

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية .



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: علوم اجتماعية

الشعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة : رحاحلة نجوى

بعنوان:

## المشاركة الوجدانية لدى أطفال التوحد

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا ومناقشا	جامعة قاصدي مرباح	د. بوعافية خالد
مشرفا	جامعة قاصدي مرباح	د. طالب حنان
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح	د. صالح طارق

السنة الجامعية: 2019 - 2020 م

# شكر وعرفان

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله وبعد : أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذتي الفاضلة الدكتورة طالب حنان على قبولها الإشراف على مذكرتي، وعلى كل المجهودات التي بذلتها معي في سبيل استكمال هذا العمل ونجاحه، ولا يسعني إلا أن أدعو الله عز وجل أن يجعل لها بكل حرف نفعتني به غراسا في الجنة.

كما أتقدم بالشكر كذلك إلى جميع الأساتذة الكرام الذين بذلوا قصار جهدهم من أجل نجاحنا وتعلمنا، من دون أن أنسى الطاقم الإداري الذي يسهر دائما و أبدا من أجل السير الحسن للمعهد.

الشكر موصول أيضا إلى الوالدين الكريمين اللذان شجعاني على مواصلة دراستي والنجاح فيها، فلولاهم لما وصلت إلى هذا المستوى، شكرا جزيلا زملائي زميلاتي على الوقت الطيب الذي قضيناه في مقاعد الدراسة.

إلى كل هؤلاء أقول لهم: طبتم وطاب ممشاكم وتبواتم من الجنة مقعدا.

## ملخص الدراسة:

انصبت الدراسة الحالية حول المشاركة الوجدانية لدى أطفال التوحد، ولمعرفة إن كانوا يعانون من اضطراب في المشاركة الوجدانية أو لا عمدنا على طرح الإشكال التالي : هل يعاني طفل التوحد من اضطراب في المشاركة الوجدانية؟.

وللإجابة على هذا التساؤل تم اقتراح الفرضية العامة للدراسة، ولاختبارها ميدانيا استعنا بالمنهج العيادي المنصب على دراسة حالة طفل مصاب باضطراب التوحد، مستعينين بالمقابلة العيادية نصف الموجهة، واستبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن، وبعد جمع البيانات وتفريغها، تم الوصول إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يعانون من اضطراب أو ضعف في المشاركة الوجدانية.

وغالبا ما تكون لديهم حساسية اتجاه مشاعر الآخرين، وعدم قدرتهم على فهم العواطف المنقولة بواسطة حركات الوجه والجسم من شخص آخر في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية، لأنها وببساطة تفوق قدرتهم على معالجة وتصفية العواطف، وهذا ما يخلق لديهم ردود فعل يسودها التوتر، والتجنب، و الانسحاب، وهذا ما يعيق التنمية في وقت مبكر لآليات التكيف والمشاركة الوجدانية.

**الكلمات المفتاحية : المشاركة الوجدانية ، التوحد**

## **Summary of the Study:**

This study focused on the empathy of autistic children , to recognize whether they're suffering from troubles in the empathy or not. On this basis , the following research problem is raised: Is the autistic child suffering from troubles in the empathy?

In an attempt to answer this question , the general hypothesis of the study has been suggested. In order to practically test this hypothesis , this study has adopted the clinical method focusing on a case study of a child affected by autism. This study also used the semi-oriented clinical interview , survey of diagnosing autism or Asperger's syndrome for children and teens by Baron Cohen. After collecting and dumping all data , this study concluded that autistic children suffer from an unrest or vulnerability in the empathy.

Often , they are sensible towards other's feeling , being unable to understand the transmitted emotions through face and body moves of the other in the social and emotional interactions. This last is simply due to its dominance over their ability to process and liquidate the emotions , which creates reactions of tension , avoidance and withdrawal , which in turn hinders premature evolution of adaptation and empathy mechanisms.

**Key words:** empathy , autism.

## الفهرس العام

الصفحة	الموضوع
	الشكر والعرفان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
أ	مقدمة
<b>الفصل الأول : الإطار العام لإشكالية الدراسة</b>	
05	1- إشكالية الدراسة
08	2- فرضية الدراسة
08	3- دوافع اختيار الموضوع
08	4- أهمية الدراسة
08	5- أهداف الدراسة
09	6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الثاني : التوحد</b>	
12	تمهيد
12	1- نبذة عن تاريخ اضطراب التوحد
13	2- تعريف التوحد
14	3- معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5
15	4- انتشار اضطراب طيف التوحد
16	5- أهم أسباب وعوامل التوحد
18	6- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

19	6-1- نظرية التحليل النفسي
19	6-2- المنظور السلوكي للتوحد
20	6-3- النظرية العصبية البيولوجية
21	6-4- نظرية الإدراك الحسي
22	7- علاج اضطراب طيف التوحد
24	خلاصة
<b>الفصل الثالث : المشاركة الوجدانية</b>	
27	تمهيد
27	1- مفهوم المشاركة الوجدانية
28	2- أهمية المشاركة الوجدانية
28	3- المشاركة الوجدانية حسب بعض الباحثين
29	4- العوامل المؤثرة في المشاركة الوجدانية
29	5- أبعاد المشاركة الوجدانية
29	6- نظرية العقل
31	7- نظرية الخلايا العصبية المرآة
32	8- نظرية عدم توازن التقمص
33	خلاصة
<b>الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>	
36	تمهيد
36	1- منهج الدراسة
36	2- مجموعة الدراسة وخصائصها
37	3- أدوات جمع البيانات
37	3-1 المقابلة العيادية نصف الموجهة
38	3-2 استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن
40	خلاصة

الفصل الخامس: عرض، تحليل، تفسير ومناقشة النتائج	
43	تمهيد
43	1- عرض، تحليل وتفسير نتائج الحالة
43	1-1- عرض وتحليل نتائج الحالة
47	1-2- عرض وتحليل نتائج اختبار التوحد للحالة
48	2- تفسير ومناقشة النتائج
50	خاتمة
51	توصيات واقتراحات
53	المراجع
56	الملاحق

### فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول رقم
56	سلم أطياف التوحد للطفل عبد الجليل	1
58	سلم التقمص الوجداني للطفل عبد الجليل	2

### فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الجدول رقم
31	الشكل رقم 1: يوضح اختبار سالي و آن	1
32	الشكل رقم 2 الخلايا العصبية المرآة لدى الحالات التي تعاني من التوحد.	2

## مقدمة:

لقد أشارت العديد من الدراسات إلى الدور الهام الذي تلعبه المشاركة الوجدانية في تنمية المهارات التواصلية والانفعالية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد باعتبارها سمة لا بد منها في شخصية كل فرد تساعده على فهم مشاعر الآخرين لأنه وبكل بساطة، الإنسان بطبعه اجتماعي، ويتعامل في حياته اليومية مع أفراد المجتمع، يتأثر بهم ويؤثر فيهم. كما يظهر أثر المشاركة الوجدانية على تكوينه النفسي الذي يتجلى في سلوكه وتفاعله مع العالم الخارجي، فالمشاركة الوجدانية هي بمثابة محفز لتنمية مهارة الطفل المصاب باضطراب التوحد، في فهم مشاعر الآخرين، كما تجعل من هذا الفرد يتفاعل نفسياً تبعاً لدرجة مشاركته الوجدانية، ونحن نقصد هنا درجة تشبع هذا الطفل من الناحية العاطفية الانفعالية وتفاعله العاطفي مع الآخرين.

لذلك ومن خلال هذا التصور حاولنا استنتاج المشاركة الوجدانية من عددها لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد من خلال معرفة طبيعة أو درجة تلك المشاركة الوجدانية. من أجل ذلك قمنا بتقسيم بحثنا إلى جانبين، نظري وآخر تطبيقي، حيث ضم الفصل الأول الإطار العام لإشكالية الدراسة: طرح الإشكال واقتراح الفرضيات، التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، أهمية الموضوع ثم أهداف البحث.

أما الفصل الثاني هو خاص بالتوحد أين تناولنا فيه نبذة عن تاريخ التوحد، تعريف التوحد، معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي الإصدار الخامس معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5 بالإضافة إلى عنصر انتشار اضطراب طيف التوحد و أهم أسباب وعوامل التوحد إضافة إلى النظريات المفسرة لاضطراب التوحد، مختتمين هذا الفصل بعلاج اضطراب طيف التوحد.

أما الفصل الثالث فهو خاص بالمشاركة الوجدانية أين تعرضنا فيه إلى مفهوم المشاركة الوجدانية و أهمية المشاركة الوجدانية وكذا العوامل المؤثرة في المشاركة الوجدانية، إضافة إلى عنصر أبعاد المشاركة الوجدانية، ضف إلى ذلك نماذج مفسرة للمشاركة الوجدانية و نظرية العقل نظرية الخلايا العصبية المرآة وقد اختتمنا هذا الفصل بنظرية عدم توازن التكمص.

أما الجانب التطبيقي فقد قمنا بتقسيمه إلى فصلين ، الفصل الرابع خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة وقدما فيه العناوين التالية : المنهج ، وسائل جمع البيانات ( المقابلة العيادية نصف موجهة و استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن، اختيار مجموعة الدراسة، العينة



القصدية، مكان وزمان إجراء البحث، وأخيرا الفصل الخامس فكان لعرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج وتناولنا فيه عرض وتحليل نتائج الحالات ، تفسير ومناقشة النتائج ، اقتراحات وتوصيات وأخيرا الخاتمة.

الفصل الأول: الإطار العام

لإشكالية الدراسة

1 - إشكالية الدراسة

2 - فرضية الدراسة

3 - دوافع اختيار الموضوع

4 - أهمية الدراسة

5 - أهداف الدراسة

6 - التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

## 1 - إشكالية الدراسة:

لقد عرف اضطراب التوحد في السنوات الأخيرة انتشارا واسعا عبر العالم، حيث تشير الإحصائيات العالمية إلى ارتفاع نسبة الإصابة به، هذه النسب أصبحت مقلقة جدا مما استدعى تكثيف الجهود للبحث عن حلول ممكنة لهذا الاضطراب الذي أصبح يمثل مشكلة حقيقية.

أمام هذا التسارع في نسبة انتشاره نجد في المقابل ظهور مشكلة اختلاف الرؤى والاتجاهات حول معايير التشخيص وتحديد الأسباب، مما نجم عنه الاختلاف في طرق وأساليب التكفل بالمصابين به، الشيء الذي أعاق عملية التكفل بشكل ملحوظ.

تضم اضطرابات طيف التوحد حسب منظمة الصحة العالمية ( OMS، 2016 ) مجموعة من الاضطرابات المتميزة بدرجة معينة لاضطراب السلوك الاجتماعي، والتواصل واللغة وتدني الاهتمام والنشاط التي تبدو خاصة ومتكررة. تظهر هذه الاضطرابات في الطفولة وهي تستمر في المراهقة وسن الرشد، وهي تبرز خلال الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل. يظهر العمل الفكري في التوحد متغير جدا، وقد يصل إلى العجز العميق للقدرات المعرفية العليا. وقد يظهر الأفراد المصابين بالتوحد العديد من الأمراض المرتبطة مثل الصرع، الاكتئاب والحصر واضطراب الانتباه مع فرط الحركة. ويظهر في العالم أن طفل من بين 160 تقريبا يظهرون اضطراب من طيف التوحد. منظمة الصحة العالمية 2016.

يحتاج الطفل التوحدي المتمدرس مرافقين لإدماجه في الحياة المدرسية بهدف تحقيق استقلاليته في التعلم، وتسهيل مشاركته في النشاطات الجماعية والعلاقات ما بين الأفراد. والمعلم في القسم هو الذي يحدد نشاطات المرافق في الحياة المدرسية، وتعتبر الأمهات المرافقات الأساسيات لأطفالهن، للتدريب والمتابعة فهن تعتبرن حلقة الوصل بين الطفل والمدرسة أو المركز، ومن هنا تبرز أهمية التشخيص المبكر والتكفل بالطفل التوحدي من خلال تطبيق برامج عالمية معروفة مثل برنامج التعليم المنظم تيش ( TEACCH )، وبرنامج التواصل بالتبادل بالصور بيكس (PECS) و التحليل السلوكي التطبيقي ( ABA ) و الخاصة بتعليم مهارات المعرفية والسلوكية والتواصلية وغيرها من البرامج. ويتحقق هذا بمرافقة الأولياء، ومن هنا تبرز أهمية تدريبهم وإرشادهم لأجل مساعدتهم على التوافق مع الوضعية الضاغطة والمتمثلة أساسا في ضعف التواصل والمشاركة الوجدانية وصعوبة فهم مشاعر الآخرين.

المشاركة الوجدانية لدى أطفال التوحد موضوع معقد، وفي هذا المجال جاءت دراسات عديدة تبيّن الدور المهم للمشاركة الوجدانية في نمو شخصية طفل التوحد خاصة من الناحية التواصلية والتفاعلية مع الآخرين، ومن بين هذه الدراسات نذكر :

دراسة ماريان وآخرون سنة 1992 الموسومة بعنوان التعاطف والإدراك في الوظائف العالية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، حيث تقارن هذه الدراسة قدرة الأطفال المصابين بالتوحد والذين تتراوح أعمارهم من (09-16) سنة مع قدرة الأطفال العاديين والذين تتراوح أعمارهم من (9-14 سنة) للتمييز بين الحالات العاطفية المختلفة، لاتخاذ وجهة نظر حول الحالة العاطفية والمشاركة الوجدانية بين المجموعتين.

و قد جرى تقييم الأطفال العاديين على أنهم أحسن من الأطفال الذين يعانون من التوحد فيما يتعلق بردود الأفعال المتعلقة بالتعاطف والمشاركة الوجدانية، بينما كان هناك ارتباط أوثق بين القدرات المعرفية والتفاهم العاطفي بين مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد مما كانت عليه في المجموعة الضابطة

( ف ماريان وآخرون، 1992، ص ص 9-11).

