



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
التخصص: علم النفس العيادي



مذكرة مكملة لنيل شهادة دكتوراه علوم

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

عنوان الأطروحة

المخططات المعرفية غير المكيفة وعلاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد

"واسة ميدانية في مدينة ورقلة و تقرت"

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:
أ.د. محمد سليم خميس

إعداد الطالبة:
صحراوي فاطمة الزهراء

تاريخ المناقشة: .../.../.....

أعضاء لجنة المناقشة

الرقم	الإسم واللقب	الرتبة	المؤسسة	الصفة
01	عبد الفتاح أبي ميلود	أستاذ التعليم العالي	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا
02	محمد سليم خميس	أستاذ التعليم العالي	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا ومقررا
03	شهرزاد نوار	أستاذة التعليم العالي	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	عضوا مناقشا
04	كريمة مفاوسي	أستاذة التعليم العالي	جامعة باتنة 1	عضوا مناقشا
05	يوسف قدوري	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	عضوا مناقشا
06	هند غدايسي	أستاذة محاضرة أ	جامعة الوادي	عضوا مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022

شكر وعرfan

الحمد لله حمدا كثيرا مباركا فيه ، ثم الصلاة والسلام على الرحمة المهداة ، سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وصحبه وآله ومن والاه.

أحمد الله الذي وفقني لإتمام هذا العمل، فله الحمد و المنة، و انطلاقا من قوله صل الله عليه وسلم:

{من لم يشكر الناس لا يشكر الله} رواه أحمد وأبو داود و الترمذي.

أتوجه بالشكر والعرfan إلى حبيبي قرة عيني والدي العزيزين اللذين لم يبخلا علي بالدعاء والتشجيع، وكل أفراد عائلتي (زوجي وأولادي).

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى كل من علمني حرفا وأوصلني إلى هذه المرحلة (من الروضة إلى الدراسات العليا).

كما أتوجه بأسمى عبارات الشكر والتقدير لأستاذي الفاضل الدكتور خميس محمد سليم الذي أشرف علي و تعهدني بتوجيهاته وإرشاداته السديدة ولم يبخل عليا بشيء.

كما أتقدم بجزيل الشكر لكل من ساعدني في إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد ولمن فتحوا لي أبواب مراكزهم وعياداتهم وجمعيتهم، ولللأمهات اللواتي وافقن على مساعدتي في مشاركة لإتمام البحث.

كما لا أنسى أن أشكر أعضاء لجنة المناقشة الذين وافقوا على مناقشة رسالتي فلهم جزيل الشكر وأسمى عبارات التقدير .

فاطمة الزهراء

قائمة المحتويات:

I.....	شكر و عرفان
VI.....	قائمة المحتويات:
XII.....	قائمة الأشكال:
VII.....	ملخص الدراسة:
VII.....	مقدمة:

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم الدراسة

2.....	إشكالية الدراسة:
6.....	2-فرضيات الدراسة:
7.....	3-أهمية الدراسة:
7.....	4-أهداف الدراسة:
8.....	5-حدود الدراسة :
8.....	6-المفاهيم الإجرائية :
11.....	7-الدراسات السابقة:

الفصل الثاني : المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة

17.....	تمهيد:
17.....	1- الجذور التاريخية لمفهوم المخطط:
20.....	2- مفهوم المخططات المعرفية
22.....	3- خصائص المخططات المعرفية:
23.....	4- أنواع المخططات المعرفية حسب يونغ:
24.....	5-نظرية المخططات المعرفية المبكرة غيرالمكيفة حسب يونغ:
28.....	6- مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة :

30	1/6- المجال الأول: مجال الانفصال و الرفض
32	2/6- المجالالثاني: مجال نقص الإستقلالية وضعف الأداء (الإتقان):
34	3/6- المجال الثالث : مجال نقص الحدود
36	4/6- المجال الرابع : التوجه المفرط نحو الآخرين
37	5/6- المجال الخامس : الحذر المفرط والكف
41	7/ آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة :
41	1/7- ديمومة المخطط (الإبقاء على المخطط):
42	1/7-1- التشوهات المعرفية
42	1/7-2- أنماط الحياة (الأنماط الانهزامية):
42	1/7-3- أساليب التكيف اللاتوافقية للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة
46	2/7- التعافي من المخطط
46	8/صيغ المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة:
47	1/8- صيغ الطفل
48	2/8- صيغ التكيف غير المتوافقة
49	3/8- صيغ الوالدين غير الوظيفية
49	4/8- الصيغة الصحية للراشد:
49	9/العلاج بالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة
54	خلاصة الفصل:

الفصل الثالث: طيف التوحد

57	تمهيد:
57	1- الخلفية التاريخية لطيف التوحد:
59	2- مفهوم طيف التوحد:
64	3- أسباب طيف التوحد:

64	1/3- العوامل الوراثية :
65	2/3- عوامل مناعية:
65	3/3- عوامل بيولوجية:
65	4/3- عوامل العصبية:
65	5/3- عوامل عقلية:
66	6/3- عوامل كيميائية:
66	7/3- عوامل عائدة للتنشئة الأسرية:
67	4-النظريات المفسرة لطيف التوحد:
67	1/4- النظرية السيكلوجية:
68	2/4-النظرية البيوكيميائية:
69	3/4-النظرية النفسية المعرفية (نظرية العقل):
71	5-خصائص الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:
71	5-1-الخصائص الجسمية:
78	5-2-الخصائص السلوكية:
81	5-3-الخصائص الاجتماعية:
83	5-4/ الخصائص اللغوية:
85	5-5-الخصائص المعرفية و التعليمية:
87	6/ التشخيص والتشخيص الفارقي للتوحد:
88	6/1- مراحل التشخيص
89	6/2- أساليب التشخيص:
110	7- البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بطيف التوحد:
110	7/1- برنامج لوفاس (LOVAAS):
111	7-2- برنامج تيتش (TEACH):

111.....	7-3- نظام بيكس (PECS): (نظام التواصل من خلال تبادل الصور):
111.....	7-4- برنامج ليب (Leap): خبرات العلم: برنامج بديل للأطفال ما قبل المدرسة وآبائهم:
112.....	7-5- برنامج فاستفورورد (Fast For Word):
113.....	8/ آثار وجود طفل يعاني من طيف التوحد في الأسرة:
113.....	8-1- الآثار النفسية:
113.....	8-2- الآثار الإجتماعية
114.....	8-3- الآثار الإقتصادية
114.....	9/ تكيف الاسرة مع طيف التوحد
115.....	الخلاصة

الفصل الرابع: الضغط النفسي

117.....	تمهيد:
117.....	1/- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي:
118.....	2/- مفهوم الضغط النفسي:
119.....	2-1/ التعريف اللغوي:
119.....	2-2/ التعريف الاصطلاحي:
123.....	4- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي:
130.....	5-أنواع الضغط النفسي:
134.....	6-أسباب ومصادر الضغط النفسي:
137.....	7- أعراض الضغط النفسي:
138.....	8-الآثار المترتبة عن الضغط النفسي:
143.....	9/ قياس الضغط النفسي:
145.....	10/ علاج الضغط النفسي
148.....	الخلاصة:

الجانب الميداني

الفصل الخامس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

151.....	تمهيد:
151.....	1- منهج الدراسة :
152.....	2-الدراسة الاستطلاعية:
153.....	3-حدودالدراسة:
153.....	4-عينةالدراسةالاستطلاعية:
160.....	6/- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات):
167.....	7/ الدراسة الأساسية:
172.....	عينة الدراسة و طريقة اختيارها:
172.....	خصائص العينة الأساسية:
179.....	إجراءات و تطبيق الدراسة الأساسية:
180.....	الأساليب الإحصائية:

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

178.....	1 / عرض وتحليل النتائج.....
	1/1- عرض الفرضية الأولى: والتي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي والمخططات المعرفية ، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين ونتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي.....
178.....	1/2- عرض الفرضية الثانية: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و بيئة الأم ، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي.....
179.....	1/3- عرض الفرضية الثالثة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية والمستوى التعليمي للأم ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:.....
181.....	

- 4/1- عرض الفرضية الرابعة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و المستوى الإقتصادي للأم ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي: 183.
- 5/1- عرض الفرضية الخامسة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و دعم الزوج للأم، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي: 186.
- 6/1- عرض الفرضية السادسة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و رتبة الطفل ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي: 188.
- 7/1- عرض الفرضية السابعة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و جنس الطفل ولتأكد من صحة الفرضية ، تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي: 191.
- 8/1- عرض الفرضية الثامنة: والتي تنص على معرفة طبيعة المخططات المعرفية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري باختلاف المخططات المعرفية والنتائج المتحصلة عليها مدونة في الجدول التالي: 194.
- 1/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى: 196.
- 2/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: 197.
- 3/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: 198.
- 4/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة: 199.
- 5/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة: 200.
- 6/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة: 200.
- 7/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة: 201.
- 8/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة: 202.
- 205..... اقتراحات
- 206..... قائمة المراجع:

قائمة الأشكال:

الشكل 2- 1مخطط يمثل نموذج، "يونغ" 1991 الهرمي للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة 28

الشكل 2- 2 المخطط التصنيفي الأولي للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة حسب يونغ 30

قائمة الجداول:

الجدول 5- 1 يوضح انتشار العينة حسب هياكل التكفل.....154

الجدول 5- 2 يوضح خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل المتوحد.....155

الجدول 5- 3 يوضح خصائص العينة حسب متغير سن الطفل المتوحد.....155

الجدول 5- 4 يوضح خصائص متغيرالعينة حسب مدة التكفل بالطفل المتوحد في المراكز المخصصة

.....156

الجدول 5-5 يوضح خصائصا لعينة حسب متغير سن الأم.....156

الجدول 5- 6 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم.....157

الجدول 5- 7 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأم.....158

الجدول 5- 8 - يوضح خصائص العينة حسب متغير بيئة الأم الريفية/ الحضرية.....158

الجدول 5-9 يوضح خصائص العينة حسب متغير تقديم الدعم من طرف الزوج.....159

الجدول 5- 10 يوضح خصائص العينة حسب رتبة الطفل بين إخوته.....160

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، كما حاولت التحقق من الفروق في متغيرات الدراسة من حيث تأثير العوامل التالية:

بيئة الأم، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج، رتبة الطفل بين إخوته، وجنسه. كما هدفت أيضا للكشف عن طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد والأكثر انتشارا.

ومن أجل تحقيق ذلك اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار (120) أم لأطفال يعانون من طيف التوحد، من عدة مراكز وعيادات تتكفل بهذه الفئة، وقد تم استخدام مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ Geoffrey Young في نسخته المختصرة، واستبيان إدراك الضغط النفسي للفينستين levenstein وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وبيئة الأم.

3 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى التعليمي للأم.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى الاقتصادي للأم.

5- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ورتبة الطفل بين إخوته.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وجنس الطفل.

8- كل المخططات مستخدمة من طرف أمهات أطفال طيف التوحد.

وفي الأخير قامت الباحثة بمناقشة النتائج بعد عرضها في ضوء الدراسات السابقة من جهة ، والإطار النظري من جهة أخرى وتقديم جملة من الاقتراحات.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ،الضغط النفسي ،أمهات أطفال طيف التوحد، طيف التوحد.

Study Summary:

This study aimed to reveal the relationship between early non-adapted cognitive schemes and psychological stress in mothers of autistic children, and tried to check the differences in the study variables in terms of the impact of the following factors:

The mother's environment, educational level, economic level, support received by the mother from the husband, the child's rank among his brothers, and his gender. It also aimed to reveal the nature of early, non-adaptive cognitive schemes in mothers of autistic children and the most widespread.

In order to achieve this, the study relied on the descriptive approach, where (120) mothers of autistic children, from several centers and clinics that care for this category, and was used the measure of early knowledge charts not adapted to Jeffrey young in his short version, and the survey conducted by Levenstein. Using the appropriate statistical methods and using the appropriate statistical analysis, this study came up with the following findings:

1. There is a statistically significant correlation between early non-adapted cognitive schemes and the psychological stress of mothers of autistic children.
2. There are statistically significant differences between early, non-adapted cognitive schemes and the mother's environment.
3. There are statistically significant differences between the early, non-adapted cognitive schemes and the mother's educational level.
4. There are statistically significant differences between the unadjusted early cognitive schemes and the economic level of the mother.
- 5- There are no statistically significant differences between the non-adapted early cognitive schemes and the support the mother receives from the husband.
6. There are statistically significant differences between the non-adapted early cognitive schemes and the child's sibling rank.
7. There are statistically significant differences between the non-adapted early cognitive schemes and the gender of the child.
8. Know the nature of the early, non-adapted cognitive schemes of mothers of children with autism (all schemes are used by mothers of children with autism).

Finally, the researcher discussed the results after presenting them in the light of previous studies on the one hand, and the theoretical framework on the other hand, and make a number of suggestions.

Keywords: Early non-adaptive cognitive charts, Psychological stress, Mothers of autistic children, Autism.

Résumé de l'étude :

Cette étude visait à révéler la relation entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le stress psychologique chez les mères d'enfants autistes, et a tenté de vérifier les différences dans les variables de l'étude en termes d'impact des facteurs suivants :

L'environnement de la mère, le niveau d'éducation, le niveau économique, le soutien reçu par la mère du mari, le rang de l'enfant parmi ses frères et son sexe. Il visait également à révéler la nature des schémas cognitifs précoces et non adaptés chez les mères d'enfants autistes et les plus répandus.

Pour ce faire, l'étude s'est appuyée sur l'approche descriptive, où (120) mères d'enfants autistes, de plusieurs centres et cliniques qui s'occupent de cette catégorie, et a été utilisé la mesure des premiers tableaux de connaissances non adaptés à Jeffrey Young dans sa version courte, et l'enquête menée par Levenstein. À l'aide des méthodes statistiques appropriées et de l'analyse statistique appropriée, cette étude a permis de tirer les conclusions suivantes :

1. Il existe une corrélation statistiquement significative entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le stress psychologique des mères d'enfants autistes.
2. Il existe des différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et l'environnement de la mère.
3. Il existe des différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le niveau d'éducation de la mère.
4. Il existe des différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non ajustés et le niveau économique de la mère.
- 5- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le soutien que la mère reçoit du mari.
6. Il existe des différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le rang de l'enfant.
7. Il existe des différences statistiquement significatives entre les schémas cognitifs précoces non adaptés et le sexe de l'enfant.
8. Connaître la nature des schémas cognitifs précoces et non adaptés des mères d'enfants autistes (tous les schémas sont utilisés par les mères d'enfants autistes).

Enfin, le chercheur a discuté des résultats après les avoir présentés à la lumière d'études antérieures, d'une part, et du cadre théorique, d'autre part, et a formulé un certain nombre de suggestions.

Mots-clés : Cartes cognitives précoces non adaptées, Stress psychologique, Mères d'enfants autistes, Autisme. .

المقدمة:

يعتبر مصطلح التوحد مصطلح قديم فأصبح يطلق عليه مصطلح جديد وهو مصطلح : طيف التوحد وذلك حسب الدليل التشخيصي الجديد المعدل DSM –IV–TR ، وهذا راجع لكون أن كل حالة من حالات طيف التوحد تختلف عن الأخرى في الأعراض، أي أن كل حالة هي حالة بحد ذاتها، وليس في الشدة كما كان يعتقد عند الكثيرين.

فقد صدرت الطبعة الخامسة والتي صدرت عام 2013 ، فأعادت تعريف طيف التوحد لتشمل الطبعة السابقة من الدليل ((DSM–IV–TR (2000) في تشخيص التوحد ومتلازمة أسبرجر واضطراب المهارات العامة غير المحددة واضطراب الطفولة التحليلية [.https://ar.wikipedia.org/wiki](https://ar.wikipedia.org/wiki)

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التي يصعب التعامل معها لدى الأطفال، رغم أن الأبحاث والدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تقترب أكثر من تشخيصه، نظرا لكثرة الاصطلاحات اللغوية الكثيرة التي أطلقت عليه والتي تعددت مع اختلاف رؤى العلماء والباحثين في مجالات شتى.

تعتبر الأسرة من أقوى العوامل التي تساهم في تكوين شخصية الطفل وتؤثر في توجيه سلوكه وتحديد اتجاهات مستقبله باعتبارها المجتمع الصغير الذي يعتريه الوليد في مطلع حياته ، وهي المجتمع الذي يختلط به في طفولته الأولى . فيرسب في ثنايا شخصيته ما يدور أمامه في الأسرة من أحداث تطبع في مشاعره ما يتلقاه من معاملة (قسوة أو حنان أو إهمال أو عناية...الخ). ومن هذا المنطلق فإن أي اضطراب أو تشوه يصيب الطفل يعتبر تهديدا لوحدة الأسرة وتماسكها . خاصة إذا ما شخص الطفل كطفل يعاني من طيف التوحد مما يجعلها تعيش حالة صدمة.

فالأسرة التي تملك طفلا يعاني من طيف التوحد تعيش في معاناة حقيقية ، خاصة الأم. فهذا الاضطراب هو من المشكلات النفسية التي يصعب على الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل التعامل معها. وهذا عدى عن ما يواجهه الطفل الذي يعاني من طيف التوحد من مشكلات خاصة، خاصة في المجتمعات العربية التي لا تزال بحاجة إلى التوعية والتثقيف في كيفية التعامل مع هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة.

هذا ما يجعل أم الطفل الذي يعاني من طيف التوحد تحت سلسلة من الضغوط النفسية، تكون في الغالب مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، و القلق على مستقبله، فتنشأ لديها مجموعة من المخططات

المعرفية المبكرة غير المكيفة، وتمثل المخططات المبكرة غير المتكيفة خبرات الماضي التي عاشها الفرد منذ طفولته، والتي تظهر مصدر لقدرته على تفعيل ذاته، هذه الخبرات بكل ما تحمله من مكونات انفعالية و معرفية سلوكية، في ادراكات راسخة حول الذات وحول الآخرين والعالم، والتي تترسخ مبكرا في الطفولة نتيجة لحرمان و نقص تربوي سليم. فتصبح طريقة الإدراك صلبة و سلبية عند الراشد (20p, 2003 , Hawsseaust.).

ومن هنا سنحاول الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

تتضمن هذه الدراسة على ستة فصول، حيث سنقوم في الفصل الأول بتقديم الدراسة من خلال عرض الإشكالية و فرضيات الدراسة إضافة لأهميتها و أهدافها و حدودها و المفاهيم الإجرائية و تحليل الدراسات السابقة.

و يدرس الفصل الثاني متغير المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ و الذي يضم الجذور التاريخية لمفهوم المخطط ، مفهومها ، خصائص المخططات المعرفية حسب يونغ، نظريتها، مجالاتها، آلية عملها ، صيغها، وأخيرا علاجها.

أما الفصل الثالث يعالج متغير طيف التوحد، والخلفية التاريخية له، مفهومه، أسبابه، نظرياته، خصائصه، التشخيص، البرامج التربوية، آثاره، و تكيف الأسرة مع طيف التوحد.

والفصل الرابع يتناول متغير الضغط النفسي بإعطاء لمحة تاريخية، مفهومه، الوصف العيادي له، النظريات المفسرة له، أنواعه، أسبابه، أعراضه، آثاره، قياسه، و أخيرا العلاج.

وفي الفصل الخامس يتم التطرق إلى الجانب الميداني للدراسة من خلال المنهج المتبع، والدراسة الإستطلاعية، حدود و مجتمع الدراسة، طريقة المعاينة و إعطاء الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

ثم يأتي في الفصل الأخير عرض و تحليل و مناقشة النتائج من خلال الإطار النظري و الدراسات السابقة.

الجانب النظري

الفصل الأول :

تقديم الواسة

➤ إشكالية الواسة

➤ فرضيات الواسة

➤ أهمية الواسة

➤ أهداف الواسة

➤ حدود الواسة

➤ المفاهيم الإجرائية

➤ الواسات السابقة

إشكالية الدراسة:

الطفل المعاق عموماً يعاني من عدة مشكلات تحول بينه وبين التكيف مع المجتمع الخارجي، ويسبب عدم التكيف حالة من القلق الشديد لدى الأبوين، تزداد حدتها كلما تعرض الطفل للإحباط في مواقف الحياة اليومية التي يجتازها الطفل العادي.

وقد أكدت أبحاث برونز و ألفريد Pruner, Alfred في فرنسا على أن يكون قلق الوالدين عالياً بالنسبة للطفل المعاق عقلياً عنه لدى الطفل المعاق جسمانياً، ويكون مصدر هذا القلق الخوف الشديد على ضياع الطفل في أول تجربة للخروج إلى الحياة بمفرده، فالإدراك البيئي للطفل المعاق عقلياً أقل بكثير من الطفل العادي، كما أن المفاهيم التي يبدأ الطفل في تكوينها في السنوات الأولى هما حياته تكون لديه في حالة اضطراب نتيجة لأن عملية تكوين اللغة أو تكوين الكود Code لديه يكون متأخراً عن الطفل العادي (غزال ، 2011 ، ص89).

يعتبر اكتشاف طيف التوحد لدى طفل ما في أسرة ما، من الأوضاع الصادمة لدى الأسرة، مما يفقدها توازنها في الغالب، ويجعلها تعيش تحت ظروف ضاغطة نفسياً واجتماعياً واقتصادياً، وتؤثر بدرجات متباينة على الأسرة وظيفياً وبنائياً .(مطير والزليطي، 2015، ص51) ، ويعد الاكتشاف بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي لا تحتمل، وتكليفاً بأعباء مادية وغير مادية شاقة وبداية لصراعات في وجهات النظر، واختلافات في الآراء وتبادل الاتهامات ولوم الآخرين، وهجران لمناهج الحياة، وتفريغ لكل معنى فيها وسيطرة لنزعات التشاؤم وللانكسار النفسي وتحطيم الثقة في الذات وتعطيل الإرادة .(بن ناصر، 2018، ص 05).

ولقد أشارت الدراسات إلى تأثير اضطراب طيف التوحد على الأسرة، حيث يتأثر إخوة الطفل بأخيمهم طيف التوحد، وكذلك الحال فإن وجود طفل يعاني من طيف التوحد في الأسرة يعني العديد من الصعوبات التي على الأسرة مواجهتها والتقليل من آثارها (الزريقات 2010 ص381).

وأكثر من يتأثر في الأسرة هي الأم باعتبارها الشخص الأكثر قربا من أطفالها، فهي تعيش حالة من الضغوط اليومية ناهيك عن تحملها لطفل معاق في الأسرة، حيث ما يشغل كل وقتها، وكل همها هو كيفية التعامل مع هذا الطفل وفهمه ومحاولة تلبية جميع حاجاته.

مما يجعلها دائمة الانشغال به أكثر من بقية أفراد الأسرة، والتفكير المستمر في المستقبل الذي تجهله، خاصة في مجتمع غير متفهم وغير مبالي، لدى فهي تعاني في صمت وبذلك يزداد الضغط عليها يوما بعد يوم. وفي هذا الصدد يؤكد الدعدي 2009 أن وجود طفل يعاني من طيف التوحد في الأسرة يؤثر على بنية الأسرة بأربعة طرائق: إذ يثير انفعالات قوية لدى الوالدين، ويعمل على تثبيط الهمة بسبب الشعور بالفشل المشترك، وتعيد تنظيم الأسرة، وتخلق أرضا خصبة للصراع. (بوشعرارية و طاهر 2017ص03).

وفي حديثنا عن فئة طيف التوحد أو ممن يعانون من اضطراب طيف التوحد الذي انتشر بصورة مخيفة في جميع أنحاء العالم، حيث أشار الدليل الإحصائي للأمراض النفسية في الطبعة الثالثة III - DSM أنه قد يصاحب طيف التوحد نسبة كبيرة من التخلف العقلي، وقد أشارت نتائج دراسة طبقت على عينة من 450 حالة طيف توحد في ثلاث ولايات أمريكية أن نسبة 40 / من أفراد العينة يعانون من إعاقة عقلية بدرجة أقل من 50-55 معامل الذكاء، أي ما بين إعاقة عقلية متوسطة أو شديدة، وأن 30/ منهم ذكاء عادي 90/ فأكثر، ووصل قلة منهم إلى 120/ معامل الذكاء، وتؤكد هذه النتائج على ازدياد احتمالات الإصابة بطيف التوحد لدى المعاقين عقليا. (الأعظمي والسعيد 2011،، ص15).

وهناك اتفاق على نسبة ظهور هذا الاضطراب آخذة في التزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل من 15 -20 حالة لكل 10000 ولادة حية، أي أن حالات طيف التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى 500000 حالة، ويمكن وصفهم على أن لديهم حالة طيف التوحد أو أحد أشكال طيف التوحد، مما أدى إلى أن اضطراب طيف التوحد قد تجاوز متلازمة "داون" في الترتيب بعدما كانت متلازمة "داون" تسبقه بكثير ، وبذلك أصبح اضطراب طيف التوحد ثاني أكبر الإعاقات انتشارا في العالم وهذا بعد التخلف العقلي (القمش ،2011، ص238).

وقد أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسرة الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد إلى أن اكتشاف إعاقة طيف التوحد تجلب الكثير من الضغوط والأزمات النفسية والبيئية لوالديه وأسرته، فيواجه الوالدين ضغوطا وتحديات متعددة (الزريقات، 2004، ص34) ، كما أن لها العديد من التأثيرات السلبية على

والذي الطفل طيف التوحدي، ومن هذه التأثير الفوضى في تخطيط الأسرة والأنشطة الاجتماعية، وكذلك غالبا ما يكون لدى الوالدين مشكلات تظهر عندما يأخذون طفلهم إلى الخارج وإلى الأماكن العامة، يضاف إلى ذلك الإرباك في ممارسة الأنشطة الحياتية كإعداد الطعام والتمتع بالعتل والنزهات الأسرية بسبب الخصائص السلوكية الصعبة (القاضي، 2010، ص242).

وقد برز في السنوات الأخيرة التوجه للتركيز على أهمية الجانب المعرفي من شخصية الأفراد في تقدير انفعالاتهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي، وأن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة (التفكير) والانفعالات والسلوك، وبذلك فالاضطراب الانفعالي لدى الفرد يكون نتيجة لطريقة تفكيره و ادراكاته وتفسيراته الخاطئة للأحداث والمواقف التي يتعرض لها في حياته (حسين 2007 ص84)، فمنذ فجر التاريخ ذكر إبيكتيتوس Epictetus أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف، بل بسبب نظرتهم الخاطئة اتجاه الأحداث و المواقف، وأيده في ذلك رواد العلاج المعرفي الحديث (ELLIS, 1989 ;p06) .

على الرغم من المكانة المهمة للمخططات المعرفية في العلاج المعرفي، فالتقنيات والأساليب العلاجية التي ظهرت آنذاك، اتجهت لتناول العلاج المعرفي على مستوى الأفكار التلقائية السلبية، والمعتقدات الوسيطة، وأسلوب العزو السببي، لذلك كانت قواعد العلاج النفسي التي قد تم تطويرها قصيرة المدى، و ظهر ذلكجليا في بعض اضطرابات الشخصية واضطرابات المزاج. (Riso ,du toit,Stein,Young 2007,torres,2002) .

ومن أجل تطوير نموذج "بيك" في العلاج المعرفي، وضع يونغ (1999)young نموذج في العلاج التكاملي والذي سماه العلاج بالمخططات، والذي كان موجها بصفة خاصة للذين يعانون من اضطرابات الشخصية المزمنة، واقترح "يونغ" young مجموعة محددة من المخططات دعاها بالمخططات المبكرة غير المنكيفة التي تمثل المستوى العميق من المعرفة، وتعد من الأسباب الكامنة وراء ظهور أنماط الشخصية المرضية . (عيسى تواتي، 2018، ص26).

أما في البيئة الجزائرية فقد بينت الدراسات علاقة المخططات غير المكيفة بمتغيرات نفسية وأكاديمية مهمة في البيئة المدرسية مثل ارتباطها بالفشل الأكاديمي والذكاء العاطفي لتلاميذ شهادة البكالوريا في دراسة الحطاح (2010/2011) وبسوء التوافق النفسي لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي في دراسة أفرودة (2010/2011) وبالقمع الانفعالي لدى طلبة الجامعة في دراسة بن قويدر (2012).

والمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة هي بنى معرفية تأخذ مصدرها من الطفولة لتؤثر على باقي حياتنا وهي ناتجة عما عاناه الفرد في طفولته الأولى مع عائلته، أو أصدقائه من إهمال ونقد، وحماية مفرطة وتعسف ورفض من طرف المحيطين، وكذا الحرمان و كل الأحداث الصادمة، وفي هذا السياق يقول أبيقورس: "إن الناس لا يضطربون من الأشياء (توحد الطفل) ولكن من الآراء التي يحملونها عنها (المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة)". (إبراهيم والعسكري، 1999، ص273).

وجاءت دراسة كل من لعزالي صليحة ولوزاني فاطمة الزهراء التي حاولت الكشف عن مخططات أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، أسفرت عن نتائج الدراسة مخططين سائدين لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، يليهما كل من مخطط الرحمان العاطفي، والفشل ، الهشاشة، التضحية بالذات ، المراقبة الانفعالية المفرطة والتحكم بالذات، وتوصل كيرماكنتوش (2000) Kerr mcintosh إلى أن الدعم الذي يتلقاه الآباء والأمهات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، من آباء أو أمهات لديهم أطفال يعانون من شكل الإعاقة و لاحتياج نفسي، يكون أجدى وأكثر تأثيرا في خفض الضغوط، من ذلك الذي قد يتلقاه هؤلاء الآباء و الأمهات من الأقارب والأصدقاء (الحلبي 2014ص03).

وبما أن طيف التوحد يسبب للأُم حالة من عدم التكيف مع الواقع والمجتمع، لما يسبب لها من أزمت نفسية واجتماعية محيط الأسرة أو عند مقارنته بأقرانه، وعلى هذا الأساس جاءت هذه الدراسة الحالية محاولة للكشف والتعرف على المخططات المعرفية غير المكيفة وعلاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وتعديلها انطلاقا من التساؤلات التالية:

1-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد؟

2-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية غير المكيفة وبيئة الأسرة (الأم)؟

3-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية والمستوى التعليمي للأُم؟

4-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى الاقتصادي للأُم ؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ورتبة الطفل الذي يعاني من طيف التوحد بين إخوته؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وجنس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد؟

8- ما هي طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

2-فرضيات الدراسة:

1-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة وغير المكيفة وبيئة الأسرة(الأم).

3-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى التعليمي للأم.

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى الاقتصادي للأم.

5-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج.

6-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ورتبة الطفل الذي يعاني من طيف التوحد بين إخوته.

7-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وجنس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد.

8- معرفة طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

3- أهمية الدراسة:

لكل موضوع بحث أهمية، وتكمن أهمية هذه الدراسة في معرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد و الضغط النفسي الناجم عن ذلك، بحكم أن الأم تقع على عاتقها المسؤولية التامة في رعاية ابنها وخاصة إذا كان طفلها هذا يعاني من طيف التوحد.

بالإضافة إلى هذه المسؤولية، المشاكل التي تتخبط بها مختلف الجهات من المجتمع إلى الأسرة إلى الزوج (الأب) في حد ذاته، مما يسبب لها ضغوطات نفسية تعيق مسار حياتها بأكملها وتجعل منها إنسانة غير قادرة على التكيف اجتماعيا ولا نفسيا لذا لا بد من مسانبتها وتشجيعها، وذلك من خلال تعديل المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لديها، ومعرفة إعاقة ابنها وخصائصه وحاجاته وكيفية التعامل معه، لأن جهلها لهذه المعلومات قد يزيد من الضغوط النفسية الواقعة عليها، وبذلك فإن أهمية الدراسة الحالية تكمن في جانبين مهمين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي.

4- أهداف الدراسة:

للكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة وغير المكيفة والضغط النفسي لدى الأمهات أطفال طيف التوحد.

- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد وبيئة الأسرة (الأم).

- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد والمستوى التعليمي للأم .

- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد والمستوى الاقتصادي للأم.

-- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج.

- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد ورتبة الطفل الذي يعاني من طيف التوحد بين إخوته.

- التعرف على الفروق في المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد و جنس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد.

- التعرف على طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

- قياس الخصائص السيكومترية و التعاريف الإجرائية لمقياس المخططات المعرفية غير المكيفة لليونغ (الشكل المختصر) ومقياس الضغوط النفسية.

5-حدود الدراسة : تتحدد هذه الدراسة بالمفاهيم والعينة والطريقة والأدوات المستخدمة، كما تحدد أيضا بالبيئة التي طبق فيها هذا البحث .

المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

المجال المكاني : تم إجراء هذه الدراسة بالمراكز و الهياكل التي تقوم بالكفل بهذه الفئة (أطفال طيف التوحد).

المجال الزمني : تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2019- 2020 خلال شهري أكتوبر و مارس.

6-المفاهيم الإجرائية: يتم التطرق في هذا البحث إلى ثلاث مفاهيم أساسية هي: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ،والضغط النفسي ،وأمهات أطفال طيف التوحد.

1-المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة:

أ-التعريف الاصطلاحي: يعرف يونغ وآخرون (1999- 2003) المخططات المعرفية المبكرة: " بأنها مواضيع وأنماط واسعة الانتشار مستحوذة تتضمن الذكريات والانفعالات، والمعارف، والأحاسيس الجسدية التي تتعلق بالفرد في حد ذاته وبعلاقته بالآخرين، وتتطور خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة وتتوسع وتظهر معالمها خلال حياة الفرد وتكون مختلفة وظيفيا بشكل كبير. " ويضيف يونغ : "بأنها أنماط معرفية محببة للذات وانفعالية ، ويفترض أن السلوكيات غير المكيفة ليست جزءا من المخططات بل تتشكل كاستجابة لهذه المخططات." (young et al 2003 ، p7).

إذن ووفقا لنظرية يونغ فإن المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة هي نماذج أو مواضيع هامة بالنسبة للفرد، مجتاحة متكونة من ذكريات ،وانفعالات، وتصورات، وأحاسيس جسدية تخص الفرد وعلاقاته مع الآخرين، تتطور خلال الطفولة والمراهقة تثري وتتعدى مدى الحياة. (young ,2005 ,p19)

ب-التعريف الإجرائي:

تعريف المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة من الناحية الإجرائية على أنها مجموع الدرجات الكلية التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس يونغ للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة (النسخة المختصرة).

(young Schema Questionnaire ,Short-Form,YSQ-SF,1994).

والذي أعده جيفري يونغ لقياس و تقييم المخططات غير المكيفة و يحتوي على 15 مخطط موزع على خمسة مجالات ومتكونة من 75 بند وهي كالآتي:

_ البنود من 01 إلى 05:الحرمان العاطفي.

_ البنود من 06 إلى 10:التخلي / عدم الإستقرار .

_ البنود من 11 إلى 15:الحذر التعدي .

_ البنود من 16 إلى 20: الإنعزال الإجتماعي .

_ البنود من 21 إلى 25: الخجل و عدم الكمال .

- _ البنود من 26 إلى 30: الفشل .
- _ البنود من 31 إلى 35: التبعية /عدم الكفاءة .
- _ البنود من 36 إلى 40: القابلية للانجراح أو الخوف من المرض أو الخطر.
- _ البنود من 41 إلى 45: العلاقة الإندماجية /الشخصية المدمجة.
- _ البنود من 46 إلى 50: الخضوع .
- _ البنود من 51 إلى 55: التضحية /نكران الذات .
- _ البنود من 56 إلى 60: التحكم المفرط في الانفعالات.
- _ البنود من 61 إلى 65: متطلبات عالية.
- _ البنود من 66 إلى 70: السيطرة.
- _ البنود من 71 إلى 75: نقص التحكم في الذات .

ويتراوح مجموع درجات المفحوص في كل مخطط ما بين 05 إلى 30درجة ، تدل الدرجة العالية المتحصل عليها على أن المخطط موجود ويؤثر في السلوك الناتج عنه.(BOUVARD,2009:295).

2-الضغط النفسي:

أ-التعريف الاصطلاحي: أشار سيللي إلى أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل التغير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي.(عبيد،2008،ص20).

ب-التعريف الإجرائي: هو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوصات في مقياس الضغط النفسي.

3-أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:

هي كل أم أنجبت وتعي أن لها طفل مصاب باضطراب طيف التوحد وتتراوح أعمارهن ما بين 20-50 سنة، ومستواهن التعليمي مختلف من نوات المستوى التعليمي المنخفض إلى المستوى الجامعي كما تختلف البيئة والمستوى الاقتصادي لديهن .

4-الطفل طيف التوحدي:

أ-التعريف الاصطلاحي:ترى الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المصابين بطيف التوحد 1978 أن طيف التوحد هو اضطراب في مظاهر متعددة من النمو للاستجابات الحسية للمثيرات، التأخر الواضح في اللغة والكلام والتعلق غير الطبيعي بالأشياء.

ب-التعريف الإجرائي: هو مجموعة من الأطفال المتكفل بهم في مراكز أو عيادات خاصة أو جمعيات، يعانون من اضطراب نمائي بسبب خلل في التواصل والتفاعل الاجتماعي والحركات النمطية، بعد التشخيص الذي يضعه الأخصائيين النفسيين في هذه المراكز والعيادات و الجمعيات من خلال الملاحظات السلوكية والدرجات التي يتحصل عليها الطفل في مقياس طيف التوحد.

7-الدراسات السابقة:

1-دراسات متعلقة بالمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة:

-عنوان الدراسة الأولى: علاقة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (الرسوب في امتحان البكالوريا) للباحثة : زبيدة الحطاح(2010/2011)، حيث اتبعت في هذه الدراسة المنهج الوصفي المقارن ،و أجريت على عينة قدرت ب:356 فردا (188 ناجحون، 168 فاشلون) من السنة الأولى جامعي و معاهد التكوين المهني ،وتم تطبيق مقياسين : مقياس المخططات المعرفية المختصر ليونغ و مقياس الذكاء العاطفي لعبد المنعم الدردير.و أهم ما أسفرت عليه النتائج هو تأثير المخططات التالية في الفشل الأكاديمي: الحرمان العاطفي، والخضوع، والمعايير الصارمة/ النقد المفرط، ومجالات الانفصال / الرفض، والتوجه نحو الآخرين، والحذر المفرط و الكف.

-عنوان الدراسة الثانية : نمو المخططات المبكرة عند الأطفال الحاملين سمة القلق للباحث: س.رزيناك (2003) S.Rusinek ، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن كيفية نمو هذه المخططات و تحولها إلى

مخططات عند الكبار مسؤولة في وجود سمة القلق و لذلك ترجم الباحث إلى الفرنسية اختبار المخططات المبكرة غير المكيفة لشميدت، يونغ و تيلاك (1995) Schmidt, J. Young, Tilak، و طبقه على مجموعة ضابطة لا تحمل سمة القلق و مجموعة تجريبية حاملة لسمة القلق تضم 1200 طفلا تتراوح أعمارهم بين 11 سنة و 15 سنة. سمحت نتائج هذه الدراسة بوصف جزء من بنوية المخططات المقلقة أو المسؤولة عن القلق، وأظهرت وجود نسبة قلق عالية عند الإناث من الذكور، ومنه وجد اختلاف في تطور المخططات بين الأطفال ذوي سمة مرتفعة و منخفضة للقلق وهو راجع إلى ارتفاع تأثير بعض المخططات عند الأكثر قلقا، وانخفاض تأثير لكثير من المخططات عند الأقل قلقا .

عنوان الدراسة الثالثة: العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بأنماط تكيف المخططات و الذكريات الوالدية، والأعراض النفسية، و إثبات الشخصية لدى طلبة الجامعة الفلسطينية للباحث ألفسوس.ل (2009) Alfafos.L تم استخدام أدوات الدراسة التالية : مقياس يونغ للمخططات - الشكل المختصر - (YSQ-S3) ، و قائمة يونغ للوالدية (YPI)، وقائمة مخطط التعويض ليونغ (YCI)، وقائمة يونغ ريغ Young Rygh لتجنب (YRAI)، و قائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) لدوريغاتيس Doregatis، وقائمة اثبات الشخصية (IKP) لأندرسون Anderson على عينة مكونة من 200 طالب جامعي (ذكور و إناث) من جامعة الخليل الفلسطينية . وأثبتت النتائج ارتباط المخططات غير المكيفة بأنماط تكيف المخططات و بالتربية الوالدية ارتباطا دالا . وكان للوالدين دور أهم في بعض المخططات لمجموعة الذكور . و لقد كان للآباء دورا ملحوظا في تطوير المخططات بالنسبة للذكور . كما لعبت بعض الظروف الثقافية و ظروف الاحتلال العسكري دورا أهم من دور الآباء . هذا و بينت النتائج أيضا بعض الارتباطات بين مخطط الخضوع و مخطط التعويض ونمط تكيف مخطط التجنب، و كذلك الأعراض النفسية و إثبات الشخصية .

عنوان الدراسة الرابعة: علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة بالتشويهات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي للباحث: عيسى تواتي إبراهيم (2017). هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة و التشويهات المعرفية عند تلاميذ التعليم الثانوي، و كذلك حاولت الكشف عن تأثير متغير الجنس على كل من المخططات غير المتكيفة و التشويهات المعرفية . و تم تطبيق استبيان المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة ليونغ و استبيان التشويهات المعرفية لدى أليفيرا، على عينة قوامها 150 تلميذ (79 ذكور و 71 أنثى). تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة من ثانوية بدر الدين صالح بالوادي. و أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المبكرة غير المتكيفة و

التشويبات المعرفية عند تلاميذ التعليم الثانوي. كما لم تسفر النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة و التشويبات المعرفية حسب الجنس.

2-دراسات متعلقة بالمخططات المعرفية لدى أولياء أطفال طيف التوحد:

عنوان الدراسة الأولى: المخططات المعرفية المبكرة لدى أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة -نموذجاً أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد- للباحثين: لعزالي صليحة ولوزاني فاطمة الزهراء (د ت)، قامت الباحثتان في هذه الدراسة بدراسة ميدانية هدفت إلى الكشف عن المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة السائدة لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال اعتماد منهج دراسة الحالة، وذلك بدراسة خمس حالات نموذجاً لأمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد. وأظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد لديهم مخططين سائدين هما: التخلي والمثاليات المفرطة، إلى جانب ذلك تليهما كل من مخطط الحرمان العاطفي، الفشل، الهشاشة، التضحية بالذات، المراقبة الانفعالية المفرطة ونقص التحكم بالذات.

عنوان الدراسة الثانية: المخططات المعرفية غير المكيف لدى أمهات أطفال طيف التوحد للباحثة: صحراوي فاطمة الزهراء (2022). و هي دراسة ميدانية تهدف إلى الكشف عن طبيعة المخططات المعرفية غير مكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد، و طبقت على عينة من الأمهات اللواتي يتابعن أبناءهن في إحدى المراكز أو الجمعيات أو العيادات العلاجية النفسية بمدينة ورقلة ،وقد بلغ عددهن (60 أم)،وقد تم استخدام مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ في نسخته المختصرة،بينت نتائج هذه الدراسة أن المخططات المعرفية غير المكيفة السائدة لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد كانت كلها تمثل مشكلة بالنسبة للفرد.

3-دراسات متعلقة بالضغط النفسي لدى أولياء أطفال طيف التوحد:

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات أطفال طيف التوحد للباحثين: راف الله بوشعراية وفتحي الداخ الطاهر (2017): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفقاً لبعض المتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي عدد أفراد الأسرة)، حيث تكونت عينة

الدراسة من 120 أبا وأما لأطفال متوحدين (60 أبا و60 أما) . واستجابوا لمقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ومقياس التوافق الأسري . أشارت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد علاقة بين الضغوط النفسية والتوافق الأسري لدى أولياء أمور أطفال طيف التوحد، في الوقت الذي بينت الدراسة أن هناك فروق في مستوى الضغوط النفسية بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، بالإضافة إلى عدم وجود أي فروق في الضغوط النفسية والتوافق الأسري وفق للمتغيرات الديمغرافية (عمر الوالدين، المستوى التعليمي، عدد أفراد الأسرة).

4-دراسات متعلقة بالعلاقة بين المخططات المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي:

عنوان الدراسة: العلاقة بين المخططات المبكرة غير المكيفة و الضغط المدرك للباحث: فيرا والبورغ و آخرون (2002)Vera Wallburg :وفقا لنظرية المخططات المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ ، فإن هذه الأخيرة تتطور أثناء الطفولة ، و يفترض أن لها خاصية الاستقرار ،ولكن عند تفعيل هذه المخططات فإنها تؤثر على إدراك الفرد للعالم الخارجي و تخلق له تشوهات معرفية، و من هذا المنطلق قام الباحث بالتحقق من هذا الافتراض بدراسة مدى تأثير هذه المخططات على إدراك الفرد للضغط.

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 132 طالبا جامعيًا يدرسون في السنتين 2 و3 جامعي، و طبق عليهم مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة المختصر و مقياس الضغط المدرك، و بينت النتائج أن بعض المخططات المبكرة غير المكيفة يؤثر فعلا على إدراك الفرد للضغط و خاصة في ظهور مشاعر الإهمال على إدراك الضغط.

5-دراسات متعلقة بالمخططات المبكرة غير المكيفة و بعض الاضطرابات النفسية:

عنوان الدراسة الأولى: المخطط العاطفي و المساندة النفسية: الإذعان للأعمال المنزلية واضطراب الوسواس القهري للباحث : روبرت ليهي (2007) Robert L. Laehy، أجريت هذه الدراسة على حالة واحدة لامرأة ذات 38 سنة، مريضة بالوسواس القهري لمدة طويلة . تعاني من أعراض في حياتها الخاصة في المنزل و العمل. و توصل العلاج إلى أنها يجب أن تقتنع بفكرة أنها المسؤولة عن حالتها و يجب أن تتلقى العون من نفسها و ليس من الآخرين في أعمالها المنزلية ، أي تساعد نفسها عن طريق هذه الأعمال

المنزلية لكي تخفف من حدة قلقها الذي جرّها إلى الوسواس القهري. وأثبتت هذه الدراسة وجود علاقة بين المخطط العاطفي، و بين هذه الاستراتيجية في العلاج ،حيث أنت مفعولها.

عنوان الدراسة الثانية:تطور الأنماط المعرفية و العاطفية لدى مرضى القلق الاكتئابي وفقا للمخططات في العلاج النفسي المعرفي للباحث فوفان 2007 fofana:

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود أثر علاجي على اضطراب الانكسار الاكتئابي مرتبط بتطور المخططات المبكرة غير المكيفة . كانت شدة الاكتئاب معتدلة في بداية العلاج ، و في نهاية العلاج انخفضت إلى ما دون المعيار، وتم التوصل إلى نفس النتيجة مع القلق. أظهرت ارتباط اضطراب القلق الاكتئابي بكل من "السلوك" و "المشاعر" و "الإدراك".

تعقيب حول الدراسات السابقة:

- 1- تنوع الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة : (دراسات متعلقة بالمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة - دراسات متعلقة بالمخططات المعرفية لدى أولياء أطفال طيف التوحد- دراسات متعلقة بالضغط النفسي لدى أولياء أطفال طيف التوحد- دراسات متعلقة بالعلاقة بين المخططات المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي- دراسات متعلقة بالمخططات المبكرة غير المكيفة و بعض الاضطرابات النفسية).
- 2- تنوع الأهداف: (العلاقة الارتباطية- إنشاء برامج علاجية...).
- 3- تنوع المناهج حسب أهداف الدراسة : (المنهج الوصفي- المنهج التجريبي- دراسة حالة...).
- 4- تنوع العينة: (الأطفال- البالغين، نكور- إناث).
- 5- تنوع الأدوات المستخدمة : (مقياس المخططات المعرفية- مقياس الضغط المدرك - استبيان التشويهات المعرفية...).

لقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسات و من الأطر النظرية لمتغير الدراسة، كما استفادت من أدوات الدراسة و صياغة الفرضيات، ومن الملفات قلة الدراسات التي تناولت علاج المخططات المعرفية خاصة عند أمهات أطفال طيف التوحد .

الفصل الثاني:

المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة

➤ تمهيد

➤ الجذور التاريخية لمفهوم المخطط

➤ مفهوم المخططات المعرفية

➤ خصائص المخططات المعرفية

➤ أنواع المخططات المعرفية حسب يونغ

➤ نظرية المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة حسب يونغ

➤ مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة

➤ آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

➤ صيغ المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة

تمهيد:

يعتبر جيفري يونغ (Jeffrey Young) المتخصص في العلاج المعرفي هو أول من أسس العلاج التكاملي المتمركز حول المخططات و الذي يعتمد على مفهوم أساسي وهو المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ، حيث أكد يونغ على أن المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة موجودة عند كل الناس وتكون أكثر شدة ومقاومة عند الفئات الإكلينيكية وذلك استنادا إلى دور الأسرة ومقدمي الرعاية والأقران في تشكيل شخصية الفرد ، فقد توصل خلال ممارسته للعلاج المعرفي إلى أن أساليب الرعاية الأولية السلبية والخطئة ، و الفشل في تلبية الحاجات الأساسية للطفل ، والتعرض للخبرات الصادمة في حياته يؤدي إلى تطوير نظرة سلبية حول نفسه وحول العالم الذي يعيش فيه ، مما يؤثر على معتقداته والبناء المعرفي لديه فينشأ نوع من المخططات غير المكيفة كاستجابة لتلك الحاجات المحبطة ، كما أسماها يونغ. و يعتبر مفهوم تنشيط المخطط أساسي لفهم مساهمة "يونغ" ، وترتبط شدة المخطط بسهولة تنشيطه و حدة التأثير و مدة الكرب النفسي.

و عليه سنتطرق في هذا الفصل إلى الجذور التاريخية لمفهوم المخطط ، و مفهوم المخططات ، وخصائصها ، وأنواعها ، ونظرية المخططات المعرفية ليونغ ، ومجالاتها ، ثم في الأخير سنستعرض العلاج بالمخططات المعرفية.

1- الجذور التاريخية لمفهوم المخطط:

ظهر مصطلح المخطط لأول مرة في العهد اليوناني القديم من طرف الفيلسوف اليوناني "كريسيب" Chressipe (279_206ق.م) للدلالة على مبادئ أو أسس المناطق و أول من نظر و تكلم عن المخطط هو الفيلسوف الألماني "امانويل كانت" (Emmanuel kant1781) في كتابه: " نقد العقل المحض" وذلك في القرن 18 ، حيث كتب أن مفاهيمنا لا تعود في الأساس إلى صور أو أشياء ، وإنما إلى مخططات ، فحسب رأيه يمكن فهم المخططات على أنها فئات ذاكرية ، وأضاف أن المخططات تتكون في الذاكرة من قيم مستخلصة من تجاربنا الماضية. (RUSINEK 2006,P11).

فبالإضافة إلى ميدان الفلسفة فقد استخدم مفهوم "المخطط" من قبل العديد من المؤلفين في ميدان علم النفس و في ميادين أخرى ، و يشير هذا المفهوم بشكل عام إلى: "نموذج يفرضه الواقع أو التجربة ، يتيح للأفراد

تفسير الحقائق، الفهم، الإدراك، وتوجيه استجاباتهم"، هو المخطط هو برنامج معرفي يعمل كدليل في تفسير المعلومات وحل المشكلات. (ROUSSIN, 2011; P06).

وقد اعتقد "هيدو بارتليت" و "بياجيه" أن المخططات تشكل جزء من بنية الجهاز العصبي، أما بالنسبة لكل من "آدلر" و "بيك" فقد أشارا إلى المخططات المتعلقة بالنظام الشخصي للمعتقدات.

وفي سنة 1918 استخدم عالم الأعصاب "هيد" HEAD مصطلح المخطط لتعيين مواضع في الدماغ لها علاقة بتمثيل الذات، مثل مفهوم صورة الجسم الذي يقع في الفص الجداري، أو ما يعرف بالصورة الجسدية. (YOUNG ET KLASKO, 1995).

أما في مجال علم النفس، فلمصطلح المخطط تاريخ ثري وواسع، مشتق من علم النفس المعرفي وعلم النفس النمو، وعلم نفس الذات ونظرية التعلق، وقد أخذ عدة مسميات اعتبرت كمرادفات له وهي: البنية STRAUCTUR، الإطار CADRE، أو المحيط CONTOUR، YOUNG KOLOSKO 2003، (P20)، حيث يكتسي هذا المفهوم دلالات متعددة ضمن أدبيات علم النفس المعرفي، تختلف التعاريف في كونها بنى معرفية يمكن الوصول إليها أو لا يمكن، لكن كل التعاريف تقريبا، تجمع على أن المخططات المعرفية تمثل مستوى عالي معمم من المعرفة، وأنها مقاومة للتغيير و تمارس تأثيرا قويا على المعرفة و العاطفة. (STEIN, ET YOUNG, 2007, P05).

ويعد "آلفرد آدلر" (1929) ALFRED ADLE أول معالج نفسي وظف المخطط المعرفي بعد انفصاله عن التحليل النفسي، إذ تحدث عن مخطط إدراك شعوري و يعني نظرة الفرد الخاصة حول نفسه و حول العالم وذلك في كتابه: (YOUNG, 2005, P16) (LA SCIENCE DE LA VIE).

وحسب النظرية التحليلية يكمن مفهوم المخططات المعرفية في قدرة العمليات اللاشعورية في التأثير على الأفكار و العواطف و السلوك، رغم ذلك تمارس المخططات تأثيرها من خلال معالجة المعلومات بطريقة لا واعية، بدلا من الدوافع اللاشعورية و الغريزية. (STEIN ET YOUNG 2007, P05).

وفي مجال علم النفس المعرفي، قدم "بارتليت" 1932 BERTLETT، مساهمة هامة في تطوير نظرية المخططات خلال بحثه عن الذاكرة، أن المعلومات تعالج من قبل حفظها وأن هذه المعالجة تؤثر أيضا

على استنكار الذكريات ، باعتبارها هياكل إدراكية مجردة تتشكل من مختلف المواجهات مع البيئة ، ولها خصائص لتنظيم المعلومات وفقا للأوضاع و التجمعات المحددة. (ROUSSIN,2011,P06) .

أولاً: تعتمد الخبرات الفرد و إدراكاته على تجاربه السابقة في المواقف المشابهة.

ثانياً: بالاعتماد على هذه الخبرات تسمح المخططات للأفراد بالتنبؤ و التخطيط و القيام بالسلوك.

ثالثاً: قد تكون المخططات متكيفة و غير متكيفة ، بهذا المعنى تسمح المخططات للذاكرة بإصدار الأحكام الخاطئة عن طريق تشويه المعلومات الواردة (COWAN ET AL , 1994, MILLIGAN 2013) .

ويعتبر "جان بياجيه JAN PIAGET "أول من أدخل مفهوم المخططات لمجال التعلم والنمو المعرفي، حيث يعود له الفضل في صياغة وفحص مفهوم المخطط كما يستخدم اليوم في علم النفس، وكانت مساهماته البارزة لهذا المفهوم هو عمليتي التمثيل ASSIMILATION و المواءمة ACCOMODATION .

- التمثل هو قيام المخططات بالمساعدة في إدماج معلومات جديدة من البيئة.

- أما المواءمة حسب "بياجيه" هي تعديل المخططات الحالية عند مواجهة منبهات بيئية لا تتناسب مع المخططات الموجودة مسبقاً. (COWAN , PINES, ET MEITZER, 1994) .

كما استخدم "بياجيه" هذا المصطلح للإشارة إلى البنى المعرفية الموجودة لدى الطفل في لحظة معينة ، وتتضمن نماذج السلوك المنظم ، وتشير البنى إلى عمليات أو طرق للتنظيم موجودة لدى الطفل و تنظيم عملية استجابته للمواقف و الخبرات (شليبي ، 2001، ص 18) .

كما لقي هذا المفهوم اهتمام علماء الشخصية ويشير عندهم إلى عدة معاني منها : إطار وشكل فارغ يمكن ملؤه بالخبرات وهي قابلة للتعديل والتغيير والنمو ، هيكل أو تخطيط عن موضوع معين ، تنظيم نشيط للخبرات السابقة ويستخدم في مواجهة البيئة (شليبي ، 2001، ص 19).

في سنة 1955 طور "كليي" KELLY فكرة التكوينات الشخصية ، وتتلخص رؤيته في أن للإنسان بنى داخلية خاصة به تفسر سلوكه و تتشكل مع مرور الزمن من خلال تقييمات الفرد لخبراته المعاشة ، وتنظم في شكل قواعد تسمح للفرد بتوقع الأحداث في بيئته، وعن طريق صحة أو خطأ هذه التوقعات تتطور الشخصية حسب "كليي" ، إما إلى شخصية صحية أو شخصية مرضية (RUSINEK,2006,P13).

وفي مجال العلاج النفسي استخدم العديد من علماء النفس مفهوم المخطط لشرح الأمراض المختلفة أمثال "كيلي" (1955) ، "ايمري" و "شاو" (EMERY ET SHAW 1979) ، "روسك" و "سيغال" (1988) SEGAL ET RUSK ، غير أنهم اختلفوا فيما بينهم حول مكونات المخططات ، معرفية ، عاطفية أو سلوكية. (ROUSSIN , 2011, P 06)

وفي هذا السياق استخدم "بيك" BECK هذا المفهوم منذ 1967 وعرفه بقوله : "أن المخططات هي تفسيرات شخصية وتلقائية للمواقع ، فهي تعالج المعلومة بطريقة لا شعورية و تؤثر في استراتيجيات التكيف لدى الفرد وتظهر على شكل تشوهات معرفية تؤدي إلى ضعف معرفي". (شلبي 2001، ص 17).

كما أشار أيضا في كتاباته الأولى للمخططات ، ووصفها: " بأنها بنى معرفية تعمل على فحص وترميز و تقييم المنبهات المؤثرة في الكائن الحي " ، وقال أيضا : " بأنها قواعد خاصة تتحكم في معالجة المعلومات و السلوك " . ولقد شدد "بيك" على الدور المركزي الذي تلعبه هذه المخططات في تشكيل و استمرارية الاضطرابات النفسية.(BECK,FREEMAN ET ASSOCIATES,1990,P 238).

فقد أصبح مصطلح المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة في انتشار متزايد في ميدان علم النفس العيادي و الإجتماعي و النمائي ، (حسين 2007، ص 114) ، منذ سنة 1990 عندما اقترح "جيفري يونغ" JEFFREY YOUNG هذا النموذج النظري الإضافي ، وهي نماذج معرفية انفعالية ذاتية التهديم ، تظهر مبكرا أثناء النمو وتكرر طوال حياة الإنسان. (YOUNG ET ALL , 2005 , P35) .

2- مفهوم المخططات المعرفية: اختلف مفهوم المخططات من ميدان علمي لأخر كل حسب توجهاته النظرية و أطره المرجعية ، وفي مجال علم النفس بصفة عامة ، والمعرفي بصفة خاصة . فقد تم اعتبار المخططات المعرفية إحدى أهم الأسس النظرية للتمثيل المعرفي ، وتشكل جزءا من الفلترة الإدراكية التي يستخدمها الفرد في إدراك العالم.

حيث تعمل كمرشحات للخبرات القادمة و المتواصلة التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات عن الأحداث بطريقة تلقائية (حسين ، 2007، ص 166)، ومن أهم التعاريف التي تناولت ماهية المخططات المعرفية ، والتي تعرض لها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس نذكر من بينهم :

- يعرف "جيفري يونغ" المخططات المعرفية على أنها: " حالة انفعالية معينة لدى الشخص وسلوكيات المواجهة المرتبطة بها والتي يستخدمها في لحظة معينة ".(عبد الرحمان ، 2014 ، ص 91).

-أما "جون بياجي" فقال بأنها: " تمثيل عقلي يسمح للفرد من التعرف و الاستجابة للمثيرات الحسية من خلال إضفاء قالب معين عليها ".(محمد و عيسى ، 2011 ، ص 254).

-أما "كلي" وهو رائد نظريات المخططات المعرفية وتنظيم الذات وهو من الأوائل المنظرين في النظرية المعرفية الشخصية ، فيعرفها على أنها: " سيرورة عقلية لشخص ما ، تسير طريقته التنبئية للأحداث ". (chmbon et cardi , 2003 , p 43).

-ويرى "أندرسون" (1995) أن المخططات المعرفية هي: " تمثيل للمعرفة التصنيفية حول الأحداث و الأشياء لتساعدنا في التعرف على المثيرات و عناصرها و طبيعتها ". (محمد ، عيسى ، 2011 ، ص 254).

-كما يعرفها "أرون بيك": على أنها: " إحدى أهم المفاهيم الأساسية في نظرية العلاج المعرفي ، ويشير هذا المفهوم عنده إلى البنى المعرفية الموجودة لدى الفرد ، وهي تتضمن الاعتقادات و الافتراضات و التوقعات و المعاني و القواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث و عن الآخرين وعن البيئة ". (حسين ، 2007 ، ص 114).

-في حين تعرفها بارثليت: على أنها: " تنظيم نشط من التجارب الماضية ، انطلاقا من الروح و نستخرج منها بنية معرفية عامة تمثل عدة لحظات انطلاقا من التجارب(raynal et rieunier , 1997,p 331).

-ويرى "ثروندايك": " أنها تعميم وتوليد للمعلومات أو الأفكار أو المنظمات المعرفية ، إلى جانب الأحداث المتعلقة بحياة الفرد ، المعرفة العامة المتعلقة بإجراءات وتعاقب الأحداث و المواقف الاجتماعية، وهي تمثل إحدى النتائج المعرفية لتمثيل المعرفة". (chmbon et cardi, 2003 ,p43).

- أما "كوروين" وآخرون فقالوا: " بأنها عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل ، وكبناءات لتذكر المعلومات و تفسيرها و كإطار عمل منظم لحل المشكلات. وكل فرد يتبنى مدى واسعا من المخططات التي تمكنه من تكوين حس عام للعالم، ووضع أي معلومات و خبرات جديدة داخل السياق.

وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل فرد لكي يتعامل مع العالم ، وتلك الأنظمة يبدأ تشكيلها منذ الطفولة المبكرة وبمجرد تشكلها ترشد معالجة المعلومات، و توجهها كما توجه السلوك، وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك، وكيف يتصرف و يدرك نفسه و الآخرين، و العالم وهي مرتبة تصاعديا تبعا للأهمية ". (كوروين ، 2008 ، ص 31).

-و يعرفها "فتحي الزيات" : " على أنها مجموعة من الوحدات المعرفية التي تنطوي على قدر من الترابط أو التكامل المعرفي و تتعلق بالمواقف أو الأحداث المألوفة و العلاقات القائمة بين هذه المواقف و الأحداث و تنطوي على قدر من التعميم يمكن للفرد من التعامل مع الأحداث و المواقف و المشكلات ببسر وسرعة و فاعلية . (الزيات ، 1988 ، ص261).

-أما "طه عبد العظيم حسين" فيرى أنها: " اعتقادات جوهرية أو افتراضات تشكل جزءا من الفلترة (مرشحات) الإدراكية التي يستخدمها الأفراد في إدراك العالم، حيث أن هذه المخططات التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات على الأحداث بطريقة تلقائية، و حيث أن لكل فرد مخزون فريد من المعلومات و الذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن الأحداث تختلف من فرد لآخر و كذلك الانفعالات التي يعيشها. (حسين، 2007 ، ص 116).

ومن خلال هذه التعاريف كلها نستنتج أنها تتشارك في تفسير نمط تفكير الفرد والذي على أساسه ينشأ السلوك، والذي نسميه بالمخططات المعرفية.

3- خصائص المخططات المعرفية:

تتميز المخططات المعرفية بخصائص ومميزات عديدة أهمها:

-إنها توليد وتجريد للمعرفة بصورة منظمة و مختصرة تساعدنا على تحديد الخصائص الجانبية التي يمكن الاستدلال من خلالها على النوع أو الصنف و في حالة عدم توفر هذه الخصائص فإن المخطط يساعد على تكملة الفراغات للخصائص الناقصة كعملية إدراكية.

-المخططات المعرفية توفر علينا التعامل مع كم هائل من المعلومات وقت التعرض لمثير أو موقف معين يدور حوله المخطط.

- هي توفر لنا القدرة على إعطاء أحكام سريعة نحو موضوع المخطط المعرفي.
- هي تزودنا بمعلومات و محتوى يساعدنا على تفسير الأحداث و المثيرات من حولنا إلا أن هذه المعلومات قد تتغير من حالة إلى أخرى.(عيسى و محمد ، 2011، ص255،254).
- لا تنشأ المخططات غير المتكيفة فقط نتيجة الصدمات التي عاشها الفرد خلال الطفولة ،لكن هناك عوامل أخرى تعزز نموها ، فالخبرات الضارة و المتكررة قد تكون أساس لهذه المخططات.
- إنها تكافح من أجل البقاء، كما أننا نجد أنفسنا نتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزء لا يتجزأ من حياتنا وفي الحقيقة رغم إدراكنا لطبيعتها المدمرة ، فنحن نجدها مريحة ومألوفة.
- تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة و تمثل حقيقة خصائص البيئة الأسرية لدى الفرد ، وهكذا فالمخطط يتطابق تماما مع طبيعة المحيط العائلي الذي عاشه الفرد،مثلا: إذا وصف شخص أسرته بالبرود والبعد العاطفي، فهذا فعلا ما هو عليه.
- إنها تؤثر على طريقة إدراكنا للأمور و كيفية التصرف ،حيث يصبح سلوكنا مطابق للمواقف المتشابهة ،هذه المخططات تمثل أثر الماضي و الطفولة على الحاضر.
- تقوم بعملية تدمير ذاتي الذي يؤثر على الحياة الشخصية و العاطفية والاجتماعية و المهنية للشخص ،كما يمكن أن تحدث و تنشط في مواقف معينة من حياتنا.(young et all , 1995 , p 36- 37) .

4- أنواع المخططات المعرفية حسب يونغ:

- 1-المخططات لها مستويات مختلفة من الشدة والخطورة، كلما كان المخطط أكثر شدة، كلما كانت له الأولوية في التنشيط في مواقف أكثر، وتكون الانفعالات المرتبطة به سلبية أكثر وتترك أثر مؤلما على حياة الفرد.
- 2-قد تكون المخططات إيجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة، المخططات الإيجابية و المتأخرة هي المخططات المتكيفة، بينما المخططات السلبية و المبكرة هي المخططات المختلة وظيفيا وغير المتكيفة.

3- قد تكون شرطية أو غير شرطية، تكون المخططات غير شرطية إذا تطورت مبكرا وتكونت من معتقدات أساسية، قوية ولا عقلانية، وتكون شرطية عندما تنشأ متأخرة، و تكون مرنة وقابلة للتعديل. (kahalé, 2009 , p 83)

أ- **المخططات الشرطية:** هي مخططات ثانوية، وتمثل عادة محاولات لتكيف متطور إنطلاقا من المخططات غير الشرطية، وحدد يونغ خمسة مخططات شرطية وهي: مخطط الخضوع، مخطط التضحية، البحث عن القرب و العرفان بالجميل، المراقبة الانفعالية المفرطة، المتطلبات المثلى / النقد الزائد (young and all ,2005 p 51) .

