جامعة وهران 2
كليّة العلوم الاجتماعية

أطروحة
للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم
في علم النفس الأسري

التناول النسقي للارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي
دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية بتنس -الشلف-
روضة قصر السلطان – جمعية أولياء وأحباب أطفال التوحد بالشلف-

مقدمة و مناقشة علنا من طرف
السّيدة: لعوالي فاطيمة
أمام لجنـة المناقشة

لصقع حسنية	**أستاذة التعليم العالي**	**جامعة وهــران 2**	**رئيسا**
قادري حليمة	**أستاذة التعليم العالي**	**جامعة وهــران 2**	**مشرفا ومقررا**
بلعابد عبد القادر	**أستاذ محاضرة -أ-**	**جامعة وهــران 2**	**مناقشا**
عبد الرحيم ليندة	**أستاذة محاضرة -أ-**	**جامعة سيدي بلعباس**	**مناقشا**
سيسبان فاطمة الزهراء	**أستاذة محاضرة -أ-**	**جامعة مستغانم**	**مناقشا**
قدي سمية	**أستاذة محاضرة -أ-**	**جامعة معسكر**	**مناقشا**

السنة الجامعية: 2021- 2022

إهـــــــــــــــــــــــــــداء

وافرحتاه أبي بهذا البحث العلمي .....، لكن أسفاه لأنك لست موجودا بيننا... فأنت تحت الثرى بجوار ربك، ومع ذلك ستكون أول شخص يذكره لساني ويكتبه قلمي.....

أهديك نجاحي، كما سبق وقُلتُ دائما لولاك بعد الله عز وجل لما وصلت إلى ما أنا عليه....

فبشراك اليوم بابنتك فقد نالت ما انتظرته منها

إليك حبيبة قلبي، أمي التي ربتني ورعتني، وحملت همومي، وأسعدت قلبي بدعائها ودعمها

والداي الكريمين.....

أبي زميلي في العمل، جمعتنا الأيام معا مجددا.... وكنتُ أرى في عينيك كم أنك مفتخر بي.....رغم دعمك الصامت

أمي صديقتي، عدت إليك مجددا لأكسر حاجز الزمن بيننا.....أجمل ما لمحت فيك هي نظراتك الجميلة لي، وكلماتك التي تطرب فؤادي.... " أنت القدوة المثالية لأخواتك "

إلى من كان مصدر العطاء والسند دائما..... زوجي " مهدي " ....

أهديك عملي في قالب احترام وتقدير....

أخواتي ورفيقاتي: " رحيمة، جمعية ،إلهام وآية " في جرعات حب وأمل .....

أهديكن نجاحي.....

ولن أنسى أمراء مملكتنا الصغيرة الأحفاد الخمسة: قطر الندى، سيف الدين، إياد ، إسراء وإنصاف

وختامها مسك بمن ترعرعت معها، التي أظهرت لي الحب والحنان في أصعب الظروف...خالتي سميرة

أهدي نجاحي إلى من أحبني وتمنى لي الخير دوما....إليكم جميعا أحبائي.

فـــــاطيـــمة

شكـــــــــــــــــــــــــــر وتقـــــــــــــــــدير

" وقل لعبادي أني قريب أجيب دعوة الداعي إذا دعاني "

اللهم لك الحمد والشكر

اللهم أنت ربي لا إله إلا الله

اللهم إني سجدت لك باكية وداعية للنجاح والعمل

وكنت المجيب والحبيب

لا يكفي أن أشكر من رافقتني ودعمتني ولم أعتبرها كأستاذة فقط، فقد كانت لي الصديقة والأخت والنموذج المثالي في العلم والعمل والاخلاق

أستاذتي القديرة " قادري حليمة "

لا يسعني إلا أن أقول لك تألقت سيدتي في سماء العلم، وارتقيت أكثر بمستواك

كل الاحترام والشكر إلى جامعة الشلف التي احتضنتني، وأعطتني فرصة التجول في أرجائها العلمية.... لأكون ضمن الأساتذة المشرفين والمدرسين طيلة هذه السنوات....

شكري إلى كل زملائي النفسانيين في الميدان بمستشفى الأمراض العقلية بتنس وجمعية أولياء وأحباب وأطفال التوحد بالشلف الذين لم يعتبروني مجرد متربصة فقد كنت الزميلة والمرافقة في مسرح عملهم

وأرفع شكري إلى أسر أطفال التوحد الذين كسروا معي معاناتهم..... وشاركوني تجاربهم.....

وإلى أطفالهم الذين يحملون البراءة في أجسادهم الصغيرة

ملـــخص الـــــــدراســـــــــة

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى ارجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي من الوجهة النسقية من خلال البحث عن المعاش النفسي الذي يعيشوه أولياء لطفل ذو صعوبة، وكيف يمكنهم مواجهة الوضعيات الضاغطة باستخدام عوامل الارجاعية.

وقد انطلقت الدراسة من إشكالية أساسية مفادها: هل لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة نظر التناول النسقي؟

واقترحت الفرضية التالية كإجابة مؤقتة على التساؤل العام: لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة نظر التناول النسقي.

ولاختبار الفرضيات قامت الباحثة بتطبيق مقياسي مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira- G) واستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي على عينة قوامها (35) فردا، وقد خضعا المقياسين

للخصائص السيكومترية، وبالاعتماد على المنهج الوصفي الإحصائي في الدراسة الإستطلاعية، أما الدراسة الأساسية كان مجموع الحالات (20) فردا، تم اختيارهم بطريقة مقصودة، استحدمت فيها الباحثة المنهجين العيادي والنسقي في تحليل خطابات الأولياء التي جمعتهم عن طريق تقنية الهوية السردية وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:
- لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة التناول النسقي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية الآباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الطفل المضطرب.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب.

الكلمات المفتاحية: المقاربة النسقية، الارجاعية، التوحد، أسرة الطفل التوحدي.

Abstract

The current study aims to find out the level of resilience of the parents of the autistic child from a coordinated point of view by looking for the psychological pension experienced by parents of a child with difficulty, and how they can cope with stressful situations using resilience factors
The study was based on a fundamental problem that, do the parents of the autistic child have a resilience from the point of view of systemic approach?
The following hypothesis was suggested as a temporary answer to the general question, in the parents of the autistic child resilience from the point of view of systemic approach
To test the hypotheses, the researcher applied the Fira-G resilience measurement and family adaptation index measures and the resilience questionnaire in the parents of the autistic child on a sample of (35) individuals, who underwent the two measures of sequometry characteristics, Relying on the statistical descriptive approach in the survey, the main study was that the total number of cases (20) individuals, they were chosen in a deliberate way, in which the researcher used the clinical and systematic approaches in analyzing the letters of the parents that she collected through the narrative identity techniqueThe study concluded with the following findings:
- The parents of the autistic child have a resilience from the point of view of. systemic approach.
- There are no statistically significant differences in the level of resilience of autistic parents in terms of the sex of a disturbed child.
- There are no statistically significant differences in the level of resilience in the parents of the autistic child in terms of the age of the disturbed child.

- There are no statistically significant differences in the level of resilience in the parents of the autistic child due to the variable age of the mother.
-There are no statistically significant differences in the level of resilience in the parents of the autistic child due to the father's age variable.

Keywords: The systemic approach, the resilience, the autism, the family of the autistic child.

قـــائمـــــــــة المحتـــــــــويات

الموضـــــــــــوع	الصفحـــــــة
إهـــــــــــداء	أ
شكـــــــــر وتقديـــــــــــر	ب
ملخص البحث	ج
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ع
قائمة الأشكال	ق
مقدمـــــــــــــة	1

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1- إشكالية الدراسة	6
2- فرضيات الدراسة	8
3- أهمية الدراسة	9
4- أهداف الدراسة	9
5- التعـــــــــاريف الإجرائيـــــــــة	10

الفصل الثاني: المقاربة النسقية

- تمـــــــــــــــــــهيـــــــــــــــــــد	13
1- البدايات التاريخية للمقاربة النسقية	13
2- تعريف المقاربة النسقية	16
مبادئ المقاربة النسقية	16
3-1-مبدأ الكلية	16
3-2- مبدأ عدم التجزئة	17
3-2- مبدأ التعديل الذاتي	17
3-4- مبدأ التغذية الرجعية	17
3-5-مبدأ المحصلة الواحدة (تساوي الغايات)	18
تطبيقات مبادئ المقاربة النسقية على الأسرة	19
4-1- قواعد النسق الأسري	19
4-2- اتزان النسق الأسري	20
4-3-التغذية الرجعية والمعلومات والضبط في النسق الأسري	21
4-4- حدود النسق الأسري	22
4-5- الانفتاح والانغلاق في النسق الأسري	23
5-النظريات المفسرة للمقاربة النسقية	25
5-1- النظرية العامة للأنساق	25
5-2- نظرية الاتصالات	27
5-2-1- تعاريف الاتصال	28
5-2-2- مفهوم نسق الاتصال	29
5-2-3- أنواع النسق الاتصالي	29
5-2-3-1- نسق المسافة	29
5-2-3-2- النسق الجسمي	30
5-2-3-3- النسق الصوتي	30
5-2-3-4- النسق اللغوي/ اللفظي	30
5-2-4- مسلمات الاتصال	35
5-3- النظرية البنائية (التركيبية)	36
5-4- النظرية السبرانية	39
5-5- نظرية بوين	40
6-أهمية العلاج والتدخل النسقي الأسري	42
خلاصـــــــــــــــــة الفصـــــــــــــــــل	44

الفصل الثالث: الارجاعية

تمـــــــــــــــــــهيـــــــــــــــــــد	46

التطور التاريخي للارجاعية	**46**
تعاريف الارجاعية	**49**
الارجاعية والمفاهيم المتشابهة أولا/ المرونة النفسية ثانيا/ الصمود النفسي ثالثا/ استراتيجيات المواجهة رابعا/ الجلد النفسي خامسا/ المناعة النفسية سادسا/ الصلابة النفسية سابعا/ الصحة النفسية ثامنا/ جودة الحياة	**51** **51** **52** **54** **57** **58** **58** **59** **60**
مميزات الارجاعية	**61**
العوامل المرتبطة بالارجاعية 5-1- عوامل الحماية عوامل فردية عوامل عائلية عوامل الدعم 5-2- عوامل الخطر عوامل متمركزة حول الطفل عوامل متمركزة حول العائلة عوامل محيطية	**63** **63** **63** **64** **64** **67** **67** **67** **67**
نماذج الارجاعية 6-1- النموذج الثلاثي 6-2- نموذج لوثر 6-3- نموذج كارين ريفيتش 6-4- نموذج بولبي 6-5- النموذج النسقي البيئي التفاعلي 6-6- النموذج التنظيمي التربوي	**68** **68** **68** **69** **71** **71** **74**
خلاصـــــــــــــة الفصـــــــــــــل	**77**

الفصل الرابع: التوحد

تمـــــــــــــهـــــــــــيد	79
البدايات التاريخية للتوحد	79
تعاريف للتوحد	82
2-1- لغة	82
2-2- اصطلاحا	82
مسميات التوحد	88
نسبة انتشار التوحد	89
النظريات المفسرة لاضطراب التوحد	91
5-1- نظرية الاختلال الوظيفي لمركز التحكم في الدماغ	91
5-2- النظرية الصينية	92
5-3- نظرية العقل	93
5-4- نظرية الفيروسات – التطعيم الثلاثي-	94
5-5- النظرية ذات المنشأ النفسي	95
الأسباب المؤدية لحدوث التوحد	95
6-1- خلل في الجهاز العصبي المركزي	95
6-2- الأسباب الجينية والوراثية	96
6-3- الأسباب البيولوجية	98
6-4- الأسباب البيو كميائية	98
6-5- أسباب نفسية وأسرية	100
أشكال التوحد	101
7-1- التوحد الكلاسيكي	101
7-2- متلازمة أسبرجر	101
7-3- اضطراب ريت	102
7-4- الاضطراب الارتقائي العام غير المحدد	103
7-5- اضطراب الانحلال الطفولي (تفكك الشخصية)	103
محكات التشخيص	106
خلاصـــــــــــــــــة الفصـــــــــــل	110

الفصل الخامس: أسرة الطفل التوحدي

- تمـــــــــــــهيـــــــــــــد	112
1- تعاريف الأسرة	112
1-1- لغة	112

1-2- اصطلاحا	**112**
1-3- مفهوم الأسرة الأمومية	**113**
1-4- مفهوم الأسرة الأبوية	**113**
1-5- دور الأسرة في تنشئة الطفل	**113**
أولا/ الأبـــــــــــوة	**114**
1- مفهوم الأبوة	**114**
1-1- تعريف المعجم النفسي التربوي	**114**
1-2- مفهوم الأبوة عند حامد زهران	**115**
2- دور ووظائف الأب	**115**
3- مراحل تطور الأبوة	**117**
3-1-المرحلة الرومانية	**117**
3-2- مرحلة العصر الوسيط	**117**
3-3- مرحلة النهضة	**117**
3-4- المرحلة الذهبية الآباء	**117**
3-5- مرحلة الثورة الفرنسية	**117**
4- الصورة الأبوية	**118**
ثانيا/ الأمـــــــومـــــــــة	**118**
1- مفهوم الأمومة	**118**
2- دور ووظائف الأم	**120**
3- مراحل تطور الأمومة	**123**
3-1- مرحلة الإحتواء	**123**
3-2- مرحلة الامتداد	**123**
3-3- مرحلة الأمومة الناضجة	**123**
4-الصورة الأمومية	**124**
ثالثا/ أسرة الطفل التوحدي	**124**
1-الإعلان عن اضطراب التوحد	**124**
1-1- استجابات الآباء بعد الإعلان	**125**
1-2-اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الاحتياجات الخاصة	**126**
2- الضغوط النفسية	**127**
2-1- التعاريف	**127**
2-2- أنواع الضغوط	**128**
2-3- مصادر الضغوط	**129**
2-4- ضغوط الوالدين	**129**
2-5-الضغط النفسي لدى أمهات التوحدي	**130**

3-خصائص أسرة الطفل المعاق	131
4-مشكلات أولياء أطفال التوحد	133
5-حاجات أسرة الطفل المعاق	134
6-آثار وجود طفل معاق على الوالديين	140
7-إرجاعية أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة	142
- خلاصـــــــــــــة الفصـــــــــــــل	143

الفصل السادس: الدراسة الاستطلاعية

- تمـــــــــــــهيـــــــــــــد	145
1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية	145
2- المجال الجغرافي للدراسة الاستطلاعية	146
3- المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية	148
4- عينة الدراسة الاستطلاعية	148
5- المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية	153
6- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية	154
1-الملاحظة	154
1-1-الملاحظة بالمشاركة	154
2-المقابلة	155
2-1-المقابلة المقننة	155
2-2-المقابلة النصف الموجهة	155
3-المقاييس المطبقة	157
أولا/ سلم مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري	157
ثانيا/مقياس الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي	172
7- صعوبات الدراسة الاستطلاعية	180

الفصل السابع: الدراسة الأساسية

تمـــــــــــــهيـــــــــــــد	182
الهدف من الدراسة	182
المجال الجغرافي للدراسة الأساسية	182
المجال الزماني للدراسة الأساسية	182
حالات الدراسة الأساسية	182
4-1- مواصفات حالات الدراسة الأساسية	183
4-2- تقديم الحالات	185
المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية	188
5-1-المنهج العيادي	188
5-2-المنهج النسقي	188
الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية	188

6-1- الملاحظة بالمشاركة	188
6-2- الملاحظة بمساعدة الأجهزة	189
6-3- المقابلة العيادية	189
6-4-المقابلة لنسقية	189
6-5 الهوية السردية	190
6-6- الفلسفة الظاهراتية	193
منهجية تطبيق الهوية السردية	194
أولا/ مقابلات مع الحالات	194
ثانيا جمع النصوص والخطابات	196
عرض نتائج المقياسين	198
8-1- عرض نتائج مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري	198
8-2- عرض نتائج استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي	199
خلاصـــــــــــــــة الفصـــــــــــــــل	200

الفصل الثامن: عرض نتائج الدراسة ومناقشة الفرضيات

تمـــــــــــــــــــــهيـــــــــــــــــــــد	202
أولا: عرض نتائج الهوية السردية	202
الادراكات اتجاه اضطراب التوحد	203
1-1-إدراك التوحد على أنه ضغط	203
1-معاناة مرتبطة بإعلان وتشخيص الطفل	203
2- الظروف البيئية والمحيطية	206
2-1-عوامل الحماية	206
2-1-1-عوامل متعلقة بالفرد	206
2-1-2-العوامل العائلية	207
2-1-3-معاناة مرتبطة بعوامل خارجية بيئية ومحيطية	208
2-2-عوامل الخطر	210
3- إدراك التوحد على أنه كفاءة وتحدي	212
3-1-كفاءة متعلقة بعوامل ذاتية	212
3-2-كفاءة مرتبطة بعوامل عائلية	214
3-3-كفاءة متعلقة بعوامل الدعم	215
4- إدراك التوحد على أنه وضعية عادية (التكيف مع الوضع)	215
5-استراتيجيات التكيف	216
ثانيا/ عرض نتائج الدراسة الإحصائية	231
نتائج الفرضية العامة	231
نتائج الفرضية الأولى	232
نتائج الفرضية الثانية	233
نتائج الفرضية الثالثة	233

نتائج الفرضية الرابعة	**234**
ثالثا/ مناقشة نتائج الفرضيات	**234**
مناقشة الفرضية العامة	**234**
مناقشة الفرضية الأولى	**237**
مناقشة الفرضية الثانية	**238**
مناقشة الفرضية الثالثة	**240**
مناقشة الفرضية الرابعة	**241**
خلاصـــــــــــــــة الفصـــــــــــــــل	**243**

المساهمة العلمية	**245**
خـــــــــــاتمة	**248**
الاقتراحات	**249**

قائمة المصادر والمراجع

أولا/ المراجع باللغة العربية	**251**
ثانيا/ المراجع باللغة الأجنبية	**261**

قـــــائمـــــة الملاحـــــق

رقم الملحـــق	عنوان الملحـــــــــــــــق	الصفحة
01	مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري قبل التحكيم	**274-265**
02	استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي قبل التحكيم	**277-275**
03	مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري بعد التحكيم	**284-278**
04	استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بعد التحكيم	**286-284**
05	قائمة المحكيمن لمؤشر الارجاعية والتكيف الأسري- استبيان الارجاعية	**286**
06	ترجمة خطابات آباء وأمهات التوحدي من اللسان الدارجي إلى اللغة العربية	**295-287**
07	عرض نتائج المقياسين *مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري واستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي*	**295**

08	نتائج المتوسط النظري والمتوسط الحسابي لأبعاد مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G)	297
09	ترخيص التربصات الميدانية	297

قائـــــمة الجداول

الرقـــــم	العنـــــــــوان	الصفـــحة
01	يمثل تغيير النظرة في التكفل بإدخال وإدماج الارجاعية في الجانب العملي-التطبيقي (الممارسة)	75
02	يمثل الفرق بين تصنيف (DSM 5) و(DSM4) من حيث تعريف اضطراب التوحد	85
03	يمثل الفرق بين تصنيف (DSM 5) و(DSM4) من حيث أعراض اضطراب التوحد	86
04	يمثل الاضطرابات المتشابهة مع اضطراب التوحد	104
05	يمثل عدد الموظفين وتوزيعهم بمصالح المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية	146
06	يمثل عدد العاملين وعدد الأطفال في المؤسسة	148
07	يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها (بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية)	150