وتدعم نتيجة هذه الدراسة ما توصلت إليه دراسة الباحث دانيال بونس وآخرون 2012 حيث ركزت هذه الدراسة على جوانب المشاركة الوجدانية في اضطراب طيف التوحد (ASD) واضطراب السلوك (CD)، والهدف من هذه الدراسة هو وصف التداخل وخصوصية المشاركة الوجدانية، وكذا الجوانب المعرفية للمشاركة الوجدانية لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من التوحد (ASD) أو اضطراب السلوك CD. وقد خلصت الدراسة إلى أن المشاركة الوجدانية ضعيفة في كل من ASD و CD، ولكن يبدو أن الخصوصية تختلف. ففي اضطراب طيف التوحد ASD قد تتخفص قيمتها خاصة محاكاة تعابير الوجه في جميع العواطف الأساسية، في حين لدى من يعانون من اضطراب السلوك CD فهذه ليست سوى حالة لمشاعر سلبية. المشاركة الوجدانية ودور الانتباه إلى عيون أو ما يعرف بالتواصل البصري، تحتاج إلى مزيد من التحقيق والدراسات. فأصحاب الدراسة يفترضون أن من يعانون من إعاقة حركية و قصور في المشاركة الوجدانية في كل من اضطراب التوحد واضطراب السلوك هي نتيجة لعدم الاهتمام بالتواصل البصري. ومع ذلك، فإننا نفترض اختلافات كبيرة في عجز المشاركة الوجدانية بين ASD و CD، وربما يرجع ذلك إلى الاستقلال الذاتي العاطفي و فرط الحساسية في ASD مقابل قصور الحساسية في CD، مما أدى إلى عدم الاهتمام بالتواصل البصري (د بونس وآخرون، 2012، ص ص 12-13).

أما الباحث في اضطراب التوحد داميان ميلتون سنة 2012 فقد استنتج من خلال دراسته الموسومة بعنوان مشكلة المشاركة الوجدانية مزدوجة أن سوء الفهم في العلاقات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وغير التوحديين لن يكون في اتجاه واحد، ولكن يعبر عن سوء التفاهم المتبادل، أي "مشكلة مزدوجة من المشاركة الوجدانية" (د ميلتون، 2012، ص ص 17-18).

ومما يدعم نتائج الدراسات السالفة الذكر نجد دراسة ماريج آن هيت وآخرون، 2014 التي ترى أن اضطراب طيف التوحد يتميز بنوع من العجز، وارتبط ذلك مع قصور المشاركة الوجدانية، والذي يتضمن الأخذ بمنظور نظرية العقل، هذه الدراسة كانت تهدف لتحديد ما إذا كان الأفراد الذين يعانون بدرجات متفاوتة من طيف التوحد يعانون من سمة ضعف المشاركة الوجدانية. وقد ضمت الدراسة خمسين فردا من الذكور والإناث وقد استخدم مقياس التوحد، ومقياس المشاركة الوجدانية، لتقييم صفات طيف التوحد وسمة المشاركة الوجدانية، على التوالي. وجرى التقييم باستخدام إصدار باللغة الهولندية وكذا التقييم باستخدام استبيان بيركلي التعبيرية. وقد أظهرت النتائج أن سمة المشاركة الوجدانية منخفضة. مع العجز في التعامل مع الآخرين في اضطراب طيف التوحد. وعلاوة على ذلك، فإن الدراسة تنبأت بتفاقم ضعف القدرة على المشاركة الوجدانية لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد بسبب عدم وجود برامج علاجية تعمل على تنميتها (م آن هيت وآخرون، 2014، ص ص 6-7).

من خلال ما سبق يبدو أن موضوع المشاركة الوجدانية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد موضوع بالغ الأهمية لما له من دور كبير في تطوير أو كبح نمو المهارات التواصلية والتفاعلات العاطفية الاجتماعية، التي تعمل بدورها على تنمية مهارات أطفال التوحد في التعبير عن حاجياتهم وتأييد نشاطاتهم الاجتماعية اليومية ومنه التطور والقابلية للتعلم والاستقلال الذاتي الكامل، ولم لا الاندماج مع أقرانهم في أقسام عادية.

و منه و بناء على ما سبق، سنحاول في هذه الدراسة معرفة إن كان هناك اضطراب في المشاركة الوجدانية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد أم لا من خلال عينة الدراسة، وذلك بالإجابة على التساؤل الموالي :

### التساؤل العام:

هل يعاني طفل التوحد من اضطراب في المشاركة الوجدانية؟.

**2 - فرضية الدراسة:**

يعاني طفل التوحد من اضطراب في المشاركة الوجدانية.

**3- دوافع اختيار الموضوع:**

انطلاقاً من مبدأ السببية فكل باحث أسباب معينة تدفعه للقيام بدراسة أو بحث حول موضوع معين، سواء كانت تلك الأسباب شخصية أو عامة. فالصعوبة التي رأيناها في اضطراب طيف التوحد من حيث صعوبة تشخيصه وكذا صعوبة تحديد الأسباب الحقيقية وراء حدوثه بالإضافة إلى محدودية البرامج والعلاجات المقدمة ونتائجها التي مازالت إلى حد اليوم محتشمة مقارنة بحجم الحالات وكذا تأمل أولياء الحالات في ظهور علاج ناجح أو نهائي لهذا الاضطراب، خصوصاً أن حالات طيف التوحد لا تعاني وحدها، بل يعاني الأولياء معها مادياً ومعنوياً. وقد دفعنا الفضول للقيام بهذا البحث بسببين رئيسيين هما:

1- وجود فرد من العائلة يعاني اضطراب طيف التوحد.

2- التزايد الرهيب في عدد حالات التوحد في السنوات الأخيرة مقارنة بسابقتها.

**4- أهمية الدراسة:**

إن بحثنا هذا يستمد أهميته من حيث الفائدة العلمية التي نسعى لتحقيقها، حيث أن موضوع المشاركة الوجدانية بالنسبة لأطفال التوحد قليل التداول والدراسات حوله تعتبر قليلة خاصة في الجزائر، لذلك ارتأينا أن ندخل غمار هذا الموضوع ربما نوفق في الوصول إلى نتائج علمية تعود بالفائدة على هذه الفئة التي تحتاج إلى كل مختص يساهم مساهمة علمية جادة من شأنها أن تخفف عنهم تلك المعاناة.

**5- أهداف الدراسة:**

بما أن لكل بحث علمي أهدافا يسعى إلى تحقيقها، فإن أهداف بحثنا هذا تتلخص فيما يلي:

1- محاولة الإحاطة بموضوع المشاركة الوجدانية لدى أطفال طيف التوحد.

2- التحقق من صدق فرضيات الدراسة التي تم الإشارة إليها سابقا.

**6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:**

**المشاركة الوجدانية:** هي قدرة الفرد على الشعور بما يشعر به الآخرون من حزن وأسى أو فرح وسعادة وغيرها من المشاعر الإيجابية والسلبية، والتقمص الوجداني لدى طفل التوحد هو قدرة هذا الأخير على الشعور بما يشعر به الآخرون من حزن وأسى أو فرح وسعادة أو غيرها من المشاعر كذلك.

**أطفال التوحد:** هم هؤلاء الأطفال الذين تظهر عليهم مجموعة من الأعراض وتم تشخيصهم وتصنيفهم على أنهم أطفال توحيين.



# الفصل الثاني:

## التوحيد

## تمهيد

- 1 - نبذة تاريخية عن تاريخ اضطراب التوحد .
  - 2 - تعريف التوحد
  - 3 - معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي الإصدار الخامس DSM-5
  - 4 - انتشار اضطراب التوحد
  - 5 - اهم اسباب وعوامل التوحد
  - 6- النظريات المفسرة للتوحد
  - 7- علاج التوحد
- خلاصة

## تمهيد :

يعتبر ليوكانر **Leokanner1935** أول من تعرض لاضطراب التوحد (الطفل الأوتيزمي) كاضطراب مستقل ذو أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقليا، كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدي أو الاوتيزمي، حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديون استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجتزاري النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والاهتمامات الجزئية بعيدا عن الواقعية، وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبوا لها بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعيا. ويفشلون في تموين علاقات اجتماعية و إقامة تواصل مع الآخرين. ويعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيره على سلوك الفرد الذي يعاني منه وقابليته للتعلم أو التنشئة الاجتماعية **Socialization** أو التدريب على الإعداد المهني، أو درجة ولو بسيطة من الاستقلالية **Independent**، أو القدرة على حماية الذات، إلا بدرجة محدودة و بالنسبة لعدد محدود من الأطفال (م الشرقاوي.2018.ص.15).

1- نبذة عن تاريخ اضطراب طيف التوحد **Autism Spectrum Disorder ASD**:

عرف عالم الطب النفسي ليوكانر **Leokanner** التوحد عام 1943، حيث قام أثناء بحثه السريري بملاحظة 11 طفلا مضطربا كانوا يتصرفون بطرق غير مألوفة عن الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية أو المصابين بالفصام، وقد أطلق على هذه الأعراض اسم التوحد الطفولي المبكر **Early Infantile Autism**. فقد لاحظ أن " هناك منذ البداية وحدة انعزالية توحدية شديدة، تقوم متى أمكن، بنبذ وتجاهل، وطرده أي شيء قادم إلى الطفل من الخارج".

اعتبر ليوكانر **Leokanner** أن الوحدة الذاتية **Autistic Aloneness** هي أثر الأعراض الأساسية، وقد اكتشف أيضا أن الأطفال الأحد عشر لم يكونوا قادرين منذ بداية حياتهم على الارتباط بالناس بطريقة عادية، وكانوا ضعاف بشدة في اللغة، ولديهم رغبة قوية في ألا يتغير أي شيء من حولهم وأن يبقى على حاله. بالرغم من الوصف المبكر الذي قدمه ليوكانر **Leokanner** إلا أن الاضطراب لم يتم قبوله بالتسمية التشخيصية الرسمية إلا بعد نشر الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي عام 1980 .

سمي اضطراب اسبرجير **Asperger Disorder** على اسم هانز اسبرجير **Hans Asperger** الذي وصف هذه المتلازمة بأنها أقل حدة وتتضمن عيوب اتصال أقل حدة من تلك الموجودة في التوحد، وجاءت أول إشارة عنها في الدليل التشخيصي عام 1994 ضمن الدليل التشخيصي في إصداره الرابع، ومشيرة إلى أن العلاقات الاجتماعية قد تكون ضعيفة ونمطية السلوك وأنها تكون حادة ومتصلبة، إلا أن اللغة والذكاء لا

يتأثران، ونظرا لأن الأبحاث تشير إلى متلازمة اسبرجير لا تختلف في محتواها عن اضطراب التوحد، فقد  
 وجب ضم هذين التصنيفين في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي .  
 ( هـ شويخ وآخرون، 2017، ص852 .)

## 2- تعريف التوحد:

### 1-2- لغة:

#### \* في معجم المعاني الجامع:

توحد يتوحد توحدًا، فهو متوحد، والمفعول متوحد- للمتعدّي

توحد برأيه ولم يعبأ بأراء الآخرين : انفرد به

توحد الرجل: بقي لوحده ( معجم المعاني الجامع)

#### \* في قاموس المعجم الوسيط:

توحد الشخص: أقام وحده، وانفرد بنفسه، توحد ليستطيع العمل، توحد في داره منصرفًا إلى الكآبة، توحد  
 الراهب لينقطع عن الناس تعبدًا لله..

توحد الله بعصمته: عصمه ولم يكله إلى غيره.

توحد الله بربوبيته وجلاله وعظمته: تفرد بها : توحد برأيه ( قاموس المعجم الوسيط)

### 2-2- اصطلاحا:

عرف محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي التوحد بأنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو  
 الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على  
 التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق  
 على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل كما لو  
 كانت قد توقفت حواسه الخمس على توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه  
 أو أحاسيسه و أصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال  
 أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير  
 أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (م الشرقاوي، 2018، ص18 .)

أما رائد خليل العبادي فيرى أن التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأي عوامل عرقية أو اجتماعية.

بينما يرى ليوكانر Leokanner أن التوحد هو حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة.

في حين أن كريك Krek يعرف التوحد بأنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف في الدافعية ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي Mannerism Playing وضعف القدرة على التخيل و يقاوم حدوث تغيرات في بيئته ( ر العبادي، 2006، ص13. )

من خلال التعاريف السابقة يظهر لنا أن اضطراب التوحد يمس الأطفال في الثلاث سنوات الأولى من العمر ويصاحبه تأخر شديد في اللغة وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية حقيقية نظراً للعزلة والانسحاب وهذا ما يؤدي بدوره إلى عدم قدرتهم على التواصل ومقاومة أي تغيير يطرأ على محيطهم.

### 3- معايير تشخيص اضطراب التوحد بالدليل التشخيصي- الإصدار الخامس DSM-5:

أ- وجود ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية، كما يتضح ذلك من خلال ما يلي:

\* خلل في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل الاتصال بالعين، أو التعبيرات الوجهية، أو لغة الجسد.

\* خلل في نمو العلاقات مع الأقران بما يلاءم مستوى النمو.

\* خلل في التبادل الاجتماعي أو العاطفي مثل عدم الاقتراب من الآخرين أو عدم إجراء محادثات فيها قول ورد، أو انخفاض مشاركة الاهتمامات والمشاعر.

ب- أنماط أو اهتمامات أو أنشطة سلوكية متكررة أو ملزمة تظهر من خلال اثنين على الأقل مما يلي:

\* الحديث أو الحركة أو استخدام الأشياء بصورة نمطية أو متكررة.

\* الالتزام بأعمال روتينية معينة في السلوك اللفظي أو غير اللفظي أو المقاومة المستمرة للتغيير.

\* أي اهتمامات ملزمة قد تكون غير طبيعية مثل الارتباط الشديد بأجزاء الأشياء.

\* فرط أو انعدام النشاط في مدخلات الإحساس أو الاهتمام غير المعتاد بالبيئة الحسية مثل الشغف بالأضواء أو الأجسام الدوارة.

ج- تبدأ خلال الطفولة المبكرة.

د- أداء وظيفي محدود أو ضعيف ( أ الحمادي، 2015، ص28).

