون" كما أتقدم بالشكر

إلى هيئة الأساتذة

المناقشين الذين

قبلوا مناقشة

رسالتي

للجميع ألف شكر

الإهداء

إلى منبع الحب والحنان أمي وأبي العزيزين

إلى زوجي الحبيب ورفيق حياتي

إلى أزهار عمري وبهجة حياتي ابنتي مريم وابني محمد نجيب

إلى اخوتي وأخواتي الكرام من عائلتي توهامي ومرابطي

إلى كل صديقاتي وزميلاتي

إلى كل من اطلع على ثمرة جهدي المتواضعة

أهدي فرحة نجاحي

الفهرس

الرقم	العنـــــــــــوان	الصفحة
	كلمة شكر وعرفان	
	الاهداء	
	فهرس العناوين	
	مقدمة:	أ
	الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة		
	الاطار العام للإشكالية	
1	الإشكالية	3
2	الفرضية	4
3	أهمية الدراسة	4
4	أهداف الدراسة	4
5	أسباب ودواعي إختيار الموضوع	4
6	تحديد المصطلحات	4
7	الدراسات السابقة	5
الفصل الثاني: تقدير الذات		
أ	تمهيد	6
ب	الدراسات السابقة	7
1	مفهوم الذات	8
2	بعض المفاهيم المرتبطة بالذات	9
3	مراحل تطور الذات	9
4	نظريات تفسير مفهوم الذات	11
1.4	نظرية التحليل النفسي	11
2.4	النظرية السلوكية	12
3.4	النظرية المعرفية	13
4.4	النظرية الظواهرية	14
5	التمييز بين الأنا والذات	14
6	تقدير الذات	15
1.6	تعاريف تقدير الذات	14
2.6	الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات	17

3.6	مستويات تقدير الذات	18
1.3.6	تقدير الذات المرتفع	18
2.3.6	تقدير الذات المنخفض	18
3.3.6	تقدير الذات المتوسط	18
4.6	السيمات العامة لتقدير الذات	18
1.4.6	السيمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفضة	18
2.4.6	السيمات العامة لذوي تقدير الذات المرتفعة	18
	خلاصة الفصل	19
الفصل الثالث: التوحد		
	تمهيد	20
1	تعريف التوحد	21
2	أسباب التوحد	22
3	أعراض التوحد	24
4	تشخيص إضطراب التوحد	27
5	التشخيص الفارقي بين التوحد وإضطرابات أخرى	31
6	علاج إضطراب التوحد	34
7	العائلة والأم وطفل التوحد	38
8	مصادر قلق الوالدين	39
	خلاصة الفصل	41
الجانب التطبيقي		
الفصل الرابع: منهجية البحث		
	تمهيد	42
1	منهج البحث	42
2	مكان إجراء البحث	43
3	مجموعة البحث	44
4	أدوات البحث	44
1.4	الدراسة الاستطلاعية	44
2.4	المقابلة العيادية النصف موجهة	45
3.4	مقياس تقدير الذات لكوبر سميث النموذج المصغر 25 عبارة	46
1.3.4	تعليمة تطبيق الإختبار	47

2.3.4	طريقة التصحيح	47
3.3.4	مستويات تقدير الذات	47
عرض وتحليل النتائج		
	تقديم الحالات وتحليل نتائجها	49
	التحليل العام للحالات	59
	الاستنتاج العام	61
	الخاتمة	63
الملحق		
المراجع		

مقدمة

تلعب البيئة التي يعيش فيها الإنسان دورا فعالا سواء كان سلبيا أو إيجابيا في تكوين شخصيته، فلكل مجتمع من المجتمعات خصوصيته التاريخية ومنظومة من القيم والمعايير الإجتماعية التي تحكم تصرفات أفراده، وتحدد نظرتهم إلى مختلف أمور الحياة، ومن المسلم به أن المجتمعات الإنسانية لا تخلو من المشاكل والصعوبات التي تواجه الأفراد والجماعات إلا أن حجم ونوعية هذه المشاكل تختلف من فئة إلى أخرى.

فعندما يولد طفل بإعاقة وتأخر في النمو يتبادر إل الذهن تشخيص التوحد هذا الأمر يؤدي إلى تغيير مهم في حياة الوالدين الذين يتوجب عليهما أن يتعلما كيف يتكيفان مع هذا الطفل المريض، وهما خائفان على نموه، صحته ومستقبله .

هذين الوالدين يعيشان صدمة مرفوقة بقلق، ضيق،ضغط وإنفعالات مختلفة يمكنها ان تؤثر على ديناميكية العلاقة الزوجية.

لقد أظهرت الدراسات والأبحاث أن أمهات الأطفال المتوحدين يعشن في مستوى من القلق والإكتئاب أكثر بكثير من أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى كالمنغوليا T21، أو الشلل . وهذه المشاعر التي تنتاب ام الطفل المتوحد هي التي تحدد نوعية أو مستوى تقديرها لذاتها.

ونظرا لأهمية هذه الدراسة تقدير الذات لدى أم الطفل المتوحد إرتأينا القيام بهذه الدراسة حول تقدير الذات لدى أمهات أطفال متوحدين.

تم تقسم البحث إلى فصول بحيث تناولنا في الفصل الأول الأطار العام للإشكالية، والذي يمثل مدخل إلى الدراسة وهو بمثابة تقديم البحث حيث تم فيه عرض الإشكالية، الفرضية، أهمية الموضوع وأهداف البحث ثم سبب إختيار الموضوع وأخيرا تحديد مفهوم بعض المصطلحات.

أما في الفصل الثاني المتعلق بتقدير الذات، فقد تطرقنا من خلاله إلى بعض تعريفات مفهوم الذات وبعض المصطلحات المرتبطة بمفهوم الذات،تكوين مفهوم الذات، أبعادها، وظائفها وخصائصها، ثم تناولنا تعريفات تقدير الذات، أهمية تقدير الذات، نظريات تفسير الذات، التمييز بين الأنا والذات، تعاريف تقدير الذات، الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، مستويات تقدير الذات، السيمات العامة لتقدير الذات.

أما في الفصل الثالث المعنون بالتوحد تناولنا فيه : تعريفه، أسبابه، أعراضه، تشخيصه وإلى التشخيص الفارقي بينه وبين الإضطربات الأخرى، وأخيرا المجالات العلاجية للتوحد بالإضافة إلى علاقة الأسرة بالطفل التوحدي، ومصادر قلق الوالدين.

أما الجانب التطبيقي يتضمن قسمين وهما:

الفصل الرابع: يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي إتبعتها في الجانب الميداني ويتضمن منهج البحث،مجموعة البحث، مكان إجراء البحث، أدوات البحث، طريقة إجراء البحث.

الفصل الخامس: خصص لعرض وتحليل الحلات ومناقشة النتائج ويضم الإستنتاج العام الذي يخص النتائج المحصل عليها من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضية، وفي الأخير تم وضع خاتمة البحث، قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصـــل الأول:

إشكاليـة الدراسـة

الاطار العام

للإشكالية:

1-الإشكالية:

يعتبر ميلاد طفل في الأسرة حدثا سعيدا، إذ ينظر الكثير من الآباء للطفل على أنه امتداد للذات أو النفس، فهو الذي يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة الموجودة بالفعل ويوثق العلاقة بين الزوج والزوجة.

فبميلاد الطفل بصحة جسمية وعقلية ونفسية تكون قد وهبت لهما نعمة كبيرة تجسد تحققا لتوقعاتهما، لكن قد يحدث أن يكون الطفل مصابا بإعاقة أو اضطرابات يعيق نموه في جوانب مختلفة سواء كانت عقلية، نفسية أو جسدية، إذ يذكر Jordan عام1991 أن "هناك توقعات يحتفظ بهما الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة فإذا ما وقع عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة للآباء (جميل،1988 ص58) .

والأم بصفة خاصة ترى أن الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الفضائل وجميع المواهب وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه سيكون أحمقا أو معتوها أو معاقا(H.Deuteh2008p237)، وأحيانا قد تصبح هذه المخاوف أو الأفكار المؤلمة حقيقة، فتفاجئ الأم بولادة طفل غير عادي، وغالبا ما يثير هذا الاكتشاف مشاعر يمتزج فيها الخوف بالأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج.

نجد بعض الدراسات التي اهتمت بالحالة النفسية لأم الطفل المتوحد تشير إلى أن أمهات الأطفال المتوحدين يعانين من مستوى عالي من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين(الزريقات،2004،ص342).

بالإضافة إلى ما تعانيه هاته الأمهات من مشاعر مؤلمة إلى درجة أنهن يمررن بمرحلة إنكار الذات وعدم تصديق والحزن وقد يتولد لدى الأم شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة ويسيطر عليها الشعور بالإحباط والاضطهاد نظرا لما يميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال، فهو يعاني من قصور في السلوك ومحدودية في المعارف تجعله غير قادر على تحقيق توقعات والديه بالإضافة إلى متغيرات نفسية أخرى، لها علاقة بتقدير الذات ، وطبقا لها فإن مفهوم تقدير الذات يعتبر مؤشرا للصحة النفسية، حيث يرى الباحث Ziller زيلر" أن تقدير الذات يقع كوسط بين ذات الفرد والواقع الاجتماعي الذي يعيشه، وهو بذلك يعمل على المحافظة على الذات من خلال تلك الأحداث السلبية أو الإيجابية التي يتعرض

لها(p84.95 N.Ziller 1966) وبناء على ذلك قد تنشأ عنها نوعان لتقدير الذات نتيجة لهذا التفاعل، تقدير الذات المرتفع و تقدير الذات المنخفض وتختلف تبعا لذلك المشاعر التي تنشأ عنهما، ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

-ما مدى تقدير الذات عند أمهات الأطفال المتوحدين؟

2- **الفرضية:**

-يكون تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين منخفضا.

3-**أهمية الدراسة:**

نحاول من خلال هذه الدراسة أن نقدم معلومات عن تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين وما يشعرن به من أحاسيس وآلام نفسية والتي تؤدي إذا لم يتم التكفل النفسي والاجتماعي بهن إلى ازدياد هذه المشاعر السلبية وعدم تقبل أبنائهن المتوحدين وربما فشل حياتهن الزوجية.

4-**أهداف الدراسة:**

-يهدف البحث إلى الكشف عن مدى تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين.

5- **أسباب ودواعي اختيار الموضوع:**

يعتبر موضوع تقدير الذات من المواضيع المتداولة في بحوث علم النفس، فقد أوليت اهتمامي لدراسة موضوع تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين نظرا لنقص الدراسات الميدانية التي تعالج تقدير الذات الذي ينقسم إلى نوعين إيجابي وسلبي في شخصية الأم والذي ينعكس ذلك من خلال سلوكاتها، علاقتها و صحتها النفسية ويساعد على معرفة أفضل الطرق للتكفل النفسي بها.

6-تحديد المصطلحات:

تقدير الذات: هو مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، ومن هنا فإن تقدير الذات يعطي تجهيزا عقليا يعد الشخص للاستجابة طبقا لتوقعات النجاح والقبول والقوة الشخصية ، وبالتالي فهو حكم الشخص تجاه نفسه وقد يكون هذا الحكم والتقدير بالموافقة أو الرفض.

اجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، يحكم على ان تقدير الذات منخفض اذا تحصل الفرد على 20-40 درجة، ويكون مرتفعا اذا تحصل على نتيجة 60-80 درجة.

7- الدراسات السابقة:

حظي البحث في موضوع أمهات الأطفال المتوحدين وعائلاتهم والمتغيرات المتعلقة بها في السنوات القليلة الماضية ومازال بالمزيد من الاهتمام من قبل العديد من الباحثين، ويعود هذا الاهتمام المتزايد بسبب الضغوط النفسية المرتفعة على والدي ذوي الاحتياجات الخاصة وبشكل خاص على الأمهات مما قد يسبب ردود فعل انفعالية مختلفة لديهن تتأثر بعدة عوامل كعمر الوادين والحالة الاجتماعية للأسرة والإيمان الديني، ومن أهم ردود الفعل السلبية لدى الامهات التشاؤم حيث تزداد لديهن مشاعر الذنب والقلق.

ومن أهم الدراسات التي اهتمت بالموضوع نجد دراسة ستون وروز نبام(Stone et Rosenbaum,1988) ، وبرمولي وهير ديفيسن وإيمرسون (Hare et Darisonrt Emerson,2004) بالإضافة إلى آخرين(د. سهام، رياض الخفش، د. محمود أبو زيتون، 2013، ص244).

الفصـــل الثانـي:

تقدير الذات

تمهيـــد:

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديرها من الموضوعات التي مازالت تتصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، فالفرد يعيش في ظروف مليئة بمتغيرات لها تأثير مباشرة عليه فتزيد من معدلات الضغط والمرض النفسي والجسمي لتحول دون توافق الفرد السليم، فتؤثر تأثيرا جوهريا على شخصيته مما يؤدي إلى خلل في أحد الأجهزة المهمة في الشخصية ولعل منها تقدير الذات.

وقبل التطرق إلى تقدير الذات، يجب علينا أولا أن نتطرق إلى عرض بسيط للذات وهذا ابتداء من تحديد مفهوم الذات ومراحل تطورها والمفاهيم المرتبطة بها ثم نصل إلى تقدير الذات من مفهومه ونظرياته وأهميته ومستوياته ثم علاقته بالأسرة وجماعة الرفاق.

الدراسات السابقة:

يعتبر تقدير الذات من المفاهيم المتعلقة بشخصية الإنسان، وقد شاع استخدامه في كتب علم النفس والاجتماع ، وقد كتب الكثير عن أهمية تقدير الذات فيعد أحد الأبعاد الهامة للشخصية، بل يعده العلماء من أكثر تلك الأبعاد أهمية وتأثيرا في السلوك، فلا يمكن أن نحقق فهما واضحا للشخصية أو السلوك الإنساني بوجه عام دون أن نشمل ضمن متغيراتنا الوسطية مفهوم تقدير الذات، حيث يرى "آلبورت" أن تقدير الذات يدخل في كل السمات والجوانب الوجدانية للفرد، كما يشير" جيرجن" Gergan إلى أن تقييم أو تقدير الفرد لذاته يلعب دورا أساسيا في تحديد سلوكه، ويشير"روجرز" Rogers إلى أن الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق الذات وتحسينها كما يرى " هاياكاوا" Haya Kawa أن الغرض الأساسي لكل أنواع النشاط هو محاولة لرفع تقدير الذات.(عكاشة، 1990،ص10).