08	يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها بروضة قصر السلطان	152
09	يمثل صدق المحكمين ونتائج التحكيم لمؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري للبعد الأول - عوامل الضغوط الأسرية -	160
10	يمثل البدائل الخاصة بالبعد الأول -عوامل الضغوط الأسرية-	160
11	يمثل نتائج التحكيم للبعد الثاني -التوترات العائلية-	161
12	يمثل نتائج تحكيم للبدائل الخاصة بالبعد الثاني	161
13	يمثل نتائج التحكيم للبعد الثالث -دعم الأقارب والأصدقاء-	162
14	يمثل نتائج التحكيم لبدائل البعد الثالث	162
15	يمثل نتائج التحكيم للبعد الرابع - مؤشر الدعم الاجتماعي-	163
16	يبين نتائج تحكيم بدائل البعد الرابع	164
17	يمثل نتائج التحكيم للبعد الخامس - استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك -	164
18	يمثل نتائج تحكيم بدائل البعد الخامس	165
19	يمثل نتائج التحكيم للبعد السادس - مؤشر الصلابة الأسرية -	165
20	يمثل نتائج تحكيم البدائل للبعد السادس	166
21	يمثل نتائج التحكيم للبعد السابع - الضيق العائلي -	167
22	يشير إلى نتائج تحكيم بدائل البعد السابع	167
23	يمثل االتعديل اللغوي للفقرات المحكمة للمقياس - سلم قياس الارجاعية والتكيف الأسري-أولا/ (أهل التخصص في علم النفس)	168
24	يمثل التعديل اللغوي للفقرات المحكمة للمقياس - سلم قياس الارجاعية والتكيف الأسري- ثانيا/ (أساتذة اللغات الأجنبية)	169
25	يمثل صدق المقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري باستخدام اختبار (T-test).	170
26	يمثل نتائج معامل ثبات الاختبار بطريقة ألفا كرونباخ	171
27	يمثل ثبات وصدق السلم حسب نتائج بشير سليمة	171
28	يمثل نتائج تحكيم استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي	174
29	خاص بالتعديل اللغوي للفقرات المحكمة لاستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي) أولا/ (ذوي الخبرة في مجال علم النفس)	176
30	يمثل صدق المقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي باستخدام اختبار (T-test)	177
31	يمثل نتائج معامل ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بطريقة ألفا كرونباخ	178
32	يمثل نتائج معامل ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بطريقة التجزئة النصفية.	179

33	يمثل حالات الدراسة الأساسية ومواصفاتها	183
34	يمثل نتائج الدراسة الإحصائية للفرضية العامة	231
35	نتائج اختبار (ت) في حالة عينتين مستقلتين في مستوى ارجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير جنس الطفل	232
36	نتائج اختبار (ت) في حالة عينتين مستقلتين في مستوى ارجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الطفل	233
37	نتائج اختبار (ت) في حالة عينتين مستقلتين في مستوى ارجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الأم	233
38	نتائج اختبار (ت) في حالة عينتين مستقلتين في مستوى ارجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الأب	234

قائمة الأشكـــــــــال

الرقـــــم	العنـــــــوان	الصفـــــحة
01	يمثل عملية التغذية الرجعية	22
02	يمثل تفاعلات جيدة داخل الأسرة	26
03	يمثل تفاعلات غير منسجمة داخل الأسرة	26
04	يمثل مخطط لأشهر نظريات الاتصال	34

05	يمثل نموذج التفاعل الدائري حسب غنية بوفرمل	44
06	يمثل مدلول مصطلح الصمود عند صفاء الأعسر (2010)	53
07	يبين عوامل الحماية (الداخلية والخارجية) لبناء الارجاعية حسب ذايس (Theis. 2010)	65
08	يمثل المكونات السبع لبناء الارجاعية حسب كارين ريفيتش (Karen Reivich)	69
09	يمثل مخطط كامبفر الذي يوضح مفهوم الارجاعية (Kumpfer.1999)	72
10	يمثل ثلاثية الافتقار في حدوث التوحد	84
11	يمثل شقي الدماغ (الجزء الأيمن والأيسر)	92
12	يمثل مراكز الدماغ	93
13	يمثل الأسباب التي تؤدي إلى التوحد	101
14	يمثل أشكال التوحد	105
15	يمثل الفريق الطبي المتخصص في تشخيص اضطراب التوحد	106
16	يمثل مخطط حول عناصر الهوية وأنواعه	191

مـــــــــــــــــقدمـــــــــــــــــــــــــة

يتعرض الفرد في حياته إلى ضغوطات ناتجة عن مشكلات ومواقف سلبية أو ضاغطة كحادث سيارة، مرض مؤلم، موت شخص عزيز... قد تؤدي به إلى خلل أو اضطراب في التوازن الحيوي وبالتالي إحداث خلل في شخصيته، فتصبح لديه مظاهر تشاؤم، لوم، خوف، حزن وصعوبات في التكيف مع البيئة أو التوافق مع الذات، في المقابل نجد أفرادا عاشوا ضغوطات وأزمات الحياة لكنهم لم يقفوا عند زاوية المعاناة والألم بل استطاعوا الارتداد والرجوع إلى حياتهم الطبيعية بكل قوة وكفاءة.

ويمكننا القول أن مرحلة الطفولة من أهم المراحل العمرية لدى الفرد، وخاصة المراحل الأولى المبكرة للطفل، وإن أي اضطراب أو إعاقة ستشكل خللا في نموه النفسي، الانفعالي، الاجتماعي وكذا العقلي والجسمي، واضطراب طيف التوحد من الاعاقات التي قد تمس الطفل وتعرقل مسار نموه، فيعرف على أنه من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر لدى الطفل في السنوات الأولى من عمره، وتؤثر على ثلاث جوانب أساسية تسمى بثالوث التوحد، فتظهر المشكلات أو الأعراض على مستوى التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى العلاقات الاجتماعية، وكذا السلوكيات من خلال الاهتمامات الشاذة بالأشياء والحركات النمطية...

إنه من المهم الحديث عن ما يحدثه التوحد من زعزعة في النظام الأسري، فالأسرة قد تنتظر طفلا مثاليا وميلاد طفل حامل لاضطراب قد يشكل خيبة أمل لدى بعض الوالدين.

تناولت العديد من الدراسات والأبحاث وحتى التجارب الميدانية لذوي المختصين في علم النفس والتربية الخاصة الآثار السلبية الناتجة عن وجود طفل ذوي إعاقة وما ينتجه هذا الطفل من صعوبات ومشكلات نفسية، اجتماعية، مادية،....الخ.

نجد في هذا الصدد دراسة لكوفي ليلي بعنوان " الضغوط الأسرية لدى أولياء الأطفال التوحديون" جامعة الجزائر2، وقد استخدمت الباحثة مقياس الضغوط الأسرية لسعد الخميسي (2001)، على عينة بلغت (87) فرد من آباء وأمهات التوحدي، (37) أما، و(53) أبا، وهذا لـ (67) طفل مصاب بالتوحد، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية: يعاني أولياء الأطفال التوحديون من ضغوط أسرية، توجد فروق بين أولياء الطفل التوحدي راجعة إلى جنس الطفل (ذكر/ أنثى) لصالح الإناث، توجد فروق بين أولياء الأطفال التوحديون راجحة لجنس الأولياء (ذكر/ أنثى)، وهذا لصالح الأنثى (الأم)، كما أظهرت الدراسة بأنه لا توجد فروق في الضغوط الأسرية بين الذكر والأنثى في كل من ضغوط نقص المعلومة، والضغوط المتعلقة بخصائص الطفل وكذا الضغوط المالية (كوفي، 2016: 150-171).

ولكن السؤال المطروح ماذا عن هؤلاء الأفراد سواء الوالدين أو الإخوة أو من تعايشوا مع طفل حامل لاضطراب التوحد، استطاعوا أن يتكيفوا بكل إيجابية مع سلوكياته السلبية، مع تحقيق الصحة النفسية الجيدة وحققوا بذلك توازنا نفسيا ضد الحدث الضاغط؟.

هدفت كل من الباحثة ملال صافية وملال خديجة في دراستهما حول موضوع " الارجاعية لدى أولياء المعاقين" إلى التعرف على مستوى الارجاعية ومصادر بنائها، من خلال استخدام كل من الأدوات التالية: المقابلة، الملاحظة، سلم قياس الارجاعية، بالاعتماد على المنهج العيادين مع عينة تتكون من اربع حالات (ثلاث أمهات وأب)، وتوصلت الباحثتان إلى أنه يوجد مستوى ارجاعية متوسط لدى أولياء المعاقين ذهنيا، ويتم بناؤها من خلال المصدر الاجتماعي المتمثل في الدعم الأسري والاجتماعي المراكز والجمعيات الخاصة ، وكذا المصدر الذاتي (ملال صافية وملال خديجة، 2018: 48- 58).

وبما أن العلاقات الأسرية في نظامها ترتكز على ثلاث مستويات وهي: العلاقة الزوجية (بين المرأة والرجل)، الوالدية (الطفل مع الأب/ الطفل مع الأم)، وكذلك العلاقة الأخوية بين الطفل المضطرب وإخوته العاديين أو قد يكونوا غير عاديين، وبالتالي سيحدث تغييرات في قواعد نظامها وشبكاتها العلائقية
وفي حدود قراءاتنا النظرية والميدانية وجدنا مدى التأثيرات التي يحدثها هذا الطفل على الأسرة، وقد يكون التركيز أكبر على أنه سيؤثر بشكل سلبي على النسق الأسري الذي قد يجد صعوبات في التعامل مع الحدث الضاغط، هنا نلتمس الجانب السلبي، الذي يحدثنا عن معاناة الأسر ومشكلاتهم ومختلف الضغوطات التي ستعرقل مسار النظام بشكل يحقق الاستقرار والتوازن.
طفل توحدي ⟵ معاناة ، ألم وضغوطات، هذا الأخير هو التفكير الخطي الذي يرتكز على الحتمية النفسية، وفي دراستنا الحالية سنرتكز على التفكير الدائري: طفل توحدي ⟵ معاناة وألم ⟵ قوة وكفاءة ، وهذا ما يعرف بالارجاعية.
سنطرح هدف دراستنا الحالية في هذا السياق التي تتناول ما قد يحدثه طفل من ذوي الإعاقات - التوحد- على الأسرة ونظامها، كقراءة نسقية دائرية لعملية الارجاعية التي قد تظهر لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي
تناولت دراسة للباحثتين آيت أوفلة وسيلة وصحراوي عقيلة بعنوان " الارجاعية لدى أم الطفل المتوحد ما بعد التشخيص"، استخدمت الباحثتين المنهج العيادي، وتقنية دراسة الحالة، بالاعتماد على المقابلة النصف الموجهة، وكذا مقياس الارجاعية لكونور كاترين ودافيسون جونتان ترجمة ياحي سامية (2013) وكانت نتائج الدراسة كالآتي: أن أم الطفل التوحدي تتميز بقدرة الارجاعية، كذلك الأم تتكيف مع المنغصات اليومية المتعلقة باضطراب التوحد لدى طفلها باستعمال مصادر داخلية وخارجية، كما اظهرت الأمهات كيفية انعكاس قدرة الارجاعية في تحسين مستوى أطفالهم (أيت أوفلة وصحراوي، 2018: 59-74).
ولتناول الدراسة ومحتواها تم تقسيمها إلى ثمان فصول، اعتبر **الفصل الأول كمدخل للدراسة** تم عرض مشكلتها من تساؤلات وفرضيات، والتطرق إلى أهمية موضوع الدراسة وأهدافه مع تحديد المفاهيم الإجرائية بعدها قسمنا الجانب النظري إلى أربع فصول، تطرقنا في **الفصل الثاني** إلى الحديث عن **المقاربة النسقية،** وفيه تم تقديم البدايات التاريخية للمقاربة، مبادئها، مع عرض تطبيقات لمبادئ المقاربة، النظريات المفسرة لها ثم تناولنا أهمية التدخل النسقي الأسري.
في حين تناول **الفصل الثالث** موضوع **الارجاعية** الذي تم فيه تقديم التطور التاريخي للارجاعية، تعاريف ومفاهيم متداخلة مع الموضوع، مميزات الارجاعية، العوامل المرتبطة بها، فيما بعد تم عرض مجموعة من نماذج الارجاعية. أما **الفصل الرابع** الذي خصص **للتوحد** تناولنا فيه البدايات التاريخية للاضطراب تعاريف حول التوحد، مع ذكر أهم المسميات التي يمكن إدراجها تحت مسمى التوحد، فيما تم الإشارة إلى نسبة انتشار الاضطراب، وأيضا عرض أهم النظريات المفسرة للتوحد مع إبراز بعض العوامل المسببة لحدوثه، بعدها حددت أشكال التوحد ومحكات التشخيص الخاصة التي أنهينا بها الفصل.
تمحور **الفصل الخامس** كآخر فصل نظري خصص لتناول موضوع **أسرة الطفل التوحدي،** بداية بتحديد تعاريف حول الأسرة، وقسم هذا الفصل إلى ثلاث أجزاء تناولنا خلاله أهم العناصر المتعلقة بموضوع الدراسة، تمثل الجزء الأول في الحديث عن الأبوة من خلال عرض مفهومها، دور ووظائف الأب مع تحديد مراحل تطور الأبوة، بعدها انتقلنا إلى الحديث عن الأمومة كجزء ثاني ضمن الفصل وفيه عرضنا مفهومها، دور ووظائف الأمومة ثم مراحل تطورها، أما الجزء الأخير ركزنا على أسرة الطفل التوحدي، تم التطرق إلى الاعلان عن اضطراب التوحد كأهم مرحلة يمر بها الوالدين في مسارهم مع الطفل، بالإضافة إلى الحديث عن الضغوطات النفسية التي يتعرضون إليها، مع ذكر الآثار التي تترتب عن وجود معاق داخل

الأسرة، مع تقديم مشكلات أولياء التوحدي، خصائصهم وحاجاتهم، لينتهي بنا المطاف إلى الحديث عن ارجاعية أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة.

الجانب التطبيقي اشتمل على ثلاث فصول: فصل خاص **بالدراسة الاستطلاعية** التي احتوت على هدف الدراسة، المجال الجغرافي والزماني، عينة الدراسة مع تحديد المنهج والأدوات التي تم الاستعانة بها من أجل إجراء الدراسة الميدانية. فيما تم تخصيص فصل **للدراسة الأساسية**، وفيه حدد الهدف من إجرائها المجالين الجغرافي والزماني، حالات الدراسة التي تم اختيارها لتطبيق الأدوات والمنهج المستعمل في الدراسة، كما تم تقديم منهجية تطبيق الهوية السردية التي تم اختيارها كأداة أساسية في الدراسة. أما الفصل الأخير تمثل في **عرض النتائج** المتوصل إليها من الحالات التي تم معها إجراء الدراسة، وكذا **مناقشة نتائج الفرضيات.**

ختمنا دراستنا بتقديم **المساهمة العلمية**، ووضعنا **خاتمة** كخلاصة عامة لدراستنا، مع تقديم مجموعة من **الاقتراحات** التي قدمتها الباحثة، وعرض قائمة **للمراجع والملاحق**.

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- التعاريف الإجرائية

1- إشكالية الدراسة

تعتبر الأسرة أول وسيط تربوي، اجتماعي وثقافي يحتضن الطفل، والمدرسة الأولى التي تمكنه من اكتساب المبادئ المعرفية الضرورية وأسس التربية الصحية، فهي نسق منظم يرتكز على الإحساس بالانتماء والارتباط والتضامن بين أفرادها، مما يجعلهم يحملون تصورا مشتركا يسمى النموذج، أو بمصطلح التناول النسقي: الأسطورة الأسرية (The family myth).

فلكل أسرة نموذجها الخاص والمتميز يحوي القواعد التي تنظمها، حيث تساعد وتعمل على تطور أفرادها، كما أن لكل حدث تأثيره على توازن النسق، والذي قد يتسبب في أزمة إذا كانت له تأثيراته السلبية، فيحاول النظام الأسري حلها وتخطيها من خلال استعمال إمكاناته وموارده الخاصة.

فالوالدان عندما يلاحظان اختلافا في نمو طفلهم، من حيث سلوكياته عن بقية إخوته أو أقرانه في نفس المرحلة العمرية يتبادر إلى أذهانهم تساؤلات عديدة.....؟، وبعدما يشخص الطفل على أنه توحدي تبدأ عملية البحث عن الحلول، ما هو التوحد؟، ما هي أسبابه؟، لماذا ابني أنا....؟، هل سيشفى تماما من هذا الاضطراب...؟ إنه لن يتكلم.....!.

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية أو ما يطلق عليها بالارتقائية أو الاجتياحية، مما يحدث صعوبة بالنسبة للطفل ولوالديه وللأسرة عموما، فوجود طفل توحدي ضمن الأسرة قد يكون حدثا مؤثرا على ديناميكية وتنظيم النسق، فهو حدث غير منتظر، إنه اضطراب محير ومؤلم بالنسبة للآباء يصعب عليهم فهمه (طارق، 2008: 04). وبما أن الاضطراب يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من نمو الطفل، ولذلك من المتوقع أن يظهر أفراد الأسرة (الأبوان، الزوجان، الإخوة) ردود أفعال ومواقف تجاه هذه الوضعية، حيث أنه يحدث ضغطا إضافيا لأفراد الأسرة ويؤدي إلى حياة صعبة للغاية .

يرى " سيكون " (Ciconne, 2006) أن ميلاد طفل مخيب للأمل يعتبر تجربة صدمية بالنسبة للأسرة.

ويشير لامارش (Lamarche,1985) إلى أن ولادة طفل معاق يجعل الوالدين يعيشان بين رغباتهم والواقع، فهم تحت وقع الصدمة التي تظهر في عواطف جياشة وردود أفعال أحيانا متطرفة ومهما كانت ردود الفعل فهي طبيعية وصحية، كما تكون متباينة وجد معقدة ولا يمكن التنبؤ بها.

وقد أشار كل من أولسون ووانج (Olson & Wang) إلى أن أمهات الأطفال التوحديين يعانين من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين (الزريقات، 2004 : 10).

أظهرت دراسة واشتر (Wachter. 1970) التي تهدف لمعرفة ردود أفعال الآباء والأمهات نحو ميلاد طفل معاق حركيا أو ذهنيا أن أكثر ما يميز هذه الردود هي: مشاعر القلق، الشعور بالذنب، الخجل والرفض (عبد المعطي، 2006).

فالأسرة تتعرض لضغوط يمكن تخطيها باستعمال استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة، وحسب لازاروس (Lazarus) تعرف هذه الاستراتيجيات على أنها مجموعة الأساليب أو الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للحكم أو خفض أو تحمل الحدث المدرك المهدد.

ما لاحظناه ميدانيا في لقاءاتنا مع المختصين بمصلحة التكفل بهذا النوع من الاضطراب هو اهتمام الممارسين بالمفحوص المحدد " Designated patient " وهو التوحدي وعدم التطرق إلى دراسة ومعالجة العلاقات الأسرية والنسق الأسري المضطرب التي أثارت اهتمام بعض المختصين، وذلك انطلاقا من ملاحظاتهم والمتعلقة بسلوكيات بعض أفراد الأسرة بما فيهم الوالدين والإخوة خلال الحصص العلاجية هذا الاهتمام أدى إلى قراءات عديدة من بينها بحوث ب. سيريلينيك (B. Cyrulnik) وتناوله لمفهوم الإرجاعية (The concept of resilience)، وكذلك تطرق الباحث أوسلوس (Guy Auslos) لموضوع كفاءات النسق الأسري في كتابه الكفاءات الأسرية (The skills of families).

إذ يظهر عند بعض الأفراد - الآباء والأمهات- استراتيجيات المواجهة والضبط الشخصي للمشاعر والأفكار السلبية عند مواجهة مختلف التوترات والضغوطات، خاصة مع ميلاد طفل توحدي، فإنهم يملكون قدرات وموارد تساعد في تخطي الفشل وتحمل الصعاب والصمود لتحدي الموقف الضاغط، وبالتالي تحقيق التوازن النفسي والانفعالي (أبو حلاوة، 2014: 08)، وهذا ما يعرف بالمرونة النفسية، أو الجلد النفسي، أو الإرجاعية (Resilience).

أشار كل من بوسنة عبد الوافي وبن جديدي سعاد في مداخلتهما المعنونة بـ " الجلد والمرض السيكوسوماتي " إلى التعرف على عمل الجلد النفسي في إدراك صدمة المرض وتقبله، والعوامل التي تساعد في التخفيف من الصدمة والتعرف على السمات المرنة من خلال تطبيق اختبار الروشاخ على حالة مصابة بالداء السكري نتيجة تعرضها لعدة صدمات، وأسفرت النتائج كالتالي:

1- توجد عوامل شخصية (إدراك صدمة المرض- القدرة على المواجهة) تساعد عمل الجلد النفسي عند المريض السيكوسوماتي المصاب بالسكري.
2- توجد عوامل محيطية (العائلة- المجتمع) تساعد عمل الجلد النفسي عند المريض السيكوسوماتي المصاب بالسكري.
3- توجد عوامل خاصة تساعد عمل الجلد النفسي عند المريض السيكوسوماتي المصاب بالسكري (بوسنة وبن جديدي، 2016).

ومن هنا يطرح التساؤل التالي :

هل لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة نظر التناول النسقي؟

وتتفرع الإشكالية العامة إلى إشكاليات فرعية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب ؟,
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الطفل المضطرب ؟.
3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم ؟.
4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب؟ .

وكإجابات مؤقتة اقترحت الباحثة وضع فرضية البحث وقد صيغت كالتالي:

- **2- الفرضية العامة:**

وقد استخلصت فرضيات جزئية من الفرضية العامة:

- لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة نظر التناول النسقي. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية آباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب.

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الطفل المضطرب.
2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.
3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب.

3- أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الموضوع فيما يلي:

1 - أهمية التصور النسقي (المقاربة النسقية) باعتباره يهتم بما يحدث داخل السياق الأسري والاجتماعي ويركز في مواضيعه على التفاعلات والروابط بين الأفراد الذين ينتمون إلى نفس النظام.

2- دراسة الأطر النظرية في علم النفس الإيجابي باعتباره فرع من علم النفس يرتكز على تحسين الأداء النفسي والوظيفي، ومصطلح الارجاعية يندرج ضمن مواضيعه.

3- هناك من الأفراد من لديهم موارد وقوى إيجابية كاستراتيجية لمواجهة الوضعيات الصعبة بالرغم من أنهم عايشوا أحداثا ضاغطة، وبالتالي قاوموا الانهيار، وعليه تظهر أهمية الكشف عن ستار الارجاعية التي لابد من الوقوف عندها وتحديد إطارها المرجعي.

5- أهمية العلاقة الوالدية لما لها الدور الكبير في التأثير النفسي على حالة الطفل المضطرب.

6- أهمية دراسة الجانب الأسري باعتبار الأسرة النواة الأساسية في التنشئة الاجتماعية، بحيث أن ما يحدث من تغييرات يكون له الأثر على أفراد نسقها، وبالتالي ضرورة معرفة ما يتعرض له هذا النسق، وقدرة الفرد أو عدمه على التكيف مع الوضعية الضاغطة .

4- أهداف الدراسة: إن الأهداف الأساسية من دراسة هذا الموضوع تتمثل في:

1- معظم الدراسات والبحوث تتناول مواضيع الاضطرابات من المنظور التحليلي والسلوكي، من خلال إعطاء قراءات خطية للمواضيع، وعليه محاولة رؤية هذا الموضوع من الزاوية النسقية والتركيز على التفكير الدائري.

2- تجاوز المنحنى التقليدي لعلم النفس المهتم بالتركيز على الأمراض والاضطرابات النفسية فقط وعلى البعد السلبي الأسود، على حد تعبير مارتن سيلجمان (Marten Silgman) " نصف الكوب الفارغ "

3- التدريب على استخدام مصطلحات ومفاهيم جديدة لتكون إطارا مرجعيا للباحثين والمهتمين... فحسب حدود قراءات الباحثة وجدت أن مصطلح (Resilience) يشير إلى معنى **اللدونة أو المرونة النفسية** المستخدم في جامعة وهران، وإلى معنى **الجلد** في بعض الجامعات كجامعة بسكرة مثلا، كما يشير إلى مفهوم آخر وهو الارجاعية. وبالتالي الهدف إلى إدراج هذا المفهوم كمصطلح جديد للجامعة.

4- التعرف على مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي والعوامل التي تساهم في بنائها.

5- معرفة الفروق في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن وجنس الطفل المضطرب.

6- معرفة الفروق في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الأب والأم.

5-التعاريف الإجرائية:

1- التناول النسقي (The systemic approach): هي محاولة إعطاء قراءة لعملية الارجاعية لدى أفراد دراستنا والمتمثلة في مجموع الآباء والأمهات، من خلال التركيز على عملية الاتصال ما بين أعضاء الأسرة بحيث أن وجود طفل توحدي داخل النسق الأسري سيكون بمثابة قوة وكفاءة للأولياء وليس معاناة وآلام، فبقراءة دائرية يصبح التفكير في الوضعية الحالية أكثر إيجابية فتظهر أشكال وعناصر الارجاعية داخل النسق الأسري، وتتمثل في: مقاومة مشكلات الطفل التوحدي والأحداث الضاغطة المتعلقة بالطفل والأسرة، بعد تعرض الأولياء لضغوطات نفسية وصدمة الإعلان والتشخيص، تمكنوا من الشفاء والعلاج من الأزمة النفسية التي تعرضوا إليها، القدرة على إزالة الألم والمعاناة، البحث عن الحلول لمشكلاتهم بدل

التركيز على المشكل في حد ذاته، أصبحوا أكثر قوة وتفاؤل استطاعوا بناء حياة مرنة ومتزنة، فالتركيز كان على جميع العناصر في النسق والعوامل التي ساعدتهم في بناء التوازن والاستقرار النفسي.

2- الارجاعية (The resilience): هي قدرة يمتلكها آباء وأمهات طفل حامل لاضطراب التوحد تمكنهم من التعايش بطريقة إيجابية ومقبولة، بعد تعرضهم لحالات ضاغطة وأزمات صعبة منها المتعلقة باضطراب الطفل ومنها المرتبطة بعوامل أخرى، وبالرغم من العيش مع مختلف المشكلات السلوكية والنفسية لدى الطفل، فقد استطاعوا تحمل الوضعية والتصدي للأزمات، واستعادة قدراتهم مع الحفاظ على توازنهم النفسي والانفعالي.

وقد تم تطبيق أداتين لقياس الارجاعية تمثلتا في: المقياس الأول سلم مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري **(Fira-G)** لـ كوبان (McCubbin) أما الأداة الثانية فقد قامت الباحثة بتصميمها بالاعتماد على خلفيات نظرية وميدانية، - استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي- تكون المقياس من **(35)** فقرة ، وتم توزيع الأداتين على **(35)** فرد، كما تم توظيف نتائج المقياسين في مناقشة الفرضيات.

3- الطفل التوحدي (The autistic child): هو الطفل الحامل لاضطراب التوحد الذي يتراوح سنه ما بين أربعة إلى تسعة سنوات (04 - 09) في الدراسة الاستطلاعية، وما بين خمسة إلى تسعة سنوات (05-09) في الدراسة الأساسية بمجموع (11) طفلا، يعاني من مشكلات سلوكية، نمائية وعصبية وفي بعض الحالات يكون مصاحب باضطرابات أخرى كالصرع، لم يتم تحديده بطريقة مقصودة حسب عامل السن أو الجنس، لأنه لم يشكل العينة الأساسية المراد دراستها.

4- آباء وأمهات الطفل التوحدي (Fathers and mothers/ Parents of the autistic child): يتمثلون في الفئة المراد دراستها، تراوح سنهم من (28- 55) سنة، وتم العمل مع (35) فردا طبق معهم مقياسي الارجاعية، بهدف معرفة ظهور الارجاعية لدى هؤلاء الأولياء في ظل وجود طفل توحدي، مع تحديد مستواها بقراءة نسقية دائرية، وكان لدينا مجموع عشر عائلات أي (20) حالة، قدر عدد الآباء كذكور بعشرة أفراد، وكذا عدد الأمهات كان بمجموع عشرة أمهات، تم انتقاؤهم بطريقة مقصودة من أجل جمع خطاباتهم عن معاشهم النفسي وتحليلها، مع إعطاء شروحات ومعاني للوضعيات المعاشة باستخدام أداة الهوية السردية.

الفصـــــل الثـــــاني : المقـــاربـــــة النســـــقيـــة

تمهيد

1- البدايات التاريخية للمقاربة النسقية

2- تعريف المقاربة النسقية

3- مبادئ المقاربة النسقية

4- تطبيقات مبادئ المقاربة على الأسرة

5- النظريات المفسرة للمقاربة النسقية

6- أهمية التدخل النسقي الأسري

خلاصـــــة الفصـــ

تمهيد

في العلوم الاجتماعية ينظر إلى البشر على أنهم أنساق مفتوحة يتشكلون ويشكلون في بناء الحياة وذلك خلال تفاعلاتهم الاجتماعية والبيئية، ومع أن العلاج الأسري لم يبدأ إلا في منتصف العقد العشرين (1950)، ويمكن تصنيفه على أنه علاج ديناميكي تحول من أفكار هدفها زيادة الرفاهية الإنسانية إلى نموذج الممارسة الواقعية ذي طابع علمي. وقد ظهر على يد متخصصين من غير المهنيين في الخدمة الاجتماعية، ويعتبر ستشيرز (Stcherz) من أوائل مؤسسي العلاج الأسري من الأخصائيين الاجتماعيين بالإضافة إلى أكرمان (Ackerman) ومينوشن (Minuchin) وهارتمان (Hartman) ولايرد (Laird) وخلال الثمانينات من القرن العشرين ظهر عدد من المختصين الاجتماعيين الذين ساهموا في حقل العلاج الأسري أمثال هوفمان Lynn (Hoffman)، بيجي باب (Peggy papp) وماك جولدريك (Monica Mac Goldrick) ، وغيرهم ممن انضموا إلى عضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري (AFTA) وعضوية الجمعية الأمريكية للعلاج الزواجي والأسري (AAMFT) حتى أنهم عرفوا كمعالجين أسريين وليسوا كأخصائيين اجتماعيين.

1- البدايات التاريخية للمقاربة النسقية:

إن معظم المساهمات الأساسية والمهمة الخاصة بنظرية الأنساق وتطبيقاتها في مجال دراسة الجماعات الإنسانية قدمها عالم النفس الألماني الأصل كيرت ليفين (Kurt Levin)، والذي هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام (1933) هربا من الاضطهاد النازي، وتتمثل إسهاماته في مجموعة المبادئ والمفاهيم التي استوحى فيها مبادئ العلوم الطبيعية والتي عرفت بنظرية المجال (الكفافي، 1999: 85)

وقد نشأ العلاج الأسري في منتصف العقد العشرين (1950)، وذلك نتيجة تفاعل عدة عوامل من أهمها تحديات التنمية في تلك الفترة، كما ظهر بشكل واضح في العلوم الاجتماعية تحديدا خلال النصف الثاني من القرن (20) (البريثن، 2008: 65) في مدرستين هما: معهد الأسرة بنيويورك على يد أكرمان (Akerman)، ومعهد بالو ألتو [1](Palo Alto) على يد باتسون (Batson)، وتطور في عام(1973) بإيطاليا بدراسات سالفيني (Selvini Mara)، وقد أدرجها بارك (Bargue.J.F) عام (1972) بفرنسا

ودمونجيت (Demangeat) في الملتقى الخاص بالأطباء العقليين وأطباء الأعصاب للغة الفرنسية بتونس (آيت حبوش، 2012-2013: 119).

من الملاحظ أن ظهور العلاج الأسري (Family Therapy) كان حديثا، وقد انبثق من العلوم الاجتماعية وساهم في تطويره العديد من المدارس والمعاهد على يد مجموعة من المختصين والعلماء.

كما عرف التفكير النسقي (Systemic Thinking) انفتاحا وتقدما بالولايات المتحدة الأمريكية، حينما تم استخدام أدوات ذات فعالية كبيرة كالسبرانية [2] (Cybernetic)، وبعدها الإعلام الآلي والأجهزة الآلية (Marc and Picard, 1984 : 19- 21)، وينحدر هذا التناول من مجموعة من الباحثين لمدرسة بالو ألتو (Palo Alto) الذين اهتموا بشكل كبير بعد الحرب العالمية بالنموذج العائلي (Family Fornm) فقد كان لغريغوري باتسون (Bateson Gregory) وهو عالم في الأنثروبولجيا والايتولوجيا الدور الكبير في دفع مجموعة البحث من خلال إعداد الفرضية الشهيرة (الرابطة المزدوجة) (Double Bind) (Benony Chahraoui, 1999: 42)، كذلك نجد برتالفني (Ludwiyron Bertalanfy) وهو باحث بيولوجي تأثر بالنظرية الجشتالتية، فحاول تفسير الظواهر الملاحظة ونادى بالتنظير الجديد باسم النظرية العامة للأنساق، ويرى أن الكل هو مجموع الأجزاء

[1] تشير إلى مجموعة من الباحثين من خلفيات علمية مختلفة عملوا في بالو ألتو، وهي مدينة تقع في الضواحي الجنوبية لسان فرانسيسكو. وقد استرشد عملها بثلاثة اتجاهات: نظرية الاتصال، منهجية التغيير، والممارسة العلاجية. ويرجع جذور تأسيسيها إلى غريغوري باتسون، الذي عمل في مستشفى الطب النفسي التابع للإدارة المخضرمة في بالو ألتو منذ عام 1949 .(Watzalwick and others, 1972: 02)

[2] تعني دراسة الاتصال في الآلات، وهي علم مركب من مجموع النظريات المتعلقة بالاتصالات وتعديل الكائن الحي والآلات.

التي تكونه، والباحث جاكسون (D. Jackson) الذي يعد من بين مساهمي [3](M.R.I) خاصة من بداية (1954) بفضل خبرته الكبيرة في الميدان الإكلينيكي إذ أعطى نفس جديد للمعهد حتى سنة (1968)، وقد ركز اهتمامه على مصطلحين هما الأنساق (Systems) أو الاتزان الأسري (Family Homeostasis)، وهذا ما نادى به هالي (J.Hally) عام (1959) (Mamardjia,1988: 36).

قام ويكلاند (John Weackland) وهالي (Hally) بالانضمام مع باتسون (Batson) وجاكسون (Jackson) سنة (1954) في إنشاء برنامج حدّد خصيصا لدراسة الاتصال (communication)

وكذا ما وراء أو ما بعد الاتصال (Meta communication)[4] ، وقد انتهى هذا العمل في عام (1956)

بعد وضع نظرية أطلق عليها باسم "القيد المزدوج"، أو " الرابطة المزدوجة " (Double Bind) [5] وفي عام (1960) أصر ويكلاند (Weakland) على أن حالة القيد المزدوج تستلزم مستويين مختلفين واحدة يتم الإفصاح عنها، والأخرى يتم إبعادها بطريقة تجريدية.

انضم بول واتزلاويك (Paul Watzlawick) إلى (M.R.I)، واستخلص من خلال تطبيقه للعلاج الأسري النماذج المختلفة من الاتصالات المرضية الموجودة داخل الأسر (The pathological communication Model)، منها مثلا عام (1967) نشر كتاب بعنوان " منطق الاتصال " (A Communication logic) وبعد وفاة جاكسون ظهرت أعمال فرجينيا ساتر (V. Satir)- وهكذا تطورت أعمال فريق بالو ألتو (Palo Alto)، خاصة بعد عودة واتزالاويك (Watzlawick) وفيش (R. Fich) وويكلاند (Weakland) فقد ركزوا نشاطاتهم حول ما يسمى بالعلاج القصير (The Brief therapy) (Mamardjia, 1988: 36)

لم يبق هذا الاتجاه النظري فقط في الولايات المتحدة الأمريكية بل تعدى ذلك، فانتشر في بلدان أخرى خاصة الدول الأوروبية، وذلك من خلال أعمال (M.R.I) لبالو ألتو، ففي إيطاليا يرجع الفضل للباحث بلازولي (Selvini Palazoli) الذي اهتم بالأسر التي تعاني من تحولات فقدان الشهية العصبي Famiily with (anorexic transaction) بالخصوص.

أما في انجلترا فيرجع إلى الباحثين لينغ (R.Laing) وكوبر(D.Cooper) اللذان اهتما كثيرا بانفصام الشخصية (schizophrenia) وعائلاتهم، أما في ألمانيا فيعود الفضل إلى ستيريلين (E.Stierling)، وكان في سويسرا كوفمان (L.Kauffman) وبنويت (J.C. Benoit) في فرنسا.

نستنتج مما سبق أن السياق أو التفكير النسقي ظهر متزامنا مع العلاج الأسري خلال فترة الحروب والمشاكل السياسية، بحيث أن المختصين والعلماء الذين درسوا العلاج العائلي أيضا اهتموا بدراسة الاتجاه النسقي، والذين تنوعوا في عدة مجالات وعلوم (البيولوجيا، الأنتربولوجيا والإيتولوجيا)، وهذا يبرز أن التوجه النسقي لا يركز فقد على العلاقات الإنسانية بل يتوسع إلى دراسة الأنساق في كل المجالات، كما شمل أيضا تناول عملية الاتصال خاصة بين أفراد الأسرة، ليحظى بعد ذلك توسعا في مختلف أنحاء بلدان الدول وخاصة

---

[3] ويقصد به معهد البحوث العقلية (**M**entaly **R**esearches **I**nstistute) ظهرت كمجموعة جديدة بالتوازي مع مدرسة بالو ألتو عام 1958، والتي ركزت على العلاج وتطوير النظام في العلاجات العائلية (Watzalwick and others, 1972 :02) .

[4] بالنسبة إلى فلافيل (J.H.Flavell) يحيل ما وراء الاتصال إلى معرفة الفرد للعوامل التي تتدخل في السلوك وخاصة معرفة العوامل المرتبطة بالأشخاص المتفاعلين في المهمة المراد إنجازها في استراتيجية المتحدث، كما يشير معناها أيضا إلى السيطرة الواعية على الأوجه غير الكلامية للوضع الاتصالي (دورون وبارو، ترجمة شاهين، 2012: 688).

[5] تم اكتشافها من قبل غريغوري باتسون (Gregory.B) وفريقه عام(1952)، وخلال عشر سنوات تم نشر(63) منشورا علميا حول الفصام التناقضات،...الخ، وبدأ تاريخ الرابطة المزدوجة مع قصة مريض الفصام، وتم معرفة أن هذا المرض ليس نتيجة لشخص واحد سيتأثر بل نسق الاتصال المتناقض داخل الأسرة. كما تم دراستها واستخدامها من قبل ميلتون اريكسون (Milton Erickson) في شكلها الإيجابي والعلاجي، فقد تعالج المعنى ونتائج السلوك بدلا من السلوك نفسه، في القيد المزدوج السلبي النتيجة مدمرة بالنسبة للضحية، أما في القيد الإيجابي فالنتيجة مكافئة فالشخص عوض أن يكون على خطأ هو على فائدة، بدلا من أن يقوم الفرد بعمل سيء فهو لن يفعل ذلك (Courtois, 2007: 05- 24) .

الأوروبية منها، من أجل دراسة مجال الأسرة ومختلف الاضطرابات والأمراض التي قد تمسها.

2- تعاريف المقاربة النسقية:

2-1- تعريف النسق (System): يعرف النسق على أنه مجموعة من العناصر في تفاعل، وهذه التفاعلات تكون إما كبيرة (شدة التأثير)، أو معقدة أو الاثنين معا، ويرى برتالانفي (Bertalanfly) بما أن النسق الحي يعرف بالتبادلات المستمرة للمادة أو المعلومة مع محيطه فهو يحتوي على مخرج(Output) ، ومدخل (Input) بنّاء وهدام لعناصره التي يتكون منها (Bertalanfly,1993: 23) .

ويحدد جابر وكفافي مفهوم مصطلح " System " بمعنى نسق أو نظام أو جهاز، يشير إلى المعاني التالية:

- يشير المصطلح إلى كل شيء منظم، ونجد المعنى مع اختلاف السياقات حسب اختلاف الاستخدام مثل: الجهاز الدوري، الجهاز العصبي، النظام الدينامي، النسق المفتوح.
- مجموعة من الأفكار والمسلمات، والمفاهيم والاتجاهات التفسيرية ذات بنية، تتفاوت من حيث درجة وضوحها وتحديدها، تفيد في إيجاد بنية للبيانات والمعطيات في مجال علمي.
- يشير المصطلح إلى طريقة للتصنيف (الكفافي، 1999: 83-84).

يتضح من خلال التعاريف السابقة أن النسق هو كل عنصر، فردا كان (إنسان)، شيء، آلة أو جهاز بحيث تتكون هذه العناصر أو الأجزاء وتترابط مع بعضها البعض لتشكل لنا ما يعرف بالنظام أو مصطلح النسق، وتكون في تفاعل وتواصل دينامي مستمر لتؤدي وظيفة أو دور معين.

3- مبادئ المقاربة النسقية:

3-1- مبدأ الكلية (Principle of Totality): إن الروابط التي تضم عناصر النسق هي متقاربة لدرجة أن أي تغيير لأحد عناصرها يحدث تغييرا في العناصر الأخرى وبمعنى آخر النسق ليس فقط مجموع عناصر مستقلة، وإنما يشكل كلا متكاملا (Watzlawick & others, 1972: 123).

- **النسق** هو الكل الذي لا يمكن فصله عن عناصره، وهذا الانقسام لا يكون في التفاعلات فقط، بل يتعدى ذلك إلى الانقسام في عناصر هذا النسق، والذي يعرض في حد ذاته مع مفهوم النسق.
- كل عنصر من النسق يحلل داخل نسقه الأصلي، ولا يمكن أخذ كل عضو من النسق منفردا عن العناصر الأخرى رغم أن ذلك العضو فقط هو الذي يظهر العرض.

يظهر من خلال هذا المبدأ أن عناصر النسق تعتمد على الكلية، أي أن العناصر في ترابط وتماسك بحيث أن استقلال أو انفصال أحدهما سيؤدي إلى خلل أو تلف، مثلا في الجهاز العصبي الذي يتكون من مناطق ومراكز في الدماغ: الفص الصدغي المسؤول عن الرؤية، الفص الجبهي مسؤول عن اللغة فإن تلف أي عضو من هذه الأعضاء سيؤدي إلى شذوذات وتعطل أداء وظيفتهم، وبالتالي تأثر الدماغ بشكل كبير، والذي ينتج عنه بالضرورة التأثير على حياة الفرد.