#### 4- انتشار اضطراب طيف التوحد:

يبدأ اضطراب طيف التوحد في الطفولة المبكرة، وقد يكون واضحاً في الشهور الأولى من الحياة، وهو يصيب 1 من كل 110 طفل، وتوضح الدراسات أن الأولاد يصابون باضطرابات التوحد أكثر من البنات بأربعة أضعاف، وقد كانت هناك زيادة كبيرة في عدد التشخيصات بالتوحد خلال الخمسة وعشرين سنة الماضية. حيث كانت نسبة الزيادة في كاليفورنيا بـ 300 %

ويوجد اضطراب التوحد بين كل الفئات الاجتماعية والاقتصادية، والعرقية، والاثنية، وتكون أعراض طيف التوحد ثابتة ملحوظة، وفي إحدى الدراسات اتضح أن 1 من كل 84 طفل يتم تشخيص حالتهم على أنها الإصابة باضطراب طيف التوحد ( ه شويخ وآخرون، 2017، ص859).

#### 5- أهم أسباب التوحد:

يتفق معظم العلماء على أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث التوحد، ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية للمخ، كما قد يرجعها البعض الآخر على أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة إلى أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية، كما ان هناك من الباحثين من يرى أن هناك أسباب أخرى للتوحد منها النفسي والاجتماعية، وسنحاول فيما يلي التفصيل في هذه الأسباب:

**5-1- الأسباب البيوكيميائية:**

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع مستوى السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد. إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا في ثلث الأطفال المتخلفين عقليا إلى درجة شديدة. وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي. ووجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا العصبية.

**5-2- الأسباب الفسيولوجية (العضوية):**

إن الأدلة في الوقت الحاضر ترجع الأسباب الفسيولوجية (العضوية) وما يتبعها من اضطرابات. فأعراض المخ المحتملة قد تقود إلى السلوك التوحدي مثل الالتهاب الدماغي في السنوات الأولى من العمر، وإصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella خلال فترة الحمل، وحالة الفينيل كيتونيوريا غير المعالجة، والتصلب الحدبي للأنسجة العضوية Tuberus sclerosis، والتشنج الطفولي اللاإرادي، والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين واختناق الطفل واضطراب Retts. وأثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وإنجلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى أطفال التوحد منها في غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى. كما أن ملاحظة شذوذات خلقية عضوية طفيفة لدى التوحديين أكثر منها لدى أشقائهم وأقرانهم الأسوياء. كما أن للوراثة دخل كبير في الإصابة بهذا الاضطراب وبنسبة 89% كما أن هشاشة البويضات ومتلازمة الكروموزوم الهش وفيرس CED كلها مسؤولة عن الإصابة بهذا الاضطراب

(س مجيد، 2010، ص ص 58-63).

**5-3- العوامل الجينية:**

إن العوامل الجينية تتوقف على الكروموزومات، لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمى بالجينات "المورثات" وهي عبارة عن أكياس كيميائية في منتهى الدقة. ويرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحد) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين)، فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة و27% بين أزواج التوائم الأخوية، وقد وجد أن

مانسبته 15% من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد يعانون من حالات الريت Retts أو من حالات اكس الهش Fragile x وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثيا. ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا ممهدا للإصابة. ويتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد:

1- شذوذ الكروموزومات (X).

2- تصلب الأنسجة الدرنية Tuber Sclerosis.

#### 4-5 - العوامل المناعية:

أشارت العديد من لدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي Immune System Abnormalities لدى الأشخاص التوحديين، فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين. وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد. كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

#### 5-5 - العوامل العصبية:

اضطراب التوحد حالة لها أصول عصبية نمائية Neuro-Developmental حيث يعزى التوحد إلى حدوث أمراض في المخ وأوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسي أن حجم المخ لدى الأطفال التوحديين أكبر منه لدى الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديين المصابين بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما. والنسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي Occipital lobe والفص الجداري Temporal lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري Temporal lobe مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة. أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي Cerebller Area. (أ مصطفى وآخرون، 2010، ص ص 38-44).



**5-6- أسباب اجتماعية:**

ويرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا ما يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد. واعتقد ليوكانر **Leokanner** أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية.

**5-7- أسباب نفسية:**

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في فترة المراهقة ( Singer & Wynne , 1963pp11-12., )

**5-8- أسباب إدراكية وعقلية:**

يرى أصحاب هذا التوجه أن إعاقة التوحد سببها إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق واللغة، ووجدت الباحثة ليزلي **Lislie** أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هو افتقارهم للقدرة على فهم الناس الآخرين وفهم أنفسهم

(س مجيد، 2010، ص ص 64-65).

**6- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:**

لقد أسهمت الدراسات النفسية والسلوكية التي أجريت في مجال الأوتيزم سواء النظرية منها أو التجريبية في تحقيق نتائج مذهلة تمخض عنها العديد من المراكز التأهيلية غير الطبية التي حققت نتائج مع هؤلاء الأطفال والمنتشرة في جميع دول العالم، وبالطبع كان توجه هذه المراكز قائم على نظريات علمية نفسية وبالتالي كانت النتائج محققة بناء على هذه النظريات، وسوف نستعرض هنا بعض النظريات التي حاولت تفسير التوحد ليكون منطلقا هاما لتحديد الإجراءات التي يمكن إتباعها لتحسين حالة هؤلاء الأطفال.

## 6-1- نظرية التحليل النفسي Psychological Analysis Theory:

تعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات التي حاول البعض استخدامها في تفسير التوحد، خاصة حين وصف برونو بيتلهيم **Bruno Bettelheim** (1920) أم طفل التوحد بالثالاجة، بل وحملها مسؤولية إصابة طفلها بتلك الأعراض، وفسر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل طفلاً ذكياً لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل وتفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيئته، وخاصة تلك الأحداث المتعلقة بمواقف الدفء العاطفي سواء من الأب أو الأم أو كليهما، حيث أشار **أيمن جيرة** أن (1984) أن فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون في ذلك الوقت بمثابة الممثل الأول لعالمه الخارجي هو سبب الإصابة بالتوحد، فطفل التوحد لم تسمح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه. وذكر **محمد شوقي** (2005) أن **كانر** رأى أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل هما الأساس في المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية، ولذلك أكد **أوجورمان Ogorman** (1970) على أن العديد من الباحثين الأوائل في مجال التوحد اعتمدوا بشكل كبير على مبادئ نظرية التحليل النفسي في تحسين حالة أطفال التوحد، وكان ذلك يتم من خلال عزل الطفل عن منزله وأفراد أسرته وإدخاله في إحدى المراكز الخاصة بالرعاية والتأهيل ذات الإقامة الكاملة، حيث يتم تقديم العلاج النفسي الكامل للطفل ثم يتم إعادته تدريجياً إلى أسرته، وظل هذا العلاج مستخدماً لفترة بسيطة حتى تضاءلت فرصه بسبب تبدد وجهة النظر التي رأت أن التوحد ذو منشأ انفعالي.

وعلى الرغم من هذه المحاولات التي تبنت وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير وعلاج التوحد، إلا أنه يمكن القول بأن هذه المحاولات لم تعطي تفسيراً شاملاً وكاملاً للتوحد، إنما غطت بعض الجوانب وألقت الضوء عليها، فلا شك أن هناك خلافاً في شخصية أطفال التوحد، وإقحام نظرية التحليل النفسي في تفسيرها هو أمر يعد من الينبغيات، إلا أن هذا أيضاً لا يعطي صورة واضحة كاملة للتوحد (م أبو الفتوح عمر، 2011، ص ص 51-55).

## 6-2- المنظور السلوكي للتوحد The Behavioral perspective on Autism :

إن كلمة أوتيزم Autism **ديبادت Debbaudt** (2002) كلمة مركبة يدل كل حرف فيها على معنى ومدخل لفهم اضطراب الأوتيسم، ومن هنا فالمصطلح في حد ذاته لا يفيد في تفسير هذا الاضطراب، انه على الأرجح مسمى وصفي يلخص كيفية تصرف هؤلاء الأطفال الذين يظهرون خصائص سلوكية معينة، ولذلك فإن تفسير التوحد وفقاً للمدرسة السلوكية يبني على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات

التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا، أما الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة.

وفي ذلك اتفق كل من **كون Cone (1997)** و **سشربمان Schreibman (2000)** على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة كبيرة تسمى زيادات (إفراطات) سلوكية، وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص (عيوب) سلوكية، وبالتالي فإن التفسير السلوكي يدلنا إلى أن التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية وعيوب الانتباه، أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية، إثارة الذات...إلخ، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد المثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للتوحد من خلال ما يعرف بالتوافق الثلاثي **ABC** (المقدمات-السلوكيات-النتائج)، فالمقدمات أو السوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك الأوتيسي، والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل، ومن هنا فالتوحد من وجهة نظر السلوكيين ما هو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك. (م أبو الفتوح عمر، 2011، ص ص55-56).

### 6-3- النظرية العصبية البيولوجية:

إن نشوء هذه النظرية يعود الفضل فيها إلى **بيرنارد ريملاند Bernard Remland** الذي اتخذ موقفا رافضا تجاه نظرية العامل النفسي ودحض هذا الاعتقاد، ويعتبر **بيرنارد ريملاند Bernard Remland** صاحب أول كتاب علمي حول التوحد حيث أوضح فيه الاضطراب ومضامينه كنظرية عصبية في السلوك ودحض فيه الفكرة القائلة بأن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الأبوة والأمومة وشجع العاملين على التعامل معه بوصفه اضطرابا عصبيا بيولوجيا. وقد لعبت النظرية العصبية دورا بارزا في تفسير اضطراب التوحد فقد أشار بعض الباحثين إلى أن المشكلات المرتبطة بالتوحد كعدم القدرة على التخطيط وتوزيع الانتباه والتجاوب مع المواقف غير المألوفة والجديدة ناتج عن ضعف بنية الدماغ ووظيفته، كما أشارت إلى صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على الانتباه وضعف الذاكرة كلها ناتجة عن خلل يصيب مناطق محددة في النظام العصبي المركزي.

وتعزو النظرية العصبية حدوث التوحد إلى خلل في الدماغ نتيجة لعامل أو أكثر من العوامل البيولوجية كالجينات أو صعوبات فترة الحمل والولادة أو الالتهابات الفيروسية، وحاليا ونتيجة للعديد من الدراسات التي أجريت على التوائم والدراسات الأسرية التتبعية اكتشف العلماء أن الجينات تلعب دورا مهما في حدوث هذا الاضطراب، وإذا تم تشخيص طفل بالتوحد فإن احتمالية إصابة أحد إخوان هذا الطفل بأحد اضطرابات طيف التوحد أكثر بعشر مرات من الحالات الأخرى، كما تلعب العوامل البيئية دورا ثانويا في ظهور اضطراب التوحد، وقد أظهرت الدراسات بأن الأسر التي لديها أطفال يعانون من التوحد غالبا ما يكون لدى أفرادها مشاكل نمائية أخرى والتي قد تتضمن تأخر لغوي أو صعوبات تعلم أو قلق.

(ت سهيل، 2015، ص ص93-94).

#### 6-4- نظرية الإدراك الحسي:

حيث تقترح هذه النظرية بأن التوحد سببه إصابة في الدماغ تؤثر على واحدة أو أكثر من القنوات الحسية التي تجعل الطفل الذي يعاني من التوحد يدرك المدخلات الخارجية بطريقة مختلفة عن الطفل الطبيعي، وقد ذكر أيرس **Ayres** 1989 أن كارل ديكاتلو **Karl Dicatlo** اقترح عام 1974 النظرية الحسية والعصبية للتوحد والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

\* الأطفال التوحديين ليسوا مرضى نفسيين بل مصابين في أدمغتهم.

\* تسبب الإصابات الدماغية اختلالا إدراكيا تصبح فيه القنوات الحسية (البصر والسمع والتذوق والحس والشم) شاذة في واحدة من الطرق التالية:

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

2- **ضعف Hypo**: لا تكون القناة مفتوحة بشكل كاف، ونتيجة لذلك، تدخل كمية قليلة جدا من المثيرات ويكون الدماغ معاقا.

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

\* وتعتبر السلوكيات الحسية المتكررة للطفل التوحد Sensorism محاولة منه لجعل القنوات الحسية المتأثرة طبيعية.

ولعدم الوعي الكافي بماهية التوحد، تم تجاهل هذه الأفكار - وبشكل غير مبرر- من قبل الباحثين، ومع ذلك استمر البحث (ت سهيل، 2015، ص100).

## 7- علاج اضطراب طيف التوحد Treatment of Autism Spectrum Disorder:

من الأهمية بمكان أن نشير إلى أنه على الرغم من أن العوامل الوراثية والعصبية تتال تأييدا تجريبيا أكثر من العوامل النفسي فيما يتعلق بأسباب الإصابة بطيف التوحد، إلا أن المعالجات النفسية تبدو مبشرة في الوقت الحاضر وليست المعالجة الدوائية، فالشاهد هو أن الخلل العصبي يمكن معالجته بالطرق السلوكية.

### 7-1- المعالجة السلوكية Behavioral Treatment:

في أواخر الثمانينات نفذ إيفار لوفاز Ivar Lovaas برنامجا للعلاج السلوكي يقوم على التكييف الفعال Operant Conditioning مع أطفال صغار (أقل من 4 سنوات) مصابين باضطراب طيف التوحد (Lovaas 1987). تناول العلاج كل الجوانب في حياة هؤلاء الأطفال لمدة أكثر من 40 ساعة في الأسبوع على مدى ما يزيد على العامين. حيث تم تدريب الوالدين بشكل واسع لذلك فإن العلاج كان من الممكن أن يستمر خلال ساعات عمل الأطفال كلها تقريبا. تمت مقارنة تسعة عشر طفلا من اللذين يتلقون هذا العلاج المكثف بأربعين طفلا تلقوا علاجا مماثلا ولكن لفترة تقل عن 10 ساعات في الأسبوع. كوفئ الأطفال في المجموعتين لأنهم قد أصبحوا أقل عدوانية، وأكثر طاعة، وأكثر لياقة من الناحية الاجتماعية- على سبيل المثال- التحدث واللعب مع أطفال آخرين. كان الهدف من البرنامج هو إعادة الأطفال إلى الأفكار والسلوكيات الطبيعية والمعتادة، على افتراض أن الأطفال المصابين بالتوحد يستفيدون بشكل أكبر- كلما تحسنوا- من وجودهم مع أقران لهم ينمون بطريقة طبيعية، أكثر من استفادتهم إذا تم الإبقاء عليهم مع بعضهم البعض أو مع أطفال آخرين يعانون من اضطرابات خطيرة. وبالرغم من الانتقادات التي أشارت إلى جوانب الضعف في هذا المنهج إلا أن هذا البرنامج الطموح يؤكد فوائد العلاج المكثف مع المشاركة الفعالة لكل المتخصصين والآباء في مواجهة التحديات التي يفرضها اضطراب طيف التوحد.