ويعرف (M,Gandlers and Ellis,1973) تقدير الذات:

أنه القيمة التي يعطيهما الفرد لنفسه وسلوكه وشعوره تجاه ذاته، بتكوين الشخص وحكمه عليه سلبا أو إيجابا، ويتصل تقدير الذات اتصالا حميما بمفهوم الذات لأن أحكام الفرد القيمية متضمنة ما يتعلمه الفرد عن نفسه، وكذلك ردود أفعال الآخرين نحوه سواء فيما يتعلق بأوصافه أو سلوكه اليومي (M,Grand less and Ellis , 1973p390).

وهناك بعض الباحثين العرب الذين حاولوا وضع تعريفات متعددة لتقدير الذات منهما: تعريف أو أبوزيد 1983، فيعرفه بأنه التقويم العام لدى الفرد لذاته في كليتهما وخصائصهما العقلية والاجتماعية والانفعالية والأخلاقية والجسدية.(أبو زيد،1987 ،ص133).

ويعرف إبراهيم وعبد الحميد 1994 تقييم الذات:" هو التقييم الوجداني للشخص لكل ما يملكه من خصائص عقلية ومادية وقدرة على الأداء .

ويعتبر حكما شخصيا للفرد على قيمته الذاتية في أثناء تفاعله مع الآخرين، ويعبر عنه من خلال اتجاهات الفرد نحو مشاعره ومعتقداته وتصرفاته كما يدركها الآن في اللحظة الراهنة(إبراهيم وعبد الحميد، 1944 ص38- 58).

أما حسين 2007 فيعرف تقدير الذات " هو الحكم العام للفرد على نفسه ويشمل الجوانب العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية"(حسين،2007،ص10).

1-مفهوم الذات:

ظهرت فكرة الذات بشكل جديد في مجال علم النفس على يد الباحث "وليام جيمس"(William James,1980) :" إنها مجموع ما يمتلكه الإنسان أو ما يستطيع أن يقول أنه له، جسمه سماته، قدراته، ممتلكاته المادية، أسرته، أصدقاؤه، أعداؤه ومهنته" (صلاح الدين العمرية،2004 ص 199)، بمعنى أن الذات حسب هذا العالم هي المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن يعتبره له، كما يشير " يوسف قطامي عبد الرحمان عدس" إلى مفهوم الذات بأنه: مجموعة من الشعور والعمليات التأملية التي يستدل عنها بواسطة سلوك ملحوظ أو ظاهرة، أو الوسيلة المثالية لفهم السلوك، يمكن التعرف إليه من خلال الإطار الداخلي للفرد نفسه"،(يوسف قطامي عبد الرحمان عدس،2002،ص377).

ويعرف "علي عسكر" مفهوم الذات على أنه:" الصورة الكلية(الأفكار و المشاعر) التي يحملها الفرد عن نفسه، وهذه الصورة تتكون من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الاجتماعي، بدءا بالجماعة الأولية المتمثلة بالأسرة مرورا بالمعارف و الأصدقاء، و انتهاء بالأشخاص المهمين في حياة الفرد". (علي عسكر، 2005، ص 47).

و يرى كارل روجرس "Carl Rogers أن تعريف الذات يتحدد في أنه: تكوين معرفي منظم و متعلم للمدركات الشعورية و التصورات و التقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد و يعتبره تعريفا نفسيا لذاته، و يتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية" (حسن شحاتة، 2008، ص 25).

في الأخير يمكننا تعريف الذات على أنها: "هي إحساس الفرد بوجوده و قدرته على الشعور بما يملك".- 9 -

2-بعض المفاهيم المرتبطة بالذات:

إن أبعاد الذات تعد عديدة و هذا راجع لكون مفهوم الذات مفهوم واسع، لذلك اهتم الباحثون بدراسة هذه الأبعاد و تعمقوا في البعض منها، و قد ركزت في بحثي هذا على "تقدير الذات، L'estime de soi " أما الأبعاد الأخرى فنجد من أبرزها: مفهوم احترام الذات، تقبل الذات، صورة الذات، تقييم الذات، الثقة بالنفس أو الناس.

و كلها تدور حول محور واحد و هام "كيف نرى ذواتنا، أفكارنا حولها و أية قيمة نمنحها لذاتنا، و كل مصطلح يختلف قليلا عن الثاني.

فمفهوم الذات و صورة الذات تبين الصورة المنتظمة للشخص حول ذاته.(صالح حسن الداهري، 2005، ص 45)، فهي لا تتناول الجانب التقويمي للذات بقدر ما تقدم وضعا أوليا منظما مثل: الحب و الكراهية، الخصائص النفسية...أما تقويم الذات و الثقة بالذات أو النفس فمعناها يدور حول تقديرنا لكفاءتنا الذاتية في مجال محدد، من ناحية إمكانية و فرص الانجاز من عدمه، مهارات محددة، التعود العام على حل المشكلات.

أما احترام الذات، تقبل الذات و تقدير الذات فهي عناصر جديدة و هي لا تتمحور فقط حول الخصائص التي تنظم ذواتنا، بغض النظر عن كونها ايجابية أو سلبية و هي أيضا لا تتعلق فقط بالأشياء التي تستطيع القيام بها أم لا، و لكن هي "تبرز آراءنا العامة حول ذواتنا و أية قيمة يكون المؤشر سلبيا يعني ذلك أن شعورنا بذواتنا و تقديرنا لها منخفض". (فرج عبد القادر طه، 1997، ص14).

3- مراحل تطور الذات:

يمر نمو الذات كما يمر النمو الجسمي، بأطوار مرحلية تخضع لنفس المبادئ إلى تحكم نمو الجسم و نمو السلوك، إن كل مرحلة ترتكز على التي قبلها و تمهد للتي بعدها، و أن المرحلة القائمة أكثر تعقيدا من التي ولت و أقل تعقيدا من التي تدرج، و أن المراحل

ذات ترتيب لا يتغير بالنسبة للجميع، اي لا تستطيع إحداهما أن تتخطى الاخرى.(Henry Smith, 1974, P208).

يقسم تطور مفهوم الذات عند الشخص إلى (06) مراحل، و هي حسب المراحل العمرية إذ نجد:

3-1- مرحلة انبثاق الذات و بروزها (من الميلاد إلى سنتين (0-2 سنوات).

تتميز هذه المرحلة بتباين الذات و اللاذات و أول ما يبدأ على مستوى الصورة الجسدية ثم يزداد التفاعل مع الأم ثم مع ال آخرين و هنا تبدو فردية الطفل، ثم من خلال العامين (02) يزداد تمييز الطفل لذاته و هذا عن طريق الاتصالات الحسية المتعددة فيتعرف تدريجيا على الحدود الخارجية لجسمه، و يصبح يميز بينه و بين الأجسام الأخرى.

3-2- مرحلة تأكيد الذات (من سنتين (2) إلى (5) خمس سنوات):

بعد مرحلة انبثاق الذات، تظهر هنا مرحلة تأكيد الذات و تدعيم الذات و ترسيخها و تعزيزها فيكون اثبات الذات عن طريق التحدي و المعارضة، مما يجعله يحس بقيمة الذاتية.

فاستعمال الضمائر: لي، أنا (moi, je, me) دليل ليس على التباين أو التمايز بين الذات و اللاذات فحسب، بل هو دليل على وعي خالص للذات فيدعم الطفل وعيه بذاته على المستوى السلوكي من خلال الاعتراض و الرفض.

3-3- مرحلة توسع و تشعب الذات (من 6-12 سنة: ستة إلى اثنتا عشر سنة).

ينتج هذا التوسع و التشعب من تعدد التجارب و تنوعها، الجسمية، العقلية، الاجتماعية، و التي يعيشها الطفل في هذه المرحلة، و كذلك من خلال الأدوار الناتجة عن ردود فعل المحيط فتشكل صورة الذات الأولى التي تدعم ثقة الفرد بنفسه، هذه الثقة تسمح له بالإندماج في مجتمعات أخرى غير عائلية كالمدرسة مثلا، و هكذا يتسع مفهوم الذات ليشمل التجارب الجديدة سواء كانت ايجابية أو سلبية لأن المفهوم الذي كونه من قبل كان ناقصا.(كمال دسوقي، 1979، ص 293).

3-4- مرحلة تمييز الذات (12-18 سنة):

إن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد، فهي تتميز بتميز الذات و تكوين مفهوم شخصي و محدد للذات، و في هذه المرحلة يكون المراهق هويته و يؤكد ذاته، و التمايز الأول، الذات و اللاذات و يكون متبوعا بتمايز ثاني و هو الذات و مع الآخرين، و كل هذه التغيرات و التطورات توضح معنى الذات، فحسب "إركسون" "Ericson" العوامل تحدث ما نسميه بأزمة الهوية، كما تسمح هذه المرحلة بوصول المراهق إلى الإحساس بالذات المدمجة و بهوية مستقرة (سيد خير الله، 1981، ص 108).

3-5- مرحلة النضج و الرشد (20-60 سنة):

في هذه المرحلة مفهوم الذات لا يتطور فقط على أعلى مستوى من التنظيم و التكوين و إنما يمكن أن يتغير نتيجة لعدة متغيرات و أحداث في حياة الشخص، و يكون هناك تركيز كبير على خارج الذات أي على الجانب الاجتماعي.

فدرجة النجاح و الفشل في الجانب الاجتماعي (المهنة، الزواج، العزوبية، التغيرات الاقتصادية للعائلة، حالات الطلاق، كل هذه العوامل تؤثر على نمو مفهوم الذات و على مستوى تطور الذات نجد في السن بين الأربعين والخمسين سنة يحدث تغيير داخل الشخصية بحيث أنه في عمر الراشد مفهوم الذات يتمركز إلى أقصى خارج الذات أي حول المجتمع، ويعطي زيلرZiller "نتائج أخرى تبين أن تقديرات الذات يزيد في سن 40 (الأربعين ليبدأ في التقمصات بعد ذلك. (L'ecuyer (L) 1979, 154) و يمكن أن نقول أن نمو مفهوم الذات يتطور مع نمو الفرد، و يتم ذلك عبر الخبرات الشخصية التي يمر بها و بعملية التفاعل مع أفراد المجتمع.

4- نظريات تفسير مفهوم الذات:

4-1- نظرية التحليل النفسي:

وضع هذه النظرية "سقموند فرويد" S.Frend في أوائل القرن 20م، و قد قسم الذات إلى ثلاث أقسام (عبد الرحمان عيسوي، ص 353،354)

الأنا ا4لدنيا Id:

بدائية في طبيعتها أي أنها تكوين بدائي في الشخصية تختزن الرغبات الغريزية في الإنسان وتستهدف الأنا الدنيا هنا تحقيق الإشباع الآني والمباشر للحاجات والرغبات دون مراعاة لمطالب المجتمع وقواعده.

يبدأ في ممارسة بعض الضوابط الذاتية، وتتعامل الذات الوسطى مع الصراعات بين مطالب الأنا ومطالب الآباء والسلطة.

وتصبح وظيفة الذات الوسطى التوفيق بين مطاب الذات الدنيا(Id) دون الإخلال بتعاليم الآباء، وكي تتحقق عليها أن تنمي الحيل الدفاعية التي تعتبر عملية لا شعورية تستعملها لحماية نفسها من الشعور بالقلق.

الذات العليا:

وهي بمثابة الضمير الخلقي ومقر القيم والأخلاق الفاضلة القيمة، وما أن تنمو الذات العليا حتى تتحول الضوابط الأبوية وضوابط المجتمع إلى ضوابط داخلية ذاتية تابعة من ذات الفرد نفسه.

ولقد اعتقد" S.Freud"، أن نمو هذه العناصر الثلاثة من عناصر الشخصية يكون وفقا لجداول زمنية داخلية تتحكم فيها تغيرات بيولوجية تحدث في أجزاء الجسم الذي يعمل كمصدر للإشباع الجنسي

4-2-النظرية السلوكية:

إن سبب تناول السلوكين لمفهوم الذات ليس بهدف تحسين ووضع نظرية أو نموذج لمفهوم الذات ولكن في الحقيقة الهدف والسبب الرئيسي هو أن الدور المتفوق وبروز المخطط

(مثير- إستجابة) في تحديد سلوك الفرد يترك مجالا ضيقا لمفهوم الذات، وهذا حسب المدرسة السلوكية القديمة(مثير/ حدث خارجي)

يرى hilGard عام 1949بأن:

وجود مفهوم الذات وفائدته لا شك فيها، يجب اعتبار أن الحصول على إيجابات من التعمق في مفهوم الذات، لا يأتي من التناول الذاتي، واختبار المعاش التجريبي لفرد، ولكن من وضعية المخبر وخاصة من طريقة الذات المستنتجة.(L'ecuyer ®.1978,p122)

وبظهور السلوكية الحديثة التي أدخلت مفهوم جديد وهو تغيير حتمية المحيط وتغييرها بالحتمية المتبادلة بين الفرد والبيئة المحيطة، وقد أخذت بعين الاعتبار التجربة الفردية للأحداث.

وإن من أهم النظريات التي تناولت مفهوم الذات في مجال المدرسة السلوكية الحديثة نجد نظرية الذات لـ "باندورا" BANDURA عام 1977، حول فعالية الذات و التي نعني بها مدى قدرة الشخص على القيام بعمل أو سلوك ما في وضعية معينة.

فالعلاج النفسي السلوكي يمكن أن نقوم به عن طريق الزيادة، و التحفيز في فعالية الفرد مما يؤدي به إلى الاعتماد على قدراته الخاصة في مواجهة المواقف الصعبة التي يعيشها.(مصطفى عشوري، 1981، ص 234).

4-3- النظرية المعرفية:

إن الباحثين المهنيين بهذا التناول المعرفي يعتبرون الذات تعامل ديناميكي للسياقات المعرفية للشخص، فحسب ما جاء به "كيلي" KELLY عام 1955: " بناء الذات جوهري ما هو إلا جزء من نظام معرفي الذي يرجع إلى المجموعة من بين أحداث كثيرة".(Roger Perron, 1975, p15).