3-2- مبدأ عدم التجزئة (Principle of non- Summativity):

- النسق ليس عبارة عن مجموعة عناصره، وأن تحليلا شكليا لأجزاء منعزلة بصورة اصطناعية يؤدي إلى تهديم موضوع الدراسة (Watzlawick & others, 1972: 124 -125) .
- النسق يستطيع أن يعمل في أغلب الأحيان مستقل عن عناصره التي تشكله، فهو بطبيعته معقد خاصة في الأنساق المفتوحة (Caille Phillipe, 2003: 13).

يبدو أن هذا المبدأ هو مكمل لمبدأ الكلية، بحيث أنه من الضروري عدم تجزئة أو تقسيم العناصر المكونة للنسق، فهي ستؤثر سلبا على سيرورة النظام، وعليه يبقى النسق معقدا.

3-3- مبدأ التعديل الذاتي (Principe of self regulation):

أدخل هذا التعبير من قبل لوريا (A.R. Luria) للدلالة على أثر الرقابة والتخطيط الذي يمكن أن تمارسه الإنتاجية الكلامية لشخص ما على نشاطاته الحركية الذاتية (دورون وبارو، ترجمة شاهين، 2012: 139)، فالنسق المفتوح يحتوي على ميكانيزمات تسمح له بالحفاظ على حالة من الثبات في حالة تغيير المحيط، وهو ما يسمى بالاتزان أو التوازن الحيوي (Rougeul, 2003: 13).

من الملاحظ أن هذا المبدأ يرتكز على عمليتي الثباث والتوازن، بحيث أنه إذا حدث أي تغيير على المحيط فإن النسق سيحافظ على ديناميته واستمراريته، مثلا إصابة أحد أفراد الأسرة (الأم مثلا) بسرطان الثدي، فحسب هذا المبدأ أنه رغم وجود حدث ضاغط أو أزمة داخل الأسرة، إلا أن هذه الأخيرة لن تفقد قدرتها وكفاءتها في مواجهة المرض، من خلال الحفاظ على توازن واستقرار النظام الأسري.

3-4- مبدأ التغذية الرجعية (Principle of feed -back):

ونميز نوعان من التغذية الرجعية[6]، التغذية الرجعية السالبة (The negatif feed-Back) والتي هدفها جعل النسق في حالة ثابتة، إذ أن اتزان النسق محدد بالتغذية الرجعية السالبة (Caille Phillipe, 2003: 14)

أما التغذية الرجعية الموجبة (The positif feed back) تنتج عوامل تسبب في ظهور اضطراب داخل النسق، وبهذا تجعل النسق غير ثابت، لأن الضغوطات المنتجة قوية هذا ما جعل النسق ينتقل من حالته الثابتة إلى حالة عدم الثبات.

نستطيع القول من خلال ما ورد آنفا أن مصطلح التغذية الرجعية أو الراجحة تؤكد وجود عملية التفاعل والتواصل ما بين الأفراد، فقد يكون هذا التفاعل إيجابي أو سلبي، بالنسبة للتغذية الرجعية السلبية تركز على حفاظ النسق على توازنه وثباته، بينما الموجبة تهدد استقرار النظام نتيجة حدوث أزمات أو ضغوطات داخل الأسرة أدت إلى فقدان التوازن الحيوي.

ويبدو أن الثبات (Stability) والتغيير (Change) مهمان لبقاء الأنساق العائلية ورغم ذلك فقد يمكن للنسق أن يتصلب بفعل سيطرة التغذية الرجعية السالبة، أو أنه ينفعل أو ينفجر بفعل تأثير التغذية الرجعية الموجبة، ويترجم هذا الفشل في تحقيق التعديل الذاتي بظهور الأعراض المرضية (Rougeul, 2003: 15). **3 -**

5- مبدأ المحصلة الواحدة (تساوي الغايات) (Principle of Equifinality):

يتعلق هذا المبدأ بالأنساق الفرعية[7](The sub systems) ، فبواسطة توظيف الحدود يتميز النسق ويعود الفضل لاستقرار الحدود وإقامة القواعد إلى نظام التغذية الرجعية الموجبة أو السالبة (Karine, 2000: 87) ففي النسق المنغلق الحالة الحدية متعلقة بالحالة الأولية، العكس في الأنساق المفتوحة فنفس الحالة الحدية يمكن أن تكون ناتجة من حالات أولية أو أساسية مختلفة.

وهذا المبدأ يشترط طريقة لتناول المشكل فهو لا يبحث تماما عن سبب الاضطراب في تاريخ العائلة والدوافع الفردية، ولكن يهتم بفهم سيرها الحالي فالبحث هنا عن " لماذا ؟ (حدث)، تترك المجال " لكيف؟ (يسير) "، فإذا تم استخدام تاريخ العائلة خلال حصة علاجية فهذا ليس من باب البحث عن الأسباب (Rougeul, 2003: 17).

---

[6] هي وسيلة يحتفظ من خلالها النسق بحالة مستقرة وعندما يخرج عن توازنه لأي سبب تزيد التغذية الإيجابية عن انحرافها، بينما السلبية بوصفها عملية مثيرة ومنشطة للخطأ، فهي تساعد على استعادة توازن النسق وثباته (الكفافي، 1999: 95).

[7] هي أنساق داخل أنساق، فكل فرد في الأسرة يمكن أن يكون جزءا من عدة أنساق، فالزوجة نسق فرعي للنسق الأسري الأكبر، وهي تنتمي أيضا إلى النسق الفرعي الزوجي (زوجة/ زوج)، وأيضا هي جزء من أنساق أخرى (والدة / ابن) مع ابنها، (والدة/ ابنة) مع ابنتها (الكفافي، 1999: 103).

نستخلص مما تم ذكره أن هذا النوع من المبدأ يركز على الوضعية الحالية، أي كيف حدث الاضطراب وليس لماذا حدث، فهو لا يبحث عن أسباب حدوثه، بل كيفية حدوثه، مثلا اضطراب سلوكي عند الطفل يتمثل في العدوانية، النشاط الزائد، حسب هذا المبدأ فإن العملية العلاجية لا ترتكز عن الأسباب التي أدت إلى جعل الطفل عدوانيا، أو لديه حركة زائدة، بل كيف وصل الطفل إلى إصابته بالاضطراب، وكيف حدث هذا النوع من المشكلات السلوكية؟.

4- تطبيقات مبادئ المقاربة النسقية على الأسرة:

4-1-قواعد النسق الأسري (The rules of the family system): الأسرة نسق يحكمه قواعد وينتظم تفاعل أفرادها حسب هذه القواعد، بحيث تساعد على تثبيت كيفية عمل الأسرة كوحدة، وتشكل الأساس في تطوير تقاليدهم، كما تحدد توقعات أفرادها إزاء بعضهم البعض.

وهذا ما أشار إليه دون جاكسون (Don Jackson)، بأن التفاعل في الأسرة يسير وفق أنماط وقوانين معينة ثابتة، فالزوجان في بداية حياتهما الزوجية يجدان الكثير من الأمور الخاضعة وفق قواعد معينة وقد أكد جاكسون على مبدأ " المعاملة بالمثل في الزواج "، وافترض أن القواعد تسير السلوك أمام أفراد الأسرة وتحدد التفاعلات القائمة بينهم، وقد تكون هذه القواعد وصفية تصف أنماط التفاعل والتبادل، أو توجيهية تحدد ما يمكن حدوثه بين الأفراد، أو ما لا يمكن حدوثه، والقواعد الأسرية في جوهرها مجموعة من الالتزامات والامتيازات والحقوق الخاصة بين الأعضاء، والتي تشكل واجباتهم تجاه بعضهم

اهتم بعض المعالجين في المجال الأسري بتوضيح القواعد الأسرية، على رأسهم فرجينيا ساتير (V.Satir) والتي اعتمدت على المنهج العلاجي، أو الارشادي في مساعدة الأسرة على إدراك قوانينها خاصة التي تشمل تبادل المشاعر، أو التي تسبب الألم للأسرة أو لبعض أفرادها، فقد نجد بعض الأسر تمنع التعبير عن المشاعر كالغضب، الغيرة، الضعف، والبعض يشجع التعبير عن المشاعر الزائفة، وبالتالي فإنها تفشل في اتحاذ حلول أو اجراءات للخروج من الأزمة. وقد أشارت ساتير بأن الأسر المختلة وظيفيا تتبع قواعد مختلة وظيفيا، لذلك تحاول مساعدتهم لإدراك القواعد وتحديدها، بهدف تحسين أداء النسق الأسري ككل (الكفافي، 1999: 106-108).

نلاحظ أن تطبيق القواعد الأسرية داخل النظام من أهم مقوماتها للحفاظ على استقرارها وتوازنها، بحيث نلتمس من خلال ما تم ذكره سابقا أن هناك نوعين من الأسر، الأسرة التي نجد أفرادها يتميزون بالتفاعل (The interaction) والحوار الإيجابي (The positive dialogue) بين بعضهم البعض، بحيث يعبرون عن مشاعرهم، قوتهم وضعفهم، مما يسهل عملية التواصل، وكذا استمرارية العلاقات ما بين الأفراد، في حين نجد النوع الثاني من الأسر التي تتميز بالانغلاق (The shutdown)، فقدان حرية التعبير عن المشاعر (Loss of freedom of expression)، الجمود ، وبالتالي حسب بعض الباحثين أن هذا النوع الأخير من الأسر المختلة وظيفيا، سيكون لها منهج وقواعد مختلة تؤثر بشكل كبير على الأداء الوظيفي الأسري.

4-2 -اتزان النسق الأسري (Poise of The family system): أوضح علماء الفيزيولوجيا منذ الثلاثينات أن جسم الإنسان له القدرة على العمل كنسق أو نظام ذاتي التشغيل، ويحافظ على وضع ثابت رغم حدوث تغييرات بيئية خارجية، وهذا التوجه التلقائي للجسم للحفاظ على الاتزان، أو التوازن ويسمى بالتوازن الحيوي (The homeostasis) (الكفافي، 1999: 108).

ومن الأسباب أو العوامل التي تؤدي بالنسق الأسري إلى فقدان توازنه نجد:

- وجود عرض ما، إما بغياب أو دخول عنصر جديد إلى النسق مثلا ولادة طفل جديد، هذا ما يتطلب من الأسرة إعادة توازنها بإدراك العنصر الجديد داخل النسق (Berger Maurice, 2003 :26).

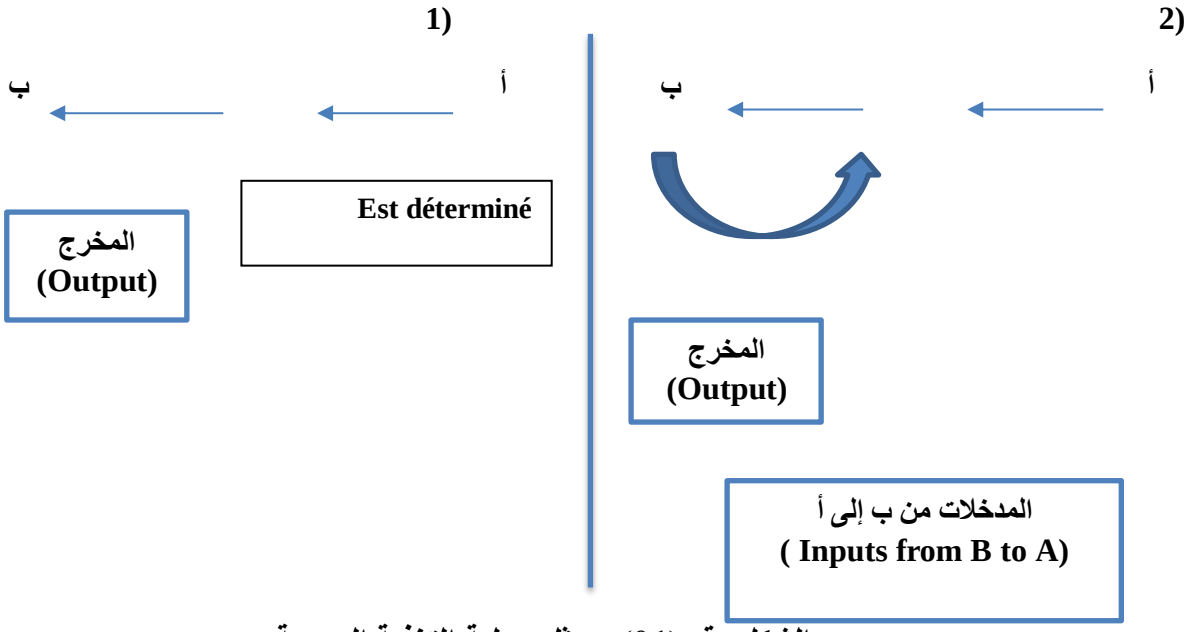
- التعديل المتزامن (Synchronic) والتعديل التطوري (Diachronic)، مثلا فرد يشرب خمرا ليكون قويا (Synchronic) ، والنتيجة غير المباشرة هو الإصابة بأمراض كالسرطان (Diachronic) والسلوك الناتج غير صحيح وبهذا يعلن النسق عن أزمة.
- عدم التنظيم (anti- organization)، وهي تمثل التغذية الرجعية الموجبة.
- إن قواعد الأسرة تؤثر وتتأثر بالقواعد الأخرى، وإذا كان النسق لا يتقبل القواعد الجديدة أو تعديلها فإنه سيؤدي ذلك إلى فقدان توازن النسق.
- عدم الاتفاق المعرفي (Lack of knowledge agreement)، بحيث يكون هناك صراعات ما بين الأجيال (Inter- Generation) في النسق من حيث اختلاف العقليات، إذ لا يتقبل أي عنصر من أفراد الأسرة أفكار الآخر.
- صعوبة اتخاذ القرار (Difficult decision)، يكون هناك صعوبة في الاختيار وعدم القدرة على تشخيص المشكل (Elkaim Money, 1994: 137).

قام كل من د. جاكسون وويكلاند (D.Jackson and Weackland) دورا في وضع فكرة القيد المزدوج ووضعا تعريفا للاتزان داخل الأسرة الذي يعتمد على التأثير(The Influence) والتأثر (The impact) فإذا حدث تغيير في أحد أفرادها، فإنه من المحتمل يؤدي إلى تغير في فرد آخر في النسق الواحد والأسرة المريضة تتميز بنوع من الاتزان المرضي الذي يعتمد على نمط من العلاقات المرضية القوية بين أفرادها، فيظهر وجود نوع من العلاقات والأنماط التي تخضع لقانون خاص يقاوم شتى أنواع الضغوط التي تهدف إلى تغييره (مؤمن، 2004: 129).

يتضح من خلال هذه القاعدة أهمية الحفاظ على توازن النسق الأسري من أجل تماسك أفرادها، بحيث أنه قد يحدث اختلالا في النظام الناتج عن ظهور تغييرات وعوامل تؤدي إلى ذلك، ومن أهمها حدوث أمراض أو اضطرابات داخل الأسرة، عدم احترام القواعد والحدود، صراعات وخلافات ما بين الأفراد نتيجة أسباب متعددة، وبالتالي فقدان حيوية النسق.

3-4-التغذية الرجعية والمعلومات والضبط في النسق الأسري (The Feed- Back and the information and the setting in the family system): تشير التغذية الرجعية أو المرتدة إلى إعادة إدخال نتائج الأداء السابق إلى مدخلات النسق من جديد كوسيلة لمراقبة الأداء وتحسينه، وفي أي نسق ذاتي تساعد هذه الآليات في تنشيط العمليات التفاعلية الداخلية التي تحافظ على الثبات داخل النسق، وتضمن له حالة من الوجود الدينامي المستقر والثابت وبالتالي تساعد على إبقاء حياة النسق.

نميز نوعان من التغذية الرجعية: السالبة التي تعمل على التصحيح عن طريق التقليل أو التخفيف من المدخلات، حتى يعود النسق إلى حالة الاستقرار والتوازن. أما الموجبة فتعمل على تضخيم رد الفعل، من خلال زيادة أو تسريع الانحراف الأولي، فالاستقرار لأي نسق يمكن تحقيقه من خلال عمليات التغذية الرجعية السالبة والموجبة، كما أن الاتزان لا يعني السكون الجامد، بل إن الثبات يستدعي الاعتراف بالتغيير. كذلك فمعالجة المعلومات والبيانات أمر جوهري في أي نسق، بحيث أن تبادل المعلومات بحرية داخل النسق الأسري، وبين الأسرة والعالم الخارجي يساعد على تجنب الاضطراب (الكفافي، 1999: 111-112).



الشكل رقم (01): يمثل عملية التغذية الرجعية

(Watzalwick and others, 1972: 09)

أنظمة التغذية المرتدة تجبرنا على التخلي عن فكرة أن يتم تحديد (ب) بواسطة (أ)، ويمكن أن يقال أيضا أن (ب) يسبق (أ) كما هو موضح في الجزء الأول من الشكل أعلاه، وبالتالي يحددها بمبدأ التغذية المرتدة: وجود تأثير عليه وتحديد من قبل نفس (أ) جديدة، هذا هو عيب المنطق أن البشر غالبا ما تواجه(أ) يتفاعل مع (ب)، والعكس بالعكس، بحيث أننا لا يمكن معرفة أيهما يحدد الآخر.

لذلك يمكن للفرد أن يتساءل عما إذا كان التواصل في الأسرة هو المرضية لأن واحدا منهم هو المريض عقليا أو لأن الاتصال مرضي.

نلاحظ مما سبق أن عملية التغذية الرجعية مهمة جدا داخل النظام الأسري، فهي إما تسعى إلى الحفاظ عليه، وتماسك عناصره من خلال التغذية المرتدة السالبة، أو إلى الإخلال بالنسق وتعطل الأداء الوظيفي عن طريق التغذية الرجعية الموجبة.

4-4-حدود النسق الأسري (The Boundaries of the family system): الحد هو خط غير مرئي لتعيين الخطوط الفاصلة بين نسق وأخر، أو بين الأنساق الفرعية داخل النسق الأكبر أو الفوقي أو حتى بين الفرد والبيئة الخارجية المحيطة به، وفي نسق كالأسرة تحيط به الحدود، بحيث تحمي كيانه وتصون سلامته، وتقرر ما الذي يعتبر داخل النسق أو جزء منه، وما الذي يعتبر خارج النسق أو منفصلا عنه.

ويؤكد سلفادور مينوشن (Salvador Minuchun) أن هذه التقسيمات يجب أن تكون واضحة ومحددة بصورة كافية لتسمح لأفراد الأنساق الفرعية بأداء مهامهم بدون تدخل غير ضروري، فالحدود تساعد في حماية استقلال الأنساق الفرعية، مع الحفاظ على الاعتماد المتبادل بينهما في الأسرة، فقد تحدد الأم حدود النظام الفرعي الخاص بالأبوين وسلطتهما عندما تقول لابنها الأكبر " مالك أنت وأختك لا يمكنكما تحديد ما ترانه من برامج التلفزيون، أو غيرها من الأنشطة، فأنا ووالدك فقط اللذان نقرر ذلك "، ويمكن أن تحدد مسؤوليات النسق الفرعي الخاص بالأخ الأكبر وتزيد من اختصاصاته عندما تقول لأبنائها الصغار: " أريد منكم جميعا أن تطيعوا أخاكم الأكبر، عندما أكون أنا ووالدكم خارج البيت ".

فحدود الأنساق الفرعية مهم جدا في فاعلية عمل الأسرة وتفوق أهميته في تكوين الأنساق الفرعية ذاتها وإذا كانت الحدود غامضة أو صارمة أكثر من اللازم فإنها تؤدي إلى حدوث الاضطراب، وعدم الاستقرار والاختلال الوظيفي في الأسرة (الكفافي، 1999: 113-114).

ما يمكن قوله من خلال ما تم التطرق إليه في القاعدة السابقة أن الحدود تمثل قواعد أساسية من يستلزم على أفراد الأسرة التقيد واتباعها خاصة الأنساق الفرعية، والتي تتمثل في النسق الأخوي مثلا، فإن الوالدين لديهم السلطة الأولى والأكبر، هما ملزمان بتحديد قواعد على الأولاد احترامها، وفي نفس السياق الأبناء الأصغر مجبرين باتباع قوانين، كالالتزام بما يطلبه الإخوة البكر منهم، فهي قواعد تعتمد على الهرمية في السلطة.