ب- **المخططات غير الشرطية:** تتمثل حسب يونغ في: مخطط الإهمال / عدم الاستقرار، الحذر / التعسف، النقص العاطفي، النقص، الانعزال الاجتماعي، التبعية / عدم الكفاءة، الخوف من الخطر أو من المرض، الاندماج / شخصية هزلية، الفشل، السلبية / التشاؤم، العقاب، الحقوق الشخصية المتطلبة / التعالي، مراقبة الذات / نقص النظام الذاتي. (young and all ,2005 p 50) .

يمكننا القول مما سبق أن المخططات المعرفية متعددة الأبعاد ومختلفة في الشدة، سلبية أو إيجابية، وشرطية أو غير شرطية تنشأ في مراحل مبكرة و تؤثر في المراحل التالية.

5-نظرية المخططات المعرفية المبكرة غيرالمكيفة حسب يونغ:

قام "جيفري يونغ" وزملائه (1990 ، 2003) بتطوير نموذج "آرون بيك" في العلاج المعرفي ، ووضع نموذجه في العلاج التكاملي و الذي سماه " العلاج بالمخططات " أو " علاج منظومة التفكير " ، وهدف لعلاج اضطرابات الشخصية المزمنة ، و اقترح "يونغ" مجموعة محددة من المخططات سماها : "المخططات المبكرة غير المتكيفة " و التي تمثل المستوى العميق من المعرفة ، وتعد من الأسباب الكامنة وراء ظهور أنماط الشخصية المرضية. (hawsseust , 2003,p20).

كان موجهها بشكل خاص لمرضى اضطرابات الشخصية الذين لم يستجيبوا لمنهج العلاج المعرفي الكلاسيكي، مركزا على أصل المشاكل النفسية التطورية و على أنماط الأداءات النفسية و الاجتماعية طويلة المدى وعلى الأنماط الأساسية الراسخة للمعارف و السلوكيات غير المتكيفة ، خاصة الذين لديهم أحد اضطرابات المحور الأول (AXIS I) التي تميزها انتكاسات مزمنة أو الذين لا يستجيبون للعلاج ، عموما

فالعلاج بالمخططات يستهدف الجوانب المزمنة و المتعلقة بالخصائص المميزة للاضطرابات بدلا من الأعراض النفسية الحادة (martin et young , 2010).

في سنة 1990 وضع "يونغ" نظريته حول هذا الموضوع من خلال وضع الأساس لهذه المخططات غير المكيفة بتقديم تعريف منظم حيث عرفها بأنها :

* أنماط رئيسية منتشرة نافذة و عريضة.

* تتضمن الذكريات ، و الانفعالات ، و الادراكات ، و الأحاسيس الجسدية.

* تتعلق بالشخص نفسه وبعلاقاته مع الآخرين من حوله .

* تتطور خلال الطفولة المبكرة و المراهقة.

* تظهر بشكل أكثر وضوحا و تفصيلا خلال فترة حياة الفرد.

* مختلفة وظيفيا و بدرجة ملحوظة . (ظافر ، 2015 ، ص 35).

ليعود سنة 2003 ليضع تعريفا منقحا للمخططات المبكرة غير التكيفية بأنها : " تمثل نماذج أو مواضيع هامة بالنسبة للفرد مجتاحة ، متكونة من ذكريات و انفعالات و تصورات ، و أحاسيس جسدية تخص الفرد و علاقته مع الآخرين تتطور خلال الطفولة و المراهقة ثم تثرى على مدى الحياة وهي لا وظيفية (عطار ، 2017 ، ص 202).

إن نموذج "يونغ" في العلاج المتمركز حول المخططات ، ناتج عن ممارسته الطويلة في علاج اضطرابات الشخصية ، حيث اتبع نموذج "بيك" و قام بتعديله و تدقيقه ، و توضيحه .

و المفهوم الرئيسي الذي طوره "يونغ" هو المخططات المبكرة غير المكيفة ، فكلمة " المبكرة ،précoce" استعملها ليشير إلى أن هذه المخططات تأخذ منبعها من الطفولة.(fofana, 2007 , p 102)

تستند نظرية المخططات إلى ثلاث مفاهيم جوهرية وهي :

المخططات المبكرة غير المتكيفة (EMSS) وهي بشكل عام معتقدات ضمنية مختلفة وظيفيا و غير شرطية حول الذات وعلاقة الفرد بالآخرين ، وتنمو في مرحلة الطفولة و تعمل على تصفية الخبرات الواردة بشكل انتقائي و تتوسع المخططات و تترى خلال حياة الفرد ، و تنتشر هذه المخططات عندما يواجه الشخص مواقف شبيهة بتلك التي أدت إلى نشوئها .

و المفهوم الأساسي الثاني لنظرية المخططات هو السلوكيات التي يقوم بها الفرد إزاء هذه المخططات و تسمى أساليب التكيف coping styles ، يفترض "يونغ" أن الشخص يحافظ على استمرارية المخططات من خلال ثلاث طرق للتكيف : - التعويض الزائد (هو مقاومة المخطط رغم أن العكس هو الصحيح) - التجنب (تجنب المخطط النشط)

- الاستسلام (الخضوع للمخطط) وهي الاستجابات السلوكية المميزة للمخططات (, LOBBESTAEL , VREESWIJK , ET ARNTZ , 2007).

والمفهوم الثالث هو "الصيغ ، modes" وهي المخططات و أساليب التكيف النشطة في زمن معين . وتنشأ الاضطرابات الانفصالية و العاطفية أساسا من الحاجات الرئيسية غير المشبعة أثناء النمو في مرحلة الطفولة و المراهقة ، مما يؤدي إلى ظهور المخططات المبكرة غير المتكيفة و أساليب التكيف . و يهدف العلاج بالمخططات إلى مساعدة المرضى لتحديد مخططاتهم الخاصة أي فهم أصلها و منشأها ، و ربط هذه المخططات بمشاكلهم الحالية ، و استخدام آليات علاجية لاستبدال أساليب التكيف غير المتوافقة بأساليب سلوكية صحية (young et al , 2003).

افترض "يونغ" (1990-1999) أن بعض المخططات خاصة منها التي تنتج عن تجارب طفولية سلبية تشكل نواة الاضطرابات الشخصية، و سمة مميزة لمشاكل نفسية معتدلة والكثير من الاضطرابات المزمنة للمحور الأول الاضطرابات النفسية، و يضيف "يونغ" بأنها أنماط معرفية محيطة للذات و انفعالية، وهي أنماط معرفية تبدأ مبكرا خلال النمو و تتكرر خلال الحياة ، و حسب "يونغ" فإن سلوك الفرد لا يعد جزءا من المخطط نفسه ، بل تتشكل السلوكيات اللاتكيفية كاستجابة لمخطط ما (young et al , 2003, p .07).

إن نموذج "يونغ" يركز على المخططات غير المكيفة للطفولة وهو بذلك لا يبتعد عن تيار العلاج المعرفي مع نظريات بيك ،حيث يقدم هذا النموذج مميزات مختلفة:

- يؤكد على دور المخططات المبكرة غير المكيفة .

- المحافظة على سيرورة سلامة المخططات .

- إنه لا يتبنى تصنيف (DSM3 . Ret 5) ولكنه يشخص المخططات غير المكيفة النمطية عن طريق الموازين أو المعايير المؤسسة واللازمة للتشخيص في الأولوية.

- يحلل تاريخ عملية النمو المرضية لكي يوضح ويفسر تكوين المخططات ويستخدم معطياتها في العلاج (المخططات).

- يعطي الأهمية لدور الإنفعالات في العلاج (الحطاح ،2011،ص 63).

وإنطلاقاً من النموذج المعرفي "لبيك" والآخرين (1979)، عرض "يونغ" الافتراضات النظرية الأربعة للمخططات كمايلي :

* المخططات المبكرة غير المكيفة .

* إبقاء المخططات من طرف المعلومات المشوهة .

*تجنب المخططات .

*تعويض المخططات .

لا يعتقد "يونغ" أنه يطور نظرية كاملة للاضطرابات الشخصية ، بل يؤكد أن أفكاره هي نتاج الملاحظات الإكلينيكية وتجربته العلاجية ، وبالتالي هي تعتبر منهجية علاجية أكثر من نظرية علمية (الحطاح،2011،ص64) .

إذن، نظرية المخططات ليونغ تعد نظام علاجي شامل متكامل يتضمن نظريات وتقنيات مستمدة من عدة علاجات أهمها: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العلائقي و، العلاج التحليلي ونظرية التعلق وغيرها ،

حيث ركز كثيرا على العلاقة العلاجية كوسيلة لتعديل السلوك ، كما أنها تعتمد على ثلاث مفاهيم أساسية وهي: المخططات المبكرة غير المتكيفة ، وأساليب التكيف والصيغ ، والمخططات المبكرة تتشكل في المراحل الأولى من الطفولة عن طريق تفاعلها مع المحيط ومع الأفراد الذين نشؤوا فيه .

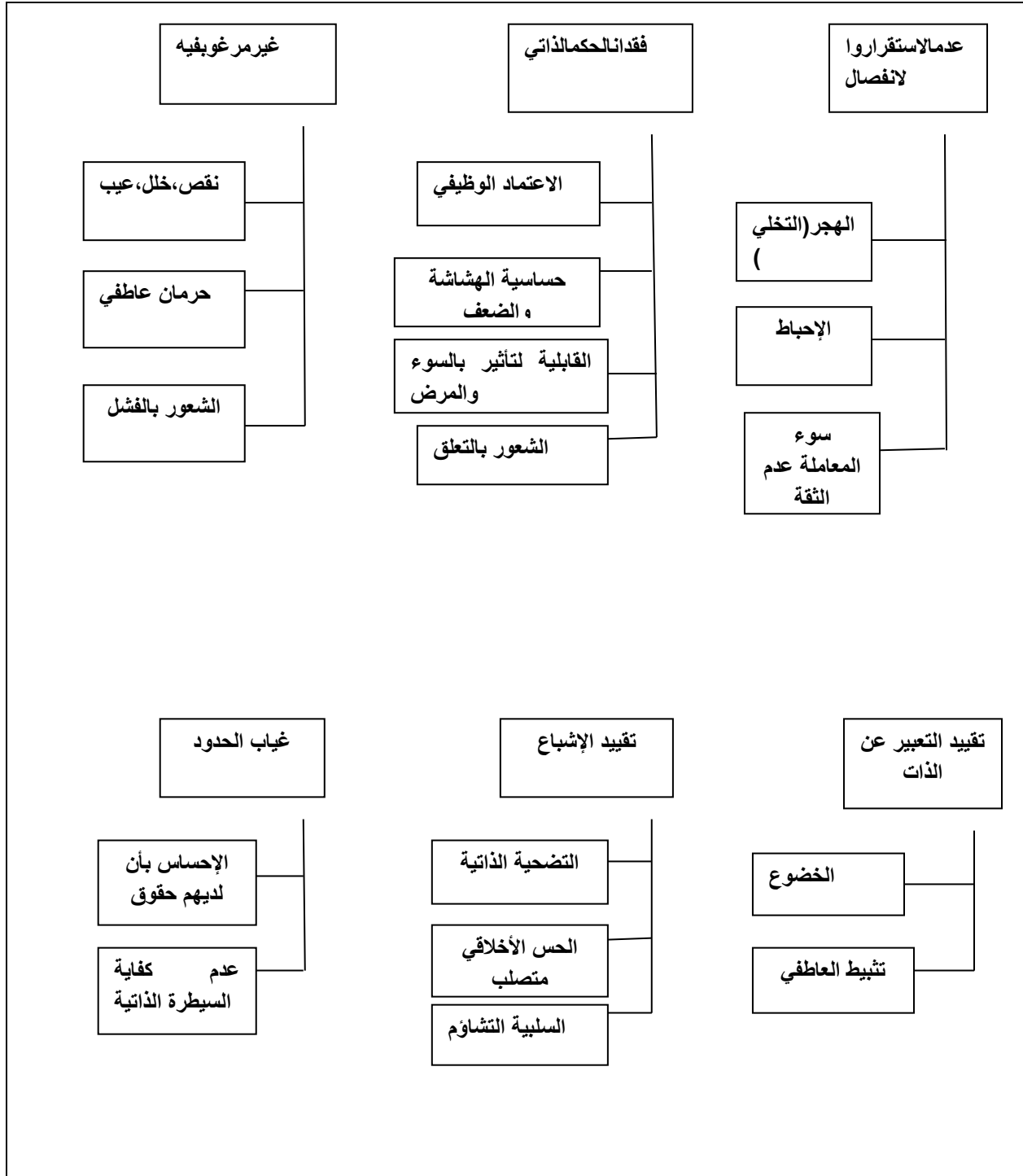
6- مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة :

لقد قام "يونغ" بتصنيف ثمانية عشر مخططا غير متكيف ، ضمن خمسة مجالات نابذة من الحاجات العاطفية غير المشبعة ، وقد مر هذا التصنيف بعدة مراحل أهمها :

التصنيف الأول : تصنيف "يونغ" (1991) وضع نموذج هرميا للمخططات المبكرة غير المتكيفة ولخصه في الشكل التالي :

الشكل 2- 1 مخطط يمثل نموذج ، "يونغ" 1991 الهرمي للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

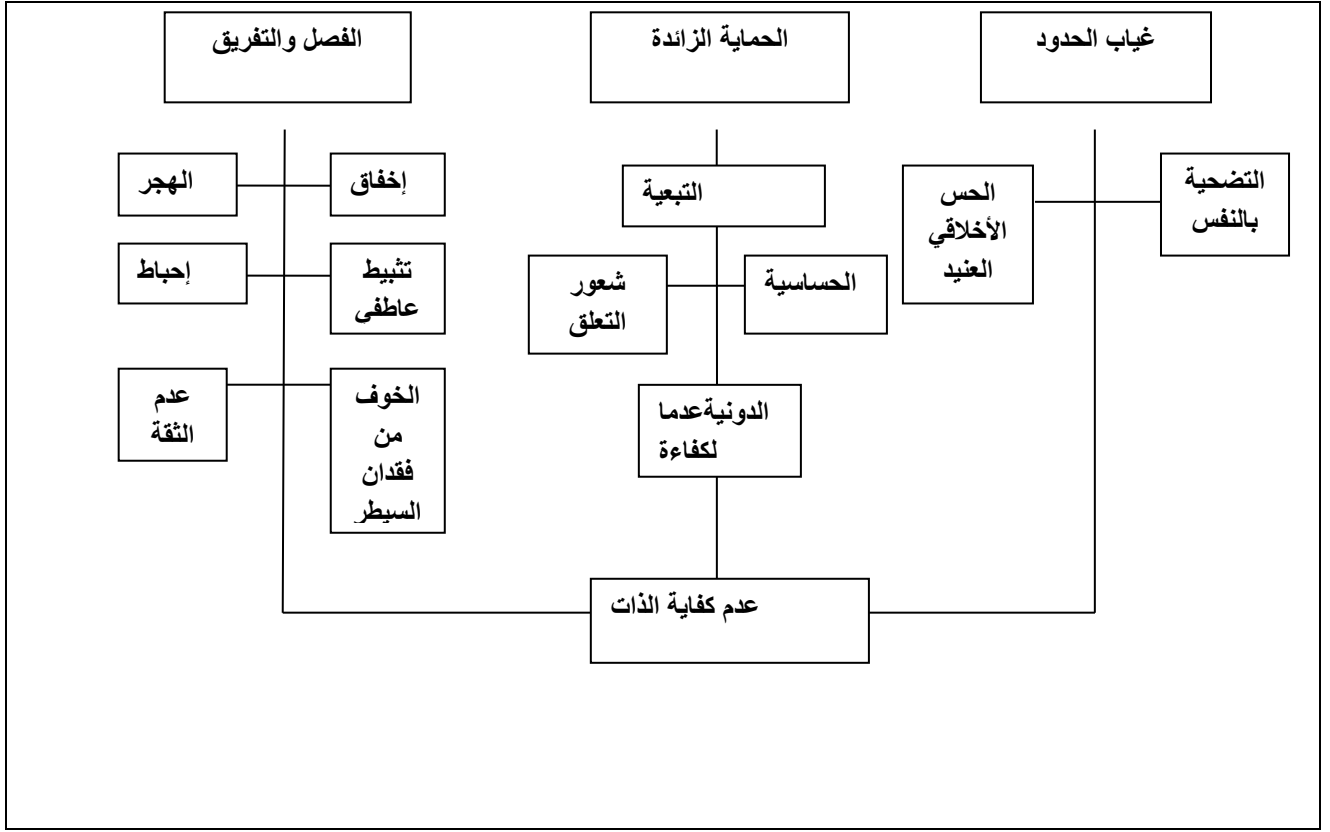
الفصل الثاني: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة



(fofana, 2007, p 111)

التصنيف الثاني : تصنيف "شميد"schmidt و "جوانيي"joiner ، "يونغ"young ، و "تيش" tech (1995): بعد القيام بدراسة عملية تم التوصل إلى تصنيف هرمي جديد لخصه "فوفان" fofana في الشكل التالي:

الشكل 2-2 المخطط التصنيفي الأولي للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة حسب يونغ



(Fofana , 2007 , p 114)

نلاحظ من خلال التصنيفين أنه قد طرأ نوع من الإختلاف في الشكليات الهرميين للمخططات المبكرة غير المكيفة إلا أنهما يحافظان على عدد المخططات الثمانية عشر ضمن الحاجات الأساسية الخمسة غير المشبعة وهذه المجالات هي كالاتي :

1/6- المجال الأول: مجال الانفصال و الرفض: إن الأفراد الذين لديهم مخططات هذا المجال غير قادرين على تحقيق تعلق آمن ومشبع بالآخرين ، هم يعتقدون أن حاجاتهم للاستقرار والأمن و الرعاية و الانتماء سوف لن تلبى من طرف مقدمي الرعاية المهمين كالوالدين (Cockram, 2009, p37). والأفراد الذين تتمركز مخططاتهم في هذا المجال هم في غالب الأحيان الأكثر إصابة و الأكثر شدة ، وأغلبهم صدموا في فترة الطفولة ، و في مرحلة الرشد ينتقلون من علاقة هدامة ذاتيا إلى أخرى . ويتجنبون العلاقات الودية و العلاقات العلاجية و التي تعتبر أساس العلاج (young and all , 2005, (p 41)

يتضمن هذا المجال خمسة مخططات هي كالآتي :

1* مخطط الهجر / عدم الإستقرار : الأشخاص الذين يملكون هذا المخطط مقتنعون أن الأشخاص المهمين لديهم سوف لن يستمروا في منحهم الدعم العاطفي و القوة و الإتصال و الحماية ، ويخافون من فقدان أحد الوالدين بالموت أو الهجر (young et all, 2003)، هؤلاء الأشخاص يشعرون بأن شبكات الدعم لديهم غير مستقرة غير موثوقة و لايمكن توقع استمراريتها ، ينقصهم الإحساس بالأمان (alfasfos, 2009)، وغالبا ما يشعر حامل هذا المخطط بالحزن و القلق ، ويخشى أن يترك بلا سند ولا حماية (kahalè , 2009, p 88).

2* مخطط الشك الإعتداء : ينشأ هذا المخطط من آباء يوصفون بسوء المعاملة و الاعتداء جسديا و لفظيا أو جنسيا على أطفالهم ، و الأفراد الذين لديهم هذا المخطط يخافون من الإهانة و الإصابة و الاعتداء و سوء المعاملة من الغير ، و يظنون أن الآخرين يريدون إلحاق الأذى و المعاناة بهم عن قصد ، لا يسمح هذا الشخص للآخرين بالاقتراب منه ، يشك في نوايا الآخرين ، مقتنع أن الآخرين يقومون بخيانتهم و يتجنب كل العلاقات العاطفية و يكتفي فقط بالعلاقات السطحية ، و غالبا ما يتعلق بالأفراد الذين يسيئون إليه ، و يشعر بالإستياء منهم و تتولد لديه الرغبة في الإنتقام منهم (fofana , 2007, p 116) . لذا نجده حذرا جدا من الآخرين ، يخفي أفكاره و أحاسيسه الحميمة ، ويتخذ مسافات في علاقاته مع الآخرين (kahale , 2009, p 88).

3* مخطط الحرمان العاطفي : إن الأشخاص الذين يعانون من هذا المخطط يتوقعون من الآخرين عدم اشباع كاف لحاجاتهم من الدعم العاطفي و الحاجة إلى من يفهمهم و يستمع إليهم و الحاجة للتوجيه ، وينشأ هذا المخطط من والدين باردين و متباعدين عاطفيا. (martin et young , 2010) لذا نجد الفرد الخاضع لهذا المخطط يتأرجح بين الاستياء و المعاناة و الوحدة (fofana , 2007, p 115) و أحيانا الشخص الذي يقع تحت تأثير هذا المخطط يتصرف و كأنه ليس بحاجة إلى عاطفة و بهذا ، فإنه يخضع للمخطط و بالتالي يختارون شركاء باردين عاطفيا الذين لا يمنحون إلا القليل من العاطفة أو قد لا يقدمونها، كما قد يكون لديهم حاجات عاطفية غير مشبعة وهم أيضا لا يطلبون تلبية هذه الحاجات من شركائهم (kahalé , 2009, p88)، يتكون هذا المخطط من ثلاث صيغ رئيسية وهي :

- الحرمان من الرعاية : غياب الإهتمام و العاطفة و الدفء أو الرفقة (الصداقة) .

- الحرمان من العطف : غياب الشخص المتفهم ، و المستمع ، المساند، و الكشف عن الذات أو المشاركة الوجدانية من الآخرين .

- الحرمان من الحماية: غياب القوة و التوجيه من الشخص الموثوق فيه و الذي يسدي الإرشاد و النصح وقت الحاجة. (young, 2005, p 42) .

4*مخطط النقص / الخجل : يشعر الشخص في هذا المخطط بأنه ناقص و خاطئ وكله عيوب و أنه سيء ولا قيمة له و يحس الدونية و أنه غير محبوب من طرف الآخرين ، عادة ما يتضمن هذا المخطط الشعور بالعار و الخزي اتجاه عيوبه سواء كانت خاصة : كالأنانية و الدوافع العدوانية و الرغبات الجنسية غير المقبولة ، أو عامة مثل : المظهر غير اللائق و الإرتباك الإجتماعي (young et al, 2003) ، كما يتضمن ذلك حساسية الفرد المفرطة تجاه النقد ، الرفض و اللوم ، الارتباك و الإحساس بعدم الأمان عند مقارنته بالآخرين .(ظافر ،2015، ص37)، ومن الممكن أن يكون هؤلاء الأشخاص قد تم الاعتداء عليهم جنسيا أو جسديا أو عاطفيا ، أو خضعوا لتربية والديه تفنقر للحب و تتصف بالإنقذاد المفرط للوالدين اتجاه طفلهم ، فهو لا يشعر بأنه محل تقدير و احترام من طرفهما ، يفقد الثقة بالنفس و يشعر بأنه غير كفاء . (kahalé, 2009, p 88 ، alfasfos , 2009).

5*مخطط العزلة الإجتماعية / الإغتراب : يتضمن هذا المخطط شعور الفرد بأنه معزول عن بقية العالم، مختلف عن الأشخاص الآخرين ، وليس جزءا من أي مجموعة أو مجتمع (ظافر ، 2015 ، ص 37) ، ويرتبط هذا المخطط بنوعية الروابط العاطفية للشخص ، فهي تخص العلاقات مع الأصدقاء و مختلف المجموعات الإجتماعية ، حيث يشعر الشخص بأنه مغترب و مهمش . تعرض في طفولته بالرفض من طرف أقرانه ، أي ليس لديه أصدقاء ، ولا ينتمي لأي مجموعة ، فهو يميل إلى الإبتعاد عن مرافقة الآخرين و لا يبحث عن بناء علاقات ، يعتقد بأنه أقل مكانة و غير مرغوب و أقل جاذبية و أقل كفاءة في التواصل الاجتماعي ، و ممل يتحفظ أثناء المناسبات الاجتماعية ، في قاعات الدراسة ، أو اجتماعات العمل في الوسط المهني ، كما يعتقد أنه مثير للاشمئزاز بالنسبة لشريكه . (fofana , 2007,p 117).

2/6- المجال الثاني: مجال نقص الإستقلالية وضعف الأداء (الإتقان) : ويتضمن مجموعة من المخططات المبكرة غير متكيفة تتداخل فيها معتقدات الفرد و إدراكاته حول قدرته على الاستقلالية الوظيفية أو التعامل و التكيف مع الحياة اليومية و متطلباتها .(ظافر ،2015، ص 38). كما أن الأفراد الذين يشملهم هذا

المجال هم الذين لم يتمكنوا من تطوير الاستقلالية الضرورية من أجل القيام بمهامهم بشكل مستقل و منفصل عن أسرهم ، هم غير قادرين على تشكيل هوية أو أسلوب حياة خاص بهم (mehran ,2011 , p 81). أصحاب هذا المجال لديهم الشعور بنقص الاستقلالية و الأمان ، كما يرتبط هذا الشعور بفقدان السيطرة على تحديد المصير و أيضا بالاعتمادية المرضية على الآخرين للتوجيه و الدعم ، ويعتقدون كذلك بأنهم غير قادرين على أداء مهامهم اليومية بنجاح . مثل باقي المجالات ، فإن هذا الشعور قد ينبع من خبرات الطفولة التي قلصت شعورهم بالمسؤولية و السيطرة و الأمان ، وغالبا ما توصف عائلات هؤلاء الأفراد بالحماية الزائدة للطفل أو العكس تماما وهو نقص الإرشاد و التوجيه من طرف مقدمي الرعاية (Theiler , 2005)، ويتضمن هذا المجال أربعة مخططات وهي كالآتي :

1 * مخطط التبعية / العجز : في هذا المخطط لا يحس الفرد بالأمان الكافي لمواجهة العالم الخارجي ، و يعتقد أنه عاجز على القيام بمسؤولياته و حل مشاكله ، و يفترق للمبادرة و الاعتماد على النفس . هذه التبعية الزائدة تدفعه لطلب المساعدة باستمرار من المحيطين به في اتخاذ القرارات و تدبر أموره المالية و المهنية و حل مشاكله (young et al , 1995)، لم يلق صاحب هذا المخطط في طفولته التشجيع الذي يكسبه الاستقلالية ، بل تعرض للانتقاد الشديد بسبب أخطائه البسيطة ، لذا نجده يبحث عن النماذج (الأشخاص) التي تطمئنه و تريحه ، يعتمد عليهم و يسمح لهم بإدارة أمور حياته ، أما العجز فهي انعدام أو تدني تقدير الذات ، يجعل الشخص يعتقد أنه غير كفء (عاجز) ، غير جدير و يعتقد أن الناس لو عرفوا حقيقته لن يحبوه ، لهذا نجده يلوم نفسه و يشعر بأنه لا يستحق عطف الآخرين يصعب عليه الاعتقاد بأنه بإمكان الآخرين أن يقدروه لهذا يبادر هو برفضهم (fofana , 2007,p 106) .

2 * مخطط القابلية للأذى أو المرض : (القابلية للإنجراف) : يرى يونغ أن هذا المخطط يجعل الفرد قابلا للإنجراف أو التعرض للأذى (masson et all , 2005 , p 550)، ويتضمن خوفا مبالغا فيه من كارثة و شبكة الحدوث ستقع في أي وقت و سيكون الفرد غير قادر على التعامل معها و منع حدوثها (ظافر، 2015، ص 38)، و تتعلق هذه المخاوف بعدة احتمالات تتمثل في :

- الجانب الصحي : الخوف من الإصابة بأزمة قلبية أو بالفيروسات أو السرطان .

- الجانب الإنفعالي : الخوف من الإصابة بالجنون أو من أنواع الرهاب ك: ركوب الطائرة أو المصاعد .

- الجانب الطبيعي : الخوف من التعرض للهجوم (أو وقوع جريمة) أو الكوارث مثل الزلازل .

(young , 2005 , p 43).

3* مخطط العلاقات الاندماجية / عدم النضج الذاتي : يتميز أصحاب هذا المخطط بالتعلق العاطفي المفرط لشخص أو عدة أشخاص ، غالبا ما يكون هؤلاء هما الوالدين (fofana , 2007, p 115)، على حساب الفردية الكاملة و التطور الإجتماعي الطبيعي بالنسبة للفرد، (ظافر ، 2015 ، ص 38) ، هذه العلاقة الاندماجية أو الذوبان في شخصية الآخر ، تجعل الشخص لا يستطيع العيش دون الشخص الذي ارتبط به ، فيصبح غير قادر أن يطور نفسه فكريا ، اجتماعيا ، عاطفيا ، أو التعبير عن ميوله و مواهبه، إضافة إلى أن أفكاره و سلوكه و رغباته و حتى قراراته هي للشخص المرتبط به ، و يمكن أن يصل هذا الاندماج أو الذوبان إلى شعور ذلك الشخص بالذنب إذا احتفظ بتفاصيل حياته الخاصة دون تقاسمها مع من يرتبط معهم عاطفيا . (kahalé , 2009, p 91)، و عادة يختبر الفرد في مثل هذا النوع من المخططات مشاعر من الفراغ أو الخواء النفسي ، و عدم وجود توجه في الحياة (ظافر، 2015، ص 38).

4* مخطط الفشل : يتضمن هذا المخطط شعور الفرد بعدم قدرته على النجاح من الآخرين (أقرانه) لاعتقاده بأنه عاجز أو أحمق و أقل مكانة من الآخرين . و الخاضع لهذا المخطط لديه تقدير ذات منخفض و لا يمكنه إنهاء عمله و يقوم بتجنب أو تأجيل المهام و المشاريع المهنية الجديدة ، من جهة أخرى قد يعوض ذلك عن طريق العمل على أكمل وجه دون توقف و بكل إتقان ، لكن دائما ما يصاحبه و يطارده الشعور بالفشل في داخله ، وقد يكون مصدر هذا المخطط خبرات الإساءة و النقد المفرط و التعرض للإهانة من طرف الوالدين .(kahalé , 2009, alfasfos, 2009) ، وفي سبيل الإصرار على وجهة نظره يشوه الأحداث و الظروف ، كما يضخم ما هو سلبي و يستصغر ما هو إيجابي (fofana , 2007, p 126) .

3/6- المجال الثالث : مجال نقص الحدود : إن الأشخاص في هذا المجال لم يطوروا حدود داخلية كافية فيما يخص المعاملة التبادلية و الانضباط الذاتي . قد يجدون صعوبة في احترام حقوق الآخرين ، و التعاون المشترك و الحفاظ على الالتزامات أو تحقيق أهداف بعيدة المدى. (cackram , 2009). ويتضمن هذا المجال المخططات المبكرة غير المتكيفة ذات الموضوعات المتصلة بإدراك الفرد لعدم قدرته على ضبط الدافع الداخلي ، و المتضمن ضبط الدافع و المسؤولية اتجاه الآخرين ، و تميل هذه المخططات نمطيا إلى

التطور ضمن منشأ أسري يتصف بالتدليل المفرط و التساهل المبالغ به. (ظافر ، 2015 ، ص 39). فهؤلاء الأطفال يكون لديهم ضعف في التحكم بالذات مصحوب بالشعور بالتعالي و التكبر و أنهم مميزون ، و لديهم الحرية المطلقة دون قيود أو وعي بنتائج سلوكهم ، إذا واجهت هؤلاء الأشخاص إحباطات نتيجة لسلوكياتهم ، وهم غالبا ما يتكيفون على نحو غير ملائم (Theiler, 2005). ويتضمن هذا المجال مخططين هما :

1 * مخطط الأحقية الزائدة / التعالي : يعتقد أصحاب هذا المخطط أنهم أعلى من غيرهم ، لديهم حقوق خاصة بهم و امتيازات ، و لا يحترمون قواعد العلاقات الإجتماعية المتبادلة الطبيعية ، ما يهمهم هو الحصول على ما يريدون بغض النظر عن معايير الواقع و العقل و على حساب الآخرين (young et. 15, 2003, p al) ويعتقد الشخص في هذا المخطط أنه يحق له فعل أي شيء و أن يقول أي شيء ويحصل على كل شيء (fofana , 2007, p 116)، كما ينتظر من المحيطين به أن يستجيبوا لرغباته اليومية كالأكل و الملابس ، التنقل ... ولا يتحمل التأخير في تلبية تلك الرغبات و إلا سيلجأ إلى الغضب ، و هذا ما يسمى ب : (السيطرة بالتبعية) (Kahalé, 2009, p 93) ، ويتضمن ذلك في بعض الأحيان قدرة تنافسية مبالغ بها اتجاه الآخرين ، و هيمنة كبيرة عليهم ، وكل ذلك في سبيل تأكيد قوته و فرض وجهة نظره أو السيطرة على سلوك الآخرين ليتماشى مع رغباته هو دون التعاطف مع الآخرين أو الاهتمام برغباتهم و مشاعرهم .(ظافر ، 2015 ، ص 40). يرى يونغ أن مثل هؤلاء الأشخاص طوروا هذا المخطط كأحد أشكال التعويض المفرط الناجم عن شعورهم بالخزي و الحرمان العاطفي و النبذ الإجتماعي . (Alfasfos, 2009) .

2 * مخطط نقص التحكم الذاتي / الضبط الذاتي : هذا المخطط يجعل الفرد عاجزا عن التحكم الذاتي في انفعالاته و اندفاعاته ، لا يتساهل مع الإحباطات الناجمة عن المهام التي تتطلب الأداء الشخصي ، كما أنه يستجيب لرغباته بشكل متهور و يتجنب المواقف المزعجة و المؤلمة و التي فيها صراع أو مسؤوليات ، هؤلاء الأفراد فاشلون في الكثير من ميادين الحياة الشخصية و المهنية ، و يميلون لإشباع رغباتهم قصيرة المدى مهما كانت النتائج ، و يتميزون بالإهمال و عدم الإستقرار ، وعدم التنظيم و التلقائية و لا يستطيعون إنهاء أعمالهم اليومية ، كذلك التعبير عن المشاعر بطريقة مبالغ فيها و استعراضية و هي السمات الغالبة على تصرفاتهم .(Kahalé, 2009, p 93) ، ويظهر الفرد في هذا المخطط تركيزا مبالغا فيه على تجنب

التفاصيل غير المريحة مثل : تجنب الألم ، الصراع ، المواجهة ، و المسؤولية و يكون كل ذلك على حساب الفردية الكاملة ، الإلتزام أو السلامة ، (ظافر ، 2015 ص 40).

4/6- المجال الرابع : التوجه المفرط نحو الآخرين: يتميز أصحاب هذا المخطط بأنهم يولون أهمية مفرطة لحاجات و أحاسيس و استجابات الآخرين على حساب حاجاتهم الشخصية ، بهدف الحصول على استحسان و قبول و حب الآخرين، فقد يتصرفون بهذه الطريقة تقاديا للتمهيش و التخلي. (Mehran,2006, p 81) وعادة ما يكون المنشأ الأسري لمثل هذا المجال يقدم الحب مشروطا أثناء مرحلة الطفولة (ظافر ، 2015، ص 40)، ويتضمن هذا المجال ثلاث مخططات وهي كالاتي :

1 * مخطط الخضوع : يتعلق هذا المخطط بالاستسلام التام لسيطرة الآخرين ، لأن صاحب هذا المخطط يشعر أنه مكره و مضطر لفعل ذلك تحاشيا للغضب أو الانتقام أو الهجر من الآخرين (Cockram, 2009) ويتضمن ذلك عادة إدراك الفرد بأن رغباته ، آراءه و مشاعره غير مشروعة أو غير مهمة بالنسبة للآخرين ، و غالبا يظهر الفرد إذعانا و امتثالا مبالغا فيه يتماشى جنبا إلى جنب مع حساسية مفرطة لمشاعر الضيق و السيطرة من قبل الآخرين ، وبالعموم تقود مثل هذه الحالات إلى بناء و تأسيس للغضب الذي يظهر من خلال السلوكيات السلبية كالعنوان ، الإفراط في تعاطي المواد المسكرة ، المزاج غير المنضبط انفعاليا ، الأعراض السيكوسوماتية (ظافر ، 2015، ص 41) ، ويقترح يونغ نوعين أساسيين من الخضوع و هما :

أ- خضوع الحاجات : و تعني كبت الفرد لحاجاته و رغباته و تفضيلاته الخاصة .

ب- خضوع الانفعالات : و تعني كبت الفرد لاستجاباته الانفعالية خاصة الغضب . (Mehran , 2006, p 81)

3* مخطط التضحية بالذات (إنكار الذات) : يتميز صاحب هذا المخطط بالتعبير عن الذات و الذي يدفع الشخص إلى التضحية برغباته الشخصية لإرضاء الآخرين و تلبية احتياجاتهم على حساب اشباعاته الشخصية ، ينصاع للآخرين باراداته ، و غالبا ما ينخرط في علاقات (مسيطر - مسيطر عليه) مع أشخاص يتحكمون في كل تصرفاته مع الإذعان التام لهم . (Fofana , 2007, p 116)، يتصرف بالطريقة التي تجنب الآخرين الألم ، كما يعمل على زيادة تقديرهم لذاتهم ، كما يشعر بالاستياء بسبب عدم

التوازن بين الكثير الذي يقدمه و القليل الذي يتلقاه ، ويشعر بالذنب لأن حاجاته لا يلبئها في المقام الأول .(young ,2005,p 46)، رغم ذلك فهو يكرس كل اهتمامه للاستماع للآخرين دون تخصيص الوقت الكافي لنفسه ، و يتجنب العلاقات الحميمة . ينتج هذا المخطط من التعاطف و الحساسية المفرطة اتجاه معاناة و حاجات الآخرين .(Kahalé, 2009, p 95).

4* مخطط البحث عن القبول / الإعراف : يبحث أصحاب هذا المخطط عن القبول و التركيز المبالغ فيه على اكتساب الانتباه و الاهتمام و الاعتراف به من قبل الآخرين ، و يكون كل ذلك على حساب تطوير الفرد لأحاسيس الثقة بالنفس، كما يعتمد إحساس الفرد بقيمته الذاتية بشكل أساسي على ردود أفعال الآخرين اتجاهه أكثر مما يعتمد على ميوله و رغباته الخاصة ، و أحيانا يتضمن ذلك الإفراط في التركيز على الهيئة و المظهر ، و القبول الاجتماعي ، و المال و الإنجازات ، ليس من أجل السلطة و التحكم بالدرجة الأولى ، و لكن من أجل كسب الحب و الإعجاب و الاهتمام من طرف الآخرين ، و عادة تكون أغلب قرارات الفرد في الحياة زائفة و غير مرضية ، و يكون لديه حساسية مفرطة اتجاه الرفض (ظافر ، 2015، ص 41). قد يرتبط هذا المخطط بالنقص العاطفي و قد يظهر لتعويض مخططات أخرى مثل : مخطط النقص و الحرمان العاطفي و العزلة الاجتماعية .(kahalé ,2009, p 96).

5/6- المجال الخامس : الحذر المفرط والكف: وهو المجال الأخير و يتضمن المخططات ذات العلاقة بكبح المشاعر و الدوافع ، لديه قواعد ضمنية شخصية و صارمة بخصوص السعادة ، التعبير عن الذات، الترفيه و العلاقات الحميمة (Mehran , 2006,p 81)، في هذا المجال يتصف المنشأ الأسري بالصرامة و السيطرة ، كما يتصف أيضا بكونه غير معتبر انفعاليا و نزاعا إلى الكمالية (ظافر ، 2015، ص 42)، نتيجة لذلك قد يصبح الطفل عرضة للتعاسة و الافتقار للعواطف ، و تطغى عليه مشاعر التوتر ، كما يميل لتجنب السعادة و متعة الحياة و العلاقات الحميمة ، ويميل آباء هؤلاء الأطفال إلى المواقف المقلقة و التشاؤمية ، لهذا يسعى الأطفال لكسب ود آبائهم و ذلك في طريق تطوير هذه المخططات و محاولة تلبية توقعات والديهم الصارمة (Alfasfos, 2009 , Theiler ,2005)، و يحتوي هذا المجال على أربعة مخططات و هي كالآتي :

1* مخطط السلبية / التشاؤم : يعتبر هذا المخطط واسع الانتشار ، و يدوم مدى الحياة ، و فيه يركز الفرد على الجوانب السلبية من الحياة مثل : الخداع ، الخيانة ، الصراع ، الخسارة و المعاناة و الموت ،

في حين أنه يقلل و يهمل الجوانب الايجابية و التفاؤلية من الحياة (Mehran , 2011)، و غالبا ما يتضمن ذلك توقعات مبالغا في مدى واسع من مجالات العمل ، الحياة ، المال ، و المواقف البين شخصية بأن الأشياء ستمضي و بشكل جدي على نحو خاطئ أو حتى جوانب حياة الفرد التي تبدو جيدة لابد و أنها ستتهار في النهاية .(ظافر ، 2015، ص 42)، كما يتميز أصحاب هذا المخطط بالخوف المفرط من اقرار الأخطاء التي قد تقود إلى الخسارة المالية و الإهانة و فقدان أو الوقوع في مواقف سيئة ، لأنهم يبالغون في النتائج السلبية للأحداث و يتميز هؤلاء الأشخاص بقلق مزمن و الحذر المفرط و الشكوى الزائدة و التردد .(Moung et al , 2003) .

2* مخطط الكبت العاطفي : يركز أصحاب هذا المخطط على التحكم المفرط لردود أفعالهم التلقائية (تصرفاتهم ، مشاعرهم ، كلامهم) و يحصل ذلك لتجنب عدم استحسان الآخرين ، و مشاعر الخزي، أو فقدان السيطرة على دوافعه (young , 2007, p 47) فالأفراد الذين لديهم سيطرة مفرطة على انفعالاتهم يخافون من النتائج المترتبة على هذا الفعل : كالعقاب أو الهجر ، عموما الذين يملكون هذا المخطط عادة ما يتجنبون العلاقات الوثيقة و الحميمة ، لهذا تجدهم يتسمون بالبعد و البرود العاطفي و الجمود و الجدية و حدة الطبع ، خلال طفولتهم تلقوا أساليب خاطئة في التربية كالتعرض للإهانة عندما يعبرون عن انفعالاتهم ، كما أن البيئة التي قد عاشوا فيها تشجع على ضبط النفس الزائد .(kahalé, 2009). و أكثر مجالات الكبح الانفعالي شيوعا هي كالاتي :

- كبح الغضب و العدوان .

- كبح الدوافع الإيجابية مثل : (السعادة ، العاطفة ، الإثارة الجنسية ، اللعب)

- صعوبة في التعبير عن الحساسية و التواصل بأريحية و التعبير عن مشاعر الفرد ، و احتياجاته ، و غير ذلك من الأمور الأخرى.

- استخفاف مفرط بالانفعالات بدلا من الاتزان و العقلانية (ظافر ، 2015 ، ص 43) .

3* مخطط المعايير الصارمة / النقد المفرط: يسعى الأفراد الذين لديهم هذا المخطط لتحقيق أعلى معايير السلوك و الأداء بشكل مبالغ فيه ، و يثابرون لبلوغ أعلى المعايير تجنباً للنقد ، و هذا يؤدي إلى الشعور

بالضبط أو نقص المتعة و السعادة و الصحة و تدني تقدير الذات و الإحساس بالإنجاز أو بناء علاقات حقيقية. (Martin et young , 2010)، و تتمثل المعايير الصارمة غير الواقعية في الأشكال التالية :

أ- الكمالية : الفرد هنا بحاجة إلى المثالية ، إتقان الأشياء و الاهتمام المبالغ فيه بالتفاصيل و سيء تقدير ذاته بخصوص الأداء الشخصي .

ب- القواعد الجامدة و الينبغيات : يتصرف الفرد هنا و كأنه مجبر على القيام بالواجب ، و تطبيق هذه القواعد أو المعايير في عدة ميادين : كالأخلاق ، الثقة ، الدين ، و غالبا ما تكون هذه المعايير غير واقعية .

ج- القلق المستمر : المرتبط بالوقت و الفعالية و السعي لأن يكون الأفضل و الأكثر براعة و انجازا (young , 2005, p 48) ، و يرفض أدنى مستوى من التراجع و لا يقبل الفشل (kahalé , 2009 , p 98).

4* مخطط العقابية (القصاص): أصحاب هذا المخطط مقتنعون بأن الآخرين يجب أن يعاقبوا بقسوة وصرامة على الأخطاء التي يرتكبونها ، و يتضمن ذلك الميل إلى الغضب ، عدم التسامح ، القصاصية (العقابية) و عدم الصبر على الأشخاص (بما فيهم الفرد نفسه إذا لم يكن في مستوى مسؤولياته أو إذا قصر في أداء واجباته) ،والذين لا يستجيبون و لا يلبون توقعات و معايير الفرد (ظافر، 2015، ص 43) ، و يجدون صعوبة في التسامح مع أخطائهم و أخطاء غيرهم ، لأنهم لا يرغبون في اعتبار الظروف التي تتجاوز حدود العقل البشري و عدم كماله ،أو التي تأخذ نوايا الأفراد في الحسبان (Alfasfos, 2009)، أي عدم تقبل الاعتذارات و التبريرات اتجاه نفسه و الآخرين ، و لا يتقبل الرأي المخالف ، و ينقصه التعاطف و المرونة (young , 2005, p 48).

ومن خلال ما سبق يمكن تلخيص وجهة نظر يونغ في هذا الجدول الآتي ،الذي يوضح تصنيف الحاجات العاطفية الخمسة الأساسية التي لم تشبع من طرف الوالدين لأطفالهم مع المجالات التي تتسبب بدورها في نشوء عدد من المخططات المبكرة التي تؤثر في سلوك الفرد .

الجدول2- 1 الحاجات العاطفية مع المجالات الخمسة للمخططات و الاتجاهات الوالدية

الفصل الثاني: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة

الحاجات العاطفية غير المشبعة	مجالات المخططات	المخططات المتعلقة بكل مجال	الاتجاهات و الممارسات الوالدية
1- الأمن	1- الانفصال و الرفض	- الهجر / عدم الاستقرار - الشك / الاعتداء - الحرمان العاطفي - النقص / الخجل - العزلة الاجتماعية / الاعتراب	- عدم الاستقرار - سوء المعاملة - البرود العاطفي - الرفض - الانفصال عن العالم الخارجي
2- الاستقلالية	2- نقص الاستقلالية و ضعف الأداء	- التبعية / العجز - القابلية للأذى و المرض - العلاقات الاندماجية / عدم النضج الذاتي - الفشل	- القيام بكل شي بدلا من الطفل - الحماية الزائدة - نقص الرعاية بالطفل
3- الحدود	3- نقص الحدود	- الأحقية الزائدة / التعالي - نقص التحكم الذاتي / الضبط الذاتي	- الضعف - التساهل الزائد - العجز على رفض الانضباط - التعالي عن الآخرين
4- التعبير		- الخضوع - التضحية بالذات - البحث عن القبول / الإعتراف	- التقبل المشروط للحب - التقليل من الحاجات الشخصية

		4- التوجه المفرط نحو الآخرين	
<ul style="list-style-type: none"> - عدم التشجيع على اللعب و الفرح و الراحة - تشجيع العمل و الواجب و الكمالية - الطاعة و إخفاء المشاعر 	<ul style="list-style-type: none"> - السلبية / التشاؤم - الكبت العاطفي - المعايير الصارمة / النقد المفرط - العقابية (القصاص) 	<ul style="list-style-type: none"> 5- الحذر المفرط والكف 	<ul style="list-style-type: none"> 5- التلقائية

(Kalalé , 2009, p : 99- 100)

7/ آلية عمل المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة :

تمر المخططات بعمليتين أساسيتين هما ديمومة المخطط أو التعافي من المخطط ، يعود منشأها إلى مرحلة الطفولة ، غير أنها يعاد تفعيلها كلما مر الفرد بمواقف مشابهة ، فكل فكرة أو شعور أو سلوك أو تجربة حياة لها علاقة بمخطط ما ، إما تعمل على استمرارية المخطط أي تثبيته و تعزيزه ، أو علاج المخطط أي إضعافه و التعافي منه ، و سنعرض ذلك فيما يلي :

1/7- ديمومة المخطط (الإبقاء على المخطط): وفقا ليونغ (2003) المخططات هي معتقدات راسخة بعمق حول الذات و الآخرين و العالم تم اكتسابها منذ عمر مبكر ، و يتم إدراكها على أنها جزء من الذات لأن هذه المخططات هامة جدا للإحساس بالهوية ، لذلك فالأشخاص يقاومون التخلص منها (young et al ,2003) ، كما يشير مصطلح ديمومة المخطط إلى جملة ما يقوم به الفرد داخليا و سلوكيا للحفاظ على تقدم و عمل و استمرارية المخطط ، و يتضمن ذلك الأفكار و المشاعر و السلوكيات جميعها التي تؤدي في نهاية المطاف إلى تدعيم و تثبيت المخطط أكثر مما تسهم و تساعد على التعافي منها و علاجها ، فالمخططات تبقى على نفسها من خلال ثلاث ميكانيزمات رئيسية و هي : التشوهات المعرفية ، أنماط الحياة التي تبطل نفسها ذاتيا ، و أخيرا أساليب التأقلم مع المخططات (ظافر ، 2015 ص 48) .

1/7-1-التشوهات المعرفية: عن طريق التشويهات المعرفية يبالغ الأشخاص في المعلومات التي تؤكد صحة المخطط و يقللون أو يرفضون المعلومات التي تتناقض مع هذا المخطط ، تتكون التشويهات من تفسيرات و توقعات سلبية حيال أحداث الحياة ، بواسطة هذه الطريقة قد يتجاهل الناس الانفعالات المتعلقة بالمخطط ، عندما يتم حظر الانفعالات ، فالمخطط لا يصل إلى مستوى الوعي ، لهذا الفرد لا يحاول تغيير أو التعافي من المخطط . (Alfasfos , 2009 , p : 23 – 24)

1/7-2- أنماط الحياة (الأنماط الانهزامية) :و يتم ذلك وفق ثلاث مستويات هي :

أ- المستوى الانفعالي : ربما يمنع الفرد الانفعالات المتصلة بالمخطط ، فهو بذلك يمنع المخطط نفسه من الوصول إلى مستوى وعيه و بالتالي فإن الفرد لن يستطيع اتخاذ الخطوات التي يمكن أن تغير المخطط أو تسهم في شفائه .

ب- المستوى السلوكي : ينخرط الفرد في نماذج سلوكية هادمة للذات ، يتم اختيارها و الانقياد لها بدون وعي منه ، إضافة إلى الإبقاء على تلك المواقف و العلاقات التي من شأنها أن تبقى على المخطط ، و في الوقت نفسه نجده يتجنب تلك العلاقات التي من المحتمل أن تؤدي إلى شفاء المخطط .

ج- المستوى البين شخصي : نجد الفرد يرتبط مع الآخرين و يتفاعل معهم بطرق تؤدي و تدفع بالآخرين إلى الاستجابة له بسلبية ، مما يدعم المخطط و يثبته أكثر . وكل ذلك يتم دون وعي الفرد لما يقوم به بهدف الحفاظ على المخطط و إبقاءه (ظافر ، 2015 ، ص 49).

1/7-3- أساليب التكيف اللاتوافقية للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة: تشكل المخططات المبكرة غير المكيفة خلال الطفولة تهديدا بالنسبة للفرد ، يتمثل في الإحباط الذي يسببه عدم إشباع حاجاته الأساسية ، فيلجأ إلى الاستجابة لهذا التهديد باستخدام أساليب التكيف . هذه الأساليب تنشط بصفة لا شعورية و تؤخذ على أنها عادية خلال الطفولة ، لكنها تصبح مرضية عندما تستمر في البقاء لأنها تعزز و تحتفظ بالمخطط (Kahalé , 2009, p 101)، رغم أن أساليب التكيف أحيانا تساعد المريض على تجنب مخطط ما ، لكنها لا تعالجه ، و هكذا فإن جميع أساليب التكيف اللاتوافقية تبقى تعمل كعناصر ضمن عملية استمرارية المخططات (young et al 2003, p 32).

قد تكون استراتيجيات التكيف ذات طبيعة معرفية أو انفعالية أو سلوكية ، لكن هذه الإستراتيجيات لا تعد جزءا من المخططات بل هي ناجمة عنها ، (Roussin, 2011)، و يعتقد أن المخططات ذاتية الاستمرار من خلال ثلاث استراتيجيات أو عمليات للتكيف تسمى بمخطط التأييد أو الاستسلام ، مخطط التجنب ، و مخطط التعويض الزائد ، و تتوافق هذه المخططات مع الاستجابات الأساسية الثلاث للتهديد : التجمد (الاستسلام) ، و الهروب (التجنب) ، و الكفاح (التعويض الزائد) ، و المخططات المبكرة غير المتكيفة تمثل تهديدا كإحباط من إحدى الحاجات الانفعالية الأساسية ، و التي يستجيب إزائها الفرد بأسلوب تكيف ، (Cockram ,2009).و تتمثل هذه الأساليب فيما يلي :

أ- أسلوب الاستسلام للمخطط: عندما يخضع الشخص لمخطط ما ، فإنه يستسلم له و لا يحاول تجنبه أو محاربه ، و لكنه يتقبله و كأنه حقيقة ، يشعر بألم عاطفي بسبب المخطط .(young , 2005, p 63) ويشمل هذا الأسلوب : - تمديد حياة الطفولة و استدراجها مع حياة الرشد .

- تشويه وجهة نظر الشخص حول موقف معين .

- تعزيز المخطط و الاحتفاظ به لاحقا .

فالشخص الذي تعود على سياق معين ، فإنه يبحث عن سياق يشبه ذلك الذي عاشه في طفولته و يختار شركاءه و أصدقاءه من المسيئين و المنتقدين و يتبنى سلوك الاستسلام و التبعية (; Kahalé, 2009, p 101) و تشمل أساليب التكيف لمخطط الاستسلام ، مخطط الخضوع و التبعية (, Martin et young 2010, p 326)، فعلى سبيل المثال الأفراد الذين لديهم مخطط النقص / الخجل عادة ما يميلون لإقامة علاقات مع أشخاص ينتقدونهم، فهم لا يعترفون بالشخص الذي لا ينتقد ، و عندما يواجهون الانتقاد من طرف الآخرين ، يستسلمون و يسمحون لأنفسهم بأن ينتقدوا دون أي محاولة للاعتراض ، بهذا فهم يعززون المخطط و حسب تصوراتهم ليس لديهم خيار لأنهم - ناقصين - و يعتقدون أن الجميع يعترف بذلك ، لهذا السبب ليس لديهم أية ردة فعل ضد الانتقادات الظالمة . (Gardner, 2004).

كما يتمثل في تنظيم حياة الشخص بالكيفية التي تسمح له بإعادة بناء السيناريوهات التي ميزت طفولته ، و يوفر هذا الأسلوب للشخص الإحساس بالهوية يعطيه الشعور بالأمان فالمخطط في نشاط مباشر لأنه يسمح للشخص بالعثور على سياقه المؤلف (Bouvard , 2009, p 293).

ب- أسلوب التجنب للمخطط : يشير مصطلح تجنب المخطط إلى كافة الطرق التي يحاول الفرد من خلالها تجنب تنشيط مخطط ما (ظافر ، 2015 ، ص 51) ، إذ يعيش الشخص من خلال هذا الأسلوب بالكيفية التي تمنع تفعيل المخطط ، و كأنه غير موجود و يتجنب التفكير فيه ، بحيث يعطل الأفكار و الصور و يتجنب المواقف الاجتماعية التي يمكن أن تنشط المخطط مثل : العلاقات الحميمة و التحديات المهنية (young, 2005 , p 64) ، وهو ردة فعل يسمح بالهروب من الانفعالات السلبية كالمعاناة و الحزن و القلق ، و يتم تعطيل المخطط عن طريق صد الأفكار و الصور المزعجة المرتبطة به و يعتمد الفرد على أسلوب تكيف يتسم بالانسحاب العاطفي و التجنب السلوكي و ينقطع عن الآخرين .

- الانسحاب العاطفي: يشعر الشخص بفراغ عاطفي و عدم القدرة على التعبير عن الغضب ، الحزن ، أو القلق .

- التجنب السلوكي: يمكن ملاحظته عند الشخص بحيث يتجنب الوضعيات القابلة لتنشيط المخطط ،مثلا في حالة التجنب الاجتماعي الشخص يتجنب وضعيات التنافس (Cottraux et Blackburn , 1995) .(p 79)

وغالبا ما يجد الأفراد الذين يتبعون أسلوب التجنب ملاذا في السلوكيات الإدمانية :

كالمخدرات و الغذاء و العمل ، من أجل إنكار وجود المخطط و تقادي تنشيطه ، (Kahalé, 2009, p 101) ، و تكون حياتهم الجنسية مضطربة أو مختلفة و عادة ما يتقادون الوضعيات التي قد تنشط المخططات في كل جوانب الحياة و يتقادون كذلك العلاج و ينسون إنهاء مهماتهم (young et al , 2005, p 64) على سبيل المثال ، الأشخاص الذين لديهم مخطط الشك / الاعتداء يتجنبون إقامة صدقات خوفا من التعرض للأذى أو أن يتم استغلالهم ، فهم يتجنبون المخطط من خلال إبقاء أنفسهم بعيدين عن الآخرين و الإتصاف بالبرود الانفعالي ، و أصحاب مخطط النقص / الخجل يتحاشون المشاركة برأيهم من أجل تقادي النقد (Alfasfos, 2009 p 26)

ج - أسلوب التعويض الزائد عن المخطط : يتخذ الشخص في هذا النوع أساليب معاكسة لما تحمله في طفولته من طرف والديه (سوء المعاملة ، تسلط ، رفض ...) فعند التعويض يحارب الشخص المخطط بأفكاره و انفعالاته و سلوكه و بأساليب علائقية التي تتناسب مع نقيض المخطط ، فإذا شعر خلال طفولته

بأنه عديم القيمة، فإنه كراشد يحاول أن يكون مثاليا ، و إذا كان مطيعا يصبح متمردا ، أما إذا كان معرضا للمراقبة و سوء المعاملة فإنه كراشد يقوم بمراقبة الآخرين و يسيء معاملتهم فهذا الشخص يظهر بأنه واثق من نفسه و لكنه يتحمل عبء المخطط ، فهو ذلك الشخص غير القادر على تحمل مسؤولية إخفاقه أو الإعراف بحدوده و يترتب عن هذا أنه لا يتعلم من أخطائه (young , 2005, p 64) . ويسمح له هذا المخطط بتجنب الشعور بالقابلية للإنجراف و إبطال تنشيط المخطط بإقناع نفسه بأن الحقيقة هي عكس ما يمليه المخطط (Kahalé , 2009, p 101). رغم ذلك التعويض الزائد عادة ما يتطور إلى أسلوب تكيف صارم يتضمن سلوك عقيم مبالغ فيه يتميز بعدم الاكتراث و اللامبالاة ، فعلى سبيل المثال : الشخص الذي يشعر بالنقص يسعى جاهدا أن يكون كاملا ، و الشخص الذي لديه مخطط الهجر يستطيع إنهاء علاقاته مع الآخرين بسرعة بمجرد ظهور بعض العلامات البسيطة و الطبيعية لأي نزاع أو عدم الرضا ، فإن هذا الشخص الذي لديه أسلوب التعويض يترك الآخر قبل أن يتركوه ، لذلك فهو يتميز بسلوك معاكس لمخططه (Martin et young, 2010,Roussin , 2001)، و إذا نشأ لديه مخطط التبعية فإنه يظهر استقلالية مفرطة بحيث يرفض تلقي المساعدة أو النصائح من طرف الآخرين (Cottraux et Blakburn, 1995, p 82).

يفترض يونغ و زملائه (2003) أن المزاج أحد أهم العوامل الرئيسية في تحديد سبب تطوير بعض الأفراد لأساليب تكيف معينة بدلا من الآخرين ، في الواقع قد يلعب المزاج دورا أكبر في تحديد أنماط التكيف أكثر مما تقوم به المخططات ، مثلا : الأشخاص الذين لديهم أمزجة سلبية ، من المرجح أن يتخذوا أسلوب الاستسلام أو التجنب ، بينما من لديهم أمزجة عدوانية قد يستخدمون أسلوب التعويض الزائد ، عامل آخر لتوضيح لماذا يتبنى بعض الأفراد أسلوب تكيف معين ، هو الاستدخال الانتقائي أو النمذجة فالأطفال غالبا ما يتخذون أساليب تكيف والديهم الذين يهتمون بهم (young et al , 2003 , p 36) .

***استجابات التكيف** : هي سلوكيات محددة أو استراتيجيات يتم من خلالها التعبير عن أساليب التكيف الرئيسية الثلاثة ، و تتضمن كل ردود الأفعال التي تهدد الذخيرة السلوكية للفرد ، عندما يتخذ الفرد استجابات تكيف معينة ، عندها تصبح هذه الأخيرة ملازمة لأساليب التكيف ، و بالتالي يعتبر يونغ أن أسلوب التكيف " سمة " بينما استجابة التكيف هي " حالة " إذن أسلوب التكيف هو مجموعة من استجابات التكيف يستخدمها الفرد بشكل يميزه عن غيره من أجل التجنب أو الاستسلام أو التعويض الزائد ، إذن : استجابة التكيف هي سلوك محدد يبيدها الفرد في زمن معين .

2/7- التعافي من المخطط: وتمثل العملية العلاجية و التعافي من المخططات و تتطلب التقليل من كثافة كل من الذكريات المتصلة بالمخططات و الشحنة الانفعالية للمخطط ، و قوة الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالمخطط ، و أخيرا تقليص الإدراكات غير التكيفية ، كما يتضمن أيضا تغييرات سلوكية كتعليم الفرد كيف يستبدل أساليب التعامل غير التكيفية بأخرى أكثر تكيفية .(young et al ,2003p30).

وفي الأخير نستخلص إن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تمر بعمليتين أساسيتين هما: ديمومة المخطط، والتعافي منه. كما إن المخططات تقوم بثلاث ميكانيزمات رئيسية وهي: التشوهات المعرفية، أنماط الحياة وأساليب التكيف أو التأقلم ،حتى تبقى على نفسها . كما تعتبر أساليب التكيف عنصر مهم ضمن عملية استمرارية المخططات وتشمل هذه الأساليب في: (مخطط الاستسلام و مخطط التجنب وأخيرا مخطط التعويض الزائد) . وتختلف استجابات التكيف باختلاف أساليب التكيف الملازمة لها عند الأفراد، والتي يستخدمونها من أجل التجنب أو الاستسلام أو التعويض الزائد، وتظهر في الجانب السلوكي للمخطط.

8/صيغ المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة: وتعرف أيضا بأنماط المخططات وهي حالات انفعالية واستجابات تأقلم تكيفيه وغير تكيفيه ،تختبرها جميعا ، وغالبا ما تثار أو تطلق من خلال الأحداث والمواقف الحياتية في أي نقطة محددة في وقت ما (ظافر 2015، ص54).

وهي أحد الركائز الثلاث للعلاج المتمركز على المخططات التي طورها يونغ في بداية التسعينات، حيث اعتمد العلاج المتمركز على المخططات في البداية على مفهومين مركزيين هما: المخططات المبكرة غير المتكيفة، واستجابات التكيف، فأدخل يونغ الركيزة الثالثة وهي: صيغ المخططات للعلاج المتمركز على المخططات، (loblestael, 2008, p12)، بعض المخططات وعمليات المخططات، بما فيها استجابات المخططات تكون غير فعالة وهاجعة، بينما مخططات أخرى تكون نشطة وفعالة من خلال الأحداث الحياتية وتسيطر تلك المخططات وتهيمن بدورها على أمزجتنا وسلوكنا، تلك الحالة المسيطرة علينا في وقت محدد بعينه وموقف محدد بعينه نطلق عليها اسم نمط أو صيغ المخطط (ظافر، 2005ص54).

فقد أشار لوبستيل وآخرون (2007) (Lobbestaaael et al) إلى انه قد تم تحديد 22صيغة مختلفة للمخططات حتى الآن ، بالإضافة إلى الصيغ العشرة الأساسية التي حددها يونغ و الآخرون (2003)، ومن المحتمل اكتشاف صيغ أخرى جديدة في المستقبل ، عندما يتم الانتهاء من وضع تصورات مفاهيمية للصيغ المتعلقة بكل اضطرابات الشخصية . وفيما يلي ستعرض صيغ المخططات العشرة التي حددها يونغ

والتي تم تصنيفها إلى أربعة فئات أساسية وهي : صيغ الطفل ، وصيغ التكيف غير المتوافقة ، وصيغ الوالدين غير الوظيفية وأخيرا الصيغة الصحية للراشد .

1/8- صيغ الطفل : إن أنماط الطفل فطرية وعالمية، حيث يولد جميع الأطفال ولديهم احتمال وقابلية كبيرة لبرهنة هذه الأنماط و إظهارها (ظافر، 2015، ص 54)، فبيئة الطفل قد تقمع أو تعزز هذه الصيغة (young et al 2003)، فصيغ الطفل ترتبط بالحالات النفسية التي يشعر بها الطفل إزاء تلبية حاجاته، فقط يعاني مثلا: من مشاعر مزعجة كالحزن والخوف والعجز إذا لم تتحقق تلك الاحتياجات (Roussin,2011,p 16) ، وتحتوي هذه الفئة على أربع صيغ للطفل وهي: الطفل المعرض للأذى، الطفل الغاضب، الطفل المنذع الهجومي، الطفل السعيد .

(أ)-الطفل المعرض للأذى: تلاحظ هذه الصيغة في كثير من الأحيان لدى الأطفال:المعرضين للخطر، المهجورين، المساء إليهم، المحرومين انفعاليا، المرفوضين، المكروهين و المساء معاملتهم (Pascal,2010,p 05). وهذا النمط من الأطفال هو النمط الذي يختبر ويعايش أغلب المخططات الجوهرية والهامة (ظافر، 2015، ص54). ولآثار التجارب الضارة،كالخوف أو الحزن أو اليأس،والمخططات الشائعة المرتبطة بهذه الصيغة تشمل: الهجر، والشك/ التعدي ،الحرمان العاطفي،النقص/الخجل، العزلة الاجتماعية، التبعية/العجز، قابلية التعرض للأذى أو المرض، العلاقات الإندماجية/عدم النضج الذاتي، والسلبية /التشاؤم.(Alfasfos,2009).

(ب)-الطفل الغاضب : يعبر هنا الطفل عن غضبه بشكل مباشر كردة فعل لعدم تلبية حاجاته الأساسية المدركة أو المعاملة غير العادلة حسب تصوره (Alfasfos,2009) فجندهم يتصرفون بغضب دون إن يقيموا أي اعتبار للعواقب المحتملة (ظافر، 2015، ص54).والمخططات المرتبطة بهذه الصيغة تشمل: الهجر، الحرمان العاطفي،الشك/ التعدي،الخضوع (Alfasfos,2009).

(ج)- الطفل المنذع الهجومي: تتضمن هذه الصيغة الطفل الذي يعبر عن انفعالاته ، ويتصرف تبعا لرغباته وأهوائه ويتبع ميوله الفطرية المتقلبة من لحظة لأخرى بأسلوب متهوردون أن يقيم أي اعتبار للعواقب المترتبة والمحملة على سلوكه اتجاه نفسه واتجاه الآخرين (ظافر، 2015، ص54). وقد يبدو الطفل في هذه الصيغة غاضب أو كسول أو غير صبور أو مهمل أو مشتت التركيز أو غير مسطر على نفسه،والمخططات المرتبطة بهذه الصيغة تشمل : الأحقية الزائدة /التعالي، نقص التحكم الذاتي/الضبط الذاتي.