4-4- النظرية الظواهرية:

إن تحديد معنى الظاهرة يكون داخل المجال الذي تحدث فيه، و هذا الإدراك يعتبر كنتيجة لتعقيدات الصورة الحسية الحركية. (N.BURUZ, 1987, p 112).

الذي قامت عليه أساسا نظرية الذات في الشخصية.

و قد اهتم هذا النموذج بدراسة الظاهرة في حد ذاتها، أي الخبرة الحياتية للفرد و إدراكه لها، و هو يظم تيارين متكاملين هما: التيار التفريدي الذي يركز على دور السلوك الفردي و التجربة الذاتية في انبثاق مفهوم الذات و التيار الاجتماعي الذي يركز على دور المجتمع في تكوين مفهوم الذات.

5- التمييز بين الأنا و الذات:

لقد اختلف الباحثون في التمييز بين مصطلحي الأنا و الذات، فنجد البعض منهم يستعمل الاثنين معا دون تفريق بينهما.

فحسب معجم مصطلحات التحليل النفسي نجد أن:

الأنـا: ركن يميزه Freud في نظريته الثانية حول الجهاز النفسي عن الهو و الأنا الأعلى و يخضع الأنا لمطالب الهو و لأوامر الأنا الأعلى و لمتطلبات الواقع في آن واحد.(مصطفى حجازي، تأليف جان لابلاش. ج. ب. بوتناليس، 1985، ص 103).

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

"بينما الذات فهي احساس الفرد بكيانه و بوجوده و بعمله، و هي تتكون من مجموع إدراكات الفرد لنفسه و تقييمه لها، فالفرد اعتبر مصدر الخبرة و السلوك". (لويس كامل، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هن، 1959، ص 105).

6- تقدير الذات:

6-1- تعاريف تقدير الذات:

- **تقدير الذات:** يعرفه مصطفى كامل (1993) بأنه "نظرة الفرد و اتجاهه نحو ذاته و مدى تقدير هذه الذات من الجوانب المختلفة كالدور و المركز الأسري و المهني و بقية الأدوار التي يمارسها في مجال العلاقة بالواقع" (مصطفى كامل عبد الفتاح، 1993، ص 239).
- **إجرائيا:** هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس تقدير الذات، إن كل فرد ينظر إلى نفسه بطريقة ما، فالبعض يرون أنفسهم أقل من الآخرين و بالتالي ينعكس ذلك على سلوكهم فنجدهم لا يتصرفون بحماس و إقبال نحو غيرهم من الناس و البعض الآخر يقدرون أنفسهم حق قدرها و بالتالي ينعكس ذلك أيضا على سلوكهم نحو غيرهم فنجدهم يتصرفون أفضل مع غيرهم، و توجد تعريفات عديدة لتقدير الذات.
- يعرف كوبر سميث Cooper Smith (1967) تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه و بنفسه و يعمل على المحافظة عليه، و يتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الايجابية أو السلبية نحو ذاته، كما يوضح مدى اعتماد الفرد بأنه قادر و هام و ناجح و كفء. أي أن تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية كما يعبر عن اتجاهاته نحو نفسه و معتقداته عنها، و هذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة

- ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة. (حسين الدريني و محمد سلامة، 1983، ص 484).
- و يعرف روجرز Rogers (1969) تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد نحو ذاته و التي لها مكون سلوكي و آخر انفعالي. (Rogers, 1969, p37).
- و يذهب مصطفى فهمي (1979) إلى أن: تقدير الذات عبارة عن مدرك أو اتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه و عن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال و تصرفات و يتكون هذا المدرك في إطار حاجات الطفولة و خاصة الحاجة إلى الاستقلال و الحرية و التفوق و النجاح. (مصطفى فهمي و محمد القطان، 1979، ص 71).
- كما يعرف عبد الرحمان بخيت (1985) تقدير الذات بأنه مجموعة من الاتجاهات و المعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، و من هنا فإن تقدير الذات يعطي تجهيزا عقليا يعد الشخص للاستجابة طبقا لتوقعات النجاح و القبول و القوة الشخصية، و بالتالي فهو حكم الشخص اتجاه نفسه و قد يكون هذا الحكم و التقدير بالموافقة أو الرفض. (عبد الرحمان بخيت، 1985، ص 230).
- يعرف روزنبرج Rosenberg (1991) تقدير الذات بأنه: "اتجاهات الفرد الشاملة، سالبة كانت أم موجبة نحو نفسه. (عبد الله عسكر، 1991، ص 09).

إذن" تقدير الذات هو القيمة التي نحكم بها على أنفسنا في مختلف مراحل حياتنا، يمكن للشخص أن تكون لديه فكرة جيدة عن نفسه في العمل و لكن تقديره ضعيف لذاته".

كل شخص لديه فكرة عن نفسه من الناحية الجسدية (امكانياته، هندامه،...)، الناحية العقلية (قدراته، ذاكرته، تفكيره)، الجانب الاجتماعي و القدرة على ربط صداقات، هيبة، علاقات...)، إن الفرد الذي يكون صورة جيدة عن نفسه في هذه الجوانب يمكنه أن يكون تقديره لذاته جيد و العكس صحيح.

6-2- الفرق بين مفهوم الذات و تقدير الذات:

إن الكثير من الباحثين يخلطون بين مفهوم الذات و تقدير الذات على الرغم من وجود فرق كبير بينهما حتى و لو أنه يوجد ترابط بين كلاهما، فقد أوضح كليمس أن مفهوم الذات يتعلق بالجانب الإدراكي من شخصية الفرد فهي الصورة الإدراكية التي يكونها عن ذاته.

أما تقدير الذات فيتعلق بالجانب الوجداني منها حيث يتضمن الإحساس بالرضى عن الذات أو عدمه، فتقدير الذات نابع عن حاجات أساسية من حاجات الإنسان أشار إليها العديد من النظريين في مجال علم النفس من أمثال ما سلو حيث نظم الاحتياجات على شكل هرم للوصول إلى تحقيق الذات الدافع في قمة الهرم، فإشباع الحاجات الأساسية الفيزيولوجية مثل: النوم والأكل وشعور الفرد بالأمان والانتماء وشعوره بتقديره لذاته يؤدي إلى تحقيق ذاته.

إن تقدير الذات عند الفرد هو بمثابة اتجاه الإنسان نحو ذاته فنموها ناتج من تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به بوجه عام ومع من يتفاعل معهم بشكل خاص، فالأم لها علاقة وتأثير بارز على بناء الذات عند الأبناء خاصة في السنوات الأولى من عمرهم، فعندما يشعر الفرد بقيمته وأهمية الدور الذي يقوم به سواء في البيت أو في المجتمع، وإن يلق تقدير واستحسان الغير تمت يقوم به من عمل فهذا بالتالي يشبع عند الفرد حاجته لتقدير ذاته.

فحسب عبد الحافظ فإن مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير 3333الذات تقييم لهذه الصفات، فمفهوم الذات يتضمن فهما موضوعيا أو معرفيا للذات بينما تقدير الذات فهو فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس"(عبد الحافظ،1982،ص06)

6-3- مستويات تقدير الذات: لقد حددها كوبر سميث إلى:

6.3.1-**تقدير الذات المرتفع:** يعتبر الأشخاص أنفسهم هامين ويستحقون الاحترام والاعتبار والتقدير، ويكون لديهم فكرة كافية لما يظنونه صحيحا و دائما يتمتعون بالتحدي ولا يخافون أو يبتعدون عن الشدائد.

2.3.6-**تقدير الذات المنخفض:** يعتبر الأشخاص أنفسهم غير هامين جدا و غير محبوبين، و هم غير قادرين على فعل الأشياء التي يودون فعلها كما يفعل الأخرون، و هنا يعتبرون أن ما يكون لدى الأخرين أفضل مما لديهم من إمكانيات وقدرات واستعدادات وكفاءات.

6.4-السمات العامة لتقدير الذات.

6.4.1-السمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفض:

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

6.4.2- السمات العامة لذوي التقدير المرتفع:

سرعة الاندماج في أي مكان كانوا. الكفاية الذاتية، الشعور بالقيمة الذاتية.

على مواجهة التحدي، القدرة على السيطرة على أنفسهم والتحكم في حياتهم ، أكثر إنتاجية، السعادة والرضى بحياتهم ، التفاؤل ، الواقعية.

خلاصة الفصل :

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

فالفرد يشعر بأن ذاته هي نتيجة وعيه بنفسه كموضوع منفصل في البيئة، ويستدل عنهما بواسطة سلوك ملحوظ، وهنا يكون مفهومه لذاته بمثابة تقييمه لنفسه ككل من حيث مظهره وخلقته وكذلك قدراته ووسائله وإجازاته، يمر الفرد بعدة مراحل لتكوين مفهومه عن ذاته التي يدخل فيها عدة مفاهيم من تصور الذات، تحقيق الذات وتأكيدها، تقييم الذات وتقديرها وقد تطرق العديد من الباحثين إلى دراسة مفهوم الذات من المدرسة التحليلية إلى السلوكية فالمعرفية .....، وكل منها أعطى مفهومه الخاص للذات وإدراكات الفرد لنفسه وتقييمه لها.

إن تقدير الذات مرتبط بشكل وثيق بمستوى التطلعات ومدى صعوبة الأهداف التي رسما الفرد لذاته، وعندما لا تنطبق مطالب الشخص مع قدراته الفعلية يؤدي هذا إلى تقدير منخفض للذات، ويترتب عليه سلوك غير مناسب يتصف بالقلق المتزايد والإحباط، الخجل وكثرة الحساسية

الفصـــل الثالث:

التوحـــد

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي، والاجتماعي والحركي، وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع. ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة، بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتقبل الصدمة وتتكيف مع الوضع. ولنتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه، والأعراض التي تظهر عليه للتمكن من تشخيصه وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى والتعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لعلاج هذا الاضطراب.

1-تعريف التوحد:

1-1-لغـــة:

التوحد" Autism" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية"Autos" والتي تعني نفسه Soi même.(Bloch et al.1999.p109).

2.1- اصطلاحا:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الإتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

يعرف ليوكانر (Leo Kanner) 1943" على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم (Nobert Sillamy .1999.p31) ويصف الأطفال المتوحدين بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما أنهم يقاومون التغيير كليا، ويظهر ذللك من خلال تكرار استعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق كمال الدسوقي (1988) على التوحد مصطلح " الإجترارية" وهي:

"الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالات بالآخرين ومع الميل للتراجع إلى الخيالات الباتولوجية التي تنظيم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائما على حساب الحقيقة الموضوعية وفهم الواقع الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الرغبة عند رفض تصديقها"(ماجدة علي عمارة،2005، ص15)

والتوحد عند جمال مثقال القاسم " هو اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الأخرين إضافة إلى ضعف أو انعدام اللغة لديهم خاصة في مراحل العمر الأولى"(جمال مثقال القاسم، 2000،ص128).

أما الدليل الإحصائي المراجع لتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية:

(DSM,IV,RT2000) فعرفه على أنه أحد الاضطرابات الارتقائية المتشددة، الذي يشير إلى أنم الطفل التوحدي يكون منطوي ومنعزل على نفسه، حيث يكاد التواصل الاجتماعي

ينعدم سواء بالغة أو باللعب، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم كما يتميزون أيضا بالنمطية والتكرار حيث يكررون دائما سلوك واحد أو أكثر(American Psychiatrie Associstion,2003,p85,).

أما كو لمان(Coleman,2003)، فيصف الذاتوية بأنها إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل ، كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.(إيهاب محمد خليل،2002،ص40).

كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National society for autisties children) من أكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين وينص على أن:" التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا ويتضمن الاضطرابات التالية:

1-اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.
2-اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.
3-اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث.
4-اضطرابات في الكلام واللغة والمعرفة(يحي قبايلي2000، ص 252).

2-أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب نعرض منها ما يلي:

1.2-النفسية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد Freudالتوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل ،وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم: برونو بيتلهم Bruno Bettleheim أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم ، حيث كان يطلق على الأم سابقا لقب الأم الثلاجة.(الشامي 2004).

2.2- البيولوجية:

يعتقد الباحثون أن جميع الأفراد التوحديين يعانون من تلف دماغي ودليل ذلك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية والإعاقات المختلفة، وكذلك وجود إختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحديين(الشيخ ذنب،2004)

3.2-الجينية:.

أما التفسيرات الجينية ترى أن وجود خلل في الجينات أو الكروموزومات في مرحلة مبكرة للطفل يؤدي للإصابة بالتوحد، حيث أجريت دراسات رجحت الأساس الجيني للتوحد، ولكن صيغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة وهناك دراسات ترى أن بعض الأجزاء في الكروموزومات تحتوي على عدة جينات مسببة للتوحد.(كوهن وباتريك 2000)

4.2- فرضية الفيروسات والتطعيم:

أوجد العلماء علاقة بين إصابة ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الالتهابات هي الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسي والتهاب الخلايا الفيروسي، ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ، ولكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية.

2- أعراض التوحد:

إن أعراض التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر، حيث تمس الجانب اللغوي والعلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك.

-وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

*لا يحب أن يحضنه أحد.

*يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

*لا يخاف من الخطر.

*يكرر كلام الآخرين.

*نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.

*لا يلعب مع الأطفال الآخرين.

*ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.

*بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.

*يقاوم تغيير الروتين.

*لا ينظر في عين من يكلمه.

*فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.

*وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين.

*قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال.(محمد علي كامل، 2003 ،ص10).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ الوالدين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى والأطفال التوحديين ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطراب فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة وقد تكون بسيطة وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة.(خالدة نيسان،2000،ص122).

حيث ترى خالدة نيسان(2009) أن الأطفال التوحديين تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطء نمو اللغة أو توقفها تماما، أو يستخدم لغة الإشارة .

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أن 50% من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، كما أنهم لا يستطيعون فهم المزاح والسخرية.