4-5-الانفتاح والانغلاق في النسق الأسري: وصف جولدنبرج (Goldenberg) الأنساق الأسرية المنفتحة بأنها أنساق لديها " توظيف جيد للطاقة "، أما الأنساق الأسرية المنغلقة فإنها أنساق لديها "إهدار للطاقة " (الكفافي، 1999: 114).

ونميز نوعان من الأنساق:

-الأنساق المنغلقة (The Closed system) : تتسم بصلابة العضوية، ويعود استقرارها إلى حالة من التوازن المسيطرة (Benoit, 1995: 09)، هي منعزلة عن المحيط، يمكن أن يتعلق الأمر بالأنساق النظرية المتعلقة بالفيزياء والكيمياء (Rougeul, 2003: 11)، وتتميز علاقات أفرادها بانعدام الاستقلالية (Independence)، والوجود معا معظم الوقت، تقلص الخصوصية الشخصية حتى يصلوا في النهاية إلى فقدان الاستقلال الفردي، وهي من العمليات الأسرية الممهدة لاضطراب بعض الأفراد، ويطلق عليها

مصطلحات " الانصهار أو الاندماج " (The fusion or the merger)، وتتميز بخاصية العزلة والاندماج بالإضافة إلى خاصية الجمود وعدم المرونة، وتكون الاتصالات داخل الأسرة المنغلقة جامدة، ميكانيكية وأحيانا تصبح التفاعلات داخل هذا النظام مقتصرة على تسمية سيبيرج (Seberge) " المباريات التي ليس لها نهاية " (الكفافي، 1999 : 116 - 117).

نلاحظ أن هذا النوع من الأنساق يتميز بالصلابة والجمود نوعا ما، بحيث لا يسعى إلى الحفاظ على تماسك أعضاء الأسرة فيما بينهم، تكون هناك تفاعلات غير متبادلة، مما قد تعطل نوعا ما الأداء الوظيفي للأفراد، وكذلك تؤثر سلبا على النظام الذي قد ينتج عنه فيما بعد حدوث أزمات، أمراض واضطرابات قد تهدد الأسرة.

-الأنساق المنفتحة (The Open Systems): النسق المنفتح هو الذي له القدرة على التغيير وإعادة التشكيل، فهو في تبادل مستمر مع المحيط الخارجي فيما يخص الطاقة والمعلومات، كما يحافظ على الحدود التي تجعل منه نسقا متميزا، ومن بين هذه الأنساق نذكر الأنساق الحية التي لها صفة التطور مع الزمن، من الميلاد إلى الوفاة من خلال المراحل التي تشكل ما يعرف بدورة الحياة (Rougeul, 2003: 11)، كما

أن هذا النوع من النسق يحافظ على التماسك الجماعي في الوقت الذي يحافظ فيه أيضا على الحرية الفردية للأشخاص، يتميز بالمرونة وسهولة الاتصال بالخارج والتفاعل معه، وتملك الأسرة المنفتحة قدرا أكبر من الحيوية والقابلية للنمو، كما تستطيع التكيف ومواجهة الضغوط والمشكلات التي تعترضها (الكفافي، 1999: 118- 119).

يتبين لنا مما سبق أن النسق الأسري يتشكل من خلال مجموعة من الأفراد في تفاعل دينامي، تربطهم علاقات يشكلون وحدة متكاملة، بحيث يخضع هذا النظام إلى قواعد تسمى حدود النسق التي تسعى للحفاظ على الثبات والتوازن، وهذا النوع من الأنساق (المنفتحة) يتسم بالإيجابية، المرونة، التواصل الفعال ما بين الأفراد، بحيث أن الأسرة التي تتبع هذا النوع من المنهج تجدها أسرة متماسكة، لها خاصية الحيوية، تسعى للحفاظ على الثبات والاستقرار، كما أن لها القدرة في مواجهة التغييرات أو الأحداث الضاغطة التي قد تتعرض لها.

-خصائص النسق:

1- لكل نسق حدوده التي تميزه عن الأنساق الأخرى.
2- النسق المفتوح له انفتاحاته وانغلاقاته.
3- من خلال التفاعل بين الأنساق تسمو الأهداف الإيجابية والسلبية.
4- مخرجات الأنساق تعود إليه مرة أخرى لتؤدي وظيفة معينة " التغذية الرجعية " .
5- النسق الإنساني يتشكل من الأنساق الفرعية التالية: الجسمية، العقلية والنفسية والخلقية.
6- أهمية تعديل النسق الإنساني نفسه.
7- من معيقات النسق وجود أنساق فرعية راكدة لا تؤدي دورا معينا.
8- مشكلة الإنسان تكمن في المواقف التالية:

- وجود عجز في توازن الأنساق الفرعية.
- عدم تناسب انفتاحات النسق وانغلاقاته، بما يسمح إما بدخول مدخلات واردة في أنساق غير سوية.
- عدم تناسب مدخلات النسق مع مخرجاته.

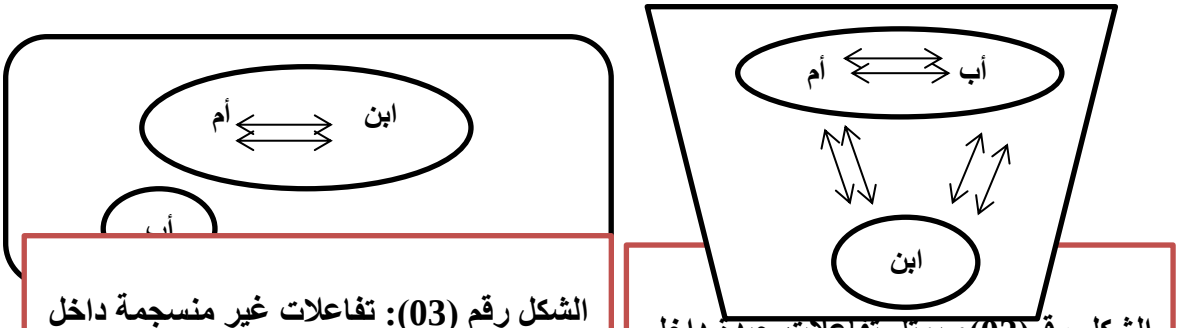
5-نظريات المقاربة النسقية:

5-1- النظرية العامة للأنساق: (نظرية النظم العامة) (The general theory of systems):

يعتبر برتالانفي (V. Bertalanfy) صاحب هذه النظرية، وفكرته الأساسية أن الكل هو الأشياء التي تجتمع وتكون أجزاء من الكل، والعكس ليس صحيح، كما اهتم ببناء نظرية الأنساق بهدف تشجيع إعداد نظريات تنطبق على عدة قطاعات للمعارف لتسهيل التبادلات ما بين التخصصات، ومنذ ذلك الحين أصبح لمفهوم النسق دورا كبيرا، وتسمى كذلك هذه النظرية بنظرية تفكيك النظام، (والنظام هو عبارة عن مجموعة من العلاقات بين الأفراد وقد يكون مغلقا أو مفتوحا)، وترى بأن الأسرة عبارة عن نظام لها خصائص أكبر من مجموع أفرادها، بمعنى أنه يجب فهم الفرد من خلال الأسرة التي يعيش فيها، وكذلك فهم مشكلاته من خلالها، ويستطيع المعالج الأسري فهم الأحداث داخلها وسلوكيات الأفراد وتفاعلاتهم على أساس السببية الدائرية (Circular Causality)، وليس على أساس السببية الرأسية (Linear Causality)، ففي السببية الرأسية يؤثر (أ) على (ب)، ولكن (ب) ليس له تأثير على (أ)، على سبيل المثال المطر أدى إلى فتح المظلة، وليست المظلة هي التي أدت إلى سقوط المطر، أما السببية الدائرية فإن (أ) يؤثر على (ب)، و(ب) يؤثر على (أ)، ومثال ذلك الطفل قلق من الذهاب إلى المدرسة، والأم قلقة بسبب ما يشعر به الطفل من قلق والأب له نفس الشعور جراء قلق كل من الطفل والأم والمشكلات الأسرية لا يمكن فهمها إلا من خلال السببية الدائرية، لأن كل فرد ينقل عداوة انفعالية إلى غيره، والأهداف التي تسعى الأسرة إلى تحقيقها هي جزء من نظامها،

وكل نظام له حدود تميزه عن محيطه، فالأطفال الصغار لهم حدود تميزهم عن الكبار والإخوة الأكبر لهم نظام يميزهم عن نظام الوالدين، وفي الأسرة المضطربة (Troubled family) تكون الحدود جامدة (The inactifs bordaries) وضعيفة جدا، ولا يكون بين أعضائها تقارب انفعالي (Emotional aproach)، فكل فرد لا يشعر مع الآخر، وأعضاؤها لا يشاركون بعضهم في انفعالاتهم، وأفراحهم أو أحزانهم، ويوجد في الأسرة انفعالات تحدث بينهم لا يمكن فهمها إلا من خلال فهم طرق الاتصالات السائدة بين أفرادها وتقديم التغذية الرجعية لهم قد تكون إيجابية تزيد من التحسن المطلوب، أو تكون سيئة تزيد من سوء السلوك (العزة، 2000: 70- 71).

يتضح مما سبق أن العناصر أو الأجزاء تتجمع لتشكل ما يسمى بالكل، في حين أن لا يمكن من الكل تشكيل أجزاء، وهذا ما يمثل لنا النسق أو النظام الذي يتحدد في مجموع العلاقات بين أعضاء الأسرة كما أن هذه الأخيرة هي مرآة الفرد، بحيث يمكن فهمه من خلال أسرته، وعليه تعتمد العملية العلاجية في حل المشكلات والاضطراب بالاعتماد على ما يسمى بالسببية الدائرية، والتي نجدها في العلاج النسقي مثلا وجود طفل حامل لاضطراب معين، هنا لا يرتكز العلاج فقط على الفرد المحدد بل على جميع أعضاء الأسرة، في حين نجد التفكير الخطي، أو السببية الرأسية التي تعتمد عليها المدرسة التحليلية مثلا وجود طفل معاق في الأسرة يؤدي إلى معاناة وآلام أفرادها، هنا نلتمس الحتمية النفسية (The psychological determinism) (السبب/ الأثر) (Cause/ Impact) ، كما أن المعالج يرتكز على الطفل المريض " المفحوص المحدد" دون النظر إلى باقي أفراد الأسرة.



الشكل رقم(02): يمثل تفاعلات جيدة داخل الأسرة

(العزة ، 2000: 71)

الشكل رقم (03): تفاعلات غير منسجمة داخل الأسرة

(العزة ، 2000: 71)

يظ جية الوالدية (بين الأب والطفل، وبين الأم والطفل)، وهذا يفسر وجود تقارب، تفاعل وتواصل إيجابي مما يؤكد أنه نظام أسري يتسم بالانفتاح، بحيث يركز على التبادل والتفتح ما بين الأفراد.

بينما في الشكل رقم (03): والذي يظهر وجود تفاعلات غير منسجمة بين الأعضاء، مما يفسر أن هناك صراع وأزمة وانعزال لأحد أفراد الأسرة – الأب- وهذا النوع من العلاقات الأسرية ذو النظام المنغلق.

5- 2- نظريات الاتصالات (The Theory of Communication):

لا يمكن تناول دراسة الاتصالات دون ذكر عمل (M.R.I) في معهد البحوث العقلية بـ (بالو ألتو) الذي قام بوضع هذا التحليل في مركز البحوث بالطب العقلي، وهو طاقم متعدد التخصصات جمع تحت رئاسة غريغوري باتسون (G. Bateson) ذو التكوين الأنتربولوجي وج. هالي (J. Haly) طالب بالاتصال، وج.

ويكلاند (J. Weakland) مهندس بالكيمياء، والطبيبان العقليان د. جاكسون (D.Jakson) وفراي (W.Fry) بالإضافة إلى الفيلسوف اللغوي النفساني بول فتزلافيك (P.Watzlawick) (Rougeul, 2003 : 21)، بحيث ركزت دراساته على التأثيرات العملية للاتصال البشري (Human communication) بمعنى تأثيرها على السلوك بعلاقاته خاصة بالاضطراب، فقد اهتمت هذه المدرسة بدراسة اضطراب الاتصال (Communication disorder) والأنساق الأسرية (Family Systems) (Marie Rose & Christan, 1996: 53).

إن النمط النسقي للاتصال (Mode Systemic Of Communication) يعطي إمكانيات واسعة لفهم التفاعلات الإنسانية، فحسب هذا التيار (The current) فإن جوهر الاتصال يكمن في العمليات العلائقية والتفاعلية (The relational and interactif processes)، إذ يرى أن الأفراد وخصوصياتهم الشخصية أقل أهمية من العلاقات التي ستقوم بينهم من خلال عملية الاتصال (مسلم، 2007: 104).

لقد وضع غريغوري باتسون (G.Batson) مجموعة من المبادئ يمكن حصرها في النقاط التالية:

- كل اتصال لا يكون موجود إلا في إطار نسق اتصالي.
- كل نسق من الاتصالات يشكل توضيحا بالنسبة للاتصالات التي تشكله وتأخذ معنى.
- اتصالات النسق تتأثر من خلال التفاعل مع اتصالات أخرى داخل النسق، كما يؤثر ذلك أيضا في النسق.
- النسق الاتصالي يسير تحت قواعد يحتويها هو " المنطق " الخاص بعمله.
- ظواهر متقاربة تجد مكانها داخل النسق.
- أنساق الاتصالات والعناصر التي تشكله هو موضع الظواهر المتناقضة.

يتضح من خلال ما سبق أن عملية الاتصال ترتكز على التفاعلات ما بين الأفراد، مما يشكل ذلك نسقا متسما بالإيجابية، بحيث أن الاتصالات داخل النسق تتأثر مع بقية الاتصالات الأخرى عن طريق عملية التفاعل، وبالتالي التأثير على النسق ككل (Mucchiellie Allex, 2003: 29) .

1-2-5- تعاريف الاتصال:

- **لغة:** كلمة مشتقة من الأصل اللاتيني لكلمة (Communis)، والتي تعني عام أو شائع أو يذاع عن طريق مشاركة طرفين، أو أكثر في العملية الاتصالية، وعليه يتم من خلالها نقل رسالة تتضمن معلومات أو آراء، أو اتجاهات أو أفكار، أو مشاعر إلى الآخرين لهدف معين عن طريق الرموز أو الإشارات.
- في القواميس العربية كلمة مشتقة من مصدر " وصل "، الذي يعني أساسا الصلة وبلوغ الغاية، أما قاموس أوكسفورد (Oxford) فيعرف الاتصال بأنه نقل وتوصيل، أو تبادل الأفكار والمعلومات (دليو، 2006: 17).
- هو عملية يقوم بها الشخص (المرسل) (The sender) بإرسال منبه (رسالة) (Messages) قصد تعديل أو تغيير سلوك لشخص آخر (Consignee) ، أو مجموعة من الأشخاص.
- يعرفه وينكن (Winkin,1989) على أنه الكل الذي تندمج فيه كل العناصر، فالاتصال عنصر فاعل في عملية التنشئة الاجتماعية (Socialization) ، وفي مختلف الوضعيات القائمة على التبادل والعلاقات والتفاعلات (مسلم، 2007: 101).
- كما يشير عالم الاجتماع شارلز كولي (Charlz Cooly, 1909) إلى أن الاتصال هو ذلك الميكانيزم الذي من خلاله توجد العلاقات الإنسانية، وتنمو وتتطور الرموز العقلية، من خلال نشرها عبر المكان واستمرارها عبر الزمان، بحيث تتضمن تعابير الوجه، الإيماءات (The gestrus) الإشارات (The signs) ونغمات الصوت (Sounds tons)، والكلمات (The words) والخطوط (The lines)، وغيرهم (دليو، 2006: 17).

من خلال التعاريف السابقة يمكن أن نعرف الاتصال كذلك على أنه عملية تتم فيها ربط رسالة، أو موضوع بين شخصين أو عنصرين فأكثر، ويمثلان (المرسل والمرسل إليه) بحيث تتم علاقة رابطة بين تلك العناصر، أو الأفراد فيحدث تفاعل وتبادل من أجل هدف أو غرض معين.

2-2-5- مفهوم نسق الاتصال: لفهم معنى الاتصال لابد من التطرق إلى ثلاث زوايا:

-**الأولى:** دراسة العلاقة بين عناصر النسق.

-**الثانية:** دراسة العلاقة بين العناصر ومعانيها، فالعلاقة هنا علاقة دلالة.

-**الثالثة:** دراسة العنصر من حيث مدلوله، مقارنة بما يناسبه، فالعلاقة هنا علاقة مرجعية، وهذا ما يوضحه صوصير (Saussure) مشيرا إلى أن الرمز اللغوي يشكل مثالا، فهو يربط بين صورة سمعية وبين مفهوم، فالرمز (The icon) إذن هو علاقة الدلالة (The significance) نفسها إضافة إلى أنه يمثل المرجع (The reference)، وعليه فإن الصورة (The picture) تكون قائمة على التشابه مع المرجع، أي أن صورة شخص أو بعض الحركات الجسمية تمثل صورا، فالمؤشر (The index) يكون قائما على علاقة طبيعية يقيمها مع المرجع، ومنه فإن الدخان مؤشر عن النار (مسلم، 2007: 105).

يتضح مما سبق أنه لفهم العملية الاتصالية لا بد من دراسة النسق، بالرجوع أولا إلى العناصر أو الأجزاء التي تشكل منها، كذلك البحث في معاني تلك الأجزاء مدلولها مثلا في جهاز الكمبيوتر، حتى نفهم العلاقة الاتصالية بين مكوناته لا بد من فهم تلك الأجزاء والتي تتمثل في: الفأرة، الشاشة، لوحة المفاتيح بطاقة الأم وغيرهم، كذلك فهم معنى كل واحد منها، ومعرفة وظائفها ودورها.

3-2-5- أنواع النسق الاتصالي: ينقسم النسق الاتصالي إلى أربعة أنواع:

5-2-3-1- نسق المسافة (Distance system) : هو البعد بين المتفاعلين، فقد ركزت دراسات هال وأرجيل (Hall,1971 and Argyle, 1975) على أهمية المسافة التي تعتبر بعدا أساسيا في الاتصال، وتختلف أبعادها وتأثيراتها من جماعة إنسانية إلى أخرى حسب الثقافات، أما قوفمان (Goffman, 1973) فيرى أن معنى المسافة أو البعد مرتبط بمعنى الحدود النفسية - الاجتماعية، كما أن هناك مجموعة من التفاعلات الاجتماعية تسعى للحفاظ وتسيير هذه الحدود (مسلم، 2007: 105- 106).

ويوجد ثلاثة أنواع من المسافات:

-المسافة أو البعد الخاص بالحياة الوجدانية والعائلية والزوجية (The dimension of emotional family and marital life) .

-البعد الشخصي (Personal dimension) الذي يظهر في العلاقة الفيزيولوجية، كالتحية مثلا,

-المسافة الاجتماعية (Social distance) ما بين متر وثلاثة أمتار لمنع الاتصال الجسمي.

نستطيع من خلال ما تم الإشارة إليه أن المسافة هي البعد بين فردين، أو عنصرين بينهما عملية تفاعل وتواصل، وتختلف ما بين البعد في الحياة العاطفية والزوجية، البعد في العلاقة الجسمية مثل التحية أو أداء السلام، والبعد الاجتماعي الذي يعبر عنه بالأمتار، كأن يكون الفرد واقفا بمسافة ثلاثة أمتار عن فرد آخر في تواصل معه.

5-2-3-2- النسق الجسمي (Body system) : ويتجسد في الوضعيات الجسمية المختلفة: كالحركات، التقليد وملامح الوجه بحيث لها وظائف اتصالية مبكرة ومتنوعة، وأشارت دراسات على أن الفرد طفلا كان أو راشدا فإن سلوكياته ووضعيات جسمه وتعبيرات وجهه يمثلون شكلا من أشكال الاتصال (مسلم، 2007: 106).

يمكن الاستنتاج أن النسق الجسمي يتمثل في عملية التواصل غير اللفظي الذي يشتمل لغة الجسد إشارات، ابتسامة، ردود أفعال معبرة بإيماءات، وهي كلها شكل من أشكال التواصل.

5-2-3-3- النسق الصوتي (Audio system) : يتضمن الاهتزازات الصوتية، حدة الصوت وشدته، والكلام بصوت متذبذب ومتقطع....، وقد أشارت دراسات أن الصوت له علاقة بالوضعية الفيزيولوجية والتقنية، والعاطفية للفرد، كما له ارتباط بالعلاقة التي يقيمها الفرد مع خصمه، كما يدل الصوت المتقطع على الخجل، والصوت المرتفع بوتيرة ثابتة على قوة الشخصية .