## 7-2- العلاج بالعقاقير:

أكثر الأدوية استخداماً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد هو عقار الهالوبريدول **Haloperidol** (واسمه التجاري **هالدول Haldol**) هو دواء مضاد للذهان يستخدم في علاج الفصام. أوضحت بعض الدراسات الضابطة أن هذا العقار يقلل من الانسحاب الاجتماعي، والسلوك الحركي النمطي، وكذلك سلوكيات سوء التأقلم مثل التشويه الذاتي للجسد، والعدوان. لا يستجيب كثير من الأطفال بشكل فعال للعقار. إلا أنه لم تظهر أية تأثيرات فعالة على جوانب أخرى من اضطراب طيف التوحد، كالأداء الوظيفي الاجتماعي، وضعف اللغة. وكذلك ربما تكون لعقار الهالوبريدول **Haloperidol** آثار جانبية خطيرة. وفي إحدى الدراسات المطولة ظهر أن ما يزيد على 30% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من صعوبة الحركة **Dyskinesias** الناتجة عن استخدام العقاقير، أو اضطراب تشنج العضلات، بالرغم من أن معظمها قد اختفى بعد انسحاب العقار. وبإيجاز فإن العلاج الدوائي لاضطراب طيف التوحد يعد الأقل فاعلية بين طرق المعالجة السلوكية حتى الآن (ه شويخ وآخرون، 2017، ص ص 868-871).

## خلاصة:

من خلال ما سبق، نستخلص أن اضطراب طيف التوحد يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، وبالرغم من أن معظم العلماء والباحثين لم يتفقوا على سبب محدد لاضطراب التوحد إلا أن هناك من يرجع أسباب الاضطراب إلى عوامل وراثية أو جينية وهناك من يرجعها لأسباب اجتماعية أو نفسية كما أن هناك من يرجعها لأسباب أخرى، أما عن علاج هذا الاضطراب فكما رأينا هناك المعالجة السلوكية والعلاج بالعقاقير إلا أن الأولى أثبتت نجاعتها أكثر لحد الساعة. وبينما كانت الرؤى تشير إلى التسليم بأن الأم هي السبب في حدوث أو إصابة الطفل بالتوحد ظهرت آراء أخرى تنفي ذلك وبشدة ومستدلة على ذلك بأسباب أخرى عصبية لا علاقة لها بالأسباب النفسية والاجتماعية، وهذا ما يعد دافعا للباحثين غير الطبيين لاقتحام أغوار التوحد محاولين الوصول لفهم وتفسير عميق لتلك المشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال.

## الفصل الثالث:

# المشاركة الوجدانية



## تمهيد

- 1 - مفهوم المشاركة الوجدانية
- 2 - اهمية المشاركة الوجدانية
- 3 - المشاركة الوجدانية حسب بغض الباحثين
- 4 - العوامل المؤثرة في المشاركة الوجدانية
- 5- ابعاد المشاركة الوجدانية
- 6- نظرية العقل .
- 7- نظرية الخلايا العصبية المرآة .
- 8- نظرية عدم توازن التقمص

## خلاصة

## تمهيد:

أن مصطلح التقمص قد ظهر في القرن 19 تحت اسم "einfu h lung"، على يد الروائيين الألمان، والذي كانوا يشيرون من خلاله إلى سيرورة من التواصل الحدسي مع العالم. ثم قدم عالم النفس Edward Titchener لأول مرة كلمة التقمص الوجداني "في اللغة الانجليزية" كترجمة للكلمة الألمانية (Einfuhlang) الشعور في (feeling-into). ولذلك يرى Carl Rogers 1959 أن وضعية التقمص أو صفة التقمص هذه تستلزم إدراك إطار المرجع الداخلي للشخص الآخر بدقة، وكذا التركيبات الانفعالية والمدلولات المرتبطة بها وكأننا نصبح ذلك الشخص نفسه دون أن نغفل عن فكرة أننا لسنا هو، لأن ذلك الشعور في الواقع ليس ملكنا.

وإذا كان هذا هو الحال أيضا بالنسبة للأطفال الذين يعانون من طيف التوحد فإنهم قد لا يبدون عجزا في التقمص الوجداني للشخصيات المماثلة لهم.

## 1- مفهوم المشاركة الوجدانية:

يعرف كل من بوهرت وجرينبيرج Bohart&Greenberg المشاركة الوجدانية على أنها قدرة الشخص على الاستجابة لما يخبره الشخص الآخر عن العالم (Bohart&Greenberg,1997, p12). أما هوفمن (M.hoffman,2000,p04) فيعرفها على أنها استجابة تكون أكثر ملائمة لموقف الآخر. ويعرفها كل من سيراميكولي وكيثشام على أنها قدرة الفرد على الفهم والاستجابة للخبرات الفريدة للآخر (Ciramicoli&Ketcham,2000,p04). أما مالكولم وجرينبيرج، (Malcolm&Greenberg,2000,p180)، فيعرفان المشاركة الوجدانية على أنها محاولة نشطة جادة لفهم إدراكات الشخص الآخر لحدث ما. بينما يعرفها نيسبم (M.nussbaum,2001,p302) على أنها إعادة بناء بارعة لتجربة شخص آخر بدون أي تقويم محدد لهذه التجربة. في حين يرى آن روسي، (A.rossi,2001, p84) أن المشاركة الوجدانية هي المدى الذي يجعل الفرد يضع نفسه مكان الآخر، ويشعر بما يشعر به.

**2- أهمية المشاركة الوجدانية:**

تعتبر المشاركة الوجدانية مؤشرا على التمتع بالصحة النفسية الايجابية كما أنها تتضمن الأخذ بالمنظور المعرفي والتقدير المعرفي وقد ظهر ذلك من خلال التأثيرات العصبية لكل من عمليات المعرفة والانفعال ، كما أن للمشاركة الوجدانية أهمية كبيرة في تنظيم السلوك الاجتماعي، وغيابها دليل على قصور اهتمام الوالدين بالطفل (N.eisenberg,2000,p160.)

**3- المشاركة الوجدانية حسب بعض الباحثين:**

حاول العديد من الباحثين تفسير المشاركة الوجدانية كل من منظوره وقد اخترنا من بينها ثلاثة نماذج موضحة كما يلي :

**أ نموذج ايرنفريد Aronfreed:**

يشير أنموذج ايرنفريد Aronfreed إلى أن المشاركة الوجدانية سلوك متعلم يشتق من تكرار الاقتران بين مشاعر الطفل الخاصة للذة أو الألم مع منبهات المطابقة لمشاعر الآخرين، وعلى هذا فإن المشاركة الوجدانية مكتسبة في الحياة المبكرة من خلال الاقتران حسب رأيه. وأن الميل إلى المشاركة الوجدانية يبني على اختيار الحياة الانفعالية للآخرين عن طريق الاهتمام الوجداني (J.Aronfreed,1970,p126.)

**أ نموذج سيلمن Selman:**

حدد سيلمن خمسة مراحل لتبني وجهة نظر الآخرين وهي كما يلي:

- يعتقد الطفل أن وجهة نظره في نفس وجهة نظر الآخرين.
- يدرك الأطفال أن الآخرين لديهم انفعالات وعواطف مختلفة يرونها في بعد واحد (سعيد، حزين، غضبان).
- تبني وجهة نظر متبادلة تتميز بادراك أن الآخرين من الممكن أن يكون لديهم مشاعر مختلفة عن الحدث.
- تبني وجهة نظر متبادلة: ينظر الأطفال لتفاعلاتهم مع الآخرين من وجهة نظر شخص ثالث.
- تبني وجهة النظر الرمزية حيث يطور الأطفال فهمهم من منظور الشبكات الاجتماعية، وفي ضوء تبني وجهات نظر الآخرين التي تكون متأثرة ببيئتهم في الماضي والمستقبل.

( R.selman,1980,p57.)

**أ نموذج دافيز Davis:**

يشير دافيز في أنموذجه إلى طريقتان رئيسيتان للمشاركة الوجدانية هما:

- المشاركة الوجدانية كعملية: وهي تشير إلى أن شيء ما يحدث عندما يكون الشخص مقابل شخص آخر تبني وجهة نظر الآخر أو التقليد اللاواعي لتعبيرات وجهة نظر الآخر.

- المشاركة الوجدانية كنتيجة أو محصلة: في هذه الحالة المشاركة الوجدانية تنتج عن المشاركة الوجدانية كعملية وتكون انفعالية أو معرفية، ويعتبر الأول محفز هام للسلوك الاجتماعي، أما الثاني فيكون مرتبط بالوعي، والفهم، ومعرفة حالة الشخص الآخر.

( M.davis,1983,p113.)

#### 4- العوامل المؤثرة في المشاركة الوجدانية:

تتباين المشاركة الوجدانية معتمدة على الفروق بين الافراد، فقد وجد ان بعض الافراد يطورون مشاركتهم الوجدانية مع الآخرين بصورة اكبر من غيرهم، كما ان المشاركة الوجدانية تعتمد على الأحكام الذاتية للأهداف التي تتواجد من خلال المدركين، وتزداد المشاركة الوجدانية بزيادة التشابه والتطابق مع الهدف، ومناهم العوامل المؤثرة في المشاركة الوجدانية نجد خصائص الشخصية والتأثيرات البيئية لنمو المشاركة الوجدانية، والتي تشمل الظروف والمواقف أو الأحداث الاجتماعية. وأسفرت نتائج دراسة سميث Smith 2003 عن ان المشاركة الوجدانية المرتفعة لدى الأطفال تعزى إلى تمتع والديهم بمشاركة وجدانية مرتفعة كذلك.

تزداد المشاركة الوجدانية مع التقدم في العمر فتزداد قدرة الطفل على الاستجابة اجتماعيا لانفعالات الآخرين (M.hoffman,2000,p67.)

#### 5- أبعاد المشاركة الوجدانية:

لقد حدد دافيز Davis ثلاثة أبعاد للمشاركة الوجدانية موضحة كما يلي:

**المكون الانفعالي:** ويتكون من الاهتمام الوجداني وهو ميل الفرد للشعور بالمشاركة الوجدانية للآخرين.

**المكون المعرفي:** ويتضمن القدرة على معرفة ما يفكر فيه الشخص، أو القدرة على تحديد وفهم الآخرين. وهناك ارتباط حقيقي بين الجانب الانفعالي والجانب المعرفي مع خبرة الآخر.

**البعد الأخلاقي:** الدافعية للبحث عن الأفضل والأحسن لدى الآخرين.

( M.davis,1980,p70.)

#### 6- نظرية العقل "TOM" Theory of mind:

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين، ويقترح بارون كوهين أن الخاصية الأساسية في التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة المعاناة من التوحد الشديد، قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل إطلاقاً، ولقد أطلق على هذا العجز (نقص نظرية العقل) أو (عمى العقل)، وفي إحدى مهام نظرية العقل المستخدمة بشكل واسع، وهي المهمة التي يطلق عليها "اختبار سالي وأن". يرى الطفل دمية اسمها سالي تراقب دمية أخرى اسمها آن وهي تضع الكرة في السلة. تغادر آن الغرفة وتقوم سالي بنقل الكرة من السلة إلى الصندوق، وعندما تعود

آن يطرح على الطفل السؤال، أين ستبحث أن عن الكرة: في السلة أم في الصندوق؟ سوف يستنتج الأطفال الأسوياء أو معظم الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون، وبشكل صحيح، أن آن سوف تبحث في السلة لأنها لا تعرف أن الكرة الزجاجية قد تم نقلها، أما معظم الأطفال الذين يعانون من التوحد، فسوف يقولون أن سالي ستبحث في المكان الذي رأوا هم فيه الكرة الزجاجية مخبأة، وليس سالي، حتى أولئك الأطفال التوحديين الذين يعطون الإجابة الصحيحة يصلون إلى هذه الإجابة الصحيحة بشكل مختلف عن الأطفال غير التوحديين.

وعندما يقوم الأطفال غير التوحديين بأداء هذا الاختبار، لا يستطيعون أن يفسروا بالتفصيل لماذا حدث هذا، بينما يكون التوحديون على استعداد لإعطاء تبرير واضح، وتكون الإجابة عفوية لغير التوحديين، بينما يقوم الأطفال التوحديين بحساب الحل بشكل منطقي، ومثل هؤلاء التوحديين الذين يمتلكون "عقل واع"، يخفقون في أداء مهام TOM الأكثر صعوبة والتي تقوم باختبار نماذج أكثر صعوبة من الإدراك العقلي، بالإضافة لذلك، وبشكل مختلف عن الآخرين، فإنهم لا يستخدمون مثل تلك المهارات في الحياة الواقعية.

يؤكد بارون كوهين Baron Cohen على أن الربط بين مستوى التعقيد واستخدام النوايا **Intentionality** يبرز من خلال علاقة طردية، بمعنى ظهور زيادة تراكمية في مستوى التعقيد عند استخدام النوايا من خلال الاستدلالات **Inferences** والمتمثلة في العوامل الثلاثة التالية:

1- **الذافع الذاتي Self-propulsion**: (مع الإشارة الاستدلالية الخاصة به).

2- **الهدف المحدد Goal-directedness**: (الذي يفترض الدفع الذاتي مسبقاً، ويضيف عليه).

3- **النوايا Intentionality**: (حيث يقدم نموذجاً للأهداف المحددة في الحالات غير المرئية والخفية).

إن النوايا قد يتم الاستدلال عليها بإتباع أسس الحركة، ولكنها تظهر حالة عقلية معينة في فترة زمنية محددة، ويمكن الاعتراض على هذه النظرية لأن المفهوم الشخصي للشيء أو تلك الحالة المدفوعة ذاتياً يمكن افتراضها مسبقاً لحد ما. وعلى الرغم من أن نقص نظرية العقل يمكن أن يكون مسؤولاً عن بعض الإعاقات الاجتماعية النمطية في التوحد إلا أنه لا يسبب هذه السلوكيات، وقد نقوم بتحديد موقع تقريبي لنظرية العقل على الجبل الجليدي، فهي تقع في منتصف الطريق ما بين الماء وطرف الجبل، ومثل ثلوث التوحد، تفيد نظرية العقل في تفسير بعض السلوكيات التوحدية، ولكن ليس في تفسير أسباب هذه السلوكيات.