(د)-**الطفل السعيد** : تتضمن هذه الصيغة الطفل الراضي الذي تمت تلبية كافة احتياجاته الأساسية بشكل مناسب (Pascal,2010)، فلا ترتبط هذه الصيغة بأي مخططات غير متكيفة لأن حاجاته الأساسية تم إشباعها ولم تحبط. لهذا السبب لا تنشط لديه أي مخططات (young et al (2003).

2/8-صيغ التكيف غير المتوافقة: تتصف هذه الصيغ محاولة الطفل التكيف والتعايش مع الحاجات الانفعالية والعاطفية غير المشبعة (M,Y,2010). وتتوافق هذه الصيغ مع صيغ التكيف الثلاثة مع المخططات (الاستسلام، التجنب، والتعويض) السابق ذكرها (pascal,2010,p 05). وتشمل هذه الصيغ في: المستسلم الخاضع، المحافظ على الانفصال، المفرط في التعويض.

(أ)-**المستسلم الخاضع**: في هذه الصيغة يخضع الشخص للمخطط، ويتمسك بأنه سلبي ويأبى في تفاعلاته مع الآخرين (ظافر، 2018، ص55). يتصرف بطريقة سلبية وخاضعة وتذليلية ويسعى للقبول من طرف الآخرين. وناكر لذاته دون خوف أو رفض أو نزاع مع الآخرين. يسمح بالاعتداء عليه والمعاملة السيئة ضده، ولا يعبر عن الحاجات والرغبات الطبيعية، ويختار الأشخاص الذين يحركون فيه نماذج المخططات المحبة للذات (M,Y,2010).

(ب)-**المحافظ على الانفصال**: ينسحب الشخص سيكولوجيا من الألم الذي يسببه المخطط من خلال إساءة استخدام العقاقير، وتجنب الاختلاط بالآخرين (ظافر، 2015، ص55)، فيقطع الفرد كل احتياجاته وينفصل انفعاليا وعاطفيا عن الآخرين ويرفض مساعدتهم ويشعر بالانسحاب، بعيد عن الواقع ومشتت ومنفصل ومسلوب الشخصية وفارغ، فيشعر بالملل ويجد راحته وتحفيز نفسه في النشاطات بشكل مبالغ فيه وقهري، قد يتبنى مواقف تهكمية ومتحفظة ومتشائمة لتجنب استثمار العلاقات أو النشاطات (M,Y,2010).

(ج)-**المفرط في التعويض**: يحارب الشخص المخطط مرة أخرى من خلال إساءة معاملة الآخرين أو من خلال السلوك بشكل مفرط في شتى المواقف في محاولة لدحض المخطط بطريقة تتضح في النهاية أنها مختلة وظيفيا وبشكل جوهري. (ظافر، 2015، ص55). وعادة ما يستخدمون أسلوب التكيف الذي يتصف بالسيطرة والمواجهة ويرفضون الخضوع الآخرين وقد يستخدمون القوة والعدوان والتهديد من أجل فرض سيطرتهم ويرون أنهم لهم أحقية أكثر من الآخرين ولديهم تقدير ذات مبالغ فيه (Van Genderen et al 2012).

وهذه الصيغ الثلاث لأنماط التأقلم غير التكيفية تؤدي في النهاية إلى استدامة المخطط (ظافر، 2015ص55).

3/8- صيغ الوالدين غير الوظيفية: يستخدم الأفراد في هذه الصيغة منهج آباءهم في المعاملة نحوهم خلال الطفولة، فيصبحون مثل آباءهم ويعاملون أنفسهم كما عاملهم آباؤهم عندما كانوا أطفال مثل : (طريقة التفكير، التصرف، الشعور وغيرها). (Alfasfor,2009). ويندرج تحت هذه الصيغة نمطان للآباء: الوالد المعنف (المعاقبين /الناقدين)، والوالد المتطلب، وهي تشير إلى إثنين من الأساليب التعليمية الضارة. وفي مثل هذه الصيغ نجد الطفل يفضل الوالد الذي يتماهى معه ويتمثل خصائصه (Roussin,2011,p 16).

أ)-الوالد المعنف (المعاقبين/الناقدين): هم الذين يعاقبون الطفل بقسوة على صيغ الطفل (طفل غاضب، طفل مندفع، طفل سعيد) والتي يعتبرها الوالد سيئة (ظافر، 2015ص56). فينتقدون ويقيدون حرية الطفل عندما يعبر عن حاجاته أو يرتكب أخطاء والمخططات الشائعة المرتبطة بهذه الصيغة هي: العقابية، والخضوع، والشك/التعدي، والنقص.

ب)-الوالد المتطلب: وهنا يقوم الوالد بممارسة ضغط كبير على الطفل لإجباره على تلبية معايير عالية جدا (ظافر، 2015ص56). ليس على الوالد معاقبة الطفل عندما لا ينجز، لكن الطفل يدرك خيبة أمل والديه فيه، وبالتالي يشعر بأنه من المناسب أن يكون مثالي وأنه من الخطأ أن تكون عفوي في التصرفات، والمخططات المتعلقة بهذه الصيغ: المعايير الصارمة، والتضحية بالذات (2009).

4/8-الصيغة الصحية للراشد: هذه الصيغة تعبر عن أداء المهام المناسبة للراشد مثل: العمل والتربية الوالدية، وتحمل المسؤولية والالتزام، وفي هذه الصيغة يسعى الراشدون أيضا للقيام بنشاطات صحية وممتعة مثل: النشاطات الفكرية والثقافية والمحافظة على الصحة الجسدية وممارسة الرياضة (M,Y,2010). كما أن الصيغ العشرة السابقة الذكر تمثل الصيغة الصحية للراشد، فهذه الصيغة هي ما تحاول العلاج بالمخطط تقويته خلال العلاج وذلك من خلال تعليم المريض كيف يتعامل ويلبي ويتعافى من بقية الأنماط (ظافر، 2015ص56)، وينجح في تلبية احتياجاته بشكل كاف وبطريقة ناضجة (Roussin,2011,p16).

9/العلاج بالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة: يقدم العلاج بالمخططات إطارا مرنا يمكن استخدامه لاستهداف المخططات وأساليب التكيف وصيغ المخططات أو أي مزيج منهم حسب احتياجات

العميل (Martin et Young,2010). والهدف النهائي للعلاج بالمخطط هو شفاء المخطط (بلميهوب وآخرون 2014 ص 94)، ولبلوغ هذا الهدف يتم استخدام تشكيلة واسعة من التقنيات والنماذج العلاجية المختلفة ،وتعتمد أساسا على التدخلات المعرفية والسلوكية والتجريبية والعلائقية (Martin et Young,2010)، فيساعد المعالج المريض في التعرف على مخططاته والكشف عن ذكريات الطفولة، والإنفعالية، والأحاسيس الجسدية، والمعارف وأنماط التكيف حتى يفهم الروابط بين عناصرها، وبالتالي يستطيع أن يتحكم في استجاباته الانفعالية ،أي يستطيع أن ينمي ويقوى إراداته النفسية الخاضعة للمخططات (Le Doux,1996,p 256)، يعد التغير السلوكي مكون آخر للتعافي من المخططات، عندما يتعلم العميل أنماط سلوكية أكثر تكيفية لاستبدال أساليب التكيف اللاتوافقية لديهم.الشفاء من المخططات يجعل تفعيلها أصعب، مما يؤدي إلى تقليص تأثيرها ويعزز التعافي من التجارب السلبية. خلال عملية التعافي يبدأ المرضى بتطوير تقدير الذات ويصبح بإمكانهم مراعاة اختباراتهم العلائقية (Martin et Young,2010).

وغالبا ما يكون العلاج شاقا ومدته طويلة ، فالمخططات هي صعبة التغيير، فهي اعتقادات حول الذات وحول العالم الذي يتجذر فيه الفرد بعمق،وعرفها وتعلمها منذ سن صغير جدا وغالبا ما تمثل كل ما يعرفه العميل، ورغم كونها محطة فهي تؤمن للفرد إحساسا بالأمان وقابلية التوقع.

يكون العملاء متمردين ومتحفظين لهجر مخططاتهم فهي تمثل بالنسبة لهم محورا رئيسيا في هويتهم فالتخلي عن مخطط ما هي إلا شيء مخجل: ينقلب العالم كله،وبالنظر من هذه الزاوية، فمقاومة العلاج هو شكل من الحفظ الذاتي، ومحاولة لحفظ التحكم على التماسك الداخلي، إن هجر مخطط ما هو إلا تخلي عن المعرفة التي لدينا حول نواتنا وحول العالم.

يتطلب شفاء المخطط إدارة لمواجهته والمقاومة ضده،كما يتطلب تنظيما وتديريا متكررا، حيث يجب أن يلاحظ العملاء الخطط بشكل منتظم والعمل كل يوم من أجل تغييره حتى يصحح ، وسيجتهد المخطط من أجل أن يحفظ، يتطلب العلاج محاربة المخطط، حيث يشكل المعالج والعميل تحالفا علاجيا لمقاومة المخطط بهدف التغلب عليه. (بلميهوب و آخرون 2014ص94).

وفيما يلي سنحاول ذكر بعض التقنيات والأساليب المستخدمة في علاج المخططات بطريقة موجزة ومختصرة، ولعل أهم هذه التقنيات هي:الأساليب المعرفية التي تهدف إلى مساعدة المريض على تحدي المعتقدات من مخططاتهم إذ يجب أن يكون المريض قادرا على استبدال معتقدات مخططة بمعتقدات أكثر

توافقا مع الواقع ، لذلك على المعالج أن يساعد المريض في اكتشاف وتعديل تناقضات معتقداته مع الحجج العقلانية، وتكون التقنيات المعرفية فعالة عندما يتعرف العميل على معتقداته وتفسيراته الخاطئة (Roussin,2011,p26). وذلك من خلال فنيات نذكر منها:تفسير كيف يولد التفكير المشاعر،إعادة البناء المعرفي، تمييز التفكير المدرك عن الواقع،المحاضرة،المناقشة، الأفكار التلقائية،تغيير القواعد،تخفيف الفاجعة أو تهوين المصيبة،تقدير درجة الإنفعال ودرجة الاعتقاد، إعادة العزو، تحديد مزايا وعيوب التفكير، الأعمدة الثلاثة (العمود الأول:الموقف ،العمود الثاني:الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف، العمود الثالث: البدائل: الاستجابات الصحيحة من التفكير والسلوك). وفنيات أخرى معرفية مثل: التخيل الإيجابي والحديث الإيجابي للذات ،ووقف الأفكار . (بن ناصر، 2018،ص121-125)

أما التدخلات السلوكية فهي تهدف إلى تعديل استراتيجيات التكيف مع المخططات واستبدالها باستراتيجيات سلوكية أكثر تكيف إذ يجب على المعالج تعليم المريض كيفية تبنى السلوكيات التي تسمح له بتلبية احتياجات المخططات بشكل ملائم (Roussin,2011,p27). ويتم تقييم السلوكيات المشككة للأنماط وترتبط بالمخططات الأساسية مثل:تمارين لعب الأدوار،حيث يطلب من العميل أن يمثل موقف من خلاله يتم تنشيط مخطط أو صيغة معينة مع الانتباه لسلوك المخطط،ثم يعيد العميل التمرين لكن يحاول هذه المرة أن يلعب دور الراشد الصحي،ويمكن استخدام البطاقات التعليمية والتخيل وإدارة الطوارئ (Martin et Young,2010).كما أن هناك فنيات أخرى سلوكية مثل: التدريب على الاسترخاء، الواجب المنزلي، اختبار الفروض، التدريب على مهارات حل المشكلات،التكرار السلوكي، النمذجة، فنية ملئ الفراغ، التكليف بمهام متدرجة .(بن ناصر، 2018،ص126-128).

كذلك تستخدم التقنيات التجريبية العاطفية و التي تهدف حسب يونغ إلى هدفين: إثارة المشاعر المتعلقة بالمخططات و إعادة الأم للمريض حتى يشفي عواطفه ويلبي جزئيا الاحتياجات غير الملباة (Roussin,2011,p 30). ومن أهم هذه التقنيات الطرق الفكاهية والتخيل والحوارات من أجل استكشاف ومزامنة العلاقة بين الانفعالات والتغيرات المعرفية، ويتم التشجيع والتدريب على التعبير المناسب للانفعالات المرتبطة بالذكريات إذا لزم الأمر،وتتضمن التمارين التجريبية والحوارات الخيالية "المقعد الخالي" ، وتحرير الرسائل التعبيرية للآباء والآخرين المهمين (غالبا لا ترسل هذه الرسائل)، (Young et al 209)، أخيرا

استخدام الأساليب العلائقية و خلال مرحلة التغير تهدف إلى إعادة الأبوة الجزئية و في هذا المجال على المعالج أن يولد الثقة و يوفر الاستقرار و يساعد على النمو العاطفي و يشجع على الاستقلال حتى تظهر المغفرة. و لتحقيق هذا الهدف على المعالج أن يحدد خلال مرحلة التقييم الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها من قبل الوالدين، و يحاول في الإطار العلاجي تزويد المريض برد جزئي لهذه الاحتياجات، و يشير بونغ إلى مفهوم التجربة العاطفية التصحيحية و التي تبدو أنها تمكن من جهة للمريض بأن يعيش تجربة احتياجاته المكملة جزئياً، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل الضيق العاطفي الذي يسمح له في النهاية بتلبية احتياجاته الخاصة، و من جهة أخرى تسمح له بالتشكيك في المعتقدات التي لا تلبى احتياجاته (Roussin,2011,p35).

كما أن أهم التقنيات المركزية في العلاج بالمخططات هي استخدام العلاقة العلاجية خصوصاً من خلال عملية إعادة التربية الوالدية المحدودة، تتطوي هذه العملية على تشجيع اعتمادية العميل على المعالج،(الحد الأدنى الضروري للاعتمادية من أجل إبقاء المريض في العلاج)، إن استجابات المعالج لمشاعر العميل تستدخل من طرف العميل و تعزز لديه الصيغة الصحية للراشد، و تصبح هذه الصيغة قاعدة داعمة لبناء الاستقلالية. (Young etal 2003). كما يحدد و يعالج المعالج المخططات و أساليب التكيف و الأنماط شيئاً فشيئاً عند ظهورها في العلاقة العلاجية و تلعب هذه العلاقة دور الوافي الجزئي ضد مخططات العميل، يستدخل العميل المعالج كراشد سليم يقاوم ضد مخططاته، بحثاً عن حياة انفعالية مرضية.

توجد ميزتان هامتان في العلاقة العلاجية في العلاج بالمخطط و هما:

المواجهة المتقبلة عاطفياً و إعادة إلتامه الجزئي (الحصول على عاطفة الأمومة و الأبوة). و تتمثل المتقبلة عاطفياً في إظهار التقبل العاطفي للعميل عندما تظهر مخططاته في العلاقة و يفسر له أن ردود فعله ضد المعالج هي غالباً خاطئة و مختلة وظيفياً و هي تعبر عن مخططاته و أساليب تكيفه، إعادة إلتامه الجزئي

يتمثل في تزويد العملاء بما كان يحب عليه من قبل آبائهم و الذي لم يتمكنوا منه أبدا و هذا في الحدود المسموح بها في العلاقة العلاجية. (بلميهوب و آخرون، 2014، 102) .

و الحلف العلاجي قد يكون له أثر تعديلي على المخططات و على الأوضاع الناتجة على روابط التعلق الأولية، يتوقع أن يكون دور المعالج فعال و واضح خلال العلاج. هناك عوامل أساسية تشمل الكشف المتعلق عن الذات و مناقشة التحالف العلاجي و اكتشاف المخططات و الصيغ النشطة خلال العلاقة العلاجية، و تقنيات مهمة أخرى في العلاجات بالمخططات تتضمن صياغة تصور مفاهيمي للحالة مبني على المخططات أو الأوضاع. و تتم هذه الطريقة من خلال تقييم و تحديد الحاجات الرئيسية و المخططات المركزية و أساليب التكيف من خلال تصور الذكريات و المناقشة، كذلك التسجيل اليومي للمخططات و الصيغ، مما يزيد من وعي العميل بعمل المخططات و تفعيلها. (Van Vrelswijk, Brosersen et) (Schurink 2014).

بعد مرحلة التقييم، يبدأ العلاج في مرحلة التغيير، و تحتوي هذه المرحلة استراتيجيات معرفية و تجريبية و سلوكية من أجل تغيير المخططات و أساليب التكيف و الأوضاع، و تستعمل التدخلات المعرفية لاختبار المخططات تجريبيا و عقلانيا و تحدي صحتها. و تتضمن التقنيات المعرفية : البطاقات التعليمية للمخططات و يوميات المخططات و حوارات المخطط.

و يؤكد "يونغ" بأن المعالج من المستحيل أن يلبي الاحتياجات الهائلة لعميله، و المريض يشعر دائما باستيائه نحوه، حيث وافقه "فوفان" و أكد بأن موقف المعالج لن يكون سهلا و سيواجه حتما مشاعر الإحباط في مرحلة ما من العملية، و من المهم جدا أن لا يظهر هذا الإحباط للعميل على شكل لوم، لأنه بذلك سيلعب دور الوالد العقابي للعميل، و هذا الدور ضار جدا لهذا العميل (Fofana, 2011, p :100) .

و في الأخير تعتبر نظرية المخططات منهج علاجي شامل و اتجاه علاجي حديث متكامل يتضمن طيف واسع من التقنيات العلاجية المستمدة من نظريات عديدة، و يعد الشفاء من المخطط هو الهدف الأسمى لهذا العلاج.

خلاصة الفصل:

رغم أن العلاجات الكلاسيكية السابقة كالتحليل النفسي و السلوكي و غيرها، قد أخذت حيزا كبيرا من الاهتمام و الشهرة من طرف علماء النفس، إلا أن العلاج المعرفي أصبح أكثر اهتماما و تداولاً في الآونة الأخيرة و هذا بفضل نظرية المخططات لجيفري يونغ مؤسس العلاج المتمركز على المخططات الذي استعاد من النظريات السابقة في تطويره لهذا المفهوم طيلة سنوات ممارسته للعلاج المعرفي، فقد لاق هذا العلاج اهتماما بالغا من طرف الباحثين و المعالجين النفسانيين في مختلف أنحاء العالم، و هذا باعتباره أحد أهم الاتجاهات العلاجية المعرفية الشاملة و المتكاملة و التي أثبتت فعاليتها في علاج أغلب الاضطرابات النفسية التي كان يستعصى علاجها سابقا، و ذلك بالتركيز على المخططات المعرفية غير المتكيفة.

و في هذا الفصل قد تم تناولها بطريقة مفصلة بدأ من الجذور التاريخية إلى مفهوم المخططات، و خصائصها و أنواعها، كما تم عرض نظرية المخططات حسب جفري يونغ الذي أشار إلى أن المحيط الأسري له أهمية بالغة في تشكيل شخصية الفرد و أن الأساليب التربوية التي ينتهجها الوالدين في تربية أبنائهم هي التي تحدد السلوك السوي و اللاسوي لديهم.

الفصل الثاني: المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة

كما تم عرض المجالات الخمسة ضمن ثمانية عشرة مخططاً، ثم التطرق إلى آلية عمل المخططات التي تركز على ديمومة المخطط، وأساليب التكيف و كذلك استجابات التكيف و التعافي من المخطط، كما تم تناول الصيغ الأربعة التي تعتبر الركيزة الثالثة في العلاج المتمركز على المخططات، و أخيراً تم عرض أهم التقنيات العلاجية لهذه النظرية.

الفصل الثالث: طيف التوحد

➤ تمهيد

➤ الخلفية التاريخية للتوحد

➤ مفهوم طيف التوحد

➤ أسباب طيف التوحد

➤ نظريات المفسرة للتوحد

➤ خصائص الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد

➤ التشخيص والتشخيص الفرقي للتوحد

➤ الروامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بطيف التوحد

➤ آثار وجود طفل متوحد في الأسرة

تمهيد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية التي أصبح الاهتمام بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وهذا لا يعني أنه عدم وجوده في السابق، ولكن هذا نتيجة لما يخلفه هذا الاضطراب من تأثيرات على مظاهر النمو المختلفة والمتمثلة في : التواصل البصري، المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي، والتي تؤدي إلى انسحاب الطفل وانغلاقه على نفسه وبالتالي تؤثر على مستقبله في الحياة.

وبدأ الاهتمام يزيد من منطلق أنه لا بد من سرعة التدخل وليس فقط الوقوف على الأسباب التي ترجع لها هذه الاضطرابات، وذلك لأن الوقوف على الأسباب تجعل المشكلة تتزايد لأنها بالطبع موجودة أي لا بد من إيجاد الحلول السريعة للتدخل، وذلك من أجل الرفع من كفاءة هؤلاء الأطفال وهم في سن صغير ليستطيعوا مواجهة الحياة بصورة أسهل. (غزال، 2008، ص63)

1- الخلفية التاريخية لطيف التوحد:

تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الإنجليزي "هنري مودزلي" 1867 (Moudsley) (الشربيني، 2000، ص12).

يكاد يكون هناك اتفاق بين المهتمين على أن أول من اكتشف طيف التوحد هو "ليوكانر" (Leo Kanner) الطبيب النفسي الأمريكي في مركز "جون هو بكنز" الطبي عام (1943) الذي توصل إلى خصائص مشتركة لأحد عشر طفلاً وهي: الانسحاب الاجتماعي، وغرابية التعامل مع الآخرين، والتماثل، والقصور الواضح في التواصل مع الآخرين واضطرابات في السلوك اللفظي مثل: (السلوك النمطي، وقصور التخيل في اللعب) وصعوبة فهم المفاهيم المجردة، والاضطرابات اللغوية مثل: (المصاداة، وعكس الضمائر). (الظاهر، 2009، ص 17).

واستنتج كانر Kanner عام 1943 أنه يصدر عن أولئك الأطفال سلوكيات تختلف بدرجة كبيرة وفي جوانب كثيرة منه مما يصدر عن أقرانهم المتخلفين، وهنا أكد Kanner أنهم يمثلون فئة أخرى غير التخلف العقلي بطبيعة الحال، وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة، مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً.

وفي عام (1944) اكتشف الطبيب النمساوي " هانز اسبرجر " متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد ولكنها لا تتفق مع اضطراب طيف التوحد (عبد الله، 2008، ص27).

وهناك من ربط طيف التوحد بما توصل إليه الطبيب النفسي "بلويلر"، (Bleuler) حيث تحدث عن بعض الخصائص المشتركة مع حالات طيف التوحد للأشخاص الفصاميين وهي العزلة واللعب بأجزاء الأشياء والتقلب حول الذات وهي من خصائص الفرد المصاب بطيف التوحد، وكان يطلق على الأشخاص الذين يتصفون بأعراض طيف التوحد التي توصل إليها (كانر) بفصام الطفولة بالرغم من أن هناك فرقا بين التوحد الطفولي والفصام الطفولي.(الظاهر، 2009، ص18).

ويذكر كثير من العلماء أن هناك قواسم مشتركة لطيف التوحد مثل (لافير،جير)، 1969 والعالم (روتر)، 1978 حيث يجمعون على القول إن الصفة التي أعطاها (كانر) لطيف التوحد لم تكن صالحة وصحيحة 100%، ويبررون ذلك بأنه اشتبهت عليه بعض حالات انفصام الشخصية، والأمراض النفسية الأخرى (جوهر، 2000، ص68).

وفي الستينيات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفقا لما ورد في الطبعة الثانية في القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية الثاني، ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام (1988) حينما نشرت الطبعة المعدلة من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية. (البطانية، 2007، ص55).

ثم في الطبعة المعدلة من ذات الدليل (1987) تمت الإشارة على أنه اضطراب سلوكي، ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب، حيث تظهر أعراض على شكل تلك السلوكيات ويمكن الاستدلال عليه من خلال هذه السلوكيات فإن ذلك لم يعد كافيا، وأصبح ينظر إلى هذا الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل عام (1994) على أنه اضطراب نمائي. (عبد الله، 2008، ص28).

وبعدما تمسكت المدارس الفرنسية بطيف التوحد كذهان، فالمدسة الأنجلوسكسونية أدخلته في اضطراب النمو أي أصبح يعامل كنوع من الإعاقة الأولية الفطرية تمس الجوانب العقلانية والمعرفية وتكوين الهوية الذاتية (معتمصم، 2005، ص29).

وهناك اتفاق بين المهتمين على أن الفصام مرض، بينما لا يكون هناك اتفاق بين المهتمين على أن اضطراب طيف التوحد مرض، فهناك من يعده عرضاً أو اضطراباً في السلوك أو إعاقة عقلية.

وأن معظم حالات الفصام كما يشير "زهران" (1977) عادة ما تظهر بين (15-30 سنة) وتصل إلى أقصاها في أواخر العقد الثالث من العمر. والدكتور قحطان أحمد الظاهر لا يتفق تماماً مع ما ذكره زهران لأن الفصام الطفولي يمكن أن يظهر بعد السنتين. (الظاهر، 2009، ص20).

ومما سبق نجد اختلاف في التسمية والأعراض حسب الباحثين، وطبقات الدليل التشخيصي للأمراض العقلية والنفسية، إذن توجب في العنصر الموالي سرد لبعض التعاريف:

2- مفهوم طيف التوحد:

لقد تعددت تعارف طيف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

تشق كلمة التوحد Autism من الكلمة الإغريقية "dut" وتعني النفس أو الذات وكلمة "ism" وتعني الإنغلاق، والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه "الإنغلاق على الذات"، وتقتصر هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالباً يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلاً من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصنف الطفل الذي يعاني من طيف التوحد بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء، ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما أن الأفراد الذين يعانون من طيف التوحد، يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة، وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهراً من عمر الطفل. (Dood ، 2003،2005،p1 ، Crepequ et al .)

كما قيل أن مصطلح التوحد هو مترجم عن اليونانية يعني "العزلة أو الانعزال" وهو ليس الإنطوائية وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين، بالإضافة إلى سلوكيات متباينة من شخص لآخر يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل. (عامر، 2008، ص80).

•تعريف الجمعية البريطانية للأطفال المتوحدين (1978)(NSAC):

(**National Society For Autistic Childre**) : لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال المتوحدين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب طيف التوحد، وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب، وحسب هذا التعريف يشمل اضطراب طيف التوحد على المظاهر التالية :

1-اضطراب في معدل النمو وسرعته.

2-اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

3-اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.

4-اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة . (الزراع ، 2005 ، ص17).

•كما تعرفه منظمة الصحة العالمية (2006) : (WHO) بأنه : "إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاثة أعراض أساسية هي :

-القصور في التفاعل الإجتماعي المتبادل.

- التواصل اللفظي.

- السلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات.

وتظهر هذه الأعراض قبل بلوغ سن الثالثة". (القريطي، 2011، ص 437-438)

أو أنه : " اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي، والاجتماعي". (النمر، 2015، ص 255).

•كما عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين (IDEA) طيف التوحد على أنه : "إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سن 3 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح،

والطفل هنا لا يقبل التغيير خصوصاً في الروتين اليومي، كما أن ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية".

ومصطلح طيف التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة . (القيوتي والآخرين ،2001، ص63).

• ويعرف طيف التوحد وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة بالولايات المتحدة الأمريكية (1995):

Individuals With Disabilities: بأنه: "إعاقة تنشأ أثناء النمو مؤثرة على الإتصال اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعلات الاجتماعية، تكون بصفة عامة واضحة في سن الثالثة وتعوق الأداء التعليمي، ومن السمات الأخرى التي عادة ما ترتبط بها القيام بأعمال تكرارية وحركات نمطية ومقاومة التغيير الذي يطرأ على المكان المحيط أو الأعمال اليومية، بالإضافة إلى رد الفعل غير المعتاد على التجارب الحسية، واستخدام مصطلح طيف التوحد للإشارة إلى أي طفل يتدهور أداؤه التعليمي بسبب اضطراب انفعالي". (القيوتي، 2011، ص437،436).

• وترى الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المصابين بطيف التوحد: **National Society of Autistic Children (1978)**: "أن طيف التوحد هو اضطراب في مظاهر متعددة هي: النمو، الاستجابات الحسية للمثيرات، التأخر الواضح في اللغة والكلام، والتعلق غير الطبيعي بالأشياء". (الظاهر، 2009، ص23).

• ويعد كانر أول من قدم عرض تشخيصي للتوحد التقليدي والذي أطلق عليه في ذلك الوقت التوحد الطفولي المبكر، حيث أشار إلى أن هذا الاضطراب ينشأ منذ الولادة ويتصف بالقصور الواضح في التواصل مع الآخرين، النمطية ورغبة شديدة في التماثل والنفور من التغيير. تأخر في اكتساب الكلام، ولغة لا تخدم التواصل مع الآخر، التعلق بأشياء غريبة كالأشياء الدقيقة من الأدوات، ومستوى الذكاء وقدرة معرفية جيدة وخاصة تلك المتعلقة بالتذكر والمهارات الأدائية. (نفس المرجع، ص22).

• ويعرف أحمد بدوي طيف التوحد على أنه: "نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق". (بدوي، 1982، ص32).

• ويعرفه عادل الأشول: على أنه: "اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته، وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين". (الأشول، 1987، ص 112).

• ويرى فاخر عاقل أن طيف التوحد: "تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات، وإدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلا من الواقع، والإنكباب على الذات و الاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية". (عاقل، 1988، ص 45).

• وتعرفه مارिका (1990) Marica بأنه: "زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق على النفس، الاستغراق في التفكير، ضعف القدرة على الانتباه، ضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط". (Marica, 1990,p 34).

• ويشير أزنوف وزملائه (1991) Oznooff et als :إلى أن : "طيف التوحد عبارة عن زملة أعراض تمثل عجزا أو اضطرابا لجوانب نمائية أساسية و متعددة لدى الطفل". (Oznooff et als, 1991,p 1082).

• أما جيلبرغ (1990) Gillberg ، فيرى أن طيف التوحد: "عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة، وشذوذ في التفاعل الاجتماعي إضافة إلى الشذوذ في التواصل اللفظي وغير اللفظي (Gillberg, 1990,p 111) ."

• ويعرف عصام النمر طيف التوحد على أنه : "خلل وظيفي في المخ لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه بدقة، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويمتاز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي، والإدراكي والتواصل مع الآخرين". (النمر، 2008، ص 201).

• كما عرفت ماجدة السيد عبيد طيف التوحد على أنه : "ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين في المجتمع وحتى مع أقرب الناس وهم الوالدين والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي، أو أنه عبارة عن ضعف شديد وعجز نمائي واضح، ويظهر هذا الاضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل. (عبيد، 2015، ص 170).

• ويشير مصطلح طيف التوحد بالنسبة لأحمد عبد اللطيف على أنه: "إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ، تظهر هذه الإعاقة في السنوات الأولى من الحياة، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي، والاجتماعي، والتواصل". (عبد اللطيف، 2015، ص340).

• ويعرفه الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD 10) : بأنه: "مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي متكرر من الاهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف وتنتشر بنسبة (10- 15) طفلا في كل عشرة آلاف ولادة حية".

(Schwartz, 1992,p 19).

• أما التعريف الذي جاء طبقا لتصنيف DSM : IV-TR,2000, P75 هو أنه :

1. يبدي الطفل عجزا وعيبا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن: عجزا عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوحه انفعالاته، والفشل في نمو أو تطور علاقات مع الأقران .
2. العجز عن التواصل يري غالبا في الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة، والعجز عن المبادأة أو في تعزيز المحادثة، في السلوك النمطي، والاستخدام المتكرر للغة، وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية .
3. ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها، وفي اهتماماته، وهذه الأنماط تشمل الانشغال بوحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي، وتمسكه غير المرن بأعمال محددة أو طقوس، أو الانشغال بأجزاء من الموضوعات (فاروق والشربيني، 2011، ص29).

ومن خلال ما جاء كله في التعاريف السابقة نستنتج أن طيف التوحد هو : "اضطراب يصيب الطفل في السنوات الأولى من عمره (3 سنوات)، والذي يجعل من الطفل منطويا ومنسحبا عن العالم الخارجي مكونا عالما خاصا به، التي تحددت نتيجة اضطراب عصبي الذي يعوق مهاراته الاجتماعية، ولتواصله اللفظي، وتؤدي أيضا إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي التواصل مع العالم الخارجي.

ويعود اضطراب طيف التوحد إلى عدة أسباب بيولوجية، نفسية، كيميائية، عصبية، وعقلية تؤدي إلى إصابة الطفل به، وهذا ما سيتم عرضه في العنصر الموالي.

3-أسباب طيف التوحد:

لقد ظلت أسباب طيف التوحد مجهولة إلى حد كبير منذ حقبة طويلة من الزمن، فلم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول طيف التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر لطيف التوحد، وفي كثير من الحالات يكون سبب حدوث طيف التوحد غير معلوم، وبالرغم من ذلك يعتقد بعض الخبراء أن معدلات انتشار هذا الاضطراب في تزايد. ويعتقد الآخرون أن عدد الحالات المشخصة تكون في ارتفاع يترواح نسبته ما بين 10% إلى 17% خلال السنة. ويعزى ذلك إلى تقدم واعيا بهذا الاضطراب في تشخيصه وفي البحث عن أسبابه الحقيقية. (Dood , 2005, 6-8).

وتعزى أهمية تحديد أسباب طيف التوحد إلى :

1. التحديد الدقيق لمحددات أسباب طيف التوحد والعمل على خفض معدلات انتشاره .
2. إجراء البرامج التي من شأنها أن تقلل من حدوث طيف التوحد.

وتكمن صعوبة تحديد أسباب طيف التوحد إلى ما يلي:

1. عدم الاتفاق بين العاملين في الميدان على طبيعة هذه الإعاقة.
2. بعض الحالات تؤدي إلى حدوث طيف التوحد، مثل: إلتهاب السحايا.
3. طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من الأعراض والميزات مع عدد من الإعاقات الأخرى.
4. خطأ في التشخيص فبعض الحالات تشخص على أنها حالات اضطراب في التعلم، أو تخلف عقلي غير محدد السبب.
5. بعض الحالات تتغير أعراضها بالزيادة أو النقصان. (الصبي، 1423هـ ، ص 31-32)

وسنتناول فيما يلي أهم أسباب طيف التوحد :

1/3- العوامل الوراثية: أثبتت بعض الدراسات الحديثة كما تذكر (Lida, 1993) أن هناك ارتباط بين طيف التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع طيف التوحد فقط، وهذا الكروموسوم الذي يسمى (Fragil X) ، ويعتبر شكل وراثي حديث مسبب لطيف التوحد والتخلف العقلي وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد، وهذا الكروموسوم

يكون شائعا بين الذكور أكثر من الإناث، ويؤثر هذا الكروموسوم في حوالي 7 إلى 10% من حالات طيف التوحد. (الزراع، 2004، ص30).

ويتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات طيف التوحد وهي :

1. شذوذ الكروموسومات (x) .
2. تصلب الأنسجة الدرقية Tuber Sclerosis (قاسم، 2001، ص65).

2/3- عوامل مناعية: أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص الذين يعانون من طيف التوحد ، فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى الذين يعانون من طيف التوحد.(فاروق الشربيني، 2011، ص40).

وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين، قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بطيف التوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. (خطاب، 2009، ص44).

3/3- عوامل بيولوجية: تنحصر هذه العوامل كما تذكر (Lida , 1993) في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وتعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل: نقص الأكسجين، كاستخدام الآلات في الولادة، أو عوامل بيئية أو أخرى مثل تعرض الأم للنزيف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة، أو كبر سن الأم، كل هذه العوامل قد تكون أسباب متداخلة سببت حالة طيف التوحد.(الزراع،2004، ص30).

3/4- عوامل العصبية:المخ مكنون في التجويف العظمي، ويحاط المخ والنخاع الشوكي أيضا بالسائل المخي الشوكي الذي تحويه تجاويف المخ، ويقوم السائل المخي بالإضافة إلى عمله كوسادة لحماية المخ والنخاع بخدمة بعمليات التغذية الخاصة بالمخ. (عكاشة، 1986، ص31).

3/5- عوامل عقلية: يرى أصحاب وجهة النظر هذه كما يرى فيرت (Firth, 1993) أن طيف التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة، ومن الذين يتبنون هذه النظرية "سينجرو

وينمي"، ولكن غالباً ما يتم رفض هذه النظرية كون الفصام مرض نفسي وطيف التوحد اضطراب نمائي. (الزراع، 2004، ص30).

6/3- عوامل كيميائية: هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بطيف التوحد لاحتمال كونها سبباً من أسباب الإصابة بطيف التوحد وتشمل العديد من الاحتمالات منها: التلوث البيئي الكيميائي، تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو الإشعاعات، التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى تسمم عضوي، وتعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل، والكحوليات. (عبد الله، 2004).

7/3- عوامل عائدة للتنشئة الأسرية: وتعد هذه الأسباب كما يذكرها كامبل وشاي (Champlak et Shay, 1995) هي الفرضية الأولى التي وضعت لتفسير طيف التوحد في بدايات تشخيصه وهي الآن فرضية قديمة جداً، وتؤكد هذه النقطة على دور الأبوين في التسبب في هذا الاضطراب وإعاقة نمو الطفل وتشير النظريات النفسية إلى أن والدا الطفل المتوحد يكونان أكثر نكاهاً وأكثر قلقاً، ولديهما ضعف في العلاقات الأبوية.

هذه النظرية ترجع أن سبب طيف التوحد هو ظروف العائلة وتصورها كالتالي :

_ضعف علاقة التواصل بالأم.

_إثارة غير كافية لعواطف الطفل.

_رفض لهذه العلاقة. (الزراع، 2004، ص31).

وهناك من يربط بين المطعوم الثلاثي وحدث السلوكيات الطيف التوحدي وقد أشار أحد أولياء الأمور إلى أن ابنه كان طبيعياً قبل أخذه المطعوم الثلاثي، حيث كان يتكلم ويتفاعل اجتماعياً ويتصرف بشكل عادي، ولكن بعد أخذه المطعوم الثلاثي تغير حاله وظهرت الأعراض الطيف التوحدي، ولا نستطيع أن نسلم بذلك لأن الأعراض تظهر خلال الثلاثين شهراً من عمر الطفل. وقد يكون ظهور الأعراض مصادفة مع أخذ المطعوم، كما ذكر ذلك في أدبيات الموضوع، وأشارت ونج (Wing, 2001) إلى إحدى الدراسات التي توصلت إلى عدم وجود علاقة بين الأعراض الطيف التوحدي والمطعوم الثلاثي، وعلى أية حال فالأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات (الظاهر، 2009، ص 94-95).

أما النظرية الطبية الصينية التي عالجت الأطفال المصابين بطيف التوحد عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي والتي توصلت النتائج إلى تحسن أعراض طيف التوحد والسلوكيات الشاذة، وتشير إلى أن المخ هو محيط النخاع، والكليتين تهيمن وتنتج النخاع، بالنسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد وإسنادا إلى النظرية الطبية الصينية، فإن طيف التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم وأحيانا الأب، ويشير الأطباء الصينيين أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين (ب6) بطريقة فعالة، لذلك سميت هذه النظرية بنظرية الكلى. (نفس المرجع ص 95).

ونستنتج مما سبق كله أنه يوجد غموض في معرفة الأسباب المؤدية لاضطراب طيف التوحد وعدم تحديد السبب الرئيسي له، ويبقى العلماء يبحثون على السبب الحقيقي غير المعروف لحد الآن. إلا أنه يمكن القول أن كل هذه الأسباب قد تكون سببا في ظهور الاضطراب .

4- النظريات المفسرة لطيف التوحد:

لا توجد نظرية واحدة يتفق عليها المختصون في تفسير حدوث حالات طيف التوحد إذ لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت في هذا الجانب على نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد.

وهناك العديد من النظريات فسرت حدوث طيف التوحد وأشهرها :

1/4- النظرية السيكلوجية: وهي من أقدم وأشهر النظريات التي فسرت حالات طيف التوحد والتي بدأها كانر والتي تفسر طيف التوحد على أنه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها والتي قد تكون نتيجة للعلاقة بينهما وبين زوجها، ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها، الأمر الذي يفضي إلى ولادة طفل مصاب بطيف التوحد. لذلك فإن السلوكيات التي تصدر من الطفل هي بمثابة وسيلة دفاع لرفضه عاطفيا.

لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة طيف التوحد حسب هذه النظرية. (الظاهر، 2009، ص83).

أما برونو بتلهام Bruno Betleheim الذي استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركزا لتطور طيف التوحد، فقد قال بأنهم السبب، بمعنى أن الأطفال يحاولون أن يراوغوا عن أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها، ليس من الضروري أن تكون اتجاهات الآباء هي التي تسبب طيف التوحد، وهذا الرأي يبين بأن طيف التوحد ينشأ عن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط هو أمر ميووس منه. (الزريقات، 2010، ص110-111).

ومن المؤكد أن قول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن طيف التوحد سببه معاملة الوالدين للطفل وخاصة الأم، هو قول عار عن الصحة تماما وليست له علاقة بطيف التوحد (خليل، 2006، ص29).

2/4- النظرية البيوكيميائية: إن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ والمخيخ. ويعد السيروتونين (Serotonin) من الناقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي الذي يتمركز في وسط الدماغ، ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية بما فيها إفرازات الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي، وقد عمل المختصون على فحص مستوى هذا الناقل يفحص السائل المخشوكي ومستويات السيروتونين في الدم.

والسيروتونين ينشأ في الدم من جدران الأحشاء أو القناة الهضمية كالأمعاء ويخزن على شكل صفيحات أثناء الدوران، حيث يتم هدمه من خلال عملية الأيض بواسطة أنزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد، ولكن عندما يكون هناك مشكلات في عملية الأيض يترسب بكميات أعلى في الدم أو البول لدى المتوحدين. (الظاهر، 2009، ص84-85).

وهناك العديد من الدراسات التي تعرضت لذلك وأكدت العلاقة بين السيروتونين وطيف التوحد منها :

دراسة أجريت على 123 شخصا من أقارب الدرجة الأولى لأشخاص يعانون من طيف التوحد ، كان لدى 51% من الأمهات و45% من الآباء و87% من الإخوة والأخوات معدلات من السيروتونين تفوق المستوى الطبيعي، إلا أن معدلات السيروتونين لدى المصابين بطيف التوحد كانت دائما الأعلى عند مقارنتهم بإخوانهم وأخواتهم العاديين. (عبد الواحد، 2010، ص47). كما لوحظ أن الذكور دون الإناث من المصابين

بطيف التوحد ينخفض لديهم إنتاج السيروتونين في الفصين الأماميين وفي أجزاء أخرى كالمهاد البصري (نفس المرجع، ص47).

وأشار بوتزن واكوسيلو وألوي (1993), Bootzin, Acocella, Alloy إلى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد إذا تناولوا عقاقير تخفض من مستوى السيروتونين في الدم، فإن ذلك من شأنه أن يحسن الكلام والسلوك الاجتماعي، ودرجة الذكاء، واستمر هذا التحسن لمدة ستة أسابيع، ولكن بعد مضي ثلاثة أشهر تضاعف التحسن الذي حدث، وقد يتطلب الأمر مزيداً من الدراسات. (الظاهر، 2009، ص85).

كما أن الدوبامين يلعب دوراً هاماً في كل من: اكتشاف البيئة، التحفيز الذاتي، عملية الإلتباه الاختياري، الأكل والشرب، كما أنه ينظم النشاط الحركي مثل: الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية، وعند زيادة معدلات الدوبامين في أجسام الحيوانات لإجراء البحوث، سلكت الحيوانات سلوكاً متشابهاً لسلوك المصابين بطيف التوحد مثل: الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية. (عبد الواحد، 2010، ص47). كما أن هناك عدة دراسات أخرى وجدت أن هناك علاقة بين الدوبامين وطيف التوحد منها: دراسة ساهاكين وزملائه Sahakian et al الذين توصلوا أثناء قيامهم بعلاج حالات من الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد باستخدام عوامل استقبال الدوبامين للتخلص من السلوك النمطي إلى أن طيف التوحد ينشأ عن زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ (القمش، 2015، ص38-39).

وقد أشار كامبل وزملائه (1982) Campell في هذا الصدد إلى أن الكثير من أعراض طيف التوحد تقل مثل: سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة عند تناول الطفل عقار يخفض من مستوى الدوبامين.

كما أن الدوبامين يلعب دوراً في طيف التوحد وهذا يشكل من الحامض الأميني الفينيلانين Phynylanine، ويتركز كذلك في الدماغ الأوسط وإذا زادت كميته فهو يلعب دوراً في السلوكيات الطيف التوحديّة مثل: الطقوسية والنمطية والنشاط الزائد، إن السيروتونين والدوبامين هي مواد كيميائية أشبه بالسماعة التي تبث إلى مناطق واسعة من الدماغ وهي التي تولد السلوكيات التي تظهر في غرفة الصف كالإلتباه والتوتر أو النعاس. (الظاهر، 2009، ص85).

3/4- النظرية النفسية المعرفية (نظرية العقل): تعد نظرية العقل من النظريات التي اكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة، وتحتل مكانة أساسية في فهم، تفسير، التنبؤ، والتعامل مع سلوك الآخرين فمعظم الأطفال

الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثل أشياء أخرى غير الشيء الذي تمثله، مع عمر ثلاث سنوات، فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق أو التمييز بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية. يبدو أنهم يفهمون ماذا يدرك الآخرون و يعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون. و كما أنهم أيضا يظهرون سلوك التوقع للأحداث. ومع عمر أربع إلى خمس سنوات، فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكار ومعتقداتهم. (الزريقات، 2010، ص103).

وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادرا على عزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه فهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، وربما يمكن ردّ هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل المتوحد الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم (Happe , 1994), (فاروق الشربيني، 2001، ص57).

ويعرف فيرت (Frith 1989) نظرية العقل على أنها القدرة لتنبؤ العلاقات بين الحالات الخارجية للأحداث والحالات الداخلية للعقل، (الظاهر، 2009، ص91).

وتقول أيضا بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد المصابين بطيف التوحد تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل. كما تقول بأن الشخص المصاب بطيف التوحد غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر. بينما الأشخاص الآخرين العاديين لديهم فهم خاص أو إحساس خاص، يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين (المغلوث، 2006، ص59).

وخلاصة نظرية العقل هي: أن العجز الاجتماعي عند الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل، ويعتقد أكثر الباحثين أن طيف التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوظيفة الإدراكية المعرفية للوليد والقدرة على تفسير المثيرات، والتعامل مع العالم المحيط. (أمين، 1999، ص 63).

5- خصائص الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:

لا يختلف الطفل المصاب بطيف التوحد بشكل عام عن الطفل غير المصاب بالمظهر العام وخاصة إذا كانت النظرة عن بعد. (الظاهر، 2009، 45).

وتوجد بعض الخصائص التي غالباً ما تلاحظ على الأفراد المصابين بطيف التوحد بغض النظر عن المرحلة العمرية التي ينتمون إليها. (فاروق الشربيني، 2011، ص 65).

والتعرف على الخصائص والأعراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم لها، لأن بعض هذه الأعراض قد تتشابه مع أعراض بعض الأنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي أو صعوبات التعلم، وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولي أو الاكتئاب، فإن من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي:

. أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني طيف التوحد، بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى.

. انه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور، وقد تبدأ ظهور أعراض طيف التوحد في بعض الحالات خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث، أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل. (موسى، 2007، ص 69).

ويمكن أن نستعرض هذه الخصائص على النحو التالي :

5-1- الخصائص الجسمية: قد توصل الباحثون من خلال زيارتهم الميدانية للمراكز الخاصة بالأطفال المصابين بطيف التوحد و المؤسسات الأخرى التي تحوي أطفال مصابين بطيف التوحد أنهم بشكل عام يتسمون بالوسامة.

وقد صرح الكثير من الذين تعاملوا مع الأطفال المصابين بطيف التوحد هذه الميزة، حتى أن إحدى مديرات مراكز المصابين بطيف التوحد التي تعاملت مع أعداد كبيرة من الأطفال المصابين بطيف التوحد صرحت

أنهم أفضل شكلا من بقية إخوتهم، وهذا مما يزيد من معاناة وأنات أولياء الأمور. (الظاهر، 2009، ص45).

كما أن هناك مجموعة من المصابين بطيف التوحد لا توجد لديهم أية دلائل تشير إلى وجود خلل جسمي معين عندما يجرى الكشف الطبي عليهم، كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة لدى المصابين بطيف التوحد خصوصا إذا لم يصطحب أعراض اضطراب طيف التوحد باضطراب آخر، ويعزز ذلك من نظرة المجتمع لهم كأفراد غير مهذبين، إلا أن عدم استجابة المصابين بطيف التوحد للمثيرات البيئية من حولهم بالشكل المطلوب، يحفز النظر إليهم كما لو أنهم مصابون في أحد أعضائهم الحسية، وهذا لا ينفي وجود مجموعة من المصابين بطيف التوحد بالفعل تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون. أو عند اللمس، مما يشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل في المعالجة الحسية تعكس وجود مشكلة، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد. (قطب، 2007، ص37).

ويتسم الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد بأنهم أقصر طولاً من أقرانهم العاديين لاسيما في المرحلة من عمر السنتين إلى سبع سنوات، وعادة ما يكون مظهرهم الجسمي العام مقبولاً إن لم يكن جذاباً، كما يتسمون بالاختلاف عما هو طبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع، ويكونون أكثر عرضة في طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي والجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية والسعال وضيق التنفس والاضطرابات المعوية وحالات الإمساك أكثر من أطفال المجتمع العام، كما يختلفون عن الأطفال العاديين في عدم الثبات على استخدام يد معينة، حيث يتبادلون استخدام اليد اليمنى مع اليد اليسرى، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصف المخ الأيمن والأيسر. (فراج، 2002، ص53).

ويعاني بعض أطفال طيف التوحد من نوبات الصرع ربما تتكرر يوميا أو أسبوعيا أو شهريا ولاسيما في مرحلة المراهقة والبلوغ. (القريطي، 2011، ص446-447).

النمو الحركي: يصل الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد إلى العلامات الحركية الرئيسية مثل أقرانهم الأسوياء على الرغم من بعض التأخر البسيط، وهم يكررون نفس الحركات عدة مرات، وتبدو هذه السلوكيات المتكررة في الأوقات التي يتم فيها استثارة الطفل أو عندما يكون منغمسا في بعض الخبرات الحسية.

(wis,1987, 130-131) .

والقدرات الحركية لدى الأشخاص المصابين بطيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة فبعض الأطفال يعانون من قصور أو عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة أو الكبرى والبعض الآخر من الممكن أن يظهروا مهارات نمائية جيدة (Wing, 1993) .

ويمكن أن نستعرض الخصائص الجسمية على النحو الآتي:

الحواس:

-الاستجابات الشاذة للمثيرات الحسية وجدت في الأفراد المصابين بطيف التوحد مع تقديرات تقدر ما بين 30% إلى 100% .

-الاضطرابات الحسية تكون أكثر شيوعاً أثناء مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع مرحلة الرشد.

-تكون حواس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد غير قادر على الاستجابة للمثيرات الخارجية بل وتصل في بعض الأوقات إلى العجز التام عن تلقي ما يثيرها مما يؤدي إلى عدم ظهور أية استجابة. (مصطفى والشربيني 2011ص 65-66).

وبما أن هناك شبكة اتصالات بين الدماغ والعالم الخارجي تمر عبر الأعصاب الناقلة للمعلومات بواسطة الحواس وللتوضيح أكثر. لا قيمة للدماغ بدون الأعصاب والحواس ولا قيمة للإنسان بدون الدماغ الذي يساعده على تكوين شخصية مستقلة في إطار المجتمع الذي يعيش فيه، فإذا كان هناك خلل ما بين هذا الثلاثي المكون من (دماغ، أعصاب، حواس) فإننا لن نستطيع الاستمرارية في الحياة بشكل طبيعي، وهذا ما نلاحظه لدى الطفل المتوحد، حيث تكون استجابته للمثيرات الحسية الشاذة هي الوضع الطبيعي. (الصندقلي 2012ص 192).

فالطفل المصابين بطيف التوحد يبدي استجابات حسية إما ببلادة أو حساسية فائقة وبشكل غير مناسب لنوعية ودرجة شدة المثيرات الحسية السمعية، البصرية، اللمسة، الشمية، الذوقية، والإحساس بالألم، فقد تتعدم استجابات أحدهم لبعض الأصوات مثلاً، أو لمن يناديه باسمه إلى الحد الذي يبدو معه أنه أصم لا يسمع،

وقد يبدي أحدهم ردود أفعال غير عادية وحساسية مفرطة لأصوات أخرى عادية كدقات الساعة أو رنين جرس الهاتف أو زخات المطر. (القريطي، 2012، ص 446) .

ويمكن تناول الحواس على النحو التالي:

أ)الرؤية: إن مجال الرؤية لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد يكون إما عالياً أو مشوشاً، وهؤلاء الأطفال يميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة إلى الأشياء، ولا يقومون بأي اتصال بصري مع شخص آخر ، وهم يتجهون لالتقاط الأشياء بدون النظر إليها جيداً، وهم يندهون بالأضواء والانعكاسات ومتابعة الأشياء اللولبية الدوارة ،وأحياناً تجد بعضهم يميل إلى ألوان معينة أو ألعاب محددة ولا تجذب انتباهه الأشياء الأخرى. (مصطفى الشربين، 2012، ص66)

وقد قسمت هناء إبراهيم صندقلي الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد حسب درجة الحساسية البصرية إلى نوعين:

1)النوع الأول: أطفال مصابين بطيف التوحد ذوي الحساسية البصرية المفرطة: حيث تشغلهم الأشياء الدقيقة فتجدهم ينظرون إلى ذرة غبار لساعات طويلة، وقد تجد أحدهم يحب رؤية الأشياء من خلال انعكاسها في الماء ، وبعضهم يكون بارعاً في تركيب البازل وبعضهم الآخر يستطيع الحصول على معلومات من خلال حفظها نظرياً، فهم يستطيعون تذكر تفاصيل وصور من كتاب بمجرد رؤيته مرة واحدة، والبعض الآخر لا يتحملون رؤية الألوان الفسفورية فتجدهم يغمضون أعينهم بطريقة سريعة أو يضعون أيديهم عليها كون الأعصاب الذاهبة من العين إلى الدماغ لدى هؤلاء الأطفال تكون فائقة الحساسية.

2)النوع الثاني:أطفال مصابين بطيف التوحد ذوي الحساسية البصرية المنخفضة: على عكس الفئة السابقة تجد بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد يعانون من حساسية بصرية منخفضة، فهم يبدلون جهد الرؤية الأشياء بشكل واضح ، فقد تجدهم يلمسون الأشخاص بأيديهم لأن هذه الأجسام تبدو لهم خطوطاً عريضة مشوشة ، وحتى يتبينوها بشكل جيد ، عليهم تلمسها. فهناك من يقرب الأشياء من عينيه بغية رؤيتها أو يحركها أمام عينيه أو يميل رأسه، بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد يخاف من الأشياء التي تدور بسرعة لأن كل شيء يبدو لهم ضبابياً وبعضهم يخشى صب الماء في الكوب لأنه لا يستطيع رؤية حواف الكوب.(صندقلي، 2012، ص 201) .

ب)السمع: تعد المشكلات السمعية إحدى المشكلات الصحية التي يعاني منها طفل طيف التوحد ،فالكثير من المصابين بطيف التوحد يعانون من مشاكل في الأذن، ومن حساسية السمعية التي قد تفقددهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين ،ونحن نعرف إن جزء،من التواصل الاجتماعي يعتمد على حاسة السمع فان كانت هناك مشكلة في هذه الحاسة ، فلنا إن نتخيل حجم المشكلات التي سوف يعاني منها الطفل طيفتوحدوي ونتائجها غير المرضية عليه.(مصطفى وشرييني(2011) ص66-67) وقد أبانت نتائج دراسة عدة دراسات ل:ولكر(ولكر1997) وكبل وآخرون (كمبلوال1978)، عن وجود شذوذات بسيطة في أذان الأطفال المصابين بطيف التوحد ، وأسفرت نتائج برينك وآخرين(1997) عن وجود قصور في السمع بلغت نسبته 30بالمئة للأطفال المصابين بطيف التوحدو11بالمئة للراشدين المصابين بطيف التوحد.

وقد يظهر الطفل المصاب بطيف التوحد استجابة زائدة أو ناقصة بالمنبهات الحسية مثل: الصوت و الألم وقد يعطي أذنيه كما لو كانت أصوات معينة تضايقه ، و قد يتجاهل تماما الأصوات المفاجئة ولا يستجيب لها ، و لكنه قد يظهر اهتماما بالغا ببعض الأصوات مثل : مكانس الكهربائية -عرا بات الإطفاء -الساعات - (فهد المغلوث 1423هـ،ص42) .و يمكن تلخيص مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية فيما يلي :

-تغطية الأذنين باليدين عند سماع الأصوات .

-الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة مثل دقائق الساعة .

-بكاء و الصراخ في الأماكن المزدحمة .

-سماع الأصوات الآلات و المحركات .

-سماع صوت تساقط المياه .

-فتح و غلق الأبواب بشكل متكرر بغية التعلق .

- سماع الأذان أو الموسيقى نشرة الأخبار .

- تعلق بسماع اغاني ذات إيقاع معين .

- البكاء و الصراخ عند استخدام الطباشير أمامه على اللوح .

- الصراخ و الفزع عند سماع صوت مفاجئ .
- الرعب و الهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر .
- الصراخ و البكاء عند قص الشعر .
- الهمهمة مع النفس كثيرا (صندقلي، 2012، ص196) .
- عدم الاستجابة لمناداة الآباء رغم أنهم يسمعون جيدا (يسمع كأنه لا يسمع) (مصطفى الشربيني، 2011، ص67).

ج) اللمس: عادة ما يكون الأطفال ذوي حاسة لمس قوية و زائدة ،فقد نجد إن العديد من الأشياء تسبب نوعا من الألم المتعة للطفل عند لمسها و قد نفس الطفل يستمتع بشعور بضغط على بعض الأشياء و شعور الناتج عن هذا الضغط ، و هذه الحساسية لللمس تعد تصوف مثل هؤلاء الأطفال من تعلم الكثير من المهارات اليدوية .

فقد أنهت نتائج دراسة برينك وآخرون (1997-) إلى إن القصور في اللمس بلغ 8 بالمائة لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، وبلغ لدى الراشدين المصابين بطيف التوحد 7 بالمائة .إما نتائج دراسة كينز و دن(1997)، فقد أسفرت عن وجود قصور في 50 بالمائة في عينيه بلغ عددهم 64 طفلا مصاب بطيف التوحد وتراوحت أعمارهم ما بين 3 الى 10 سنوات.

وكثيرون الأطفال المصابين بطيف التوحد لديهم فشل في الجانبية وعدم القدرة على استعمال كلت اليدين في عمر معين عندما تكون السيطرة الدماغية قد تأسست لدى الأطفال الأسوياء، كما إن هؤلاء الأطفال الذين لا يشعرون بالألم قد يؤذون أنفسهم من خلال العض أو شد الشعر أو ضرب الرأس دون إن يبكوا أو يشعروا بالألم. (مصطفى والشربيني. 2012 ص 67-69).

وتتمثل مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسة فيما يلي:

-رفض العناق والتلامس الجسدي.

-التلذذ باللعب العنيف.

- خلع الثياب أمام الناس.
- ضرب ذاته وعض يديه.
- كراهية غسل الأسنان.
- الصراخ عند الاستحمام.
- خلع الحذاء باستمرار .
- الشعور بالبرد في طقس الدافئ .
- هز الأجسام إلى الأمام والخلف مع صرير الأسنان (صندقلي 2012ص 198).
- يعض نفسه حتى يدعى أو يطرق رأسه في الحائط .
- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة والحادة ،كما انه ينخر باستمرار في هذه الجروح ،مما يسبب تقرحها وصعوبة التئامها.
- يجلس فوق الأسطح الساخنة جدا أو الباردة جدا (انقمش 2015ص 58).
- (د)الشم: يستخدم الأطفال المصابين بطيف التوحد حاسة الشم لتفحص العالم من حولهم هم يشهون أجساد آبائهم أو ألعابهم وحتى الأجهزة الكهربائية في المنزل ومن مظاهر هذه الاضطرابات:
 - رفض استخدام الصابون .
 - شم الأطعمة قبل الأكل.
 - رفض بعض الأطعمة.
 - شم الأدوات والأشياء التي يمسكها.
 - الاحتفاظ بالأشياء البالية (صندقلي 2012ص 198).

-شم شعر أمه للتعبير عن العاطفة .

-ينفرون من شمه احد ما(مصطفى والشربيني 2011ص67-68).

هـ)التذوق: والعديد من الأطفال المصابين بطيف التوحد قد يستجيبون بشدة للطعم (التذوق) وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء والأكلات في بيئاتهم-(مصطفى والشربيني 2011ص69).

وقد يجد الآباء صعوبة في تغيير الغذاء وخاصة تلك التي تحتوي على الحلوتين والكاطسيين لأنهم اعتادوا على نوعية من الأكل لا يرغبون في تغييره.(قحطان احمد الظاهر 2009 ص 46).

كما تؤكد هناء إبراهيم الصندقلي بأن اضطرابات حاسة التذوق تنقسم إلى فئتين عند الأطفال المصابين بطيف التوحد الذين لديهم حساسية مفرطة ،لأن أعصاب التذوق لديهم حساسة جدا فهم يرفضون تناول الأطعمة الهلامية أو اللحم لأنه يصعب عليهم مضغه أو حتى الأطعمة المهروسة لأنها تولد لديهم إحساسا سيئا في الفم واللسان وبين أطفال يحرمون من هذه الحاسة فتكون لديهم ضعيفة ومنخفضة حيث يفضلون الأطعمة الحادة الطعم ومنهم من يأكل أشياء غير صالحة للأكل كالتراب والخشب ويعضهم يلجأ إلى عض أي شيء تطاله يده وهناك من يضع الأشياء في فمه كمحاولة لاستكشافها وذلك كله بسبب ضعف أعصاب التذوق الذاهبة إلى الدماغ (الصندقلي 2012ص204).

5-2-الخصائص السلوكية: سلوك الطفل طيف التوحد محدود وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع (أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص73)، فهؤلاء الأطفال يعيشون في عالمهم الخاص، لا ينتبهون ولا يركزون على ما هو مطلوب منهم، بل يركزون على جانب محدود لا يملون منه كتركيزهم على جزء صغير من آلة كبيرة (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص45).

1/2 السلوك النمطي و الطقوسي: إن الملاحظ لأطفال طيف التوحد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالترار والرتابة والميل إلى النمطية سواء في الحركة أو الأداء ولاسيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة (القمش، 2015، ص54).

ويعرف سلطان النمطية بأنها: «حركات الجسم الرتيبة، التي تتكرر و تتكرر» (سلطان، ب س، ص 28) وفسر العلماء أن الطفل المتوحد قد يلجأ لهذه الحركات كاستجابة لمشكلة يمر بها الطفل أو حدوث تجارب

جديدة في محيط حياته أو كأسلوب من أساليب التواصل مع الآخرين أو كتخفيف لحدة الإحباط و التوتر الداخلي الذي يصيب هذه الفئة من الأطفال (نصر، 2002، ص55-56) في حين يرى فراغ أن هذه الأفعال و الأنماط السلوكية التي يمارسه الطفل المتوحد ليست استجابة لمثير معين، بل هي في واقع الأمر استتارة ذاتية تبدأ و تنتهي بشكل مفاجئ و تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفرطة و انغلاقه التام على نفسه و عالمه الخيالي و رغبته قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي (القمش، 2015، ص 54-55).

و تصنف الجمعية الوطنية لأطفال طيف التوحد (2005) السلوكيات النمطية التكرارية للطفل المصاب بطيف التوحد إلى ثلاث فئات و هي:

- 1- تكرير أنشطة تضمن استخدام أشياء: كتدوير شيء ما، و تمزيق الورق إلى قطع صغيرة، تجميع الحصى أو العبوات البلاستيكية، أو هز الخيط، أو الانشغال بأجزاء من أشياء بدلا من الشيء ككل.
- 2- تكرير أنشطة ذات روتين معين: كممارسة طقوس معينة قبل النوم أو الاهتزاز على لمس كل بلاطة في أرضية المكان، أو من الجدران أو الأبواب و التحسس عليها.
- 3- تكرير أنشطة لفظية: كإصدار أصوات غريبة غير هادفة، الإصرار على أسئلة معينة مع تكريرها و انتظار الإجابات نفسها (القريطي، 2011، ص442-443).

2/2. السلوك العدواني: عدوان الطفل المصاب بطيف التوحد غالبا ما يكون نحو ذاته، لتخفيف الشعور بالقلق والتوتر، وقد يظهر السلوك العدواني للطفل المصاب بطيف التوحد أثناء اللعب مع الآخرين ويقوم بدفعهم بكلتا يديه، أو أخذ الشيء (اللعبة) من يدي الطفل الآخر، فهذا يعد من وجهة نظر الآخرين عدوانا على الآخر، إلا أن هناك عن عدم قدرة الطفل المصاب بطيف التوحد على التفاعل المشترك أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مما ينتج عنه السلوك العدواني (أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص 74). ويمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التي يمارسها الطفل المصاب بطيف التوحد من خلال دراسات وبشر واخرون على النحو التالي:

- يعض نفسه حتى يدمي أو يطرق رأسه في الحائط أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام.
- يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

- يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل: (الطعام، السكر، الملح، اللبن، الماء...)، بتمزيق الكتب، الصحف، الملابس، وإلقاء بعض الأدوات من النوافذ، و تكسير لعبه أو أثاث المنزل (عليوة، 1999، ص56).
- يسبب إزعاج مستمر للمحيطين به بكثرة صراخه و عمل ضجة مستمرة، و عدم النوم ليلا لفترات طويلة.
- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات.
- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة و الحادة، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها و صعوبة التئامها (القمش، 2015، ص 58).
- 3/2- القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية و الحياتية:** يبدو على الطفل المصاب بطيف التوحد القصور و العجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون ممن هم في سنه و مستواه الاجتماعي و الاقتصادي، ففي سن الخامسة أو العشر سنوات من عمره، قد لا يستطيع الطفل المصاب بطيف التوحد أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل، و هو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه، بل يحتاج لمن يطعمه، أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه، وقد لا يهتمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها، بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه، و هو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها، و تشيع لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد أعراض التبول الليلي و التغوط و مشكلات الأكل و الأرق (سوسن الجليبي، 2004، ص 37).
- 4/2- سلوكيات أخرى مصاحبة للتوحد:** هناك بعض السلوكيات الأخرى التي قد تظهر عند بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد و لا يمكن اعتبارها خصائص أساسية:
 - اضطرابات الأكل.
 - اضطرابات الإخراج.
 - اضطرابات النوم.
 - اضطرابات و قصور النواحي الإدراكية و المعرفية.
- (مصطفى والشربيني، 2011، ص77، 76، 79).
- ظهور حالات الصرع عند بعض الأطفال المصابين بطيف التوحد (الظاهر، 2009، ص 49).