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (Kanner) ابنه قائلا:

"يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب يبدو أنه منسحب ومتقوقع على نفسه (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان 2011،ص36)

كما يشير كوجال و كوفرت(Koegal and Lovert,1972) " أن التوحد يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية، وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية.(طارق عامر، 2008،ص17).

أما سميث(Smith,2001): فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي :

- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

* لا يطور مودة وصداقة للآباء وأعضاء الأسرة

* نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.

* الميل إلى استعمال الإشارات غير اللفظية مثل: الإبتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي.

* لا يوجد تواصل بالعين.

* اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.

* يظهر نقص الإماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

-قدرات تواصل ضعيفة:

*اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.

*محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.

*سلوك نطقي نمطي وتكراري .

*لا يحافظ على المحادثة.

*المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.

*يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.

*عكس الضمائر.

-الإصرار على التماثل:

*التضايق الواضح عند تغيير البيئة ومظهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا.

*ظهور سلوك تكراري.

*سلوكيات نمطية مثل التأرجح والتلويح باليد صعب إيقافها.

-أنماط سلوك غير اعتيادية:

*اعتداء على الآخرين خصوصا في حالة الشكوى.

*سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.

*ظهور مخاوف اجتماعية اتجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.

*تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف.(إبراهيم فرج عبد الله،2004،ص44).

إن أعراض التوحد قد يتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعة والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

4-تشخيص اضطراب التوحد:

إن تشخيص اضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر، وكذا لعدم وجود اختبارات طبية تطبق لتشخيصه.

حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل من طرف مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل او الطبيب وذلك قبل عمر ثلاث سنوات.

في نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين، ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال، طبيب نفسي(مختص في الأعصاب، طبيب عام، مختص قياس تربوي، مختص اجتماعي، حيث يتم عمل تخطيط المخ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض عضوي.

وتشخيص اضطربات التوحد مر بعدة محاولات، أولهما كانت ل كانر (Kanner 1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء كذلك العالمان بولان وسبنسر اللذان وضعا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

كما نجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد، وكذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD10) وكذا الدليل الاحصائي الرابع المراجع الجمعية الأمريكية للطب العقلي DSMIVR.

1.4-معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IVRT.

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IVTR إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) عرض أو أكثر من المجموعات (3.2.1) التالية واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين.

-وتضم المجموعة(1):

*إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: يعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1-قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.

2-قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخرين.

3-غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

4-قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز اعمال مشتركة معهم.

-وتضم المجموعة (2):

*قصور كيفي في القدرات على التواصل: ويكشفها واحد على الاقل من الأعراض التالية:

1-تأخر او غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام(اللغة المنطوقة).

2-لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.

3-بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث و المبادرة فيه.

3- غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

-تضم المجموعة(3):

*قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية، كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

1-استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتهما وطبيعتهما.

2-حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل(ضرب الرأس، تحريك الجذع للأمام والخلف).

3-انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة، سلسة مفاتيح.

4-جهود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى لها.(يحي القبايلي،2001،ص257).

ونفس الشيء نجده في تشخيص اضطرابات التوحد وفقا للدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) فحسبه وحسب الدليل العاشر(ICD 10) فغن اضطراب التوحد يبدا قيل سن الثالثة.(AmericanPSY cliatrie ASSociation,2003,p87).

2.4- التصنيف الدولي العاشر نظام(ICD10).

الصادر عن منظمة الصحة العالمية(WHO) والشكل النهائي(ICD10) ظهر في عام 1993 حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

1- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
2- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
3- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

4- سلوكيات واهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.

5- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية اعاقات نهائية أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية أو سلوكية أو متلازمة ريت (RETT)،أو إنفصام الشخصية المبكر (يحي القبا يلي، 2001،ص258).

3.4-العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن تشخيص اضطرابات التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

-من صفر(0-6 أشهر) إلى 6 أشهر: يمكن أن نجد اضطرابات متكررة في التفاعل:

*طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشتكي، عامة طفل هادئ(جامد).

*اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.

*انعدام الحوار إبتداء من 2-3 أشهر.

*انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.

*اضطراب في النوم والأرق.

*اضطرابات في الأكل (انعدام المص، فقدان الشهية).

*انعدام الابتسامة التلقائية ابتداء من الشهر الثالث(Daniel marcell,2006,p297).

-من 06 أشهر إلى 12 أشهر:

*غير حنون، وغير مبالي بالألعاب الاجتماعية.

*متصلب، وغير مبالي، كما يؤخذ بين الأيدي.

*انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.

*نفور واشمئزاز من المأكولات الصلبة.

*عدم انتظار مرحلة التطور الحركي.

– السنة الثانية والثالثة:

*غير مبالي بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي .

*يتصل بتحريك يد البالغ.

*اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.

*متعصب.

–السنة الرابعة والخامسة:

*غياب التواصل البصري.

* اللعب، غياب الابتكار التخيل ولعب الأدوار.

*اللغة محددة ومنعدمة.

*يقاوم التغير الذي يحدث في البيئة المحيطة به.(MARionL eboyer,1985,p21)

فحسب هذا الباحث فإن أعراض التوحد تشمل مراحل العمر بدءا من الميلاد إلى غاية سن الخامسة، حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنتهي أو تزيد في الشدة.

5–التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى:

إن كلا من اضطراب التوحد ومجموعة الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد و اضطراب آخر، و لأجل تشخيص دقيق لا بد من تشخيص فارقي من خلاله يدرك المختص تشخيص التوحد عن باقي الاضطرابات.

1.5- التوحيد و اضطراب متلازمة ريت RETT:

ينتشر اضطراب ريت (Rett) أكثر عند الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا، كما أن إضراب "زيت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة و حركات غسل اليدين النمطية و الذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي (ماجدة علي عمارة، 2005، ص 78).

و من أعراض متلازمة "ريت" عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط و تفاهته.

كما أن المصابون باضطراب "ريت" يظهرون نموا طبيعيا بين 6-8 أشهر، و بعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو و هو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى و يتضح ظهوره خلال العام الثاني، و أهم سيماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة و ظهور حركات نمطية تشمل ثني و طرق اليد و يصاحبها إعاقة عقلية شديدة. (ايهاب محمد خليل، 2009، ص 21-22).

2.5- التوحد و اضطراب اسبرجر Asperger:

تشمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظمهم لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مثقال قاسم، 2000، ص 140).

بالرغم من هذا التشابه بين الاضطرابين إلا أنه يوجد أوجه اختلاف تميزهما.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما في اضطراب اسبرجر لا يظهر هذا القصور عند الطفل المريض.
- يعاني الطفل المتوحد من قصور في القدرات المعرفية بينما في حالة اضطراب اسبرجر تكون القدرات المعرفية عادية.

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب بالأسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، و لكن من خلال اهتماماته و حاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (ايهاب محمد خليل، 2000، ص 82، 83).

كما أن اضطراب "اسبرجر" لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، و الطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين. (ماجدة علي عمارة، 2005، ص 78، 79).

3.5- التوحد و فصام الطفولة:

إن اضطراب الفصام و التوحد ظهران كإضطراب واحد يصعب التمييز بينهما و لهذا فإن التشخيص الفارقي يوضح أي يلبس في الشخص، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي الذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين.

إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر و لا يحدث بعد ذلك، لذلك فإنه أفضل عامل للتمييز بين التوحد و الفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 229).

4.5-التوحد و التخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل أعراض التوحد و التخلف العقلي، و نميز بينهما حسب:

1-السلوك النمطي: إن السلوكات النمطية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

2- سلوك العدوان و التخريب: منتشر عند توحدي أكثر منه عند الطفل المتخلف عقليا.

3-النشاط الزائد: الأطفال التوحديون لهم مستوى عالي من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا.

4- و على مستوى المهارات الانتقائية و العناية بالذات: فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة و الاعتماد على النفس، (سعيد حسني العزة، 2002، ص 64).

5.5- التوحد و الحرمان العاطفي و اكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغيرا كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، و في جملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغيير لأعراض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادئ جدا، مسالم، غياب التعبير الايحائي، اضطرابات المزاج، يمكن أن تظهر هذه الأعراض في حالة الاكتئاب و الحرمان العاطفي الكبير.

6-علاج اضطراب التوحد:

إن العديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد ليس اضطراب ذو شفاء و علاج تام ما دام سببه الرئيسي غير معروف، و رغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل و أسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل و التقليل من أعراضه، و كذلك التعديل من سلوكه و علاج مشكلات اللغة و الاتصال، و يكون العلاج أيضا بالموسيقى و الفن و الأدوية و العقاقير.

1.6- التدخل النفسي:

إن الكفالة النفسية للأطفال التوحديين لا بد ان تكون مبكرة قدر الإمكان، تكون فردية كما تأخذ الطابع الجماعي، و ذلك يكون في المراكز المتخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات و هذه الكفالة تتبع تدريب و تحسين الجانب اللغوي و الحركي.

(Petit la rousse de la médecine, 2007, p104)

فنجد ليو كانر 1943 (leo Kanner) هو اول من اكتشف التوحد و تفسير التوحد، فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية و التواصلية بين الوالدين (و بخاصة

الأم) و الطفل، و بذلك نظر للآباء خلال عقدين من الزمن على انهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم و لذلك ظهرت الطرق و الأساليب النفسية في علاج التوحد و قد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الأطفال مضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد والسوي في علاقته مع الأم.

ويركز العلاج النفسي التحليلي اهمية إقامة علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة للطفل مع الأم بحيث لا ينبغي أن يحدث احتكاك جسدي مع الطفل لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة، كما لا ينبغي كذلك دفعه بسرعة نحو التواصل الإجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات نهائية حادة ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد: ميلاني كلاين Melany Klien وبرونو بتلهيم Bettee Iheim ومرشانت Merclant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية.

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم.

2.6- التدخل السلوكي:

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا و استخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد و هي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كليا.

و تكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

1-أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين و يطبقونها بشكل سليم بعد تدريب و إعداد لا يستغرقان وقتا طويلا.

2- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير او تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس.

3- نظرا لعدم وجود اتفاقا على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماما للأسباب و إنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

4-ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك، و قد اتفق المختصون أن يمكن استخدام النمذجة و الاشراط الاجرائي لمساعدة التوحدين. (يحي القباني، 2001، ص 249).

بغد ان يتم تعليم الطفل التوحدي السلوك الجديد فإن المختص أو الاسرة يعملان مع الطفل على تطبيق هذا السلوك الجديد في مواقف مختلفة كما تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافاة السلوك الجيد و هذا ما تطرق إليه العالم لوفاس (Lovas) في تعديل السلوك.

كما أن محاولة تعديل السلوك لدى الطفل التوحدي تجعله يصاب بنوبات غضب و هيجان خاصة و أن من خصائصه رفض التغيير في البيئة بالإضافة إلى إمكانية تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات تحدث عند مواجهته لمواقف لا يستطيع القيام بالمطلوب منه مثلا من حل سؤال أو كتابة جملة أو رسم شكل محدد، و الاستجابة الفورية لهذه الانفعالات بتوفير الدعم و التعزيز النفسي و السلوكي و المادي الذي يمكن الطفل التوحدي من إدراك نواقص سلوكه و آليات انتقاله للتعلم من موقف لآخر، و حضن أو ضم الطفل بهدوء و التحدث معه ببطء و وضوح عن مواقف التعلم الحالية. (محمد زياد حمدان، 2002، ص 119).

و هناك أيضا العلاج بالمعانقة و قد يقوم الآباء بمعانقة الطفل لمدة طويلة من الوقت حتى و إن قاوم أو عارض الطفل، و يعتقد من يستخدمون هذه التقنية أنه يدعم الرابطة الانفعالية بين الآباء و الطفل، و يزعم البعض أن ينشط أو يحفز أجزاء معينة من الدماغ الذي يمكن الطفل من الإحساس بحدود بدنه. (محمد السعيد أو حلاوة، 1997، ص 39).

3.6- التدخل الطبي:

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دورا في حدوث التوحد، فإن محاولات العلماء إلى ايجاد و اكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه و حتى الآن فلا يوجد دواء خاص لعلاج التوحد و لكن هناك أدوية تقوم على المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة و القلق و يقلل من السلوك التخريبي و لكنه لا يؤثر في جوانب القصور الاساسية.

و يركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية و سلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى و المتأخرة، أما في المراهقة و الرشد و خاصة لدى المتوحدين من ذوي الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب و الوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي و كل من الخبرة الاكلينيكية و البحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوي (المتوحد) أكثر قبولا للتعلم الخاص أو المداخل النفسية الاجتماعية و قد تسير عملية التعلم و هناك العديد من العقاقير التي تستخدم مع الأطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Médiation أو منشطات الأعصاب أو مضادات الإكتئاب Antidepressant و العقاقير المضادة للقلق Antianseiety Medication و العقاقير المضادة للتشجنات Antiepuvulsants .

4.6- العلاج بالفيتامينات:

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسنا في السلوكيات.

فقد أجريت في فرنسا دراسة Lelardetal 1972 و أشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب6" ينتج عنه تحسنات سلوكية في (15) طفل ضمن عينة قوامها (44) طفل ذاتوي و في دراسات أخرى قام بها Mart et al 1977 قرر أن خلط فيتامين "ب6" مع المغنيزيوم ينتج تحسنا أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده.

5.6- العلاج بالحمية الغذائية: Dietary Treatment (DT)

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء و الحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من الذاتوية دور بالغ الأهمية.

و قد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية و الذاتوية و قد اشارت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري.

و المقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ و الالتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم و السلوك، و من اشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد نجد: السكر، الطحين، الشيكولاطة، الدجاج، الطماطم، و بعض الفواكه.

و مفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية و غالبا ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك بالإضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام و المواد الكيميائية و العطور و الرصاص و الألمنيوم. (عادل جاسب شبيب، 2008، ص 49،50).