(محمد صالح الإمام وآخرون. 2010. ص164-171).

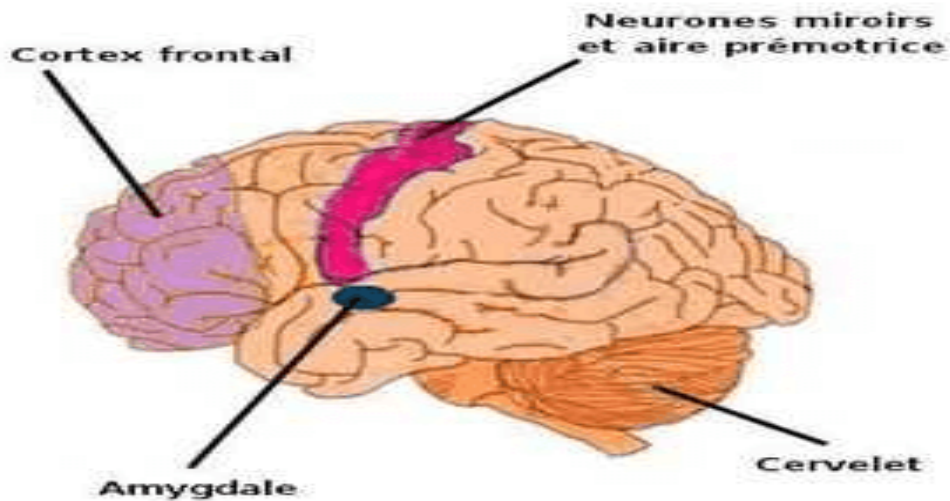


الشكل رقم 1: يوضح اختبار سالي و آن.

#### 7- نظرية الخلايا العصبية المرآة - The mirror neurones :

لقد اهتمت العلوم العصبية المعرفية حديثًا بمصطلح التقمص بعدما اكتشفت الخلايا الدماغية المتخصصة في ذلك ( *raisonnant miroirs* ) وتعتبر هذه الخلايا مسؤولة عن العمليات النفسية كالتعرف على الآخر وتحديد هويته والشعورية (N Georgieff,2008,p20.) وهي تنشط بمجرد قيام الفرد بعمل ما ولكن تنشط أيضا عندما يلاحظ الفرد أحد زملائه يقوم بعمل مطابق، هذه الخلايا العصبية تحاكي بطريقة أو بأخرى عمل الخلايا العصبية الخاصة بالموضوع الملاحظ، وتشير (C Jarlier,2016,p21.) إلى أن العديد من الدراسات قد أوضحت العجز الكبير في الخلايا المرآة لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، إذ وُجد أن هناك ارتباطا بين التوحد والخلايا العصبية المرآة التي تتدخل في بعض المهارات كالتقمص وإدراك الفرد لنوايا الأفراد الآخرين، لهذا يرى كل من (s Vilayanur,2006,p33.) أنه يبدو منطقيا افتراض أن الخلل الذي

يشوب هذه الخلايا من شأنه أن يكون سببا في حدوث بعض أعراض التوحد، ففي سنة 1940 تمكن كل من الأمريكي Leo Kanner طبيب الأمراض العقلية والنمساوي Hans Asperger طبيب الأطفال على حدى من اكتشاف اضطراب " المرايا المكسورة " broken mirrors والذي يمس حوالي 0 % ، 5 من الأطفال الأمريكيين. بعدها وضحت الدراسات أن موقع الخلايا العصبية المرآة يكون في كل من فص الجزيرة والحزام (cingulate)، وأكدت على الدور الذي تلعبه أثناء التقمص. كما يبدو أيضا أن التلفيف الزاوي (gyrus angulaire) الذي يقع في تقاطع المناطق الدماغية البصرية والسمعية واللمسية يتدخل في عملية التقمص هو الآخر، ليس فقط بسبب موقعه الاستراتيجي بل بسبب احتوائه على الخلايا العصبية المرآة.



الشكل رقم 2: الخلايا العصبية المرآة لدى الحالات التي تعاني من التوحد.

#### 8- نظرية عدم توازن التقمص theory empathy inbalance :

وضعت هذه النظرية من طرف الأخصائي النفسي الأيرلندي Adam Smith سنة 2009 وتعتقد أنه إن كان لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد خلايا في التقمص المعرفي فإنهم في المقابل يملكون تقمصا وجدانيا سليما إلى حد أنه يفوق المعتاد، وتشير إليه بأنه نوع من فرط في الصحة التقمصية (Empathic overarousal/Hyper éveil empathique)، تقدم هذه النظرية إيضاحات جديدة وتحديات للخلل الموجود في العاطفة لدى حالات التوحد وهي تشمل الأعراض التي تظهر على التوحد (ذكور/إناث B) (Gepner, 2006، p42). لقد قدمت العديد من الدراسات نقدا لنظرية عدم التوازن العاطفي حيث ركز Fan وآخرون سنة 2013 من خلال تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي والتخطيط الدماغية على ما يطلق عليه بالمحنة الشخصية المرتفعة *personnelle détresse* لدى معظم الراشدين الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذين لا يعانون منه (في المجموعة الضابطة)، عندما يتعرضون لمثيرات عاطفية ولمهام

تتطلب الفهم الاجتماعي العاطفي والتي يطلق عليها فرط في الصحة التقمصية. فهذه المبالغة والإفراط في التقمص يسببان ضغطا اجتماعيا وضعفا في إعادة التحكم لدى حالات التوحد، مع العلم أن عملية إعادة التحكم تسمح بتعديل العواطف من خلال إعادة ترجمة معنى المثير ووضعه داخل السياق وهو الأمر الضروري لكي يفصل الفرد بينه وبين الفرد الآخر المراد تقمصه، الشيء الذي يعتبر أساسيا في حدوث التقمص المعرفي (B Gepner,2006,p55) فالحالات التي تعاني من ضعف في التقمص المعرفي كالتوحد، تعد مهددة بالانهيار والاستثارة، أي أنها لا تتمكن من السيطرة على جهازها النفسي. والحل الذي تجده مناسباً لتجنب هذا الخلل هو غلق منافذ الإدراك البصري والسمعي والفرار من أية حالة يمكن أن تسبب لها انفعالا عاطفيا. وهذا الإغلاق لدى الحالات التي تعاني من التوحد يوضح خلافاً في التقمص الوجداني لديهم ويطلق عليه عدم التوازن في التقمص الوجداني المميز لمرض التوحد. ويؤكد سميث أنه لدى الحالات المصابة بالتوحد يكون التقمص الوجداني موجودا بصفة كبيرة ومفرطة، لكنه لا يوظف في التواصل مع الآخر لأنه يسبب ميكانيزمات أو آليات إغلاق جذرية (أحمودي وآخرون، 2018، ص ص 135-143).

### خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم النظريات التي حاولت تفسير قصور التقمص لدى حالات التوحد، حيث تناولنا بداية نظرية العقل والتي ترى أن أطفال التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين، ثم تطرقنا إلى نظرية الخلايا العصبية المرآة - The mirror neurones حيث أشارت العديد من الدراسات العجز الكبير في الخلايا المرآة لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، بعدها تعرضنا لنظرية عدم توازن التقمص theory empathy imbalance حيث يرى أصحابها أنه إن كان لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد خلافاً في التقمص المعرفي فإنهم في المقابل يملكون تقمصا وجدانيا سليما إلى حد أنه يفوق المعتاد، وتشير إليه بأنه نوع من فرط في الصحة التقمصية .



## الفصل الرابع:

# الإجراءات المنهجية للدراسة

## الميدانية

تمهيد

1 - منهج الدراسة

2 - مجموعة الدراسة وخصائصها

3 - أدوات جمع البيانات

1-3 - المقابلة العيادية نصف الموجهة.

2-3 - استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن إجراءات الدراسة الأساسية.

4- اجراءات الترجمة في الدراسة الحالية

5- تنقيط الاستبيان .

خلاصة

**تمهيد:**

بعدما حاولنا في الجانب النظري التطرق لكل مفاهيم البحث بنوع من التفصيل، والتي شملت التقمص الوجداني والتوحد و كذا النظريات المفسرة لاضطراب التوحد، سوف نحاول الآن التطرق للجانب التطبيقي الذي ينقسم إلى فصلين أساسيين: فصل خصص للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية وفصل خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها .

**1- منهج الدراسة:**

إن موضوع بحثنا والمتمثل في المشاركة الوجدانية (التقمص الوجداني) لدى أطفال التوحد، دفع بنا إلى إتباع المنهج العيادي أو منهج دراسة حالة. باعتباره يركز على العمليات والعوامل والمظاهر التي يقوم عليها نموذج الحالة سواء كان شخصا أو أسرة أو جماعة. والتعرف على أبعاد مشكلة معينة بها، من أجل تهيئة الظروف الملائمة لإجراء بحث أكثر شمولاً على الحالة نفسها، وهناك عدة تعريفات لمنهج دراسة الحالة خاصة وأن عددا من الباحثين يشير إلى أن دراسة الحالة منهج في البحوث النفسية يمكن عن طريقه جمع البيانات ودراستها بحيث نستطيع أن نرسم من خلالها صورة كلية لوحدة معينة في العلاقات والأوضاع الثقافية المتنوعة، كما تعتبر في الوقت نفسه تحليلاً دقيقاً للموقف العام للفرد، كما يمكن تعريف دراسة الحالة على أنها أداة قيمة تكشف لنا واقع حياة شخص معين منذ ميلاده وحتى الوقت الحالي(س ملحم، 2017، ص 390-391).

**2- مجموعة الدراسة وخصائصها:**

تتلخص إجراءات الدراسة الميداني فيما يلي:

**1-2- مكان وزمان إجراء الدراسة:**

لقد قمنا بإجراء هذه الدراسة، في مركز جمعية الأمل بالولاية المنتدبة بعين ولمان ، وما دفعنا لاختيار هذه الأخيرة لتواجد حالات كثيرة لأطفال التوحد على اعتبار أن الجمعية تستقبل الحالات من 05 بلديات هي عين ولمان ، صالح باي، الرصفة ، أولاد تبان، راس ايسلي. هذا ما سهل علينا الحصول على حالة تستوفي الشروط السابقة الذكر. إضافة إلى قرب الجمعية من مقر سكننا، وكذا التسهيلات التي تلقيناها من إدارة الجمعية والأخصائيين النفسيين.

أما عن زمان إجراء هذه الدراسة فقد قمنا بالمقابلة العيادية نصف الموجهة وتطبيق الاختبار مع الحالة في الفترة الممتدة من تاريخ 2020/02/23 إلى غاية 2020/03/08، وهذا وفق برنامج حدد من طرف مديرة الجمعية، لكن وللأسف وبعد مقابلتنا للحالة الأولى جاء قرار غلق الجمعية بسبب تفشي فيروس كورونا وتطبيقا لإجراءات الحجر الصحي، مما حال دون مقابلة حالات أخرى واكتفاءنا بحالة واحدة فقط.

وتجدر الإشارة أننا استخدمنا اللغة العامية مع الحالة سواء أثناء المقابلة نصف الموجهة وكذا عند تطبيق استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن.

### 3- أدوات جمع البيانات:

#### 3-1- المقابلة العيادية نصف الموجهة:

إن المقابلة العيادية نصف الموجهة حوار يدور بين الباحث والمفحوص، يبدأ بخلق علاقة ودية بينهما ليضمن الباحث الحد الأدنى من تعاون المفحوص بعد أن يشعر الباحث أن المفحوص على استعداد للتعاون معه يبدأ بطرح الأسئلة التي يحددها (م عليان، 2000، ص102). تم اختيارنا للمقابلة العيادية نصف الموجهة لكونها تزودنا بمعلومات عن الحالة و التي قد لا يكشف عنها استبيان تشخيص التوحد ذو المستوى العالي أو تناذر اسبرجر لدى الأطفال والمراهقين : استبيان التوحد، استبيان المشاركة الوجدانية مثل الانفعالات والإيماءات.

كما أن المقابلة تجعلنا نتعامل مع الحالة مباشرة، مما يساعدنا أكثر على فهم المشاركة الوجدانية ومحاولة إزالة الغموض الذي يحيط بها و رصد المعلومات خاصة الانفعالات لدى الحالة.

وقد احتوى دليل المقابلة العيادية على سبعة محاور أساسية بدأت بمعلومات أساسية عن الحالة ثم انتقلنا فيه إلى محور الحمل والرضاعة ثم محور النمو الحس حركي للحالة حيث قسمناه إلى مراحل ممتدة من الولادة إلى السنة العاشرة، وبعده محور السلوكات والنشاطات اليومية، ثم محور النمو النفسي وبعده محور ضعف التواصل والصعوبات في العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى ذلك تطرقنا إلى محور الجانب اللغوي و اختتمنا دليل المقابلة بمحور الجوانب الانفعالية.

## 3-2- استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن:

يعتبر هذا الاستبيان أول وسيلة شاملة باللغة الفرنسية من أجل تشخيص اضطراب أطياف التوحد بدون نقص معرفي «التوحد ذو المستوى العالي» أو تناذر أسبرجر إلا ان استعمال الاختبارات التشخيصية من طرف الإكلينكيين في المرحلة الأولى، يسمح بتشخيص واكتشاف جيدين للأطفال الذين يحتمل أن لديهم اضطرابا معينا مما يحسن التكفل بهم، ففي المملكة المتحدة قدم العالم بارون كوهين **Baron kohen** ومجموعة من رفقائه ثلاث استبيانات لهذا الغرض وهي: مقياس أطياف التوحد **Quotient de spectre**. ومقياس آليات التنظيم **de l'autisme (AQ)** مقياس التقمص الوجداني **Quotient d'empathie (EQ)**. ومقياس آليات التنظيم **Quotient de systematisation (SQ)**. وتم ترجمة هذه الاستبيانات الثلاث إلى اللغة الفرنسية وتقديمها كأداة تشخيصية في فرنسا. للاستفادة من تطبيقاتها على الأطفال التوحديين من دون نقص معرفي أو ذوي تناذر أسبرجر والأطفال الأسوياء كقناة ضابطة.