كذلك يمكن الإشارة في هذا الصدد أن شدة أو نبرة الصوت، أو الكلام هي أيضا من أشكال التواصل وهي معبرة عن طبيعة ومدى قوة أو ضعف التفاعل والاتصال بين الأفراد، مثلا شخص يتحدث بصوت خافت يدل على الهدوء، الخوف، الخجل مثلا، بينما أستاذ في قاعة المحاضرة يلقي الدرس بنبرة صوت قوية وحادة، دلالة على مدى قدرته في التحكم في جسمه وفي القاعة.

5-2-3-4- النسق اللغوي/ اللفظي (Verbal system): يقول ويلسون سبربر (Wilson Sperber, 1989) أن الاتصال اللغوي هو أقوى أنواع الاتصال البشري فهو يعطي مستوى ظاهري ويتضمن اللفظ (The term) والفعل (The action) في آن واحد، أما غير اللفظي (The non - verbal) فيبقى منطويا على أشياء ضمنية (مسلم، 2007: 107).

يبدو أن هذا النوع من الأنساق يرتكز على الألفاظ والكلمات المعبرة، ويعتبر من أقوى أنواع الاتصال لأنه يكون بشكل أكثر وضوحا وبطريقة مباشرة، مثلا زوج يتناقش مع زوجته في موضوع حول ميزانية الأسرة فنلاحظ أن الكلمات والعبارات التي يتحدث بها الزوج تكون لفظيا، وبشكل منطوق موجهة إلى المتلقي وهي الزوجة، مما يسهل عملية التواصل بينهما.

ونجد كل نظرية من نظريات الاتصالات تفسر طرق الاتصالات التي يتواصل بها الأفراد في الأسرة وحسب اتجاه كل باحث من هذه النظريات، ونجد أهمها:

1- الاتصال والعقل عند جاكسون (Jackson) (The communication and the brain):

اهتم جاكسون بعلاقة الاتصال مع العقل، ويرى بأنه من المستحيل أن لا يكون هناك اتصالا بين أفراد الأسرة، فهناك تواصل فيما بينهم، وعلى المعالج الأسري (The psychotherapist) معرفة مدى قوة وضعف العلاقة في الاتصالات بين أفرادها، وهل هي عرضية أم صادقة، لفظية أو غير لفظية، مع تركيزه عل كلامهم وطريقتهم في الحوار وملاحظة أنماط الاتصال، ومن ثم تدريب أعضاء الأسرة على طرق الاتصال الواضحة الهادفة (العزة، 2000: 72).

2- الاتصال والقوة عند هالي (Hally) (The communication and the strength) :

فقد اهتم هالي بعلاقة الاتصال مع القوة، إذ يرى أن هدف الاتصال يكون أحيانا للسيطرة على الآخرين ويشتمل في هذه الحالة على صراعات من أجل القوة، وهناك هرمية (Hierarchical) فإنه يحتل بذلك المركز الأقوى أكثر ممن هم تحته، وتحصل الاضطرابات داخل الأسرة بسبب فوضى ترتيب الهرم، أو فوضى مواقع الأفراد فالأب والأم يجب أن يكونا في أعلى السلم، أما إذا جاء موقعها في الوسط أو الأسفل، فإنه سيسود الخلل والاضطرابات، وقد يؤدي ذلك إلى تحالفات (Alliances) بين أعضائها وتظهر الصراعات (The conflicts) عادة عندما يكون في الأسرة أكثر من جيل يعيشون مع بعض مثل الأجداد والجدات والأعمام.... وغيرهم (العزة، 2000: 72- 73).

3- الاتصال والمشاعر عند فرجينيا ساتير (The communication and the feelings) (Virginia Satir): ترى بأن الاتصال طريقة للتعبير عن مشاعر النقص والدونية أو تقدير الذات وعن مشاعر الفرح والحزن وغيرها، وتشير بأن الحياة مستحيلة بدون اتصال، بحيث أنه سبب رئيسي لبقاء الفرد

واستمراريته، كما أن الطرق التي يوصل كل فرد مشاعره بها للآخرين قد تكون مقبولة لديهم أو غير مقبولة، لأنه إذا كانت غير مقبولة فسيؤدي ذلك إلى حدوث مشاكل فساتير تركز على تقدير الفرد، وعلى نضجه في عملية التواصل مع الآخرين (العزة، 2000: 73).

يظهر جليا من خلال ما سبق وجهة نظر كل باحث في تفسيره للاتصال، فجاكسون ركز على استحالة عدم الاتصال وأهميته بين الأعضاء وضرورة التركيز على الحوار وأنماط التواصل، أما هالي فقد ركز على أهمية التسلسل والهرمية في التواصل ما بين أفراد الأسرة، بحيث كل فرد يأخذ مكانته ودوره المنوط داخل النظام، وإن لم يحدث ذلك فسيكون هناك خللا وصراعا في النظام، بينما ركزت ساتير على الجانب العاطفي، وأن أهمية التواصل تظهر من خلال عملية التعبير عن العواطف. ومن خلال هذه التوجهات يبرز أهمية التواصل باعتباره عملية إنسانية لا يمكن الاستغناء عنه في الحياة البشرية.

وهناك نظريات أخرى للاتصال يمكن تصنيفها فيما يلي:

1-نظرية التبادل (The theory of exchange): من رواد هذه النظرية "ماري ريتشموند" (Marry Ritchmand) وقد أوضحت الطبيعة النفسية الاجتماعية للفرد في بيئته، وكقاعدة في جميع وظائف الخدمة الاجتماعية فلابد أن يكون هناك افتقاد في إحداث تغيير جوهري في الناس والمجتمع وذلك عن طريق التفاعل والتبادل المشترك، كما تساهم هذه النظرية في بلورة أهداف محددة للتنظيم ومحاولة توظيف هذا السلوك، من خلال عمليات تبادلية هادفة (طلعت، 2003: 102).

2-نظرية التفاعل (The theory of interaction) : تنظر هذه النظرية للجماعة على أنها نسق من الأفراد المتفاعلين وتوجد ثلاثة عناصر أساسية خاصة بالصورة العامة وهي: النشاط، التفاعل والعاطفة وتذهب هذه النظرية إلى أن كل جوانب سلوك الجماعة يمكن فهمه من خلال العلاقات بين هذه العناصر الأساسية، كما تبنت اتجاه نفسي اجتماعي (السيد أبو النيل، 2009: 464).

3-نظرية التأثير المباشر (The direct effect theory) : هارولد لازويل (Harold Lazouil) قال بنظرية الرصاصة أو الحقنة تحت السحرية، أو الجلد (The subcutaneous injection) أن وسائل الاتصال تشتمل على مصادر قوية للتأثير، وأن الناس يقبلونها ويفهمونها بشكل متماثل فكل شخص يتلقى المعلومات ويستجيب لها بشكل فردي، بحيث لها أهمية في ظهور بحوث تأثير الإعلام والاتصال (خلدون عبد الله، 2009 : 44).

من الملاحظ أن هذه النظرية ركزت على عامل التأثير من خلال تشبيه وسائل الاتصال بالحقنة تحت الجلد، بحيث يظهر مدى تأثير هذه الأخيرة على الأفراد وهذا ما نجده في عصرنا، بحيث طغت الوسائل التكنولوجية وشبكات التواصل الاجتماعية على المجتمعات ولعبت مختلف الأدوار، ومالها من تأثيرات نفسية، اجتماعية واقتصادية.

4-نظريات التأثير غير المباشر (The indirect influence theory): وتشتمل على عدة اتجاهات تتمثل فيما يلي:

4-1-نظرية التأثير المعتمد على تقديم النموذج (The theory of influence based on the paradigm shift): تشير إلى أن تعرض الفرد لنماذج السلوك التي تنشرها وسائل الإعلام تقدم للفرد مصدر من مصادر التعلم الاجتماعي مما يدفعه لتبني هذه النماذج في سلوكه اليومي.

من خلال هذا التوجه نفهم أن وسائل الإعلام والاتصال أصبحت بمثابة وسائل تعليمية هادفة للفرد بحيث تؤثر على سلوكياته وبالتالي حياته، مثلا ما يتم عرضه على شاشة التلفاز من أفلام ومسلسلات تكون هادفة، بحيث تقوم بمعالجة ظاهرة اجتماعية كالخيانة الزوجية، قد تعرض خلالها موضوعات لا أخلاقية، والفرد

يتأثر ويؤثر بصورة لا إرادية فقد يتعلم خلال هذه المواضيع معايير وقيم لا أخلاقية تؤثر على سلوكياته، وهنا تبرز مدى التأثير الذي خلفته وسائل التكنولوجيا.

2-4-نظرية المعنى (Theory of meaning) : يمكن لوسائل الإعلام أن تقدم معان جديدة للغة اللفظية، أي الكلمات وتضيف عناصر جديدة للمعاني القديمة، وبما أن اللغة عامل حاسم في الإدراك والتفسير فإن وسائل الإعلام سيكون لها الدور الفعال في تشكيل السلوك بشكل غير مباشر.

3-4- نموذج الحاجات والإشباعات (Model needs and innovation) : تشير هذه النظرية إلى أن جزءا هاما من استخدام الناس لوسائل الإعلام موجهة لتحقيق أهداف يحددها الفرد، من خلال اختيار وسيلة إعلامية معينة بهدف إشباع حاجياته (خلدون عبد الله، 2009: 45- 46).

يظهر من خلال النظريتين السابقتين أن وسائل الإعلام تركز على مستوى اللفظ والمعنى من أجل تشكيل السلوك، وحسب ما تم التطرق إليه فإن هذه الوسائل تهدف إلى أغراض معينة، فاختيار الفرد لوسيلة إعلام معينة رغبة في إشباع حاجياته، مثلا تصفح امرأة لمجلة إعلامية من أجل معرفة آخر الموديلات في الألبسة، فهنا اختيارها لنوع الوسيلة رغبة في إشباع ما ترغب لمعرفته، وبهذا تأخذ وسائل الإعلام غرضها.

4-4-نظرية الاتصال الإقناعي (Syntheric communication theory) :

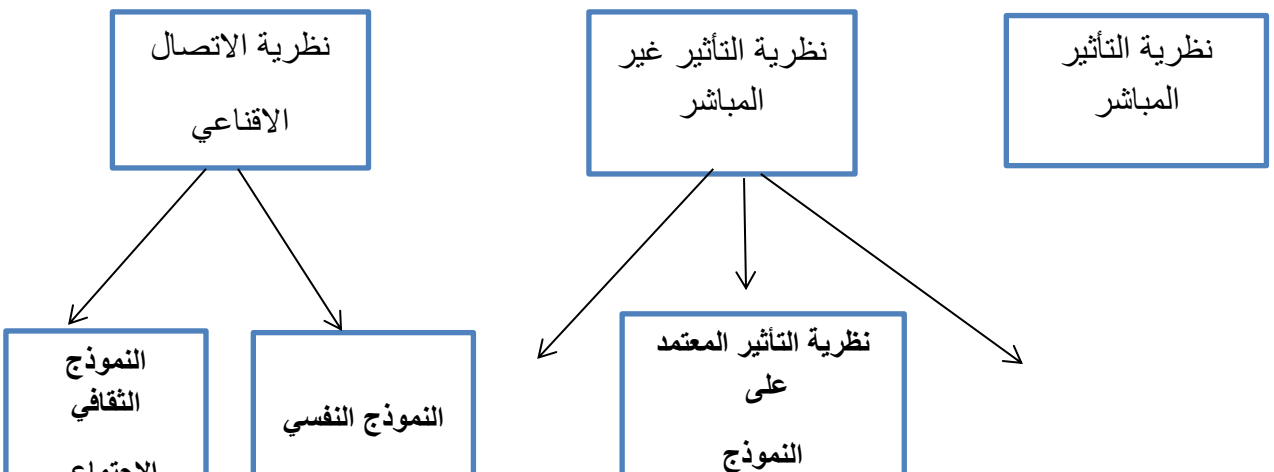
4-4-1-النموذج النفسي (The psychological model) : يعتمد على النقاط التالية:

- نظرية الاختلافات الفردية.
- الرسائل الفعالة: هي التي تتمكن من تحويل البناء النفسي للفرد بشكل يجعل الاستجابة المعلنة متفقة مع موضوع الرسالة.
- تغيير أو تنشيط العمليات النفسية الكامنة.
- تحقق السلوك الظاهر المرتبط بالعمليات النفسية (خلدون عبد الله، 2009: 44).

4-4-2-النموذج الثقافي الاجتماعي (The social cultural model) : يركز هذا الاتجاه عل ما يلي:

- يعتمد على نظرية الفئات والعلاقات الاجتماعية.
- من الصعب تفسير سلوك الأفراد بناء على المتغيرات النفسية وحدها.
- تشكيل وتغيير معايير السلوك المتفق عليها داخل الجماعة.

يتضح من خلال النموذجين السابقين أن العملية الاتصالية ترتكز أيضا على الجانب النفسي للفرد، من حيث الفروق الفردية بين الأشخاص، التكوين النفسي والذاتي، من خلال ما يلقاه الفرد من رسائل تحدد ردود أفعاله إزاءها وأيضا السلوكيات الفردية، بالإضافة إلى الجانب الثقافي الاجتماعي والمتمثل في العلاقات الإنسانية، وكذا التركيز على أهمية هذا الجانب من حيث تفسير سلوك الفرد، من خلال الجمع بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي.



الشكل رقم (04): يمثل مخطط لأشهر نظريات الاتصال (خلدون عبد الله، 2009: 46)

4-2-5- مسلمات[8] الاتصال: هناك خمس مسلمات للاتصال، وتتمثل فيما يلي:

المسلمة 01: - استحالة عدم الاتصال أو لا يمكن أن تتصل (The impossibility of not communicating): والتي تشير إلى أن كل اتصال هو سلوك، وهذا الأخير ليس له نقيضه، فكل فرد لديه سلوك ، وإذا تقبلنا فكرة أنه داخل التفاعلات كل سلوك لديه قيمة رسالة، أي أنه عبارة عن اتصال هذه المسلمة تقتضي أنه كل وضعية تتضمن شخصين أو أكثر هي وضعية اتصال، وأن سلسة من الاتصالات المتبادلة بين الأفراد تسمى التفاعل (Watzlawick and others, 1972: 10) وهناك علاقة بين عمليتي الاتصال والتفاعل، فالأول شرط أساسي لحدوث الثاني، إذ لا يمكن للفرد التفاعل مع الأخر أو الجماعة إذ هو لم يتصل بهم (النابلسي، 1991: 31).

المسلمة 02: مستويات الاتصال: المحتوى والعلاقة (communication levels : content and relationship): وحسب باتسون (Batson) فقد أشار بأن هاتين العمليتين تمثلان جانبي العلامة (index) ، وجانب النظام (System) لكل الاتصالات، والرسالة من جانب العلامة هي نقل خبر وفي الاتصال البشري هذا المصطلح مرادف لمحتوى الرسالة، أما جانب النظام على العكس، فإنه يختار الطريقة التي بها نستمع إلى الرسالة، وبالتالي هي العلاقة بين الشركاء وعليه فإن كل اتصال يحتوي على جانبين: المحتوى والعلاقة لدرجة أن هذه الأخيرة تشمل الأولى، وتصبح بدورها ما بعد أو ما فوق الاتصال (Watzlawick. P and others, 1972: 11)، كما يمكن أن يكون هناك تناقض بين المستويين وهذا ما يسمى بالاتصال المتناقض أو الرسالة المتناقضة (Contradictory message) وقد أطلق عليها باتسون بـ " المأزق المزدوج " (Double Bind) والتي تتضمن في نفس الوقت محتويين متعارضين، بحيث أن الفرد يتلقى محتوى الاتصال ولا تكون لديه القدرة للخروج من هذا الإطار المفروض، فيحدث عدم التوافق والتناقض الاتصالي.

المسلمة 03: - تجزئة سلسة الأحداث (punctuation of the sequence of events): إن طبيعة العلاقة تعود إلى تجزئة سلسة الاتصالات ما بين الشركاء بأمرين:

- علاقة تفاعلية تتم من خلال تجزئة الاتصالات ما بين الشركاء - تتعين بوجهة النظر كل من سلوك المتفاعل وشريكه (Marc and Picard, 1984 : 46. 47) فالترقيم ينظم أفعال السلوكات، وبالتالي فهو أساسي لاستمرار التفاعل وأن عدم الاتفاق في طريقة ترقيم سلسلة الاتصالات هي نتيجة لعدد معتبر من الصراعات حول العلاقة.

المسلمة 04: - الاتصال اللفظي وغير اللفظي (Degital and analog Communication): الكلام اللفظي يجتاز النمو المنطقي والمعقد جدا أو الملائم، لكنه يفتقد إلى علم الدلالة الملائم للعلاقة على غرار

[8] مشتقة من علم الرياضيات، ويقصد بها تلك البديهية المسلمة بها، والمعتمدة في الاستدلال الرياضي والعلمي، وتعرف على أنها مبدأ أولي، أو اقتراح يوضع مسبقا، ويكون مقبولا على أنه صحيح بدون برهان، والمسلمة تبين علاقات أساسية بين عناصر النظام.، إن مسلمات نظام شكلي معين هي العناصر الأساسية لمجمل النظريات المطلوب برهنتها، باعتبارها الصيغ التي يمكن استنتاجها انطلاقا من المسلمات إذا طبقنا قواعد استنتاج النظام (رولان وفرانسواز، ترجمة شاهين، 2012: 145).

الكلام غير اللفظي فهو يجتاز علم الدلالة، وليس النحو الملائم بتعريف غير مبهم لطبيعة العلاقات (Watzlawick & Others, 1972: 12-13).
فالرسالة اللفظية تكون مرفقة بكلمات بسية مثلا: صباح الخير، بينما غير اللفظية تعبر من خلال سلوك ما كالإشارات، الإيماءات، الأصوات....

المسلمة 05 - التفاعلات التناظرية والتكاملية (Symmetrical and comlementary interactions): يتسم التفاعل التناظري بتصغير الفروق، فالشركاء يتخذون وضعية مرآتية (mirror situation)، هم في نفس المستوى، فكل منهم يتبادل مع الآخر نفس السلوك، فالعدوانية مثلا ترد على العدوانية، ويلاحظ هذا أيضا في التبادلات اللفظية، حيث تكون الإجابة على السؤال بطرح سؤال آخر أما في ما يخص التفاعل التكاملي فهو على العكس تماما حيث نجد حدة الفروق، فأحد الشركاء يأخذ وضعية تسمى (القمة) أو (العليا) والأخرى تسمى بالوضعية (الدنيا) أو (السفلى)، وهي تخص علاقة (أم - طفل) (معلم - تلميذ)، (طبيب - مريض)، وهنا يجب أن تكون الوضعية العليا هي القوية والسفلى هي الضعيفة، ذلك لأنه ليس هناك وضعية دنيا أكثر من وضعية الرضيع حديث الولادة، ومع ذلك كل حياة الزوجين تنظم بفضله، وكلا النوعين من السلوكيات يؤدي دورا تكامليا وتعاقديا في العلاقات الإنسانية، (Rougeul, 2003: 13 - 32).

3-5-النظرية البنائية (التركيبية) (The structural theory): استمدت هذه النظرية جذورها من نظرية الجشطالت (The theory of failure) في علم النفس، إذ يرى روادها أن الأفراد والجماعات أو أي نظام أو نسق اجتماعي يتألف من عدد من الأجزاء المترابطة، وبالتالي فإن كل جزء من أجزاء النسق يكون وظيفيا كجسم الإنسان، ومن أشهر روادها نجد: بارسونز، مرتون، سروكن، ليفي (Parsonz, Marton, Srockon, Levi)، إذ يرى بارسونز (Parsonz) أن الأسرة بوصفها وحدة بنائية (Building unit) فإنها تستطيع إعداد الصغار وتنشئتهم بغرس القيم والمعتقدات والرموز الثقافية والمبادئ الاجتماعية (الكندري، 1996: 50).

وقد ظهر نموذج العلاج الأسري البنائي بعد عقدين تقريبا من نشوء العلاج الأسري على يد سلفادور مينوشن (Salvador Minuchin)، الذي اكتشف من خلال عمله مع الأطفال الجانحين أن البناء الأسري وعلاقته بالبيئة هو المحدد للعلاقات ما بين أفرادها، وعلى ذلك يقوم التدخل المهني (The professional intervention) بمساعدة الأسرة على فهم كيفية تطوير القواعد، والأدوار فيما بينهم (البرثين، 2008: 69).
كما يرى أن أفراد الأسرة يتفاعلون فيما بينهم في أنماط يمكن التنبؤ بها، والتي يمكن أن تلاحظ وتكرر مع الزمن (مؤمن، 2004: 135).
حسب مينوشن فإن الأسر كسياق علائقي له أنماط بنائية يمكن التنبؤ بها، وقد حدد ثلاث أبنية تخص أداء الوظائف في الأسرة، ولوصف ديناميتها (Describe its dynamic) وتحديد القوى (Determination of the forces) التي تؤدي إلى نمو المشكلات في النسق الأسري والأنساق الفرعية ذات الوظائف المحددة، وتتمثل هذه الأبنية فيما يلي:

1- الأنساق الفرعية (The sub systems) : وتضم هذه الأنساق أربعة أنساق فرعية أساسية بالنسبة للأسرة النووية:

-النسق الفرعي الزوجي أو نسق الشريكين (The marital sub systems) : والذي يتكون من الزوج والزوجة.