5-3- الخصائص الاجتماعية: إن من الخصائص التي يتفق عليها المختصون في هذا المجال هو القصور الواضح أو عدم التفاعل الاجتماعي، فبعضهم منعزلون تماما لا يتواصلون مع الآخر سواء كان ذلك باللغة المنطوقة و غير المنطوقة، و قد لا يقتصر على ذلك فحسب، و إنما قد يهربون بعيدا تجنباً للتفاعل الاجتماعي، و قد ينتابهم ثورات من الغضب.

إن هؤلاء الأطفال لا يقيمون علاقات اجتماعية حتى مع أقرب الناس إليهم، فهم يعزلون أنفسهم عند وجودهم داخل الأسرة (الظاهر، 2009، ص 49).

و يمكن تناول بعض أهم الخصائص الاجتماعية على النحو الآتي:

1_ النمو الاجتماعي: يتضمن النمو الاجتماعي لجميع الأطفال انتقالا تدريجيا من حالة الاعتماد التام على الآخرين اعتمادا جسميا و اجتماعيا عند الطفل الرضيع إلى حالة الاستقلال في المراهقة المتأخرة، و معظم الأطفال حديثي الولادة يستجيبون للعلاقات الاجتماعية و غير الاجتماعية و القليل منهم لا يستجيب، فهم في الغالب يتمتعون بالصحة الإنسانية (أبو السعود، 2009، ص 72).

ومن الدلالات المبكرة للنمو الاجتماعي للطفل أنه عندما تبتسم له أمه فيبادلها الابتسامة في الشهور الثلاثة الأولى إلا أنه من النادر أن يفعل ذلك الطفلا لمصاب بطيف التوحد و كذلك التواصل البصري تكون قليلة، أما في الشهور من السابع إلى التاسع نجد الطفل أثناء الرضاعة يتحسس وجه الأم أو يشد شعرها، أو يعض ثديها أثناء الرضاعة، و تعد هذه أول خطوة لبداية النمو الاجتماعي للطفل الطبيعي و هي مداعبة الأم أثناء الرضاعة، و نادرا ما يحدث ذلك مع الطفل المصاب بطيف التوحد (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 86-87).

2_ التواصل الاجتماعي: معظم التواصل المبكر بين الوالدين و أطفالهم الأسوياء ينشأ عن مشاركة في الاهتمام بالأشياء التي تستمر حولهم، و من غير المحتمل أن يدعو الطفلا لمصاب بطيف التوحد والديه للمشاركة في الاهتمامات، كما أنهم لا ينظرون إلى آبائهم مثل ما ينظرون إلى ألعابهم و لن يقدموا الأشياء إلى آبائهم فهم يهتمون بالأشياء و الموضوعات و الأحداث التي تقع تحت إحساساتهم المباشرة، فمن الممكن أن يكون انتباههم أقل أو لا يوجد لديهم انتباه لما يفعله الناس الآخرين (Lewis, V (1987), Basil Blackwell, p 142). « development and handicap ».

3_ العزلة الاجتماعية: يتصف الطفل طيف التوحد بالعزلة الاجتماعية، و قد اعتبر هذا المظهر السلوكي من الأعراض الجوهرية لطيف التوحد منذ اكتشاف هذا الاضطراب حيث تنقص الطفل المتوحد القدرة على

تكوين العلاقات مع الناس المؤلفين لديه. كما يفضل البقاء وحيداً، و يتجنب المواجهة بالنظر و التحديق بالعينين في الأشياء و في الآخرين إضافة إلى ضعف التواصل مع الآخرين.

و يشير سعد رياض إلى أن الطفل المتوحد يتصرف و كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات و الضجيج من حوله، كما لو كان من حوله غير موجودين، على الرغم من ظهور بعض الاستجابات المفاجئة أحياناً، يسمع الصوت الخافت و لا يسمع الصوت الآلي، يسمع الموسيقى و لا يسمع اسمه، نظرتة بعيدة كأنه ينظر إلى الأفق نظرة شاردة و لا يهتم بمن يجلس معه، بقدر ما يلفت نظره أحد أعضاء الجسم كاليد أو الإصبع، فترات ينشغل به، متناسياً أن من أمامه إنسان كامل.

وأضاف إبراهيم الزريقات إلى أن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد غير قادرين على إقامة علاقات انفعالية دافئة مع الآخرين، فهم لا يستجيبون إلى سلوك آبائهم العاطفي مثل: الابتسامات، و بدلاً من ذلك فهم لا يفضلون أن يحتضنوا أو يقبلوا، و لا يوجد فرق في سلوكياتهم تجاه الأفراد و الأشياء، و يمتازون بغياب التواصل البصري و تجنب التحديق. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 87-88).

4_ اللعب: إن اللعب هو البعد الثالث لتالوث الضعف الاجتماعي المصاحب لطيف التوحد ونعني بذلك أنه توجد ثلاث مناطق أساسية من العيوب و الخلل تفرق الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد عن غيرهم و هي الاتصال الاجتماعي، اللعب الرمزي و الخيال، الإتصال اللغوي (نصر، 2002، ص 47). و اللعب هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقة، و هو يعد أحد الأساليب المهمة التي يعبر بها الطفل عن نفسه، و يفهم بها العالم من حوله.

و يفضل الطفل المصاب بطيف التوحد التعامل مع الكبار أكثر من رغبته في التعامل مع الأطفال و يستجيب جيداً للكبار المؤلفين لديه عندما يلعبون ألعاباً مألوفة أو يغنون له أغنية مألوفة أو يمارسون دعابة مألوفة، و يهيمن اللعب الحسي الحركي على الطفل المصاب بطيف التوحد لسنوات أكثر من الطفل السوي، و في اللعب التنظيمي يميل الطفل المصاب بطيف التوحد إلى صف الأشياء في صفوف، و يكون اللعب التنظيمي أقل في كميته عن العادي، و من حيث النوع فإنه يميل إلى الاهتمام بخاصية واحدة أو اثنتين من خصائص اللعبة مقارنة بالطفل السوي (وفاء علي الشامي، ص 162-168،).

لعب الطفل المصاب بطيف التوحد بالسيارة يختلف عن لعب الطفل العادي، فيقوم الطفل بقلب السيارة و لف العجل (لعب غير وظيفي) أو يضع أذنه ليمسح الصوت الذي تصدره السيارة، و قد يلفت انتباهه إلى جزء بسيط من السيارة، فهو ينتبه إلى الجزء و ليس الكل (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 91).

و يلخص زكسر و بورلاك (Zigler et Bulack, 1998) في هذا الصدد إلى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد:

_ يفضلون الألعاب ذات الخصائص الحسية أكثر من تفضيلهم اللعبة نفسها.

_ لعب الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ينقصه الخيال أي أنهم لا يضيفون أفكارهم أو مشاعرهم أو تفسيراتهم الخاص.

_ يميل هؤلاء الأطفال إلى المواظبة و التكرار لنفس طريقة اللعب.

_ لا يضيفون أفكار تلقائية و لا يستطيعون اللعب التمثيلي.

(الظاهر، 2009، ص 50).

4-5 / الخصائص اللغوية: يعرف عبد العزيز الشخص (1997) اللغة على أنها: « عبارة عن نظام

من الرموز يتفق عليها في ثقافة معينة، أو بين أفراد فئة معينة، أو جنس معين، و يتسم هذا النظام بالضبط و التنظيم طبقا لقواعد محددة».

و نجد أن بعض العلماء يميلون إلى قصر لفظ اللغة على تلك الرموز المنطوقة فقط أي مساواة اللغة بالحديث المنطوق، و هم بذلك يخرجون منها جميع وسائل التعبير الأخرى غير الصوتية من حركات و إشارات و إيماءات و كتابة و غيرها، إلا أن البعض الآخر من العلماء يميلون إلى توسيع مفهوم اللغة توسيعا كبيرا ليشمل جميع أنواع التعبير ووسائل الاتصال المعروفة (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 98).

ومن الخصائص التي يتصف بها الأطفال المصابون بطيف التوحد التقليدي و التي تكون مشتركة لدى جميعهم هي إعاقة التواصل حيث يتبادر إلى الذهن لأول وهلة عندما تلتقي هؤلاء الأطفال بأنهم «بكم»، لأن الكثير منهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة و كذلك اللغة غير المنطوقة كالتواصل البصري و الابتسامات و الإشارات و التوجيهات الجسدية، و لا تكون تلميحات الوجه و قسماته متوافقة مع نبرة الصوت (الظاهر، 2009، ص 52).

و يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لاضطراب طيف التوحد، و تتفاوت درجات هذا القصور و أشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كلا من ربتا جوردن و ستوارت بيول (2007) أنه يوجد لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد نقصا واضحا في اللغة، و الاتصال اللفظي و غير اللفظي، و يتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة و الإيماءات التعبيرية، و لغة الجسم، و موضع الجسم، و مشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، الجوانب الخاصة

بدلالات الألفاظ، و الجوانب العلمية للمعنى (بيومي، 2008، ص 15)، و تشير فيما يلي إلى أهم الخصائص اللغوية لدى المتوحدين:

1. عندما يبدأ الطفل المتوحد في استخدام اللغة يمكنه تعلم أسماء الأشياء و لكن ذلك يكون محدودا باستثناء الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ذوي الأداء الوظيفي العالي فإنهم يمكنهم أن يطوروا مفردات كثيرة و يستخدمونها في الحديث مع الغير، مما يؤكد أن تطورهم للغة يعتمد على مستوى عمرهم العقلي.
2. هناك صعوبات في النطق عند الطفل المتوحد ليست ناتجة عن الإصابة بطيف التوحد بل هي نتيجة للتطور الذهني المتأخر الذي يصاحب طيف التوحد في حالات كثيرة، حيث يوجد أطفال متوحدون لديهم ذكاء طبيعي أو قريب من الطبيعي، ولكن لديهم صعوبات تعلم في النطق مثل الأطفال الطبيعيين، هذا مما يدل على أن صعوبات النطق عند المتوحدين هي مثلها عند الطبيعيين.
3. يلاحظ على الطفل المتوحد أن لغته تنمو ببطء أو لا تنمو على الإطلاق، و في أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلا من الكلمات، و لا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى، و إلى جانب ذلك فإن الانتباه يتسم بقصر مداه، و حوالي 50% من الأفراد المتوحدين يستخدمون اللغة غير اللفظية أو اللغة اللفظية محدودة، أو تكون في حدها الأدنى.
4. صعوبات جمة في علم دلالات الألفاظ و تطورها (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 98).
5. فالطفل قبل تعلمه اللغة قد يستخدم الإشارات والإيماءات عندما يشير أو يريد شيئا ما، أما الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد فهم لا يستخدمون الإشارات و الإيماءات، كما إنهم إن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم أو استيعاب و هذا ما يسمى ب: «المصاداة» و لا بد من الإشارة إلى أن المصاداة تكون طبيعية قبل ثلاث سنوات، و لكن إذا استمرت بعد هذا العمر فقد يشير إلى خاصية من خصائص طيف التوحد، فلو سئل الطفل السؤال الآتي: ما اسمك؟ سيردد السؤال مرارا بنفس شدة الصوت و نغمته. (الظاهر، 2009، ص 52).
6. يستخدمون كلمات خاصة بهم: يغلب على الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد استخدام كلمة خاصة بهم للدلالة على أشياء معينة.
7. ندرة استخدامهم لكلمات تشير إلى القدرات العقلية من قبيل: يتذكر، يعتقد، يظن، حيلة، فكرة..
8. التعبير اللغوي أسهل من الفهم اللغوي: إن مصاعب الفهم اللغوي لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد تفوق عادة مصاعبهم في التعبير اللغوي (وفاء الشامي، 2004-ب، ص 191).
9. قلب الضمائر فيستعمل ضمير أنت بدلا من أنا و العكس.

10. انتهت دراسة هوبسون (Hobson 1986) إلى أن تبادل تعبيرات الوجه بين الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد و الأطفال الأسوياء تميزت بعدم القدرة على التحديد، و قصور في التبادل و عدم الملائمة، و اتصفت استجاباتهم بالسلبية (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 99).
11. يتصف أطفال طيف التوحد بالاستخدام المتقطع للغة، حيث إنهم يمتلكون رصيذا كبيرا من الكلمات، ولكن لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى و هذه هي المشكلة (الفوزان، 2003، ص 34).
12. أوضحت الدراسات أن مركز اللغة بروكا Broca's Area طبيعي لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد الذين لديهم قدرات لغوية طبيعية، و بالمقابل فالأطفال المتوحدون الذين لديهم مشاكل لغوية لديهم تغيرات دماغية تتطابق مع التغيرات التي وجدت مع الأطفال غير المتوحدون الذين يعانون من اضطراب نادر يسمى اضطراب الضعف اللغوي المحدد (كوثر عسلي، 2006، ص 302، 306).
- 5-5- الخصائص المعرفية و التعليمية:** يمكن تناول الخصائص المعرفية على النحو التالي:

1. الإدراك: ردود فعل المتوحد لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا، فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو يشم ما حوله، و هو من الممكن أن يظهر عدم استجابة للضوضاء الصاخبة، كما قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيدا، و هو من الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة، و في أوقات أخرى يظهر الطفل المتوحد إحساسات سليمة، و هو يحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء، و هو من الممكن أن يغفل أحداثا مخيفة و التي سوف تثير الفزع في الطفل العادي، كما أن إحساسات الطفل المتوحد لا تكون واضحة مثل الطفل العادي، فعلى سبيل المثال: هو من الممكن أن يغطي عينه عندما يسمع صوتا يقلقه، و المهارات البصرية - المكانية لدى الطفل المتوحد تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء، و قدرتهم على عمل الصور المتقطعة، و بناء اللعب و التي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرة و هو لا يدرك الألم فمثلا عندما يحدث جرح لطفل متوحد فإنه ينزف بالدم دون طلب مساعدة من الآخرين أو الشعور بالألم قطعي. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 91-92).
2. الانتباه: يعرف بأنه: « عملية ذهنية معرفية تتضمن تركيز الإدراك على منبه معين من بين مجموعة من منبهات موجودة حولنا، وهي تتضمن عملية الانتقاء و الاختبار و التركيز و القصد و الاهتمام و الميل لمنبه أو موضوع معين.» (أندرسون، 2007، ص 113).

والانتباه لدى الأشخاص المتوحدين غير طبيعي، وما يبدو سليماً لديهم هو تكنهم من إدامة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى، وأولى هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء (وفاء الشامي، 2004-ب، ص 294-295).

ويتصف الطفل المتوحد بالقصور في المعالجة المعرفية للمعلومات الحسية الصادرة من الآخرين عن طريق البصر أو السمع أو اللمس، وقد يركز على جزئية من الشيء دون أن يدرك المضمون الكلي فهو بعيد من النظرة التي تتسم بالشمول (الظاهر، 2009، ص 59).

3. التذكر: يعرف بأنه: « العملية التي تمكن الفرد من استرجاع الصورة الذهنية البصرية و السمعية أو غيرهما من الصور الأخرى التي مرت به في ماضيه إلى حاضره الراهن » (فؤاد البهي، 1997، ص 149).

يتذكر بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها، بينما يلقي الأطفال الآخرون أناشيد في الروضة و قصائد شعرية بدون أية أخطاء و الكثير منهم بشكل خاص يتعرفون على أجزاء من قطع موسيقية ، و يلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة مثل: ترتيب الكتب على الرفوف أو وضع منفضة السجائر على المائدة (الروتين)، و يمكن تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة. (مصطفى والشربيني، 2011، ص 94-95).

و المتوحدون يعانون مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة كرواية القصص، و تسلسل النشاطات و الأحداث التي وقعت لهم، و تذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصرياً، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون و كيف يفعلون (وفاء الشامي، 2004-ب، ص 215).

4. التفكير : التفكير بمعناه العام هو كل نشاط عقلي أدواته الرموز أي يستعاض عن الأشياء و الأشخاص و المواقف و الأحداث برموزها بدلاً من معالجتها معالجة فعلية واقعية، و يقصد بالرمز كل ما ينوب عن الشيء أو يشير إليه أو يحل محله في غيابه، بهذا المعنى العام يشمل التفكير جميع العمليات العقلية من أبسطها إلى أكثرها تعقيداً، أما التفكير بمعناه الخاص فيقتصر على حل المشكلات حلاً ذهنياً أي عن طريق الرموز، و هو حل المشكلات بالذهن لا بالفعل، و هذا ما يعرف بالتفكير الاستدلالي. (أحمد عزت، 1985، ص 330).

يتميز تفكير الطفل طيف التوحد بأنه تفكير يبتعد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، و لا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته و احتياجاته الشخصية (وفاء رشاد، 2009، ص 15)،

حيث يتم تفكيره بالانشغال بالذات حيث تسيطر رغبات الفرد و حاجاته على نشاطه العقلي، بينما تسيطر طبيعة الأشياء و الأحداث في التفكير المنطقي (عبد المنعم الحنفي، 1987، ص 81). الذكاء: يعرف بينيه Binet الذكاء على أنه: « القدرة على الفهم و الابتكار و التوجيه الهادف للسلوك، و النقد الذاتي»، و يعرفه ميومان Meuman على أنه: « الاستعداد العام للتفكير الاستقلالي الإبتكاري الإنتاجي» (خليل ميخائيل، 1994، ص 118). و هناك تقديرات تشير إلى أن 77% من الأشخاص المتوحدين لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد و عندما يكون طيف التوحد مصحوبا بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بطيف التوحد ذي الأداء المنخفض، و يقدر أن حوالي 27% من الأشخاص طيف التوحدين ينتمون إلى هذه الفئة، بينما (50%) منهم لديهم تأخر ذهني خفيف أو متوسط الشدة ، أما القلة المتبقية ممن لا يعانون تأخرا ذهنيا (23%) فهم ينتمون إلى فئة المتوحدين ذوي الأداء الوظيفي العالي.

و ذكاء المتوحدين لا يقف عند حد معين من معرفة المفردات، و عدم التجانس و اتساع التباين في المضمون المعرفي فحسب، بل يمتد إلى حجم مساهمة كل مكون من هذه المكونات العقلية في الدرجة الكلية للذكاء، و ذلك حسب مستوى الذكاء الخاص بهذا المتوحد، و إن عدم التجانس في مكونات الذكاء لا يقتصر فقط على نوعية القدرات التي يفهمها المتوحد ، بل يمتد إلى عوامل أخرى قد تكون وراثية أو قد تكون ذات عامل بيئي. (رائد خليل العبادي، (2006)، ص 59-60).

بالإضافة إلى كل هذا، قد يتميز بعضهم بقدرات غير عادية كالقدرات الحسابية، التذكر الأصم، و القدرات الفنية المتميزة، فيمكن لبعضهم على سبيل المثال تذكر أرقام السيارات أو تذكر أغاني متعددة، كما قد يرسم القليل منهم رسما لا يمكن تصديقه وفق عمرهم الزمني ، و يشير أديلسون (2004) Edelson في هذا الصدد أن واحدا من عشرة متوحدين يظهر هذه القدرات المتميزة (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص 58).

6/ التشخيص والتشخيص الفارقي للتوحد: إن كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب، و التشخيص هو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل و طبيعة و نوع المرض، و عملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية الفحص الطويلة المتشعبة (حامد زهران، (1997)، ص 172). و يدل مصطلح «التشخيص» على تحديد سبب أو أسباب مرض أو سلوكيات خارجة عن إطار الحدود الطبيعية، و عندما يُحدد السبب، فهو غالبا ما يوصف باسم أو عبارة معينة مثل "طيف التوحد" أو "تأخر عقلي" أو "صعوبات تعلم" أو "قرحة" وما إلى ذلك، فإذا أرادت أم مثلا معرفة سبب عدم مقدرة ابنها على تعلم القراءة، فإن تشخيص المشكلة من شأنه أن يفسر سبب عجزه عن القراءة. (الشامي، ب، س، ص 204)

و يمكن أن يساعد التشخيص تحديد درجة الإعاقة و التصنيف الدقيق لحالة طيف التوحد و خاصة أن هناك مظاهر مشتركة بينه و بين الإعاقات الأخرى كالإعاقة العقلية و الاضطرابات الانفعالية و صعوبات التعلم و الإعاقة السمعية، كما يساعد على وضع الطفل في المكان المناسب و الذي يمكن أن يلبي احتياجاته، و يدعو إلى التدخل لتخفيف الحالة و خاصة إذا كان التشخيص مبكرا، و يمكن وضع برامج علاجية تتناسب و حالة الطفل، و يمكن تزويد الأسر بالتوجيهات و الإرشادات في كيفية التعامل مع الطفل المصاب بطيف التوحد. (الظاهر، 2009، ص 126).

1/6- مراحل التشخيص: تنقسم مراحل التشخيص إلى أربع مراحل هي:

- **المرحلة الأولى:** الإعداد للتشخيص: و تتم هذه المرحلة قبل عملية التشخيص و تشمل جمع المعلومات عن طريق دراسة الحالة و موافقة الأهل و تحديد الاختيارات المناسبة، و تتضمن الاتصال بين المؤسسة التي يعمل بها الأخصائي و المؤسسات الأخرى، و جمع المعلومات الأولية، و اختبار أدوات التقييم.

- **المرحلة الثانية:** و هي مرحلة تلقي المعلومات: و هي تتضمن عقد المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي و المفحوص، و تصحيح الاختبارات و تنظيم نتائج الاختبارات و تنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضا مجموعة الأحكام الجزئية الوصفية.

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة معالجة المعلومات: وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل و تفسيرها تمهيدا للإفادة منها.

- **المرحلة الرابعة:** مرحلة تقديم المعلومات: و هي تتضمن أن يصوغ الأخصائي الأسئلة التي يحول بسببها الحالة، و يختار الأخصائي الاختبارات المختلفة، و يقوم بمقابلة المفحوص، و تصحيح هذه الاختبارات، و يصوغ استنتاجاته عن الحالة، و ينظم البيانات و الاستنتاجات التي وصل إليها.

(مصطفى و الشربيني، 2011، ص 111).

يعتبر تشخيص طيف التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة و تعقيدا (كوثر عسيلة، 2006، ص 62)، و خصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض، و تتطلب تعاون فريق من الأطباء و الأخصائيين النفسيين و الاجتماعيين و أخصائيي التخاطب (أرطوفوني)، و التحاليل الطبية و غيرها. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 112).

2/6- أساليب التشخيص:

1-2- التشخيص الطبي: لا يوجد أي اختبار دم أو صورة شعاعية تسمح بتشخيص طيف التوحد، لذا فإن التشخيص الصحيح و الدقيق يبني على مراقبة مستويات التواصل و السلوك و النمو لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، و على السلوكيات المميزة التي قد تبدو واضحة للأهل و للأخصائيين على حد سواء في الأشهر إلى السنوات الأولى من حياة الطفل، و لكن نظرا إلى أن العديد من السلوكيات المرافقة للتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى، فقد يطلب إجراء اختبارات طبية مختلفة لتحديد أسباب ممكنة أخرى للأعراض الظاهرة أو استبعادها نهائيا (كامبيون كوين، 2009، ص 66).

و التقييم الطبي عادة ما يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل و الولادة و النمو الجسمي و النمو الحركي للطفل، حدوث أمراض سابقة، السؤال عن الأسرة و الأمراض التي تشيع فيها، ومن ثم القيام بالكشف السريري و خصوصا الجهاز العصبي، و إجراء بعض الفحوص التي يقررها الطبيب عند الاحتياج إليها. (يوسف سليمان عبد الواحد، (2010)، ص 62).

و يعتبر الفحص الطبي العام و فحص السمع من أهم الفحوصات في هذا الشأن، يلي ذلك في درجة الأهمية التخطيط الكهربائي للمخ، أما بالنسبة لباقي الفحوصات الطبية فيقوم الطبيب بتحديد مدى حاجة الطفل إليها بشكل فردي بناء على الأعراض التي تظهر و الجدول التالي يوضح أهم هذه الفحوصات:

الجدول 3- 1 الفحوصات الطبية التي ينبغي إجراؤها على المتوحدين

اسم الفحص	الأحوال التي يجري فيها الفحص
فحص السمع/ فحص البصر	في كل الأوضاع
فحص التصلب الدرني	في كل الأوضاع
الفحص العام	في كل الأوضاع

<p>إذا أظهر التاريخ الأسري أي اضطرابات، ابتداء من طيف التوحد و غيرها من الاضطرابات النمائية الشاملة، ومرورا بفراجيل X و التأخر الذهني، و انتهاء بالاضطرابات العاطفية و الاجتماعية و اللغوية على أعضاء الأسرة من الأقرباء بالدرجة الأولى و الثانية أو إن كان الطفل يبدي تشوهات شكلية.</p>	<p>فحوصات الحمض النووي فحص الكروموسومات</p>
<p>أقل من 5% من حالات طيف التوحد، والذين يظهرون أيا من الأعراض التالية: الإرهاق المستمر، النقيز الدوري، التشنجات المبكرة، تشوهات ملامح الجسم أو الوجه، التأخر الذهني الشديد، اضطرابات الجهاز الهضمي، أو في حالة عدم إجراء أي فحوصات مسحية للاضطرابات الأيضية عند ولادتهم أو كانت نتائجها غير سليمة أو غير واضحة</p>	<p>الفحص الأيضي للبول و الدم</p>
<p>حالة الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد المستمرين بتذوق وبلع أشياء ليس من المفروض أن تؤكل.</p>	<p>فحص نسبة الرصاص في الجسم</p>
<p>للأطفال الذين لا يتكلمون، والذين لديهم صعوبات في النطق أو سماع الأصوات، أو من تراجع قدراتهم، ولحالات أظهرت التشنجات و التراجع في التطور، أو من يظهر أي من السلوكيات التالية: توقف مفاجئ عن النشاط أو الحركة، الحملقة، أو ارتفاع في</p>	<p>التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG)</p>

السلوك العدواني يلي ذلك مباشرة إشارات تدل على أن الطفل يشعر بالحيرة و الاضطراب.	
يحدد الطبيب مدى الحاجة لإجراء مثل هذه الفحوصات بناء على تقييم كل حالة على حدة	الكشف بالمسح المحوري الآلي (CT scans)

(وفاء علي الشامي، ب س، ص 292-230)

ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، الأعصاب، الطب النووي، اختصاصي الأذن و الأنف و الحنجرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل. (مصطفى نوري القمش، (2015)، ص 243).

و يؤكد القمش على ضرورة اتخاذ التشخيص الطبي بداية مبررا ذلك بأنه الخطوة الأولى للتعرف على الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، و الذي يمكن أن يعطينا إشارات أو علامات مميزة و خاصة باضطراب طيف التوحد.

2-2- التشخيص السلوكي: حين نقول أن طيف التوحد يعرف و يحدد سلوكيا، فإن هذا يعني من بين ما يعنيه، أنه ليست هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى، ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون في تشخيص طيف التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل، و على أية حال يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات و الأعراض التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل متوحد. (يوسف سليمان، 2010، ص 55).

و التشخيص السلوكي يبحث عن قياس السلوكيات الصريحة أو الظاهرة مثل: المصاداة و الهز. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 120).

2-3- التشخيص النفسي: يفترض التشخيص النفسي أنماطا محددة من سلوكيات الفرد تكون ثابتة و القياسات الفردية لهذه السلوكيات مقارنة بمجموعات معيارية، و في التشخيص النفسي يتم تقييم القدرات العقلية و المعرفية المتفاوتة (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 120)، و يستخدم الأخصائي النفسي عدة أدوات و نقاط قياسية لتقييم حالة الطفل من نواحي الوظائف المعرفية كإتقانه للغة المحكية و تطورها لديه، و نسبة الإدراك التي وصل إليها مع تقييم تواصله الاجتماعي و تعاطيه الانفعالي و تفاعله السلوكي

مع من حوله وتكيفه في المجتمع، بالإضافة إلى اختبار الذكاء و اللغة، و قياس السمع و الإدراك السمعي لديه، و من هذا التقييم يستطيع الأهل و المدرسين معرفة مناطق القصور و التطور لدى هذا الطفل.

2-4- التشخيص الاجتماعي: يتضمن التشخيص الاجتماعي التعرف على مدى قدرة الطفل المتوحد على الانخراط في أنشطة الجماعة و التفاعل الاجتماعي مع الآخرين و الاهتمام المشترك مع أقرانه... إلخ (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 120).

2-5- التشخيص التربوي (التعليمي): يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي باستخدام أدوات قياسية، و التقييم غير الرسمي باستخدام الملاحظة المباشرة و مناقشة الوالدين، و الغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

(أ): مهارات قبل الدراسة.

(ب): مهارات دراسية: القراءة و الحساب.

(ت): مهارات الحياة اليومية: الأكل و اللبس و دخول الحمام.

(ث): أساليب التعلم و مشكلاتها و طرق حل هذه المشكلات.

(يوسف سليمان، 2010، ص 64).

2-6- التشخيص التواصلّي: للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية عند الطفل نستخدم التجارب المنهجية و الملاحظة التقييمية و مناقشة الوالدين، و من المهم جدا تقييم مدى مهارات التواصل و منها رغبة الطفل فيه و كيفية أدائه أي ملاحظة تعابير وجهه و حركات جسمه أو إشارات و تصرفه لدفع الآخرين للتواصل معه. و تستخدم نتائج هذا التشخيص لوضع البرنامج التدريبي بعد ذلك لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو استخدام صور معينة أو أي أسلوب آخر يشجع على تواصل هذا الطفل مع الآخر. (الصندقي، 2012، ص 34).

2-7- التشخيص الوظيفي: يقوم بهذا التشخيص المعالج الوظيفي لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية عند الطفل و كيفية عمل الحواس الخمس لديه: السمع، البصر، التذوق، الشم و اللمس، وهناك أدوات قياسية تستخدم لتشخيص مهارات عديدة منها مهارات الحركة الصغرى كاستخدام الأصابع لإحضار لعبة، أو أي شيء ما، و مهارات الحركة الكبرى كالمشي، و الجري و القفز، و من المهم جدا معرفة تفضيل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى لتحديد أي جزء من الدماغ هو المسيطر، و إدراك المهارات النظرية و عمق الوعي الحسي لديه. (يوسف سليمان، 2010، ص 64).

2-8- تقويم الوضع الأسري: ترى المجموعة الاستشارية لتقويم الأشخاص المتوحدين، أن تقويم الوضع العائلي أمر في غاية الأهمية، و حيث أن للأهل دورا رئيسيا في مدى تقدم الطفل المتوحد، فقد يكون دورهم أهم من تدخل قد يتلقاه الطفل من قبل اختصاصيين أو معلمين، وذلك لأن الطفل يقضي معظم وقته مع أهله، لهذه الأسباب وجب على الاختصاصي الاجتماعي في فريق التشخيص (أو اختصاصي نفسي لديه خبرة في الأمور المتعلقة بفاعلية العوائل و بنيتها) تقويم الأمور التالية:

- _ مستوى فهم الأهل للتوحد و تصميم برامج تزودهم بالمعلومات اللازمة.
- _ مدى فهم الأهل لسلوكيات الطفل و كيفية التعامل معه و تصميم برامج تدريب على التعامل مع السلوك.
- _ مدى تقبل فهم الأقرباء و الأصدقاء و الجيران لحالة الطفل و إرشادهم إلى أفضل الطرق لتفسيرها.
- _ مدى استعداد الأهل للتعرف على أسرى أخرى لديها طفل متوحد و تنسيق اجتماعات و لقاءات فيما بينهم، هذا لأن الأسرة عندما تشكو همومها لأسر أخرى لديها طفل متوحد، تتحدث بصراحة قد لا تظهرها للاختصاصيين ، وهذا بالتالي يعطيهم شيئا من الراحة و استعدادا اكبر للتعامل مع طفلهم المتوحد، و لاسيما حين يشعرون بأنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون من وجود طفل متوحد أو أكثر في العائلة.
- _ الوضع المادي للأهل و التنسيق مع مصادر للدعم المادي لهم إن لزم ذلك.
- _ العلاقة الزوجية: إن للعلاقة الزوجية تأثيرا أساسيا على نفسية الأهل فالعلاقة الزوجية المتوترة من شأنها أن تؤثر سلبا على نفسية الأهل، و غالبا ما تكون الأم هي المتضررة، و بالتالي قد تصاب بإحباط شديد يعيق من مقدرتها على التعامل مع طفلها، ولذلك فإن توطيد العلاقة الزوجية إن كانت متوترة أمر غاية في الأهمية.

_ مدى استعداد الأقرباء أو الجيران أو الأصدقاء لمساعدة الأهل في التعامل مع الطفل، فجميع الأهل يحتاجون إلى راحة أو «إجازة قصيرة» من الطفل ولو لمدة ساعة أو بضع ساعات، إن هذا يساعدهم على تجديد طاقتهم لمواصلة التعامل مع الطفل. (وفاء الشامي، 2004، ص 299).

6-3- التشخيص الفارقي بين طيف التوحد و الاضطرابات الأخرى: إذا كان التشخيص هو عملية إصدار حكم وفق المعايير التي يتفق عليها أغلب المختصين و خاصة في القصور في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و السلوك النمطي و التماثل (الظاهر، 2009، ص 126)، فإن التشخيص الفارقي هو الذي يعمل على إيجاد المعايير التي تستطيع من خلالها التفريق ما بين الاضطرابات المتشابهة عموما و التفريق ما بين طيف التوحد و الاضطرابات المشابهة له في الخصائص، حيث أن طيف التوحد كثيرا ما يحدث متلازمة مع التخلف العقلي أو يحدث التخلف العقلي ملازما له، و يتضمن أيضا التشخيص

الفارقي سلوك الطفل موضع التشخيص مع سلوك الطفل الذي يعاني من اضطرابات أخرى تحمل نفس الأعراض، كما هو الحال في حالات التخلف العقلي و مشكلات اللغة و الكلام، كما يتضمن الأمر المقارنة مع المشكلات الطبية المرتبطة بطيف التوحد. (نايف بن عابد بن إبراهيم الزراع، (2004)، ص 46، «قائمة تقدير السلوك طيف التوحد مقياس خاص بفئة طيف التوحد مطور على بيئة عربية»، دار الفكر، جدة).

و فيما يلي سيتم عرض بعض الاضطرابات التي تتشابه بعض أعراضها و خصائصها مع طيف التوحد.

1- طيف التوحد و الفصام الطفولي: في الواقع هناك تشابه بين الفصام و طيف التوحد من حيث الانغلاق على الذات، و الاضطراب الانفعالي، وقصور واضح في المشاعر، و عجز في بناء الصداقات مع الآخرين. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 124). و فيما يلي جدول يوضح أهم الفروق بين طيف التوحد و الفصام الطفولي.

الجدول 3- 2 يوضح أهم الفروق بين طيف التوحد و الفصام الطفولي

الخاصية	طيف التوحد	الفصام الطفولي
ظهور الأعراض	_ تظهر قبل بلوغ الطفل سن الثالثة	_ قد تظهر متأخرة قبل بلوغ الطفل سبع سنوات و نصف فأكثر و ربما في مرحلة المراهقة بعد المرور بمرحلة نمو طبيعية.
الهلاوس و الأوهام	_ نادرة الحدوث	_ يوجد تطاير في الأفكار و الكلمات (سلطة كلام) و هذات و هلاوس و تهيؤات و شكوك.
الاتصال بالواقع	_ اتصال حذر و محدود للغاية بالواقع	_ انفصال تام عن العالم الواقعي.
التعبير عن العواطف و الانفعالات	_ جهود حسي و برود عاطفي لا يدرك الانفعالات و العواطف ولا يفهمها.	_ يعبر عن نفسه و عواطفه و انفعالاته

العلاقات الاجتماعية	_ عاجز عن تكوين علاقات اجتماعية، عازف عن الاستجابة لما حوله (الناس و الأشياء و الأحداث).	_ يطور علاقات اجتماعية مع الآخرين، و إن بدت في تراجع
الذكاء	_ أقل من المتوسط عادة في أغلب الحالات	_ حول المتوسط العادي
اللغة	_ عجز تام أو قصور حاد في استخدام اللغة اللفظية و غير اللفظية	_ تبدو عادية و إن كان الكلام مفككا غير مترابط و الأفكار مختلطة
الشفاء	_ إعاقة تستمر خلال مراحل العمر و مدى الحياة	_ قابل للشفاء
الانتشار بين الجنسين	_ نسبة حدوثه في الذكور إلى الإناث 1:4 تقريبا	_ نسبة انتشاره متساوية تقريبا بين الجنسين
الفئة الإكلينيكية	_ اضطراب ارتقائي نمائي	_ مرض عقلي

(عبد المطلب أمين القريطي، (2011)، ص 462-463).

2- طيف التوحد و التخلف العقلي: كثيرا ما يصاحب طيف التوحد الإصابة بالتخلف العقلي كما تتشابه و تختلط بعض أعراضها و لاسيما إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (20 شهرا)، و قد أشارت مارشيون إلى أن طيف التوحد تتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض و السمات التالية: تكرار السلوكيات النمطية و القهرية، صعوبات في الكلام و التخاطب. (القمش، مصطفى نور، 2015، ص 112).
وفيما يلي بعض المؤشرات التي يمكن أن تساعد في عملية التشخيص الفارق بين أي الإعاقين:

الجدول 3-3 يوضح بعض المؤشرات التي يمكن أن تساعد في عملية التشخيص الفارق بين طيف التوحد و التخلف العقلي

الخاصية	طيف التوحد	التخلف العقلي
معدل الانتشار	_ أقل انتشارا و نادر الحدوث	_ أكثر انتشار (3% بالنسبة للمجتمع)

<p>_ قد يولد به الطفل، و قد يظهر بعد الولادة نتيجة حادث أو مرض معد أو تلوث بيئي.</p>	<p>_ يولد به الطفل، و تظهر الأعراض مبكرا في فترة أقصاها بلوغه 30 شهرا</p>	<p>ظهور الأعراض</p>
<p>_ يحقق ذوو التخلف العقلي البسيط و المتوسط الاستقلال الذاتي و الاعتماد على أنفسهم بالرعاية و التأهيل المناسبين.</p>	<p>_ الطفل المتوحد يعتمد على الآخرين مدى الحياة</p>	<p>الاستقلال عن الآخرين</p>
<p>_ يميل إلى الاندماج مع الآخرين و يبدي بعض التفاعل معهم.</p> <p>_ المتخلف عقليا ودود ولديه وعي اجتماعي، ويبدي تعلقا بالآخرين.</p> <p>_ يتواصل بصريا مع الآخرين.</p> <p>_ لديه مقدرة على التقليد و المحاكاة.</p> <p>_ يسعد بقرب الأم وملامستها و ملاطفتها له.</p> <p>_ يبدي الطفل المتخلف عقليا ترحيبا بالاندماج مع الآخرين، ومشاركتهم الأنشطة و الاهتمام.</p>	<p>_ يميل إلى الانسحاب و العزلة و يعيش في عالم مغلق، و لا يبالي بما حوله (الناس و الأحداث و الأشياء).</p> <p>_ يفتقر الطفل المتوحد إلى الوعي الاجتماعي و التعلق بالآخرين حتى والديه و أفراد أسرته.</p> <p>_ يتجنب الطفل المتوحد التواصل البصري.</p> <p>_ يعاني الطفل المتوحد من قصور المقدرة على التقليد و المحاكاة.</p> <p>_ الطفل المتوحد يرفض حمل الأم، و لا يرحب باحتضانها أو تقبيلها، و لا يهتم بحضورها أو غيابها.</p> <p>_ النمو الاجتماعي محدود للغاية، و يلاحظ العجز عن التفاعل مع الآخرين، و عن مشاركة الأقران الأنشطة أو اللعب.</p>	<p>التفاعل الاجتماعي</p>
<p>_ سهولة نسبية لعمليات التدريب و التأهيل في مستوى التخلف العقلي البسيط و المتوسط.</p>	<p>_ يواجه مشكلات بالغة في عملية التدريب و التأهيل ، و يحتاج إلى جهود فائقة و صبر و مثابرة لصعوبة التعامل معه.</p>	<p>التدريب و التأهيل</p>
<p>_ أداء منخفض عموما متساو في كل من الذكائين اللفظي و غير اللفظي.</p>	<p>_ مقدرات معرفية جيدة، أداء جيد للمهام التي تتطلب مهارة حركية.</p> <p>_ ذكاء لفظي منخفض، ذكاء غير لفظي مرتفع.</p>	<p>القدرات العقلية و المعرفية</p>

<p>_ اضطرابات أقل و تتحسن كثيرا كلما ارتفعت نسبة الذكاء .</p> <p>_ لديه مقدرة على التقليد و المحاكاة.</p> <p>_ اتسام اللعب بالطابع الاجتماعي و الرمزي لاسيما في حالات التخلف العقلي البسيط و المتوسط.</p>	<p>_ اضطرابات حادة في الانتباه و الذاكرة و الإدراك.</p> <p>_ العجز أو القصور في التقليد و المحاكاة.</p> <p>_ اتسام اللعب بالنمطية و الجمود، و الافتقار إلى اللعب الرمزي و الإبهامي.</p>	
<p>_ نادرا ما يتمتع الطفل المتخلف عقليا بهذه المهارات.</p> <p>_ تستخدم اللغة بشكل يتناسب و مستوى الذكاء على الرغم من وجود بعض اضطرابات النطق و الكلام كلما انخفض مستوى الذكاء .</p> <p>_ لا توجد لدى المتخلف عقليا.</p> <p>_ يستخدم المتخلف عقليا الضمائر بشكل سليم.</p> <p>_ لا توجد سوى لدى حالات التخلف العقلي الحاد أو الجسمية.</p>	<p>_ قد يبدي مهارات غير عادية أو مقدرات استثنائية في بعض المجالات، كالموسيقى أو الرسم أو الرياضيات أو الأداء الحركي أكثر من الطفل العادي.</p> <p>_ ينعدم وجود اللغة اللفظية، و إن وجدت يكون النمو اللغوي متأخرا و محدودا للغاية، و تكون الحصيلة اللغوية فقيرة، و يكون الكلام مضطربا خاليا من التغيير و التنعيم اللذان يضيفان على الكلام معنى.</p> <p>_ يعاني الطفل المتوحد من مشكلة المصاداة أو التردد البغائي للمقاطع و الكلمات الموجهة إليه و بنفس نبرة المتحدث.</p> <p>_ يعاني الطفل المتوحد من قصور استخدام الضمائر فيخلط مثلا بين "أنا"، "أنت" و يستخدم كل منها مكان الأخرى.</p> <p>_ العجز عن التواصل غير اللفظي (فهم واستخدام الإيماءات و الإشارات و التعبيرات الوجهية).</p>	<p>التواصل</p>
<p>_ لا توجد.</p> <p>_ الاستجابات الانفعالية تبدو ملائمة غالبا.</p>	<p>_ تظهر نوبات الصراخ أو الضحك أو البكاء المفاجئة الطويلة بدون سبب واضح.</p> <p>_ تتسم الاستجابات الانفعالية بعدم الملائمة للمثيرات و المواقف (حساسية فائقة أو تبدل و برود انفعالي).</p>	<p>الخصائص الانفصالية المزاجية</p>

<p>_ أكثر اتزاناً انفعالياً، ومحدودية سلوك إيذاء الذات. _ لا يوجد لدى حالات التخلف العقلي.</p>	<p>_ العجز عن الفهم المشاعر و الانفعالات، وعدم المقدرة على التعبير عنها و تبادلها. _ تشيع ثورات الغضب و الهياج، وسلوك إيذاء الذات و الآخرين. _ يستثير الطفل المتوحد التغيير في عاداته اليومية و البيئة المحيطة.</p>	
<p>_ غير موجودة. _ غير موجودة.</p>	<p>_ محدودية الأنشطة و الاهتمامات واتسامها بالترار و الرتابة. _ الانشغال الشديد بأشياء معينة أو أجزاء منها تبدو غير هامة لفترة طويلة.</p>	<p>الأنشطة و الاهتمامات</p>
<p>_ غير موجودة.</p>	<p>_ الاستغراق في سلوكيات نمطية كما لو كانت طقوس ثابتة و التزامات قسرية لفترات طويلة كالاhtزاز و الدواران ورفرفة الذراعين.</p>	<p>السلوكيات النمطية</p>
<p>_ يعاني من عيوب جسمية و اضطرابات حركية أكثر، كضعف التأزر الحركي و عيوب المشي.</p>	<p>_ قد يمتلك الطفل الذائوي مهارات حركية كالرشاقة و التوازن. _ سلامة الوظائف العضلية الكبيرة.</p>	<p>المهارات الحركية</p>
<p>_ أقل حدوثاً في حالات التخلف العقلي.</p>	<p>_ يعاني 35.5% من أطفال طيف التوحد من نوبات صرع متكررة.</p>	<p>نوبات الصرع</p>

(القريطي، 2011، ص458 - 462).

3- طيف التوحد و اضطراب إسبيرجر: بعد هانز إسبيرجر أول من حدد هذه المتلازمة منذ ما يربو عن 60 سنة، وصف نمطا من القدرات و السلوك مستقر أو متسق في مجموعة من الأطفال الذكور صغار السن، و الاهتمامات الشاذة في الأفراد بمتلازمة إسبيرجر تكون بدرجة كبيرة ملامح غير مكتشفة، و يبدو أن الأفراد بمتلازمة إسبيرجر يحبون التحدث عن اهتماماتهم(مصطفى، الشربيني، 2011، ص 130). و على الرغم من وجود أوجه تشابه بين الأعراض الخاصة باضطراب طيف التوحد و أسبيرجر و خاصة في قصور القدرة على التفاعل الاجتماعي إلا أن هذا الأخير يتميز بعدم وجود تأخر في اللغة أو القصور في القدرات المعرفية بل تكون عادية، في حين يعاني الطفل المتوحد من قصور شديد في القدرات المعرفية بالإضافة إلى أنه يعاني من قصور مهارات التواصل مع الآخرين (العبادي رائد، خليل، 2006، ص 82) و يوضح الجدول التالي أهم الخصائص الفارقة بين الاضطرابين:

الجدول 3- 4 يوضح أهم الخصائص الفارقة بين طيف التوحد و متلازمة أسبيرجر

الخاصية	طيف التوحد	اضطراب اسبيرجر
بدء ظهور الأعراض	_ يظهر مبكرا بعد الولادة و خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر.	_ غالبا ما يظهر متأخرا فيما بين 4 و 6 سنوات وربما في سن المراهقة.
اللغة	_ توقف تام أو قصور شديد في النمو اللغوي و المقدرة على التخاطب (التواصل بالكلام).	_ نمو لغوي وحصيلة لغوية قريبة من العادية مع صعوبات في فهم الكلام و استيعابه ولاسيما المفاهيم المجردة، وفي إدراك العلاقات.
الخاصية أو السمة	_ طيف التوحد	_ اضطراب اسبيرجر
الذكاء	_ 70-75% من الحالات تعاني من تخلف عقلي متوسط أو شديد.	_ نادرا ما يصاحبه تخلف عقلي
التفاعل الاجتماعي	_ عجز واضح في التفاعل الاجتماعي، عدم الوعي بوجود الآخرين و الأحداث من حوله، غياب المشاركة الوجدانية (تفهم المشاعر و التعبير عنها).	_ يشعر بالآخرين و يعي بوجودهم، يحاول جاهدا التفاعل معهم ولكن بطريقة منفرة تشوبها الغلظة و الفجاجة، و التركيز الشديد على اهتمامات واحتياجات خاصة. قصور في إدراك مشاعر الآخرين وتفهمها.

الاستجابة للعلاج	يستجيب ببطء شديد لبرامج التدخل العلاجي و التأهيل، ولا يشفى منه سوى 2 إلى 7% من الحالات غير المصحوبة بتخلف عقلي.	_ يستجيب بدرجة أسرع لبرامج العلاج و التأهيل.
------------------	---	--

(القريطي، 2011، ص 482).

4- طيف التوحد و اضطراب ريت "Rett": ينتشر اضطراب ريت "Rett" أكثر بين الفتيات، بينما طيف التوحد يصيب الجنسين معا البنات و الأولاد، كما أن اضطراب "ريت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة و حركات غسل اليدين النمطية، و الذي لا يظهر لدى الطفل المتوحد (ماجدة سيد علي عمارة، (2005)، ص 78، «إعاقة طيف التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي»، مكتبة الزهراء الشروق، مصر). و عليه فإن اضطراب "ريت" يظهر في أعراض تتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته. و يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب طيف التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6 إلى 8 أشهر ، و بعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو و هو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني و أهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة و ظهور حركات نمطية تشمل ثني و طرق اليد و يصاحبها إعاقة عقلية شديدة (خليل، 2009، ص 81-82). فيما يلي جدول يوضح أهم الخصائص الفارقة بين الاضطرابين.

الجدول 3- 5 يوضح أهم الخصائص الفارقة بين طيف التوحد و اضطراب "ريت"

السمة	طيف التوحد	اضطراب "ريت"
الانتشار بين الجنسين	_ تزداد الإصابة بين الذكور منه بين الإناث بنسبة 1 - 10.	_ يصيب الإناث فقط بمعدل حالة لكل عشرة آلاف ولادة حية.
ظهور الأعراض	_ يحدث عادة خلال العامين الأولين.	_ تبدأ في الظهور بعد الأشهر الستة أو الثانية عشرة الأولى من العمر.

اللغة	_ قصور حاد و اضطراب في استخدام اللغة. _ فقدان تام للوظائف اللغوية و عادة ما يكون مصحوبا بتخلف عقلي شديد أو تام .
المهارات الحركية	_ سلامة الوظائف العضلية الكبيرة، وقد يمتلك المتوحد مهارات حركية، كالرشاقة. _ عجز واضح و تدهور في الأنشطة الحركية، و غياب التناسق و التوازن الحركي وصعوبات أو فقدان المقدرة على المشي، عشوائية و نمطية حركات اليدين.
الصرع	_ نوبات نادرة أو قليلة قد تظهر خلال المراهقة. _ نوبات صرع عنيفة و متكررة تظهر مبكرا في 75% من الحالات.
النمو	_ قصور مبكر في النمو يظهر بعد الميلاد. _ غير موجود. _ غير موجود. _ تدهور تدريجي واضح في النمو يزيد مع التقدم في العمر. _ تباطؤ نمو الرأس و صغر حجم محيطها. _ اضطرابات و صعوبات في التنفس و البلع و الإخراج.

(القيطي، 2011، ص 487).

ومن خلال ذلك كله نلاحظ أن هناك صعوبة في تشخيص طيف التوحد و ذلك للتشابه الكبير بينه و بين الاضطرابات الأخرى، التي تحتاج إلى خبرة وتدريب المختص حتى يقف في التشخيص الفارقي، وقد يحتاج التشخيص إلى فريق متعدد التخصصات متكون من: طبيب الأطفال -الأطباء النفسيون - طبيب أعصاب - الأخصائي النفسي - الأخصائي الاجتماعي - أخصائي النطق و التخاطب- أخصائي العلاج المهني - أخصائي السمعيات و البصريات - أخصائي العلاج الطبيعي و أخيرا معلم التربية الخاصة.

6-4/ علاج طيف التوحد: من الدوافع القوية و الأساسية التي تدفع العلماء للبحث في طيف التوحد واضطرابات النمو المنتشرة هو الوصول إلى تقنيات علاجية فعالة، ويمثل هذا الهدف تحديا كبيرا بحد ذاته، فالاضطراب يبدأ من المراحل المبكرة جدا في الحياة، و يميل إلى الشدة و الخطورة مع النمو ، مع ما يرافقه

من عجز معرفي و عقلي، كما أن منشأه وطول فترة استمراريته غير معروفتين، و يرتبط التدخل العلاجي للاضطراب بعملية الفحص و التقدير و التقويم التشخيصي للطفل ولمستوى أدائه الوظيفي، وكذلك التعرف على الصعوبات التي يعاني منها و على قدراته (نقاط القوة و الضعف) (محمدقاسم عبد الله، (2010)، ص 141، «الطفل طيف التوحد أو الذاتوي ، الانطواء حول الذات ومعالجته، اتجاهات حديثة» دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع).

وبهذا المجال أشارت العديد من الدراسات أن طيف التوحد ليس من الاضطرابات التي تشفى تماما كونه لا وجود لعلاج يمكن شفاؤه تماما مادام السبب المؤدي للإصابة بها غير معروف بدقة لحد الآن، ورغم ذلك توجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول التخفيف من معاناة الطفل و أسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للحالة و التقليل من الأعراض و التخفيض من مشكلات اللغة و التواصل، وذلك من خلال العلاج النفسي، السلوكي، الدوائي، الغذائي... الخ، و سنتطرق فيما يلي إلى أهم العلاجات التي استخدمت مع الأفراد المصابين بطيف التوحد (كوثر بن ناصر، 2018، ص 328).

1- التدخل المبكر: ويعني التدخل المبكر تلك الإجراءات الهادفة المنتظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع بقصد منع حدوث الإعاقة أو الحد منها و الحيلولة دون تحولها في حالة وجودها إلى عجز دائم، وكذلك تحديد أوجه القصور في جوانب نمو الطفل الصغير، و توفير الرعاية الطبية و الخدمات التعويضية التي من شأنها مساعدته على النمو و التعلم، علاوة على تدعيم الكفاية الوظيفية لأسرته، و العمل على تقادي الآثار السلبية و المشكلات التي يمكن أن تترتب على ما يعانيه الطفل من خلل أو قصور في نموه و تعلمه و توافقه، أو التقليل من حدوثها، و حصرها في أضيق نطاق ما أمكن ذلك. (عبد المطلب القرطي، (2009)، ص 38، "سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم" ، دار الفكر العربي، مصر).

ومن الناحية الإجرائية فإن التدخل المبكر يعمل على تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، و إلى تطبيق سياسات وقائية لخفض مسببات الإعاقة أو العجز وهذه السياسات قد تكن أولية أو ثانوية. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 192). وهي على النحو التالي:

- 1- تدعم الحكومة برامج التدخل المبكرة على تدخلات علاجية منزلية و التي تؤكد على التفاعل اللغوي و الاجتماعي.
- 2- يتم تعليم الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال متخصصين في مجال التربية الخاصة بالتنسيق مع أخصائي العلاج الكلامي و المهني، و التي تؤكد على العلاج التكاملية الحسي.
- 3- العلاج الكلامي داخل العيادات و العلاج المهني.

4- أطباء الأطفال المتخصصين في العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، و الأطباء النفسيين الذين يقدمون خدماتهم في هذا المجال.

و خلصت نتائج دراسة منيرة عبد اللطيف (2000) إلى إعداد برنامج تربوي و تعليمي لتحديد حاجات الأطفال المصابين بطيف التوحد، من وجهة نظر الآباء و الذي يعد ضرورة من ضرورات التدخل المبكر مع أطفال طيف التوحد (نفس المرجع ص 194-195).

2- **العلاج الطبي:** استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر أن الأوتيزم ناشئ من خلل عضوي داخل الطفل ومنهم: وينتج (1966)، روتر (1968-1976)، كامبل آخرون (1987-1991) (عليوة، 1999، ص97)، و الهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال طيف التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية و النفسية، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود أي مشاكل أخرى، يسهل عملية التعليم أو يقلل من النشاط الزائد، أو يخفض من حدة السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية، ومساعدة الطفل المتوحد على ممارسة حياته التعليمية و الاجتماعية بشكل سوي إلى حد ما. (طارق عامر، (2008)، ص 122، «الطفل طيف التوحد»، دار اليازوري، الأردن).

ويجب أن نضع في الاعتبار أنه لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء ناجح للتوحد، ولكن هذه العقاقير تخفف من حدة بعض الأعراض (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 198)، ومع الوضع في الاعتبار أن لكل طفل تكوينه الفسيولوجي الذي يختلف عن الآخر و بالتالي تختلف استجابته للدواء (طارق عامر، 2008، ص 122).

أ- **العلاج الجسدي:** يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات، مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع أو علاج الحول، أو تحسين طريقة المشي و الوقوف، إن كل ذلك ممكنا بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة، فيكون عاملا مساعدا في تحسين حالة الطفل النفسية، وقد يكون سببا في تحسين سلوك الطفل بصفة عامة (عليوة، 1999، ص79).

ب- **العلاج الكيماوي (الأدوية):** و يشمل أنواع الأدوية: فيتامينات، مضادات خمائر، و قد أثبت العديد من الباحثين و الدارسين (عليوة 1999)، (سليمان عبد الواحد يوسف 2010) ... فاعلية هذا النوع من العلاج، إلا أنهم أكدوا بهذا المجال على ضرورة الالتزام بتوجيهات الطبيب و أن نجاح العقار مع حالة معينة لا يدل إلزام فاعليته مع حالة أخرى إضافة إلى ضرورة التقيد و عدم الخلط بين الأدوية وزيادة الجرعات و هو ما قد ينعكس سلبا على حالة الطفل المتوحد، مؤكدين كذلك على ضرورة الالتزام بالجرعة

الموصوفة و حجم الجرعة و توقيتها و المدة التي يستمر فيها تعاطي هذه الأدوية نذكر من بينها (يوسف سليمان، 2010، ص95):

- الريتالين (Ritalin): استخدم هذا العقار في علاج الأعراض المتمثلة في السلوك النمطي المتكرر و العدوانية وقصور الانتباه و نوبات الغضب و إيذاء الذات.

- لوفاكس (Luvax): استخدم هذا العقار لعلاج ارتفاع السيروتونين في الدم عند الأطفال المصابين بطيف التوحد، فهو يقلل من السلوك النمطي، و التهيج و الاستثارة، و السلوك العدواني، و تحسين الاستجابة لمن حولهم وخاصة تلاقي العيون.

- كلوزاريل (Clozaril): هو علاج يستخدم أصلا للانفصام، ولكن له تأثير في تقليل فرط النشاط و التخفيف من السلوك العدواني و السلوك الانسحابي و عدم المواجهة.

- أديرال (Adderal): هو دواء محفز يستخدم لعلاج نقص الانتباه و فرط النشاط.

- الفينفلورامين (Funfluramine): أظهر استخدام هذا العقار تحسنا في الذكاء و السلوك بشكل عام عند الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد.

- النالتريكسون (Naltrexone): يساعد في خفض السلوك المدمر و خفض النشاط الزائد وقدرته على زيادة الانتباه و الإقلال من شدة السلوك طيف التوحد.

- السكرتين (Secretin): يستخدم لعلاج الأطفال المصابين بطيف التوحد، وهو إنزيم يفرزه البنكرياس للمساعدة في عملية هضم الطعام و خاصة البروتينات، وهو يساعد على الهدوء و تحسين النطق لديهم.

- الديباكوت (Depakote): من فوائد هذه الدواء تخفيف السلوكيات المتفجرة و العدوانية لدى مرضى طيف التوحد (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 199)

ولابد من الذكر أن لهذه الأدوية آثار جانبية. (الظاهر، 2009، ص 225-228)

ج - العلاج بالصدمات الكهربائية: في بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيدا شرط أن يكون مركزا و لفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمس أسابيع، و يذكر "أوجرمان" أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات الأوتيزم فقط في الأطوار الأكثر حدة من طيف التوحد لدى المراهقين، كما أنه مكلف من الناحية المادية. (سهام عليوة، 1999، ص81).

د- العلاج بالحمية الغذائية: و يتلخص باستخدام الأغذية الخالية من "الكاسيين" و هو البروتين الأساسي الموجود في الحليب و مشتقاته و "الجلوتين" الموجود في الشوفان و الشعير (البروتين الموجود في الحنطة

ومشتقاتها)، ومشكلة الأطفال المصابين بطيف التوحد أنهم لا يستطيعون هضم هذه البروتينات في عملية الاستقلاب. لقد تمت دراسات خاصة بفحص بول الأطفال المصابين بطيف التوحد و البالغ عددهم (500 طفل) ووجدوا مركبات مورفيني أو أفيونية مخدرة لدى أكثر من (80%) و هي الكازومورفين المتأتية من الحليب و مشتقاته و الجليومورفين و المتأتية من الحنطة ومشتقاتها، و سبب وجودها هو عدم هضم هذه المواد. وقد يحتاج الجسم لإزالة الكاسيين مدة أسبوعين من بدء الحمية الغذائية، بينما الجلوتين قد يحتاج فترة تتراوح ما بين خمسة أشهر إلى سبعة أشهر.

و في هذا السياق، قام "كولمان و مكارثي" باستخدام الحمية الغذائية الخالية من الجلوتين، وهو بروتين يوجد في القمح والسميد و فول الصويا و الأطعمة ذات الألوان و النكهة الصناعية على عينة مكونة من (8) أطفال مصابين بطيف التوحد، بينت الدراسة تحسن هؤلاء الأطفال. (الظاهر 2009، ص224-225).

3- العلاج بالدمج (التكامل) الحسي: هو علاج حسي حركي للأطفال المصابين بطيف التوحد، و قد

طورتها "حين آيرز (1972-1979)" و التي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية و الأداء

السلوكي الحركي، و التدخل و استراتيجيات التدخل، و يكون الهدف من خلال الدمج الحسي تحسين

النظام العصبي لتنظيم ودمج و تكامل المعلومات من البيئة و التي تزود باستجابات تكيفية و تعلم على

نحو جيد، و تشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي مايلي:

- أرجوحات، زلاجات، فراشي و وسائد، أنفاق مصنوعة من البلاستيك.

- صلصال، مواد لنشاطات حركية دقيقة.

- دمي حسية ككرات من قماش، أنابيب مصنوعة من البلاستيك من نوع قابل للطي و للمط.

- أحواض مليئة بكرات مصنوعة من البلاستيك، و فرش و أدوات أخرى للمساج.

أما أساليب المعالج فتشمل:

- الضغط الشديد، التدليك (المساج)، التدليك بأنواع معينة من الفراشي بطريقة دائرية على الجسم، تحريك

أشياء ثقيلة، شد حبل بقوة، التآرجح على أرجوحة، الدحرجة على كرة كبيرة.

- القفز، لف الطفل ببطانية بإحكام أو وضعه بين مكدتين مع الضغط على جسمه.

- الدوران على النفس في مقعد دوار، ولمس مختلف أجزاء الجسم بالفرشاة، وممارسة الأنشطة القائمة على

التوازن.

و يفترض بهذه الأنشطة أن تصحح الخلل العصبي الذي يسبب المشاكل الإدراكية الحسية التي نراها عند العديد من الأشخاص المتوحدين، و ليست المعالجة بالتكامل الحسي الحركي الأساسي الذي يسبب الاضطراب من أجل زيادة قدرة الشخص على تعلم أنشطة جديدة. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 206-207).

و تتضمن المعالجة بالدمج الحسي مايلي:

أ-العلاج بالفن و الموسيقى: يلعب الفن بأنواعه دورا مؤثرا في تطوير مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي، و يعد كذلك لغة بحد ذاته، لأنه تعبير عن الأفكار و المشاعر التي تعتريه، و تنفيس عن الآهات و الأثبات التي تكون بداخله، و نحن نعرف أن التنفيس عن الذات يؤدي إلى ارتياح الفرد، و تطهير للنفس، و يمكن القول أن الطفل المصاب بطيف التوحد أكثر فئات التربية الخاصة احتياجا للفن نظرا لما يعانيه من قصور في التواصل و التفاعل الاجتماعي، إذ يعد من الوسائل مهمة للتعبير عن المكونات الداخلية، كما أنها تساعد على تنمية الإدراك و خاصة البصري و الانتباه (الظاهر، 2009، ص 228-229).

إن استخدام الفن و الموسيقى مفيد جدا في تحسين التكامل الحسي لأنهما يستطيعان توفير تنبيه لمسي و بصري و سمعي في محيط مضبوط، و يمكن استخدام المعالجة بالفن لتعزيز التناسق بين اليد و العين من خلال الرسم بالقلم و الألوان و يمكنها زيادة التنبيه للمسي عندما يستخدم الطين أو الشمع لصنع مختلف الأشكال.

إن إبداع الطفل طيف التوحدي للأعمال الفنية، و تفسير الأعمال الفنية التي أبدعها يزودان هذا الطفل بطريقة رمزية غير كلامية للتعبير عن النفس، و يساعد أيضا الاستماع للموسيقى و سماع الأغاني و غناؤها في تطوير النطق و فهم الكلام كما يساعد تعلم العزف على آلة معينة الطفل على فترة التركيز و زيادة تركيزه (مصطفى و الشربيني، 2011، ص 208).

أ- عدسة إيرلين: هذه العدسة طورتها "هيلين إيرلين" لتساعد الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الإدراك البصري، و تعتمد على افتراض أن بعض الأشخاص لا يفسرون المعلومات البصرية تفسيراً صحيحاً، و فيها يلبس الفرد نظارة ذات درجات لونية خفيفة، و في الأخرى توضع شفافات ملونة على صفحات الكتب لخفض الوهج الذي قد يكون مبهراً لبصر الأشخاص الذين لديهم قصور في هذا الجانب، و يتم تحديد احتياجات الفرد و تحديد اللون المناسب للعدسات أو الشفافات لكل شخص خلال جلسة اختبار أو جلستين، و يتم لبس هذه النظارة طيلة اليوم و طيلة حياتهم (وفاء الشامي، 2004-ج، ص 303-304).

ج- **التدريب على التكامل السمعي:** طورت هذه الطريقة في الستينات على يد طبيب الأذن و الأنف و الحجرة كوي بيرارد (Guiy Berard) في فرنسا، و نقلت إلى الو. م. أ عام 1995 لمعالجة الأطفال المصابين بطيف التوحد و الصرع، وتكون اهتمام كبير بين أولياء أمور الأطفال المصابين بطيف التوحد و خاصة عندما لا يكون للمدخل الطبي جدوى في المعالجة. تنبثق هذه الطريقة من اعتقاد مفاده أن كثير من الأطفال المصابين بطيف التوحد لديهم حساسية مضطربة في السمع ، فقد يكون بعضهم مفرطي الحساسية للسمع و بعضهم الآخر لديهم نقص في الحساسية السمعية، لذلك يتطلب الأمر تحديد حدة السمع لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد عن طريق فحص السمع أولاً ثم نتحكم بالسمع من خلال جهاز يحتوي على ماكنة فيها عناصر إلكترونية و ضمنها فلاتر سمعية، فإما نزيد من الحساسية أو نقللها حسب الحالة من خلال وضع سماعات على أذان الأشخاص المتوحدين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال)، يتطلب العلاج عشرين جلسة تتراوح ما بين 10-12 يوماً، مدة الجلسة الواحدة نصف ساعة لمرتين في اليوم، ويمكن أن تعاد الجلسات العشرين خلال الفترة الواقعة بين (4-12 شهراً)، ويمكن أن يحسن الانتباه ، الإثارة، اللغة و المهارات الاجتماعية. (الظاهر، 2009، ص219).

د- **الدمج اللمسي:** بالإضافة إلى استخدام الاستراتيجيات البصرية التي تجذب انتباه الطفل، وكذلك تساعده على زيادة مدة التواصل البصري مع الأشياء للمجال اللمسي، وفي هذا الصدد يمكن أن نتعامل مع المشكلات في الجانب اللمسي من خلال مايلي:

- اللعب في الماء

- اللعب في الرمال و الطين.