ومن أجل تطويع هذه الأداة قامت **ساندرين سوني Sandrine Sonié** ورفقائها بترجمة هذا الاستبيان إلى اللغة الفرنسية، إذ تطلب ذلك إنجاز ترجمتين معا، استلزمها إجراء ترجمتين متقابلتين وجلسيتين للمجانسة، وكان ذلك بطريقة مستعرضة ومن ثم تم مقارنة النتائج المتحصل عليها في المقاييس الثلاثة التي تم ملؤها من طرف الأولياء الموزعين إلى أربعة أفواج، 100 مراهق وطفل ( 50 من الذين يزيد ذكاؤهم عن 85، و 50 من الذين يتراوح ذكاؤهم من 70 إلى 85) و 50 طفلا من ذوي الاضطرابات العقلية الأخرى، و 200 طفلا من المجموعة الضابطة.

وقد كانت الخطوات المتبعة في الترجمة كآلاتي:

- مراقبة المعاني (هل تم احترامها أم لا؟).

- اختيار الترجمة الأفضل من بين الترجمات المقترحة، وذلك على مستوى الشكل في حال اختلفت التراجم، لكن مع مراعاة المعنى الصحيح. (خ بوعافية، 2014، ص158).

**4- إجراءات الترجمة في الدراسة الحالية:**

تمت ترجمة الأداة إلى اللغة العربية من طرف الباحث خالد بوعافية إذ إزاء ذلك باتباع الخطوات التالية :

أولاً: الترجمة من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحث بمساعدة أساتذة متخصصين في اللغة الفرنسية .

ثانياً: تمرير الاستبيان على عينة صغيرة من الأولياء لتقييم مدى وضوح العبارات وصلاحيّة التعليمات

ثالثاً: عرض الاستبيان على أخصائيين في علم النفس في كل من الجامعات التالية: تلمسان، الشارقة، الكويت، تونس لإبداء آرائهم ومدى ملاءمة العبارات لقياس الخاصية التي تقيسها .

رابعاً: إجراء التعديلات في صيغ بعض العبارات حسب اقتراحات المختصين اللغويين والنفسانيين، بما يتلاءم مع الخصائص الثقافية واللغوية للبيئة الجزائرية

خامساً: عرض هذه النسخة على أساتذة في اللغة الفرنسية لترجمتها عكسياً أي من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية. ثم مقارنتها بالنسخة الأصلية لتقييم مدى الحفاظ على صحة اللغة.

سادساً: تطبيق الصورة النهائية للاستبيان باللغة العربية على عينة من أفراد المجتمع الجزائري من أجل التأكد إحصائياً من خصائصه السيكميترية. ( خ بوعافية، 2014، ص159).

**5- تنقيط الاستبيان:**

أولاً: يتم تنقيط استبيان التوحد كما يلي:

- البدائل " موافق تماماً" و " أميل إلى الموافقة" تعطى 1 نقطة بالنسبة للعبارات التالية: 42، 43، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100.

البدائل: " لا أميل إلى الموافقة" و " غير موافق تماماً" تعطى 1 نقطة بالنسبة للعبارات التالية:

15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90، 91، 92، 93، 94، 95، 96، 97، 98، 99، 100.

ثانيا: يتم تنقيط استبيان التقمص الوجداني كما يلي:

البدائل: " موافق جدا "يأخذ 2 نقطة، و " أميل إلى الموافقة" تعطى 1 نقطة للعبارات التالية :

3، 11، 13، 14، 15، 21، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 29، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41.

البدائل: " لا أميل على الموافقة" يأخذ 2 نقطة، و "موافق تماما" تعطى 1 نقطة للعبارات التالية:

2، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 10، 12، 16، 17، 18، 19، 20، 25، 30، 31، 32، 33

(خ بوعافية، 2014، ص160).

#### خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى ذكر الخطوات المنهجية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة، حيث استعنا بالمنهج العيادي، استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، حيث تم التطبيق على حالة طفل يعاني من اضطراب التوحد وسنحاول في الفصل الموالي معرفة النتائج المحصل عليها من خلال الأدوات السابقة الذكر.

**الفصل الخامس : عرض ،  
تحليل ، تفسير ومناقشة  
النتائج**



## تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الحالة .

1-1 - عرض وتحليل نتائج الحالة

1-2 - عرض وتحليل نتائج اختبار التوحد للحالة

2 - تفسير ومناقشة النتائج

3- توصيات و اقتراحات

خاتمة

**تمهيد:**

في هذا الفصل الأخير سوف نقوم بعرض، تحليل، تفسير ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها مع الحالة التي تم مقابلتها، وتطبيق استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن عليها، وسوف تكون البداية بنتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة، تليها نتائج استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن للحالة وفي الأخير سنقوم بتقديم عرض وتحليل نتائج الاستبيان للحالة.

**1- عرض، تحليل وتفسير نتائج الحالة:****1-1- عرض وتحليل نتائج الحالة:****المعلومات الأساسية للحالة:**

اسم الطفل: عبد الجليل

تاريخ الميلاد: 28 أوت 2011

عدد الإخوة: 02 ( أخ و أخت )

الرتبة بين الإخوة: الأخير بين إخوته

ظروف الحمل: عادية مع أن الأم تناولت أدوية مساعدة للحمل

عمر الأم عند الزواج: 27 سنة

عمر الأم عند ولادة الطفل: 30 سنة

المستوى الاقتصادي للعائلة: متوسط

لا توجد سوابق مشابهة في العائلة

المستوى الدراسي للطفل: الأولى ابتدائي

سن التوجه للمركز: 5 سنوات

**أولاً: ملخص المقابلات:**

يبلغ الطفل من العمر 9 سنوات وهو الابن الأكبر لأبوين لا يقربان لبعضهما، لديه أخ وأخت أقل منه سناً، الأب يعمل بقطاع الدرك الوطني والأم مأكثة بالبيت، كانت ولادته عن طريق عملية قيصرية أما الرضاعة فقد كانت طبيعية، وذكرت الأم أن طفلها كان كثير الجلوس أمام التلفاز ومشاهدة برامج الأطفال لساعات طويلة، كما يذكر أن أمه كانت شديدة الحماية والحرص عليه، وقد لاحظت الأم غيرة الطفل الكبيرة والواضحة عند ولادة أخته التي تصغره بعامين، وهذا ما أدى به إلى التبول اللاإرادي إلى غاية الآن وما زاد من إثارة غيرته ولادة أخيه الأصغر.

لاحظت الأم على طفلها بعض السلوكيات الغريبة عليه، كالصراخ لأبسط الأشياء، عدم تفاعله وتجاوبه عند مناداته، التيهان وعدم رغبته في اللعب بالألعاب، بل يقوم بتكسيروها.

انضم عبد الجليل إلى المركز في سن الخامسة من عمره، كان يبدو هادئاً في بداية الأمر، إلا أنه كان غير متفاعل بشكل جيد مع زملائه في المركز بحيث انه كان يجد صعوبة كبيرة في التأقلم مع النشاطات اليومية مع المربيات وكذا مع المختصين النفسيين، وبالنظر إلى رأي الطبيب العقلي والأخصائي النفسي و الأروطوني واعتماداً على الأعراض المرافقة للطفل، فقد شخص على أنه يعاني من اضطراب أو متلازمة اسبرجر.

**ثانياً: تقرير النمو النفسي الحركي للحالة:**

فيما يتعلق بالمرحلة الأولى من عمر الطفل أي من 0 إلى 6 أشهر فقد أكدت لنا الأم أن طفلها كان في تطور عادي كالنظر إليها أو اللعب بأشياء رمزية كلعبة أو الإمساك بإصبع أمه.

وفي النصف الثاني من السنة الأولى (7- 12 شهراً) وفي السؤال المتعلق بمدى قدرة الطفل على مساعدتها في إلباسه أو دفع القدم في الحذاء، فإجابتها كانت ب " لا " حيث أضافت أنها كانت تجد صعوبة كبيرة سواء في إلباسه أو تغيير ملابسه.

أما بين ( 13 و 18 شهراً ) قالت الأم يجب مساعدته في شربه وأكله لأنه لم يكتسب مهارة مسك الملاعقة، أما حذاه فيستطيع نزعه لوحده.

ومن ( 19 و 24 شهر ) ذكرت الأم أن طفلها أصبح يفرق بين الأطعمة والأشياء التي لا تؤكل، كما انه يستطيع المضغ ويطلب بعض الأطعمة التي يرغب في تناولها إلا انه حسب أمه مازال لم يكتسب مهارة خلع الملابس لوحده دون مساعدة.

أما في المرحلة الممتدة من ( 25 و 30 شهرا ) أخبرتنا الأم أن عبد الجليل كان يعاني من عدم القدرة على إدراك الأخطار التي قد تواجهه، بينما تطورت قدرته على إطعام نفسه و تنظيف يديه. كما إن الطفل حسب الأم لم يبدي أي تطور خلال السنين والنصف إلى الثلاث سنوات الأولى من عمره خاصة فيما تعلق باعتماده على نفسه في اللباس.

أما في مرحلة 4 سنوات إلى 5 سنوات ونصف اكتسب الطفل عبد الجليل أسلوب النظافة ولكنه وكان قادرا على تناول الطعام لوحده، ولكنه مازال يتبول لاإراديا في فراشه ليلا.

أما في المرحلة الممتدة من 5 سنوات إلى 6 سنوات ونصف مازال عبد الجليل يتبول أحيانا في فراشه ليلا، لكنه يستطيع استعمال أدوات الطعام بصفة مطلقة إذ انه يحمل الطعام بيده، كما لم يكن قادرا على فرش أسنانه أو مشط شعره.

وفي المرحلة الممتدة بين 7 سنوات ونصف إلى 8 سنوات لم يكن قادرا على تفكيك لعبة او إعادة تركيبها، إلا أنه أصبح قادرا على الاغتسال بشكل مقبول دون مساعدة فرد آخر، ولم يكن لديه اهتمام بترتيب ملابسه وفرش نوم، أو اختيار الملابس المناسبة للطقس.

من 8 سنوات إلى 10سنوات: أصبح بإمكان عبد الجليل الذهاب إلى بعض المحلات القريبة و شراء بعض المستلزمات.

**ثالثا: النقاط الحساسة المستخلصة من الحالة(فيما يتعلق بالتوحد من نمط اسبرجر):**

من خلال المقابلة والمعطيات التي أدلت بها الأخصائية النفسانية والمربيات وكذا أم الحالة عبد الجليل توصلنا إلى ما يلي:

**فيما يتعلق بالنمو النفسي:**

من العلامات التي كانت بادية على الطفل والمتعلقة بتأثيرات النفسية النمائية هو التأخر الواضح والجلي في النمو الحركي والفكري وعدم القدرة على اكتساب المهارات، إضافة إلى الأفعال النمطية التكرارية وسلوكات متكررة وغير مرغوبة فيها خاصة البكاء المستمر لأبسط الأمور.

**الصعوبات في العلاقات الاجتماعية:**

وجد الطفل عبد الجليل صعوبات اجتماعية سواء داخل المركز، أو على مستوى المدرسة، كصعوبة التواصل والتجاوب مع أقرانه وكذا المشاركة في الألعاب الجماعية مع زملائه، من جهة أخرى لوحظ عليه عدم التجاوب مع المختصين أثناء عملية العلاج خاصة في البداية.

**ضعف التواصل الغير لفظي:**

في المراحل الأولى من عمره كان الطفل عبد الجليل يعبر على رغبته في الحصول على الأشياء أو الأكل أو الشرب بواسطة البكاء فقط، وأيضا يتجنب المشاركة في التواصل مع إخوته وحتى في المركز مع زملائه. أما عن التواصل البصري، فكان لا يركز مع الآخرين سواء مع الكبار أي الأطباء و المربيات، أو حتى أثناء اللعب أو محاولة الأخصائي مشاركته في بعض التعبيرات أو الإشارات.

كما لوحظ على الطفل عدم رغبته في الدراسة وفي النشاطات اليومية خاصة في بداية الشهر الأول، وظهر عليه الجانب الانفعالي من صراخ وبكاء شديد عند الذهاب إلى المركز، والتركيز على اللعب بلعبة واحدة، مع رفض تغييرها بشدة.

**الجوانب اللغوية:**

تقول الأم أن عبد الجليل بعد فترة شهرين في المركز أصبح يحاول التواصل مع إخوته وكذا أصدقائه لكن مشكل النطق لديه وعدم قدرته على إخراج الكلمة بشكل صحيح حال دون تمكنه من التواصل بشكل سليم، وممارسة نشاطاته اليومية سواء في المنزل أو في المركز بسهولة.

في سن الثامنة أصبح إدراكه اللغوي أكثر سلامة وتجاوز بعض الصعوبات والمشكلات في إخراج الصوت واللغة، وذلك بمساعدة مختص أرطفوني والالتزام بعدة جلسات منتظمة ومتواصلة مع مساعدة الأم بتمارين لغوية في المنزل من اقتراح المختص الأرطفوني.

### الجوانب الانفعالية:

لقد لوحظ أن عبد الجليل وغيره من الأطفال الذين يعانون من نادر متلازمة أسبرجر لا يبدون استجابة انفعالية ملائمة للموقف المثير وبالتالي استجابة لا تتوافق معه، كالاتساماة وتعابير الفرح في المواقف الموافقة لذلك وغيرها من التعابير الانفعالية الأخرى.

أيضا المشاركة الوجدانية تبقى غائبة لديهم، أي عدم فهم ومشاركة الآخرين من خلال الإيماءات أو الملامح. في الأخير وفي ضوء النتائج المتوصل إليها من خلال المقابلة و استبيان تشخيص التوحد أو تناذر أسبرجر لدى الأطفال والمراهقين لبارون كوهن المطبق على الحالة يمكننا القول أنه قد تم إثبات فرضية دراستنا التي تنص على أن طفل التوحد يعاني من اضطراب في المشاركة الوجدانية، وهذا يظهر جليا خاصة من خلال الضعف الواضح في الجوانب اللغوية والانفعالية وكذا التواصل غير اللفظي بالإضافة إلى الصعوبات في العلاقات الاجتماعية، ناهيك عن نتائج الاستبيان التي تؤكد نتائج المقابلة والتي تدل على أن الطفل عبد الجليل يعاني من اضطراب ونقص واضح في المشاركة الوجدانية.