-النسق الفرعي الوالدي (The parental sub systems): والذي يضم الوالدين كسلطة تنفيذية.

-النسق الفرعي الأخوي (The fraternal sub systems) : ويتكون من الإخوة الأشقاء والإخوة غير الأشقاء.

-النسق الفرعي وراء الأسري أو خارج الأسرة (The subsystems behind the family) : والذي يتكون من الأصدقاء وشبكة الدعم الاجتماعي (الكفافي، 2006: 341).

2- الحدود (The borders) : حسب مينوشن حدود النسق الفرعي هي قواعد تحكم أداء من ينتمون إلى النسق الفرعي لوظائفه، وكيف ينفذ كل شخص أعماله ومسؤولياته، كما توصف في تفاعلات الأسرة الصحية بأنها واضحة ونفاذة، وعندما تتميز بالاضطراب وتشوه أداء النسق الفرعي لوظائفه تتصف الأسرة بالتشابك (the trangle) والمرضية (The pathological) (الكفافي، 2006: 344).

3- الهرمية (The pyramidal) : استخدم مينوشن هذا المصطلح لوصف توزيع القوة العلائقية داخل الأسرة والعضو الذي يكون في قمة الهرم (The pyramid) هو الشخص الذي يحوز معظم القوة العلائقية داخل الأسرة، وعندما تكون هذه الهرمية واضحة بين أفراد الأسرة بما فيهم الوالدان ذو المستويات العليا، ثم يليهم الأطفال الأكبر سنا (The Older kids) ، بعدها الأطفال الأصغر سنا (The younger children) في المستويات الدنيا، فإن الأسرة بذلك ستؤدي وظائفها بالشكل الصحيح والجيد.

4- المفاهيم العامة للنظرية:

-إن بناء الأسرة (Family bulding) وتركيبها هو الذي يلقي الضوء على فهم طبيعتها، والمشكلة التي تعاني منها ورسم خطوط عملية التغيير اللازمة.

-إن بناء الأسرة وتركيبها يعرفنا ويمدنا بالمعلومات عن نوعية العلاقات وأنماط السلوك (Patterns of behavior) المتداولة في الأسرة.

-إن معرفة هرمية بنائها يساعد على فهم تفاعلاتها، ماذا يقول الأب لابنه، ماذا تقول الزوجة للزوج وماهي طريقة ونتائج الحوار.

-الأسرة نظام إنساني أساسي، يشمل العديد من الأنظمة الجزئية (The partial systems)، فهي تتكون من مجموعة من الأفراد: الأزواج، الآباء، الأمهات، الإخوة، الأجداد.... وغيرهم في الأسرة الممتدة (The extended family)، يقوم هذا النظام بأعمال أساسية للفروع وللأسرة كلها.

-هنالك قوانين وأنظمة وحدود لكل مجموعة داخل الأسرة للفروع وللأصول (العزة، 2000: 94 - 95).

نستنتج أن النظرية البنائية ركزت على أهمية العلاقات داخل الأسرة، فكل فرد له الدور والمكانة داخل النظام الأسري (مكانة الزوجين، الوالدين، الأبناء والإخوة) تربطهم تبادلات تشكل عملية البناء، بحيث يخضعون إلى قواعد تحدد طبيعة وأنماط التفاعلات.

يصف مينوشن ثلاث خطوات مميزة خلال عملية تطبيق البرنامج النسقي البنيوي، والتي من الممكن ان تتداخل فيما بينها، وهذ الخطوات هي:

1- الانتماء أو الانتساب (The affiliate): الهدف من عملية الانتماء هو تقليص المسافة بين الأسرة والمعالج، حيث يرى مينوشن (Minuchin) أنه يجب على المعالج حرفيا « أن يذوب » في الأسرة لذلك فالانتماء هو تحالف (Alilance) قوي جدا مع الأسرة ، مع علاقة تعاطفية Empathic) (relationship تولد الثقة وتسمح له بالدخول في وظيفة النسق، فخلال هذ المرحلة من التكفل يبحث المعالج عن الامتصاص (The absorption) بالقدر الممكن لوظيفة الأسرة دون التشكيك فيها من أجل فهم معنى هذا التدخل، فقد شرح مينوشن بأنه في الخطوة الأولى يصبح المعالج ممثلا في الأسرة، في حين أنه في خطوة إعادة البناء يعمل المعالج كمدير فضلا عن ممثل (لكحل وحوتي، 2016: 81).

2- تقييم البنية الأسرية (Evaluation of the family structure): هو عبارة عن تقييم دقيق جدا للأسرة، كما يعمل المعالج على وصف أدائها بأكبر قدر ممكن من الأمانة من حيث البنية (The structure)

، الأنساق الفرعية (The sub systems) والحدود (The bonrdary) ، ويلخص استنتاجاته من خلال رسم الخريطة الأسرية (The family map) بناءا على النقاط السابقة.

3-إعادة البناء (The restructuring) : بمجرد الانتهاء من مرحلتي الانتماء وتقييم البنية الأسرية وحصول المعالج على فكرة دقيقة إلى حد ما عن الوظيفة الأسرية (The family function) ينطلق المعالج البنيوي في إنشاء فرضية العمل (work hypothesis)، ويحاول توسيع مسافة العلاقات المتبادلة بين عضوين، حيث يقول مينوشن " يعمل المعالج غالبا كمنشئ للحدود، فيوضح الحدود المنتشرة (The boundary limits) ويفتح الحدود الجامدة (The boundary rigidity) "

فقد كان يطلب من أعضاء الأسرة أن يثبتون بشكل مختلف في مكتب الفحص الخاص به، ويقوم هو بترتيب المقاعد، لتشجيع فرد ما من الاقتراب من فرد آخر، بمعنى مبدأ إعادة التنظيم المكاني (Spatial reorganization)، كما يرى أنه من الضروري مشاركة المعالج شخصيا في العديد من جلسات العلاج، مع ضرورة إدخال تعليمات العمليات والواجبات (The processes and the duties) على أعضاء الأسرة للقيام بها بمجرد العودة إلى المنزل (لكحل وحوتي، 2016: 81-82).

يمكن أن نستخلص مما سبق أن للعلاج النسقي الأسري مهما اختلفت اتجاهاته دور فعال في تحسين التفاعل والتواصل بين أفراد الأسرة الذي من شأنه أن يساهم في القضاء على أي سلوك مضطرب داخلها، فقدرة أعضاء النسق على التواصل السليم تساعد بشكل كبير في حل المشاكل التي تعتبر المولد الأساسي لأي اضطر اب يمس هذا النسق.

4-5-النظرية السبرانية (The theory of Cybernetics): يعد وينر (Weener) أول من استخدم مصطلح (The cybernetics)، والتي تعني دراسة الاتصال في الآلات، ومرت نظريته بمرحلتين هما:

5-4-1- المرحلة الأولى (السبرانية الأولى) (1940-1980) (The first Cybernetics):

ظهر في هذه المرحلة مصطلح التغذية الرجعية (The feed back) ، ويشير إلى أن المعلومة تأخذ شكل حلقة مغلقة (Closed loop) في الآلة، بحيث يمكن تطويل تأثير حركاتها وتصحيح سلوكياتها باستخدام النتائج السابقة، وهذا ما جعل وينر ينظر إلى الأسرة على أنها مجال متكامل (Intergrated field) ، وفي حركة دائرية مستمرة (Continuous circular motion) .

5-4-2- المرحلة الثانية (السبرانية الثانية) (منذ 1980 إلى يومنا هذا) (The second Cybernetics): يرى وينر أن هناك نسقين متفاعلين (Two interactive systems) قد شكلا نسقا جديدا ودائما يكون الملاحِظ (The observer) جزءا ضمن النسق الذي يشاهده، والنسقين الملاحِظ والملاحَظ يشكلان نسقا جديدا الذي يضم الاثنين. فحسب وينر فإن المعالج والأسرة يشكلان نسقا يسمى النسق العلاجي (The therapeutic System) (Caillé Phillipe, 2003 : 05).

يظهر مما سبق أن النظرية السبرانية ترتكز على مبدأ التغذية الرجعية، فالنسق الأسري يقوم على سيرورة التبادل والتفاعل الذي يركز على التفكير الدائري ما بين الأفراد، بحيث يشكل النسق حسب هذه النظرية عملية علاجية بين الأسرة والمعالج.

5-5- نظرية بوين (Morey The Boween theory): تطورت نظريتها ما بين (1957 – 1966)، وترى بوين (Morey Boween) أن مشكلة الفرد داخل الأسرة تفهم من خلال فهم الدور الذي يؤديه أفرادها كوحدة عاطفية (Emptional unity)، وبأن المشاكل العاطفية غير المحلولة لابد من حلها حتى تكون هناك شخصية ناضجة وفريدة لكل فرد فيها، كما تعتمد بوين على جمع المعلومات والحقائق عن تاريخ الأسرة الأصلية (History of the original family) عبر ثلاثة أجيال على الأقل وتنظيمها وتفسير الحوادث والتنبؤ بالأحداث والظواهر المستقبلية ومن هذه النظرية انبثق العلاج الأسري ذو الأجيال المتعددة (The multi-generation family theory),

وتركز بوين في نظريته على ثمانية مفاهيم والمتمثلة في :

1- **الفردية (Differentiation):** أي أن لكل فرد فرديته التي يختلف فيها عن باقي أفراد أسرته.
2- **الثلاثية (Trangulasim):** أي أن الفرد لا يفهم لوحدة، وإنما من خلال الآخرين قد يمثلون الوالدين، الإخوة والأخوات، الأخوال، الأعمام، الأجداد، إضافة إلى المعالج الأسري (العزة، 2000: 82).
3- **فهم النظام العاطفي في الأسرة النووية (Emotional System):** يتضمن هذا النسق العمليات والأنماط الخاصة بالوظائف الانفعالية في حدود جيل واحد في الأسرة، ولكنه يكرر ما حدث بين الأجيال السابقة (The previous generations) سيتكرر في الأجيال اللاحقة (The subsequent generations) (الكفافي، 2006: 330).
4- **الانتقال بين الأجيال المتعددة (Generation Transtion):** يركز على المستويات الأدنى من التمايز وردود الفعل الانفعالية، مع الخلط بين النسق الذهني (The mental system) والانفعالي(The emotional system) عندما يحدث ذلك عبر عدد من الأجيال.
5- **وضع الإخوة (Sibling rôles):** قررت بوين عام (1978) على أنه ليس هنالك معلومة مفترضة في فهم أداء الأنساق الأسرية لوظائفها من وضع الإخوة في الأسرة وتؤكد على أهمية ذلك في تشخيص ردود الأفعال الانفعالية (The emotional actions)، فقد يؤدي الطفل دوره كابن أكبر ومسؤول، أو كابن أصغر يتميز بالاندفاعية (The impluse) والاعتمادية (The independence) (الداهري، 2008: 120).
6- **الانحدار الاجتماعي (Social Regression):** فالفرد يتميز بخصائص وسمات تفرده عن غيره من الأفراد داخل الأسرة، ويسير نفسه وفقا لمشاعره وأفكاره الخاصة وبذلك يعتبر شخصا مستقلا، أما الشخص غير المستقل فيكون ذائبا في الأنماط العاطفية المسيطرة (The dominant emotional patterns)، ليس له موقفا في الموضوعات الأسرية المطروحة، فالأسرة هي التي تختار له زوجة فالتخطيط الأسري (The family planning) له دور في تحمل الفرد المسؤولية أو عدم تحملها، أي أن يكون فردا مستقلا أو تابعا (العزة، 2000: 82- 83).
7- **القطيعة الانفعالية (The emotional estrangement) :** وتصف الطريقة التي يتعامل بها الناس مع ردود الفعل الانفعالية بين الأجيال، فكلما كانت ردود الفعل عالية ودرجة الخلط (Degree of the mixing) والاندماج مرتفعة (The merger is high) ، زادت احتمالية حدوث القطيعة وتظهر القطيعة في صورتين هما المسافة الفيزيقية (المادية) (The physical distance) والانسحاب الانفعالي (The emotional withdrawal).
8- **عملية الإسقاط في الأسرة (The process of projection in the family) :** ظهر هذا المفهوم مع القلق عند الأم فيما يخص بعض جوانب أداء ابنها لوظائفها، بحيث يستجيب له الطفل كذلك بالقلق (The anxiety)، فقد تظهر الأم قلقها تجاه ابنها من سلوك بادره أو تخاف عليه من شيء ما، فردود الفعل عند الطفل تفهم من جانب الأم، وعلى أي حال فإن رأيها في طفلها ينبع من قلقها الخاص أكثر من أي عامل آخر يرتبط بالطفل، وبهذا تتخذ الأم موقفها الحقيقي تجاه الابن وبالفعل يبدأ الطفل في السلوك كما تخيلته، وبالتالي تهدأ الأم وتطمئن، وبقدر هدوئها يكون الطفل هادئا، وعليه فإن الطفل يدخل إدراك الأم طبق الصورة التي كونتها عنه، وقد اقتنعت بوين بفكرة تباين واختلاف عمليات الإسقاط (Projection processes) من أسرة إلى أخرى، ومن طفل لآخر (Karine, 2000 : 58).

ما لاحظناه من خلال ما تم التطرق إليه سابقا بأن بوين استبعدت تركيزها على الفرد المحدد، وإنما على الأسرة كوحدة متكاملة، وهذا ما يرتكز عليه العلاج الأسري فهو لا ينظر إلى أن المشكلة في المفحوص

المحدد (The designated Patient) فحسب بل في الأسرة ككل، والنظام هو الذي يحتاج إلى التغيير والتعديل.

6-أهمية العلاج والتدخل النسقي الأسري: تظهر أهمية العلاج الأسري في:

- مساعدة أفراد الأسرة على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقاتهم وتفاعلاتهم.
- تقوية القيم الإيجابية في الأسرة.
- المساعدة في تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار الأسري.
- مساعدة أفراد الأسرة على رفع مستوى الأداء الاجتماعي وتحقيق التماسك بينهم.
- المساعدة على تخطي العقبات والأزمات (آيت حبوش، 2012- 2013: 117).
- مساعدة أفراد الأسرة على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم وصراعاتهم.

كما لخص فهد المغلوث (1999) أهم أهداف العلاج الأسري:

- العمل على تحقيق التوازن للذات الأسرية، من خلال مساعدتها على بلوغ أقصى ما يمكن لإشباع حاجيات الأسرة وأفرادها، وتقوية بنائها اجتماعيا ونفسيا واقتصاديا.
- تقوية القيم الإيجابية للأسرة، وتدعيم قواعدها ومساعدتها في الابتعاد عن القيم السلبية.
- تغيير أنماط الاتصال أفراد الأسرة في مواجهة المشكلات.
- مساعدة الأسرة على تقوية روابطها واستعادة تماسكها (المغلوث، 1999: 26).

وما يمكن استنتاجه أن العلاج النسقي الأسري يركز عل اعتبار الأسرة هي وحدة العمل العلاجي فالمعالج يتعامل مع الأسرة ككل، كما يسعى إلى مساعدة أفرادها في حل المشكلات بدل من التركيز عليها، بهدف تحقيق التوازن والاستقرار داخل الأسرة، وتكيف أفرادها.

ويعد نموذج التدخل النسقي من أهم العلاجات الأسرية وهو يمر بعدة مراحل:

المرحلة الاولى: تهدئة حالة الطوارئ وتحديد نوع الأزمة (Calm the state of the emergency and determine the type of crisis): تعد المرحلة الأولية في التدخل بحيث ترتكز على تقييم ما يمكن أن يكون خطيرا على المدى القصير بالنسبة لأفراد الأسرة، ويضع المعالج خطة عمل.

المرحلة الثانية: بداية التدخل وإمكانات الأسرة (The beginning of the intervention and the potential of the family): يقوم المعالج بدراسة تاريخ الحياة الأسرية وتحديد عوامل الخطر فيها، والتي أدت إلى إضعاف القدرة على التوافق من خلال استخدام أدوات قياس واختبارات، وتجرى اللقاءات مع جميع أفراد الأسرة لمناقشة مختلف مراحل التدخل التي حددها المعالج.

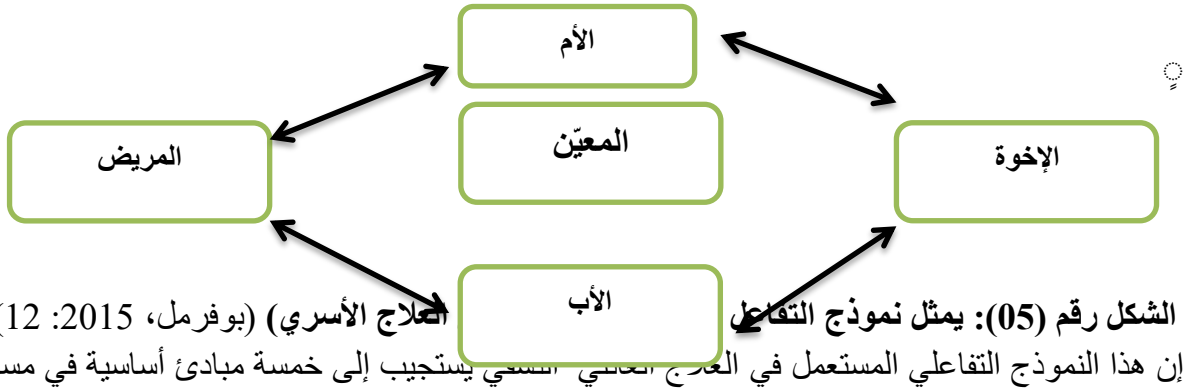
المرحلة الثالثة: العمل على تقوية القدرة التكيفية للأسرة (The work to strengthen adaptive capacity of the family): يتم في هذه المرحلة تطبيق خطة المعالج (Processor plan) من خلال إجراء مقابلات مع الأولاد أو الوالدين فقط، مقابلات فردية وأخرى جماعية.

المرحلة الرابعة: وضع حد للتدخل (End the intervention) : في نهاية عملية التدخل يقوم المعالج بإعادة تقييم (Reevaluation) مدى فعالية العلاج من خلال توزيع مقاييس واختبارات على الأسرة، من أجل تقييم العمل، وتوجيه أحد أفرادها إلى مراكز أو مؤسسات في حالة وجود مشاكل أو اضطرابات كأمراض عقلية مثلا (Séguin Monique and others , 2006 : 117-119).

من خلال المراحل المذكورة سابقا يتضح لنا أن العملية العلاجية في العلاج النسقي الأسري تعتمد على أربع مراحل يحددها المعالج مع أفراد الأسرة، فتكون المرحلة الأولى كبداية أولية للتعرف على الأزمة أو المشكل، من خلال وضح خطة عمل وإطار عام للبرنامج العلاجي، أما الخطوة أو المرحلة الثانية فيتم فيها دراسة التاريخ العائلي للأسرة، أسباب حدوث الاضطراب من خلال تطبيق المعالج لمجموعة من التقنيات،

والوسائل مع جميع أعضاء الأسرة، بعدها الخطوة الثالثة التي يتم فيها تطبيق خطوات العلاج أما المرحلة الأخيرة التي يقوم فيها المعالج بتقييم النتائج، وتهيئة الأسرة لإنهاء اللقاء العلاجي ، ووضع حلول أو بدائل نهائية حسب المشكل.

وحسب غنية بوفرمل (2015) في المجال العلاجي الأسري ذو المقاربة النسقية، يعتمد المعالج على بعض النماذج للتفاعل داخل الأسرة، ومن أكثرها نجد " نموذج التفاعل الدائري" (Circular interaction model) ، كما هو موضح في الشكل التالي:



الشكل رقم (05): يمثل نموذج التفاعل العلاج الأسري) (بوفرمل، 2015: 12).

إن هذا النموذج التفاعلي المستعمل في العلاج العائلي النسقي يستجيب إلى خمسة مبادئ أساسية في مسار العملية العلاجية وهي:

1- يستحيل على كل فرد في وضعية تفاعل يأن لا يتواصل.
2- يظهر كل اتصال مظهرين: المحتوى والعلاقة.
3- طبيعة العلاقة تتوقف على: توقيت فترات التواصل، فترات الصمت والأزمنة التي تفصل مقابلتين تعتبر مهمة وفعالة.
4- هناك نوعين من الاتصال: الاتصال اللفظي، وغير اللفظي؟
5- تكون التبادلات نسقية أو تكميلية (بوفرمل، 2015: 12-13).