- تحسس الأوجه الناعمة و الخشنة. (رائد خليل، 2006، ص200).

هـ- **طريقة دومان - ديلاكاتو:** طور دومان و ديلاكاتو هذه الطريقة في عام 1956 لعلاج الأشخاص الذين يعانون تلفاً دماغياً، بما في ذلك طيف التوحد، وتهدف إلى إعادة تدريب و تنشيط الأجزاء المتضررة من الدماغ، و تستند هذه الطريقة على افتراض أن الأطفال الذين لديهم تلف دماغي يمرون عبر مراحل تطور عصبي تتسم بالقصور، و بتعبير آخر لا يتقن هؤلاء الأطفال جميع المهارات التي يطورها الأطفال العاديون في أية مرحلة من مراحل التطور. (الشامي، 2004-ج، ص 308-309).

و- **العلاج بالاحتضان:** هي إحدى العلاجات الحسية، و قد بدأت مارثا ويلش الدكتورة النفسية المختصة بالأطفال استخدام المعالجة بالاحتضان كطريقة للعمل مع الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، و في

أواخر سبعينات القرن العشرين، اكتسبت المعالجة بالاحتضان شعبية واسعة، و تستند هذه الطريقة على افتراض أن العلاقة بين الطفل المتوحد ووالديه لم تتأسس بما فيه الكفاية، ويفترض أيضا أن بعض الصدمات المبكرة كالميلاد المتعسر أو المرض قد تجعل الطفل منعزلا عن والديه، وفي هذه الطريقة العلاجية تحاول الأم و الأب أو غيرهما معالجة مثل هذه المشكلات و الاتصال بالطفل من خلال حضنه لفترة زمنية، و بممارسة لعب طفولي معه. يجلس الطفل وجها لوجه مع الشخص البالغ، ويتم ضمه لاسيما عندما يكون الطفل في حالة صراخ أو بكاء أو عندما يبدي شكلا آخر من أشكال التوتر، ومن خلال الإمساك بالطفل لا يتاح له أن يتجنب أمه، أي أنه يجبر بهذه الطريقة على التفاعل. (مصطفى و الشربيني، 2011، ص210).

ي- العلاج باللعب: يعد من الأساليب التي تقلل من السلوك الاستحواذي النمطي، لذلك فإن تعليم الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد كيفية اللعب بألعابهم بطريقة وظيفية يمكن أن يعدل من سلوكهم من خلال الابتعاد عن السلوكات النمطية التكرارية و خاصة أن كثير من هؤلاء الأطفال يقضون معظم وقتهم في تكرار سلوكات من نوع واحد، و يمكن للمعلم أن يتصرف ويختار ما يناسب الطفل بطيف التوحد أو مجموعة من الأطفال، وهناك علاقة ديناميكية بين اللعب و المعرفة إذ أن كل منهما يؤثر في الآخر، ونظرا لأهمية اللعب في تطوير الأطفال، فقد ركزت الاختبارات على اللعب، مثل: قائمة التشخيص لمرحلة (18 شهرا) يذكر جينسين (2003) الأهداف التعليمية للعب الأطفال المصابين بطيف التوحد هي:

- تنمية التواصل اللغوي و غير اللغوي الاستقبالية و التعبيرية.
- تنمية التواصل الاجتماعي و تحسين سلوك اللعب.
- تنمية المهارات الحركية الكبيرة و الدقيقة.
- تنمية المهارات المعرفية.

لذلك يستخدم اللعب في الوقت الحالي في التشخيص و العلاج (الظاهر، 2009، ص 233-234).

4- التحليل النفسي: كان التحليل النفسي كعلامة للتوحد شائعا في الماضي و هو لا يزال شائعا في بعض الدول، و يعتبر التحليل النفسي الوالدين و خاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، و كان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية "علاج" طيف التوحد إذا ما نقل الطفل و أبعد عن "الوالدين الباردين" أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل "روابط لائقة" مع الطفل، و لقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعال و قد يكون في بعض الأحيان مؤذيا أو مضللا في علاج طيف التوحد. (الجوالده، 2010، ص 209) .

5- **العلاج السلوكي:** يعتبر المنحى السلوكي و تعديل السلوك من أهم الإستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم و تدريب الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، و قد نجح استخدامه في العديد من الدراسات العلاجية، و قد أمكن التغلب على الكثير من الصعوبات و المشكلات التي يصدرها الأفراد المتوحدين باستخدام أساليب مبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها "واطسن"، و يمكن عرضها على النحو التالي:

1- ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه و تسجيل مدته و دوريته و التعرف على الظروف التي تؤدي إليه و النتائج التي ترتبت عليه و تتبله.

2- عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار، يجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيء.

3- عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة، يجب تقسيم العمل إلى خطوات بسيطة ثم يقل التلقين بالتدرج.

4- التعزيز و التشجيع بشتى الطرق المادية و المعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل و تجاهل السلوك السيء كلما أمكن.

5- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيء لتقليل فرص بدء حدوثه.

6- لابد من الإستمرارية و الإصرار على التعليمات نفسها كلما صدر السلوك السيء للطفل.

7- يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار و القواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا يسبب لهم نوعا من الحيرة و الإرتباك. (القمش، 2011، 135-136).

6- **علاج النطق/اللغة:** على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد يجدون صعوبة في تطوير اللغة و الفهم، إلا أن هذه الطريقة أثبت أنها غير فعالة أو حتى غير مفيدة، فهم يحتاجون لأن يتعلموا ليس الكيفية التي يتكلمون بها اللغة، بل كيف يستخدمون اللغة للتواصل، و هناك عدة أساليب صممت بشكل محدد لتطوير مهارات الإتصال، و أكثر الأساليب المستخدمة شيوعا هي PECS و لغة الإشارات.

7- **القصص الإجتماعية:** قامت كارول جراي (1991) Carol Gray بتصميم القصص الإجتماعية لتحفيز التواصل الإجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد، بحيث تصنف مواقف و استجابات ذات صلة بالحياة الإجتماعية و طبقا لغراي (2000)، فإن الهدف من وراء كتابة القصص الإجتماعية

ليس تغيير سلوك الطالب، و إنما تسهيل فهم المواقف الإجتماعية و وجهات نظر الآخرين، و تهدف القصص الإجتماعية إلى شرح الأحداث و التوقعات و مشاركة المعلومات من خلال الرسومات و الصور. (سهيل، 2015، ص 215-216)

7- البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بطيف التوحد:

هناك عدد من البرامج العلاجية التي وضعت للأطفال المصابين بطيف التوحد و ذوي الإعاقات التواصلية المصاحبة، و سنستعرض أكثرها شهرة:

1/7- برنامج لوفاس (LOVAAS):مبتكر هذه الطريقة إفار لوفاس (Ivar Lovaas) استاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلس كاليفورنيا، و تسمى كذلك بالعلاج السلوكي أو علاج التحليل السلوكي، و تعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي و نصلها الأشهر.

و تقوم هذه الطريقة على أساس العلاج السلوكي قائم على النظرية السلوكية و الإستجابة الشرطية في علم النفس، حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم إرتكاب أي سلوك سيء و العلاج بهذه الطريقة يجب ألا يقل عن 40 ساعة في الاسبوع و لمدة محددة، و من خلال هذه الطريقة فإن الطفل طيف التوحد يستطيع تعلم سلوكيات قد تشتمل على:

- استجابة للإسم.	- التفكير بالأشياء المفقودة و مهارات التقليد.
- تحديد العمر.	- التعرف على تغييرات الوجه و الإيماءات.
- تسمية الأشياء و ألوانها.	- الوقت المناسب للسلوكيات.
- تعلم الحروف و الضمائر	- الإتجاهات المناسبة اجتماعيا و الإيماءات و غيرها.

(الغريبي و عودة، 2009، ص 172) .

يتسم برنامج لوفاس بالتكامل و الشمولية المتدرج بشكل نظامي، مركزا على البرامج الفردية التي تأخذ بالحسبان نقاط القوة و الضعف.

يقبل الأطفال المصابون بطيف التوحد الصغار الذين لا يتجاوزون عن خمس سنوات، و في بعض الأحيان ست سنوات، إذا كان يمتلك القدرة على الكلام و لا يقل عمرهم عن سنتين و تصف شريطة أن لا يقل درجة ذكائهم عن (40 درجة). (الظاهر، 2009، ص 173)

7-2- برنامج تيتش (TEACH): و هو اختصار لإسم البرنامج باللغة الإنجليزية و تعني: علاج و تعليم الأطفال المصابين بطيف التوحد و إعاقات التواصل المصاحبة أسسه "اريك سكوبلر" (Eric Schopler) و هو اب لشاب متوحد، اقترح هذا البرنامج عام 1966م، و قام بتطويره و تصنيفه، و شرح الخلفية التطويرية له و جوهره، و العناصر الاساسية فيه، و الخدمات التي يقدمها هذا البرنامج. (المغلوث، 2006، ص 133)

و يهدف هذا البرنامج على مساعدة الأطفال المصابين بطيف التوحد في تعلم الإستقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل للعالم من حولهم، و هو منتشر في معظم دول العالم المتقدمة. و تمتاز طريقة "تيتش" بأنها طريقة تعليمية لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلا متكاملًا للطفل، كما أنها تمتاز بأنها طريقة علاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات الطفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد عن 5 إلى 7 أطفال مقابل مدرسة و مساعدة مدرسة. (الزريقات، 2010، ص 357)

7-3- نظام بيكس (PECS): (نظام التواصل من خلال تبادل الصور): طور هذا النظام في الو.م.أ من قبل "بوندي" و زوجته "فروست" (Bondy and Frost) حيث اعتمد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (ABA)، و يستخدم كنظام تواصل مغرز و بديل (AAC) للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم اللغة أو الذين ليس لديهم لغة، و ذلك عن طريق بعض الوسائل كالإيماءات و لغة الإشارة و لغة الجسد و الصور أو من خلال القراءة و الكتابة و تهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل طريقة مساعدة للتواصل عن طريق تبادل الصور حيث يتم تدريبه على إعطاء المعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن حاجاته و رغباته، و من ميزات هذا النظام أنه يمكن استخدامه مع أي شخص لديه صعوبات في اللغة و مع أي درجة صعوبة و مع أي عمر، حيث يتيح البرنامج للأطفال الذين يعانون من طيف التوحد من التواصل التلقائي و التواصل في قالب اجتماعي من خلال تبادل الأدوار. (سهيل، 2015، ص 210)

7-4- برنامج ليب (Leap): خبرات العلم: برنامج بديل للأطفال ما قبل المدرسة وآبائهم:

بدأ برنامج ليب عام 1981 في بيتسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال الصغار المتوحدين و الأطفال العاديين من أعمار 3 إلى 5 سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، و يعد هذا البرنامج واحدا من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال المتوحدين و أسرهم يشمل برنامج ليب على برنامج ما قبل

المدرسة، و برنامج للتدريب على المهارات السلوكية للآباء، هذا بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى. (الشربيني و مصطفى، 2014، ص 255)

و يعد هذا البرنامج من أول البرامج التي دمجت الأطفال المصابين بطيف التوحد مع أقرانهم غير المصابين لتعلم المهارات الإجتماعية، يهدف المنهاج الفردي إلى تحقيق الأهداف السلوكية المتعلقة بجوانب متعددة هي الإجتماعية، و الإنفعالية، و المعرفية، و التكيف السلوكي و اللغة و جوانب التطور الجسمي، إن المنهج يدمج المدخل السلوكي مع الممارسات التطورية المناسبة.

يُدرَّب الأطفال المصابين بطيف التوحد في هذا البرنامج ثلاث ساعات يومياً لمدة خمسة أيام أسبوعياً على طول السنة الدراسية و يشمل على: برنامج لما قبل المدرسة، و برنامج لتدريب أولياء الأمور على المهارات السلوكية و فنيات تعديل السلوك، و برنامج الأنشطة المنزلية و المجتمعية. (الظاهر، 2009، ص 193-194)

يركز هذا البرنامج على تزويد المؤسسات و المدارس الخاصة و العامة بخدمات تدخل مبكر نوعية، و تقدم الخدمات من خلال زيارات للموقع و أجوبة شاملة للأسئلة، و ورشات العمل و استشارات مستندة إلى الحالة و توزيع الوسائل التعليمية و يشتمل على تنظيم الصف، ضبط الصف، زيادة فرص التعليم خلال اليوم، تدريب الرفاق على المهارات الإجتماعية، مناهج اجتماعية و انفعالية، تعريف إشراف، استعمال فعال لما وراء المعلمين، مشاركة الاسرة. (الزيقات، 2010، ص 352)

7-5- برنامج فاستفورورد (Fast For Word): و هو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالإبتكار، كمبيوتر، و يعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بطيف التوحد، و قد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996) بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة بولا طلال Paula Tallal، حيث بينت فب بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، و تقوم فكرته على وضع سماعات في أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب و يستمتع للأصوات الصادرة عن هذه اللعبة، و هذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة و الإستماع و الغننباة، و بالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دزن وجود عوائق سلوكية، و قد تم تطوير برامج أخرى متشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. (القبالي، 2004، ص 248)

بالإضافة إلى هذه البرامج هناك برامج أخرى كثيرة لم يتم تناولها كلها، فإن الإهتمام بالطفل المتوحد سواء كان ذلك بالعلاج أو بالبرامج التربوية يساعد كثيرا الأسرة على التوافق مع طفلهم المضطرب.

8/ آثار وجود طفل يعاني من طيف التوحد في الأسرة:

8-1- الآثار النفسية: أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال طيف التوحد أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد، قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض، و تختلف درجة الضغط النفسي من فرد لآخر داخل الأسرة الواحدة، أو بين أسرة وأخرى، و أكدت الدراسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضا للضغوط النفسية، لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم و علاقاتهم الإجتماعية في البيئة التي يسكنون بها، أو في مكان عملهم، و يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل و عدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الإنعزال عن الحياة الإجتماعية، الشعور بالدونية و النقص، الهروب من الواقع، و عدم القدرة على تقبل و مواجهة الحقيقة، عدم الإنسجام النفسي بين الوالدين و بينهم و بين بقية أفراد الأسرة.

كل هذه المظاهر ما هي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها و التي يمكن إعزائها بشكل أساسي إلى وجود الطفل المتوحد. (الجيلي، 2015، ص 25).

كما تتأثر بحجم الأسرة إذ يكون التأثير كبيرا إذا كان الطفل المصاب بطيف التوحد وحيدا في الأسرة أو مع طفل آخر، بينما لا يكون الحال كذلك إذا كان حجم الأسرة كبيرا، و يختلف التأثير كذلك وفق متغير الجنس و خاصة في مجتمعنا الشرقي. (الظاهر، 2009، ص 271).

8-2- الآثار الإجتماعية: أكد "قادير" (1963) Faber في أبحاثه على أثر وجود الطفل المتوحد على العلاقات الإجتماعية بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض و بين أفراد الأسرة و الآخرين خارج نطاق الأسرة ذاتها، و أشار إلى وجود آثار سلبية و أخرى إيجابية على تكيف الأخوة و الأخوات في المجتمع و خاصة في المدرسة التي يدرسون بها، و أشار سيمينسون (1981) Simeonsson إلى أن وجود الطفل المتوحد في الأسرة، قد يخلف جوا من عدم التنظيم الأسري و تبرز الخلافات بين أفراد الأسرة، مما قد تؤدي إلى انفصال الوالدين أو إلى مشكلات في العلاقات بينهم، و قد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع

و قطع علاقاتها بغيرها من الأسر لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عنهم في لقاءاتها. (الجيلي، 2015، ص 25-26) .

كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفال طبيعيين مثل: المدارس، المعلمين، المربين، الأصدقاء فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالا يعانون من طيف التوحد. (سهيل، 2015، ص 279) .

8-3- الآثار الاقتصادية: لا شك أن وجود طفل متوحد في الأسرة يضيف أعباءها النفسية و الإجتماعية أعباء أخرى مالية و اقتصادية، هذا إذا علمنا أن هذه الأعباء عادة ما تكون دائمة و تستمر طوال فترة حياة هذا الطفل، إذ أن الطفل المتوحد يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة، فهم بحاجة إلى وقت و رعاية و حضانة و تدريب و تكاليف أكثر من غيرهم، فضلا عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل ساهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل. (الجيلي، 2015، ص 26) .

9/ تكيف الأسرة مع طيف التوحد: لا يوجد أسرة مهياة لاستقبال طفل يعاني من طيف التوحد، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي، و هذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن الآباء غالبا ما يشعرون بالضعف و الضجر عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعيا بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة و تظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة بالنفس، تقلب المزاج.

كما أن طول المدة بمعاناة الطفل من مشاكله المدرسية و خاصة قبل عملية التشخيص يزيد احتمالية الإضطراب النفسي لدى الوالدين و المعلمين. (سهيل، 2015، ص 279) .

بالإضافة إلى كل هذه الإنفعالات التي يمر بها الوالدين، 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 فيها يعترف الوالدين بقيمة الطفل، و الذي له أحاسيس، مشاعر، و رغبات ككل الأطفال و له الدافع للإستمتاع بالحياة و امتاع الغير. (عبد المعطي، 2004، ص 214) .

إن تنشئة و رعاية طفل مصاب بطيف التوحد من بين أكثر المشكلات الضاغطة التي يمكن أن تواجهها الأسرة إلا أن بعد تقبل الوالدين و الأسرة ككل لهذا الاضطراب يصبح من السهل مواجهته و الإعتناء

بطفلهم، و ذلك من خلال التخطيط لمستقبله و توفير الإمكانيات له و كذلك محاولة علاجه و تعليمه كيفية الإعتناء بنفسه.

الخلاصة: يعتبر طيف التوحد من أشد الإضطرابات و أكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها الجانب المعرفي و الإجتماعي و اللغوي و الإنفصالي، كما أنه اضطراب غامض لم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له فقد تكون نفسية، أو وراثية، بيولوجية، كيميائية، و الذي تميز أعراضه بقصر في العلاقات الإجتماعية و الإتصال و الأفعال القهرية، كما أن صعوبة تشخيصه و كون أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب ريت، أسيرجر، إعاقة عقلية، تخلف عقلي، الصمم، ... الخ يستوجب القيام بتشخيص فارق، لأن التشخيص الدقيق يساعد في علاجه و وضع برامج علاجية و تربوية من أجل مساعدة هذا الطفل المتوحد، و كذلك مساعدة الأسرة على تقبل هذا الإضطراب و محاولة التكيف و التعامل مع الطفل المتوحد خاصة الأم التي تتأثر أكثر من هذا الإضطراب و تجد نفسها متعرضة للضغط النفسي فتجد صعوبة في التعامل مع طفلها.

الفصل الرابع : الضغط النفسي

- تمهيد
- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي
- مفهوم الضغط النفسي
- الوصف العيادي للضغط النفسي
- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي
- أنواع الضغط النفسي
- أسباب ومصادر الضغط النفسي
- أعراض الضغط النفسي
- الآثار المترتبة عن الضغط النفسي
- قياس الضغط النفسي

تمهيد:

يعد موضوع الضغط النفسي من المواضيع الهامة في علم النفس، حيث أن الحياة مليئة بالضغوط النفسية التي ترهق الإنسان وتجعله غير متكيف في حياته اليومية التي تزداد فيها مطالب الحياة وتتسارع فيها التغيرات التكنولوجية والثقافية و القومية، مما ينتج عنه مواقف ضاغطة شديدة ومصادر للقلق والتوتر وعوامل الخطر والتهديد، حيث أن الأفراد في جميع مراحل حياتهم قد يتعرضون إلى مواقف ضاغطة ومؤثرات شديدة من مصادر عديدة كالبيت والعمل والشارع.. الخ .

ومما لا شك فيه أن ثمة علاقة بين وقوع تأثير ضغوط مختلفة وولادة طفل مصاب بقصور ما، ولأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة و المعقدة، فإنها تزداد تعقيدا إذا أصبحت أما لطفل مصاب بطيف التوحد، ذلك أن الأمهات يتوقعن دائما أن يرزقن بطفل سوي. (www.elbablawe.com/htm/7/14.htm/20.05.2017/23:00).

وبما أن الضغط النفسي هو من بين متغيرات دراستنا هاته، وقصد فهم الضغوط النفسية وبالأخص عند أمهات طيف التوحد، فلا بد لنا في هذا الفصل أن نعرض على التعرف على الضغوط النفسية من أصولها التاريخية إلى طريقة قياسها مرورا بأهم العناصر المتعلقة بهذه الظاهرة.

1/- لمحة تاريخية حول مصطلح الضغط النفسي:

لا يمكن دراسة أو فهم ظاهرة ما دون العودة إلى جذورها التاريخية، فالضغط مثلا: مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية إذ استخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدة والصعوبات الهندسية غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثرا بأعمال المهندس "روبرت هوك" Hooke أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل: الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة دون أن تنهار وتتداعى ومن ثم كتب على فكرة الحمولة أو العبء أو الحمل الذي من خلاله يظهر الإجهاد على البناء. وبذلك يكون الضغط هو: "استجابة النظام أو البناء للحمولة" (عبد العظيم، 2006، ص 17).

يتضح من خلال هذا التعريف أنه كان له أغراض تصب في الجانب الهندسي، إلا أنه كان له تأثير واسع كنموذج لمصطلح الضغط على الجهاز الفيزيولوجي والنفسي.

ويقول مرزوق عيسى " من بين الرواد في دراسة الضغوط لدينا " كانون canon" الذي قال عام (1928) بضرورة الاهتمام بالعامل الانفعالي في تطور الأمراض وفكر في مصطلح stress بمعنى فيزيولوجي ونفسي في آن واحد. (دعو وشنوفي، 2013، ص 19) .

أما "سيلبي" (selye) فقد أدخل كلمة stress في الطب وقد سمحت أعماله هو وأتباعه بفهم هذه الظاهرة وتأثيرها على العالم الداخلي وبالتالي تأثير الاعتداءات والانفعالات بكل أنواعها على العالم الداخلي وعلى التوازن البيولوجي للعضوية.

كما اهتم لازاروس (lazarus)(1966) بصورة خاصة بالتقييم المعرفي للمواقف الضاغطة التي يواجهها الفرد، أما "جوردن" (Gordon)(1993) فيرى أن الضغوط هي استجابات نفسية وانفعالات فيزيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب يتم إدراكه على انه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد.

ويعتبر "شافير" (schafer)(2000) الضغوط بأنها إثارة العقل والجسد ردا على مطالب مفروض عليها، ويوضح هذا أن الضغوط موجودة دائما وأنها خاصة الحياة. (عريس، 2017، ص 58).

هذه عبارة عن لمحة تاريخية موجزة حول مصطلح الضغط النفسي واستعماله في مجال علم النفس، ومن الباحثين الأوائل الذين استخدموا هذا المصطلح نذكر كل من كانون canon، سيلبي selye جوردن Gordon ، وشافير Schafer . إلا أنه قد أجريت العديد من الدراسات والنظريات عن الضغوط النفسية، سيتم التطرق إلى البعض منها في الأجزاء اللاحقة من البحث.

2/- مفهوم الضغط النفسي:

يعتبر الضغط النفسي من المواضيع التي حازت على اهتمام العلماء والباحثين في علم النفس ومختلف العلوم الإنسانية وتعددت التعريفات المعطاة لمفهوم الضغط النفسي بتعدد الخلفيات والنظريات.

2-1/ التعريف اللغوي:

يشير معجم "الوجيز" إلى أن الأصل اللغوي لكلمة الضغط النفسي هو: ضغطه ضغطا، عصره وزحمه، والكلام بالغ في ايجازه وعليه شدد وضغط. (عبد العظيم حسين، 2006، ص16).

وحسب أنطوان وآخرون (2001، ص 883): "بالرجوع إلى المعاجم اللغوية نجد أن الضغط يعني تضيق معنوي، تأثير إكراه".

ولقد ذكر "هنكل" Hinkel (1977) في سياق حديثه عن العلوم الطبيعية كلمة stress ليعني بها درجة التأثير الداخلي التي تظهر بفعل قوة خارجية. (عوض الله، 2004، ص12).

كما يرجع "سميث" smith (1993) المعنى الاشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني فكلمة الضغط stress مشتقة من الكلمة اللاتينية stictus وهي تعني الصرامة ، وتدل ضمنا على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق، والذي يرجع في أصله إلى الفعل strigere والذي يعني: يشد، ومعنى أن الضغط يشير إلى مشاعر الضيق والقلق الداخلية أو القمع والاضطهاد، والتي تدل على الحبس والقيود و الظلم أو الحد من الحرية. (عبد العظيم حسن، 2006، ص 17).

2-2/ التعريف الاصطلاحي:

في معجم علم النفس الضغط النفسي: هو كلمة إنجليزية استعملت منذ 1936 بعد أعمال سيلبي selye لتحديد الحالة التي تكون فيها العضوية مهددة بفقدان التوازن تحت تأثير عوامل أو ظروف تصنع ميكانيزمات التوازن البيولوجي في خطر، وكل العوامل التي يمكنها أن تفسر هذا التوازن سواء كانت فيزيائية (صدمة، برد)، أو كيميائية (سم). أو تعفننية (الإنفعال) تسمى عوامل ضاغطة، فكلمة ضغط تعني فعل العوامل المعتدية ورد فعل الجسم في نفس الوقت. (sillamy،1997،P256) .

كما عرف هانز سيلبي Hans sely (1956) الضغوط النفسية هي: استجابة الجسم غير النوعية إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها. (Estryin-Behar,1997,p26) .

وعرف لازاروس وفولكمان (1984) lazarus, folkman الضغط النفسي على أنه:تفاعل خاص بين الفرد والوضعية التي يدركها على أنها شاقة وتتجاوز موارده وقدراته وتضع راحته في خطر. Schweitwer (2001,p68).

أما لويس كروك Louis Crocq (1997) فقد عرف الضغط على أنه: رد فعل منعكس عصبي بيولوجي نفسي منذر بالخطر، دفاع ضد أي اعتداء أو تهديد أو أي وضعية مفاجئة، فهو مفهوم بيوفيزيولوجي مناسب لوصف ما يحدث داخل العضوية عند مواجهتها لاعتداء أو تهديد. (Crocq, 1997, p6).

وعرف محمود أبو دارين (2005) الضغط على أنه: خلل استجابات الفرد لوضعية جديدة تؤدي إلى كسر التوازنات البيولوجية والنفسية (Boudarene, 2005, p100)

وعرف شيلي تايلور Chily Taylor (2008) الضغط النفسي على أنه: خبرة انفعالية سلبية يترافق ظهورها مع حدوث تغيرات بيوكيميائية وفيزيولوجية ومعرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط أو التكيف مع آثاره. (تايلور، 2008، ص 343).

أما ماجدة بهاء الدين (2008) فتعرفه على أنه: الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الاستجابة لها. (بهاء الدين، 2008، ص 20).

كما يعرف ريغوليي Rivolier الضغوط بأنها: العبارات التي تشير للضغط كالإجهاد، التوتر النفسي، الاحتراق النفسي..... الخ مصطلحات صعبة التحديد لأنها تحتوي على مجموعة من المتغيرات أو من المسببات التي تعيق نمط الجهاز النفسي والعقلي وحتى الفيزيولوجي، لذلك فهو يشير إلى ثلاثة دلالات لغوية متداخلة وهي:

أ- معنى يشبه الضغط الفيزيقي أو المادي، كما يشير إلى القوة الاندفاعية التي تمارس على الأشياء أو الأفراد.

ب- يعتبر الضغط منبها سيكوجتماعيا أو سيكولوجيا شريطة أن يكون مطابقا للعلاقة التالية: منبه(ضغط) - استجابة (ظهور نتائج الضغط).

ت- الضغط هو نتاج الفعل المؤثر (أو المنبه) كما يلي:

ضغط - فعل منبه فالضغط النفسي أو التوتر النفسي أو الإجهاد، كلها مصطلحات تحد من سعادة الفرد وراحة باله وتؤدي إلى إصابته بكثير من الاضطرابات النفسية وحتى الجسمية. (لوكيا، 2002، ص 10)

ويشير علي عبد السلام (2000) إلى أن الضغوط النفسية عبارة عن سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة التعامل مع البيئة ومتطلباتها، مما يفرض عليه سرعة التوافق في مواجهة الأحداث

لتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية والوصول الى تحقيق التوازن. (عيسى ، 2008، ص 131-132).

فقد أشار حمدي علي الفرماوي (2009) إلى أن المصطلح قد تناوله الأفراد والجماعات والمهنيون بمعاني مختلفة تبعا لتخصصاتهم ومجال حياتهم الاجتماعية والمهنية، فنرى الأطباء يستخدمون لفظ الضغط في إطار الميكانيزمات الفيزيولوجية، ويستخدمه المهندسون للدلالة على التحمل الخرساني مثلا، ويتناوله علماء النفس للدلالة على الحالة النفسية والمزاجية الناتجة عن وجود الإنسان في حالة الضيق والشعور بالظلم أو الاختناق، أما الإداريون فيستخدمون اللفظ كتعبير عن التحدي لنظام معين ولكن اللغويون يستخدمون اللفظ لتدليل على التأكد من مقطع أو لفظ لغوي معين. (الفرماوي، 2009، ص 20).

من خلال التعاريف السابقة نستخلص آراء مختلفة للباحثين، فمنهم من ركز على الجانب الفيزيولوجي لظاهرة الضغط النفسي والتي نعبر عنها باستجابات عضوية للجسم اتجاه هذه المواقف الضاغطة، وذلك من أجل التكيف مع هاته الأخيرة، وهناك من وجه تركيزه على العوامل الخارجية للضغوط والتي يقصد بها المصادر البيئية، دون مراعاة العوامل الداخلية للضغط ولا كيفية الاستجابة التي يبديها الفرد اتجاه هاته الضغوط، كما أن هناك من وجه أفكاره للربط بين المثير والاستجابة لكنه لا يحدد طبيعة المثيرات المؤدية للضغط والتركيز فقط على الاستجابة السيكولوجية دون أي اهتمام للاستجابة الفيزيولوجية، وما هو مستخلص إجمالا أن مصطلح الضغط النفسي هو مصطلح جديد في علم النفس، وهو متأصل من العلوم الفيزيائية والذي يعني ما يعيشه الإنسان من ضغط وتوتر نتيجة لعدة عوامل سواء كانت داخلية أو خارجية.

3- الوصف العيادي للضغط النفسي:

إن الصلة بين مختلف الاستثارات الداخلية والخارجية يعتبر كتهديد للاتزان النفسو-بيولوجي ، كما أن اختلاف الأحداث ما بين الإشباع والتحكم والتجاوز والضبط يؤدي إلى تشكل ردود فعل نفسو-وظيفية وأيضا يؤدي إلى تصلب للدفاعات النفسية الداخلية و الغدية العصبية.

هذا التسلسل التدريجي يمكن أن يطور آلية معرفية تخص مختلف درجات العمل النفسي والمتمثلة فيما يلي:

1- التقييم l'évaluation: يسمح بتحديد معنى الوضعية الجديدة.

- 2- التوقع l'anticipation: يتعلق بعمق الآلية العقلية التي تنظم ديناميكية الضغط والاستجابة للمواقف الضاغطة من خلال المدركات.
- 3- عتبة التحمل Seuil de prédiction: تحدد مستوى هشاشة الفرد وشروط إعادة التسوية Réajustement والدعم الذي يمكن أن يشكله.
- 4- الصدمات les Traumatismes: مرتبط بالأحداث المبكرة في حياة الفرد أو الأحداث السابقة التي عايشها لمدة طويلة، إن أثر الصدمة على الفرد يتمثل في ضعف بنيته النفسية والتي تطور أمراض نفسية أو ببيكوسوماتية أو أرضية قلقه والتي تظهر على الفرد من خلال الشعور بالذنب، الميل للاكتئاب وخبرة الفشل.
- 5- الأنساق الاجتماعية les contextes sociaux: تعتبر كمعبر مهم لدينامكية الضغط بسبب مختلف الأدوار والبناءات التي يتفاعل معها الفرد (العائلة، فريق، التضامن، الإستبعاد، العلاقة بالسلطة، الاندماج، الدمج، التجنيد، المساندة، الترقية الاجتماعية... الخ) إن تحديد الوظائف الاجتماعية يبرز استجابات القلق، الانفصال، الصراع والإحباط
- 6- الأجهزة المنظمة للعمل أو المؤسسة les systèmes organisationnels: تعتبر كمصدر مهم لإخلال توازن الفرد كما تشمل نماذج للاستجابات الدفاعية، وتصنف ديناميكية الضغط ضمن الحقل المرضي، وذلك لارتباطها بالأمراض الببيكوسوماتية وبعض البنيات النفسو-مرضية، لكون الانفعالات المبالغ فيها في إطار العمل من تسيير للصراعات وأحداث الحياة اليومية التي يعايش فيها الفرد مختلف الصدمات إضافة إلى عدم الاستقرار، غالبا ما تكون متبوعة باكتئاب إرتكاسي ومصاحبة لاضطرابات ببيكوسوماتية تصيب الأجهزة الهضمية، التنفسية، الغدية، والقلبية.
- لهذا يمكن أن تصبح هذه الأمراض النفسية أو الببيكوسوماتية مزمنة، فتسجل في تاريخ الحالة بطريقة يصبح فيها كل حدث جديد منشط لهذه الإصابات مما يزيد في شدة تعقد آثارها، إن الوصول إلى هذه المرحلة من الضغط يطلق عليه عياديا حالة ضغط ما بعد الصدمة PTSD. (Boudarene 2005,p100-101)

4- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي:

لقد تعددت النماذج والنظريات التي حاولت تفسير الضغوط النفسية ، تبعا لاختلاف توجهات العلماء وفيما يلي سنحاول التعرف على أهمها:

أولا: النظرية الفيزيولوجية للضغط : (نموذج الضغط كاستجابة):

ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط، بحيث ركز هذا النموذج على ردود الفعل الانفعالية والفيزيولوجية التي تتجم عن الأحداث الضاغطة، ودور الجهاز العصبي الغدي في الاستجابة. من أهم رواد هذا النموذج ولتر كانون w.canon وهانز سيلبي Hans Sely.

1- نظرية المواجهة والهروب (الكر أو الفر) (132) لكانون:

تعد هذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفيزيولوجية في تفسير ودراسة الضغط النفسي، وذلك من خلال دراسة كانون للكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان والحيوان للتهديدات الخارجية.(السلطان، 2009، ص 83).

كان الوصف الذي قدمه والتر كانون لاستجابة الكر أو الفر، فعندما تدرك الكائنات العضوية بأنها تتعرض للتهديد يتم تنبيه الجسم بسرعة، ويصبح مدفوعا بتأثير من الجهاز العصبي الودي وجهاز الغدد الصماء وهذه الاستجابة الفيزيولوجية تعمل على تهيئة العضوية لمهاجمة مصدر التهديد أو الهرب، وبذلك فهي تدعى استجابة الكر والفر، ويرى كانون أن استجابة الكر والفر من الناحية المبدئية استجابة تكيفية، لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضها للتهديد، كما بين من الناحية الثانية أن الضغط قد يسبب الأذى للعضوية لأنه يعطل الوظائف الانفعالية والسيكولوجية، ويمكن أن يسبب مشاكل صحية مع مرور الوقت، وتحديدًا عندما يستمر الضغط فإنه يمهد الطريق لظهور مشاكل صحية. (تايلور، 2008، ص 345).

2- نظرية أعراض التكيف العامة لهانز سيلبي (1976):

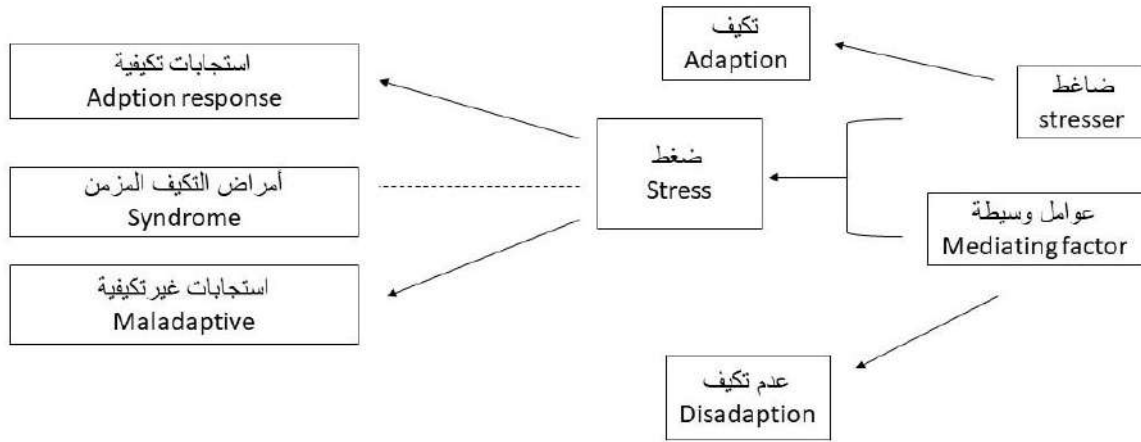
يعتبر هانز سيلبي من أهم الرواد الذين اهتموا بأبحاث الضغط النفسي، كانت مناقشته في البداية لموضوع الضغط سنة 1930 من منظور تجريبي طبي، وكان اهتمامه منصبا على ردود الفعل الجسمية للضغوط

الخارجية، أي التغيرات الفيزيولوجية الناشئة عن محاولة التوافق مع الأحداث التي تسبب الانفعال (جميل، 1998، ص 39)

فبمجرد تعرض الفرد لمواقف انفعالية كالحزن والفرح، يستجيب الجسم بإحداث ردود أفعال فيزيولوجية كارتفاع نسبة الأدرينالين في الدم، وتضاعف نبضات القلب بهدف التكيف مع الوضع الجديد، يفسر الضغط في هذه النظرية على أنه استجابة لأي مثير سواء كان فيزيولوجيا أو سيكولوجيا، لكن إذا ما تجاوزت المواقف الضاغطة طاقة تحمل الجسم تظهر الأعراض المرضية (ربوح، 2000، ص 48) حسب سيلبي أن رد فعل الكائن الحي اتجاه الضغوط يمر بثلاث مراحل هي:

- 1- **مرحلة الإنذار (Alarm):** تبدأ هذه المرحلة بالانتباه لوجود ضاغط، وهذا الانتباه يولد تغيرات فيزيولوجية، حيث تبدأ استجابة الكائن الحي للحدث الضاغط، ويظهر ذلك بزيادة ضربات القلب، وسرعة جريان الدم، وسرعة التنفس وزيادة افراز العرق، واضطرابات معدية ومعوية، يقوم الفرد باستخدام أقصى ما لديه من طاقة، ما يؤدي إلى ضعف مقاومته للحدث الضاغط.
 - 2- **مرحلة المقاومة (Resistance):** تؤدي المواجهة المستمرة للموقف الضاغط إضافة إلى العجز عن المواجهة إلى اضطراب التوازن الداخلي، ما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب بظهور بعض الأمراض مثل: قرحة المعدة، وارتفاع ضغط الدم، وضيق التنفس.
 - 3- **مرحلة الإجهاد أو الإنهاك (Exhaustion):** يصبح الفرد في هذه المرحلة عاجزا عن التكيف والاستمرار في المقاومة، وهنا تنهار الدفاعات الهرمونية، المواجهة الزائدة للضغوط تؤدي إلى المزيد من المشكلات الصحية والإصابة ببعض الأمراض، وقد يصل الأمر إلى الموت.
- (Gadzella, 1994, p395-402)

الشكل 14-: يوضح حدوث الضغط النفسي طبقا لنظرية هانز سيللي



في الشكل التوضيحي (14) نميز الحدث الضاغط، وهو متغير مستقل، ينتج عنه ضغط العوامل الوسيطة، وهي تلك التي يكون أثرها هاما في تقليل تأثير الحدث الضاغط أو زيادته مثل: المناخ والطعام وأعراض التكيف المتزامن، حيث تظهر في وقت واحد، ويقصد بها الضغوط الطارئة التي تظهر في الكائن مثل: التغيرات الكيميائية، وأخيرا استجابات التكيف أو سوء التكيف مثل: ضغط الدم أو أمراض القلب (عبد اللطيف، 2001، ص 68).

ويذكر سيللي أن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد بالعوامل الوسيطة، كما يعتمد نوع الاستجابة على نوع عملية التكيف، ويضيف أن التهديد أو التغلب على المشكلات يعتمد على النشاط المعرفي للتقويم، ولكل تقويم نمط معين في الاستجابة (هارون الرشدي، 1999، ص 52).

ثانيا: (النظرية المعرفية) التفسير البيئي للضغط النفسي:

اهتمت هذه النظريات بتفسير الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد، على أساس التواصل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها، أي إنها تنظر إلى الضغوط على أنها ناتجة من إدراك الفرد للتهديدات الخارجية الصادرة من بيئته، وهناك ثلاث نظريات انطلقت من هذا التفسير وهي:

- أ- **نظرية أحداث الحياة الضاغطة:** تتناول هذه النظرية الضغط النفسي على أنه مثير خارجي، لذا ركزت على أهمية البيئة، وأهميتها في صحة الفرد والمجتمع، وتعد محاولات هولمز وراهي (Holmes , Rahi) لاكتشاف العلاقة بين المتغيرات البيئية، والضغوط النفسية، التي يواجهها الأفراد، خير تعبير عن

هذه النظرية، فقد ركزت على الأحداث التي تؤثر في الأفراد في مجالات الحياة المختلفة كالمجال العائلي، والإقتصادي، والدراسي، والإجتماعي، والمهني، والتي من الممكن أن تكون إيجابية أو سلبية. (الجيلي، 2006، ص 28).

ب- **نظرية التقدير المعرفي:** قدم هذه النظرية لازاروس Lazarus (1966)، حيث انصب اهتمامه على التقييم الذهني ورد فعل الفرد اتجاه المواقف الضاغطة، وأسس ما يعرف بنموذج التقييم المعرفي، حيث يتم تقييم الأحداث الضاغطة وفق مرحلتين:

* **عملية التقييم الأولي:** في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ قد تدرك الأحداث على أساس أنها قد تقود إلى نتائج إيجابية، سلبية أو محايدة وتكون سلبية وسيئة بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى، تهديد أو تحدي.

* **عملية التقييم الثانوي:** تبدأ عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث، ويتم في هذه المرحلة إجراء تقييم للإمكانيات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث، وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى، التهديد، التحدي، أو غير كافية وتتسأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولي والتقييم الثانوي، وكلما كانت إمكانات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل والعكس صحيح. (تايلور، 2008، ص 35)

ج- **نظرية التفسير الفكري:** يعتبر موراي Murray أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، كما يعرف الضغط بأنه: " صفة لموضوع بيئي أو لشخص، تعسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين". (عثمان، 2001، ص 100).

كما ميز موراي بين نوعين من الضغوط التي يدركها الفرد كما يلي:

* **ضغط ألفا:** يشير إلى خصائص الموضوعات، ودلالاتها كما هي.

* **ضغط بيتا:** يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد. ويشير " موراي" أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الثاني (ضغط بيتا) ويؤكد على هذا المفهوم تكامل الحاجة، لكن عندما يحدث التفاعل

بين الموقف الحاضر والضغط، والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا (الخفاجي وعبد النبي، 2011، ص 160).

وقد استعرض موراي الضغط كالاتي: ضغط نقص التأييد الأسري، وضغط الصداق والتعرض للكوارث، وضغط العدوان، والانقياد والانتماء والصداقات، والنزب، و الجنس، وطلب العطف من الآخرين، والسيطرة والمنع وضغط الاحتجاز (الرشيدي، 1999، ص 325) .

وبهذا استطاع موراي أن يستعرض لنا قائمة شاملة للضغوط وأن يجمع فيها معظم الضغوط البيئية أو مصادر الضغوط التي تكون ناتجة من الفرد نفسه، أو من دائرة علاقات، سواء علاقته بمجتمعه أو أسرته.

ثالثاً: النظرية النفسية:

يعتبر سبيلبرجر (Speilberger 1979) واحد من العلماء الذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية بالاعتماد على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً كبيراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها، ويحدد نظريته في ثلاثة أبعاد نسبية:

الضغط، القلق، التعلم وفي ضوء هذه الأبعاد يحدد محتوى النظرية في ما يلي :

- التعرف على طبيعة الضغوط.

- قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.

- قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق.

- توفير السلوكات المناسبة للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.

- تحديد مستوى الاستجابة.

فهذه النظرية تتركز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وإدراك الفرد لها، ثم إن الضغط يبدأ بمثير يهدد حياة الفرد ثم إدراك الفرد لهذا المثير أو التهديد ورد الفعل النفسي المرتبط بالمثير وبذلك يرتبط برد الفعل ومدى إدراك الفردية. (العزیز، 2009، ص 64).

كما تركز نظرية سبيلبرجر على أن القلق كمقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط، ولقد ميز بين نوعين من القلق، قلق الحالة وقلق السمة، كما اعتبر أن القلق شقين وهما:

- أ- الشق الأول: هو القلق العصابي أو القلق المزمن أو سمة القلق.
- ب- الشق الثاني: ويسمى حالة القلق، أو القلق الموضوعي، ويربط سبيلبرجر في نظريته للضغوط بين قلق الحالة والضغط، لأن قلق الحالة يشير إلى الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر أن الضغط الناتج عن ضاغط معين مسببا لحالة القلق، وما يثبته في علاقة قلق الحالة بالضغط يستبعده عن علاقة قلق السمة أو القلق العصابي الناتج عن الخبرة السابقة بالضغط، حيث أن الفرد يكون من سمات شخصيته القلق أصلا. كما اهتم كذلك في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة. (الرشدي، 1999، ص 45).

رابعا: نظرية التحليل النفسي:

تعد نظرية التحليل النفسي من النظريات الكلاسيكية التي عملت على تفسير الشخصية الإنسانية وانفعالاتها، ويعتبر "سيغموند فرويد" الأب الروحي لهذه النظرية، فقد أنشأ التحليل النفسي كمنهاج للعلاج.

حسب فرويد أن دينامية الشخصية تقوم على التفاعلات المتبادلة، وعلى الصراع بين هذه المكونات، "فاللهو" يمثل الجانب البيولوجي للشخصية، والذي يسعى إلى تحقيق الإشباع أو الرغبات الغريزية، في حين مكون "الأنا" لا يسمح لهذه الرغبات الغريزية بالإشباع لكونه لا يتناسب مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم ذلك عندما تكون "الأنا" قوية، لكن تكون "الأنا" ضعيفة ولا تستطيع الموازنة بين مطالب "اللهو" ومتطلبات الواقع يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والضغط النفسي. (خوجة، 2010، ص 44).

وبذلك يرى فرويد أن "الأنا" يعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة له إما بالعدول عنها أو الهروب منها أو التكيف معها.

فالزيادة في الضغط النفسي تولد الإحساس بالألم، وانخفاضه يؤدي إلى الإحساس باللذة والأنا بطبيعته يسعى دائما لتحقيق اللذة وتجنب الألم.

فحسب التحليل النفسي ينظر للضغط من منظور نفسي داخلي، حيث يتم التأكيد على أهمية ودور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد السلوك السوي واللاسوي للفرد، فالصراع والتفاعل المتبادل بين مكونات الجهاز النفسي الثلاث: " الهو، الأنا، الأنا الأعلى" وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع الخارج، ينتج عنها الضغط النفسي، ويتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية. (الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الإنسانية، 2005، ص 513).

كما أن خبرات الطفولة المبكرة هي الأساس في تشكيل شخصية الفرد فيما بعد.

فالفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنه يسعى إلى تفرغ انفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية، وعلى هذا الأساس فالقلق والخوف أو أي انفعالات سلبية أخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد، يتم تفرغها بصورة لاشعورية عن طريق الكبت أو الإنكار وغيرهما من ميكانيزمات الدفاع. (حسين، 2006، ص 78).

رغم عراقية النظرية الكلاسيكية إلا أنها اختزلت الشخصية الإنسانية في بعد واحد والمتمثل في البعد الجنسي، كأساس للتفسير وسلطت الضوء على الدوافع الغريزية بينما أهملت جوانب أخرى قد تزيد من عمق تفسير الظواهر الإنسانية والنفسية بما في ذلك الضغوط الواقعة على الفرد. (شويطر، 2007، ص 39).

خامسا: النظرية الاجتماعية:

الفرد كائن اجتماعي لا يستطيع العيش بمعزل عن الآخرين فهو في تفاعل دائم معهم ولا شك بأن سلوك الفرد يتأثر بطبيعة علاقته بهم، إذ يتأثر الأفراد بمكونات البيئة التي يعيشون فيها وهم جزء من النسق الاجتماعي، وعليه فإن محاولة فهم سلوك الفرد ومشاكله خارج السياق الاجتماعي تقضي إلى فهم جزئي فقط.

يشير "كارسون" Corson إلى أن الضغوط النفسية التي يعانيها الفرد تعزو إلى أنماط التفاعل المختلفة وظيفيا بين الأفراد والضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ من العلاقات الاجتماعية، وهذا يعني أن الضغوط تحدث عندما يكون هناك اضطراب في أنماط العلاقات الشخصية، كما هو الحال في الصراعات الزوجية وتوتر العلاقات بين أفراد الأسرة أو توتر العلاقة مع الآخرين. (حسن، 2006).

واستجابة الأفراد للضغوط تختلف باختلاف ظروف المجتمع، وهذا يكون مرتبطا بالظروف الاقتصادية، والاجتماعية، والظروف البيئية، كما أن التغيرات في الاعتقادات والتوجهات أصبحت تؤثر كثيرا في مستوى الضغوط لدى الأفراد، فقد اختفت كثير من القيم السامية والنبيلة، وظهر عوضا عنها قيم النفعية والأنانية، والكذب والغش والنفاق وغيرها، كما أصبحت ثقافة المجتمع تركز على الفرد، وعلى الحقوق الفردية والالتزام بها اتجاه الآخرين في المجتمع. (عبيد، 2008، ص 137).

وفي الأخير نستخلص أن كل النظريات والنماذج التي تم التعرض إليها سابقا والتي حاولت تفسير الضغوط النفسية رغم اختلاف اتجاهاتها النظرية، (فيزيولوجية، معرفية، نفسية، تحليلية، إجتماعية).

إلا أنها اتفقت جميعا على أن الضغط النفسي هو حالة تهدد الإنسان وتزعجه وتجعله في حالة عدم التوازن والتكيف النفسي والاجتماعي والصحي. وبالتالي كل نظرية تكمل الأخرى.

5-أنواع الضغط النفسي:

يمكن القول بوجه عام أن الضغط النفسي ليس بالضرورة شيء سلبي، بل يكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز والأداء، وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط النفسية إلى نوعين هما:

5-1/ الضغط النفسي الإيجابي Austeres: هي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تقيد في نمو الفرد وتطوره، وهي درجة من الضغط والتوتر تدفع المرء للعمل بشكل متتابع، مما يجعله يحسن الأداء العام ويحقق أهدافه. (بهاء الدين، 2008، ص 25).

وتعد ضغطا صحيا وتؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل: أعباء منصب جديد أو الترقية لدرجة أعلى. (شويخ، شراينكة، 2006، ص 135).

5-2/ الضغط النفسي السلبي Distress: عن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي مما يجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه، كما يعجز عن التفاعل مع الآخرين، مما يؤثر سلبا على حالته النفسية والجسدية (السيد، 2008، ص 137).

كما يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغييرات جسمية ومزاجية، ولهذا يطلق عليها المشقة المحدثه للمرض مثل: وفاة شخص عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن أو التقاعد...الخ.

(شويخ، شراينكة، 2006، ص165).

تسبب الضغوط السلبية ظهور أعراض نفسية وجسمية تتمثل في الصداع، آلام المعدة والظهر، تشنجات عضلية، عسر الهضم، أرق، ارتفاع ضغط الدم، السكري...ألخ. (بهاء الدين، 2008، ص 25).

الجدول 4- 1 المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب سيلبي 1994 Kally

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
تسبب انخفاض في الروح المعنوية ، و شعور بتراكم العمل.	تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدي للعمل .
تولد ارتكابا وتدعو للتفكير في المجهود المبذول.	تساعد على التفكير والتركيز على النتائج .
تعمل على ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها .	توفير القدرة على التغيير عن الانفعالات والمشاعر.
تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل.	تمنح الإحساس بالمتعة والانجاز.
تسبب للفرد الضعف و التشاؤم من المستقبل.	تمد الفرد بالقوة و التفاؤل بالمستقبل.
تسبب للفرد الشعور بالأرق.	تساعد الفرد على النوم الجيد.
عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.	تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(الهيجان، 1998، ص36)

3-5/ الضغط التكيفي: الضغط هو رد فعل بيولوجي، فيزيولوجي، ونفسي منذر عن خطر ومعرض للتعبئة والدفاع اتجاه أي عدوان أو تهديد، فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية المعبئة (تحرير السكر في الدم، رفع الضغط الدموي، توجه الكتل الدموية من المحيط نحو الأعضاء المركزية، ارتفاع خفقات القلب....) التي تجعل الجسم في غاية الاستعداد للفعل.

إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة التي يمارسها: فهو مركز للانتباه، معبئ للطاقة النفسية ومعرض للعمل والفعل، حيث يرفع الشخص تحت الضغط من مستوى فطنته ونباهته، ويزيح من فكره كل الأفكار والأحلام ويركز كل اهتمامه وانتباهه نحو الوضعية المهددة الراهنة، كما أن قدراته العقلية يتم توجيهها نحو الخطر وتسخير الإمكانيات للمواجهة، وتجميع المعلومات لحصره والاستعانة بالذاكرة لمعرفة المخططات الدفاعية لحله، و إرصاده بصورة متكيفة، ومن جهة ثانية فإن الشخص يتخلى عن الكسل و التماطل في اتخاذ القرار، فتراه في غاية النشاط وبحاجة إلى الفعل السريع والناجح فهو ينتقل للفعل وينفذه. (crocq et autre,2007,p17-18).

5-4/الضغط المتجاوز: يمكن أن توجز ردود أفعال الضغط المتجاوز في أربعة عناصر و هي:

* **رد فعل الصعقي:** يمس تخدير ثلاث مستويات، يتعلق الأول بالتخدر العقلي، والسكر والتبدل العاطفي والكف الإرادي والحركي ويترك الشخص هامدا في الخطر، وغير قادر على الإدراك والتفكير في غير ما هوفيه من معاناة انفعالية ومحروم من كل إرادة.

* **رد الفعل التهيجي:** ينبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بإرصاد دفاعات للتكيف مع الوضعية والتي تظهر من خلال حركات غير متناسقة ولا تلاحم حركي ولفظي.

* **رد فعل الهروب المفزع:** يتضمن هروب منفرد أو جماعي مندفع وغير مهياً، حيث تتم محاربة كل ما يحاول عرقلة الهروب.

* **رد فعل النشاط الآلي:** هو الأكثر شيوعاً، يولد حركات وسلوكات تبدو تكيفية لكنها دون هدف واضح ومحدد، هدفها جعل الشخص ينشغل بشيء ما، وتكون بذلك مصدراً للقلق، تتناسب هذه المرحلة كذلك مع ما يشير إليه DSMIV مجموعة من الأعراض كالشعور بالتفكك، وغياب رد الفعل الانفعالي، وانخفاض حقل الوعي والنسابة التفككية، كعدم القدرة على تذكر بعض مشاهد الحدث، هذا إضافة إلى اللاشخصانية والآنية. (crocq et autre,2007,p 19-22)

وهناك من يقسم الضغوط إلى أنواع أخرى رغم أن القاسم المشترك الذي يجمع بين كل الضغوط هو الجانب النفسي وهذه الأنواع هي:

5-5/ الضغوط الاقتصادية: لها الدور الأكبر في تشتيت جهد الإنسان وإضعاف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة عندما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة، فينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

5-6/ الضغوط الاجتماعية: تعد حجر الأساس في التماسك الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين وكثرة اللقاءات أو قتلها والإسراف في التزاور في الحفلات، هي معايير تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها والخروج عنها يعد خروجاً عن العرف والتقاليد الاجتماعية.

5-7/ الضغوط الأسرية: بما فيها الصراعات الأسرية، الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال. (بهاء الدين ، 2008، ص 24).

5-8/ ضغوط العمل: يتعرض العامل في مهنته لعدة مواقف تجعله في حالة ضغط وانفعال كالصراعات مع الرؤساء، الإرهاق بفعل ساعات العمل الطويلة، نوعية العمل، وأوقاته، غموض الدور... الخ.

5-9/ الضغوط الانفعالية والنفسية: تتعلق بالمتغيرات المعرفية التي تقف وراء تقدير الفرد للتهديد (خليفة، 2008، ص 137).

كما توجد أنواع ضغوط خاصة بآباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنها نجمت عن حدوث الإعاقة، وتنقسم هذه الضغوط وفقاً لمراحل النمو كما يلي:

1- ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق: ويتبعها ردود فعل متباينة كالصدمة، النكران، الرفض، خيبة الأمل والقلق.

2- ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة: وتتجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلها المعاق.

3- ضغوط مرحلة دخول المدرسة: وتتجم عن قدرة الطفل على التعلم في المدارس التقليدية.

4- ضغوط مرحلة المراهقة: وتتجم عن اعتماد الطفل على والديه ورفض أقرانه لابنهم المعاق.

5- ضغوط مرحلة الشباب: تنجم عن القلق بخصوص المستقبل المهني للمعاق.

6- ضغط تأكيد الشباب: تنجم عن التساؤلات بخصوص الرعاية والمستقبل عندما يصبحان غير قادرين على العناية به. (خليفة، عيسى سعد، 2008، ص 139-140).

6- أسباب ومصادر الضغط النفسي:

إن مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء، أو داخلية نفسية كالطبيعة الشخصية للفرد ومسببات خارجية، إذ أن ما يسبب الضغط يختلف من شخص لآخر. ويمكن تقسيم أسباب ومصادر الضغط النفسي فيما يلي:

6-1/ المصادر الخارجية للضغط النفسي:

1/ الضغوط الأسرية: وتتمثل في الصراعات العائلية، كثرة الشجارات، الانفصال أو الطلاق.

2/ الضغوط الاجتماعية: وتشمل العزلة، وخبرات الإساءة الجسمية والجنسية والانحرافات السلوكية.

3/ ضغوط المتغيرات الطبيعية: مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير وغيرها.

4/ الضغوط المالية والاقتصادية: تتمثل في انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة والفقر بالإضافة إلى التفاوت الطبقي، ما ينتج عنه عدة صراعات.

5/ الضغوط الصحية أو الفيزيولوجية: وهي ضغوط ترتبط بالصحة الجسمية الفيزيولوجية كالصرع وارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، الغثيان، الدوخة، صعوبات في النوم، العادات السيئة، واختلال النظام الغذائي. (محمود، 1998، ص 177).

6/ ضغوط سياسية: تلعب سياسة البلد الداخلية والخارجية دوراً رئيسياً في تحديد نوعية الضغوط التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن الأنظمة السائدة كالحكم الاستبدادي والصراعات القائمة في المجتمع.

7/ الضغوط الكيميائية: كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين.

8/ ضغوط ثقافية: وتتمثل في استيراد الثقافات دون مراعاة الأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع.

9/ الضغوط الانفعالية: مثل القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية.

10/ ضغوط مهنية: وهي ضغوط ترتبط ببيئة العمل مثل: العبء الكمي والكيفي للعمل، صراع الدور وغموضه، الخلافات مع الزملاء في العمل وضغوط قواعد وتشريعات العمل، عدم الرضا الوظيفي، وقلة الأجر مقارنة مع الجهد المبذول.

11/ الضغوط التربوية: وهي تشمل كثرة المواد التي يدرسها الطالب ونقص الدافعية، طرق التدريس التقليدية ونظام الامتحانات والتقييم والواجبات المدرسية بالإضافة إلى اكتظاظ وازدحام الفصول الدراسية الذي يضعف قدرة الطالب على الاستيعاب والفشل الدراسي لدى بعض التلاميذ بالإضافة إلى توتر العلاقات بين الأساتذة والطلاب. (حسن، 2006، ص 40)

6-2/ المصادر الداخلية للضغط النفسي: وتشمل

- التهيؤ أو الاستعداد النفسي لقبول المرض.

- ضعف المقاومة الداخلية.

- شخصية الفرد.

- الطموح المبالغ. (بهاء الدين، 2008، ص 31).

6-3/ وجود طفل معاق في الأسرة: إن ما يعانيه أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة من ضغوط ترجع إلى ما يلي:

- وجود طفل معاق أو (مصاب باضطراب كالأضطرابات النمائية) يترتب عليه أعباء إضافية على كامل الأسرة وشيوع كثير من المشكلات الأسرية وازدياد الأعباء المالية، العزلة، الإرهاق المزمن والمشكلات الانفعالية.

- تعد العزلة الاجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران الذين يبديون مخاوف أو مشاعر تنم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود إعاقة الطفل.

- شعور الآباء بتدني المساندة ومصادر الدعم من الأصدقاء والأقارب والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة بإعاقة طفلهم. (حنفي ، 2007، ص 58).

6-4/ مصادر الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات وأسر الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:

(1) **ضغوط متعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل المعاق:** وتتضمن توتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقصان الدافعية لدى طفلهم المتوحد، وعجز في قدرته على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وقصور في قدراته المعرفية في التعامل الإيجابي مع مكونات بيئته.

(2) **ضغوط متعلقة بمشكلات الأداء السلوكي للطفل:** تزداد الضغوط مع السلوكيات الشاذة الصادرة عن الطفل المتوحد مثل: السلوكيات النمطية، واضطراب الإخراج، اضطرابات النوم، اضطرابات الأكل، إيذاء الذات، وسلوكيات أخرى متعلقة بارتداء الملابس... الخ، فقد انتهت دراستي لازاروس وفولكمان، مكين وياترسن (Lazarus, Folkman, Mccubbin et Patterson, 1983)

إلى أن والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوط متزايدة من إعاقة الطفل، والسلوكيات الشاذة التي يبديها الطفل، على الرغم من وجود علاقات متفاعلة بين هذه المتغيرات من المحتمل أن تكون ضرورية في تكوين فهم متعمق لهذه الضغوط.

(3) **ضغوط متعلقة بتحمل أعباء الطفل المالية:** يؤثر الطفل المتوحد على الأوضاع الاقتصادية للأسرة، حيث يحتاج إلى رعاية طبية وإلى أدوية وعمليات لاسيما إذا كان يعاني من اضطرابات مصاحبة لحالة طيف التوحد، والانتقال إلى مكان الدراسة والعلاج، كما تزداد هذه الضغوط المالية إذا انقطع أحد الوالدين عن عمله بسبب رعاية الطفل وانقطاع الأم عن العمل في الوقت الذي يجد الأب صعوبة في الحصول على عمل لمواجهة أعباء الطفل والأسرة، كذلك تواجه الأسرة بمشكلات كبيرة عند حصولها على المخصصات المالية، حيث البيروقراطية الكبيرة، والطبيعة الظالمة والمستبدة للعديد من وكالات المساعدة، أو حاجة الطفل المتوحد إلى الحصول على برامج.

(4) **ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية:** تسوء العلاقات بين الوالدين بعضهما البعض بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، وتزداد حالات التوتر والمنازعات والخلافات داخل منظومة الأسرة، بالإضافة إلى اللوم الموجه من أحد الوالدين إلى الآخر بأنه كان السبب في إعاقة الطفل، وقد تجد الأسرة والأمهات صعوبات بالغة في إدارة الصراعات والضغوط والتعامل معها، وبالتالي تتأثر العلاقات بين أفراد

الأُسرة وقصور في قدرة أعضاء الأُسرة على إدارة الانفعالات فيما بينهم ويميل الأب إلى الانسحاب إما بشكل مباشر أو غير مباشر، والأمهات في الواقع يعانين من مشكلات للتوافق مع القيود التي يفرضها قيامهن بالدور الوالدي، والاضطراب الانفعالي والجسمي في أحد الزوجين أو كليهما.

(5) **ضغوط متعلقة بالخوف من على مستقبل الطفل:** يخاف الناس عادة من المجهول، والوالدان اللذان يعلمان بإعاقة طفلها يعتريهما خوف من المستقبل أن تسوء حالته، أو تتغير أوضاع الأُسرة، بما لا يساعد على الوفاء بحاجياته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له والخوف من المستقبل. ويرى محمد محروس 1997، ص 537 " خبرة وجدانية غير سارة تنتج عن استغراق أمهات الأطفال المعوقين في التفكير اتجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل لأبنائهن، وتكون مصاحبة بأعراض نفسية وجسمية متباينة " والإحساس باليأس لعدم قدرة الطفل المتوحد على رعاية نفسه، والقدرة على الكسب، والزواج وتكوين أسرة في المستقبل، وأنه سوف يضل عالة على أسرته طوال الحياة.

(6) **ضغوط متعلقة بالأعراض النفسية:** يتعرض الوالدان إلى الإحباط الناتج عن التأثيرات السلبية لسلوك الطفل المعاق وكثرة متطلباته، والإحباط من المفاهيم الأساسية التي يتوارد ذكرها في الكتابات التي تتناول الصحة النفسية، أو تلك التي تتناول تفسير النشاط النفسي للأفراد، كما يتعرض أولياء أمور الأطفال المعوقين أو المتوحدين إلى مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب. فقد أبانت دراسة (آني) Anne 1985 أن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط الانفعالية، وأن الأمهات أكثر تأثراً بالضغوط.

(7) **ضغوط متعلقة بإخوة الطفل المتوحد:** فقد أسفرت نتائج دراسة بجين هولم وجيلبيرج (Bagenholm et Gillberg, 1991) إلى أن إخوة الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5-20 سنة، يلعبون مع إخوانهم المتوحدين بدرجة أقل من الإخوة العاديين لأفراد ذوي إعاقة نمائية أخرى، كما قرروا مشاعر الوحدة وليس لهم أصدقاء. (أسامة، الشربيني، 2011، ص 262-264)

7- أعراض الضغط النفسي:

عندما يتعرض الشخص لموقف ضاغط تكون الاستجابة على شكل مجموعة من الأعراض الجسمية والنفسية والسلوكية والعاطفية والعقلية ومن أشهر التصنيفات لأعراض الضغط النفسي، نذكر تصنيف باربار بارهام Barbara Barham (عسكر ، 2000، ص 43).

7-1/ الأعراض الجسمية: وتتمثل أهم هاته الأعراض فيما يلي:

تغيرات في نمط النوم، التعب، تغيرات في الهضم، الغثيان، القيء، الإسهال، فقدان الدافع الجنسي، آلام الرأس، آلام وأوجاع مختلفة، جفاف في الحلق، عسر الهضم، الدوار والإغماء، التعرق، الإرتعاش، تتمل اليدين والقدمين، خفقان القلب بسرعة.

7-2/ الأعراض السلوكية: تغيرات الشهية (كثرة أو قلة الأكل) واضطراب الأكل (فقدان الشهية أو الشرهية)، زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير، الإفراط في التدخين، القلق المتميز بحركات عصبية، قضم الأظافر، وساوس مرضية.