### 1-2- عرض وتحليل نتائج اختبار التوحد للحالة:

حصل عبد الجليل على 28 نقطة في البعد الذي يقيس الأعراض التوحديّة ضمن الاستبيان وهو مؤشر على الاضطراب في هذا المجال أي أن عبد الجليل يعاني من التوحد، كما تحصل على 20 نقطة في البعد الثاني الذي يخص النقص الوجداني من ذات الاستبيان وهو دليل ومؤشر على الاضطراب في النقص الوجداني.

## 2- تفسير ومناقشة النتائج:

إن ما يعرف بنظرية "الأم الثلجة" الآن فقدت مصداقيتها إلى حد كبير من قبل علم الأعصاب الإدراكي، فلقد جرمت هذه النظرية الأم التي تقتصر إلى التعاطف مع طفلها المصاب بالتوحد وجعلتها المسؤولة عن الانسحاب العاطفي وعدم المشاركة الوجدانية لهذا الأخير. لقد أثار الباحثان البريطانيان سيمون بارون كوهين وأوتا فريث في عام 1985، عدم وجود نظرية العقل، وعدم قدرة الناس المصابين بالتوحد لفهم نوايا ومشاعر الآخرين. وقد أظهرت الأبحاث اللاحقة أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد ليسوا خالين تماما من المشاركة الوجدانية، ولكن المشاركة الوجدانية التي تستند على العمليات المعرفية الواعية والعمليات المنطقية التي تأخذ في الاعتبار سوى القليل من القبول الاجتماعي، بدلا من العمليات التلقائية والاجتماعية بين الناس غير المصابين بالتوحد، أو عدم التوازن بين المشاركة الوجدانية والمعرفية، وقد تبين أن للأشخاص الذين يعانون من التوحد أيضا حافز ضئيل في المواقف الاجتماعية وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا حيث أن الطفل عبد الجليل قد أبدى نفس الأعراض من حيث عدم التوازن بين المشاركة الوجدانية والمعرفية في المواقف الاجتماعية.

لذلك يرى دونالد وآخرون 2016 من خلال الدراسة الطولية التي قاموا بها والتي اهتمت باختلاف في جينات الأوكسيتوسين مستقبلات (OXTR) والتفاعلات الأولى بين الوالدين والطفل وتوقع سلوك المشاركة الوجدانية في وقت لاحق وقد ضمت الدراسة 84 طفل معرضون لخطر عائلي وكذا ارتفاع أو انخفاض في اضطراب طيف التوحد، وقد تم قياس التفاعل بين الوالدين والأطفال في 15 و 18 شهرا من العمر أثناء جلسات اللعب. وقد تم قياس المشاركة الوجدانية في 24 و 30 شهرا باستخدام استجابة الاستغاثة اتجاه الوالدين. في حين لم يكن هناك ارتباط مباشر بين نوعية التفاعل بين الوالدين والطفل أو OXTR والمشاركة الوجدانية، وتشير النتائج إلى أن التفاعل بين OXTR وأوائل التفاعلات بين الوالدين والطفل يتوقع الفروق الفردية في المشاركة الوجدانية لدى الأطفال الذين هم في خطر عائلي وكذا النمو الاجتماعي، النتائج تتماشى مع نموذج التفاضلية و القابلية التي يكون فيها البديل OXTR قد يزيد من بروز النمو الاجتماعي للأطفال الذين يعانون من التوحد.

جزء من هذه الدراسة يتفق مع دراستنا وهو المتعلق بالتفاعل بين الوالدين والأطفال أثناء جلسات اللعب وهو ما حدث مع الطفل عبد الجليل حيث انه لم يبدي استجابات انفعالية سواء مع الوالدين أو الإخوة في سن

مبكرة، أما الجزء المتعلق بالخطر العائلي في هذه الدراسة فهو يتعارض مع دراستنا لان الطفل عبد الجليل لا يعاني من خطر عائلي.

(McDonald and all ، APA ، PsycInfo Database Record ، 2016 ، p56.)

ويؤكد جينبار وآخرون 2016 من خلال مقالهما أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد قد يكونوا حساسين على حد سواء، وغالبا ما يكونوا أكثر حساسية لمشاعر الآخرين، وربما في بعض الأحيان أن تطغى عليها. الكثافة، والضغط، والطاقة، والتعقيد و / أو سرعة المشاعر والعواطف المنقولة بواسطة حركات الوجه والجسم من شخص آخر في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية هنا والآن، وغالبا ما تكون مرتفعة للغاية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من التوحد، و تفوق قدرتهم على معالجة وتصفية المعلومات، وتخلق لديهم ردود فعل من الإثارة والتوتر، مما يؤدي إلى التجنب، والانسحاب، والإثارة ، وما إلى ذلك، حسب الاقتضاء. هذه الظواهر تعوق التنمية في وقت مبكر لآليات التكيف والمشاركة الوجدانية، ووضع هذه المشاعر وتدوين تصور هذه الحالات العاطفية والتغيرات، و فهم الحالات الذهنية للآخرين و التعاطف والمشاركة الوجدانية في نهاية المطاف وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا كذلك .

(B Gepner ، CTardif ، 2016 ، pp.207–220.)

لقد افترضت بعض الدراسات الحديثة أن هذه العاهات الاجتماعية المزعومة لدى أطفال التوحد سيكون بطريقة أو بأخرى نتيجة للتحييز المنهجي، على سبيل المثال الدراسة التي قام بها هيسمان وغليسيبي 2018 في تحليل التفاعلات والمشاركة الوجدانية بين أطفال التوحد عند جلسات لعبة فيديو. وقد درس المؤلفين الأطر الاجتماعية للتوحد في حد ذاته، دون مقارنتها مع تلك عند الأطفال غير المصابين بالتوحد. ووجد الباحثان أن الآليات الخاصة بالتوحد والمستخدمة من قبل المشاركين للتفاعل مع بعضهم البعض يمكن أن تسهل العلاقات الاجتماعية بينهم وتزيد من المشاركة الوجدانية، على الرغم من أن التفاعلات التي تبدو غير متناسقة مع المعايير العصبية وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا كذلك حيث أن الطفل عبد الجليل ظهر عليه تحسن كبير في العلاقات الاجتماعية خاصة مع أقرانه في المركز .

(B Heasman ، & Gillespie ، 2016 ، p22.)



وتؤكد دراسة يومينغ سونغ وآخرون 2019، والتي هدفت هذه الدراسة إلى تأثير الجنس في ضعف المشاركة الوجدانية لدى من يعانون من اضطراب التوحد، وأظهرت النتائج أن ضعف المشاركة الوجدانية واضحا عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد غير محددة السبب. وقد أظهر نموذج الانحدار وحيد المتغير اعتدال بين الجنسين في انخفاض قيمة المشاركة الوجدانية، وتساهم هذه النتائج في إنهاء الجدل حول سلامة المشاركة الوجدانية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وتسلط الضوء على أبحاث المستقبل حول أسباب ضعف المشاركة الوجدانية لدى هذه الفئة. وبشكل أكثر تحديدا يجب على الدراسات اللاحقة أن تميز مكونات المشاركة الوجدانية وتحدد دور الجنس والعمر عند إظهار ضعف المشاركة الوجدانية عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد.

(Y Song & ALL، 2019، pp22-24.)

صحيح أن الباحثين قد افترضوا على مدى عقود أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد يفتقرون إلى التعاطف المعرفي مثل ما قيل حول نظرية العقل أو نظرية "empathising-systemising" لبارون كوهين، وعلاوة على ذلك، إن السلوك الاجتماعي من حيث عدم الاستقرار الاجتماعي من شأنه أن يكون موجودا "داخل" الدماغ لدى طفل التوحد. ومع ذلك، فقد انتقدت هذه الافتراضات. ويمكن تفسير ما يسمى العجز في المشاركة الوجدانية في التوحد على خلاف ذلك: حيث يجوز لنا تعيين هذه القدرات الهامة للمشاركة الوجدانية، أو حقيقة أنها في حاجة إلى وقت لمعالجة المعلومات في دماغ طفل التوحد على خلاف الطفل العادي للوصول إلى فهم مشاعر الآخرين والوصول إلى أكبر قدر ممكن من التعاطف المعرفي والمشاركة الوجدانية، وهذا دليل على الاختلاف في الطريقة التي واجهت الأشخاص المصابين بالتوحد مقارنة بالأشخاص العاديين.

### خاتمة :

في ختام بحثنا هذا والموسوم المشاركة الوجدانية لدى أطفال التوحد، والذي طرحنا فيه الإشكال التالي: هل يعاني طفل التوحد من اضطراب في المشاركة الوجدانية؟. وكان هدفنا الوصول إلى ما إذا كان أطفال التوحد موضوع دراستنا يعانون من اضطراب في المشاركة الوجدانية وصعوبة في فهم مشاعر الآخرين أو العكس.

وقد توصلنا من خلال نتائج بحثنا إلى أن أطفال التوحد موضوع دراستنا يعانون من اضطراب وضعف في المشاركة الوجدانية ومنه صعوبة في فهم مشاعر الآخرين والتفاعل معها، بالإضافة إلى أن فرضية الدراسة قد تحققت. إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يعانون من اضطراب أو ضعف في المشاركة الوجدانية، وغالبا ما يكونوا أكثر حساسية لمشاعر الآخرين، وتفوق قدرتهم على معالجة وتصفية المعلومات، وتخلق لديهم ردود فعل من الإثارة والتوتر، مما يؤدي إلى التجنب، والانسحاب، والإثارة، وما إلى ذلك، حسب الاقتضاء. هذه الظواهر تعوق التنمية في وقت مبكر لآليات التكيف والمشاركة الوجدانية.

### توصيات و اقتراحات:

بناء على ما توصلنا إليه في دراستنا هذه سنحاول تقديم بعض المقترحات التي نراها ضرورية لمساعدة أطفال التوحد في تحسين عملية التواصل لديهم وخاصة ما تعلق منها بالمشاركة الوجدانية بصورة مريحة قدر الإمكان ومن بين ما نقترح ما يلي:

- نقترح القيام بفحوصات متعددة الاختصاصات لأطفال التوحد ( نفسية، عقلية، عصبية...الخ) وذلك لمحاولة فهم المشاركة الوجدانية لديهم وتحديد أسباب ضعفها.
- ضرورة الاهتمام بالمشاركة الوجدانية عن طريق الفحوصات النفسية الدورية طوال فترة متابعة طفل التوحد بالمراكز المختصة.
- ضرورة البحث الجاد لمحاولة وضع برامج علاجية نفسية مهمتها تنمية المشاركة الوجدانية لدى أطفال التوحد.
- ضرورة القيام بدراسات معمقة في مجال المشاركة الوجدانية لأطفال التوحد ومدى تأثيرها في ظهور الاضطرابات النفسية لديهم، خاصة مع تزايد الإصابة بهكذا اضطرابات لدى الأطفال في مجتمعنا الجزائري.
- القيام بحملات تحسيسية لتشجيع الأولياء على الاستشارة النفسية المبكرة لأطفالهم.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع:

- 1- العبادي رائد خليل.(2006).التوحد، ط1، مكتبة المجتمع العربي، عمان.
- 2- أسامة فاروق مصطفى وآخرون.(2010).التوحد-الأسباب -التشخيص-العلاج، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 3- الإمام محمد صالح وآخرون.(2010).التوحد ونظريات العقل، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 4- أبو الفتوح عمر محمد كمال.(2011).الأطفال الأوتستيك ماذا تعرف عن أطفال الأوتيزم، ط1، دار زهرا للنشر والتوزيع، عمان.
- 5- الحمادي أنور.(2015).معايير DSM-5، إعداد وتوزيع أ.جهاد محمد حمد.
- 6- الشرفاوي محمود عبد الرحمن عيسى.(2018).التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دسوق.
- 7- حمودي أسماء وآخرون.(2018).النظريات المفسرة لاضطراب التقمص لدى الحالات التي تعاني من التوحد. وحدة البحث تنمية الموارد البشرية جامعة سطيح.
- 8- ربحي عليان مصطفى وآخرون. ( 2000 ). مناهج وأساليب البحث العلمي .الأردن، دار الصفاء.
- 9- شاكر مجيد سوسن.(2010).التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، ط2، دار ديبينو للنشر والتوزيع، عمان.
- 10- شويخ هناء وآخرون.(2017).علم النفس المرضي، ط12، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 11- فرح سهيل تامر.(2015).التوحد التعريف الأسباب التشخيص والعلاج، ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان.
- 12- ملحم محمد سامي.( 2017 ).مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط9، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن.

- 13- Aronfreed.J.& Berkwitz.L (1970).The socialization of altruistic and sympathetic behavior:some theoretical and experimental analysis.in macaulay.altruistic and helping behavior .new york Macademic press.
- 14- Bohart.A ،& Greenberg ،L.(1997).Empathy:were are we and were do we go from here.in Bohart.A ،& Greenberg ،L(eds). Empathy Reconsidered. new directions in psychology.washington ،DC:Amerecan psychological Association.
- 15- Ciramicoli ،A ،& Ketcham ، K.(2000). The power of empthy. new york.
- 16-Davis ،M.(1983).Measuring individual differences in empthy: Evidence for a multidimensional approach. journal of personality & social psychology.
- 17-Eisenberg ، N.(2000). Empthy and sympathy. in Lewis ،M.& Haviland-Jones ، J(eds) ، Handbook of emotions 2nd ed ، new york: Guilford press.
- 18- Hoffman ، M.(2000). Empthy and moral development : implications for caring and justice . new york: Cambridge university press.
- 19- Malcolm ، W ، & Greenberg ، L.(2000).Forgiveness as a process of change in individual psychotherapy. in Mccullough ، M. pargament ،K ، & Thoresen ، C(eds) ، Forgiveness: Theory ، research and practice ، new york :Guildford.
- 20- Nussbaum ، M.(2001). Upheavals of thought : the intelligence of emotions ، cambridge : cambridge university press.
- 21- Rossi ،A ،(2001).Caring and doing for others : Social responsibility in the domains of works ، family ، and community. Chicago: university of Chicago press.
- 22- Selman ، R.(1980). The growth of interpersonal understanding . new york: academic press.