7-العائلة و الأم و طفل التوحد:

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية، النفسية، و الاجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصا إذا كان هذا الطفل معوقا أو من ذوي الاحتياجات الخاصة، فالوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية لهذا الموقف حيث تمر هذه الاستجابة بمراحل أولها الصدمة حيث تختلف شدتها و مداها حسب طبيعة الإعاقة فيتساءل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلما، و كذلك هناك مرحلة الإنكار.

حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة و لكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدين القادران على مساعدة إبنهما حيث أن الإنكار يكون كرد فعل للحدث الصدمي و القوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث انفعال آخر و هو اسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى إلا أن هذا الأخير يثير مشاكل بين الوالدين (الأم و الأب) و قد يكون مدمرا للعلاقة الزوجية.

كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل و الوالدين خاصة، و بالتالي يؤثر على سلوكهما سلبا. (Roger perron et al, 1997, p 07).

بالإضافة إلى هذه الانفعالات قد يمر الوالدين بمرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لا بد من مرحلة التقبل و التقبل خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق و التكيف بالنسبة للوالدين و الذي يكون بتقبل الطفل المعاق و الذي هو خطوة أساسية للشفاء و النمو التي يعترف الوالدين فيها بقيمة الطفل و الذي له أحاسيس، مشاعر و رغبات ككل الأطفال و له الدافع للاستمتاع بالحياة و امتاع الغير. (حسن عبد المعطي، 2004، ص 214).

8- مصادر قلق الوالدين:

إن قلق والدي طفل توحدي تكون أعلى بكثير مقارنة بأبوين لطفل آخر في سنه، هذا القلق يعمل على إحداث ضغوطات داخل العائلة و خارجها بسبب إدراكهم للوضعية المتميزة التي هم يتواجدون بها.

إن العمل المتواصل و الغير منتهي في متابعة الطفل التوحدي ينجم عنه التعب و الإنهاك حتى الاكتئاب، و هذا ما يحد من تواصل الوالدين مع بقية أبنائهم و حتى الزوجين فيما بينهما.

بالإضافة إلى التعب الناجم عن المتابعات مع المختصين الطبيين أو الاجتماعيين أو النفسانيين التربويين.

في حالة هؤلاء الأطفال المتوحدين الغير قادرين على التواصل الاجتماعي يتحتم على الوالدين أن ي لعبا دور الوسيط بين طفلهم و المحيط الاجتماعي، و من هنا يتولد القلق لصعوبة التواصل و عدم فهم حاجات الطفل، بالإضافة إلى سلوكاته المنفعلة و حركاته النمطية تزيد من حالة الضغط و الإحراج لدى الوالدين خاصة أنها غير معتادة في المحيط.

بالإضافة إلى ما نلاحظه منهم من انعزال اجتماعي، اضطراب في التوافق بين الزوجين و في بعض الأحيان حتى الإنفصال.

يعيش الزوجان في ضيق نفسي مع إدراك سلبي لقدراتهم و كفاءاتهم كوالدين.

كما أن الجانب المادي يتأثر كثيرا نظرا لما يحتاجه الطفل المتوحد من وسائل للرعاية و التعليم و الترفيه تؤثر على ميزانية الاسرة.(Carole sénéchal, Catherine des riviéres, Pigcon, 2009, p245).

خلاصة الفصل:

يعتبر التوحد من اشد الاضطرابات و اكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي و الاجتماعي و اللغوي و الانفعالي كما أنه غامض و لم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له، حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية تتميز أعراض التوحد بقصر في العلاقات الاجتماعية و الاتصال و الأفعال القهرية، و ما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من اعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب ريت، أسبرجر، الإعاقة العقلية، فصام الطفولة الصمم...الخ، مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقي لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه و وضع برامج علاجية و تربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي....، و كذا مساعدة الاسرة على تقبل هذا المرض و محاولة التوافق مع طفلهم حيث أن الأم هي التي تتعرض بالخصوص إلى الإحباط و القلق و الضغط النفسي.

الجانب التطبيقي

الفصـــل الرابـع:

منـهجيـة البحـث

عرض وتحليل

النتائج

تمهيـــد:

إن الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدت عليها لتحقيق أهداف البحث، فبعد التطرق بإسهاب للجانب النظري الذي تناولت فيه تحديد الإشكالية، الفرضية، الهدف و الأهمية و سبب اختيار الموضوع و تحديد مفهوم المصطلحات، بالإضافة إلى فصول: تقدير الذات، التوحد، سأتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي بحث حيث سأتناول فيه أولا:

المنهج المستخدم، مكان الدراسة، مجموعة البحث، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1-**منهج البحث:** يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة و الأساسية في مجال الدراسات النفسية، و لقد اعتمدت عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة الفرضية و موضوع الدراسة من جهة، و لفردانية الحالات من جهة اخرى.

و المنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة و المستمرة للحالات الخاصة و الذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد.(rounald,1983p21) و يعرف لاقاش D.lagache" المنهج العيادي على أنه:

تتناول السيرة من منظورها الخاص، و كذلك التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها و تركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها و محاولات الفرد لحلها(Dhahraoui et benony) (2002p16)

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

فدراسة الحالة حسب مصطفى عبد المعطي هي :

نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية وحدة اجتماعية ما، فعن طريق استخدام عدد من أدوات البحث و بالاطلاع على الخبرات الماضية للحالة و علاقتها بالبيئة و بعد التعمق في العوامل و القوى التي تحكم سلوكها و تحليل نتائج تلك العوامل و علاقتها يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة.

وهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات عن نفس الشخص من كل الجوانب. (Sillamy Nobert) و تعرف (Farez Bontennie) دراسة حالة في علم النفس العيادي بأنها: "الفحص العميق لحالة فردية و ذلك انطلاقا من ملاحظة وصفية معينة وربطها بتاريخ المفحوص، و يسمح ذلك بفهم المفحوص في كل معاشه.(عنوة، 2005، ص267).

2-مكن إجراء البحث الدراسة: لقد تم اجراء البحث الميداني على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة وهي أحد أهم المؤسسات العمومية في الولاية التي تساهم في تحقيق الرعاية الصحية من وقاية و علاج

العيادة متعددة الخدمات رزيق يونس "العالية" تقوم هذه العيادة بخدمة عدة مرافق مجاورة لها كمركز الشرطة و مدرسة و عدة أحياء سكنية، تقع في العالية الشمالية يحدها من الشمال مساكن فردية و من الجنوب حي 500 مسكن وتقع على الطريق الرئيسي المؤدي إلى العالية الشمالية.

يقتصر الدور و النشاط الصحي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة في

- الوقاية و العلاج القاعدي
- تشخيص المرض
- العلاج الجواري
- الفحوصات العامة و المتخصصة

- التدابير التناسلية و التخطيط العائلي
- مصلحة الأشعة و المخبر
- مصلحة الصحة المدرسية
- مصلحة التكفل النفسي أين قمنا ببحثنا هذا مدة 15 يوم حيث كنا نلتقي بالأخصائية النفسانية لتمدنا بأكبر قدر من المعلومات عن الحالات التي تتابعها، وقد حددت لنا مواعيد مع حالات الدراسة أي مجموعة أمهات الأطفال المتوحدين.

3-مجموعة البحث: مجموعة البحث ثم اختيارها حسب طبيعة البحث العلمي و قد تم هذا الإختيار بطريقة غرضية و قصدية، إذ أن الغرضية مناسبة للتعرف على أنواع معينة من الحالات لدراستها دراسة معمقة، أما القصدية فيعتمد عليها الباحث لاختيار حالات معينة مما يحقق له الغرض من الدراسة مجموعة البحث تتكون من 6 حالات وهن أمهات لأطفال توحديين تتوفر فيهن خصائص معينة :

- السن :(25-45 سنة)
- المستوى الدراسي: متوسط. ثانوي .جامعي
- سن اكتشاف المرض بالنسبة للطفل (سنة- سنتين)

4-أدوات البحث: تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تم الاستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة و المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس كوبر سميث الذي يحتوي على 25 عبارة.

1.4.الدراسة الاستطلاعية: تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة مسحية استكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لارتباطها المباشر بالميدان مما يضفي صفة الموضوعية على البحث (مصطفى العشوي، 1994، ص 135).

كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة و صياغتها. (مجدي عزيز 1981،ص187)

وقد أجريناها بالمؤسسة العمومية للصحة **الجوارية** رزيق يونس ببسكرة، مصلحة التكفل النفسي.

2.4- المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث العيادي للإ تصال مع المفحوص.

ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وعلى الفاحص أن يكون ذو أذان صاغية، ويسهل دائما الكلام آخذا بعين الاعتبار الاتصال غير الشفوي.(Colette Clilland,1989,p22).

وتعرف بصفة عامة بأنها:" محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات لإستخدامها في البحث العلمي (محمد شفيق،1958،ص106).

وتعرفها " كاترين سيسو" على أنها:

"محادثة بين الفاحص والمفحوص وجها لوجه، فمصطلح المقابلة يشير على المقابلة يشير على الممارسة التي تتعلق بالكلام" Catrine Sysan,1998p13" .

إن طبيعة البحث الذي نقوم به تستدعي إستعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع البحث، فهي ليست مفتوحة تماما،إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح.

ويعرف" محمد حسن غانم" المقابلة النصف موجهة بأنها:

سلسلة من الأسئلة التي يأملها منها الباحث الحصول على إجابة من المفحوص ، ومن المفهوم أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف، ويحرص الباحث الا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة(حسن غانم،2004،ص171).

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

-المحور الأول: بيانات عامة عن الام.

-المحور الثاني: الحالة النفسية للأم قبل وبعد تشخيص اضطراب ابنها.

المحور الثالث: الحياة العلائقية داخل الأسرة وخارجها.

المحور الرابع: تطلعات الأم.

وقد تم تحديد هذه المحاور من خلال الدراسات الاستطلاعية والدراسات السابقة.

3.4- مقياس تقدير الذات لكوبر سميث النموذج المصغر 25 عبارة

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

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

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

منها العبارات السالبة ذات لأرقام:

. 25. 24. 23. 22. 21. 18. 17. 16. 15. 13. 12. 10. 7. 6. 3. 2

والعبارات الموجبة ذات الأرقام :1. 4. 5. 8. 9. 11. 14. 19. 20.

1.3.4-تعليمة تطبيق الاختبار:

يقدم الفاحص ورقة الاختبار للحالة ويعطي التعليمة التالية:

اليوم سوف نقوم ملء هذا المقياس، فيما يلي مجموعة من العبارات، إجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب وما لا تحب اذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة(x) داخل المربع في خانة " تنطبق"، اما اذا كانت العبارات لا تصف ما تشعر به فضع علامة(x) داخل المربع في خانة "لا تنطبق"

لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الاجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي.

2.3.4-طريقة التصحيح:

يمكن الحصول على درجات مقياس كوبر سميث باتباع الخطوات التالية:

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

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

يمكن الحول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب التقدير الكلي في (4) أربعة. (ليلى عبد الحميد عبد الحفيظ، 1985،ص15).

3.3.4-مستويات تقدير الذات:

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

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

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

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	الدرجات الخام
الذات العامة	25.24.19.18.15.13.12.10.7.4.3.1	12
الذات الاجتماعية	21.14.8.5	04
المنزل والوالدين	22.20.16.11.9.6	06
العمل	23.7.2	03

عرض وتحليل النتائج:

-تقديم الحالات:

الحالة الأولى:

السيدة(ن. س) تبلغ 33 سنة حسب قولها، لها مستوى دراسي ثالثة ثانوي، ماكثة بالبيت، عدد أطفالها ثلاثة(ولدان وبنت المصابة بالتوحد عمرها أربع سنوات ونصف)، المستوى الاقتصادي للعائلة متوسط.

لقد ابدت الحالة (ن) رغبة كبيرة في المشاركة معنا في هذا العمل لتفرغ همومها ومعاناتها حسب قولها، فمع بداية المقابلة بدأت تحكي عن معاناتها حسب قولها، فمع بداية المقابلة بدأت تحكي عن معاناتها مع زوجها من جهة ومعاناتها وصدمتها بمعرفة مرض ابنتها من جهة أخرى الذي تم تشخيصه منذ شهور فقط.

بداية بدأت بالحديث عن زوجها والمشاكل التي تعيش فيها معه من لا مبالات ولا اهتمام بهم كعائلته، وعدم السؤال عن حالة ابنته وما تشكو منه مما أجبر الأم على التكفل لوحدها بابنتها وذلك من خلال انتقالها بين مختلف الأطباء والمختصين قصد التحقق من تشخيص حالة ابنتها بالتوحد.

الشيء الذي أثر على معاشها النفسي وأنتج مشاعر سلبية ، كفقدانها الثقة بنفسها وجعلها تشعر بالإحباط، وعدم قدرتها على تحمل صدمة أن ابنتها مصابة بالتوحد وهذا ما أظهرته نتائج اختبار كوبر سميث لتقدير الذات حيث أنها تحصلت على مجموع 5 نقاط من 25 عبارة تدخل في إطار مستوى تقدير منخفض للذات وظهر هذا جليا في إجابتها الاولى بأن: "الله ابتلاها وما تقدر دير والو، ما نيش قادرة نحمل ، كرهت عييت، كان عند بالي نقدر لكلش بصح أنا والو" هذه العبارات كانت ترددها بكثرة أثناء المقابلة وهذا ما تؤكده نتيجة الذات العامة في الاختبار حيث كانت تساوي الصفر(0).

أما مفهومها لذاتها الاجتماعية فقد كان منخفضا قدر بنسبة 25% نظرا لما تعانيه من مشاكل اجتماعية واقتصادية ، فبالإضافة إلى عدم استقرار الزوج في مهنة معينة وزيادة مصاريف العائلة بالنسبة لها إصابة ابنتها بالتوحد وما يتطلبه من إمكانيات مادية كبيرة من أجل التكفل الجيد بها وضعها في مأزق مادي من جهة وتخلي الزوج عن مسؤوليته كمعيل هذه العائلة من جهة أخرى بالإضافة إلى تهديداته لها بالطلاق والزواج مرة ثانية ورميها للشارع هي وأبنائها جعلها تعيش في ضغوط نفسية وفقدان للأمن والأمل حتى صرحت بأنها تريد الهروب من المنزل وترك كل شيء ورائها لعدم قدرتها على تحمل المعاناة مع زوجها ورؤية ابنتها في تلك الحالة بدون رعاية .