7-3/ الأعراض العقلية والنفسية: فقدان التركيز، انحطاط الذاكرة، صعوبة في اتخاذ القرارات، التشويش، الارتباك، الانحراف عن الوضع السوي، نوبات هلع، الإحباط، نقص في الدافعية، شعور بالتعاسة والدونية، اضطراب في الذاكرة، صعوبة في انجاز المهام.

7-4/ الأعراض العاطفية: نوبات اكتئاب، نفاذ الصبر، حدة الطبع، نوبات غضب شديد، فساد في العادات.

7-5/ الأعراض العلانية: عدم الثقة في الآخرين وتجاهلهم، غياب الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية، تأجيل المواعيد هروبا من الآخرين، والتأثير في إنجاز المهام خوفا من الخطأ بالإضافة للانسحاب الاجتماعي. (شيخاني، ب س، ص 18)

8- الآثار المترتبة عن الضغط النفسي:

عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط يصاحب ذلك التأثير على جميع جوانب شخصيته الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية والانفعالية، وبالتالي تؤثر على الصحة النفسية للفرد، وذلك من خلال خلق مشكل في توافق الفرد مع نفسه ومع محيطه الخارجي الذي يحتك به دائما، ولكن هذه الآثار تختلف من شخص لآخر، وهذا حسب شخصيته وكذا حسب شدة الضغوط التي يتعرض لها واختلاف المواقف الضاغطة، (عريس ، 2017، ص 133).

وقد قام فونتانا Fontana (1989) بوضع قائمة التغيرات التي تحدث للفرد نتيجة تعرضه للضغط.

8-1/ الآثار الفيزيولوجية: إن أحداث الضغط التي يتعرض لها الفرد تحدث تغييرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد والجهاز العصبي وتتمثل فيما يلي:

- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم تؤدي إلى زيادة ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، ارتفاع ضغط الدم.

- ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية.

- اضطرابات حشوية في المعدة والأمعاء.

- زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وإذا استمر لمدة طويلة فإنه يؤدي إلى نقص الوزن والإجهاد والانهيار. (خليفة، سعد، 2008، ص 144-145).

الجدول 4-2 آثار الضغوط النفسية على أجهزة الجسم الفيزيولوجية

الأعراض	العضو المصاب
النوبات القلبية - ارتفاع ضغط الدم - الذبحة الصدرية.	الجهاز القلبي الدوري
اضطراب في القولون - قرحة المعدة - الإسهال.	الجهاز الهضمي
الاستثارة والرغبة الزائدة في التبول - اضطرابات في الدورة الشهرية للإناث - اضطرابات جنسية.	الأعضاء التناسلية
انقطاع التنفس وصعوبته - الكحة - الربو.	الجهاز التنفسي
ألم الرقبة - التهاب المفاصل - ألم الظهر - تيبس العضلات.	الجهاز الهيكلي
الأكزيما - الصدفية.	الجلد

(يوسف، 2007، ص 34)

نلاحظ من خلال الجدول أن كل الأجهزة العضوية تتأثر بالضغط النفسي وتظهر على شكل أعراض فيزيولوجية تختلف في الشدة.

8-2/ الآثار الانفعالية (النفسية): وتتمثل في الأعراض التالية: سرعة الاستثارة والخوف والغضب، القلق، الإحباط واليأس، الشعور بالعجز (فقدان الاستقرار النفسي)، عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك، انخفاض تقدير الذات (السلبية في مفهوم الذات)، فقدان الثقة بالنفس، توهم المرض والإحساس بالألم، النظرة المتشائمة (السوداوية) للحياة، انخفاض مستوى الطاقة لدى الفرد، زيادة الاندفاعية والحساسية المفرطة، فقدان الاهتمام بالآخرين وبالعامل (عبد العظيم و عبد العظيم، 2006، ص45).

ومن أهم آثار الضغوط على الجانب النفسي ما يلي:

8-2-1/ الاحتراق النفسي: Burn out وهو عبارة عن حالة من الإنهاك الجسمي والانفعالي والعقلي ينتج عن التعرض لمواقف مشحونة انفعاليا وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد. (يوسف، 2007، ص37).

وعلى هذا فإن مفهوم الاحتراق النفسي عبارة عن خبرة نفسية سلبية يعيشها الفرد وتسبب له الكثير من المشكلات وعدم الشعور بالارتياح وتؤدي بالتالي إلى حدوث نتائج سلبية، ويتضمن الاحتراق النفسي ثلاث مراحل هي:

* المرحلة الأولى : وتشمل عدم التوازن بين مطالب الفرد ومصادره.

* المرحلة الثانية : وتشمل حدوث توتر انفعالي فوري لدى الفرد، أي حدوث تعب وإنهاك على المدى القصير.

* المرحلة الثالثة: تتكون من عدد من التغيرات في اتجاهات الفرد وسلوكه. (عبد العظيم و عبد العظيم، 2006، ص28).

8-2-2/ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: (Etat de Stress Post Traumatique(ESPT)

يشير إلى مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك، وبخاصة في غياب المساندة الاجتماعية فيشعر الفرد بالعجز في مواجهة الحدث.

اضطراب ما بعد الصدمة هو جملة من الأعراض التي يعانيها الفرد عقب تعرضه لأحداث صدمية بفترة. وتتمثل في إعادة معايشة الحدث الصادم عن طريق الأحلام والكوابيس المصاحبة لاضطراب النوم، سرعة الانفعال، الاستتارة، التهيج والعدائية، وأهم ما يميزها هو العودة إلى الماضي وتذكر الأحداث الصدمية بشكل لا إرادي. (Kacha, 1996, p113).

8-3/ الآثار المعرفية: تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد وبالتالي تصبح العديد من الوظائف العقلية غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية: نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف الملاحظة، تدهور الذاكرة، حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف، عدم القدرة على اتخاذ القرارات ونسيان الأشياء، فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف، ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات، التعبيرات السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين، اضطراب التفكير حيث يغلب عليه التفكير النمطي الجامد بدل التفكير الإبتكاري. (عبد العظيم، عبد العظيم، 2006، ص44-45).

8-4/ الآثار السلوكية: تظهر الأعراض التالية:

انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة، تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر، اضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة، الانسحاب عن الآخرين والميل إلى العزلة، تزايد معدلات الغياب عن العمل والتوقف عن العمل والتوقف عن ممارسة الهوايات (joly et autre, 2007, p6).

8-5/ آثار الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد: إن الآثار والنتائج المترتبة عن ولادة طفل متوحد في الأسرة تشمل جميع أفراد الأسرة، إلا أن الأم هي أكثر من يعاني من ذلك الحدث، وهي الأكثر عرضة لخطر المشاكل والضغوط النفسية، حيث أظهرت الدراسات أن الأم أكثر عرضة للمعاناة من هذه النتائج الضارة من تلك التي يتعرض لها الأب (اللوزي ، والفايز ، 2008 ، ص 92).

وقد حدد الدسوقي في دراسته الميدانية الضغوط التي تتعرض لها أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:

1) الضغوط النفسية: وهي الحالة التي توجد عليها الأم نتيجة وجود عوامل خارجية ضاغطة (إصابة الطفل بطيف التوحد)، مما يولد لديها الإحساس بالعجز والإحباط، والإحساس بالقلق والتوتر، مما يفقدها اتزانها وعدم قدرتها على أداء وظيفتها، وتنقسم هذه الضغوط إلى:

- الإحساس بالإحباط والعجز عن مواجهة الكارثة، وعدم القدرة على رعاية الطفل أو الاستجابة للمطالب التي يفرضها وجوده.

- الإحساس بالقلق والتوتر على مستقبل الطفل وكيفية المحافظة على حياته وحياة الأسرة، والمخاطر التي يمكن أن يسببها وجوده في الأسرة. (البساطي، السيد، دس، ص 10-19).

2) الضغوط الاجتماعية: وهي الأحداث الحياتية التي ترتبط بعلاقة الأم بالمجتمع وأفراده، خاصة فيما يتعلق بوجود الطفل المتوحد في الأسرة، والتي تتمثل في شعور الأم بالخوف وعدم الراحة والعلاقة بالآخرين ونظرة المجتمع.

3) الضغوط الأسرية: وهي الظروف الشديدة التي تحدث تغيير في نظام الأسرة وذلك بفقدان العلاقات مع الأبناء، التشاجر بين الزوجين، الشعور بالخجل وترك العمل ورعاية الطفل.

4) الضغوط الاقتصادية: ويقصد بها الإمكانيات المادية من ميزانية الأسرة التي تنفق في علاج الطفل، والتي ترتبط بميزانية الأسرة والتكاليف الطبية ونظام الغذاء والرعاية. (البساطي، السيد، ص 10-18).

يؤكد (خليفة وسعد) على أن تعرض الأمهات للضغوط النفسية بسبب مواجهة أزمة طيف التوحد، يؤدي بها إلى عدم الاتزان والحاجة إلى المساعدة الخارجية لاستعادة التوازن والتكيف مع وجود طفل متوحد، لذلك يجب الإشارة إلى المطالب الضرورية اللازمة لمساعدة الأم على مواجهة متطلبات رعاية ابنها المتوحد، مع تخفيف حدة الضغط الذي تعاني منه، ومحاولة الحفاظ على الاتزان الجسمي والنفسي، بالإضافة إلى تلبية حاجات الأمهات المتعلقة بالخدمات اللازمة أو الأهداف المرجو تحقيقها من أجل الشعور بالرضا بعيدا عن الضغوط، وتصنف هذه الحاجات إلى ما يلي:

- الحاجة إلى المعلومات الخاصة بإعاقة طفلها.

- الحاجة إلى الدعم بكافة أنواعه.

- الحاجة إلى المساعدة والتعايش مع المشكلات الأسرية. (خليفة وسعد ، 2008 ، ص 253).

وهناك العديد من المتغيرات المرتبطة بالضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد:

1) أهمية العلاقة بين الأم والطفل المتوحد: يجب العمل على تحسين العلاقة بين الأم والطفل المتوحد من خلال تغيير نظرتها واتجاهاتها نحو طفلها، فالعلاقة الجيدة بين الأم والطفل تشعرها بالسعادة والرضا عن دورها، وتجعلها أقل حزنا وكآبة.

2) عمل الأم وتأثيره في مستوى الضغوط النفسية لدى أم الطفل المتوحد: فقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن الأمهات اللاتي لا يعملن لديهن مستوى أعلى من القلق والحزن والكآبة مقارنة بالأمهات العاملات، لأن عمل المرأة يشغلها عن التفكير في إعاقة طفلها، ويشعرها بأنها تؤدي دورا هاما إضافة إلى دورها الأمومي، في حين يرى آخرون أن العمل مصدر للضغط لأنه عبء وجهد إضافي للأم يرهقها ويزيد من مسؤوليتها.

3) الحالة الصحية لأم المتوحد: تؤثر الحالة الصحية للأم على قدرتها على رعاية طفلها والعناية به يوميا، فالأم التي لا تتمتع بالصحة الجيدة، قد تجد صعوبة في التغلب على المشكلات المسببة للضغط، كما أن الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية طفل متوحد يمكن أن تتسبب في أعراض جسدية ونفسية.

4) عمر الأم ومستوى تعليمها: حيث يعتقد أن الأم الأصغر سنا أكثر قدرة على تلبية حاجات الطفل وتقديم الدعم له، مما يقلل لديها من مستوى الضغوط النفسية، كما أن الأم ذات المستوى التعليمي المرتفع أكثر قدرة على الحصول على المعلومات المتعلقة بإعاقة طفلها والخدمات المتوفرة، كما أنها تصبح أكثر قدرة على استيعاب حالة الطفل، وبالتالي تكون أقل عرضة للضغوط النفسية من الأم الأقل تعليما (خليفة وسعد، 2008، ص 254-255).

9/ قياس الضغط النفسي:

9-1/ قياس الضغط في المختبر (المقاييس الفيزيولوجية): من الطرق المعاصرة الشائعة في دراسة الضغط النفسي القيام بتعريض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تسبب الضغط لفترة قصيرة، ثم ملاحظة التأثير الذي يحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية ونشاط الغدد الصماء واستجاباتهم السيكلوجية، كل هذا يرتبط بظهور مؤثرات على مستوى النشاط السمبثاوي: كزيادة ضربات

القلب، لزوجة الدم، ارتفاع ضغط الدم، شدة الإفرازات العصبية الغدية، مما يقدم دليلاً على زيادة نشاط أجهزة الهيبيوثلاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالين (HPA) كزيادة إفراز الكورتيزول. (تايلور، 2008، ص 375).

9-2/ المقاييس والاختبارات النفسية: توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها : الملاحظة، المقابلة، الاستبيانات، وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداماً في دراسة الضغوط، فمنها ما تقيس الضواغط والمثيرات عن طريق قياس أحداث الحياة كمقياس هولمز و راهي (Holmes et Rahe) (عبد العظيم، عبد العظيم، 2006، ص 47). ويعتبر هولمز و راهي من الرواد في ميدان بحوث الضغط، حيث قاما بتطوير قائمة بعنوان مقياس تقدير إعادة التكيف الاجتماعي (SRRS)، حيث قاما بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم التغييرات في حياتهم. (تايلور، 2008، ص 378).

- **اختبار لفنستين LeVenstein:** أعد هذا الاختبار من طرف الباحث لفنستين وآخرون سنة (1993) بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط، ويتكون هذا الاختبار من 30 عبارة تميزها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة : تمثل 22 عبارة، وتتمثل في العبارات رقم : 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30. وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض.

البنود غير المباشرة: تمثل 08 عبارات، وتتمثل في العبارات رقم: 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29، وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالرفض اتجاه الموقف وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول.

- **تقييم ضغط آدم: Evaluation du stress d Adem:** هو عبارة عن استبيان وضع من طرف باحثين في جامعة سان دييغو، وهو يعمل على التمييز بين الضغط المزمن والضغط الثانوي، وبين الضغط المرتبط بالعمل وغير المرتبط به. (Jean , B,Stora,1993,p 117-119)

ويرى ويليام بلوكر (w, Bloker) أن هناك طرق كثيرة لقياس الضغط نذكر منها: قوائم التحكم المتعددة، اختبارات إسقاطية تعتمد على بقع الحبر، سلم هاملتون لتغيير الذات. (لوكيا، 2006، ص 46).

10/ علاج الضغط النفسي: هناك عدة علاجات مختلفة نذكر منها:

10-1/ العلاج المعرفي: فالحدث الضاغط لا يسبب القلق والتوتر في ذاته وإنما الأفكار والاعتقادات التي يكونها الفرد عن الموقف باعتباره يمثل تهديدا وضررا له السبب في حدوث الضغط النفسي فالتقييم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة، وذلك لأن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحاديث السلبية التي يكونها الفرد عن الموقف أو الحدث الضاغط، يؤدي إلى تغيير الاستجابة الانفعالية أو السلوكية نحو الحدث وهناك عدة فنيات تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط نذكر منها:

أ- **إيقاف الأفكار السلبية:** إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجيا على أن تحل محلها أفكار أكثر عقلانية تساعد على التصرف بطريقة مناسبة.

ب- **إدارة الذات:** هو أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد على إحداث تغيير في سلوكهم وخفض استجابة القلق الناتجة عن الموقف الضاغط، ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الفرد كيفية ملاحظة سلوكه وصياغة أهدافه وتقييم ما يتم من تقدم ومراقبة الذات، كأن يكون لدى الفرد سجل يسجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها، ثم التقييم. ويتم هذا عن طريق إجراء مقارنة بين السلوك وبين المعايير والأهداف التي وضعها لهذا الأداء أو السلوك، فهل السلوك يحقق الهدف أم لا؟ وبعدها التعزيز أي تقديم التعزيز الإيجابي عند ظهور الاستجابة المطلوبة.

ج- **أحاديث الذات:** تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية، فهي التي تجعله يشعر بالخوف وعدم الكفاءة عند مواجهة الحدث الضاغط عكس الأحاديث الإيجابية فالتفكير الإيجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل معه بالطريقة الملائمة.

د- **التخيل أو التصور البصري:** يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيل مقترنا بالاسترخاء، وهكذا يستطيع التدرّب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط.

هـ- حل المشكلات: يشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولاً إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصدد حلها، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة، وتهدف إلى تنمية مهارات الفرد وتتضمن عدة خطوات تتمثل في التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات، ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، والتدريب على حل المشكلات ينطوي على أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعاليتها، مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في المواقف الضاغطة. (بهاء الدين، 2008، ص 135).

والهدف من العلاج المعرفي ليس القيام بتحليل منطقي للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الموجودة عند المفحوص، وإنما محاولة إكساب هذا الأخير عدة مهارات تمكنه من التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة.

10-2/ العلاج السلوكي: يستخدم السلوكيون في علاجهم للضغط الاسترخاء فهو مرادف للصحة والهدوء والهروب من المشاكل، ويظهر كأنه نوع من مضادات الضغط النفسي ومن أهم تقنيات الاسترخاء المستعملة نجد:

أ- **تمارين التنفس الاسترخائي:** في حالات الضغط يشتكى الشخص من حالة التوتر وضيق التنفس التي تعتبر توترات عضلية في مستوى الحزام البطني وفي مستوى الصدر والعنق، هذه التوترات العضلية هي مصدر الإحساس بضيق التنفس، والتدريب على التنفس بطريقة معينة يشكل ضيق في إخراج الهواء، مما يساعد الشخص على التخفيف من الضغط النفسي، فمن خلال عملية الشهيق الطويلة تتم عملية الزفير كاملة، ومع تكرار هذه العملية يشعر الإنسان براحة واسترخاء بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. (معيزة، 2002، ص 75).

ب- **الاسترخاء العضلي والفكري:** فيه يقوم المريض بالاستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينيه وتخيل نفسه في المكان الذي يفضله ومحاولة الاسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدءاً من أصابع القدم، فالكاحل، الركبة، الظهر، الكتفين، الرقبة، فأصابع اليد، ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محاولاً إبعاد جميع الأفكار عن الذهن وجعله خالياً، وهذا ممكن بالتمرين والتكرار وذلك لمدة عشر دقائق تكرر مرتين إلى ثلاث مرات يومياً.

تتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضا يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة.

ج-التغذية الرجعية: تعتبر وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء وهي عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقب أدائه لتوضيح صحة استجاباته أو خطئها وبناءا على ذلك قد يستمر الفرد أو يعدل سلوكه أو يتوقف لأنه حقق هدفه.

د-تعديل أسلوب الحياة: يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيق أهدافه، كما يشمل أيضا قدرته ودوافعه، فأسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد وليس ثابت تماما، بل يمكن تعديله وتطويره تبعا لمتطلبات البيئة التي يعيش فيها، وعلى هذا فالاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته على المقاومة...وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد فأصبح يمارس رياضة المشي مثلا، ويقلل من المنبهات فإن ذلك يساعده في مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعال. (بهاء الدين، 2008، ص 343).

هـ-التدريب على السلوك التوكيدي: يعني التدريب على قول: " لا" ورفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والتعبير عن الأفكار بطريقة حسنة، هذا ما يكسب الشخص فعالية في البدء و الاستمرار في التفاعلات الاجتماعية، ويمكنه من فهم وتنظيم انفعالاته . في ضوء ما تقدم فإن التدريب على اكتساب هذه المهارات يساعد الفرد على حل مشكلاته بطريقة ملائمة ويزيد من ثقته بنفسه.

و-التدريب على إدارة الوقت: يهدف هذا الأسلوب إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه واستثماره في كل ما يفيد، وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط، فمن خلال إدارة الوقت والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط، إذ أن التخطيط الفعال يتضمن تحليل الوقت وتحديد الهدف وجدولة الأنشطة والمهام والعمل على التنفيذ.

10-3/ العلاج الكيميائي: ويتم اللجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية المهدئة والفيتامينات مثل: (C) و (B)، حيث تعتبر الفيتامينات ذات أهمية كبيرة في علاج الضغط النفسي بالإضافة إلى العقاقير مثل: مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب، ومن أهم العقاقير الحيوية المضادة للضغط النفسي نذكر:

أ- مضادات القلق: تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولها خمس مميزات من ناحية المفعول، وهذه المميزات هي:

-خاصية مضادة للقلق.

- خاصية منومة.

- خاصية منشطة للنعاس.

- خاصية مضادة للارتعاش.

- خاصية تحقق استرخاء العضلات .

ب- المهدئات: تستعمل كآلية مهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد :
" Mèprobamate , Benzo diazpine"

ج - مضادات الإكتئاب: تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكر المزاج و حالاتالتوتر الشديد و تحسين القدرة على التفكير و تعالج اضطراب النوم ومن بينها " "Athymie " "Laroscy " "Praymarel وهي قادرة على التقليل من شعور الضغط النفسي لدى الشخص غير أن استعمالها وتناولها لمدة طويلة وبكيفية غير طبيعية يجعله يدخل في حالة ارتباط فيزيولوجي تكون له آثار جانبية سلبية على التوازن النفسي للشخص وتتحول من مفعولها المضاد للضغط النفسي إلى مفعول مخفف للضغط مع الآثار الجانبية (معيّزة، 2002، ص 75).

الخلاصة:

من خلال ما مر كله نلاحظ أن الضغوط النفسية أصبحت حقيقة نعيشها كل يوم، نتيجة التطور السريع وزيادة الأعباء وكثرة المتطلبات التي تتجاوز قدرة الفرد على تحملها، مما يجعله يعيش في توتر وضيق يولد الشعور بالضغط، كما أن هذه الأخيرة تؤثر في الوضعيات المعيشة في المستوى والشدة كالوضعيات الاجتماعية، الثقافية، السياسية، الاقتصادية أو الأسرية، حيث يكون لها آثار فيزيولوجية، سلوكية، نفسية ومعرفية وعلى أمهات وأسر الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد.

وفي نهاية الفصل تم الإشارة إلى كيفية قياس الضغط وأهم الطرق العلاجية له. كما أن أم الطفل المتوحد تعاني من ضغوط نفسية و اجتماعية، اقتصادية، نتيجة وجود عوامل خارجية ضاغطة، مما يولد لديها الإحساس بالعجز والإحباط والإحساس بالقلق والتوتر، مما يفقدها اتزانها، وعدم قدرتها على أداء وظيفتها.

الفصل الخامس

الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

✓ منهج الدراسة

✓ الدراسة الاستطلاعية

✓ حدود الدراسة

✓ مجتمع الدراسة

✓ عينة الدراسة الاستطلاعية

✓ الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق و الثبات)

✓ الدراسة الأساسية

✓ عينة الدراسة الأساسية و طريقة تطبيقها

✓ خصائص العينة الأساسية

✓ إجراءات و تطبيق الدراسة الأساسية

✓ الأساليب الإحصائية

تمهيد:

لكل دراسة علمية جانب ميداني، حيث يعد هذا الجانب أهم جانب في الدراسة، فبالإضافة إلى الجانب النظري الذي تم فيه التعرف على بعض المفاهيم والنظريات والتفسير العلمية، وأخذ بعض آراء علماء النفس فيما يخص المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة، والضغط النفسي، وكذا اضطراب طيف التوحد. أصبح لابد من التعرف على الإجراءات المنهجية التي سيتم إتباعها، والأدوات المستعملة في البحث، وكذا الأساليب الإحصائية المناسبة من أجل التوصل إلى نتائج دقيقة قدر الإمكان وبكل موضوعية، ويتضمن هذا الفصل التطرق إلى المنهج المتبع في الدراسة، و الفرضيات المطروحة و التحقق منها من خلال تطبيق الأدوات والتأكد من صدقها و ثباتها من خلا الدراسة الاستطلاعية، و التعرف على طريقة المعاينة، و أدوات جمع البيانات، و عرض حدود الدراسة، و الخطوات الأساسية لإجرائها في الدراسة الأساسية، وأخيرا التعرف على أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1- منهج الدراسة :

من أجل تحليل و دراسة الإشكالية المطروحة واستجابة لطبيعة الموضوع، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك باستخدام طريقة الفروق، حيث أنه أكثر ملائمة لأهداف الدراسة الحالية.

يلجأ الباحث إلى استخدام هذا الأسلوب حين يكون على علم بأبعاد أو جوانب الظاهرة التي يريد دراستها نظرا لتوفر المعرفة بها من خلال بحوث استطلاعية أو وصفية سبق أن أجريت عن هذه الظاهرة، و لكنه يريد التوصل إلى معرفة دقيقة و تفصيلية عن عناصر الظاهرة موضوع البحث تفيد في تحقيق فهم أفضل لها أو في وضع سياسات أو إجراءات مستقبلية خاصة بها. (عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات، 1999، ص 138).

والنهج الوصفي يستند إلى وصف الظاهرة الطبيعية و الاجتماعية كما هي، والباحث في استخدامه للمنهج الوصفي الذي يقوم بوصف الواقع كما هو، إنما يقوم بوصفه بطريقة انتقائية واختيارية فهو يختار من الواقع المائل أمامه وينتقي ما يخدم غرضه في الدراسة. (غازي حسين عنانة، 1994، ص 18).

ويعتبر المنهج الوصفي التحليلي منهجا يعتمد عليه الباحث قصد جمع الحقائق عن موضوع بحثه و تحليلها و تفسيرها لاستخلاص دلالتها و وضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية ومن ثمة الوصول إلى التعميم بشأن

البحث، و يعتمد الباحث في ذلك على مختلف طرق جمع البيانات كالمقابلة، والملاحظة، والاستبيان. (محمد عبيدات، 1999، ص 47).

ويتمثل المنهج الوصفي التحليلي أيضا في تحديد ظواهر معينة واكتشاف كل من العلاقات و الفروق بين تلك الظواهر لدى أفراد العينة. (عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، ص 59).

ونظرا لأن الدراسة الحالية تهدف أساسا إلى محاولة الكشف عن المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و علاقتها بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، فإن هذا المنهج هو الأنسب وأكثر ملاءمة لموضوع الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات التمهيديّة التي يقوم بها أي باحث قبل الشروع في الدراسة الأساسية، وهي عبارة عن دراسة ميدانية يستخدمها الباحث للتعرف على الظاهرة التي يريد دراستها، و قد قامت الباحثة بإجراءات الدراسة الاستطلاعية في مجموعة من المراكز و العيادات و الجمعيات التي تقوم بالتكفل بالأطفال الذين يعانون من طيف التوحد في بلدية ورقلة (ولاية ورقلة)، بعد الحصول على الموافقة والتسهيلات اللازمة لإجراء الدراسة، وهي كالتالي:

- المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا ورقلة.
- جمعية الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد بورقلة.
- عيادة بسملة للصحة النفسية ورقلة.

و قد انطلقت الدراسة الاستطلاعية من تاريخ: 2019/10/01 إلى غاية: 2020/03/10

و تهدف هذه الدراسة إلى :

- التدريب على خطوات البحث العلمي .
- التعرف على ميدان الدراسة والتأكد من وجود الظاهرة المراد دراستها و معرفة الإمكانيات المتوفرة بهذه المؤسسات للتكفل الجيد بهذه الفئة.
- إمكانية تطبيق أدوات الدراسة و معرفة الصعوبات التي تعيق إجراءات البحث (الدراسة الأساسية).

- جمع المعلومات و الإحصائيات حول العينة التي تتوفر على الخصائص المناسبة و تحديد حجمها و كيفية التوصل إليها خلال الدراسة.
- التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس و معرفة صدقها وثباتها ومدى صلاحيتها في الدراسة الأساسية .
- التعرف على مدى فهم عينة الدراسة لمحتوى المقياس(مقياس المخططات المعرفية غير المكيفة لجيفري يونغ SF – YSQ بنسخته المختصرة، و مقياس إدراك الضغط النفسي ل لفنستين La Vanstain وإجراء التعديلات اللازمة لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

3- حدود الدراسة:

- 3-1- المجال البشري : تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.
- 3-2- المجال المكاني : تم إجراء هذه الدراسة بالمراكز و الهياكل التي تقوم بالكفل بهذه الفئة (أطفال طيف التوحد).
- 3-3- المجال الزمني : تم إجراء هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2019- 2020 خلال شهري أكتوبر و مارس.

4- عينة الدراسة الاستطلاعية:

يقصد بالعينة على أنها: " جزء من مجتمع معين يمثل في خصائصه ذلك المجتمع، اختصارا للوقت و الجهد و المال.

بعد وضع الحدود المكانية و الزمانية للمجتمع الأصلي الذي يشمل أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد اللواتي قدر عددهن ب:60 أم ، حيث يمثلون المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة.

تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية القصدية ، و التي يقصد بها :الانتقاء عن طريق الصدفة المقصودة، ويعني ذلك اتخاذ احتياطات خاصة أثناء السحب بمنح كل عنصر من عناصر مجتمع البحث إمكانية معروفة للظهور من بين العناصر المختارة.(موريس انجرس،2006،ص 304).

أ- طريقة المعاينة :

و يقصد بالمعاينة هي: " مجموعة من العمليات تسمح بانتقاء مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة." (موريس أنجرس، 2006، ص 301).

لقد تمت عملية المعاينة من خلال اختيار 60 أم لطفل متوحد متكفل به في إحدى المراكز العلاجية السابقة الذكر، وهذا حسب الملفات الموجودة في الإدارة (و التشخيص يكون من طرف مختص) بطريقة قصدية، وبرغبة منهن في تقديم يد المساعدة للباحثة و إكمال الدراسة.

وتعرف العينة القصدية على أنها: " هي التي يختارها الباحث اختيارا انتقائيا عمديا وفق شروط محددة تفي بغرض البحث". (محمد داودي، 2007، ص 70).

ب- خصائص العينة الاستطلاعية :

وتتكون عينة الدراسة من 60 أم لطفل متوحد متابع بأحد الهياكل التي تتكفل بفئة الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد (المراكز، العيادات، الجمعيات) على مستوى بلدية ورقلة، و الجدول التالي يبين انتشار العينة حسب هذه الهياكل:

1- خصائص توزيع العينة حسب هياكل التكفل:

الجدول 5- 1 يوضح انتشار العينة حسب هياكل التكفل

الرقم	مكان التكفل	عدد الأمهات	النسبة المئوية
01	المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا	12	20 %
02	جمعية الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد بورقلة	20	33.33 %
03	عيادة بسمة	28	46.66 %
	المجموع	60	100 %

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأمهات من عيادة بسمة هي الأكبر حيث قدر عدد الأمهات ب: 28 أم، أي بنسبة 46.66%، ثم تليها الأمهات من جمعية الأطفال الموحدين بورقلة، حيث قدر عدد الأمهات

الفصل الخامس: الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

ب:20 أم ، أي بنسبة قدرت ب:33.33%، وأخير تأتي نسبة أمهات الأطفال المتكفل بهم في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا ، حيث بلغ عدد الأمهات 12 أم ، أي بنسبة قدرت ب:20%.

2- خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل المتوحد:

وقد لخصت في الجدول التالي:

الجدول 5- 2 يوضح خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل المتوحد

النسبة المئوية	التكرار	
75%	45	ذكر
25%	15	أنثى
100%	60	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن توزيع العينة حسب الجنس لم يكن متساويا ،حيث كانت نسبة الذكور أعلى ، إذ قدرت ب:75%، أما نسبة إناث فقد قدرت ب:25%.

3- خصائص العينة حسب متغير سن الطفل المتوحد:

الجدول 5- 3 يوضح خصائص العينة حسب متغير سن الطفل المتوحد

النسبة	التكرار	الفئة العمرية
30%	18	من 3 إلى 6 سنوات
51.66%	31	من 7 إلى 10 سنوات
11.66%	07	من 11 إلى 14 سنة
6.66%	04	من 15 إلى 18 سنة
100%	60	المجموع

نلاحظ من جلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة يتراوح أعمارهم ما بين الفئة العمرية الثانية (من 7 إلى 10 سنوات) أي بنسبة تقدر ب:51.66%، ثم تليها الفئة العمرية الأولى (من 3 إلى 6 سنوات) حيث بلغت نسبتها 30%، ثم تليها الفئة العمرية الثالثة (من 11 إلى 14 سنة) أي بنسبة تقدر ب:11.66%، وأقل نسبة كانت تخص الفئة العمرية الرابعة (من 15 إلى 18 سنة) و قدرت ب:6.66%.

4- خصائص العينة حسب متغير مدة التكفل بالطفل المتوحد في المراكز المخصصة:

الجدول 5- 4 يوضح خصائص متغير العينة حسب مدة التكفل بالطفل المتوحد في المراكز المخصصة

النسبة	التكرار	
3.33%	02	أقل من سنة
38.33%	23	من 1 سنة إلى 2 سنة
50%	30	من 3 سنوات إلى 5 سنوات
6.45%	04	من 6 سنوات إلى 8 سنوات
1.66%	01	من 9 سنوات فما فوق
100%	60	المجموع

نلاحظ من جلال الجدول أن مدة التكفل الأعلى بالطفل المتوحد في المراكز الخاصة ترجع إلى الفئة الثالثة (من 3 إلى 5 سنوات) ،حيث بلغت نسبتها ب:50%، ثم تليها الفئة الثانية (من 1 إلى سنتين) ،حيث قدرت النسبة ب:38.33%، ثم تليها الفئة الرابعة (من 6 إلى 8 سنوات) بنسبة قدرت ب:6.45%، ثم تليها الفئة الأولى (أقل من سنة) بنسبة قدرت ب:3.33% ، و أخيرا الفئة الخامسة والأخيرة (من 9 سنوات فما فوق) بنسبة قدرت ب:1.66% .

5- خصائص العينة حسب متغير سن الأم:

الجدول 5-5 يوضح خصائصا لعينة حسب متغير سن الأم

النسبة	التكرار	الفئة العمرية
11.66%	07	من 20 إلى 29 سنة
51.66%	31	من 30 إلى 39 سنة

الفصل الخامس: الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

من 40 إلى 49 سنة	20	33.33%
من 50 إلى 59 سنة	01	1.66%
من 60 إلى 69 سنة	01	1.66%
المجموع	60	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية الأمهات اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين الفئة العمرية الثانية (من 30 إلى 39 سنة) أي بما يعادل نسبة 51.66%، ثم تليها الفئة العمرية الثالثة (من 40 إلى 49 سنة)، حيث بلغت نسبتهن 33.33%، ثم تليها الفئة العمرية الأولى الشابة (من 20 إلى 29 سنة) بنسبة تقدر ب: 11.66%، وأخيرا كانت الفئتين الرابعة (من 50 إلى 59 سنة) و الخامسة (من 60 إلى 69 سنة) هي أقل نسبتيين بحم كبر السن حيث قدرت ب 1.66%.

5- خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأُم:

الجدول 5- 6 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأُم

النسبة	التكرار	
13.33%	08	المستوى الابتدائي و أقل
31.66%	19	المستوى المتوسط
28.33%	17	المستوى الثانوي
26.66%	16	المستوى الجامعي
100%	60	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسبة هي للأمهات اللواتي لديهن المستوى التعليمي المتوسط أي بنسبة تقدر ب: 31.66%، ثم تليها نسبة 28.33% وتمثل الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي، وبعدها

الفصل الخامس: الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

اللواتي لديهم المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 26.66 % ، وأخيرا الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و أقل ،بنسبة 13.33% وهي أقل نسبة.

6- خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأم:

الجدول 5-7 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأم

النسبة	التكرار	
26.66%	16	المستوى الجيد
73.33%	44	المستوى المتوسط
00%	00	المستوى ضعيف
100%	60	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن العين حصرت بين الفئتين الأولى والثانية وغياب الفئة الأخيرة حيث نلاحظ أن نسبة الأمهات اللواتي لديهم مستوى اقتصادي متوسط (لا بأس به) هي الأعلى ،حيث قدرت ب:73.33 % ،ثم تليها نسبة الأمهات اللواتي لديهم مستوى اقتصادي جيد،حيث قدرت ب:26.66% ،ونلاحظ غياب اللواتي لديهم دخل اقتصادي ضعيف.

7- خصائص العينة حسب متغير بيئة الأم ريفية / حضرية :

الجدول 5-8 - يوضح خصائص العينة حسب متغير بيئة الأم الريفية/ الحضرية

النسبة	بيئة الأم	
80%	48	ريفية
20%	12	حضرية
100%	60	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الأمهات اللواتي يعشن في بيئة حضرية أبر بكثير من اللواتي يعشن في الريف، حيث بلغت نسبة اللواتي يعشن في المدينة ب: 80 %، و اللواتي يعشن في لبيئة الريفية قدرت نسبتهن ب 20: % .

8- خصائص العينة حسب متغير تقديم الدعم من طرف الزوج:

الجدول 5-9 يوضح خصائص العينة حسب متغير تقديم الدعم من طرف الزوج

النسبة	وجود دعم الزوج	
56.66%	34	نعم
43.33%	26	لا
100%	60	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأمهات اللواتي يتلقين الدعم من طرف أزواجهن أكثر من اللواتي لا يتلقين الدعم، فقد قدرت النسبة ب: 56.66 %، واللواتي لا يتلقين الدعم قدرت نسبتهن ب: 43.33 % .

ملاحظة: هناك أم أرملة لا تتلقى الدعم بحكم وفات الزوج. وهناك من عوضت الدعم الذي تتلقاه من طرف أم الزوج.

9- خصائص العينة حسب متغير رتبة الطفل بين إخوته:

الجدول 5- 10 يوضح خصائص العينة حسب رتبة الطفل بين إخوته

رتبة الطفل	التكرار	النسبة
بين 1 و 3 إخوة	44	%73.33
بين 4 و 6 إخوة	14	%23.33
بين 7 و 9 إخوة	02	%3.33
المجموع	60	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الأطفال الذين جاءوا في الفئة الأولى رتبهم بين 1 و 3 إخوة هم الأغلب بنسبة قدرت ب: %73.33 ، ثم يليهم أطفال الفئة الثانية الذين يكون ترتيبهم بين 4 و 6 إخوة بنسبة قدرت ب: %22.33، وأخيرا الذين كانوا في الفئة الثالثة و جاءت رتبهم بين 7 و 9 إخوة كانوا أقل عددا حيث قدرت نسبتهم ب: %03.33.

6/- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات):

1/6 - مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ليونغ Yong (في نسخته المختصرة):

يحتوي هذا المقياس على 75 بند موزعة على 15 مخطط و يحتوي كل مخطط على 5 مخططات الأكثر تمثيلا للمخطط . و فيما يلي سنعرض المخططات التي يتضمنها المقياس:

جدول 5-11 يوضح أبعاد مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة و عدد بنودها .

البنود	المخطط	البنود	المخطط
45 - 41	العلاقة الإندماجية	05 - 01	الحرمان العاطفي
50 - 46	الخضوع	10 - 06	التخلي / عدم الإستقرار
55 - 51	التضحية	15 - 11	الحذر التعدي
60 - 56	التحكم المفرط في الانفعالات	20 - 16	الإنعزال الإجتماعي
65 - 61	المتطلبات العالية	25 - 21	الخجل و عدم الكمال
70 - 66	السيطرة	30 - 26	الفشل
75 - 71	نقص التحكم في الذات	35 - 31	التبعية /عدم الكفاءة
75 - 01	المخططات المعرفية غير المكيفة	40 - 36	القابلية للانجراح

1-وصف مقياس: تعرف المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة من الناحية الإجرائية على أنها مجموع الدرجات الكلية التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس يونغ للمخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة (النسخة المختصرة).

(young Schema Questionnaire ,Short-Form,YSQ-SF, 1994)

والذي أعده جيفري يونغ لقياس و تقييم المخططات غير المكيفة و يحتوي على 15 مخطط موزع على خمسة مجالات و متكونة من 75 بند وهي كالآتي:

● **مجال الانفصال والرفض:** ويضم 5مخططات هي: مخطط النقص العاطفي،الشعور بالتخلي والإهمال،عدم الاستقرار، والشك والتعدي،الانطواء الاجتماعي، الشعور بالنقص والخجل والمنحصر بين البند 1 و 25 .

● **مجال نقص الاستقلالية و الكفاءة :** و يضم 4 مخططات وهي: الفشل، التبعية وعدم الكفاءة، الخوف من المرض و الخطر، العلاقات الاندماجية و المنحصر بين البند 26 و 45 .

● **مجال نقص الحدود :** و فيه مخططين هما: الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة، نقص التحكم الذاتي الانفعالي و المنحصر بين البند 61 و 65 و بين 71 و 75 .

● مجال التوجه المفرط نحو الآخرين : وفيه مخططين هما: الخضوع، التضحية و المنحصر بين البند 46 و 55 .

● مجال اليقظة المفرطة : وفيه مخططين هما: التحكم الانفعالي المفرط، المثاليات المتطلبة المفرطة و المنحصر بين البند 56 و 60 و بين 66 و 70 .

2-طريقة تصحيح المقياس:

تتم الإجابة عنها ضمن ستة اختيارات هي :لا تنطبق تماما (الدرجة 01) ،لا تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 02) ، والإجابة لا تنطبق (الدرجة 03) ،والإجابة تنطبق بدرجة متوسطة (الدرجة 04) ، والإجابة تنطبق بدرجة كبيرة (الدرجة 05) والإجابة تنطبق تماما (الدرجة 06) .
ويتراوح مجموع درجات المفحوص في كل مخطط ما بين 05 إلى 30 درجة ، تدل الدرجة العالية المتحصل عليها على أن المخطط موجود ويؤثر في السلوك الناتج عنه. (BOUVARD,2009:295).

أما مستويات تأثيرا لمخططات على الفرد فهي حسب المعايير التالية:

جدول 5-12 يمثل مستويات تأثير المخططات المبكرة غير المكيفة على الفرد

الدرجة	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	الدرجة	مستويات تأثير المخطط الواحد على الفرد
149-75	المخطط لا يؤثر على الفرد	9-5	المخطط لا يؤثر على الفرد
224-150	المخطط يؤثر في بعض الظروف	14-10	المخطط يؤثر في بعض الظروف
299-225	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد	19-15	المخطط يمثل مشكل بالنسبة للفرد
374-300	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	24-20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد
450-375	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	30-25	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد

3- التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

(أ) الصدق:

الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية ، يعتمد هذا الأسلوب على مقارنة درجات القيم العليا بدرجات القيم الدنيا في الإختبار ، و تتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين

الفصل الخامس: الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

المتوسطين ، فإذا كانت هناك دلالة إحصائية واضحة للفرق بين متوسط القيم العليا و متوسط القيم الدنيا ، نقول أن هذا الإختبار صادق.

جدول 5-13 يمثل مستوى الدلالة بين القيم العليا و الدنيا للدرجة الكلية للمقياس.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة
0.01	30	14.22	28.70	366.62	16
			28.27	223.37	16
					القيم العليا
					القيم الدنيا

نلاحظ من خلال الجدول أن عينة الدراسة الإستطلاعية تبين أن هناك فروق دالة إحصائية بين القيم العليا و القيم الدنيا في أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس، ومنه يمكن القول أن المقياس المطبق في هذه الدراسة صادق و مميز.

كما أن قيمة (ت) دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، أي أن المقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه ، وبالتالي يمكن تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

ب) الثبات:

1- التجزئة النصفية: تم قياس معامل الثبات لمقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة بطريقة التجزئة النصفية ، فكانت قيمته (0.66)، و بعد تعديله بمعامل سيبرمان- براون بلغت قيمته (0.80) و هذا يدل على أن المقياس حقق درجة مقبولة من الثبات ، حيث تسمح لنا المؤشرات الإحصائية التي تم التوصل إليها باستخدام هذا المقياس بكل أريحية.

2- الإتساق الداخلي عن طريق معامل ألفا كرومباخ: تم حساب ثبات المقياس باستعمال معامل ألفا كرومباخ للاتساق الداخلي ،لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لقياس مفهوم المخططات المبكرة غير المكيفة ، كما أن عدد البدائل هو 6 ، و عليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا كرومباخ. و قد بلغت قيمة معامل ألفا كرومباخ لكل بنود المقياس (0.85) و هي تشير إلى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي ،أي أنالمقياس يكشف أكثر من 80% من المخططات المبكرة غير المكيفة لدى عينة الدراسة الاستطلاعية ، و عليه فإن المقياس يتمتع بالثبات .

ومما سبق نستخلص أن مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق و الثبات تسمح لنا باستخدامه كأداة جمع بيانات الدراسة الأساسية.

2/6- إستبيان إدراك الضغط النفسي للفينستين Levenstein

1- وصف المقياس: أعد هذا المقياس من طرف الباحث "Levenstein" و آخرون (1993) بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط النفسي، ويشمل على (30) ثلاثون بنداً، حيث يوجد نوعين منها: المباشرة: تتمثل في (22) بند، وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، و إلى مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض.

البنود المباشرة: 30.28.27.26.24.23.22.20.19.18.16.15.14.12.11.9.8.6.5.4.3.2

أما البنود غير مباشرة: تتمثل في (08) بنود وتدل على وجود مؤشرات إدراك مرتفع عندما يجيب المفحوص عليها بالقبول.

البنود غيرمباشرة: 29.25.21.17.13.10.7.1

2- تكيف المقياس على البيئة الجزائرية: تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق و الثبات وهو الجذر التربيعي لمعادلة الثبات، حيث وجد معامل الصدق الذاتي يساوي (0.93) وهي عالية وبالتالي فالمقياس يتميز بالصدق، أما معامل الثبات تم حسابه بطريقة أفا- كرونباخ، حيث وجد أن قيمته تساوي (0.87)، و هذا يدل على أن معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائياً، كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وباستخدام معادلة سبيرمان- براون، المعادلة أصبح معامل الثبات (0.88)، و بهذا فإن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية. (مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، العدد التاسع، جوان 2018، ص 522).

3- كيفية تطبيق المقياس: يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي وتتمثل التعليمات فيما يلي:

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (*) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً، و ذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، و أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بالتفكير أو مراجعة إجابتك

الفصل الخامس: الجانب الميداني: الإجراءات المنهجية للدراسة الأساسية

و احرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المدة. هناك أربع اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الاختبار وهي بالترتيب: تقريبا أبدا، أحيانا، كثيرا، عادة.

4-كيفية تصحيح المقياس: إن كيفية تصحيح وتنقيط عبارة الاختبارات يتم التدرج فيها من 1 إلى 4 نقاط، وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنتقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا)، إلى اليسار (عادة)، أما البنود غير المباشرة فتنتقط من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا)، إلى اليسار (عادة) .

الجدول (5-14) يوضح ذلك، إذ بعد تنقيط كل بند، نقوم بجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

الجدول 5- 14 يمثل كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط للفينستين

البنود	بنود مباشرة	بنود غير مباشرة
1- تقريبا أبدا	- نقطة	- 4 نقاط
2- أحيانا	- نقطتان	- 3 نقاط
3- كثيرا	- 3 نقاط	- نقطتان
4- عادة	- 4 نقاط	- نقطة

5- الأساليب الإحصائية الخاصة بالمقياس: يتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة،

و يستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا المقياس، وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{الدرجة الخام} - 30}{90}$$

$$90$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر (0) ويدل على أدنى مستوى من الضغط إلى واحد (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (خلفية أيت حمودة، 2005).

6- صدق وثبات المقياس:

-الصدق: حسب دراسة ليفينستاين Levenstein التي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي، الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقياس الآخر للضغط، أظهرت النتائج أن هناك ارتباط قوي بهذا المقياس مع "سمة القلق" يقدر ب: 0.75، ومع مقياس إدراك الضغط ل: "كوهين" (Cohen) يقدر ب: 0.73، بينما سجل ارتباط معتدل يقدر ب: 0.56 مع مقياس الاكتئاب و ارتباط ضعيف يقدر ب: 0.35 مع مقياس قلق الحالة.

-الثبات: قام ليفينستاين بقياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل (ألفا)، فأظهر وجود تماسك قوي يقدر ب: 0.90، كما أظهر قياس ثبات المقياس باستعمال طريقة التطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر بثمانية أيام، وجود معامل ثبات مرتفع يقدر ب: 0.80، يشير ليفينستاين و آخرون سنة (1993) بأن هذا الاستبيان يعتبر أداة ثمينة وإضافية لوسائل البحوث النفسية الجسدية و يمكن أن يكون عاملا تنبؤيا هاما للحالة الصحية للفرد لاحقا. (خليفة أيت حمودة، 2005، ص226).

7- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم من خلال إجراءات الدراسة الإستطلاعية تحقيق عدة أهداف من بينها:

-التعرف على العينة المطلوبة و التأكد من توفرها بالخصائص المطلوبة.

-تطبيق الأدوات السيكومترية و التحقق من صدقها و ثباتها، و التأكد من صلاحها لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

-التعرف على بعض المراكز و الجمعيات و العيادات الخاصة التي تتكفل بهذه الفئة، والإمكانيات المتوفرة بها.

7/ الدراسة الأساسية:

1- عينة الدراسة الأساسية و طريقة اختيارها: تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة معينة و إجراء الدراسة عليها، ومن تم استخدام تلك النتائج و تعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلية.(عبيدات، أبو نصار، مبيضين، 1999).

و يقصد بالمعينة هي: " مجموعة من العمليات تسمح بانتقاء مجموعة فرعية من مجتمع البحث بهدف تكوين عينة."(موريس أنجرس، 2006، ص 301).

لقد تمت عملية المعينة من خلال اختيار 120 أم لطفل متوحد متكفل به في إحدى المراكز العلاجية السابقة الذكر، وهذا حسب الملفات الموجودة في الإدارة (و التشخيص يكون من طرف مختص) بطريقة قصدية، وبرغبة منهن في تقديم يد المساعدة للباحثة و إكمال الدراسة.

وتعرف العينة القصدية على أنها: " هي التي يختارها الباحث اختيارا انتقائيا عمديا وفق شروط محددة تفي بغرض البحث."(محمد داودي، 2007، ص 70).

2- خصائص العينة :

وتتكون عينة الدراسة من 120 أم لطفل متوحد متابع بأحد الهياكل التي تتكفل بفئة الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد (المراكز، العيادات، الجمعيات) على مستوى بلدية ورقلة و تقرت، و الجدول التالي يبين انتشار العينة حسب هذه الهياكل:

1-2 خصائص توزيع العينة حسب هياكل التكفل:

15-5 جدول يوضح انتشار العينة حسب هياكل التكفل

الرقم	مكان التكفل	عدد الأمهات	النسبة المئوية
01	المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا(01)المخادمة ورقلة.	07	%05.83
02	المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا(02)الخفجي ورقلة .	12	%10.00
03	المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا(03)تقرت .	20	%16.66
04	جمعية الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد بورقلة رقم (02) المركز الإسلامي ورقلة .	20	%16.66
05	عيادة بسمة للصحة النفسية بوغوفالة ورقلة	41	%34.16
06	عيادة الأمل للتكفل النفسي والارطوفوني لاسيليس ورقلة.	20	%16.66
	المجموع	120	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأمهات من عيادة بسمة للصحة النفسية بورقلة ،هي الأكبر حيث قدر عدد الأمهات ب:41 أم، أي بنسبة 34.16%، ثم تليها أمهات الأطفال المتكفل بهم في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا(3) بتقرت، و الأمهات من جمعية الأطفال الموحدين بورقلة ، و أمهات من عيادة الأمل للتكفل النفسي و الأرطفوني بورقلة، حيث قدر عدد الأمهات ب:20 أم ، أي بنسبة قدرت ب:16.66% لكل منهم ،و تأتي نسبة أمهات الأطفال المتكفل بهم في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا (2) بالخفجي ورقلة، حيث بلغ عدد الأمهات 12 أم ،أي بنسبة قدرت ب:10%.

وأخيرا تأتي نسبة أمهات الأطفال المتكفل بهم في المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا (1) بمخادمة ورقلة في المرتبة الأخيرة، حيث بلغ عدد الأمهات 07 أي بنسبة قدرت ب:05.83%.

2-2 خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد:

وقد لخصت في الجدول التالي:

الجدول 5- 16 يوضح خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل الذي يعاني من طيف التوحد

النسبة المئوية	التكرار	
%71.66	86	نكر
%28.33	34	أنثى
%100	120	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن توزيع العينة حسب الجنس لم يكن متساويا ،حيث كانت نسبة الذكور أعلى ،إذ قدرت ب: 71.66 % ،أما نسبة الإناث فقد قدرت ب: 28.33%.

3-2 خصائص العينة حسب متغير سن الطفل المتوحد:

الجدول 5- 17 يوضح خصائص العينة حسب متغير سن الطفل المتوحد

النسبة	التكرار	الفئة العمرية
%35.83	43	من 3 إلى 6 سنوات
%45	54	من 7 إلى 10 سنوات
%15.83	19	من 11 إلى 14 سنة
%3.33	04	من 15 إلى 18 سنة
%100	120	المجموع

نلاحظ من جلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة يتراوح أعمارهم ما بين الفئة العمرية الثانية (من 7 إلى 10 سنوات) أي بنسبة تقدر ب:45%، ثم تليها الفئة العمرية الأولى (من 3 إلى 6 سنوات) حيث بلغت نسبتها 35.83%، ثم تليها الفئة العمرية الثالثة (من 11 إلى 14 سنة) أي بنسبة تقدر ب15.83 6%، وأقل نسبة كانت تخص الفئة العمرية الرابعة (من 15 إلى 18 سنة) وقدرت ب3.33%.

2-4 خصائص العينة حسب متغير مدة التكفل بالطفل المتوحد في المراكز المخصصة:

الجدول 5- 18 يوضح خصائص متغير العينة حسب مدة التكفل بالطفل المتوحد في المراكز المخصصة

النسبة	التكرار	
10%	12	أقل من سنة
40.83%	49	من 1 سنة إلى 2 سنة
42.5%	51	من 3 سنوات إلى 5 سنوات
5.83%	07	من 6 سنوات إلى 8 سنوات
0.83%	01	من 9 سنوات فما فوق
100%	120	المجموع

نلاحظ من جلال الجدول أن مدة التكفل الأعلى بالطفل المتوحد في المراكز الخاصة ترجع إلى الفئة الثالثة (من 3 إلى 5 سنوات) ،حيث بلغت نسبتها ب:42.5%، ثم تليها الفئة الثانية (من 1 إلى سنتين) ،حيث قدرت النسبة ب:40.83%، ثم تليها الفئة الرابعة (من 6 إلى 8 سنوات) بنسبة قدرت ب:6.45%، ثم تليها الفئة الأولى (أقل من سنة) بنسبة قدرت ب:10% ،و أخيرا الفئة الخامسة والأخيرة (من 9 سنوات فما فوق) بنسبة قدرت ب:0.83% .

2- 5 خصائص العينة حسب متغير سن الأم:

الجدول 5- 19 يوضح خصائص العينة حسب متغير سن الأم

النسبة	التكرار	الفئة العمرية
%10.83	13	من 20 إلى 29 سنة
%48.33	58	من 30 إلى 39 سنة
%38.33	46	من 40 إلى 49 سنة
%1.66	02	من 50 إلى 59 سنة
%0.83	01	من 60 إلى 69 سنة
%100	120	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية الأمهات اللواتي يتراوح أعمارهن ما بين الفئة العمرية الثانية (من 30 إلى 39 سنة) أي بما يعادل نسبة 48,33%، ثم تليها الفئة العمرية الثالثة (من 40 إلى 49 سنة)، حيث بلغت نسبتهم 38,33%، ثم تليها الفئة العمرية الأولى الشابة (من 20 إلى 29 سنة) بنسبة تقدر ب: 10.83%، و تم تليها الفئة الرابعة (من 50 إلى 59 سنة) بنسبة قدرت ب: 1.66، و في الأخير تليها الفئة الخامسة (من 60 إلى 69 سنة) و هي أقل نسبة بحم كبير السن حيث قدرت ب: 0.83%.

2-6 خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأمم:

الجدول 5- 20 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأمم

النسبة	التكرار	
10.83%	13	المستوى الابتدائي و أقل
25%	30	المستوى المتوسط
36.66%	44	المستوى الثانوي
27.5%	33	المستوى الجامعي
100%	120	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسبة هي للأممات اللواتي لديهن المستويالثانوي أي بنسبة تقدر ب:36.66%، ثم تليها نسبة 27.33% وتمثل الأممات ذوات المستوى التعليمي الجامعي،وبعدها اللواتي لديهن المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 25 % ، وأخيرا الأمماتذواتالمستوى التعليميالابتدائي و أقل وهن،بنسبة 10.83% وهي أقل نسبة.

2-7 خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأمم:

جدول 5- 21 يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي للأمم

النسبة	التكرار	
29.16%	35	المستوى الجيد
69.16%	83	المستوى المتوسط
01.66%	02	المستوى ضعيف
100%	120	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن أمهات المستوى الاقتصادي المتوسط (لا بأس به) هن الأغلب حيث بلغ عددهن 83 أم ، وبنسبة قدرت ب: 69.16%، ثم تليها الأمهات اللواتي لديهن مستوى اقتصادي الجيد، حيث بلغ عددهن 35 أم بنسبة قدرت ب: 29.16% ، وفي الأخير جاءت الأمهات ذوات المستوى الإقتصادي الضعيف حيث بلغ عددهن 02 فقط بنسبة قدرت ب: 01.66%.

2-8 خصائص العينة حسب متغير بيئة الأم ريفية / حضرية :

الجدول 5- 22 يوضح خصائص العينة حسب متغير بيئة الأم الريفية/ الحضرية

النسبة	بيئة الأم	
%80.83	97	ريفية
%19.16	23	حضرية
%100	120	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن الأمهات اللواتي يعشن في بيئة حضرية أبكر بكثير من اللواتي يعشن في الريف ،حيث بلغت نسبة اللواتي يعشن في المدينة ب: %80.83، و اللواتي يعشن في لبيئة الريفية قدرت نسبتهن ب: 19.16% .

2-9 خصائص العينة حسب متغير تقديم الدعم من طرف الزوج:

الجدول 5- 23 يوضح خصائص العينة حسب متغير تقديم الدعم من طرف الزوج

النسبة	وجود دعم الزوج	
%56.66	68	نعم
%43.33	52	لا
%100	120	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأمهات اللواتي يتلقين الدعم من طرف أزواجهن أكبر من اللواتي لا يتلقين الدعم، فقد قدرت النسبة ب: 56.66%، واللواتي لا يتلقين الدعم قدرت نسبتهن ب: 43.33% .

ملاحظة: هناك أم أرملة لا تتلقى الدعم بحكم وفات الزوج. وهناك من عوضت الدعم الذي تتلقاه من طرف أم الزوج.

2-10 خصائص العينة حسب متغير رتبة الطفل بين إخوته:

الجدول 5- 24 يوضح خصائص العينة حسب رتبة الطفل بين إخوته

رتبة الطفل	التكرار	النسبة
بين 1 و 3 إخوة	89	74.16%
بين 4 و 6 إخوة	26	21.66%
بين 7 و 9 إخوة	05	04.16%
المجموع	120	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الأطفال الذين جاءوا في الفئة الأولى رتبتهم بين 1 و 3 إخوة هم الأغلب بنسبة قدرت ب: 74.16%، ثم يليهم أطفال الفئة الثانية الذين يكون ترتيبهم بين 4 و 6 إخوة بنسبة قدرت ب: 21,66%، وأخيرا الذين كانوا في الفئة الثالثة و جاءت رتبهم بين 7 و 9 إخوة كانوا أقل عددا حيث قدرت نسبتهم ب: 04.16%.

3- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية: تم توزيع استبيانين معا على أمهات أطفال طيف التوحد و اللاتي كن يتابعن أبناءهن في أحد مراكز الكفالة المذكورة سابقا، و طلب منهن الإجابة على بنود هذين المقياسين بوضع إشارة على البدائل التي تناسب استجاباتهن الحقيقية و بكل صراحة، مع إعطاء الوقت الكافي إما داخل المركز أو في البيت و إحضار الاستمارة فيما بعد.

4- الأساليب الإحصائية: استعملت الباحثة في هذه الدراسة لتحليل النتائج بالنظام الإحصائي (IBM- SPSS) نسخة 22 وهو أكثر الأنظمة الإحصائية استخداما لإجراء التحليلات و المعالجات الإحصائية المختلفة في شتى أنواع البحوث، و أهم الأساليب الإحصائية المستعملة تمثلت فيما يلي:

- اختبارات t (ت): لدراسة الفروق و المتوسطات لعينتين مختلفتين

- اختبار f (ف)

- الإنحراف المعياري

- معامل الارتباط

- المتوسط الحسابي

الفصل السادس:

عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الثانية:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية السادسة:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية السابعة:
- عرض و تحليل و مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

1 / عرض وتحليل النتائج

1/1- عرض الفرضية الأولى: والتي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي والمخططات المعرفية ، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين

المتغيرين ونتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي

الجدول 6- 01 يوضح العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي والمخططات المعرفية

العينة <N>	مستوى الدلالة	درجة الحرية	معامل الإرتباط	المخططات المعرفية	الضغط النفسي
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	النقص العاطفي	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,04	عدم الاستقرار	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,05	ابتعدي الشك	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	العزلة والانطواء	
120	دالة عند 0,05	118	0,21	عدم الكمال	
120	دالة عند 0,05	118	0,20	الفشل	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,09	عدم الكفاءة	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,08	القابلية للجرح	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	العلاقة الصحية	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	الخضوع الاجباري	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	التضحية	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,03	التحكم المفرط	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,10	متطلبات عالية	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,02	السيطرة الزائدة	
120	غير دالة عند 0,05	118	0,07	نقص التحكم	

يتضح من خلال الجدول رقم (6-01) بأنه توجد علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي و المخططات المعرفية في المخططين فقط وهما: عدم الكمال والفشل، حيث قدرت قيمة حر < المحسوبة في مخطط عدم الكمال 0,21 وهي قيمة دالة عند المستوى الدلالة 0,05، كما يلاحظ أيضا أن هناك علاقة بين الضغط النفسي ومخطط الفشل، حيث قدرت قيمة حر < المحسوبة ب: 0,20 وهي قيمة دالة عند المستوى الدلالة 0,05،

أما بقية المخططات المعرفية فقد جاءت معاملات الارتباط بها غير دالة إحصائياً عند المستوى الدلالة 0,05 ومنه نستطيع القول بأنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ومخططي عدم الكمال والفشل.

2/1- عرض الفرضية الثانية: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و بيئة الأم ، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي

الجدول 6- 02 يوضح الفروقات بين المخططات المعرفية وبيئة الأم

المخططات المعرفية	بيئة الأم	N	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري	T ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المخططات المعرفية ككل	حضري	98	264,59	56,77	-1,75	118	0,08 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	288,54	62,93			
النقص العاطفي	حضري	98	17,36	6,03	-1,33	118	0,18 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	19,22	5,40			
عدم الاستقرار	حضري	98	17,30	6,45	-1,22	118	0,22 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	19,13	5,91			
ابتعدي الشك	حضري	98	17,38	5,45	-1,46	118	0,14 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	19,27	5,46			
العزلة والانطواء	حضري	98	17,97	6,80	-1,40	118	0,16 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	20,22	6,79			
عدم الكمال	حضري	98	19,18	7,12	0,05	118	0,95 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	19,09	7,36			
الفشل	حضري	98	18,52	6,59	-1,13	118	0,25 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	20,31	7,27			
عدم الكفاءة	حضري	98	17,41	6,48	-0,33	118	0,73 غير دالة عند 0,05
	ريفي	22	17,95	8,07			
القابلية للجرح	حضري	98	17,60	6,10	-2,89	118	0,00

دالة عند 0,05			6,19	21,77	22	ريفي	
0,90	118	0,11	5,96	17,62	98	حضري	العلاقة الصحية
غير دالة عند 0,05			6,22	17,45	22	ريفي	
0,85	118	-0,18	6,19	17,68	98	حضري	الخضوع الاجباري
غير دالة عند 0,05			7,24	17,95	22	ريفي	
0,15	118	-1,42	6,57	16,82	98	حضري	التضحية
غير دالة عند 0,05			6,05	19,00	22	ريفي	
0,90	118	-0,12	6,74	18,07	98	حضري	التحكم المفرط
غير دالة عند 0,05			7,06	18,27	22	ريفي	
0,00	118	-2,71	6,91	16,81	98	حضري	متطلبات عالية
دالة عند 0,05			6,29	21,18	22	ريفي	
0,36	118	-0,91	5,89	17,72	98	حضري	السيطرة الزائدة
غير دالة عند 0,05			6,95	19,04	22	ريفي	
0,27	118	-1,10	6,96	17,08	98	حضري	نقص التحكم
غير دالة عند 0,05			5,84	18,63	22	ريفي	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6-02) بأنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في المخططين هما: القابلية للجرح والمتطلبات العالية بإختلاف بيئة الأم بالنسبة لمخطط القابلية للجرح لصالح الريف حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي للأمهات ذوات البيئة الريفية ب: 21,77 بانحراف معياري مقدر ب: 6,19، أما الأمهات ذوات البيئة الحضرية قدرت قيمة المتوسط الحسابي ب: 17,60، بانحراف معياري مقدر ب: 6,10، كلما قدرت قيمة ت المحسوبة ب -2,89، ودرجة حرية 118، ومستوى دلالة عند 0,05، كذلك الأمر بالنسبة لمخطط المتطلبات العالية لصالح الريف حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي للأمهات ذوات البيئة الريفية ب: 21,18 بانحراف معياري مقدر ب 6,29، أما الأمهات ذوات البيئة الحضرية فقدرت قيمة المتوسط الحسابي ب: 16,81، بانحراف معياري مقدر ب: 6,91، كما قدرت قيمة ت المحسوبة ب: -2,71 ودرجة حرارة 118، وعليه فإن الأمهات البيئة الريفية تعتمد على مخططي القابلية للجرح والمتطلبات العالية وذلك بحكم أن الطفل متواجد بصفة دائمة مع الأم، وهي على عكس الأم الحضرية التي تقوم بوضع طفلها في مراكز التأهيل أو رياض الأطفال، مما يخفف عليها بعض الضغوط النفسية

أما بقية المخططات المعرفية فقد كانت فيهم قيمة ت المحسوبة غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

3/1- عرض الفرضية الثالثة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية والمستوى التعليمي للأم ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 6- 03 يبين الفروقات بين المخططات المعرفية والمستوى التعليمي للأم.