23- Danielle bons ،egone van den broek ،floor scheepersm piere herpersm nanda rommelse ،jan k.motor emotional and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder ،Springer Science+Business Media New York 2012

24- Gepner B ، Tardif C. Empathie et autism : une question subtile ، un enjeu important. In M Dugnat (Ed) ، Empathie autour de la naissance. Toulouse ، Erès ، 2016 ، pp. 207-220.

25-Heasman ،B. & Gillespie ، A. (2018). Neurodivergent intersubjectivity: Distinctive features of how autistic people create shared understanding. *Autism* ، 136236131878517. <https://doi.org/10.1177/1362361318785172>

26- Milton ، D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: the 'double empathy problem.' *Disability & Society* ، 27(6) ، 883-887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>

27- McDonald ، N. M. ، Baker ، J. K. ، & Messinger ، D. S. (2016). Oxytocin and parent-child interaction in the development of empathy among children at risk for autism. *Developmental Psychology* ، 52(5) ، 735-745. <https://doi.org/10.1037/dev0000104>

28- Nurit Yirmiya Marian D. Sigman Connie Kasari Peter Mundy ،

Empathy and Cognition in High-Functioning Children with Autism

First published:February 1992

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb03603>

29- Youming Song ، Tingting Nie ، Wendian Shi ،\* Xudong Zhao ، and Yongyong Yang ،Empathy Impairment in Individuals With Autism Spectrum Conditions From a Multidimensional Perspective: A Meta-Analysis ،Published online 2019 Oct 9. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01902

مواقع الانترنت:

- <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar30>

الملاحق

## ملحق رقم " 1 "

## سلم أطياف التوحد للطفل عبد الجليل

الرقم	العبارة	موافق تماما	أميل إلى الموافقة	لا أميل إلى الموافقة	غير موافق تماما
01	يفضل ابني القيام بأعماله لوحده على أن يقوم بها مع آخرين.		×		
02	يفضل ابني فعل الأشياء دائما بنفس الطريقة، مرات ومرات.	×			
03	عندما يحاول ابني تخيل شيء ما، فإنه يجد الصورة في ذهنه بكل سهولة.				×
04	غالبا ما ينشغل ابني بشيء ما و يغوص فيه، إلى درجة أن يفقد اهتمامه بالأشياء الأخرى.	×			
05	غالبا ما يلاحظ ابني المثيرات الصوتية التي لا ينتبه إليها الآخرون.			×	
06	ابني متعود على ملاحظة لوحات ترقيم السيارات أو أشياء أخرى من نفس القبيل.	×			
07	غالبا ما نخبر ابني أن ما يقوله ليس مهذبا، حتى عندما يظنه هو انه مهذب.				×
08	عندما يقرأ ابني قصة ، فإنه يستطيع بسهولة تخيل شخصياتها.			×	
09	ابني جد مهتم بالتواريخ.				×
10	في مجمع من الناس، يستطيع ابني متابعة الحوارات بكل سهولة.			×	
11	بيدي ابني ارتياحا في المواقف الاجتماعية.			×	
12	يميل ابني إلى ملاحظة التفاصيل التي لا يهتم بها الآخرون.	×			
13	يفضل ابني الذهاب إلى المكتبة على الذهاب إلى الحفلة.				×
14	يجد ابني سهولة في اختراع القصص.			×	
15	ابني منجذب للأشخاص أكثر من انجذابه للأشياء.	×			
16	ابني يميل إلى الحصول على مراكز اهتمام مميزة، وينفعل بشدة إذا لم يتمكن منها.				×
17	ابني يحب الثرثرة.			×	
18	عندما يتكلم ابني، لا يترك مجالا للآخرين ليتكلموا.			×	
19	ابني جد مهتم بالأرقام.			×	
20	عندما يقرأ ابني قصة، فإنه يجد صعوبة في فهم على مقاصد الشخصيات.				×
21	لا يحب ابني قراءة القصص الخيالية خاصة.	×			
22	يجد ابني صعوبة كبيرة في إنشاء صداقات جديدة.	×			
23	يلاحظ ابني انتظام الأشياء طول الوقت مثل (الأشكال، التكرارات، إيقاعات منتظمة).	×			



		×		غالبًا ما يفضل ابني الذهاب إلى المسرح أكثر من الذهاب إلى المتحف.	24
×				لا يغضب ابني عندما تختلط عاداته اليومية.	25
	×			غالبًا ما يصعب على ابني مواصلة حوار ما.	26
	×			يجد ابني سهولة كبيرة في فهم ما بين السطور (المعاني) في كلام الآخرين.	27
			×	عموماً يركز ابني على الشكل العام أكثر من تركيزه على التفاصيل.	28
			×	ابني ليس جيداً في تذكر أرقام الهواتف.	29
		×		عموماً لا يلاحظ ابني التغيرات البسيطة في وضعية ماء، أو مظهر شخص ما.	30
		×		ابني قادر على معرفة ما إذا أراد أحد مضايقته بالكلام.	31
	×			يستطيع ابني القيام بعدة أشياء في وقت واحد.	32
		×		عندما يتحدث ابني في الهاتف فإنه لا يعرف متى يجب عليه أن يتكلم.	33
			×	يحب ابني القيام بالأشياء بعفوية وبدون تخطيط.	34
			×	غالبًا ما يكون ابني هو آخر من يفهم النكتة.	35
		×		يستطيع ابني بسهولة معرفة أفكار أو مشاعر شخص ما فقط من مجرد النظر إلى وجهه.	36
	×			عندما يحدث انقطاع ما، فإن ابني يستطيع بسهولة العودة من حيث انتهى.	37
	×			ابني ماهر في الترتبة.	38
		×		غالبًا ما يقولون أن ابني يدقق في الأمور مرات ومرات.	39
		×		عندما كان ابني صغيراً كان يحب مشاركة الأطفال الآخرين في ألعابهم أو في الألعاب الرمزية مثل (ادوار البيت للبنات، الشرطي و السارق للأولاد).	40
	×			يحب ابني تجميع المعلومات حول أصناف الأشياء مثل (السيارات، العصافير، النباتات).	41
		×		يجد ابني سهولة في تخيل كيف سيكون الأشخاص الآخرون.	42
		×		يحب ابني التخطيط لنشاطاته باهتمام.	43
		×		يحب ابني الأحداث الاجتماعية ( أعياد ميلاد، أعراس الخ).	44
		×		يجد ابني صعوبة في التعرف على نوايا أو مقاصد الآخرين.	45
			×	غالبًا ما يقلق ابني من الأحداث الجديدة.	46
	×			يحب ابني التعرف على أشخاص جدد.	47
			×	ابني دبلوماسي جيد	48
		×		ابني ليس ممتازاً في تذكر تواريخ ميلاد الآخرين.	49
	×			يحب ابني اللعب مع أطفال لديهم ألعاب رمزية.	50

## ملحق رقم " 2 "

### سلم التقمص الوجداني للطفل عبد الجليل

الرقم	العبارة	موافق تماما	أميل إلى الموافقة	لا أميل إلى الموافقة	غير موافق تماما
1.	يفهم ابني بسهولة إذا طلب منه شخص ما الدخول في حوار معه.		×		
2.	يجد ابني صعوبة في شرح أشياء فهمها هو بسهولة لأشخاص آخرين لم يفهموها من المرة الأولى.		×		
3.	يحب ابني كثيرا العناية بالآخرين.			×	
4.	يجد ابني صعوبة في التصرف في مواقف اجتماعية (في حضور الآخرين).	×			
5.	غالبا ما يذهب ابني بعيدا ليعطي قيمة لوجهة نظره في حوار ما.	×			
6.	لا يتضايق ابني من التأخر عن موعد مع صديق.	×			
7.	الصدقات و العلاقات صعبة جدا مما جعل ابني لا يهتم بها.	×			
8.	غالبا ما يجد ابني صعوبة في التفريق بين التصرف مهذبا و غير المهذب.	×			
9.	في الحوار ، يميل ابني إلى التركيز على تفكيره هو أكثر من اهتمامه بما يفكر فيه الآخر.	×			
10.	عندما كان ابني صغيرا كان يحب تقطيع دودة الأرض (الحشرات) قطعاً صغيرة لينظر ماذا سيحدث لها.			×	
11.	يفهم ابني بسرعة الكلام الذي يحمل معنى آخر.				×
12.	يجد ابني صعوبة في فهم لماذا بعض الأمور تثير استياء الآخرين.			×	
13.	يجد ابني سهولة في التمكن من اخذ مكان الآخر.	×			
14.	ابني ممتاز في التنبؤ بما سيشعر به الآخرون.	×			
15.	يجد ابني سهولة في اكتشاف شخص ما شعر بالاستياء داخل جماعة.			×	
16.	إذا قال ابني كلاما يثير استياء الآخر ، فإنه يعتقد أن المشكل في الآخر وليس فيه هو.			×	
17.	إذا سال شخص ما ابني هل أعجبتك تصفيقة شعري فإنه يجيبه بصراحة ولو لم تعجبه.	×			
18.	لا يفهم ابني لماذا يشعر الآخر بالاستياء من بعض الملاحظات.	×			
19.	لا يضطرب ابني عند مشاهدة شخص ما يبكي.	×			
20.	لان ابني جد صارم في تصرفاته يظهر للآخرين انه شخص خشن (متكبر) في حين انه لا يقصد ذلك إطلاقا.			×	
21.	لا يجد ابني صعوبة في فهم الوضعيات الاجتماعية.	×			
22.	ابني موهوب نوعا ما في فهم ما يشعر به الآخرون وما يفكرون فيه.	×			

	×			عندما يتحاور ابني مع الآخرين فانه يفضل الحديث عن تجارب الآخرين أكثر من تجاربه هو.	23.
		×		يضطرب ابني عندما يرى حيوانا مريضا.	24.
	×			يستطيع ابني اتخاذ قراراته دون الأخذ بعين الاعتبار مشاعر الآخرين.	25.
×				يجد ابني سهولة في أن يقول أن شخصا ما منزعج أو راض بما يقوله هو.	26.
		×		يضطرب ابني بسهولة أثناء مشاهدة معاناة الآخرين في نشرة الأخبار.	27.
	×			يفضل أصدقاء ابني أن يحدثوه عن مشاكلهم لأنه جد متفهم للآخرين.	28.
		×		يشعر ابني انه مزعج حتى عندما لا نخبره بذلك.	29.
			×	أحيانا يذهب ابني بعيدا عندما يثير الآخرين.	30.
			×	غالبا ما يفقد ابني اللباقة، وقد لا يدري لماذا.	31.
		×		عندما يرى ابني شخصا لا يعرفه ضمن جماعته، فانه يقول أن على الآخر المبادرة بسؤاله.	32.
		×		عموما فان ابني يبقى بعيدا عن إبداء وجهة نظره العاطفية عندما يرى فيلما على التلفاز.	33.
	×			يستطيع ابني أن ينسجم بسرعة وبداهة مع الحالة الانفعالية لشخص آخر.	34.
	×			يجد ابني سهولة في أخذ فكرة عما سيقوله الآخرون أثناء حديثهم.	35.
	×			يستطيع ابني أن يقول أن شخصا ما يخفي إحساساته أو مشاعره.	36.
		×		لا يجد ابني سهولة في فك رموز قواعد الحياة الاجتماعية.	37.
		×		يبدو أن ابني ممتاز نوعا ما في التنبؤ بما سيفعله الآخرون.	38.
	×			ابني لديه الميول للإحساس بالمشاكل التي يعيشها أصدقاؤه.	39.
	×			عموما فان ابني يستطيع أن يهتم بأراء الآخرين ولو لم يكن موافقا عليها.	40.

## ملحق رقم " 3 "

### دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

#### المعلومات الأساسية للحالة:

- اسم الطفل: .....
- تاريخ الميلاد: .....
- عدد الإخوة: .....
- الرتبة بين الإخوة: .....
- ظروف الحمل: .....
- عمر الأم عند الزواج: .....
- عمر الأم عند ولادة الطفل: .....
- المستوى الاقتصادي للعائلة : .....
- سوابق مشابهة في العائلة: .....
- المستوى الدراسي للطفل: .....
- سن التوجه للمركز: .....

#### 1- محور الحمل والرضاعة:

- كيف كانت ظروف الحمل والولادة (طبيعية أم قيصرية).....
- هل تناولتي دواء مساعد للحمل.....
- هل الرضاعة طبيعية ام اصطناعية.....

#### 2- محور النمو الحس حركي:

- النمو والتطور النفسي الحركي وأهم السلوكيات عبر المراحل التالية:
- المرحلة الأولى من عمر الطفل أي من 0 إلى 6 أشهر:.....

- النصف الثاني من السنة الأولى أي من 7- 12 شهرا: .....
- من 13 إلى 18 شهرا: .....
- من 19 إلى 24 شهرا: .....
- من 25 إلى 30 شهرا: .....
- من 4 إلى 5 سنوات : .....
- من 5 إلى 6 سنوات ونصف: .....
- من 7 سنوات ونصف إلى 8 سنوات: .....
- من 8 سنوات إلى 10 سنوات: .....

### 3- محور السلوكيات والنشاطات اليومية:

- هل يتفاعل ويتجاوب مع الوالدين والإخوة عند مناداته
- كيف كان سلوكه عند حمل لعبة وهل لاحظتي بعض السلوكيات الغريبة عليه.....
- هل عانى من التبول اللاإرادي.....
- هل كان يشاهد التلفاز لفترات طويلة.....

### 4- محور النمو النفسي

- هل كانت لديه القدرة على اكتساب المهارات .....
- هل كان يقوم ببعض الأفعال التكرارية والنمطية.....

### 5- محور ضعف التواصل والصعوبات في العلاقات الاجتماعية:

- هل يطلب الشيء الراغب فيه.....
- هل يتواصل مع إخوته ومع الأطفال الآخرين.....
- هل يتواصل بصريا مع المحيطين به وهل يشاركونهم ببعض التعبيرات والإيماءات والإشارات...

### 6- محور الجانب اللغوي:

- هل كان يعاني من صعوبة في النطق.....

هل تطورت لغته بعد المتابعة الارطفونية.....

## 6- محور الجوانب الانفعالية:

هل يعطي استجابة للموقف (خوف، انفعال، غضب، فرح).....

هل يشارك ويفهم إيماءات وملامح الآخرين.....