أما فيما يخص الجانب العائلي وعلاقتها بعائلتها كانت الحالة تتهرب دوما من السؤال وتركز على الجانب العائلي التاريخي لزوجها بأنه عاش التفكك الأسري والحرمان العاطفي في طفولته مما جعله بدون شخصية قوية تتحمل أعباء المسؤولية وسبب عن قسوته إتجاه عائلته لأنه حسب قولها فاقد الشيء لا يعطيه، ولكن مع عودت المختصة بطريقة ذكية في سؤال الحالة عن علاقتها بعائلتها لمحت فقط إلى ماضيها العائلي الذي يشبه كثيرا ماضي زوجها من تفكك عائلي وحرمان عاطفي كما قالت: " عشت كما هو، والدينا هربوا علينا في زوج وابقينا هاملين، بصح ما نيش كيفو، صح حسيت كي كنت صغيرة بصح من بعدNormal تجاوزت كلش" وكانت نتيجتها متوسطة تقدر بـ50% (نتيجة ثلاث نقاط من ستة)

أما عن علاقتها بالعمل فقد ذكرت بأنه أكبر شيء ندمت عليه في حياتها "ندمت بزاف كي أمنتو(زوجها) أو حبست الخدمة كنت هايلة، وضكا ما لقيتو هو ما لقيت خدمتي راني نادمة بزاف".

تشعر الحالة بأنه لما توقفت عن العمل توقفت ذاتها المهنية فهي بدون فائدة ولا مدخول ونتيجة الاختبار الخاصة بالعمل تقدر ب 33,33% بمعدل نقطة من ثلاث نقاط.

الحالة الثانية:

السيدة(ر. ز) تبلغ 32 سنة، لها مستوى جامعي (DUA)،عاملة لها ثلاث أطفال (ولد المصاب بالتوحد، وبنتان)، لا تعاني من أي مرض عضوي حالتها الاجتماعية جيدة، تبدأ المفحوصة الحديث عن طفلها ومراحل نموه وكانت تذكر في كل مرة أنها تعبت في مرحلة الوحم" تعبت بزاف في الوحم، كان يجيني على زوجي، كنا نتقابضوا بزاف" من بعد عادي ، نمو وليدي عادي إلا أنه تأخر في المشي حتى عمر عامين وتأخر في الكلام حتى سن 5 سنوات وللعلم هو عمره 7 سنوات وقد تم تشخيص حالته بأنه يعاني من طيف توحد، هذا التشخيص أثرا كثيرا على الأم حيث تقول "لما أخبرني الطبيب الأول بأن إبني عنده التوحد في سن ثلاث سنوات لم أعره اهتماما بل شككت في تشخيصه ولكن عندما تأخرت في الكلام حتى 5 سنوات بدأت أخاف وأقلق فزرت العديد من الأطباء وتصفحت عبر الأنترنيت المواضيع التي تتحدث عن أعراض التوحد وتشخيصه وكانت هنا صدمتني كبيرة، لا أريد أن أتذكر ...تبكي المفحوصة ثم تواصل، حسيت الدنيا دارت بيا ولا تقلبت ما فهمتش، أنا راني نشوف وليدي لا باس بيه برك ما كانش يهدر بصح يفهم كلش ويحب يفتح ويركب البراغي ويلعب بالTélécomonde عجب، وليدي ذكي بزاف ما هوش مريض، أنا لي مرضت وما نيش قادرة على والو"

من خلال تصريحات المفحوصة نلاحظ أنها عاشت صدمة كبيرة بمعرفة اضطراب ابنها وهي تعيش حالة من الإنكار اللاواعي ، بإصابته بالإضافة إلى إحساسها بالدونية كونها تشعر أنها سبب في إصابته حيث تقول " قريت بلي طيور الجنة تخلي الأطفال يعيشوا عالم آخر و تودرهم" صح أنا كنت نخليه عن جداتوا قدام التلفاز و نديرهالو باش يسكت، كيما كانت دير مرت خيا، واقيلا أنا سبتوا" هذه المشاعر السلبية و الأفكار المشوشة:" راني ضايعة، مالقيتش واحد ينصحني، يسمعني و يوجهني" جعلت المفحوصة تعيش حالة من الاحباط و اليأس و هذا ما تجلى من خلال نتائجها في الاختبار حيث أظهرت (07 نقاط

من 25عبارة) بدرجة 28 نقطة أي تقدير منخفض فعلى مستوى الذات العامة تحصلت على معدل 25% (3اجابات من 12 اجابة) تمثل الذات العامة مثله الذات الاجتماعية 25% اي اجابة من اربع اجابات وذلك نظرا للظروف التي تعيشها في العائلة من علاقة عادية مع الزوج و تفهمه لحالة زوجته و مساعدتها أحيانا في شؤون البيت لتتمكن من رعاية طفلها المتوحد، أما في ما يخص المنزل و العائلة فنتيجتها منخفضة 33.33% (اجابتين من ستة) لأنها تشهر بأنها غير قادرة على اعطاء عائلتها الشيء الذي تريده، أما فيما يخص العمل فنتيجتها تساوي الصفر لأنها تشعر بعدم فعاليتها في العمل خاصة أنها تكون معظم الوقت تفكر في طفلها و تشعر بأنها تهمله بسبب العمل، و في كثير من الأحيان تشعر بالإحراج من طرف الزملاء عن السؤال عن طفلها و تطوره فهي ترى في سؤالهم عليه نوع من قصد جرح نرجسيتها " ما نحبش يسألوني على وليدي، راه مليح !...."، للعلم طفلها يبقى عند جدته وقت عمل الأم.

الحالة الثالثة:

السيدة (م.ف) تبلغ 25 سنة، ذات مستوى ثانية متوسط، ماكثة بالبيت لا تعاني من أي مرض عضوي، مستواها الاقتصادي ضعيف، عدد الأبناء اثنان (02) ذكور الأكبر ذو 05 سنوات مصاب بالتوحد.

الحالة تحكي عن مرحلة الحمل بطفلها المصاب بالتوحد و هي تبكي لأنها تذكرها حسبها بسبب إصابة ابنها حيث قالت:" ما تحركش في كرشي، كنت نمرض بزاف و نشرب الدواء بلا طبيب، بالاك هذي هي سبتو".

أنا ما نقراش و ما نفهمش هكذا يقولي راجلي و دارهم ما يحبونيش وزادوا عليا، أنا كرهت عييت من وليدي و من ماليه، واعرين قاع يحبوا رايهم و يحقروني خاطر أنا يتيمة و وليدي يحقرني و مايخافنيش يقلقني في الدار برا، كرهت منهو و من حياتي هذه التعابير المصحوبة بالبكاء تارتة و بالصراخ على طفلها تارة أخرى و تعنيفه أمام المختصة تدل على عدم تقبلها لحالها و مرض ابنها و شعورها بالنقص و قلة القيمة في العائلة و أمام الناس مما جعل تقديرها لذاتها منخفضا و هذا ما دلت عليه نتائج الاختبار حيث تحصلت على "10" اجابات من 25 بمعدل "40" درجة، و لتواجد المشاعر السلبية بشدة و بروز حالة الاحباط النفسي لدى المفحوصة ترجع الإجابة على أنها ذات تقدير منخفض للذات.

إذ أنها ترى نفسها بدون قيمة ولا فائدة ما دام مستواها العلمي ضعيف و ليس لديها عائلة تلجأ إليها لمواساتها.

و زوجها على العموم يقل من شأنها هو و عائلته حيث ظهرت النتائج فيما يخص الذات الاجتماعية تساوي (0) و العلاقة مع الوالدين و المنزل تساوي 1 أي 16.66% و هي منخفضة جدا أما العمل فبما أنها لا تعمل لم تعر الأمر اهمية و لكن تتمنى لو أنها تعمل على الأقل حسبها لا ترى أي من عائلة زوجها سواء هو أو عائلته حتى أطفالها ما

جعلها تبدوا و كأنها تفكر بحيلة عند قراءتها للعبارة رقم "16" مما يعني أنها تستعمل ميكانيزمات الدفاع من أجل الهروب من الواقع الذي تعيشه.

الحالة الرابعة:

السيدة (د.ح) تبلغ 45 سنة، ماكثة بالبيت، ذات مستوى تعليمي ابتدائي حالتها الاقتصادية متوسطة، لا تعاني من أي مرض عضوي، عدد أبناءها ثلاثة (بنت و ولدان أحدهما صاحب 4 سنوات شخص عنده التوحد). و حسب ما تقوله الحالة في المقابلة بأن مرحلة الحمل بطفلها كانت عادية بالرغم من أنها حملت به في سن متأخرة حوالي، 39 سنة و أكتشف مرض ابنها منذ حوالي 6 أشهر.

بالنسبة للسيدة (د.ح) تشخيص حالة ابنها بالتوحد لم تكن تمثل لديها صدمة خاصة و أنها كانت تلاحظ بأنه يوجد فرق بينه و بين اخوته من حيث النمو و درجاته حيث كان في عمر السنتين و لم يتكلم، تقول الحالة:" أنا طبيبة روحي و وليدي شكيت في التوحد و لما كنت نديه عند الأطباء كانوا يقولولي ما زال صغير على التشخيص،" المهم أنا درت إلى عليا و الصح يعيش وليدي"، تذكر السيدة: بأنها تعيش حياة عادية مع زوجها الذي يشاركها الرعاية و الاهتمام بالأطفال و يساندها معنويا مما جعلها تشعر بالأمان و حقق لها مفهوما ايجابيا عن ذاتها خاصة عندما تدعم سواء بالمدح في مدى تفانيها في خدمة العائلة أو كيفية تعاملها مع الأهل و الأقران بدون خجل أو امتعاض من حالة ابنها و هذا ما يبدوا جليا من خلال نتائجها إذ حققت نتيجة 3 اجابات من 4 في حالة الذات الاجتماعية، و 4 من 6 اجابات فيما يخص المنزل و العائلة. أما عن نتيجة الاختبار فقد حققت 11 اجابة من 25 بمعدل 44 تمثل درجة تقدير متوسط بالرغم من ظروفها الاجتماعية و العائلة إلا أنها حاولت و استطاعت تجاوز صعوبة الموقف خاصة و أن لها أمل كبير في شفاء ابنها، تقول الحالة:" أنا ابني غايضني بزاف، المهم الفايدة ايعيش و عندي أمل باش يبرى وليدي"، هذا الأمل هو الدافع لرفع معنوياتها و جعلها تسعى للأفضل من أجل التكيف مع وضعها و مرض ابنها.

الحالة الخامسة:

السيدة (بن ص، ف.ر)، عمرها 41 سنة ذات مستوى علمي نهائي ماكثة بالبيت، لديها ولدين أحدهما مصاب بالتوحد، لا تعاني من اي مرض عضوي على المستوى الاقتصادي جيد، الحالة من ولاية الجزائر العاصمة و متزوجة منذ 2006 ببسكرة، عدد الأطفال 02 ذكور، أما عن السؤال عن مرحلة الحمل بطفلها تقول السيدة أنها كانت تفقد الأجنة و كانت تعالج في كل مرة حتى أنها و زوجها قاما بالتلقيح الاصطناعي و نجم عنه حملها بتوأم توفي أحدهما عند الولادة و الآخر تعرض للاختناق بقي في المستشفى 20 يوما.

أما عن النمو النفس حركي فهو يعاني دائما من التأخر لدرجة أنه في هذه السن لا زال لا يتحكم في نظافته و لا يستطيع الأكل حتى عملية المضغ لوحده بالنسبة للمشي فهو متأخر كذلك.

تقول الأم أن ابنها تعرض عدة مرات للحمى فوق 40 درجة حتى يؤخذ للمستشفى و يأخذ الاسعافات الأولية، هذا الأمر زاد من معاناة الأم فحسبها:" أنا عييت من وليدي، كل حاجة نديرهالو أنا، ما بقاليش وقت لروحي، لزوجي و وليدي، و في كل وقت نعس درجة حرارته حتى في الليل ما نرقدش، نرقد بمعدل 30% في الليل أو أتناوب أنا و زوجي نعسوه نخافوه يتخنق مالف يديرهالنا...".

فعن تقبل الحالة لمرض ابنها تقول بأنها مرات عادي بالنسبة إليها لأنها حاجة ربي حسبها نظرا للأمل الذي كانت تترجاه بأن ترزق بالأطفال و مرات أخرى تتعب و تشعر باليأس و كل المشاعر من تقبل تارة و إحساس بالتعب النفسي و الاحباط جعل من تقديرها لذاتها متوسط خاصة و أنها دائما تعزم على أن توفر الجو الملائم لعائلتها.

حيث أن نتائج الاختبار تقدر بـ 12 اجابة من 25 بمعدل 48 درجة تمثل تقدير متوسط لذاتها عامة.

أما عن علاقتها بعائلتها فهي تنتظر منها الكثير الشيء الذي يجعلها تتحمل صعوبة التكفل بابنها من أجل تحقيق التكيف و درجة من الأمل لتواصل العائلة حياتها دون مشاكل، و يرجع الفضل في هذا إلى وقوف زوجها من جهة و عائلتها من جهة أخرى إلى جانبها و تشجيعها و مساعدتها على المواصلة.

فنتائج ذاتها العامة قدرت بأربع إجابات من 12، أما تقدير ذاتها الإجتماعية فكان جيد بمعدل ثلاث إجابات نمن أربع كذلك الإجاب التي تخص المنزل والعائلة فهي تقدر بأربع إجابات من تسة وإجابات العمل إثنتان من ثلاث.

الحالة السادسة:

الحالة (خ. و)، 42 سنة، مستواها جامعي ليسانس اقتصاد، العمل كانت تمارس وظيفة استاذة بالثانوية و الآن هي ماكثة بالبيت بسبب مرض ابنها، تعاني من مرض السكري تم بعد الزواج نظرا للضغوط النفسية التي تعيشها، لديها ولدان (02) بنت و ولد متوحد.