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0,12	1,92	6418,76	3	19256,29	بين المجموعات	المخططات المعرفية
		3335,34	116	386899,67	داخل المجموعات	
			119	406155,96	المجموع	
0,02	3,26	109,22	3	327,68	بين المجموعات	النقص العاطفي
		33,42	116	3877,11	داخل المجموعات	
			119	4204,79	المجموع	
0,28	1,28	51,86	3	155,60	بين المجموعات	عدم الاستقرار
		40,32	116	4677,99	داخل المجموعات	
			119	4833,59	المجموع	
0,53	0,73	22,22	3	66,67	بين المجموعات	التعدي الشك
		30,26	116	3510,79	داخل المجموعات	
			119	3577,46	المجموع	
0,10	2,12	96,50	3	289,51	بين المجموعات	العزلة/ الإنطواء
		45,32	116	5257,07	داخل المجموعات	
			119	5546,59	المجموع	
0,46	0,85	43,82	3	131,46	بين المجموعات	عدم الكمال
		51,07	116	5925,20	داخل المجموعات	
			119	6056,66	المجموع	
0,32	1,17	52,80	3	158,40	بين المجموعات	الفشل
		45,09	116	5230,89	داخل المجموعات	
			119	5389,30	المجموع	

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

0,10	2,07	92,68	3	278,04	بين المجموعات	عدم الكفاءة
		44,60	116	5173,92	داخل المجموعات	
			119	5451,96	المجموع	
0,10	2,06	79,77	3	239,33	بين المجموعات	القابلية للجرح
		38,69	116	4488,53	داخل المجموعات	
			119	4727,86	المجموع	
0,18	1,65	60,65	3	181,95	بين المجموعات	العلاقة الدمحية
		36,66	116	4253,03	داخل المجموعات	
			119	4434,99	المجموع	
0,20	1,56	62,58	3	187,76	بين المجموعات	الخضوع الاجباري
		39,99	116	4639,70	داخل المجموعات	
			119	4827,46	المجموع	
0,66	0,52	22,59	3	67,78	بين المجموعات	التضحية
		42,97	116	4985,14	داخل المجموعات	
			119	5052,92	المجموع	
0,51	0,76	35,49	3	106,47	بين المجموعات	التحكم المفرط
		46,19	116	5359,11	داخل المجموعات	
			119	5465,59	المجموع	
0,54	0,71	35,20	3	105,61	بين المجموعات	متطلبات عالية
		49,21	116	5708,75	داخل المجموعات	
			119	5814,36	المجموع	
0,85	0,26	9,90	3	29,97	بين المجموعات	السيطرة للزائدة
		37,79	116	4383,89	داخل المجموعات	
			119	4413,86	المجموع	
0,92	0,16	5,83	3	17,51	بين المجموعات	نقص التحكم
		36,12	116	4190,35	داخل المجموعات	
			119	4207,86	المجموع	

يتضح من خلال الجدول رقم(6-03) بأنه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مخطط واحد وهو المقص العاطفي باختلاف المستوى التعليمي للأم، حيث قيمة (ف) المحسوبة ب: 3,26 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، كما نلاحظ أن الأم التي تتأثر أكثر بمخطط النقص العاطفي هي التي لها مستوى تعليمي أقل من الابتدائي، حيث قدر المتوسط الحسابي بها : 20,75 و بانحراف معياري قدر ب: 7,11، ثم تليها الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي ثانوي حيث قدر المتوسط الحسابي ب: 18,65 و بانحراف معياري قدر ب: 5,7، ثم تليها الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي متوسط حيث قدر المتوسط الحسابي ب: 17,64 و بانحراف معياري قدر ب: 5,94، وفي الأخير جاءت الأمهات اللواتي لهن مستوى تعليمي جامعي. فالمستوى التعليمي العالي يساعد الأم على توفير معلومات التي تساعد على كيفية التعامل مع طفلها المتوحد وتقليل المسافة بينها وبين طفلها حيث توفر له حنان وعاطفة أكبر. (أنظر الملحق رقم: 29-5)

أما بقية المخططات المعرفية فليس لها تأثير باختلاف المستوى التعليمي فقد جاءت كلها غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

4/1- عرض الفرضية الرابعة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و المستوى الإقتصادي للأم ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 6- 04 يبين الفروقات بين المخططات المعرفية و المستوى الإقتصادي للأم

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المخططات المعرفية
0,28	1,26	4282,65	2	8565,30	بين المجموعات
		3398,21	117	397590,65	داخل المجموعات
			119	406155,96	المجموع
0,40	0,90	32,00	2	64,01	بين المجموعات
		35,39	117	4140,77	داخل المجموعات
			119	4204,79	المجموع

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

0,75	0,27	11,47	2	22,95	بين المجموعات	عدم الاستقرار
		41,11	117	4810,64	داخل المجموعات	
			119	4833,59	المجموع	
0,29	1,25	37,48	2	74,97	بين المجموعات	التعدي الشك
		29,93	117	3502,49	داخل المجموعات	
			119	3577,46	المجموع	
0,57	0,56	26,51	2	53,03	بين المجموعات	العزلة/ الإنطواء
		46,95	117	5493,55	داخل المجموعات	
			119	5546,59	المجموع	
0,56	0,57	29,65	2	59,30	بين المجموعات	عدم الكمال
		51,25	117	5997,36	داخل المجموعات	
			119	6056,66	المجموع	
0,14	1,95	87,20	2	174,40	بين المجموعات	الفشل
		44,57	117	5214,89	داخل المجموعات	
			119	5389,30	المجموع	
0,17	1,75	79,34	2	158,68	بين المجموعات	عدم الكفاءة
		45,24	117	5293,28	داخل المجموعات	
			119	5451,96	المجموع	
0,21	1,54	60,63	2	121,27	بين المجموعات	القابلية للجرح
		39,37	117	4606,59	داخل المجموعات	
			119	4727,86	المجموع	
0,46	0,76	28,62	2	57,25	بين المجموعات	العلاقة الدمحية
		37,41	117	4377,73	داخل المجموعات	
			119	4434,99	المجموع	
0,55	0,59	24,29	2	48,59	بين المجموعات	الخضوع الاجباري
		40,84	117	4778,87	داخل المجموعات	
			119	4827,46	المجموع	
0,02	4,06	164,09	2	328,18	بين المجموعات	التضحية
		40,38	117	4724,74	داخل المجموعات	

			119	5052,92	المجموع	
0,93	0,07	3,36	2	6,71	بين المجموعات	التحكم المفرط
		46,65	117	5458,87	داخل المجموعات	
			119	5465,59	المجموع	
0,22	1,52	73,75	2	147,51	بين المجموعات	متطلبات عالية
		48,43	117	5666,85	داخل المجموعات	
			119	5814,36	المجموع	
0,82	0,19	7,17	2	14,35	بين المجموعات	السيطرة للزائدة
		37,60	117	4399,50	داخل المجموعات	
			119	4413,86	المجموع	
0,57	0,56	20,11	2	40,23	بين المجموعات	نقص التحكم
		35,62	117	4167,63	داخل المجموعات	
			119	4207,86	المجموع	

يتضح من خلال الجدول رقم (6-04) بأنه لا توجد فروقات ذات صلة إحصائية في جميع المخططات المعرفية باختلاف المستوى الاقتصادي، ماعدى في مخطط واحد وهو مخطط التضحية، حيث قدرت قيمة (ف) المحسوبة به ب: 4,06، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وقد جاء لصالح الأمهات اللواتي لهن مستوى إقتصادي ضعيف، حيث قدر المتوسط الحسابي ب: 23,50 وانحراف معياري قدر ب: 9,19، ثم يليها الأمهات اللواتي لهن مستوى إقتصادي متوسط حيث قدر المتوسط الحسابي به ب: 18,06 وانحراف معياري قدر ب: 6,06، في الأخير الأمهات اللواتي لهن مستوى إقتصادي جيد، حيث قدر المتوسط الحسابي ب: 14,88 وانحراف معياري قدر ب: 7,01، فتوفر المال يساعد على التكفل بالطفل المتوحد والتحسين من قدراته، مما يقلل من التخلي والتضحية عنه.

أما بقيت المخططات المعرفية فليس لها تأثير باختلاف المستوى الاقتصادي، فقد جاءت كلها غير دالة عند المستوى الدلالة 0,05.

5/1- عرض الفرضية الخامسة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و دعم الزوج للأم، ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 6- 05 يبين الفروقات بين المخططات المعرفية ودعم الزوج للأم

المخططات المعرفية	دعم التزوج	N	(م) المتوسط الحسابي	(ع) الانحراف المعياري	T ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المخططات المعرفية	نعم	67	367.61	54.62	-0.28	118	0.77 غير دالة عند 0.05
	لا	53	270.71	63.38			
النقص العاطفي	نعم	67	17.13	5.81	-1.19	118	0.23 غ/د
	لا	53	18.43	6.08			
عدم الاستقرار	نعم	67	17.80	6.08	0.31	118	0.75 غ/د
	لا	53	17.43	6.76			
التعدي/الشك	نعم	67	17.31	5.38	-0.94	118	0.34 غ/د
	لا	53	18.26	5.60			
العزلة / الانطواء	نعم	67	18.17	6.66	-0.38	118	0.70 غ/د
	لا	53	18.66	7.08			
عدم الكمال	نعم	67	19.43	6.34	0.45	118	0.64 غ/د
	لا	53	18.83	8.07			
الفضل	نعم	67	19.56	6.67	1.31	118	0.19 غ/د
	لا	53	17.94	6.75			
عدم الكفاءة	نعم	67	18.11	6.18	1.09	118	0.27 غ/د
	لا	53	16.75	7.43			
القابلية للجرح	نعم	67	18.31	6.16	-0.10	118	0.91 غ/د
	لا	53	18.43	6.53			
العلاقة الدمجية	نعم	67	17.40	6.07	-0.37	118	0.70 غ/د
	لا	53	17.83	6.18			

0.71 غ/د	118	0.37	5.96	17.92	67	نعم	الخضوع / الإجبار
			6.89	17.49	53	لا	
0.24 غ/د	118	-1.16	6.89	16.61	67	نعم	التضحية
			5.97	18.00	53	لا	
0.43 غ/د	118	-0.79	6.69	17.67	67	نعم	التحكم المفرط
			6.90	18.66	53	لا	
0.11 غ/د	118	-1.59	7.01	16.71	67	نعم	متطلبات عالية
			6.84	18.75	53	لا	
0.97 غ/د	118	0.03	6.07	17.98	67	نعم	السيطرة الزائدة
			6.16	17.94	53	لا	
0.89 غ/د	118	0.13	6.26	17.43	67	نعم	نقص التحكم
			5.57	17.28	53	لا	

يتضح من خلال الجدول رقم (6-05) بأنه لا توجد فروقات في كل المخططات المعرفية باختلاف دعم الزوج، حيث جاءت كل المخططات غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05

و ذلك بسبب أن الأم هي أكثر واحد يحس بالطفل وأن الأب دائم الغياب والانشغال عن البيت مما يجعل الأم تعتمد على نفسها في الاهتمام بابنها المتوحد، كما أنها تتلقى الدعم البديل من الأهل أو المختصين الذين يقومون بالتكفل بالطفل الذي يعاني من طيف التوحد في المراكز المتخصصة.

حيث قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط النقص العاطفي ب 1.19- وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط عدم الاستقرار ب 0.31 وهي قيمة غير دالة عند 0.05 ، كذلك الأمر بالنسبة لمخطط العزلة/ الانطواء فقد قدرت قيمة (ت) المحسوبة ب -0.38 وهي قيمة غير دالة عند 0.05 ، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط عدم الكمال ب 0.45 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، أيضا بالنسبة لمخطط الفشل، فقد قدرت قيمة (ت) المحسوبة ب 1.31 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط عدم الكفاءة ب 1.09 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، وقدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط القابلية للانجرار ب -0.10 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط العلاقة الدمجية ب -0.37 وهي قيمة

غير دالة عند 0.05، وقدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط الخضوع/ الإجهاد ب 0.37 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط التحكم المفرط ب -0.79 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، وقدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط المتطلبات العالية ب -1.59 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، وقدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط السيطرة الزائدة ب 0.03 وهي قيمة غير دالة عند 0.05، وفي الأخير قدرت قيمة (ت) المحسوبة في مخطط نقص التحكم ب 0.13 وهي قيمة غير دالة عند 0.05.

6/1- عرض الفرضية السادسة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية و رتبة الطفل ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 06- 06 يبين الفروقات بين المخططات المعرفية ورتبة الطفل

مستوى الدلالة	(ف) المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرارة	مجموع المربعات		المخططات المعرفية
0.07	2.64	8793.13 3321.10	2	17586.26	بين المجموعات	
			117	388569.70	داخل المجموعات	
			119	406155.96	المجموع	
0.23	1.46	51.31 35.06	2	102.63	بين المجموعات	النقص العاطفي
			117	4102.15	داخل المجموعات	
			119	4204.79	المجموع	
0.15	1.92	76.98 39.99	2	153.96	بين المجموعات	عدم الاستقرار
			117	4679.62	داخل المجموعات	
			119	4833.59	المجموع	
0.01	4.41	125.42	2	250.83	بين المجموعات	التعدي/الشك

		28.43	117	3326.62	داخل المجموعات	
			119	3577.46	المجموع	
0.46	0.77	36.20	2	72.40	بين المجموعات	العزلة / الانطواء
		46.78	117	5474.18	داخل المجموعات	
			119	5546.59	المجموع	
0.54	0.61	31.38	2	62.76	بين المجموعات	عدم الكمال
		51.23	117	5993.89	داخل المجموعات	
			119	6056.66	المجموع	
0.85	0.16	7.47	2	14.94	بين المجموعات	الفشل
		45.93	117	5374.35	داخل المجموعات	
			119	5389.30	المجموع	
0.03	3.56	156.76	2	313.53	بين المجموعات	عدم الكفاءة
		43.91	117	5138.53	داخل المجموعات	
			119	5451.96	المجموع	
0.01	4.12	155.76	2	311.53	بين المجموعات	القابلية للجرح
		37.74	117	4416.33	داخل المجموعات	
			119	4727.86	المجموع	
0.04	3.25	116.76	2	233.53	بين المجموعات	العلاقة الدمجية
		35.91	117	4201.45	داخل المجموعات	
			119	4434.99	المجموع	
0.14	1.99	79.97	2	159.35	بين المجموعات	الخصوع / الإجبار
		39.89	117	4668.11	داخل المجموعات	
			119	4827.46	المجموع	
0.74	0.29	12.82	2	25.65	بين المجموعات	التضحية
		42.96	117	5027.27	داخل المجموعات	
			119	5052.92	المجموع	
0.52	0.65	30.12	2	60.24	بين المجموعات	التحكم المفرط
		46.20	117	5405.35	داخل المجموعات	
			119	5495.59		

0.82	0.18	9.30 49.53	2	18.61	بين المجموعات	متطلبات عالية
			117	5795.74	داخل المجموعات	
			119	5814.36	المجموع	
0.11	2.19	79.88 36.36	2	159.76	بين المجموعات	السيطرة الزائدة
			117	4254.10	داخل المجموعات	
			119	4413.86	المجموع	
0.25	1.36	48.11 35.14	2	96.22	بين المجموعات	نقص التحكم
			117	4111.64	داخل المجموعات	
			119	4207.86	المجموع	

يتضح من خلال الجدول رقم (6-06) بأنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في أربع مخططات باختلاف رتبة الطفل وهي : مخطط التعدي/ الشك، مخطط عدم الكفاءة، مخطط القابلية للجرح ومخطط العلاقة الدمجية.

بالنسبة لمخطط التعدي والشك فقدرت فيه قيمة (ف) المحسوبة ب 4.41 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، كما نلاحظ أن الطفل الذي يكون في الرتبة بين 3-6 له تأثير أكثر في المخطط حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي ب 19.41 وانحراف معياري قدر ب 5.59، ثم يليه الطفل الذي يكون في الرتبة أقل من 3، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 17.45 وانحراف معياري قدر ب 5.03، والأقل تأثيراً هو الطفل الذي يكون في الرتبة أكثر من 6، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 15.00، وانحراف معياري قدر ب 5.41.

أما مخطط عم الكفاءة فقد قدرت فيه قيمة (ف) المحسوبة ب 3.56 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، كما نلاحظ أن الطفل الذي يكون في الرتبة بين 3-6 له تأثير أكثر في المخطط حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي ب 18.89 وانحراف معياري قدر ب 6.79، ثم يليه الطفل الذي يكون في الرتبة أقل من 3، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 17.49 وانحراف معياري قدر ب 6.27، والأقل تأثيراً هو الطفل الذي يكون في الرتبة أكثر من 6، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 14.20، وانحراف معياري قدر ب 7.08.

ومخطط القابلية للجرح فقد قدرت فيه قيمة (ف) المحسوبة ب 4.12 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، كما نلاحظ أن الطفل الذي يكون في الرتبة بين 3-6 له تأثير أكثر في المخطط حيث قدرت قيمة المتوسط

الحسابي ب 20.30 وانحراف معياري قدر ب 6.35، ثم يليه الطفل الذي يكون في الرتبة أقل من 3، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 17.03 وانحراف معياري قدر ب 5.14، والأقل تأثيراً هو الطفل الذي يكون في الرتبة أكثر من 6، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 17.00، وانحراف معياري قدر ب 7.77.

وفي الأخير مخطط العلاقة الدمجية فقد قدرت فيه قيمة (ف) المحسوبة ب 3.25 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، كما نلاحظ أن الطفل الذي يكون في الرتبة بين 3-6 له تأثير أكثر في المخطط حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي ب 19.26 وانحراف معياري قدر ب 5.60، ثم يليه الطفل الذي يكون في الرتبة أقل من 3، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 16.52 وانحراف معياري قدر ب 6.14، والأقل تأثيراً هو الطفل الذي يكون في الرتبة أكثر من 6، حيث قدر المتوسط الحسابي ب 16.20، وانحراف معياري قدر ب 6.50.

أما بقية المخططات المعرفية فجاءت غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05.

7/1- عرض الفرضية السابعة: والتي تنص على وجود فروقات بين المخططات المعرفية

و جنس الطفل ولتأكد من صحة الفرضية، تم استخدام اختبارات لعينتين مستقلتين والنتائج

المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 06- 07 يبين الفروقات بين المخططات المعرفية و جنس الطفل

مستوى الدلالة	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي (م)	N	جنس الطفل	المخططات المعرفية
0,09 غير دالة عند 0,05	118	-1,71	59,87	263,29	86	ذكر	
			52,68	283,38	34	أنثى	
0,04 دالة عند 0,05	76,24	-2,01	6,22	17,09	86	ذكر	النقص العاطفي
			4,91	19,26	34	أنثى	
0,07 غير دالة عند 0,05	118	-1,80	6,49	16,98	86	ذكر	عدم الاستقرار
			5,83	19,29	34	أنثى	
0,37 غير دالة عند 0,05	118	-0,88	5,63	17,45	86	ذكر	ابتعدي الشك
			5,08	18,44	34	أنثى	
0,18	118	-1,33	7,02	17,87	86	ذكر	العزلة والانطواء

الفصل السادس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

غير دالة عند 0,05			6,21	19,70	34	أنثى	
غير دالة عند 0,05	118	-0,74	7,38	18,89	86	ذكر	عدم الكمال
			6,49	19,94	34	أنثى	
غير دالة عند 0,05	118	-0,48	7,02	18,66	86	ذكر	الفشل
			6,00	19,32	34	أنثى	
0,01 دالة عند 0,05	118	-2,61	6,61	16,52	86	ذكر	عدم الكفاءة
			6,58	20,02	34	أنثى	
0,06 غير دالة عند 0,05	118	-1,86	6,42	17,69	86	ذكر	القابلية للجرح
			5,74	20,05	34	أنثى	
0,74 غير دالة عند 0,05	118	-0,32	5,94	17,47	86	ذكر	العلاقة الصحية
			6,57	17,88	34	أنثى	
0,50 غير دالة عند 0,05	118	-0,66	6,47	17,48	86	ذكر	الخضوع الاجباري
			6,14	18,35	34	أنثى	
0,41 غير دالة عند 0,05	118	-0,81	6,34	16,91	86	ذكر	التضحية
			6,95	18,00	34	أنثى	
0,45 غير دالة عند 0,05	118	-0,75	6,54	17,81	86	ذكر	التحكم المفرط
			7,38	18,85	34	أنثى	
0,64 غير دالة عند 0,05	118	-0,46	6,95	17,43	86	ذكر	متطلبات عالية
			7,14	18,08	34	أنثى	
0,86 غير دالة عند 0,05	118	-0,17	6,31	17,90	86	ذكر	السيطرة الزائدة
			5,55	18,11	34	أنثى	
0,44 غير دالة عند 0,05	118	-0,76	6,01	17,10	86	ذكر	نقص التحكم
			5,79	18,02	34	أنثى	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6-07) بأنه توجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مخططين هما: النقص العاطفي، وعدم الكفاءة لصالح الإناث.

بالنسبة لمخطط النقص العاطفي فقد قدرت قيمة المتوسط الحسابي للأمهات اللواتي لهن طفل متوحد أنثى ب 19,26 وبانحراف معياري قدر ب: 4,91، أما اللواتي لهن طفل متوحد ذكر، فقد قدر المتوسط الحسابي

ب: 17,09 و انحراف معياري قدر ب: 4,91، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة بمخطط النقص العاطفي ب: -2,01 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

أما بالنسبة لمخطط عدم الكفاءة فقد قدرت قيمة المتوسط الحسابي للأمهات اللواتي لهن طفل متوحد أنثى ب: 20,02 و بانحراف معياري قدر ب: 6,58، أما اللواتي لهن طفل متوحد ذكر فقد قدر المتوسط الحسابي ب: 16,52 وانحراف معياري قدر ب: 6,61، كما قدرت قيمة (ت) المحسوبة بمخطط عدم الكفاءة ب: -2,61 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

أما بقيت المخططات المعرفية الأخرى فقد جاءت كلها غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

8/1- عرض الفرضية الثامنة: والتي تنص على معرفة طبيعة المخططات المعرفية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد ولتأكد من صحة الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري باختلاف المخططات المعرفية والنتائج المتحصلة عليها مدونة في الجدول التالي:

الجدول 6- 08 يبين طبيعة المخططات المعرفية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد

المرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة N	المخططات المعرفية
//	58,42	268,98	120	
08	5,94	17,70	120	النقص العاطفي
09	6,37	17,64	120	عدم الاستقرار
07	5,48	17,73	120	ابتعدي الشك
03	6,82	18,39	120	العزلة والانطواء
01	7,13	19,16	120	عدم الكمال
02	6,72	18,85	120	الفشل
12	6,76	17,51	120	عدم الكفاءة
04	6,30	18,36	120	القابلية للجرح
11	6,10	17,59	120	العلاقة الصحية
07	6,36	17,73	120	الخضوع الاجباري
14	6,51	17,22	120	التضحية
05	6,77	18,10	120	التحكم المفرط
10	6,99	17,61	120	متطلبات عالية
06	6,09	17,96	120	السيطرة الزائدة
13	5,94	17,36	120	نقص التحكم

الجدول 6- 09 يمثل مستويات تأثير المخططات المبكرة غير المكفية على الفرد

الدرجة	مستويات تأثير المخططات ككل على الفرد	الدرجة	مستويات تأثير المخطط الواحد على الفرد
149-75	المخطط لا يؤثر على الفرد	9-5	المخطط لا يؤثر على الفرد
224-150	المخطط لا يؤثر في بعض الظروف	14-10	المخطط لا يؤثر في بعض الظروف
299-225	المخطط يمثل مشكلة بالنسبة للفرد	19-15	المخطط يمثل مشكلة بالنسبة للفرد
374-300	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد	24-20	المخطط يلعب دور هام في حياة الفرد
450-375	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد	30-25	المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6-08) أن جميع المخططات مستخدمة من طرف الأمهات، وأكثر مخطط استخداما هو مخطط عدم الكمال بمتوسط حسابي قدر ب: 19,16 وانحراف معياري قدر ب: 7,17، ثم يليه مخطط الفشل في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدر ب: 18,85 وانحراف معياري قدر ب: 6,72، ثم يأتي في المرتبة الثالثة مخطط العولة/الانطواء بمتوسط حسابي قدر ب: 18,39 وانحراف معياري قدر ب: 6,82، ويليه في المرتبة الرابعة مخطط القابلية للجرح بمتوسط حسابي قدر ب: 18,36 وانحراف معياري قدر ب: 6,30، ثم يأتي مخطط التحكم المفرط في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي قدر ب: 18,10 وانحراف معياري قدر ب: 6,77، ثم يليه مخطط السيطرة الزائدة في المرتبة السادسة بمتوسط حسابي قدر ب: 17,96 وانحراف معياري قدر ب: 6,09 ثم يأتي في المرتبة السابعة كل من مخططي التعدي/الشك والخصور/ الاجبار، حيث قدر المتوسط الحسابي بهما ل: 17,73 وبانحراف معياري قدر ب: 5,48 في مخطط التعدي والشك وبانحراف معياري قدر ب: 6,36 في مخطط الخضوع/ الاجبار، وجاء مخطط النقص العاطفي في المرتبة الثامنة بمتوسط حسابي قدر ب: 17,70 وانحراف معياري قدر ب: 5,94، ثم يليه في المرتبة التاسعة مخطط عدم الاستقرار بمتوسط حسابي قدر ب: 17,64 وانحراف معياري قدر ب: 6,37، ويأتي في المرتبة العاشرة مخطط متطلبات عالية بمتوسط حسابي قدر ب: 17,61 وانحراف معياري قدر ب: 6,99، ثم جاء في المرتبة الحادية عشر مخطط العلاقة الدمحية بمتوسط حسابي قدر ب: 17,95 وانحراف معياري قدر ب: 6,10، وجاء مخطط عدم الكفاءة في المرتبة الثانية عشر بمتوسط حسابي قدر ب: 17,51 وانحراف معياري قدر ب: 6,76، ثم يليه في المرتبة الثالثة عشر مخطط نقص

التحكم بمتوسط حسابي قدر ب: 17,36 وانحراف معياري قدر ب: 5,94، وجاء في المرتبة الرابعة عشر والأخيرة مخطط التضحية بمتوسط حسابي قدر ب: 17,22 وانحراف معياري قدر ب: 6,51.

ومن خلال الجدول رقم(6-08) وبالمقارنة مع الجدول رقم (6-09) نلاحظ أن كل المخططات المعرفية غير المكيفة لدى عينة الدراسة جاءت متوسط حسابي محصور بيم 17,22 و 19,16، أي أنها محصورة بين درجات 15-19 مما يعني أن المخططات تمثل مشكلة بالنسبة للفرد. أي أن كل أفراد العينة (120) تعتبرن المخططات المعرفية المبكرة غير مكيفة تمثل مشكلة بالنسبة لهن.

2 / مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

1/2 - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

والتي تنص على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وظهور الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

وبينت النتائج المعروفة في الجدول رقم (6-01) على أنها دالة في مخططين هما: مخطط عدم الكمال و مخطط الفشل، فأم الطفل المتوحد ونتيجة للضغوط النفسية التي تتعرض لها فإنها تطور مخطط عدم الكمال، بحيث أنها لا تحس بالأمان الطافي لمواجهة العالم الخارجي وتعتقد أنها عاجزة على القيام بمسؤولياتها اليومية بإتجاه طفلها وأسررتها وعدم القدرة على حل مشاكلها وتقنقد للمبادرة والإعتماد على النفس (young et all 1995 بتصرف) وهذا ما أكدته الباحثة فيرا والبروغ وآخرون (Vera wallurgall 2002) وفقا لنظرية المخططات المبكرة غير المكيفة لجيفري بونغ، فإن عند تفعيل هذه المخططات فإنها تؤثر على إدراك الفرد للعالم الخارجي وتخلق له تشوهات معرفية، ومن هذا المنطلق قام الباحث بالتحقق من هذا الإفتراض بدراسة مدى تأثير هذه المخططات على إدراك الفرد للضغط، وقد أجريت الدراسة على عينة متكونة من 132 طالبا جامعييا يدرسون 2 و 3 جامعي، وخلصت نتائج هذه الدراسة إلى أن بعض المخططات غير المكيفة يؤثر فعلا على إدراك الفرد للضغط وخاصة في ظهور مشاعر الإهمال على إدراك الضغط. (كوثر ناصر، 2018، ص20).

كذلك يتطور لديها مخطط الفشل، فهي تعتقد أنها قد فشلت في أداء مهامها كأم، فأنها تشعر بأنها سوف تفشل في المستقبل وليس لديها القدرة على النجاح كالأخرين وأنها ليست لديها الكفاءة والموهبة (youney 2003) وقد يكون مصدر هذا المخطط خيارات الإساءة والنقد المفرط والتعرض للإهانة من الآخرين (étauld 2003) وهذا ما أثبتته دراسة الباحثين لعزابي صليحة ولوزين فاطمة الزهراء (alfasfos 2009, kahalé 2006) اللتان قامتتا بدراسة ميدانية هدفت إلى الكشف عن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة السائدة لدى أمهات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة (الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد نموذجا)، من خلال اعتماد منهج دراسة الحالة، وذلك بدراسة خمس حالات نموذجا لأمهات الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن الأمهات المصابين بطيف التوحد لديهن مخططين سائدين هما التحلي والمثاليات المفرطة إلى جانب ذلك تليهما كل من مخطط الحرمان العاطفي والفشل، الهشاشة، التضحية بالذات، المراقبة والإنفعالية المفرطة، ونقص التحكم في الذات.

2/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

وتتص على وجود فرق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة وغير المكيفة وبيئة الأم.

وحسب نتائج الجدول (6-02) فقد جاءت دالة إحصائيا باختلاف بيئة الأم في مخططين هما: القابلية للإنجرار والمتطلبات العالية لصالح البيئة الريفية، فالأم الريفية يكون لديها خوف أكثر للإستهداف للأذى أو المرض، فهي تعتقد بوقوع كوارث طبيعية خارج حدود سيطرتها كحدوث زلازل، براكين أو حدوث أمراض مثل أزمة قلبية أو الإصابة بأمراض قاتلة، أو أنها ستعرض للإعتداء من الآخرين، وقد نشأ هذا المخطط نتيجة لوجودها في بيئة مهددة غير آمنة وغير مستقرة لا يمكن التنبؤ بها يحدث فيها (forama, 2007, p116) كما أنها تطور مخطط المتطلبات العالية بحكم أن لديها طفل متوحد تعتقد أن لديها الحق في فعل أي شيء وأن تقول كل شيء وعلى أن تحصل على ذلك، وترى نفسها أنها أعلى من الآخرين وتمنح نفسها إمتيازاً وحقوقاً خاصة مقارنة بالآخرين وأنها غير ملزمة بتطبيق القوانين التي تطبق على المحيطين لها (كوثر بن ناصر، 2018، ص97).

ربما يتوافق نتائج هذه الدراسة مع نقوما فومبي وآخرون (Ngoma Voumli étal2010) من حيث البيئة الحضرية والريفية، ومن بين أهداف هذه الدراسة التأكد من أن خصائص البيئة الثقافية المتمثلة في الممارسات التربوية للأسرة تسمح بنشوء المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة.

حيث توقع الباحث أن الممارسات التربوية الأسرية الفرنسية (حضرية) تختلف عن الممارسات التربوية الغابونية (ريفية)، وعليه فإن المخططات المبكرة غير لدى الأطفال الغابونيين.

ومن بين نتائج هذه الدراسة أن بعض الأولياء الفرنسيين يقدمون مساعدة أكثر ومراقبة أقل والبعض الآخر لا يدفعون أطفالهم إلى اكتساب الاستغالية ويستخدمون الخشونة في مراقبتهم، أما الآباء الغابونيين بعضهم يقدمون مساعدة أقل ولا يجبرون أطفالهم على احترام القيم التقليدية، والبعض الآخر يوفر حماية أكثر ويجبرون أطفالهم على احترام القيم التقليدية.

3/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

وتتهي على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والمستوى التعليمي للأم.

وحسب نتائج الجدول رقم (6-03) فقد باءت دالة إحصائية في المخطط واحد وهو النقص العاطفي، باختلاف المستوى التعليمي للأم لصالح المستوى أقل من الابتدائي فهن يتوقفن من الآخرين عدم إشباع كافي لحاجاتهم من الدعم العاطفي والحاجة إلى من يفهمهن ويستمع إليهن وبوجوهن وغياب الشخص الداعم. (kahale,2009) بتصرف. كما أن للمستوى التعليمي دور في إشعار الأم بنوع من تحقيق الذات، كما أنها تسعى دائما وراء المصادر والمعلوماتية التي تزودها بالمعرفة حول كيفية التعامل مع طفلها المتوحد على عكس الأم التي تملك مستوى مدني.

فقد بينت الباحثة إيمان شعبان أحمد (2011) في دراسة لها تحت عنوان الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي وعلاقته بإدارة موارد الأسرة، واستهلت عينة الدراسة على 184 ربة أسرة (عاملة وغير عاملة) وكان من مورد الأسرة (الدخل، الوقت، الجهد) تبعا لمتغيرات الدراسة (تعليم الأم بين الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي) نقص المساندة والدعم، التعب الشهري، عمل الأم، وكذلك بالنسبة للضغوط الاقتصادية، فقد وجدت أن هناك فروقات دلالية إحصائية بين تعليم الأم والدخل الشهري للأسرة.

بينما لا توجد فروق بين الضغوط الاقتصادية وعمر الأم وعملها.

4/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

وتنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة وغير المبكرة والمستوى الاقتصادي للأم.

وحسب نتائج الجدول رقم(6-04) فقد جاءت دالة في مخطط واحد وهو مخطط التضحية باختلاف المستوى الاقتصادي للأم لصالح الأمهات اللواتي لديهن مستوى إقتصادي ضعيف. فالأسرة التي تكتشف وجود طفل متوسط فإنها تنطلق في رحلة البحث عن علاج بينها بأي طريقة، وتبحث عن فهم الاضطراب وطلب يد المساعدة عن طريق التشخيص والتكفل النفسي والطبي فإن كل هذا يحتاج إلى مال وبما أن هؤلاء الأمهات لهن مستوى اقتصادي متدني فإنهن يطورن مخطط التضحية حيث يدفع بهن إلى التضحية برغباتهن الشخصية لإرضاء الآخرين وتلبية حاجياتهم على حساب إشعاعاتهن الشخصية .

فهي تتصاع لآخرين وغالبا ما تتخرط في علاقات مسيطر- مسيطر عليه مع أشخاص يتحكمون في كل تصرفاتها الإذعام التام لهم، بسبب الفقر أو المستوى الاقتصادي الضعيف.

(بتصرف(fofana,2007,p116).

فقد بين الباحثان عباد سعيد مطر ونجاة أحمد الزليطني(2015)، في دراسة بعنوان: الضغوط النفسية عند أمهات أطفال طيف التوحد، حيث كانت من بين أهداف هذه الدراسة هو التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أطفال أمهات طيف التوحد وعلاقته بالدخل الشهري للأسرة، وتكونت العينة من عشر أمهات لديها طفل توحدي، وتم استخدام عينة كرة الثلج للحصول على عينة الدراسة، ومن بين نتائج هذه الدراسة : وجود ظروف دالة إحصائيا بين مستوى الدخل الشهري للأسرة ومقياس الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

وبذلك فإن المستوى الاقتصادي يساهم في تطوير مخطط التضحية و زيادة الضعف النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

5/2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تنص على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج.

وحسب الجدول رقم(6-05) فقد جاءت غير دالة إحصائيا في كل المخططات المعرفية باختلاف دعم الزوج، فغالبا ما نلاحظ ان الأمم والشخص الوحيد الذي يهتم لأمر ابنها ، فهي أكثر شخص يحس به وتسعى لتطويره وتحسين كفاته مهما كان، ولا يهتمها أمر زوجها إذا كان مساندا لها أولا، فهو دائم الغياب عن البيت بحكم العمل أو غيره، كما انها غالبا تتلقى الدعم من أشخاص آخرين يساعدها على تجاوز مشاكلها، وهم الأهل أو المختصين بالمراكز التي تقوم بالتكفل بالطفل ، وهذا ما أثبتته الباحثة إيمان شعبان أحمد(2011) في نفس الدراسة التي سبق ذكرها. حيث توصلت إلى وجود اختلاف في سببه مشاركة العوامل المؤثرة على إدارة الموارد، فقد جاء تقصي المساندة والدعم في المركز الأول يليه الضغوط الاقتصادية ثم الضغوط الانفعالية ثم العصب البدني.

6/2-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

وتنص على وجود ظروف ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ورتبة الطفل بين إخوانه، وحسب نتائج الجدول رقم(6-06) فقد جاءت دالة احصائيا في أربع مخططات وهي:

مخطط التعدي / الشك، مخطط عدم الكفاءة، مخطط القابلية للجراح، ومخطط العلاقة الدمجية، لصالح الطفل الذي يكون في الرتبة بين 3- 6 بين إخوته، فوجود 3 أخوة وأكثر قبل الطفل المتوحد يجعل الأم تحمل عبئ أكبر و مسؤولية مضاعفة، فيتطور لديها مخطط التعدي /الشك، بحيث تشعر بانعدام الأمن فيخشى الخداع والإذلال والعنف الجسدي وغيرها من أشكال سوء المعاملة، كما تك في نوايا الآخرين ولا تسمح لهم بالقرب منها.

ولذلك نجدها حذرة جدا من الآخرين، وتخفي أفكارها وأحاسيسها الحميمة وتتخذ مسافات في علاقاتها مع الآخرين (88 : kahale,2009-119 : fahana,2007). (تصرف).

كما يتطور لديها مخطط عدم الكفاءة بحيث تعتقد بأنها أم سيئة غير مرغوب فيها وقليلة القيمة، وغير جديرة بالمحبة بالنسبة للآخرين ذوي الأهمية فيها لو اكتشفت عيوبها ونقصها أمامهم. (ظافر، 2015، ص37).

كما أن مخطط القالبية للإنجرار يتطور لديها نتيجة الخوف المبالغ فيه من وقوع كارثة وشيكة في أي وقت، وستكون غير قادرة على التعامل معها ومنع حدوثها، (ظافر 2015، ص38).

كالأمراض الخطيرة، أو الجنون والمشاكل النفسية، أو الكوارث الطبيعية أو حدوث جريمة... الخ). (young ;2005 ;p43 بتصرف).

وفي الأخير فإن مخطط العلاقات العامة الدماغية يتطور لديها نتيجة التعلق العاطفي المفرط لشخص أو عدة أشخاص، غالبا ما يكون هؤلاء لهما الوالدين (115, 2007 ; fofana).

كما أنها تحس بأنها غير قادرة على البقاء والسعادة بدون دعم ثابت ومتواصل من هؤلاء الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة لهما. (ظافر، 2015، ص38).

فكل هذه المخططات مرتبطة بالضغط الذي ينجم عن حجم الأسرة (كثرة الإخوة)، بحيث بينت الباحثان: عياد سعيد مطير ونجاة احمد الزليطني في الدراسة السابقة بعنوان: الضغوط النفسية عند أمهات أطفال طيف التوحد، بحيث أن من ضمن النتائج التي وصلا إليها أن كلما زاد حجم الأسرة زادت الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

وقد بين نوتل 1971, NOUATEL، بأن الحب والمساندة الإنفعالية من الآباء لأطفالهم تقل وتتقدم في أسرة كبيرة (كثيرة الأطفال) (فرحات أحمد، 2012، ص30).

7/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

والتي تنص على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وجنس الطفل. وحسب نتائج الجدول رقم (6-07) فقد جاءت دالة إحصائية في مخططين هما:

مخطط النقص العاطفي، ومخطط عدم الكفاءة لصالح الأمهات اللواتي لديهن طفل متوحد أنثى، فبما أن نسبة انتشار حالات طيف التوحد عند الإناث أقل من الذكور، حيث أشار ماehl وتر ينتاكمل ورايين

(muhle trentacostle et rapin,2004)، إن نسبة انتشار طيف التوحد لدى الإناث تكون واحدة إلى 2.8 من 6 أولاد من خلال ما توصل إليه الباحثون في خمس ولايات أمريكية. (قحطان أحمد ظاهر، 2009، ص33)، فإن الأمهات اللواتي لديهن طفل متوحد أنثى يجعلهن أقل تقبلاً وكذلك أكثر ضغطاً وخوفاً على مستقبل هذه الفتاة فنظرة المجتمع لها تختلف عن نظرتها للذكور.

وبذلك نرى أن الفرضية لم تتحقق، وأن جنس الطفل يؤثر في المخططات المعرفية لدى الأم، فقد أشارت الباحثة: ليلي كوفي (2015) في دراسة ميدانية الضغوط الأسرية لدى أولياء الأطفال طيف التوحد والتي تهدف إلى معرفة الضغوط الأسرية للأولياء الأطفال طيف التوحد، عليه استخدمت مقياس الضغوط الأسرية سعد الخميسي (2001) على عينة بلغت 87 من الآباء والأمهات لأطفال توحيديين، حيث بلغ عدد الآباء 34، وعدد الأمهات 53، وهذا 67 طفلاً مصاباً بطيف التوحد، حيث بلغ عدد الذكور 40 و 20 أنثى، وهي بين النتائج التي توصلت إليها أنه توجد قروين أولياء الطفل طيف التوحد راجعة إلى جنس الطفل (الذكر / أنثى) وهذا لصالح لأنثى وهذا فيما يخص كل من الضغوط الاجتماعية والضغوط النفسية.

8/2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

التي تنص على معرفة طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى امهات اطفال طيف التوحد. تحسب نتائج الجدول رقم (6-08) وبالمقارنة مع الجدول رقم (6-09) نلاحظ أن جميع المخططات مستخدمة من طرف الأمهات، حيث جاءت الدرجات محصورة بين 15-19 درجة أي أن المخططات السائدة لديهن تمثل مشكلة بالنسبة للفرد، بمعنى أن كل أفراد العينة (120) تعتبرن المخططات المعرفية المبكرة غير مكيفة تمثل مشكلة بالنسبة لهن.

ويعود مخطط عدم الكمال في المرتبة الأولى كون وجود طفل متوحد في الأسرة يولد لدى الأم مشاعر الذنب و الرفض المستمر للطفل وحبسة في المنزل وعدم إظهاره لناس والانعزال عن الحياة الاجتماعية والشعور بالدونية والنقص والهروب بالواقع وعدم تقبل ومواجهة الحقيقة وعدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الاسرة (سوسي شاكر الجيلي، 2015، ص25).

ثم يليه مخطط الفشل في المرتبة الثانية بحكم أن الأم هي أكثر شخص يكون مع الطفل المتوحد و ذلك لتلبية المتطلبات والاعتناء به مما يخلق لديها ضبط زائد و اعباء عادة ما تكون دائمة و مستمرة طوال فترة حياة الطفل فهذا يساهم في احساسها بالفشل و التقصير .

ثم يأتي مخطط العزلة / الانطواء في المرتبة الثالثة وهذا يرجع الى كون الأم ترفض تكوين علاقات مع الاخرين أو تكوين صداقات، بحيث تشعر بأنها مهمشة و غير مرغوب بها و بطفلها، وكثيرا ما يساء إليها من طرف الآخرين حتى ولو كانوا أقرب الناس إليها.

ثم يعود مخطط القابلية للإنجراف في المرتبة الرابعة كون أن الأم تخاف دائما من وقوع كارثة في أي لحظة والتي لا تستطيع فيها مواجهتها، والخوف من إصابتها بنوبة صحية (أزمة قلبية، مرض قاتل...) أو نفسية (جنون) يفقدها القدرة على التحكم، أو حتى وقوع كوارث طبيعية أو جنائية أو مالية

(:116 fofana,2007).

ويرجع المخطط التحكم المفرط إلى المرتبة الخامسة كون أن الأم يرتفع لديها مجال اليقظة المفرطة وخوفها من أن يحدث لطفلها مكروه ما نتيجة لغفلتها عنه أو ضياعه خاصة لو كان مزال صغيرا، تكون لدى الأم هشاشة في المشاعر فهي سرعان ما تبدي انفعالات سلبية تجاه الآخرين: الغضب، الصراخ، البكاء... والتي تتعلق بطفلها.

ثم يأتي مخطط السيطرة الزائدة في المرتبة السادسة كون أن الأم تشعر بأنها أحق من غيرها في امتلاك الامتيازات والحقوق، ولها الأولوية كونها أم لطفل متوحد، فهي غالبا ما ترفض احترام قواعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة والطبيعية، ومايهمها هو الحصول على ماتريد فقط، بغض النظر عن معايير الواقع والعقل وعلى حساب الآخرين (15 : 2003 young et al) بتصرف.

ثم جاء مخطط الخضوع في المرتبة السابعة كون أن الأم تسعى إلى تلبية حاجات الآخرين بدلا من حاجاتها لتكسب حبهم أو لتتجنب انتقاداتهم و غضبهم أو تخلي الآخرين عنها، خاصة أهلها و زوجها. فهي تشعر بأن رغباتها ليس لها أهمية فسرعان ما يظهر عليها الانقياد المبالغ فيه نحو الآخرين والمبادرة لإرضائهم، فيولد ذلك فيها غضب مكبوت يثير لديها أعراض الغضب والعنف و انفجارات انفعالية غير متحكم فيها (young 2006).

كما يرجع مخطط التعدي/ الشك إلى نفس المرتبة (السابعة) كون أن الأم كثيرا ما تخاف من الإهانة والإصابة أو الاعتداء وسوء المعاملة من الغير، وأن الكل يسببون لها الأذى ، ويعاملونها بسوء واحتقار، ويكذبون عليها ويستغلونها كونها لديها طفل متوحد مصدر لإزعاج الآخرين، فتكون هذه المعاناة مفروضة عليها، وأنها إنسان غير مهم وضحية الإهمال. (Cottroux et al, 2001 : 76) بتصرف.

ثم جاء مخطط النقص العاطفي المرتبة الثامنة، وهذا راجع إلى إحساس الأم بالوحدة والكآبة وغياب الشخص القوي الذي تلجأ إليه في حالات ضعفها خاصة زوجها، فهي غالبا ما تهتم بطفلها لوحدها وغياب شبه كلي لدور الأب في التكفل بطفلها المتوحد، ونلاحظ أن في معظم الدراسات التي وجدت حول المخططات المعرفية، يأخذ هذا المخطط المراتب الأولى، ثم يأتي المخطط عدم الاستقرار في المرتبة التاسعة، كون أن الأم تعتقد بأن الأشخاص الذين تحبهم ويعطونها الدعم ويهتمون بها سوف لن يستمروا في ذلك، فهي تخاف من فقدانهم ، إما بالموت أو هجرها وتركها وحيدة. (young et al,2003) بتصرف .

ثم جاء مخطط المتطلبات العالية في المرتبة العاشرة كون أن الأم تعتقد بأنه يجب عليها الوصول إلى الكفاءة وأداء عالي في أعمالها، لتجنب لوم الأشخاص أو الوقوع في الإحراج. وهذه المبالغة تؤدي بها إلى ضغوطات مستمرة ونقد دائم للذات والآخرين (young and al,1995) بتصرف.

ثم يليه مخطط العلاقة الدمجية في المرتبة الحادية عشر كون أن الأم تعاني من تفكك وضمور الشخصية، وذلك بالإرتباط العاطفي بشخص أو مجموعة من الأشخاص في غالب الأحيان يكون الوالدين وشعورها بأنها لا تستطيع العيش بدون الآخرين أو عيش حياة سعيدة بدونهم في غالب الأحيان، أو العكس تماما بحيث يظهر على الأم حالة من النرجسية والانانية أو عدم المسؤولية فيؤدي ذلك إلى إهمال طفلها. (kahalé,2009:93) بتصرف.

وفي الأخير جاء مخطط التضحية في المرتبة الرابعة عشر كون أن الأم تميل إلى التضحية برغباتها الشخصية لإرضاء الآخرين وتلبية إحتياجاتهم على حساب إشباعاتها الشخصية في سبيل أن يحصل ابنها على القبول والرضى وعلى المعاملة الجيدة من الآخرين (fofana,2007 :116) بتصرف.

وفي الأخير نلاحظ أن أغلب المخططات التي أخذت المراتب الأولى متوافقة مع ما جاء في دراسة كل من لعزالي صليحة ولوزاني فاطمة الزهراء التان حولتا الكشف عن مخططات أمهات الأطفال المتحدين، والتي

أسفرت نتائج الدراسة عن الحذر والمثاليات المفرطة، ثم يليها كل من مخطط الحرمان العاطفي، الفشل، الهشاشة، التضحية بالذات، المراقبة الإنفعالية المفرطة ونقص التحكم بالذات.

9-استنتاج عام:

من خلال المعطيات النظرية والتطبيقية للدراسة الوصفية التي قمنا بها في هذه الدراسة، التي هدفت إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، وكذلك الكشف عن طبيعة المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة الأكثر انتشارا لدى أفراد عينة الدراسة وتوصلت إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وبيئة الأم والمستوى التعليم والاقتصادي لها.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة والدعم الذي تتلقاه الأم من الزوج.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة ورتبة الطفل وجنسه.

فلاحظ في الأخير أن كل فرضيات الدراسة قد تحققت ما عدا الفرضيتين الخامسة والسابعة.

اقتراحات:

ضرورة الاهتمام بأمهات أطفال طيف التوحد وتوفير مراكز أكثر التي تتكفل بهذه الفئة الحساسة من المجتمع (ذوي الاحتياجات الخاصة).

ضرورة إنشاء برامج علاجية للتخفيف من معاناة أمهات وأسر الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد .

ضرورة الاهتمام بتكوين الأخصائيين والمكلفين بمتابعة الطفل المتوحد كونهم العنصر الفعال في عملية العلاج.

اشباع حاجات الطفل المختلفة من طرف المحيطين به خصوصا الوالدين، لتجنب نشوء مخططات غير
مكيفية.

توسيع نشر المقاييس النفسية خاصة مقياس المخططات المعرفية غير مكيفة

المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية :

- 1- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2010، (طيف التوحد السمات و العلاج) ، دار وائل للطباعة و النشر، الأردن .
- 2- أحمد جوهر، 2000، (طفل الطوحد) ، مجلة كلية التربية ، مصر ، جامعة عين شمس العدد (62) ، السنة السادسة (67_73) .
- 3- أحمد زكي بدوي، 1982، (معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية) ، مكتبة لبنان ، لبنان .
- 4- أحمد عبد اللطيف أبو سعد، 2008، (الإرشاد الزواجي الأسري)، دار الرشا للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر .
- 5- أحمد عكاشة، 1986، (علم النفس الفسيولوجي) ، دار المعارف ، مصر .
- 6- أحمد نايل الغريبي، 2009، (التعامل مع الضغوط النفسية) ، ط1، دار الشروق ، الأردن .
- 7- أحمد نايل الغريبي و بلال أحمد عودة ، 2009، (سيكولوجية أطفال طيف التوحد) ، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن .
- 8- أسامة فاروق و كامل الشربيني، 2011 (طيف التوحد ، الأساليب ، التشخيص ، العلاج) ، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة ، ط1 ، عمان ، الأردن .
- 9- أسامة محمد البطانية و آخرون ، 2007، (علم نفس الطفل غير العادي) ، دار المسيرة للنشر الثقافي ، ط1 ، عمان ، الأردن .
- 10- آسيا عطار، 2017، (علاقة المخطات المبكرة غير المكيفة بالتوافق الزواجي لدى عينة من الأزواج) ، مجلة الحكمة للدراسات النفسية و التربوية ، (12) ص (197 _ 211) .
- 11- أسيمة معن ظافر، 2015، (دور المخطوطات الإستعرافية غير التكييفية المبكرة كوسيط في إضطرابات الشخصية و سمات الشخصية السورية لدى العاملين في المؤسسات التعليمية في مدينة دمشق)، دكتورا غير منشورة ، كلية التربية ، دمشق .
- 12- بدرة معتصم ميموني، 2005، (الإضطرابات النفسية و العقلية على الطفل و المراهق)، ديوان المطبوعات جامعة بن عكنون ، ط2 ، الجزائر .

- 13- بدرة معتصم ميموني، 2005، (الاضطرابات النفسية والعقلية على الطفل والمراهق)، ديوان المطبوعات جامعة بن عكنون، ط2، الجزائر.
- 14- بيرنيكوروين ، و رودل بيتر ، و بالمرستيفن ، 2008 ، (العلاج المعرفي السلوكي المختصر)، ترجمة : محمود مصطفى ، دار ايتراك للطباعة و النشر والتوزيع ، القاهرة ، مصر .
- 15- الجبلي منى عثمان عبد الله، 2006، (المساندة الاجتماعية و علاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة صنعاء) ، رسالة ماجستير ، جامعة صنعاء ، اليمن .
- 16- جمال مثقال القاسم ، ماجدة السيد عبيد ، 2015، (الاضطرابات السلوكية) ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، ط1 ، القاهرة ، مصر
- 17- جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد، 2015، (الاضطرابات السلوكية)، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان ، الأردن.
- 18- حسن مصطفى عبد المعطي، 2004، (علم النفس الإكلينيكي)، دار قباء للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر.
- 19- حسين طه عبد العظيم ، 2006 ، (إدارة الضغوط النفسية و التربوية) ، دار الفكر ، الطبعة الأولى، عمان ، الأردن .
- 20- حسين طه عبد العظيم ، 2007 ، (العلاج النفسي المعرفي في مفاهيم وتطبيقات) دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر ، الإسكندرية ، مصر .
- 21- حمدي علي الفرماوي ، رضا عبد الله ، 2009، (الضغوط النفسية في مجال العمل و الحياة) ، ط1، دار الصفاء ، عمان .
- 22- خليل ميخائيل عوض، 1994، (القدرات العقلية) ، دار الفكر الجامعي، مصر.
- 23- الخفاجي حياوي زينب ، عبد النبي هناء، 2011 ، (أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بدافعية الإنجاز و فاعلية الذات لدى المرأة العاملة في بعض دوائر الدولة في مركز محافظة البصرة) ، مجلة أبحاث البصرة (العلوم الإنسانية) 36 ، 153- 179 .
- 24- دعو سميرة ، و شنوفي نورة ، 2013، (الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل طيف التوحدي) ، مذكرة ماستر قسم علم النفس ، جامعة البويرة ، الجزائر .
- 25- رائد خليل العبادي ، 2006، (طيف التوحد) ، مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع ، الأردن .

- 26- ربوح لطيفة، 2000، (عوامل النفسي عند المرأة العاملة) ، رسالة ماجستير في علوم التربية ، جامعة الجزائر .
- 27- رفيق عوض الله، 2004، (الضغط النفسي و علاقته بالتوافق النفسي و الاجتماعي)، رساله دكتوراه في علم النفس ، جامعة وهران .
- 28- زبيدة الحطاح ، (2010_2011) ، علاقة المخططات المبكرة غير المكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (الرسوب في امتحان البكالوريا) ، دراسة وصفية تحليلية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر .
- 29- سمية طه جميل، 1998، (التخلف العقلي ، استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية)، مكتبة النهضة المصرية ، ط1 ، مصر .
- 30- سهام علي عبد الغفار عليوة، 1999، (فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة و برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال)، رسالة دكتوراه، جامعة طانطا .مصر .
- 31- سهى أحمد أمين نصر، 2002،الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ،التشخيص البرامج العلاجية)، دارالفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- 32- شارف خوجة مليكة، 2010، (مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين ، دراسة مقارنة بين المراحل التعليمية الثلاثة ، ابتدائي ، متوسط ، ثانوي)، رسالة ماجستير في علم النفس المدرسي ، جامعة تيزي وزو ، الجزائر .
- 33- شذى عبد الباقي محمد ، ومصطفى محمد عيسى ، 2011 ، (اتجاهات حديثة في علم النفس المعرفي) ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان ، الأردن .
- 34- شويطر خيرة، 2017، (استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية) ، رسالة دكتوراه في علوم التربية ، جامعة وهران .
- 35- شيلي تايلور، 2008، (علم النفس الصحي) ، ترجمة : وسام درويش و فوزي شاکر ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن .
- 36- صالح بن أحمد العساف، 1995، (المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية) ، مكتبة العبيكان ، الرياض ، السعودية .

- 37- طارق عامر، 2008، (الطفل طيف التوحدي) ، اليازوري العلمية للنشر و التوزيع بدون طبعة ، عمان الأردن .
- 38- عادل عبد الله، 2004، (الإعاقة العقلية) ، دار الرشاد ، مصر .
- 39- عادل عبد الله، 2008، (سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم) ، دار الفكر للنشر و التوزيع، ط1 ، مصر .
- 40- عادل عز الدين الأشول، 1987، (معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية) ، مكتبة لبنان ، لبنان .
- 41- عبد الفتاح علي غزال، 2008، (سيكولوجية الفئات الخاصة)، 2008 الموسوعة العلمية ، ما هي للنشر و التوزيع وخدمات الكمبيوتر ، ط1 ، الإسكندرية ، مصر .
- 42- عبد الله بن محمد الصبي، 1423هـ ، (طيف التوحد و طيف طيف التوحد ، أسبابه وأعراضه و كيفية التعامل معه) ، الجمعية الخليجية للإعاقة .
- 43- عبد المطلب أمين القريطي، 2011، (سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم)، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط5 ، القاهرة ، مصر .
- 44- عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، (دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي)، عالم الكتب ، القاهرة، مصر .
- 45- عبد المنعم الحنفي، 1989، (موسوعة علم النفس و التحليل النفسي)، مكتبة مدبولي، مصر .
- 46- عثمان لبيب فراج ، 2002 ، (الإعاقة النفسية في مرحلة الطفولة) ، المجلس العربي للطفولة و الأمومة ، مصر .
- 47- عثمان لبيب فراج، 2002، (الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة)، المجلس العربي للطفولة ، مصر .
- 48- عريس نصر الدين ، 2016_2017 ، (استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الإستعدادات في وضعيات الضغط النفسي) ، أطروحة دكتوراه غير منشورة جامعة أبي بكر بلقايد ، تلمسان .
- 49- عصام النمر، 2015، (الأسرة وأطفالها ذوي الاحتياجات الخاصة) ، اليازوري للنشر و التوزيع، ط2 ، عمان ، الأردن .
- 50- عصام النمر، 2008، (القياس والتقويم في التربية الخاصة) ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن .

- 51- عيسى تواتي إبراهيم، 2018، (المخططات المبكرة غير المتكيفة و علاقتها بأنماط التعلق و التشويهاات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي)، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2.
- 52- غازي حسين عنانة، 1994، (مناهج البحث)، مؤسسه شباب الجامعة، ط1، الإسكندرية، مصر.
- 53- فاخر عاقل، 1988، (معجم العلوم النفسية (إنجليزي _ عربي))، دار الرائد العربي ، لبنان.
- 54- فاروق السيد عثمان، 2001، (القلق و إدارة الضغوط النفسية)، دار الفكر العربي ط1 ، القاهرة.
- 55- فاطمة الزهراء صحراوي، ديسمبر 2022، (المخططات المعرفية غير المكيفة لدى أمهات أطفال طيف التوحد)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية. المجلد رقم 14 العدد رقم 04 .
- 56- فاطمة عوض صابر ، و ميرفت علي خفاجة ، 2002، (أسس ومبادئ البحث العلمي) ، مكتبة و مطبعة الإشعاع الفنية ، الإسكندرية ، مصر .
- 57- فؤاد البهي السيد ، 1997، (الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة)، دار الفكر العربي، مصر .
- 58- فتحي مصطفى الزيات ، 1995 ، (الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات)، دار الوفاء المنصورة ، مصر .
- 59- فرحات أحمد، 2012، (أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك التوكيدي، لدى تلاميذ التعليم الثانوي) ، رسالة ماجستير ، كلية الأدب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- 60- فهد بن حمد المغلوت ، 2006، (طيف التوحد : كيف نفهمه ونتعامل معه ؟)، مؤسسة الملك خالد الخيرية ، الرياض ، السعودية .
- 61- قحطان أحمد الظاهر، 2009، (طيف التوحد)، دار وائل للنشر و التوزيع ، ط1 ، عمان ، الأردن .
- 62- كلثوم بلميهوب و آخرون ، 2014 ، (تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإضطرابات النفسية) ، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية ، الجزائر .
- 63- كوثر بن ناصر (2018)، (فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتعديل المخططات المعرفية غير المكيفة في حل أزمة النسق الأسري للأطفال الذاتويين بولاية الوادي. أطروحة دكتوراه، غ م ،جامعة الجزائر 2.
- 64- كوثر حسن عسليية ، (2006)، طيف التوحد، دارالصفاء للنشر والتوزيع،الأردن.

- 65- لطفي الشربيني، 2000، (أساليب جديدة لعلاج طيف التوحد)، مجلة الطب النفسي، العدد (62)، السنة الخامسة عشر، 13-14.
- 66- لعزالي صليحة و لوزاني فاطمة الزهراء (دت) المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أمهات الأطفال طيف التوحيديون-أنموذجاً-.
- 67- لمياء عبدالحميد بيومي، (2008) فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيديين، رسالة دكتوراة غير منشوره، جامعة قناة السويس ، مصر.
- 68- ماجدة بهاء الدين سيد عبيد، 2008، (الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية) ، دار الصفاء ، الطبعة الأولى .
- 69- ماجدة سيد علي عمار، 2005، (إعاقة طيف التوحيديين، التشخيص و التشخيص الفارقي)، مكتبة الزهراء الشروق، مصر.
- 70- محمد أحمد خطاب، 2009، (سيكولوجية الطفل طيف التوحيدي)، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الأردن
- 71- محمد أحمد شلبي ، 2001 ، (مقدمة في علم النفس المعرفي) ، دار غريب ، القاهرة ، مصر.
- 72- محمد السيد عبد الرحمن ، 2014 ، (العلاج المعرفي و الميتمعرفي) ، مكتبة زهراء الشرق للتوزيع والنشر ، القاهرة ، مصر .
- 73- محمد داودي و محمد بوفاتح، 2007، (منهجية كتابة البحوث العلمية و الرسائل الجامعية)، جامعة الأغواط ، الجزائر .
- 74- محمد سيد موسى ، 2007، (إضطرابات طيف التوحد)، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، مصر .
- 75- محمد عبيدات أبو نصار وآخرون، 1999، (منهجية البحث العلمي، القواعد، المراجع، والتطبيقات)، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، ط2، الأردن.
- 76- محمد عبد العزيز الفوزان، (2003)، « طيف التوحد، المفهوم والتعليم والتدريب » ، دار عالم الكتب ، السعودية.
- 77- محمد قاسم عبد الله، 2001، (الطفل طيف التوحيدي أو الذاتوي)، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.

- 78- مراد علي عيسى و وليد السيد خليفة، 2008، (الضغوط النفسية و التخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي)، ط1 ، دار الصفاء ، الإسكندرية .
- 79- مريس أنجرس ترجمة : بوزيد صحراوي و آخرون، 2006، (منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، تدريبات علمية)، دار القصة للنشر ، ط2 ،
- 80- مصطفى نوري القمش، 2015، (إضطرابات طيف التوحد الأسباب ، التشخيص ، العلاج ، دراسات علمية)، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، ط2 ، عمان الأردن .
- 81- الملتقى الدولي حول سيكولوجية الإتصال و العلاقات الإنسانية 2005 .
- 82- نادية إبراهيم أبو السعود، 2009، (الطفل طيف التوحد في الأسرة) ، مؤسسة حور سال الدولية للنشر والتوزيع ، مصر .
- 83- نايف بن عابد بن إبراهيم الزارع ، 2005، (قائمة تقدير السلوك طيف التوحد)، دار الفكر ، الأردن.
- 84- نرمين قطب ، 2007، (برنامج سلوكي لتوظيف الإنتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية و غير اللفظية لعينة من أطفال طيف التوحد)، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية .
- 85- هارون توفيق الرشيد، 1999، (الضغوط النفسية طبيعتها ، نظرياتها ، برنامج لمساعدة الذات في علاجها)، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، مصر .
- 86- الهاشمي لوكيا، 2002، (الضغط النفسي في العمل ، مصادره ، آثاره ، و طرق الوقاية)، مجلة أبحاث نفسية و تربوية ، جامعة منوري ، قسنطينة .
- 87- هدى امين عبد العزيز، 1999، (الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين باللاوتيزم الذاتية)، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر .
- 88- هناء إبراهيم الصندقلي ، 2012 ، (طيف التوحد اللغز الذي حير العلماء) ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .
- 89- وفاء علي الشامي، (ب، س) سمات طيف التوحد تطورها وكيفية التعامل معها، مكتبة الملك فهد الوطنية، (السعودية).
- 90- يوسف القرويتي وعبد العزيز السرطاني وجميل الصمادي، 2001 (المدخل في التربية الخاصة)، دار القلم للنشر والتوزيع، الإمارات.

91- يون. ر. أندرسون، (2007)، «علم النفس المعرفي وتطبيقاته» ترجمة: محمد صبري سليط، رضا مسعد الجمال، دار الفكر، الأردن.

92- يوسف سليمان عبد الواحد، 2010، (سيكولوجية طيف التوحد (الأوتيزم) الطفل الذاتوي بين الرعاية و التجنب)، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع ، مصر .

المراجع باللغة الأجنبية :

1. FofanaLosseni (2007) Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psy-thérapie cognitive, thèse de doctorat de psychologie , Université Charles de Gaule , Lille 3 , France .
2. Alfasfos.L,2009,the early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for Palestinian students (doctoral dissertation) university of Hamburg .
3. Beck , A , T et Freeman , A et Associates (1990) cognitive therapy of personality disorders , New Yourk : Guilford press.
4. Bouvard Martine (2009) Questionnaire et échelle de la personnalité , série pratique en psychothérapie , éd Elsevier Masson , 3eme , Paris .
5. Bruxelles .
6. Chambon.O et Marie-cardi (2003) thérapies cognitives et des psychoses chroniques , édition Masson.
7. Cockram .D.M ,2009,Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD (doctoral dissertation) , Murdoch university .
8. Cottraux et Blackburn (1995) les psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité , 2eme Ed, Paris .
9. Cowan,G , Pines , D et Meitzer , D.E (1994) complicity : Metaphors , models , and reality , westview press .

10. Crepeau.E et Cohn E, Schell .B , 2003 , willard et Sparkman's (occupation therapy , occupational therapy trends , rehabilitation and vocational) , philadelphia : lippincott .
11. Dood.S ,2005 , (understandingoutism) , New York , Elsevier .
12. Gardener, J (2004) cognitive behavior technique ,schema Focused counseling Retrieved from : [http://www.housecallscounseling.com/wpcontent/uploads/2011/09/cognitive – Behavior – technique – schema – Focused – conseling .pdf](http://www.housecallscounseling.com/wpcontent/uploads/2011/09/cognitive-Behavior-technique-schema-Focused-counseling.pdf) .
13. Gillberg,Cheistopher,1990,(autism and pervasive developmental disorders) , J. child psychol , psychat , 31 , 99 – 199 .
14. Hawsseaust , H (2003) comment ne pas se gacher la vie , Paris :O.JACOB.
15. Kahalé ,N (2009) l'influence du trouble Bipolaire sur les Facteurs Cognitifs et Affectifs chez le patient Adulte Libanais (Doctoral dissertation) Université Saint–Esprit de Kaslik .
16. Le Doux (1996) the emotional brain New Yourk : Simon Schuster .
17. Lewis.V.1987 , (development and handicap) , Basil Blackwell .
18. Lobbestael.J ,Vreeswijk , M.F , Van , et Arnty.A , 2007, shedding light on schema modes : a clarification of the mode concept and its current research status Netherlands journal of psychology.
19. Louis Croq(traumatisme psychique , pris en charge psychologique des victimes) (2007) Masson , France .
20. Madleine Estryne – Behar(stress et souffrance des soignants a l'hopitale) (1997) Estem , France .
21. Mahmoud Boudarene (le stress entre bien etre et souffrance) (2005) Berti édition , Alger .

22. Maria.D , 1990 , autism and life in the community(successful interventions for behavioral challenges) , London , Pawul . H , Go .
23. Marilou Bruchon – Schweitzer (concepts stress , coping , recherche en soin infirmiers) (2011) N:67 Cecembre ,France .
24. Martin, R et Young, J (2010) schematherapy .in Dobson , K .S, Handbook of cognitive – behavioral therapies (3erd) , New Yourk .NY:Guilfordpress .
25. Masson,Oliver et al (2005) Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population , psychology and psycho– therapy:theory , research and practice n 78 , issue 4 , déc 2005 .
26. Mehran, Firouzeh(2006) Traitement du troubles de la personnalité Berderline, édition Elsevier Masson,clection médecine et psychothérapie , Paris .
27. Mehran.F , 2011 , traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle (2 , ed) Elsevier Masson .
28. Milligan,K (2013) cognitive Distortions as a Mediator Between Early Maladaptive schema and Hopelessness (Doctoral dissertation) , Philadelphia college of Osteopathic Medicine .
29. Norbert Sillamy(dictionnaire de psychologie) (1999) Larousse , Paris .
30. Oznoff.S (pennington , B and Ruggers .S, 1991 , executive function deficits in high– functioning autistic individuals : relationship to theory of mind , J , child psychol , psychat , 32 (7) , 1081 , 1105 .
31. Pascal Bernard azarma sabine (2010) a propos de l’ateleier de perfectionnement aspco de Pascal Bernard du 16/04/2010 sur le thème la thérapie des schémas de Jeffrey E Young .
32. Raynal Françoise et Reignier Alain , Pédagogie (1997) Dictionnaire des concepts clés , apprentissage , Formation et psychologie cognitive , ESF éditeur.

33. Roussin, juil (2011) psychothérapie selon l'approche des schémas de Young et analyse critique d'un processus thérapeutique doctorat en psychologie université du québec.
34. Rusinek, S (2006) Soigner les schémas de pensée : une approche de la restructuration cognitive .Dunod .
35. Shwartz.S, 1992 , cse studies in abnormal psychology wiley , milt ion austereley : National Library .
36. Stein et J.E young(2007) (Eds) cognitive schemas and core beliefs in psychological problems : A scientist practitioner guide. Washington , DC : American psychological Association .
37. Theiler .S (2005) The efficacy of early childhood memories as indicators of current maladaptive schemas and psychological health(Doctoral dissertation) school of social and Behavioral sciences, Swinburne University of Technology ,Hawthorn,Victoria ,Australia .
38. Van Genderen , H , Rijkeboer , M, et Arntz , A (2012) theoretical Model in the wiley – Blackwell handbook of schema therapy theory , research and practice (p 27) John wiley and Sons .
39. Winy.L , 1993 , the definition and prevalence of autism : Are view (Ear child Ado Lex psychiatry , 2 (2) : 61 – 74 .
40. young geffrey et all (2003) La théeapie des schéma édition de Boeck
41. Young Jeffrey (2005) La théeapie des schéma ; éd Bruxelles : de Boek.
42. Young.J.E et klosko ,J,S (1995) je réinvente ma vié : vous valez mieux que vous ne pensez , édition de l'Homme .
43. www.elbablawe.com/htm/7/14.htm/20.05.2011/23:00

الملاحق

الملحق رقم 01:

مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ YSQ-SF

ترجمة: عبد العزيز حدار (الصورة المختصرة)

التاريخ: جنس الإبن: رتبته بين إخوته:

سن الأم: بيئة الأم: الريف/المدينة: المستوى التعليمي:

المستوى الإقتصادي: هل تتلقين الدعم من الزوج؟ نعم / لا

التعليمة: إليك أيتها الأم مجموعة من البدائل مرقمة من (1 إلى 6) التي تعبر عنك ، أرجو قراءة العبارات

جيدا و اختاري البديل الذي يعبر عنك وترينه مناسباً ، و ذلك بوضع علامة (*)

ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، و إنما هناك إجابة صريحة تتطابق مع حالتك. وكل

المعلومات المقدمة تبقى سرية لا تستخدم إلا لفائدة علمية.

رقم	البنود	1	2	3	4	5	6
		تطبيق تماما	تطبيق بدرجة كبيرة	تطبيق بدرجة متوسطة	لا تتطبق	لا تتطبق بدرجة كبيرة	لا تتطبق تماما
01	في أغلب الأحيان ، لا أجد أحدا يعتني بي ، يشاركني أو يهتم بما يحصل لي.						
02	في أوقات الشدة ، لا أتلقى من المحيطين بي المساندة و الحنان و لا العطف.						
03	في حياتي ، لم أشعر أبدا بأن لي مكانة خاصة عند الآخرين.						
04	في أغلب الأحيان ، لا أجد أحدا يستمع إلي بجدية، أو يفهمني، أو يحس بمشاعري و بحاجاتي الحقيقية .						
05	عندما أتردد فيما يجب فعله، نادرا ما أجد شخصا مقنعا يسدي لي النصح او يوجهني.						
06	أتعلق بالناس المقربين مني، لأنني أخشى أن يتخلوا عني .						
07	أخشى كثيرا أن أخسر الناس الذين أنا بحاجة ماسة إليهم، لدرجة أن هذه الفكرة تشغل بالي كثيرا.						
08	أقلق عندما أفكر في أن الناس القريبين مني قد يتخلون عني .						
09	تصيبني خيبة أمل عندما أشعر بأن شخصا أكن له التقدير يبتعد عني.						
10	أحيانا شدة خوفي من تخلي الناس عني تجعلني أبادر برفضهم.						

					11	لدي انطباع بأن الآخرين يستغلونني.
					12	أظن أنه علي أن أبقى يقظا و حذرا أمام الناس، و إلا سيعتمدون إحراجي.
					13	يمكن أن أتعرض للخيانة في أي وقت.
					14	أنا مرتاب تجاه دوافع الناس و نواياهم.
					15	غالبا ما أراقب النوايا الخفية للأشخاص (الأسباب الخفية).
					16	أنا غير مرتاح في المحيط الذي أنا موجود فيه.
					17	أنا مختلف تماما عن الآخرين.
					18	أنا فريد من نوعي ، أنا وحيد.
					19	أحس أنني منعزل عن غيري.
					20	غالبا ما أشعر أنني خارج الجماعة.
					21	لا أحد ممن أميل إليهم بإمكانه أن يحبني إذا علم بعيوبي.
					22	لا أحد ممن أرغب فيهم سيبقى قريبا مني عندما يتعرف علي بطبيعتي .
					23	أنا لست جديرا باهتمام و احترام حب الآخرين.
					24	لدي انطباع بأنني لا أستطيع أن أكون محبوبا.
					25	أنا لا أحظى بالتقبل من طرف الناس،حتى أعرفهم عن نفسي أو أفصح لهم عما بداخلي.
					26	أغلب الأشياء التي أقوم بها (في العمل أو في المنزل) ليست جيدة كالتي يقوم بها الآخرين.
					27	أنا لست كفئا حتى أحقق النجاح.
					28	معظم الناس هم أكثر مني كفاءة في مجال العمل و النجاح.
					29	أنا لست متميزا في العمل مثل أغلب الناس المتميزين .
					30	أنا لست أكثر ذكاء من عامة الناس (سواء في العمل أو في المنزل).
					31	لا أشعر أنني قادر على تدبير أموري بمفردني في حياتي العادية.
					32	اعتبر نفسي كشخص غير مستقل عن الآخرين، في حياتي اليومية .
					33	أنا أفقد للحس السليم .
					34	حكمي على الأشياء التي تحدث في المواقف اليومية ليس صائبا .
					35	ليست لدي الثقة في قدراتي على حل المشاكل اليومية الطارئة.

					يصعب علي التخلص ن شعور مفاده، بأن هناك شيئا سيحدث.	36
					أشعر أن كارثة ما(طبيعية، جريمة، مالية، صحية) يمكن أن تحدث في أي لحظة.	37
					أخشى أن أتعرض لاعتداء .	38
					أخشى أن أفقد كل ما لدي.	39
					أخشى أن أصاب بمرض خطير،حتى و إن لم يتم تشخيص ذلك من طرف الطبيب.	40
					لم أكن قادرا على مفارقة والدي، مثل أترابي الذين تمكنوا من ذلك.	41
					أنا و والداي نميل إلى أن نتقاسم و نشارك حياة بعضنا البعض.	42
					من الصعب بالنسبة لي و لوالدي الاحتفاظ بتفاصيل حياتنا، دون الشعور بالذنب و الخيانة بسبب هذا الاحتفاظ.	43
					غالبا ما أرى بأنني مندمج في شخصية والدي ،بحيث لا اشعر بوجودي و كياني.	44
					غالبا ما أشعر أنه ليست لدي شخصية تميزني عن شخصية والدي و والدي أو رفاقي .	45
					أظن أنه لو فعلت يوما ما أريد لكنت واجهت المتاعب.	46
					أعتقد أنه ليس لدي خيارات غير الخضوع للآخرين ،و إلا سيرفضونني أو يلحقون بي الأذى.	47
					بخصوص العلاقات ،أنا أرضخ لضغوط الآخرين .	48
					دائما،اسمح للآخرين بأن يختاروا بدلا مني و على هذا لا أعرف حقا ما أريده لنفسني.	49
					لدي صعوبات كثيرة في جعل الآخرين يحترمون حقوقي بما فيه مراعاة مشاعري.	50
					أنا شخص ،عادة ما أفضل العناية بالأشخاص القريبين مني.	51
					أنا شخص طيب ،لأنني أفكر في الآخرين أكثر مما أفكر في نفسي.	52
					أنا منشغل كثيرا بخدمة الناس ،لدرجة أنني انزعج من عدم وجود الوقت للاهتمام بنفسني.	53
					كنت دائما الشخص الذي يستمع لمشاكل و هموم جميع الناس.	54
					الناس يرونني ذلك الشخص الذي يعطي الكثير ،و لكن القليل لنفسه.	55
					يضايقتني كثيرا إظهار المشاعر الإيجابية .	56

					أرى أنه من المزعج أن أظهر مشاعري للآخرين.	57
					أرى أنه من الصعب أن أكون ودودا و عفويا مع الآخرين.	58
					أراقب نفسي كثيرا لدرجة أن الناس يظنون أنني مجرد من الأحاسيس و الانفعالات.	59
					يعتبرني الناس بأنني "معطل-ة" من الناحية الانفعالية.	60
					علي أن أكون الأحسن في كل ما أقوم به، ولا أتقبل أن أكون التالي.	61
					أحاول أن أعمل كل ما بوسعي .لا أقبل أن أكون في مستوى أقل.	62
					ينبغي علي أن أتحمل كل مسؤولياتي.	63
					لدي انطباع أن هناك ضغطا مستمر في سبيل أن أتم عملي و أن أنجح.	64
					لا أخرج من المأزق بسهولة ،ولا أقدم اعتذارات عن أخطائي.	65
					أجد صعوبة كبيرة في تقبل الجواب "لا" من طرف الآخرين عندما أطلب شيئا منهم.	66
					أنا متميز عن الآخرين ،و ليست مجبرا على تقبل معظم القيود التي ينبغي على الآخرين الخضوع لها.	67
					أكره أن أجبر على القيام بشيء ، أو أن أمنع من فعل شيء ما أريده.	68
					أشعر أنني غير مجبر على الامتثال لأعراف و القيام بالأدوار المنوطة كالآخرين .	69
					أعتقد أن ما أقدمه ذو قيمة كبيرة أكثر مما ساهم به الآخرون.	70
					أرى أنه غير ممكن أن أتحدى بالانضباط لكي أكمل أعمال الروتينية أو المملة.	71
					إذا لم أتمكن من بلوغ هدفي، يصيبني الإحباط بسهولة، لذلك أتخلى عنه.	72
					أمر بلحظات صعبة ،عندما تجب علي التضحية بالامتيازات الحالية، من أجل تحقيق هدف طويل المدى.	73
					لا أستطيع أن أجبر نفسي على القيام بأشياء لا أحبها،حتى لو كنت أعرف أنها في مصلحتي.	74
					نادرا ما أتمكن من الالتزام بمواقفي الصارمة.	75

الملحق رقم 02:

استبيان إدراك الضغط النفسي (P.S.Q) LA Venstein

التعليمة :

لكل عبارة من العبارات التالية ،ضع علامة (*) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً ،و ذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، و أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بالتفكير أو مراجعة إجابتك و احرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المدة.هناك أربع إختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الإختبار وهي بالترتيب: تقريبا أبدا، أحيانا، كثيرا، عادة.

الرقم	البنود	تقريبا ابدا	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعر بالراحة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة				
06	تجد نفسك في مواقف صراعية				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
08	تشعر بالتعب				
09	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحياة				

				تشعر بالتوتر	14
				تبدو مشاكلك أنها ستتراكم	15
				تشعر بأنك في عجلة من أمرك	16
				تشعر بالأمن و الحماية	17
				لديك عدة مخاوف	18
				أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين	19
				تشعر بفقدان العزيمة	20
				تمتع نفسك	21
				أنت خائف من المستقبل	22
				تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم	23
				أنت شخص خالي من الهموم	24
				تشعر بالإرهاك و التعب الفكري	25
				لديك صعوبات في الاسترخاء	26
				تشعر بعبء المسؤولية	27
				لديك الوقت الكافي لنفسك	28
				تشعر أنك تحت ضغط مميت	29
				تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها و ليس لأنك تريدها	30

الملحق رقم (03):

Corrélations

		ال_الضغط نفسى	المخططات الكلية	العاطف النقص طفي	الاستقرار عدم	التعدي لشك	العزلة طواء	العدم كمال	الفشل كفاءة	القبالية جرح	العلاقة مجبة	الإخضوع جبار	التض حية	الم_التحكم فرط	متطلبات عالية	السيطرة لزائدة	ال_نقص تحكم	
الن_الضغط فسى	Corrélation de Pearson	1	,078	,022	-,044	,059	-,029	,210*	,201*	,099	,083	,020	-,026	,024	,034	,108	-,022	-,070
	Sig. (bilatérale)		,397	,812	,631	,525	,749	,021	,028	,283	,365	,824	,780	,796	,710	,240	,808	,447
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
المخططات لكلية	Corrélation de Pearson	,078	1	,567**	,621**	,691**	,708**	,635**	,655**	,746**	,689**	,483**	,735**	,489**	,684**	,422**	,431**	,523**
	Sig. (bilatérale)	,397		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
العاطف_النقص في	Corrélation de Pearson	,022	,567**	1	,344**	,330**	,466**	,382**	,389**	,426**	,381**	,190*	,456**	,078	,272**	,080	,171	,234*
	Sig. (bilatérale)	,812	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,038	,000	,399	,003	,386	,063	,010
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الاستقرار_عدم ار	Corrélation de Pearson	-,044	,621**	,344**	1	,470**	,382**	,327**	,287**	,458**	,497**	,173	,372**	,311**	,298**	,175	,243**	,338**
	Sig. (bilatérale)	,631	,000	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,000	,058	,000	,001	,001	,055	,007	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

الشك_التعدي	Corrélation de Pearson	,059	,691**	,330**	,470**	1	,497**	,542**	,476**	,523**	,425**	,298**	,586**	,262**	,451**	,091	,212*	,163
	Sig. (bilatérale)	,525	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,004	,000	,321	,020	,075
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الأنط_العزلة واء	Corrélation de Pearson	-,029	,708**	,466**	,382**	,497**	1	,573**	,412**	,396**	,402**	,282**	,625**	,179	,505**	,197*	,279**	,197*
	Sig. (bilatérale)	,749	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,002	,000	,050	,000	,031	,002	,031
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الكمال_عدم	Corrélation de Pearson	,210*	,635**	,382**	,327**	,542**	,573**	1	,555**	,591**	,351**	,331**	,452**	-,005	,492**	,014	-,005	,081
	Sig. (bilatérale)	,021	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,955	,000	,876	,956	,382
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الفشل	Corrélation de Pearson	,201*	,655**	,389**	,287**	,476**	,412**	,555**	1	,623**	,463**	,209*	,448**	,130	,394**	,140	,035	,343**
	Sig. (bilatérale)	,028	,000	,000	,001	,000	,000	,000		,000	,000	,022	,000	,157	,000	,126	,705	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

الكفاءة_عدم	Corrélation de Pearson	,099	,746**	,426**	,458**	,523**	,396**	,591**	,623**	1	,522**	,484**	,563**	,170	,546**	,038	,062	,356**
	Sig. (bilatérale)	,283	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,064	,000	,683	,498	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الجرح_قابلية	Corrélation de Pearson	,083	,689**	,381**	,497**	,425**	,402**	,351**	,463**	,522**	1	,317**	,476**	,301**	,413**	,236**	,177	,310**
	Sig. (bilatérale)	,365	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,001	,000	,009	,053	,001
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الدم_العلاقة جية	Corrélation de Pearson	,020	,483**	,190*	,173	,298**	,282**	,331**	,209*	,484**	,317**	1	,398**	,091	,404**	-,007	-,007	,248**
	Sig. (bilatérale)	,824	,000	,038	,058	,001	,002	,000	,022	,000	,000		,000	,320	,000	,936	,942	,006
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الإ_الخضوع جبار	Corrélation de Pearson	-,026	,735**	,456**	,372**	,586**	,625**	,452**	,448**	,563**	,476**	,398**	1	,286**	,470**	,135	,261**	,158
	Sig. (bilatérale)	,780	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,002	,000	,141	,004	,085
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
التضحية	Corrélation de Pearson	,024	,489**	,078	,311**	,262**	,179	-,005	,130	,170	,301**	,091	,286**	1	,247**	,603**	,457**	,337**
	Sig. (bilatérale)	,796	,000	,399	,001	,004	,050	,955	,157	,064	,001	,320	,002		,006	,000	,000	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

المف_التحكم رط	Corrélation de Pearson	,034	,684**	,272**	,298**	,451**	,505**	,492**	,394**	,546**	,413**	,404**	,470**	,247**	1	,262**	,138	,263**
	Sig. (bilatérale)	,710	,000	,003	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006		,004	,134	,004
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
عالماتطلبات لية	Corrélation de Pearson	,108	,422**	,080	,175	,091	,197*	,014	,140	,038	,236**	-,007	,135	,603**	,262**	1	,494**	,322**
	Sig. (bilatérale)	,240	,000	,386	,055	,321	,031	,876	,126	,683	,009	,936	,141	,000	,004		,000	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
الزالسيطرة نذة	Corrélation de Pearson	-,022	,431**	,171	,243**	,212*	,279**	-,005	,035	,062	,177	-,007	,261**	,457**	,138	,494**	1	,464**
	Sig. (bilatérale)	,808	,000	,063	,007	,020	,002	,956	,705	,498	,053	,942	,004	,000	,134	,000		,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
التحكم_نقص	Corrélation de Pearson	-,070	,523**	,234*	,338**	,163	,197*	,081	,343**	,356**	,310**	,248**	,158	,337**	,263**	,322**	,464**	1
	Sig. (bilatérale)	,447	,000	,010	,000	,075	,031	,382	,000	,000	,001	,006	,085	,000	,004	,000	,000	
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Statistiques de groupe

	الأم بيبة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الكلية_المخططات	حضري	98	264,5918	56,77589	5,73523
	ريفى	22	288,5455	62,93135	13,41701
العاطفى_النقص	حضري	98	17,3673	6,03151	,60927
	ريفى	22	19,2273	5,40663	1,15270
الاستقرار_عدم	حضري	98	17,3061	6,45270	,65182
	ريفى	22	19,1364	5,91443	1,26096
الشك_التعدى	حضري	98	17,3878	5,45579	,55112
	ريفى	22	19,2727	5,46140	1,16437
الأنطواء_العزلة	حضري	98	17,9796	6,80051	,68696
	ريفى	22	20,2273	6,79588	1,44889
الكمال_عدم	حضري	98	19,1837	7,12097	,71933
	ريفى	22	19,0909	7,36083	1,56933
الفشل	حضري	98	18,5204	6,59620	,66632
	ريفى	22	20,3182	7,27282	1,55057
الكفاءة_عدم	حضري	98	17,4184	6,48380	,65496
	ريفى	22	17,9545	8,07393	1,72137
الجرح_قابلية	حضري	98	17,6020	6,10009	,61620
	ريفى	22	21,7727	6,19471	1,32072
الدمجية_العلاقة	حضري	98	17,6224	5,96988	,60305
	ريفى	22	17,4545	6,82242	1,45455

الإجبار_الخضوع	حضري	98	17,6837	6,19544	,62583
	ريفي	22	17,9545	7,24718	1,54510
التضحية	حضري	98	16,8265	6,57867	,66455
	ريفي	22	19,0000	6,05530	1,29099
المفرط_التحكم	حضري	98	18,0714	6,74766	,68162
	ريفي	22	18,2727	7,06556	1,50638
عالية_متطلبات	حضري	98	16,8163	6,91681	,69870
	ريفي	22	21,1818	6,29161	1,34138
الزائدة_السيطرة	حضري	98	17,7245	5,89212	,59519
	ريفي	22	19,0455	6,95206	1,48218
التحكم_نقص	حضري	98	17,0816	5,96151	,60220
	ريفي	22	18,6364	5,84356	1,24585

الملحق رقم (05)

Test des échantillons indépendants

			Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
			F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
										Inférieur	Supérieur
الكلية_المخططات	Hypothèse de variances égales	de	,561	,455	-	118	,082	-23,95362	13,66435	-51,01275	3,10552
						1,753					
	Hypothèse de variances inégales	de			-	29,165	,111	-23,95362	14,59140	-53,78907	5,88183
						1,642					
العاطفي_النقص	Hypothèse de variances égales	de	,467	,496	-	118	,186	-1,85993	1,39786	-4,62807	,90822
						1,331					
	Hypothèse de variances inégales	de			-	33,802	,163	-1,85993	1,30381	-4,51016	,79031
						1,427					
الاستقرار_عدم	Hypothèse de variances égales	de	,319	,573	-	118	,225	-1,83024	1,50051	-4,80166	1,14118
						1,220					
	Hypothèse de variances inégales	de			-	33,209	,206	-1,83024	1,41947	-4,71748	1,05700
						1,289					
الشك_التعدي	Hypothèse de variances égales	de	,215	,644	-	118	,146	-1,88497	1,28737	-4,43431	,66437
						1,464					
	Hypothèse de variances inégales	de			-	31,125	,153	-1,88497	1,28821	-4,51188	,74193
						1,463					

الأنطواء_العزلة	Hypothèse de variances égales	,143	,706	-	118	,164	-2,24768	1,60419	-5,42441	,92905
				1,401						
	Hypothèse de variances inégales			-	31,162	,171	-2,24768	1,60349	-5,51733	1,02197
				1,402						
الكمال_عدم	Hypothèse de variances égales	,274	,602	,055	118	,956	,09276	1,69019	-3,25428	3,43981
	Hypothèse de variances inégales			,054	30,460	,957	,09276	1,72634	-3,43066	3,61618
الفشل	Hypothèse de variances égales	,590	,444	-	118	,259	-1,79777	1,58577	-4,93802	1,34247
				1,134						
	Hypothèse de variances inégales			-	29,256	,295	-1,79777	1,68768	-5,24815	1,65260
				1,065						
الكفاءة_عدم	Hypothèse de variances égales	3,360	,069	-,335	118	,739	-,53618	1,60286	-3,71028	2,63792
	Hypothèse de variances inégales			-,291	27,396	,773	-,53618	1,84176	-4,31260	3,24025
الجرح_قابلية	Hypothèse de variances égales	,024	,876	-	118	,005	-4,17069	1,44314	-7,02849	-1,31288
				2,890						
	Hypothèse de variances inégales			-	30,822	,008	-4,17069	1,45739	-7,14376	-1,19761
				2,862						
الدمجية_العلاقة	Hypothèse de variances égales	1,002	,319	,116	118	,908	,16790	1,44626	-2,69609	3,03190
	Hypothèse de variances inégales			,107	28,657	,916	,16790	1,57460	-3,05420	3,39000

الإجبار_الخضوع	Hypothèse de variances égales	2,842	,094	-180	118	,858	-2,27087	1,50878	-3,25866	2,71692
	Hypothèse de variances inégales			-162	28,291	,872	-2,27087	1,66704	-3,68406	3,14232
التضحية	Hypothèse de variances égales	1,179	,280	-	118	,158	-2,17347	1,53080	-5,20487	,85793
	Hypothèse de variances inégales			-	33,100	,144	-2,17347	1,45199	-5,12723	,78030
المفرط_التحكم	Hypothèse de variances égales	,541	,464	-125	118	,900	-2,20130	1,60552	-3,38066	2,97806
	Hypothèse de variances inégales			-122	30,205	,904	-2,20130	1,65342	-3,57706	3,17447
عالية_متطلبات	Hypothèse de variances égales	,950	,332	-	118	,008	-4,36549	1,60656	-7,54692	-1,18407
	Hypothèse de variances inégales			-	33,409	,007	-4,36549	1,51244	-7,44115	-1,28984
الزائدة_السيطرة	Hypothèse de variances égales	,921	,339	-919	118	,360	-1,32096	1,43776	-4,16812	1,52620
	Hypothèse de variances inégales			-827	28,160	,415	-1,32096	1,59722	-4,59189	1,94996
التحكم_نقص	Hypothèse de variances égales	,561	,455	-	118	,270	-1,55473	1,40153	-4,33015	1,22069
	Hypothèse de variances inégales			-	31,586	,270	-1,55473	1,38376	-4,37481	1,26535

الملحق رقم (06)

		Descriptives							
		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
الكلية_المخططات	إبتدائيًاقل	12	302,9167	87,65061	25,30255	247,2261	358,6072	139,00	417,00
	متوسط	31	269,0323	44,01930	7,90610	252,8858	285,1787	200,00	380,00
	ثانوي	44	269,3182	55,26922	8,33215	252,5148	286,1216	124,00	385,00
	جامعي	33	256,1515	59,40019	10,34025	235,0891	277,2139	116,00	349,00
	Total	120	268,9833	58,42153	5,33313	258,4232	279,5435	116,00	417,00
العاطفي_النقص	إبتدائيًاقل	12	20,7500	7,11113	2,05281	16,2318	25,2682	8,00	30,00
	متوسط	31	17,6452	5,94165	1,06715	15,4657	19,8246	5,00	28,00
	ثانوي	44	18,6591	5,74636	,86630	16,9120	20,4061	8,00	30,00
	جامعي	33	15,3939	5,12920	,89288	13,5752	17,2127	6,00	27,00
	Total	120	17,7083	5,94427	,54264	16,6339	18,7828	5,00	30,00
الاستقرار_عدم	إبتدائيًاقل	12	20,5000	6,94786	2,00567	16,0855	24,9145	10,00	30,00
	متوسط	31	17,1935	6,05210	1,08699	14,9736	19,4135	10,00	30,00
	ثانوي	44	18,0455	6,41566	,96720	16,0949	19,9960	5,00	30,00
	جامعي	33	16,4848	6,32021	1,10021	14,2438	18,7259	5,00	29,00
	Total	120	17,6417	6,37326	,58180	16,4897	18,7937	5,00	30,00

الشك_التعدي	إبتدائيًاقل	12	19,5833	6,99946	2,02057	15,1361	24,0306	5,00	27,00
	متوسط	31	17,9677	5,40052	,96996	15,9868	19,9487	7,00	28,00
	ثانوي	44	17,0000	4,53411	,68354	15,6215	18,3785	5,00	25,00
	جامعي	33	17,8182	6,15657	1,07172	15,6352	20,0012	5,00	28,00
	Total	120	17,7333	5,48295	,50052	16,7422	18,7244	5,00	28,00
الأنطواء_العزلة	إبتدائيًاقل	12	22,2500	7,61727	2,19892	17,4102	27,0898	5,00	30,00
	متوسط	31	17,1290	6,26494	1,12522	14,8310	19,4270	7,00	28,00
	ثانوي	44	19,0682	6,36633	,95976	17,1326	21,0037	5,00	30,00
	جامعي	33	17,2727	7,28557	1,26826	14,6894	19,8561	5,00	30,00
	Total	120	18,3917	6,82715	,62323	17,1576	19,6257	5,00	30,00
الكمال_عدم	إبتدائيًاقل	12	22,2500	8,12544	2,34561	17,0873	27,4127	5,00	30,00
	متوسط	31	18,5484	6,91298	1,24161	16,0127	21,0841	6,00	30,00
	ثانوي	44	18,8182	6,88535	1,03801	16,7248	20,9115	5,00	30,00
	جامعي	33	19,0909	7,34576	1,27873	16,4862	21,6956	5,00	30,00
	Total	120	19,1667	7,13417	,65126	17,8771	20,4562	5,00	30,00
الفشل	إبتدائيًاقل	12	21,1667	8,51558	2,45824	15,7561	26,5772	5,00	30,00
	متوسط	31	19,9032	6,37367	1,14474	17,5653	22,2411	7,00	30,00
	ثانوي	44	18,4091	6,87198	1,03599	16,3198	20,4984	5,00	30,00
	جامعي	33	17,6061	6,08245	1,05882	15,4493	19,7628	5,00	30,00
	Total	120	18,8500	6,72965	,61433	17,6336	20,0664	5,00	30,00
الكفاءة_عدم	إبتدائيًاقل	12	22,0000	7,83929	2,26301	17,0191	26,9809	5,00	30,00
	متوسط	31	17,4839	6,42324	1,15365	15,1278	19,8399	6,00	30,00
	ثانوي	44	16,9091	6,47650	,97637	14,9401	18,8781	5,00	29,00
	جامعي	33	16,7273	6,74663	1,17444	14,3350	19,1195	6,00	30,00
	Total	120	17,5167	6,76867	,61789	16,2932	18,7402	5,00	30,00

الجرح_قابلية	إبتدائيًاقل	12	21,8333	7,45695	2,15264	17,0954	26,5713	5,00	30,00
	متوسط	31	19,1613	6,13241	1,10141	16,9119	21,4107	5,00	30,00
	ثانوي	44	17,9318	6,80081	1,02526	15,8642	19,9995	5,00	30,00
	جامعي	33	16,9394	4,87301	,84828	15,2115	18,6673	5,00	25,00
	Total	120	18,3667	6,30317	,57540	17,2273	19,5060	5,00	30,00
الدمجية_العلاقة	إبتدائيًاقل	12	21,0000	6,14965	1,77525	17,0927	24,9073	11,00	30,00
	متوسط	31	18,0000	5,31664	,95490	16,0498	19,9502	7,00	26,00
	ثانوي	44	16,9318	6,46061	,97397	14,9676	18,8960	5,00	30,00
	جامعي	33	16,8485	6,10902	1,06344	14,6823	19,0146	5,00	30,00
	Total	120	17,5917	6,10482	,55729	16,4882	18,6952	5,00	30,00
الإجبار_الخضوع	إبتدائيًاقل	12	21,0000	9,02522	2,60536	15,2657	26,7343	5,00	30,00
	متوسط	31	17,7419	5,96639	1,07160	15,5534	19,9304	6,00	30,00
	ثانوي	44	17,8409	5,74636	,86630	16,0939	19,5880	6,00	30,00
	جامعي	33	16,3939	6,26468	1,09054	14,1726	18,6153	5,00	25,00
	Total	120	17,7333	6,36922	,58143	16,5820	18,8846	5,00	30,00
التضحية	إبتدائيًاقل	12	18,4167	7,53728	2,17583	13,6277	23,2056	5,00	29,00
	متوسط	31	18,0968	6,10658	1,09677	15,8569	20,3367	5,00	28,00
	ثانوي	44	16,9091	6,41516	,96712	14,9587	18,8595	5,00	30,00
	جامعي	33	16,3939	6,78205	1,18060	13,9891	18,7988	5,00	30,00
	Total	120	17,2250	6,51625	,59485	16,0471	18,4029	5,00	30,00
المفرط_التحكم	إبتدائيًاقل	12	19,8333	6,99134	2,01823	15,3912	24,2754	10,00	29,00
	متوسط	31	16,6774	6,17731	1,10948	14,4116	18,9433	5,00	30,00
	ثانوي	44	18,4318	7,06580	1,06521	16,2836	20,5800	5,00	30,00
	جامعي	33	18,3939	6,91438	1,20364	15,9422	20,8457	6,00	30,00
	Total	120	18,1083	6,77712	,61866	16,8833	19,3333	5,00	30,00

الملاحق:

عالية_متطلبات	إبتدائيًاقل	12	17,0833	6,74818	1,94803	12,7957	21,3709	5,00	25,00
	متوسط	31	18,3226	7,14790	1,28380	15,7007	20,9445	7,00	30,00
	ثانوي	44	18,3182	7,17156	1,08115	16,1378	20,4985	5,00	30,00
	جامعي	33	16,2121	6,76275	1,17724	13,8142	18,6101	5,00	30,00
	Total	120	17,6167	6,99001	,63810	16,3532	18,8802	5,00	30,00
الزائدة_السيطرة	إبتدائيًاقل	12	18,1667	7,38344	2,13141	13,4755	22,8579	6,00	27,00
	متوسط	31	17,3226	5,87870	1,05585	15,1663	19,4789	8,00	30,00
	ثانوي	44	18,5455	5,99789	,90422	16,7219	20,3690	5,00	30,00
	جامعي	33	17,7273	6,12512	1,06625	15,5554	19,8991	7,00	30,00
	Total	120	17,9667	6,09026	,55596	16,8658	19,0675	5,00	30,00
التحكم_نقص	إبتدائيًاقل	12	17,0833	7,41569	2,14072	12,3716	21,7950	5,00	28,00
	متوسط	31	17,8387	4,78258	,85898	16,0844	19,5930	11,00	30,00
	ثانوي	44	17,5000	5,66712	,85435	15,7770	19,2230	8,00	30,00
	جامعي	33	16,8485	6,88804	1,19905	14,4061	19,2909	5,00	30,00
	Total	120	17,3667	5,94645	,54283	16,2918	18,4415	5,00	30,00

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الكلية_المخططات	Intergroupes	19256,294	3	6418,765	1,924	,129
	Intragroupes	386899,672	116	3335,342		
	Total	406155,967	119			
العاطفي_النقص	Intergroupes	327,680	3	109,227	3,268	,024
	Intragroupes	3877,112	116	33,423		
	Total	4204,792	119			
الاستقرار_عدم	Intergroupes	155,601	3	51,867	1,286	,283
	Intragroupes	4677,990	116	40,328		
	Total	4833,592	119			
الشك_التعدي	Intergroupes	66,673	3	22,224	,734	,534
	Intragroupes	3510,793	116	30,265		
	Total	3577,467	119			
الأنطواء_العزلة	Intergroupes	289,517	3	96,506	2,129	,100
	Intragroupes	5257,075	116	45,320		
	Total	5546,592	119			
الكمال_عدم	Intergroupes	131,467	3	43,822	,858	,465
	Intragroupes	5925,200	116	51,079		

Total		6056,667	119			
الفشل	Intergruppes	158,409	3	52,803	1,171	,324
	Intragruppes	5230,891	116	45,094		
	Total	5389,300	119			
الكفاءة_عدم	Intergruppes	278,043	3	92,681	2,078	,107
	Intragruppes	5173,924	116	44,603		
	Total	5451,967	119			
الجرح_قابلية	Intergruppes	239,332	3	79,777	2,062	,109
	Intragruppes	4488,534	116	38,694		
	Total	4727,867	119			
الدمجية_العلاقة	Intergruppes	181,954	3	60,651	1,654	,181
	Intragruppes	4253,038	116	36,664		
	Total	4434,992	119			
الإجبار_الخضوع	Intergruppes	187,766	3	62,589	1,565	,202
	Intragruppes	4639,701	116	39,997		
	Total	4827,467	119			
التضحية	Intergruppes	67,784	3	22,595	,526	,665
	Intragruppes	4985,141	116	42,975		
	Total	5052,925	119			

المفرط_التحكم	Intergruppes	106,477	3	35,492	,768	,514
	Intragruppes	5359,115	116	46,199		
	Total	5465,592	119			
عالية_متطلبات	Intergruppes	105,615	3	35,205	,715	,545
	Intragruppes	5708,751	116	49,213		
	Total	5814,367	119			
الزائدة_السيطرة	Intergruppes	29,971	3	9,990	,264	,851
	Intragruppes	4383,895	116	37,792		
	Total	4413,867	119			
التحكم_نقص	Intergruppes	17,514	3	5,838	,162	,922
	Intragruppes	4190,353	116	36,124		
	Total	4207,867	119			

الملحق رقم (08)

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum	
					Borne inférieure	Borne supérieure			
الكلية_المخططات	جيد	35	257,0286	60,66421	10,25412	236,1897	277,8675	116,00	385,00
	متوسط	83	273,2530	57,23227	6,28206	260,7560	285,7500	139,00	417,00
	ضعيف	2	301,0000	62,22540	44,00000	-258,0730	860,0730	257,00	345,00
	Total	120	268,9833	58,42153	5,33313	258,4232	279,5435	116,00	417,00
العاطفي_النقص	جيد	35	17,1714	5,46909	,92444	15,2927	19,0501	7,00	30,00
	متوسط	83	18,0482	6,15432	,67552	16,7044	19,3920	5,00	30,00
	ضعيف	2	13,0000	4,24264	3,00000	-25,1186	51,1186	10,00	16,00
	Total	120	17,7083	5,94427	,54264	16,6339	18,7828	5,00	30,00
الاستقرار_عدم	جيد	35	17,6000	7,07190	1,19537	15,1707	20,0293	5,00	30,00
	متوسط	83	17,5783	6,14087	,67405	16,2374	18,9192	6,00	30,00
	ضعيف	2	21,0000	4,24264	3,00000	-17,1186	59,1186	18,00	24,00
	Total	120	17,6417	6,37326	,58180	16,4897	18,7937	5,00	30,00
الشك_التعدي	جيد	35	16,8286	5,94329	1,00460	14,7870	18,8702	5,00	26,00
	متوسط	83	18,2048	5,27710	,57924	17,0525	19,3571	5,00	28,00
	ضعيف	2	14,0000	4,24264	3,00000	-24,1186	52,1186	11,00	17,00
	Total	120	17,7333	5,48295	,50052	16,7422	18,7244	5,00	28,00

الأنطواء_العزلة	جيد	35	17,6000	6,95870	1,17624	15,2096	19,9904	5,00	28,00
	متوسط	83	18,6386	6,84957	,75184	17,1429	20,1342	5,00	30,00
	ضعيف	2	22,0000	,00000	,00000	22,0000	22,0000	22,00	22,00
	Total	120	18,3917	6,82715	,62323	17,1576	19,6257	5,00	30,00
الكمال_عدم	جيد	35	18,5429	7,23286	1,22258	16,0583	21,0274	5,00	30,00
	متوسط	83	19,5301	7,17267	,78730	17,9639	21,0963	5,00	30,00
	ضعيف	2	15,0000	,00000	,00000	15,0000	15,0000	15,00	15,00
	Total	120	19,1667	7,13417	,65126	17,8771	20,4562	5,00	30,00
الفشل	جيد	35	16,9714	6,66195	1,12607	14,6830	19,2599	5,00	29,00
	متوسط	83	19,6265	6,64558	,72945	18,1754	21,0776	5,00	30,00
	ضعيف	2	19,5000	9,19239	6,50000	-63,0903	102,0903	13,00	26,00
	Total	120	18,8500	6,72965	,61433	17,6336	20,0664	5,00	30,00
الكفاءة_عدم	جيد	35	15,7429	6,59475	1,11472	13,4775	18,0082	6,00	29,00
	متوسط	83	18,2169	6,80933	,74742	16,7300	19,7037	5,00	30,00
	ضعيف	2	19,5000	3,53553	2,50000	-12,2655	51,2655	17,00	22,00
	Total	120	17,5167	6,76867	,61789	16,2932	18,7402	5,00	30,00
الجرح_قابلية	جيد	35	17,3143	5,87002	,99221	15,2979	19,3307	5,00	30,00
	متوسط	83	18,6627	6,46053	,70914	17,2520	20,0733	5,00	30,00
	ضعيف	2	24,5000	3,53553	2,50000	-7,2655	56,2655	22,00	27,00
	Total	120	18,3667	6,30317	,57540	17,2273	19,5060	5,00	30,00
الدمجية_العلاقة	جيد	35	16,8000	5,87517	,99309	14,7818	18,8182	6,00	30,00
	متوسط	83	17,8313	6,23878	,68480	16,4690	19,1936	5,00	30,00
	ضعيف	2	21,5000	3,53553	2,50000	-10,2655	53,2655	19,00	24,00

	Total	120	17,5917	6,10482	,55729	16,4882	18,6952	5,00	30,00
الإجبار_الخضوع	جيد	35	16,9429	6,60188	1,11592	14,6750	19,2107	5,00	30,00
	متوسط	83	17,9880	6,31007	,69262	16,6101	19,3658	5,00	30,00
	ضعيف	2	21,0000	5,65685	4,00000	-29,8248	71,8248	17,00	25,00
	Total	120	17,7333	6,36922	,58143	16,5820	18,8846	5,00	30,00
التضحية	جيد	35	14,8857	7,01583	1,18589	12,4757	17,2957	5,00	30,00
	متوسط	83	18,0602	6,01492	,66022	16,7468	19,3736	5,00	29,00
	ضعيف	2	23,5000	9,19239	6,50000	-59,0903	106,0903	17,00	30,00
	Total	120	17,2250	6,51625	,59485	16,0471	18,4029	5,00	30,00
المفرط_التحكم	جيد	35	17,7429	7,43736	1,25714	15,1880	20,2977	5,00	30,00
	متوسط	83	18,2530	6,52732	,71647	16,8277	19,6783	5,00	30,00
	ضعيف	2	18,5000	9,19239	6,50000	-64,0903	101,0903	12,00	25,00
	Total	120	18,1083	6,77712	,61866	16,8833	19,3333	5,00	30,00
عالية_متطلبات	جيد	35	17,1714	7,30224	1,23430	14,6630	19,6798	5,00	30,00
	متوسط	83	17,6024	6,82703	,74936	16,1117	19,0931	5,00	30,00
	ضعيف	2	26,0000	5,65685	4,00000	-24,8248	76,8248	22,00	30,00
	Total	120	17,6167	6,99001	,63810	16,3532	18,8802	5,00	30,00
الزائدة_السيطرة	جيد	35	18,0857	6,14229	1,03824	15,9758	20,1957	5,00	30,00
	متوسط	83	17,8554	6,05288	,66439	16,5337	19,1771	6,00	30,00
	ضعيف	2	20,5000	10,60660	7,50000	-74,7965	115,7965	13,00	28,00
	Total	120	17,9667	6,09026	,55596	16,8658	19,0675	5,00	30,00
التحكم_نقص	جيد	35	17,6286	5,93636	1,00343	15,5894	19,6678	9,00	30,00
	متوسط	83	17,1566	5,86948	,64426	15,8750	18,4383	5,00	30,00

ضعيف	2	21,5000	12,02082	8,50000	-86,5027	129,5027	13,00	30,00
Total	120	17,3667	5,94645	,54283	16,2918	18,4415	5,00	30,00

الملحق رقم (09)

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الكلية_المخططات	Intergruppes	8565,308	2	4282,654	1,260	,287
	Intragruppes	397590,658	117	3398,211		
	Total	406155,967	119			
العاطفي_النقص	Intergruppes	64,013	2	32,007	,904	,408
	Intragruppes	4140,779	117	35,391		
	Total	4204,792	119			
الاستقرار_عدم	Intergruppes	22,951	2	11,475	,279	,757
	Intragruppes	4810,641	117	41,117		
	Total	4833,592	119			
الشك_التعدي	Intergruppes	74,977	2	37,489	1,252	,290
	Intragruppes	3502,490	117	29,936		
	Total	3577,467	119			
الأنطواء_العزلة	Intergruppes	53,035	2	26,518	,565	,570
	Intragruppes	5493,557	117	46,953		
	Total	5546,592	119			

الكمال_عدم	Intergruppes	59,306	2	29,653	,578	,562
	Intragruppes	5997,360	117	51,259		
	Total	6056,667	119			
الفشل	Intergruppes	174,407	2	87,203	1,956	,146
	Intragruppes	5214,893	117	44,572		
	Total	5389,300	119			
الكفاءة_عدم	Intergruppes	158,685	2	79,342	1,754	,178
	Intragruppes	5293,282	117	45,242		
	Total	5451,967	119			
الجرح_قابلية	Intergruppes	121,270	2	60,635	1,540	,219
	Intragruppes	4606,597	117	39,373		
	Total	4727,867	119			
الدمجية_العلاقة	Intergruppes	57,253	2	28,627	,765	,468
	Intragruppes	4377,739	117	37,417		
	Total	4434,992	119			
الإجبار_الخضوع	Intergruppes	48,593	2	24,297	,595	,553
	Intragruppes	4778,874	117	40,845		
	Total	4827,467	119			
التضحية	Intergruppes	328,183	2	164,092	4,063	,020
	Intragruppes	4724,742	117	40,382		
	Total	5052,925	119			

المفرط_التحكم	Intergruppes	6,719	2	3,360	,072	,931
	Intragruppes	5458,872	117	46,657		
	Total	5465,592	119			
عالية_متطلبات	Intergruppes	147,516	2	73,758	1,523	,222
	Intragruppes	5666,851	117	48,435		
	Total	5814,367	119			
الزائدة_السيطرة	Intergruppes	14,359	2	7,179	,191	,826
	Intragruppes	4399,508	117	37,603		
	Total	4413,867	119			
التحكم_نقص	Intergruppes	40,231	2	20,116	,565	,570
	Intragruppes	4167,635	117	35,621		
	Total	4207,867	119			

الملحق رقم (10)

Statistiques de groupe

	الزوج_دعم	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الكلية_المخططات	نعم	67	267,6119	54,62876	6,67397
	لا	53	270,7170	63,38326	8,70636
العاطفي_النقص	نعم	67	17,1343	5,81507	,71042
	لا	53	18,4340	6,08121	,83532
الاستقرار_عدم	نعم	67	17,8060	6,08834	,74381
	لا	53	17,4340	6,76959	,92987
الشك_التعدي	نعم	67	17,3134	5,38575	,65797
	لا	53	18,2642	5,60958	,77053
الأنطواء_العزلة	نعم	67	18,1791	6,66498	,81426
	لا	53	18,6604	7,08178	,97276
الكمال_عدم	نعم	67	19,4328	6,34661	,77536
	لا	53	18,8302	8,07116	1,10866
الفشل	نعم	67	19,5672	6,67248	,81517
	لا	53	17,9434	6,75510	,92788

الكفاءة_عدم	نعم	67	18,1194	6,18042	,75506
	لا	53	16,7547	7,43667	1,02151
الجرح_قابلية	نعم	67	18,3134	6,16001	,75257
	لا	53	18,4340	6,53838	,89812
الدمجية_العلاقة	نعم	67	17,4030	6,07793	,74254
	لا	53	17,8302	6,18850	,85006
الإجبار_الخضوع	نعم	67	17,9254	5,96280	,72847
	لا	53	17,4906	6,89934	,94770
التضحية	نعم	67	16,6119	6,89742	,84265
	لا	53	18,0000	5,97430	,82063
المفرط_التحكم	نعم	67	17,6716	6,69325	,81771
	لا	53	18,6604	6,90580	,94859
عالية_متطلبات	نعم	67	16,7164	7,01903	,85751
	لا	53	18,7547	6,84978	,94089
الزائدة_السيطرة	نعم	67	17,9851	6,07651	,74236
	لا	53	17,9434	6,16571	,84693
التحكم_نقص	نعم	67	17,4328	6,26492	,76538
	لا	53	17,2830	5,57597	,76592

الملحق رقم (11)

Test des échantillons indépendants

			Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
			F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الكليّة_المخططات	Hypothèse de variances égales	de	,847	,359	-,288	118	,774	-3,10504	10,78123	-24,45480	18,24472
	Hypothèse de variances inégales	de			-,283	103,036	,778	-3,10504	10,97007	-24,86150	18,65142
العاطفي_النقص	Hypothèse de variances égales	de	,839	,361	-	118	,236	-1,29963	1,09081	-3,45974	,86047
	Hypothèse de variances inégales	de			1,191	109,354	,239	-1,29963	1,09657	-3,47291	,87365
الاستقرار_عدم	Hypothèse de variances égales	de	1,583	,211	,316	118	,752	,37201	1,17605	-1,95689	2,70090

	Hypothèse de variances inégales			,312	105,729	,755	,37201	1,19076	-1,98887	2,73288
الشك_التعدي	Hypothèse de variances égales	1,000	,319	-,943	118	,348	-,95072	1,00840	-2,94762	1,04619
	Hypothèse de variances inégales			-,938	109,579	,350	-,95072	1,01324	-2,95881	1,05737
الأنطواء_العزلة	Hypothèse de variances égales	1,074	,302	-,382	118	,703	-,48127	1,25956	-2,97554	2,01300
	Hypothèse de variances inégales			-,379	108,450	,705	-,48127	1,26857	-2,99568	2,03314
الكمال_عدم	Hypothèse de variances égales	5,798	,018	,458	118	,648	,60265	1,31585	-2,00309	3,20838
	Hypothèse de variances inégales			,445	97,021	,657	,60265	1,35289	-2,08246	3,28775
الفشل	Hypothèse de variances égales	,046	,830	1,317	118	,191	1,62377	1,23331	-,81853	4,06607
	Hypothèse de variances inégales			1,315	111,101	,191	1,62377	1,23510	-,82364	4,07118
الكفاءة_عدم	Hypothèse de variances égales	2,809	,096	1,098	118	,275	1,36469	1,24321	-1,09721	3,82658
	Hypothèse de variances inégales			1,074	100,668	,285	1,36469	1,27027	-1,15529	3,88466
الجرح_قابلية	Hypothèse de variances égales	,242	,624	-,104	118	,918	-,12053	1,16356	-2,42469	2,18363

	Hypothèse de variances inégales				-103	108,510	,918	-1,2053	1,17174	-2,44299	2,20193
الدمجية_العلاقة	Hypothèse de variances égales	,209	,648	-379	118	,705	-4,2720	1,12631	-2,65759	1,80319	
	Hypothèse de variances inégales			-378	110,803	,706	-4,2720	1,12870	-2,66384	1,80943	
الإجبا_الخصوع	Hypothèse de variances égales	1,481	,226	,370	118	,712	,43481	1,17512	-1,89225	2,76186	
	Hypothèse de variances inégales			,364	103,214	,717	,43481	1,19532	-1,93578	2,80539	
التضحية	Hypothèse de variances égales	2,435	,121	-	118	,248	-1,38806	1,19614	-3,75674	,98062	
	Hypothèse de variances inégales			1,160	-	116,992	,240	-1,38806	1,17623	-3,71751	,94139
المفرط_التحكم	Hypothèse de variances égales	,474	,492	-792	118	,430	-9,8874	1,24779	-3,45969	1,48222	
	Hypothèse de variances inégales			-789	110,097	,432	-9,8874	1,25238	-3,47064	1,49317	
عالية_متطلبات	Hypothèse de variances égales	,000	,993	-	118	,113	-2,03830	1,27669	-4,56649	,48989	
	Hypothèse de variances inégales			1,597	-	112,894	,112	-2,03830	1,27303	-4,56042	,48382
الزائدة_السيطرة	Hypothèse de variances égales	,284	,595	,037	118	,970	,04168	1,12430	-2,18474	2,26809	

الملاحق:

	Hypothèse de variances inégales			,037	110,984	,971	,04168	1,12623	-2,19002	2,27338
التحكم_نقص	Hypothèse de variances égales	,954	,331	,136	118	,892	,14982	1,09767	-2,02386	2,32350
	Hypothèse de variances inégales			,138	116,320	,890	,14982	1,08279	-1,99473	2,29436

الملحق رقم (12)

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum	
					Borne inférieure	Borne supérieure			
الكلية_المخططات	03 أقلمن	51	263,2157	54,50223	7,63184	247,8867	278,5447	116,00	385,00
	06 و 03 بين	49	282,5510	58,77289	8,39613	265,6695	299,4326	142,00	417,00
	06 أكبرمن	20	250,4500	62,50935	13,97751	221,1947	279,7053	124,00	366,00
	Total	120	268,9833	58,42153	5,33313	258,4232	279,5435	116,00	417,00
العاطفي_النقص	03 أقلمن	51	17,5882	5,81782	,81466	15,9519	19,2245	6,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,5714	5,48103	,78300	16,9971	20,1458	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	15,9000	7,13701	1,59588	12,5598	19,2402	7,00	27,00
	Total	120	17,7083	5,94427	,54264	16,6339	18,7828	5,00	30,00
الاستقرار_عدم	03 أقلمن	51	17,9216	6,41823	,89873	16,1164	19,7267	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,3673	6,58184	,94026	16,4768	20,2579	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	15,1500	5,33385	1,19269	12,6537	17,6463	6,00	26,00
	Total	120	17,6417	6,37326	,58180	16,4897	18,7937	5,00	30,00

الشك_التعدي	03 أقلمن	51	17,4510	5,03315	,70478	16,0354	18,8666	5,00	28,00
	06 و 03 بين	49	19,1429	5,59390	,79913	17,5361	20,7496	5,00	28,00
	06 أكبرمن	20	15,0000	5,41926	1,21178	12,4637	17,5363	5,00	23,00
	Total	120	17,7333	5,48295	,50052	16,7422	18,7244	5,00	28,00
الأنطواء_العزلة	03 أقلمن	51	17,4902	6,64943	,93111	15,6200	19,3604	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	19,1020	7,01559	1,00223	17,0869	21,1172	7,00	30,00
	06 أكبرمن	20	18,9500	6,88610	1,53978	15,7272	22,1728	5,00	30,00
	Total	120	18,3917	6,82715	,62323	17,1576	19,6257	5,00	30,00
الكمال_عدم	03 أقلمن	51	19,5098	6,85382	,95973	17,5821	21,4375	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	19,4694	7,14464	1,02066	17,4172	21,5216	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	17,5500	7,93045	1,77330	13,8384	21,2616	5,00	30,00
	Total	120	19,1667	7,13417	,65126	17,8771	20,4562	5,00	30,00
الفشل	03 أقلمن	51	19,1176	6,24707	,87476	17,3606	20,8747	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,8776	6,72877	,96125	16,9448	20,8103	6,00	30,00
	06 أكبرمن	20	18,1000	8,11042	1,81355	14,3042	21,8958	5,00	30,00
	Total	120	18,8500	6,72965	,61433	17,6336	20,0664	5,00	30,00
الكفاءة_عدم	03 أقلمن	51	17,4902	6,27813	,87911	15,7244	19,2559	6,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,8980	6,79229	,97033	16,9470	20,8489	6,00	30,00
	06 أكبرمن	20	14,2000	7,08297	1,58380	10,8851	17,5149	5,00	28,00
	Total	120	17,5167	6,76867	,61789	16,2932	18,7402	5,00	30,00

الملاحق:

الجرح_قابلية	03 أقلمن	51	17,0392	5,14960	,72109	15,5909	18,4876	5,00	28,00
	06 و 03 بين	49	20,3061	6,35808	,90830	18,4799	22,1324	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	17,0000	7,77987	1,73963	13,3589	20,6411	5,00	29,00
	Total	120	18,3667	6,30317	,57540	17,2273	19,5060	5,00	30,00
الدمجية_العلاقة	03 أقلمن	51	16,5294	6,14607	,86062	14,8008	18,2580	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	19,2653	5,60422	,80060	17,6556	20,8750	8,00	30,00
	06 أكبرمن	20	16,2000	6,50991	1,45566	13,1533	19,2467	6,00	26,00
	Total	120	17,5917	6,10482	,55729	16,4882	18,6952	5,00	30,00
الإجبار_الخضوع	03 أقلمن	51	16,9412	5,50786	,77125	15,3921	18,4903	6,00	30,00
	06 و 03 بين	49	19,1020	6,86247	,98035	17,1309	21,0732	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	16,4000	6,84720	1,53108	13,1954	19,6046	5,00	30,00
	Total	120	17,7333	6,36922	,58143	16,5820	18,8846	5,00	30,00
التضحية	03 أقلمن	51	17,2549	6,41200	,89786	15,4515	19,0583	5,00	29,00
	06 و 03 بين	49	17,5918	6,55718	,93674	15,7084	19,4753	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	16,2500	6,91204	1,54558	13,0151	19,4849	5,00	30,00
	Total	120	17,2250	6,51625	,59485	16,0471	18,4029	5,00	30,00
المفرط_التحكم	03 أقلمن	51	17,6667	6,93590	,97122	15,7159	19,6174	5,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,9388	6,85386	,97912	16,9701	20,9074	5,00	29,00
	06 أكبرمن	20	17,2000	6,26267	1,40038	14,2690	20,1310	6,00	26,00
	Total	120	18,1083	6,77712	,61866	16,8833	19,3333	5,00	30,00
عالية_متطلبات	03 أقلمن	51	17,1961	6,95707	,97418	15,2394	19,1528	5,00	28,00
	06 و 03 بين	49	17,7959	6,98206	,99744	15,7904	19,8014	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	18,2500	7,38330	1,65096	14,7945	21,7055	5,00	30,00

الملاحق:

Total	120	17,6167	6,99001	,63810	16,3532	18,8802	5,00	30,00	
الزائدة_السيطرة	03 أقلمن	51	16,6275	5,10670	,71508	15,1912	18,0637	7,00	27,00
	06 و 03 بين	49	19,0204	6,74997	,96428	17,0816	20,9592	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	18,8000	6,33786	1,41719	15,8338	21,7662	6,00	28,00
Total	120	17,9667	6,09026	,55596	16,8658	19,0675	5,00	30,00	
التحكم_نقص	03 أقلمن	51	17,3922	5,32946	,74627	15,8932	18,8911	9,00	30,00
	06 و 03 بين	49	18,1020	6,51039	,93006	16,2320	19,9720	5,00	30,00
	06 أكبرمن	20	15,5000	5,88039	1,31489	12,7479	18,2521	7,00	30,00
Total	120	17,3667	5,94645	,54283	16,2918	18,4415	5,00	30,00	

الملحق رقم (13)

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
الكلية_المخططات					
Intergruppes	17586,267	2	8793,133	2,648	,075
Intragruppes	388569,700	117	3321,109		
Total	406155,967	119			
العاطفي_النقص					
Intergruppes	102,639	2	51,319	1,464	,236
Intragruppes	4102,153	117	35,061		
Total	4204,792	119			
الاستقرار_عدم					
Intergruppes	153,968	2	76,984	1,925	,151
Intragruppes	4679,624	117	39,997		
Total	4833,592	119			
الشك_التعدي					
Intergruppes	250,839	2	125,420	4,411	,014
Intragruppes	3326,627	117	28,433		
Total	3577,467	119			
الأنطواء_العزلة					
Intergruppes	72,407	2	36,203	,774	,464

	Intragroupes	5474,185	117	46,788		
	Total	5546,592	119			
الكمال_عدم	Intergroupes	62,767	2	31,384	,613	,544
	Intragroupes	5993,899	117	51,230		
	Total	6056,667	119			
الفشل	Intergroupes	14,941	2	7,470	,163	,850
	Intragroupes	5374,359	117	45,935		
	Total	5389,300	119			
الكفاءة_عدم	Intergroupes	313,532	2	156,766	3,569	,031
	Intragroupes	5138,435	117	43,918		
	Total	5451,967	119			
الجرح_قابلية	Intergroupes	311,537	2	155,768	4,127	,019
	Intragroupes	4416,330	117	37,746		
	Total	4727,867	119			
الدمجية_العلاقة	Intergroupes	233,535	2	116,767	3,252	,042
	Intragroupes	4201,457	117	35,910		
	Total	4434,992	119			
الإجبار_الخضوع	Intergroupes	159,353	2	79,677	1,997	,140
	Intragroupes	4668,113	117	39,898		
	Total	4827,467	119			
التضحية	Intergroupes	25,652	2	12,826	,299	,742
	Intragroupes	5027,273	117	42,968		
	Total	5052,925	119			
المفرط_التحكم	Intergroupes	60,242	2	30,121	,652	,523
	Intragroupes	5405,350	117	46,200		

Total	5465,592	119			
عالية_متطلبات	Intergruppes	18,618	2	9,309	,188
	Intragruppes	5795,748	117	49,536	
Total	5814,367	119			
الزائدة_السيطرة	Intergruppes	159,766	2	79,883	2,197
	Intragruppes	4254,101	117	36,360	
Total	4413,867	119			
التحكم_نقص	Intergruppes	96,220	2	48,110	1,369
	Intragruppes	4111,647	117	35,142	
Total	4207,867	119			

الملحق رقم(14)

Statistiques de groupe					
	الطفل_جنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الكلية_المخططات	ذكر	86	263,2907	59,87592	6,45659
	أنثى	34	283,3824	52,68087	9,03469
العاطفي_النقص	ذكر	86	17,0930	6,22448	,67120
	أنثى	34	19,2647	4,91324	,84261
الاستقرار_عدم	ذكر	86	16,9884	6,49071	,69991
	أنثى	34	19,2941	5,83370	1,00047
الشك_التعدي	ذكر	86	17,4535	5,63530	,60767
	أنثى	34	18,4412	5,08826	,87263
الأنطواء_العزلة	ذكر	86	17,8721	7,02064	,75705
	أنثى	34	19,7059	6,21596	1,06603
الكمال_عدم	ذكر	86	18,8605	7,38387	,79622
	أنثى	34	19,9412	6,49914	1,11459
الفشل	ذكر	86	18,6628	7,02032	,75702

	أنثى	34	19,3235	6,00364	1,02962
الكفاءة_عدم	ذكر	86	16,5233	6,61500	,71331
	أنثى	34	20,0294	6,58964	1,13011
الجرح_قابلية	ذكر	86	17,6977	6,42068	,69236
	أنثى	34	20,0588	5,74161	,98468
الدمجية_العلاقة	ذكر	86	17,4767	5,94430	,64099
	أنثى	34	17,8824	6,57712	1,12797
الإجبار_الخضوع	ذكر	86	17,4884	6,47483	,69820
	أنثى	34	18,3529	6,14414	1,05371
التضحية	ذكر	86	16,9186	6,34909	,68464
	أنثى	34	18,0000	6,95875	1,19342
المفرط_التحكم	ذكر	86	17,8140	6,54309	,70556
	أنثى	34	18,8529	7,38603	1,26669
عالية_متطلبات	ذكر	86	17,4302	6,95962	,75047
	أنثى	34	18,0882	7,14935	1,22610
الزائدة_السيطرة	ذكر	86	17,9070	6,31828	,68132
	أنثى	34	18,1176	5,55831	,95324
التحكم_نقص	ذكر	86	17,1047	6,01768	,64890
	أنثى	34	18,0294	5,79700	,99418

الملحق رقم (15):

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
الكلبة_المخططات	Hypothèse de variances égales	,824	,366	-	118	,090	-20,09166	11,74042	-43,34089	3,15758
	Hypothèse de variances inégales			-	68,389	,075	-20,09166	11,10465	-42,24835	2,06504
العاطفي_النقص	Hypothèse de variances égales	2,609	,109	-	118	,071	-2,17168	1,19266	-4,53347	,19010
	Hypothèse de variances inégales			-	76,247	,047	-2,17168	1,07727	-4,31714	-,02622
الاستقرار_عدم	Hypothèse de variances égales	,942	,334	-	118	,074	-2,30575	1,27908	-4,83867	,22718
	Hypothèse de variances inégales			-	66,977	,063	-2,30575	1,22099	-4,74287	,13138
الشك_التعدي	Hypothèse de variances égales	,320	,572	-	118	,376	-,98769	1,11173	-3,18923	1,21385

	Hypothèse de variances inégales			-,929	66,678	,356	-,98769	1,06336	-3,11036	1,13499
الأنطواء_العزلة	Hypothèse de variances égales	1,892	,172	-	118	,186	-1,83379	1,37861	-4,56382	,89624
	Hypothèse de variances inégales			-	67,968	,165	-1,83379	1,30750	-4,44288	,77530
الكمال_عدم	Hypothèse de variances égales	1,093	,298	-,746	118	,457	-1,08071	1,44795	-3,94806	1,78663
	Hypothèse de variances inégales			-,789	68,363	,433	-1,08071	1,36978	-3,81380	1,65237
الفشل	Hypothèse de variances égales	1,516	,221	-,483	118	,630	-,66074	1,36772	-3,36920	2,04772
	Hypothèse de variances inégales			-,517	70,342	,607	-,66074	1,27796	-3,20934	1,88786
الكفاءة_عدم	Hypothèse de variances égales	,120	,729	-	118	,010	-3,50616	1,33865	-6,15705	-,85527
	Hypothèse de variances inégales			-	60,786	,011	-3,50616	1,33640	-6,17865	-,83366
الجرح_قابلية	Hypothèse de variances égales	,453	,502	-	118	,064	-2,36115	1,26376	-4,86373	,14143
	Hypothèse de variances inégales			-	67,309	,054	-2,36115	1,20373	-4,76359	,04129
الدمجية_العلاقة	Hypothèse de variances égales	,440	,508	-,327	118	,744	-,40561	1,24140	-2,86391	2,05270

	Hypothèse de variances inégales			-,313	55,508	,756	-,40561	1,29737	-3,00507	2,19385
الإجبار_الخضوع	Hypothèse de variances égales	,378	,540	-,668	118	,505	-,86457	1,29330	-3,42566	1,69652
	Hypothèse de variances inégales			-,684	63,580	,496	-,86457	1,26404	-3,39009	1,66096
التضحية	Hypothèse de variances égales	,668	,415	-,818	118	,415	-1,08140	1,32192	-3,69915	1,53636
	Hypothèse de variances inégales			-,786	55,943	,435	-1,08140	1,37585	-3,83762	1,67483
المفرط_التحكم	Hypothèse de variances égales	1,248	,266	-,755	118	,452	-1,03899	1,37541	-3,76267	1,68470
	Hypothèse de variances inégales			-,717	54,613	,477	-1,03899	1,44994	-3,94520	1,86722
عالية_متطلبات	Hypothèse de variances égales	,260	,611	-,463	118	,644	-,65800	1,42075	-3,47148	2,15547
	Hypothèse de variances inégales			-,458	59,136	,649	-,65800	1,43755	-3,53439	2,21838
الزائدة_السيطرة	Hypothèse de variances égales	1,635	,204	-,170	118	,865	-,21067	1,23885	-2,66392	2,24258
	Hypothèse de variances inégales			-,180	68,398	,858	-,21067	1,17169	-2,54850	2,12716
التحكم_نقص	Hypothèse de variances égales	,061	,805	-,766	118	,445	-,92476	1,20674	-3,31444	1,46491

Hypothèse de										
variances inégales				- ,779	62,690	,439	- ,92476	1,18721	-3,29744	1,44791

الملحق رقم (16):

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
الكلية_المخططات	120	116,00	417,00	268,9833	58,42153
العاطفي_النقص	120	5,00	30,00	17,7083	5,94427
الاستقرار_عدم	120	5,00	30,00	17,6417	6,37326
الشك_التعدي	120	5,00	28,00	17,7333	5,48295
الأطواء_العزلة	120	5,00	30,00	18,3917	6,82715
الكمال_عدم	120	5,00	30,00	19,1667	7,13417
الفشل	120	5,00	30,00	18,8500	6,72965
الكفاءة_عدم	120	5,00	30,00	17,5167	6,76867
الجرح_قابلية	120	5,00	30,00	18,3667	6,30317
الدمجية_العلاقة	120	5,00	30,00	17,5917	6,10482
الإجبار_الخضوع	120	5,00	30,00	17,7333	6,36922
التضحية	120	5,00	30,00	17,2250	6,51625
المفرط_التحكم	120	5,00	30,00	18,1083	6,77712
عالية_متطلبات	120	5,00	30,00	17,6167	6,99001
الزائدة_السيطرة	120	5,00	30,00	17,9667	6,09026
التحكم_نقص	120	5,00	30,00	17,3667	5,94645
N valide (liste)	120				