فحسب الحالة شخص التوحد عند طفلها في سن ثلاث سنوات والآن عمره تقريبا أربع سنوات تقول ان حملها به كان عاديا بالرغم من المشاكل العلائقية مع زوجها الكثير القلق واللامبالي بعائلته، طفلها يعاني من تأخر طفيف نوعا ما نظرا التكفل المبكر به من طرف الأم حيث أنها زارت العديد من الأطباء وشخصوا جميعهم حالة إبنها بالتوحد الأمر الذي أكد لأنها حسبها كانت تشك في ذلك من خلال التأخر الملحوظ عليه في مراحل النمو الاولى، وكانت متابعة على جميع الأصعدة وخاصة منها النفسية والأرطفونية حيث تقول " الحمد لله تحسن إبني كثيرا"بدأ يشكل كلمات ويتفاعل مع المختصة النفسانية.

هذا التحسن أثر كثيرا في المفحوصة وجعلها تشعر بالأمل في شفاء إبنها مما جعل تقديرها لذاتها يأخذ الدرجة المتوسطة حيث أنها تحصلت على معدل 13 إجابة من 25 بمعدل52 درجة.

أما عن ذاتها الاجتماعية فهي منخفضة (إجابة من اربع إجابات) لأنها تعيش في صراع دائم مع زوجها وتفكر في طلب الطلاق منه لأنها حسبها" كرهت منو من عياطو عليا، ما يحبناش قاع ويحصل فيا مرض وليدنا". ويشعرها بأنها السبب عندما كانت تتركه أمام التلفاز في قناة طيور الجنة وتذهب للعمل وهذا الكلام حزن في نفسها ودفعها لأن تترك العمل وتهتم أكثر بطفلها مباشرة كي تعوضه ما فاته من حنان وعاطفة حسب أقوالها، أما بالنسبة للذات العامة فاجابتها تقدر بسبع إجابات من 12، وإجابات المنزل والعائلة ثلاث إجابات من ستة أما عن العمل فهو متنفسها الوحيد بإجابتين من ثلاث ولكنها تركته من أجل رعاية طفلها وتأميل أن تعود اليه في حالة تحسن ابنها.

التحليل العام للحالات:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع أفراد عينتنا الستة، وجدنا أن ثلاث حالات بدى عليها الإحباط وعدم تقبل إصابة أطفالها بالتوحد إضافة إلى فقدان الثقة بالنفس والأخرين خاصة الزوج، والحزن العميق وتحقير الذات وكانت إجابتها حسب رأي كوبر سميث تدل على انخفاض تقديرهن لذواتهن(20 – 40 درجة) ويرجع ذلك إلى صدمة اصابة الطفل المتوحد وإلى السن (أقل من 35 سنة لهذه الحالات) بالإضافة للظروف القاسية سواء إقتصادية وخاصة اجتماعية من فقدان الشريك بهروبه من المسؤولية والمشاركة في الرعاية والدعم في تربية الأبناء ومتابعة الطفل المتوحد طبيا ونفسيا.

فحسب زكريا الشربيني 2001" تحقير الذات يكون بأن يعامل الفرد نفسه بإذلال وإحتقار ويكون يعاني من شعور بالنقص، وحط من منزلته مقارنة بالآخرين ...."(زكريا الشربيني 2001. ص76).

ويرى كوبر سميث أن الأشخاص ذوي التقدير السلبي للذات يعتبرون أنفسهم غير هامين، ولا يستطعون التحكم فيها عندما تحدث لهم ويتوقعون السيء من الأمور"(إبراهيم أبو زيد: سيكلوجية الذات والتوافق: 1987،ص83)

كما ان أصحاب هذا المستوى حسب دراسات جيهان رشتي(1993) يتميزون بالشعور بالخجل، القلق الزائد، الخضوع السلبي للسلطة والشعور بالحزن وهبوط الهمة، والاستعداد المرتفع للاقتناع والتأثر بآراء الآخرين وعدم الإرتياح في المناسبات الاجتماعية، إضافة إلى عدم القدرة على مواجهة الظروف الاجتماعية اليومية.(جيهان رشتي، 1993،ص 347).

كما وجدنا الحالات الثلاثة المتبقية(أكبر من 35 سنة 41 ،42، 45 سنة) لها مشاعر متبادلة بلين الإحساس بالثقة بالنفس لمواصل الحياة والامل في مستقبل جيد لأطفالهم ويعود ذلك إلى اكتسابهم خبرة في الحياة وتطور نمو الذات لديهم وهذا ما يفسر ذلك.

حيث أشارت كثير من الدراسات إلى أن مفهوم الذات يتطور مع التقدم في السن وهي إحدى سمات مفهوم الذات، لكنه يتطور بدرجات متفاوتة لعوامل متعددة كالجنس والصف الاجتماعي والتعلم والقدرات العقلية وغيرها.

"فعملية التقدم في السن مسألة حتمية، وأن مفهوم الذات يتبع ذلك مادام هناك زيادة في المعارف والخبرات التي يمر بها الفرد أثناء محاولته للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها، حيث أن التقييم للذات يزداد تمايزا مع تقدم النمو، بحيث تكون هناك تقييمات مختلفة باختلاف مجالات التفاعل، ويتطور ذلك التقييم وفقا لملاحظات المرء عن ذاته ولإدراكه كيفية رؤية الآخرين له". (ممدوح محمد سلامة: 1991،ص680).

"بالإضافة إلى عوامل ناشئة عن المواقف المعاشة والمجتمع ويتمثل ذلك في المكانة الاجتماعية ودرجة النجاح والفشل، والشعور بالاختلاف عن الغير والترفع او الرفض من قبل الآخرين، والشعور بالذنب". (محجوب الصدق المصطفى،1998،ص13).

كما أننا وجدنا أن الحالات الثلاث يبدين نوعا ما درجة من التقدم بفضل التكفل النفسي والأرطفوني إضافة إلى وجود الدعم العائلي خاصة حضور الزوج وتفهمه والوقوف جنبا إلى زوجته.

فحسب زيلر Ziller :"إن تقدير الذات يلعب دور المتغير الوسيط، فهو يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فإن تقدير الذات يمثل العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك".(صالح أبو جادو، 1998،ص174).

الاستنتاج العام:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض إبنها (الزوجين في متوسط العمر) وضعيات ومسؤوليات جديدة وهذا ما يجعلها تحاول التكيف وتكوين مفهوم إيجابي لذاتها إنطلاقا مما تعانيه من إحساس بالقلق، العجز، الشعور بالخجل والحزن.

ومن هنا انطلقنا من فرضية أن لأمهات الأطفال المتوحدين تقدير الذات منخفض.

لقد توصلنا من خلال دراستنا الميدانية إلى ان تقدير الذات عند أمهات الأطفال المتوحدين يختلف باختلاف شخصية هذه الأمهات من جهة والظروف المحيطة كالدعم العائلي، وتقبل الآخرين لهذا الطفل المتوحد ولهذه الأم من جهة أخرى.

حيث أننا نجد أن أم الطفل المتوحد الصغيرة في السن (الزوجين في متوسط العمر)، والتي تعيش في وسط مليء بالضغوطات النفسية والمشاكل الاجتماعية التي تواجهها يوميا تكون مفهوما سلبيا عن ذاتها وتقديرا منخفضا لها.

بينما الأم التي تعيش في وسط يهتم بمشاعرها وانشغالاتها ويوفر لها الراحة النفسية والمتابعة الصحية والنفسية لطفلها المتوحد نجدها أما متفائلة بشفاء حاتة ابنها، طموحة وآمله بمستقبل جيد له بالرغم من صعوبة تقبلها لمرضه، وهذا الأمل يساعدها على تحقيق توازنها النفسي وتوافقها مع إصابة ابنها بالتوحد.

وبناء على ما سبق ذكره يمكننا أن نقول أن الفرضية المقترحة في البحث لم تتحقق كلية أي مع كل الحالات الستة، بل البعض منها، وهذا راجع إلى وجود المتغيرات كالاختلاف في شخصيات الأمهات كما ذكرنا سابقا ، بالإضافة إلى الظروف المعاشة اقتصاديا اجتماعيا خاصة من إسناد عائلي وعلاجي، بالإضافة إلى عينة البحث التي تعتبر غير كافية لنعمم الحكم بوجود تقدير سلبي عند كل أمهات الأطفال المتوحدين.

وهكذا فقد سمح لنا هذا البحث بالكشف عن بعض جوانب الحياة النفسية لأمهات أطفال التوحد والمشاكل التي يعانين منها ومدى تأثرهم بإعاقة طفلهم.

الخاتمة:

تناولنا في بحثنا هذا " تقدير الذات لدى أمهات أطفال متوحدين"

إلى التطرق إلى اضطراب التوحد والمشاكل والصعوبات المصاحبة له عند التكفل به من طرف العائلة والتي تمثلها الأم بصورة خاصة.

هذه الام اساس الاسرة عندما تعرف نوع اضطراب ابنها المتأخر في النمو تصاب بصدمة وعدم التصديق يجعلها هذا الأمر تعيش حالة من اللاإستقرار النفسي ولا تستطيع تحمل تبعات هذا المرض من خلال الأعراض المصاحبة له او تبعاته على الاسرة والحياة ومواجهة مصاعبها ومتطلباتها وهنا لا يمكن هذه المرأة "الأم" أن تحمل تبعات الحياة الاسرية وبالتالي تشعر بأنها غير قادرة وغير كفئ فلا تستطيع تأكيد وجودها وسط عائلتها ومحيطها بين رغباتها وظروفها فيتكون لديها تقدير للذات سلبي أو منخفض.

ولكن ليس بالضرورة كل أم لطفل متوحد تتعرض الى نفس المتغيرات تعرض الى نفس المشاكل والاضطرابات النفسية، فيمكن ان نجد بعض هؤلاء الامهات يتمتعن بدرجة متوسطة من تقدير الذات وهذا راجع الى شخصيتهن ودعم الزوج ووقوفه جنبا الى جنب معها.

وفي الأخير نقول بأن شخصية الفرد وما يملكه ومجتمعه الذي يعيش فيه يكون ثلاثتهما وحدة متكاملة تتأثر وتؤثر على بعضها

المراجع

الملحق

الحالة1: (س ، ن)، 33 سنة، أم لثلاث أطفال، البنت الصغرى مصابة بالتوحد.

قبل ما تبدأ المختصة الحديث مع الحالة بدأت

ج1: بلاني ربي الحمل عادي كلش عادي، تعطلت في الهدرة حتي عامين من ثم بدأت تتأخر في كل شيء، أنا في حالة .

س2: ديتها للأخصائي باش تشخصلك حالتها؟

ج2: كل الأطباء قالوا عندها توحد، ما فهمتش كيفاش كانت تهدر باباها السبب، نكرهوا سباب مشاكل

س3: ما طبيعة علاقتك بزوجك؟

ج3: حاب يطلقني، يكرهلي معيشتي، ما يصرفش علينا، يخرجنا من الدار

س4: مع علمه بمرض ابنته؟

ج4: ما تفكرنيش بيه، نكرهوا، قالي بنت مريضة كيما إنت، مهبولة كي أمها.

س5: عائلتك وتمحيطك؟

ج5: عائلة مدمرة، أمه مطلقة، وهو يكره النساء، لا يكرهني أنا وبنتي

ما عدش ، أنا تاني عائلتي مدمرة، تنفجر بالبكاء

الحالة2: (ر ، ز)، 32 سنة، أم لثلاثة أطفال أكبرهم 7 سنوات مصاب بالتوحد.

س1: كيف كانت مرحلة العمل والولادة ونمو طفلك؟

ج1: الوحم عديتو صعيب، نتقابض مع زوجي، ولكن الوضع والنمو كانا عاديين، مشي متأخر في عامين، الهدرة حتى 5 سنوات، ضرتتي الحركة، يتحرك ويمس كلش ما يخافش.

س2: كيف علمت بتشخيص حالة ابنك؟

ج2: إبني عنده طيف توحد، هو ذكي، أنا ضريتو بالتلفاز بطيور الجنة، كنت ضايعة، ما لقيتش واحد ينصحني، يسمعني، يوجهني حتى رحت للطبيبة عامة وجهتني لمختص أمراض عقلية للأطفال قالي ولدك عندو توحد كانت صدمة كبيرة (تبكي الحالة بحرقة)

س3: زوجك هل هو يعيش نفس الإحساس أو كيفاش تشوفيه؟

ج3: ربي يسمحلو، هو خير مني متقبل نوعا ما، أنا المقلقة ما نيش قادرة نتقبل؟

س4: الآن ما هو إحساسك وأنت تبعي ولدك عند أخصائي؟

ج4: الحمد لله خير من قبل

س5: عائلتك ومحيطك كيف هو رد فعلهم؟

ج5: هما يحبو يبسطو الأمور ولكن أنا ما قدرتش

الحالة3: (م ، ف) 25 سنة، أم لطفلين أحدهما مصاب بالتوحد عمره 5 سنوات.

س1: كيف كان الحمل والولادة ومن بعد النمو؟

ج1: الحمل غير عادي مكنتش نحس بيه يتحرك، كنت نمرض ونشرب الدواء كي زاد ما بكاش قاوي، ودائما يمرض وتطلعلوا السخانة (تعبني، ما لقيتش لمن نهدر

س2: كيف تم تشخيص حالته؟

ج2: في ثلاث سنوات كان متأخر في كلش قالو لي الطبة منقدروش ما نقدروش نقولو حتى حاجة حتى يفوت 03 سنوات من بعد ظهر عندو توجد حسب ما قالوا

س3: زوجك هو معاك في هذه الوضعية؟

ج3: تبكي بحرقة، يعيط عليازوجي ويضربني، ويقولو انت التي جبتيه مريض، ما عدتش حاملة، يحب رايو

س4: عائلتك ومحيطك؟

ج4: تستمر بالبكاء، راني مدمرة، الكل رجع البة فيا، هما يكرهوني خاطر ؟أنا يتيمة ما عنديش الوالي، حابة نهرب ولا نموت، الكل يضرب ولدي باباها، عمومو،... الكل.

الحالة 4: (د ، ح) 46 سنة، 3 أطفال، المصاب بالتوحد عمره 3 سنوات ونصف

س1: تقدري تحكيلي سيدتي على مرحلة الحمل والولادة بطفلك؟

ج1: كان الحمل عادي والولادة طبيعية، النمو الحركي عادي غير انه لم يتكلم في وقته

س2: هل زرت طبيب الاطفال وعرضتيه عليه لفهم المشكل؟

ج2: نعم وهو من وجهتي هذاك الوقت المختص نفسي، ممكن شك في التوحد

س3كيف كان تشخيص الاضطراب بالنسبة لك؟

ج3: في الحقيقة لم اتفاجئ كثيرا، انا طبيبت ولدي هذا واش كنت حاسة

س4: بالنسبة لزوجك، كيف كان رد فعله؟

ج4: في الحقيقة وقف معايا، بصح كلش عليا

س5: الان هل انت قادرة على التكفل به ماديا ونفسيا

ج5: نعم بفضل المختصة النفسانية التي راني نجيبوليها ساعدتني كثير باش فهمت حالة ولدي وكيفاش نتعامل معاه، باباه كي نحتاجوه نلقاوه معانا ويعاوني في الاولاد

س6: واش راكي تشوفي في المستقبل؟

ج6: راني نوعا ما خايفة، بالرغم من أنه عندي أمل أن يتحسن ولدي ويولي يتكل على روحي

س7: ما هو رد فعل العائلةة والمحيط؟

ج7: عائلة شويا، يحبو يبينو بلي normal بصح ما يقدروش دائما غايضتهم

الحالة5: (ب ص ، ف ز) عمرها 41 سنة، عدد الاطفال ولدان الطفل المصاب بالتوحد، ثلاث سنوات ونصف

س1: المختصة تسأل عن سبب تأخر إنجاب الحالة مقارنة بسمنها لماذا أو كيف تأخر سن إنجابك لطفلك الأول؟

ج1: في الحقيقة تزوجت في 2006 وكانت كل مرة أفقد الجنين الى أن قمنا بتلقيح إصطناعي

س2: هل نجحت العملية بشكل جيد؟

ج2: في الحقيقة لا، حيث كنت حامل بتوأم مات الاول وبقي وليدي هذا ولكن بقي في الحاضنة مدة (20 يوم) ما با ليش نورمال normal

س3: كيف كان نمره بعد ذلك؟

ج3: كان ومازال متأخر على كل المستويات، ما يملش وحده، ما يتحكمش في ، ما يتكلمش، ما بداش يمشي حتى ثلاث سنوات ونصف

س4: واش كان راي الاطباء اللي عالجوه؟

ج4: كانوا يقولوا عندي retard ولكن آخر واحد طبيب في العاصمة شخص عند التوحد

س5: كيف كان رد فعلك؟

ج5: بكيت وحسيت الدنيا دارت بيا، ما توقعتش هذا الشيء يكون ولدي، لكن فهموني الأطباء واعطاولي أمل أن يتحسن بالتكفل الجيد مع الوقت

س6: بالنسبة للزوج مل هو دوره معاك؟

ج6: زوجي ربي يسمحلو لنطلبها عليها يجيبها، يبات يعس في وليدي، ويحب يرحني من شغل الدار

راه واقف معايا ربي يخليه

س7: كيف كان رد العائلة والمحيط؟

ج7: كل واحد كيفاه، كاين المتحير معايا وكاين اللي ما فاهمنيش

الحالة6: (خ ، و) 42 سنة أم لطفلين المصاب بالتوحد عمره ثلاث سنوات ونصف

س1: قبل ما تبدأ المختصة بدأت الحالة بالحديث

ج1: طبية راني خايفة، خلعت ، أنا خوافة، وليدي عندو توحد

س2: متى علمت بتشخيص حالة ابنك؟

ج2: ما عندش بزاف، وحد الستة اشهر

س3: كيفاش كانت ظروف الحمل والولادة، ومن ثم نمو طفلك؟

ج3: كل شيء كان عادي حمل وولادة، في عام و1/2 لا حظت أنه لا يتكلم، ما كانش تواصل، تعبت معاه، ديتو لطبيب وجهني لpsychiatre، (تضيف الحالة: تعبت معاه)، شخصت الحالة بالتوحد

س4: كيف كان رد فعلك؟

ج4: راني مريضة منو، عياني ياسر، كرهت الدنيا، ممقلقا ديما

س5: زوجك كيف كان رده وكذلك؟

ج5: متعبني حتى هو، دائما خدام، ما عندوش الوقت حتى للطبيب، يتطلب بزاف، يعيط عليا كلي وليدي وحدي وأنا سبتو، تعبت معاهم ياسر، ما نيش قادرة نزيد نحمل

س6: كيف يبدو لك المستقبل؟

ج6: تضحك بتهكم، المستقبل، ما كانش مع وليدي مريض ما يتكلم ما يفهم، راجل ماشي مريض بصح مرضني ما كانش مستقبل

س7: عائلتك ومحيطك هل يساندانك؟

ج7: هما زادوا همي على هم، يقولولي ما يجيش وليدك يدير لنا الحس ولا يخوف ولادنا، ثم تنفجر بالبكاء.

مقياس كوبر سميث مقياس خاص بالكبار يستخدم مع الافراد الذين تبلغ أعمارهم من 16 إلى ما فوق ويتكون هذا المقياس من 25 عبارة.

يحتوي هذا المقياس على عبارات سالبة واخرى موجبة، ويطاب من الشخص الذي يطبق عليه هذا المقياس أن يضع علامة (x) داخل المربع الذي يحمل كلمة (تنطبق) إذا كانت العبارة تصف من يشعر به، أما إذا كانت لا تصف ما يشعر به فيضع العلامة(x) داخل المربع الذي يحمل كلمة (لا ينطبق)، ولا توجد إجابات صحيحة واخرى خاطئة إما الإجابة الصحيحة التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي مثال على ذلك:

العبارات تنطبق لا تنطبق

1-تضايق بسرعة في المنزل x

2-أنا واثق من نفسي تماما x

3-لا أجد صعوبة في اتخاذ قرارتي x

- العبارات التالية تحمل الارقام التالية: 2، 3، 6، 7، 10 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25.
- العبارات الموجبة تحمل الارقام التالية: 1، 4، 5، 8 14، 19، 20.

*كيفية تطبيق الاختبار:

ممكن تطبيق المقياس فرديا او جماعيا، ونادرا ما يزيد وقت التطبيق عن عشر دقائق في أي صورة من صور المقياس ويجب على الفاحص أن يتحاش استخدام حكمة تقدير

الذات أو مفهوم الذات عندما يطبق المقياس على المفحوصين وفي العنوان ايضا متى استجابات التحيز.

والهدف من استخدام هذا المقياس هو معرفة مستوى كل واحد منهم ويمكن الحصول على درجات العبارات المقياس بإتباع الخطوات التتالية:

1- درجات العبارات السالبة الصحيحة على سبيل المثال: (أتضايق بسرعة في المنزل) إذا أجاب عليها (لا تنطبق)

2-درجات العبارات الموجبة الصحيحة على سبيل المثال أنا واثق من نفسي تماما، إذا أجاب عليها (تنطبق)

3- وللحصول على الدرجة الكلمة للمقياس: اجمع عدد عبارات المقياس الصحيحة المحصل عليها واضرب المجموع الكلي للدرجات الخام الصحيحة لكل حالة (4x)

*مستويات تقدير الذات:

مستويات تقدير الذات حسب الفئات:

- درجة منخفضة من تقدير الذات 40- 20
- درجة متوسطة من تقدير الذات 06- 40
- درجة مرتفعة من تقدير الذات 80- 60

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك ضع علامة (x) داخل المربع المناسب الذي يبين مدي موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك، أجب عن كل عبارة بصدق وليس هناك إجابة صحيحة او خاطئة

العبارات تنطبق لا تنطبق

العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1-لا تضايقني الاشياء عادة		
2-أجد من الصعب عليا أن اتحدث أمام مجموعة من الناس		
3-أود لو أستطيع أن اغير أشياء في نفسي		
4-لا أجد صعوبة في اتجاذ قراراتي بنفسي		
5-يسعد الاخرون بوجودهم معي		
6-أتضايق بسرعة في المنزل		
7-أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الاشياء الجديدة		
8-أنا محبوب بين الاشخاص من نفسي سني		
9-تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10- استسلم بسهولة		
11- تتوقع عائلتي مني الكثير		
12- من الصعب جدا أن اضل كما انا		
13- تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14- يتبع الناس افكاري عادة		
15- لا اقدر نفسي حق قدرها		
16- أود كثيرا او أترك المنزل		
17- أشعر بالضيق من عملي غالبا		
18- مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19- إذا كان لدي شيء أريد أن أقول فإنني أقوله عادة		
20- تفهمي عائلتي		
21- معظم الناس محبوبون أكثر مني		

22- أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء

23- لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال

24- أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر

25- لا يمكن للآخرين الاعتماد عليا

المراجع بالعربية

قائمة الكتب بالعربية

1) أبو زيد ابراهيم احمد: 1987: سيكلوجية الذات والتوافق، دار المعرف الجامعية، الإسكندرية
2) ابراهيم فرج، عبد الله الزريقات: 2004، التوحد الخصائص والعلاج، دار المسيرة، عمان، الأرنب دونن طبعة.
3) إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل:2009، الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر الطبعة الأولى
4) الشامي وفاء: 2004، خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه، الطبعة الأولى، جدة، مركز جدة للتوحد.
5) السيد خير الله: 1981، مفهوم الذات، دار النهضة العربية، بيروت.
6) جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد: 2000، الإضطرابات السلوكية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى
7) جيهان رشتي: 1993، الأسس العلمية لنظريات الإعلام، دار النهضة العربية، القاهرة.
8) خولة أحمد يحي: 2001، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى
9) خالدة نيسان:2009، سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والانفراط، دار أسامة للنشر والتوزيع، الاردن، عمان الطبعة الأولى.
10) سعيد حسني العزة: 2002، المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

11) صالح حسن الداهري: 2005، مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان

12) عبد الحافظ ليلي عبد الحميد: 1982، مقياس تقدير الذات للصغار والكبار، دار النهضة، القاهرة

13) عبد الرحمان عيسوي: علم النفس النمو، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة، بيروت.

14) عبد الرحمان بحيث عبد الرحيم: 1985، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، الميناء، دار حراء

15) عبد الله عسكر: 1991، إختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين، القاهرة، الأنجلو المصرية.

16) علي عسكر: 2005، الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الكويت

17) كمال دسوقي: 1979، النمو التربوي للطفل والمراهق، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت

18) مصطفى فهمي ومحمد على القطان: 1979، التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة، مكتبة الخانجي.

19) محمد السعيد أبو حلاوة: 1997، المرجع في اضطراب التوحد، التشخيص والعلاج، مصر، الطبعة الأولى.

20) محمد زياد حمدان: 2002، التوحد لدى الاطفال، تشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة، الإسكندرية، بدون طبعة.

21) ماجد سيد على عمارة: 2005، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء، الشروق مصر، بدون طبعة.

22) يحي خولة: 2000، الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، الطبعة الأولى، عمان الأردن، دار الفكر.

23) يوسف قطامي، عبد الرعمان عدس،2002، علم النفس العام، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
24) صالح محمد علي ابو حادو: 1998، سيكلوجية التنشئة الاجتماعية ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة قباء.

قائمة رسائل الدكتوراه والماجستير

1-الشيخ ذيب رائد: 2004، تضميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والإجتماعية والإستقلالية الذاتية لذى الأطفال المتوحدين وقياس فاعليته، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
2-أحمد فؤاد السيد فائق: 1963، دراسة تجريبية عن القلق والجمود وتقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب، جامعة عين الشمس.
3-حسين فؤاد، محمد زايد: 2007، الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة اليمنيين وغير اليمنيين الوافدين إلى الجامعات السورية وعلاقته ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
4-عادل جاسب شبيب: 2008، الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الأبرياء، مذكرة ماجستير الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانية.

المعاجم و الموسوعات

1) مصطفى كامل عبد الفتاح :1993 : موسوعة علم النفس و التحليل النفسي ، بيروت، دار سعاد الصباح.
2) فرج عبد القادر طه:1997 : معجم علم النفس و التحليل النفسي دار النهضة العربية للنشر و التوزيع بيروت

المجلات :

1) حسين عبد العزيز الدريني و محمد احمد سلامة :1983 ، تقديرات الذات في البيئة القطرية،دراسة ميدانية منشورة في بحوث و دراسات في الاتجاهات و الميول النفسية – المجلة السابع ج2 مركز البحوث التربوية جامعة قطر

2) سايمون كوهين و باتريك بولتون 2000 ، حقائق عن التوحد، ترجمة عبد الله ابراهيم الحمدان سلسلة اصدارات اكاديمية التربية الخاصة ، الرياض

3) د. سهام رياض الخفش ، د.جمال عبد الله ابو زيتون، الذكاء الانفعالي و علاقته بحاجة امهات الاطفال التوحيدين المجلة 14 ، العدد 4 ديسمبر 2013.

4) فاروق عبد الفتاح سلامة ،1987: مقارنة نحو الذكاء و نحو تقدير الذات في الطفولة و المراهقة ، دراسة ميدانية مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق ، المجلد الثاني ، العدد الثالث يناير.

المراجع بالفرنسية:

1/Association American de psychiatrie :2003: manuel diagnostique et statestique des troubles menteaux.dsm4 ,masson,paris.

2/ bloche , h et all (1999) : grand dectionnaire de psychologie larousse,paris

3/ chahraoui khadidja et benoui (2003) : methode evaluation et recherche en psycologie clinique,paris

4/ daniel marcelli :2006 :enfant et psycho phathologie,, edition,masson, paris.

5/ henryclay smith(1974) :personnalite devloppe,2em edition,mcgrou,hille.

6/ l'ecuyer (R) :1997 : le cocept de soi 1er edition puf,paris

7/mario leboyer : 1985 : l'antisme infautile, presse univercitaire de France paris ,1er edition

8/ nobert sillamy , dictionaireencyclopedique de de psychologie,paris ,1996.

9/ ziller,1966 :self-esteem self-social construct,journal of consulting and clinical psychology.vol 33.n01