خلاصـــــــــة الفـــــــــصـــــل

نستنتج مما سبق أن الفكر النسقي بدأ مع الأزمات التي عرفها العالم كالأزمات الاقتصادية السياسية والإيديولوجية، فالمنظور النسقي يقترح تناولا سيكولوجيا للفرد، ويختلف كل باحث في تفسير وتحديد مفهوم النسق الأسري باختلاف الجانب الذي يركز عليه، ولكن يتفقون على فكرة أنه ذلك الكل المنظم والمتسلسل في عناصره، من خلال تحليل الروابط التي يقيمها الفرد مع مختلف الأنساق التي ينتمي إليها، ومن هذا الفكر ظهرت المقاربة النسقية كتصور شامل للظاهرة وحلا لمشكلاتها، وفي الوقت ذاته تعتمد على مجموعة من المبادئ العامة، كما ركزت هذه المقاربة على نظريات واتجا! =(هات في تفسيرها فنجد: نظرية الأنساق العامة لبرتالانفي، نظريات الاتصال، النظرية البنائية لمينوشن، والسبرانية لوينر وغيرهم من التوجهات والنماذج النسقية.

الفصـــــل الثـــــالث: الارجـــــــاعية

تمهـــــيد

1- التطور التاريخي للارجاعية

2- تعاريف الارجاعية

3- الارجاعية والمفاهيم المتداخلة

4- مميزات الارجاعية

5- العوامل المرتبطة بالارجاعية

6- نماذج الارجاعية

خـــلاصـــــة الفصـــــــل

تمهـــــيد

يتعرض الإنسان في حياته إلى ضغوطات ناتجة عن مثيرات بدنية أو نفسية يمكن أن تؤدي إلى خلل أو اضطراب في التوازن الحيوي، فيحدث تغييرا في شخصيته وتصبح لديه نظرة سلبية لذاته وللعالم المحيط به، وبالتالي السير لزاوية الهلاك. في حين نجد بعض الأشخاص يستطيعون التعامل مع الأحداث الصعبة التي تغير حياتهم، كموت شخص عزيز، التعرض لأزمات اقتصادية أو اجتماعية إصابة الفرد أو أحد أفراد أسرته بمرض أو اضطراب....، فكلها أمثلة لخبرات الحياة الصعبة، ومع ذلك يستجيبون لهذه الظروف ويحاولون من خلالها التحكم في الانفعالات والأحاسيس، وعليه التساؤل المطروح: ما الذي يمكنهم من ذلك التوافق والتكيف...؟.

هؤلاء يتمتعون بمرونة نفسية، وقدرات تمكنهم من الاندماج والتعامل الإيجابي ومواجهة ضغوط الحياة لديهم الكفاءة على معايشة الظروف الصعبة، والتغلب على المشاكل الحادة، وبالتالي المواصلة والاستمرار في النمو والتطور، مع تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، وهذا ما يعرف بالارجاعية.

01- التطور التاريخي للارجاعية (The historical development of resilience):

هي كلمة مشتقة من اللاتنية (Resilientia)، استعملت بالانجليزية ابتداءا من (1926) من طرف فرانسيس باكون (Francis Pacon) في كتاب (Sylva Slvarum) في سنة (1989)، أما بالفرنسية فقد استعملت من طرف أندري موروبس (André Maurois) لأول مرة في (1952).

وقد عرف مفهوم الارجاعية تطورا كبيرا في العالم الأنجلو ساكسوني منذ السبعينات فاهتم بها العديد من الباحثين أمثال ويرنر (Werner and others, 1971)، غارمزي ونسترتما (Garmezzy and 1974 Wenstertma,)، أما في الدراسات الحديثة فقد شغل هذا المفهوم الكتابات الفرنسية أمثال سيرلنيك (B.Cyrulink, 1999)، غالبال (Galbal and Others, 2000)، مونصيو (Manciaux, 2000) فانستندايل ولوكومت (Vanistandael and Lecomte, 2000)، فمنذ بداية التسعينات أصبحت دراسة ظاهرة التكيف والتوافق مع الصدمة المعاشة أكثر انتشارا، استقطبت العديد من المختصين والمهتمين بمجال علم النفس، وذلك لما حملته من أزمات (Crisis) ومحن (Tribulation) برهن الفرد خلالها على قدراته الخارقة على تجاوزها وتطوير سلوكيات تكيفية.

كما يستعمل مصطلح الارجاعية (The resilience) عادة في الفيزياء لدلالته على مقاومة المواد للصدمة (Trauma) أو الضغط المرتفع (The high stress)، وقدرة بنيته على امتصاص الطاقة الحركية (The kinetic energy) في الوسط دون تحطم (Robert, 2001: 2662).

فإدماج مفهوم الارجاعية من العلوم الفيزيائية والخاص بالمواد ضمن العلوم الإنسانية والاجتماعية وخاصة علم النفس، يسمح لنا بالتماس نقاط التشابه بين المواد الجامدة والبسيطة، وبين المادة الحية (The living matter) والمعقدة (The complex article) ، وحسب الموسوعات العلمية فإن الارجاعية في المضمون الفيزيائي تعتبر أحد العوامل المميزة لنوعية الفولاذ (Quality steel) خلال درجة معينة من الحرارة، وهي التي تعرف بدرجة الحرارة التحولية (Transcient temperature) ، بحيث تتنوع وتتغير فجأة تحت ضغط هذه الحرارة، وعليه تم أخذ هذا المقياس ودمجه ضمن العلوم الإنسانية، بحيث كل فرد يسلك طرق مختلفة لمقاومة الضغوطات (إرجاعية خاصة) تتنوع فجأة حسب الوضعية (Anaut, 2005: 25)، أي أن المادة لديها ارجاعية تحت ضغط ظروف معينة، وهذه الوضعية هي تشبيه لدرجة الحرارة التحولية للمادة.

تناولت عدة أبحاث حالة تصدع الارجاعية، فهناك أشخاص عرفوا واشتهروا بإرجاعيتهم في مرحلة معينة من مسار حياتهم، ومن بينهم شخصيات مشهورة أمثال: بريموليفي (Primo levi) وبرينو بتلهايم (Bruno Bettelheim) (Anaut, 2005: 36)، فقد قام كلاهما بالانتحار بعد مشوار حافل بالإنجازات، فمثلا برينو

بتلهايم (Bruno Bettelheim) انتحر سنة (1999) بعدما حقق نجاحات كبيرة وبعد مروره بحياة صعبة جدا، وذلك بداية من التمييز العنصري الذي عرفه منذ صغره إلى مرض والده ومعاناته لمدة (10) سنوات، ثم وفاته إلى نجاته من المحرقة اليهودية، فرغم هذه الضغوطات إلا أنه تمكن من تجاوزها، وقدم أعمالا متميزة أول جزء منها بصفة رئيسية لكيفية تجاوز الصدمة، حيث يقول بتلهايم " عندما يحدث لكم شيء سيء استعملوه واجعلوا منه مشروعا "، وتشير فلوريان (Florian Houssier) " أن النجاح المهني لهذا المحلل النفسي الذي استطاع أن يشرح كيفية تجاوز صدمة خطيرة حيث حول التجربة بالدرجة الأولى من تجربة هدامة إلى محرك لمسار، برز من خلال تفكيره المتميز حول آثار النازية ...."، ورغم هذا كله إلا أن هذه الارجاعية توقفت بعد وصولها إلى عتبة معينة حيث أن بتلهايم بعدما تعرض إليه في أواخر حياته من ضغوطات، لم تسمح له باستدعاء مصادره وقدراته الداخلية للبقاء، فاقدا الأمل، وقد قام بالانتحار خنقا بعد وفاة زوجته، ومشاكله مع ابنته الكبرى ومرضه الذي أقعده الفراش واضعا بذلك حدا لارجاعيته .

ظهرت دراسات في الدول الأنجلوساكسونية وشمال أمريكا نذكر منها: دراسة النفسانية الأمريكية إيمي ويرنر (Emmy Werner,1982. 1992) التي تعتبر من أهم الرواد الذين لعبوا دورا أساسيا في تناول الارجاعية، في العقد السابع من القرن العشرين، حيث درست مجموعات من الأطفال من أسرة فقيرة ومدمنة للكحول، ويعاني بعض آبائهم من مرض نفسي، وقد كان الكثير من هؤلاء الآباء لا يعملون فلاحظت أن ثلثي الأطفال يظهرون السلوك العدواني والتخريبي (The agressive behavior) ، كما تعرضوا للفشل في العمل في سنوات عمرهم التالية، وأشارت إيمي ويرنر (Emmy Werner) أن ربع هؤلاء الأطفال لم يظهروا هذا النوع من السلوكيات، وقد نجحوا في حياتهم المهنية فيما بعد، وبالتالي أظهروا ما أطلق عليه بالارجاعية كشفت نتائج دراسة ماستن (Masten,1989) أن أطفال الآباء المصابين بالفصام لا يحصلون على ظروف أسرية سوية مقارنة بأطفال الآباء العاديين، ولهذه الظروف تأثيرات شديدة الدلالة على النمو النفسي للأطفال، ومع ذلك لوحظ أن بعض أطفال الآباء المرضى نفسيا ينجحون في التوافق دراسيا بصورة إيجابية (أبو حلاوة، 2013: 25).

نجد كذلك مونصيو (Manciaux and Others, 2001) يرجع استعمال هذا المصطلح إلى باولبي (Bowlby) للدلالة على القوة الروحية، وهي صفة الشخص الذي لا ييأس ولا يترك نفسه يهزم (Anaut, 2005 : 38).

تناولت دراسة الباحثة غنية منصور (2009- 2010) مفهوم الارجاعية في رسالة الماجستير بعنوان " الارجاعية لدى مراهقين متمدرسين فقدوا الأولياء في الطفولة إثر حوادث الإرهاب "، وتهدف الدراسة إلى البحث عن معنى الارجاعية عند مراهقين متمدرسين فقدوا أحد الأولياء (على الأقل) في الطفولة، إثر حوادث عنف عاشتها الجزائر في التسعينات، وقد قامت الباحثة باختيار أفراد بحثها على أساس السن المناسب للمراهقة الذي تراوح ما بين (12 سنة و18 سنة)، وتمثلت الأدوات المعتمدة عليها فيما يلي: المقابلة العيادية، المنهج العيادي، اختبار الروشاخ واختبار تفهم الموضوع

توصلت الباحثة في الأخير إلى أن المعنى الذي تأخذه الارجاعية عند الحالات التي قامت بدراستها هو معنى التكيف، الذي حضر عند أغلب الحالات بتحقيق أهم خصائص الارجاعيين بالنسبة للفرضية الجزئية المتعلقة: معنى التكيف سوف يظهر في حياة هوامية غنية، ونوعية الآليات الدفاعية (منصور، 2009-2010) .

02- تعاريف الارجاعية:

- كلمة (Résilience) مقتبسة من اللاتينية (Résilientia)، (Résilier) أصلها لاتيني (Résilier، Résilio)، والتي تعني حافز ذاتي لمواجهة صدمات الحياة.

حسب بوريس. سيرلنيك (B. Cyrulnik)، والقاموس التاريخي للغة الفرنسية فإن مصطلح (Résilier) هو اشتقاقيا مكون من (Ré) الذي يدل على النشاط إلى الوراء أو الرجوع، و(Silier) التي تعني القفز والوثب إذن الكلمة ككل تدل على القفز إلى الوراء أو الرجوع إلى الوراء (Retract).

- كما تشير الكلمة إلى الارتداد، الاستقامة، والمستعمل في ميادين مختلفة (Lonescu. S. 2008)
- في علم الميكانيك (الآلية): هي رقم مخصص لمواجهة الحدث (Face the event) أو الضغط فالإرجاعية هي أقل مرونة من المعدن (Nobert Sillamy: 239 - 240).
- في علم الفيزياء: هي الصمود، التحول، قدرة الجسم المعدني على تحمل الصدمة
- تعني كذلك ارتدادية الجسم ومرونته (Elmounged English, 2007: 73).
- ارتداد أو رجوع الشيء أو أمر، فهو لديه القدرة على العودة إلى أصله بعدما عاش وضعية ضاغطة (Mac Milliam, 2007: 1265).
- مصطلح فيزيائي يعني استعداد الجسم لمقاومة الصدمة.
- تعرف في علم النفس على أنها مهارة (Skill) في العمل بطريقة تكيفية، والقدرة على القيام بفعل ما ضد الأحداث الصادمة لمواصلة الفعل، والاستمرار فيه لتطويره، وزيادة الكفاءات في وضعية صعبة (Tribolet. S ,2011: 439).

-الارجاعية تأتي مقابل الجروحية[9](Vulnerability) عند الطفل، والمصطلحان شائعان في علم الصدمات، يشير الأول إلى مقاومة الطفل للصدمة مع نمو طبيعي رغم الأحداث العنيفة، في حين يشير الثاني لضعف الطفل ورهافته أمام الأحداث الصدمية (خالد نور الدين،2007 - 2008: 01).

-" هي فن الاندماج للأوضاع الصعبة (شروط بيولوجية، اجتماعية ونفسية) بتطوير قدرات مرتبطة بمنابع داخلية (ضمن نفسية)، واجتماعية (محيط اجتماعي وعاطفي) يسمح بجمع البناء النفسي (The psychological Construction) المناسب والاندماج الاجتماعي (The social intergration) " (Anaut, 2003: 33).

-الارجاعية إمكانية الإعلاء والتفكير(Thinking)، فلا يتعلق الأمر بالتحول، فالفرد لا يمحي ماضيه بل يتطور داخليا وذاتيا ضد ما حدث (Scelles. R , 2002) .

-حسب سيرلنيك (Cyrulnik. 2001) لكي تكون ارجاعية يجب أن تكون مواجهة مع صدمة أو مضمون صدمي (Anaut, 2003)

-كما يعتبرها أيضا "هي أكبر من أن تكون مقاومة، فهي تعلم فن العيش (Learn the art of living) " Lecomte, 2002 : 08)

-" فلا يمكن للارجاعية الاندماج في نظرية التحليل النفسي إلا إذا أخذت كسياق ديناميكي ضمن نفسي مصحوب بإمكانية الاحتفاظ بروابط بين الداخل والخارج " (Houssier, 2002: 72).

---

[9] تشير على أنها مميزات حالة فرد معين، تساعد على ارتفاع خطر الإصابة بمرض ما في وجود عامل مسبب فالأفراد القابلين للانجراح هم الأفراد المهيؤون وراثيا، بيولوجيا، أو نفسيا للإصابة بالمرض (كربوش وبوسنة، 2010: 52).

" الارجاعية ليست مطلقة، كاملة مكتسبة بصفة نهائية، هي قدرة ناتجة عن سياق ديناميكي تطوري أين نجد أهمية الصدمة تفوق قدرات الفرد " (Manciaux, 2001 : 14).

-" هي إمكانية التطور على المستوى النفسي، رغم ظهور أحداث تخل بالتوازن وظروف معيشية صعبة وصدمات شديدة، نجد القدرة على الاسترجاع (Recovery) " (Lonescu, 2008 : 04)

- عواقب الصدمة متعلقة بمميزات الفرد ماضيه ووقائعه، المهم هو إيجاد وتشجيع نزوات الشخص والجماعات دون نفي هشاشتهم أو ضعفهم، بتحليل التفاعل الديناميكي (The dynamic interaction) لعوامل الخطورة والحماية، ووضعهم في مضمون اجتماعي ثقافي وسياسي (Scelles. R, 2002).

- كما تكلم سبيتز (Spitz, 1946) عن مصطلح الارجاعية " إذا عادت الأم إلى طفلها أو عندما ننجح في إيجاد بديل مقبول للطفل، فإن الاضطراب يختفي"

- " فالحب الموجه للمجتمع يسمح لمجروحين الروح، صغيرا وكبيرا من تفادي الكبت والتعبير بحرية عن ما واجهوه " (Cyrulnik, 2002 : 80 - 83) .

- كما يطلق عليها بالمصيبة المثيرة للإعجاب، أي أن الإنسان يمكن أن يعطي الأشياء الإيجابية حتى ولو كانت الوضعية مأساوية (The tragic situation) (Grebot, 2008 : 76).

- يرى بوريس سيرلنيك (Boris .Cyrulnik) بأن الارجاعية مرتبطة بحدث صدمي والكثير من الباحثين يؤيدونه على ذلك أمثال تيشي (Tychey) ، وليجهيزولو (Lidghezzoolo)، فهم يرون أنه لا يمكن التحدث عن الارجاعية إلا بوجود صدمة نفسية يتم فيها استرجاع نمط تطوري وترقيم ما تم تمزيقه (Theis, 2006 : 40)

- يقترح لكومت (Lecomte) أربع مقاربات ملموسة من أجل تحديد الارجاعية:

1- عملية دينامكية تتكون من تكيف إيجابي في سياق صعب
2- البحث عن الصلة (العلاقة) والمعنى بعد تجربة صدمية
3- إمكانية الاعتراف بالضحية بدون خفضه إلى هذه الحالة
4- أمر واقعي يسمح بتغيير الواقع المؤلم (Lecomte, 2003 : 11).

من خلال التعاريف السابقة يمكننا أن نعرف الارجاعية على أنها تلك المرحلة التي يعيشها الفرد بعد تعرضه لصدمات وأزمات نفسية، بحيث تظهر لديه قوة وقدرة على مقاومة تلك المعاناة والألم النفسي.

3 - الارجاعية وبعض المفاهيم المتداخلة:

أولا/ المرونة النفسية (The Psychological Flexibility): يذكر محمد السعيد أبو حلاوة أن مصطلح المرونة من (" مرن " الميم والراء والنون أصل صحيح يدل علي لين الشيء وسهولته)، وجاء في لسان العرب (مَرَنَ يَمْرَن مَرَانَة ومُرُونَة: وهو لين في صلابة ومَرَنَتْ يد فلان على العمل أي صلبت واستمرت والمَرَانَة هي اللين) (أبو حلاوة، 2013: 18).

فالمرونة تعبر بصورة عامة عن القدرة على التحمل، القدرة على مواجهة الشدائد والمصاعب بصلابة والقدرة على التعافي (The ability to recover)، والتجاوز السريع للتأثيرات السلبية لمحن الحياة والأحداث الضاغطة.

والمرونة النفسية عملية دينامية (Dynamic process) تمكن الأفراد من إظهار تكيف سلوكي (Behavioral adaptation)، عندما يواجهون مواقف عصبية، أو صادمة أو مأساوية أو تهديد (A threat).

أشارت ريما عفيفي سويد (2012) إلى أن مصطلح المرونة يشير إلى مستوى تمتع الفرد بالمرونة النفسية، والقدرة على التأقلم (The adaptation) ، وبهذا المعنى يشبه هذا المفهوم مفهوم الصحة النفسية الإيجابية (The positive mental health) (أبو حلاوة، 2013: 19).

كما يقصد بمصطلح المرونة بصورة عامة " القدرة على الشفاء (The ability to heal)، أو التجاوز ومقاومة التأثر ببعض الصدمات، الإهانات، أو الاضطرابات "، فهي القدرة على التأقلم (The ability to adaptation) والتوافق مع التصدي، ومواجهة الضغوطات (Facing pressures) والنكبات الإيجابية (أبو حلاوة، 2014: 75 – 86).

أجريت دراسات عديدة حول المرونة منها: دراسة محمد جواد الخطيب (2006) بعنوان " الاحتراق النفسي وعلاقته بمرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين، بمحافظة غزة "، هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاحتراق النفسي ومرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين، وبلغ عدد العينة (462) معلما ومعلمة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية، بحيث اعتمد الباحث على تطبيق مقياس الاحتراق النفسي ومقياس مرونة الأنا، توصلت نتائج الدراسة إلى أنه: لا توجد مستويات مرتفعة للاحتراق النفسي في حين توجد مستويات مرتفعة لمرونة الأنا، وعدم وجود علاقة ارتباط بين أبعاد الاحتراق النفسي ومرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين (بوحجار، 2015- 2016: 15).

يظهر من خلال التعريف على أن المرونة النفسية هي من معايير الصحة النفسية الإيجابية، فهي تتعدى القدرة على التحمل والمواجهة، بحيث يتمتع الفرد بليونة وإيجابية في المواقف الصعبة والضاغطة.

ثانيا/ الصمود النفسي (Resilience): تتناول صفاء الأعسر (2010) بالتحليل الترجمات التي طرحت لمفهوم (Resilience)، وتفضل ترجمته بالعربية بمصطلح " الصمود "، بحيث تعتبره أحد البناءات الكبرى (The great constructions) في علم النفس الإيجابي، فهذا الأخير هو المنحى الذي يعظم القوى الإنسانية باعتبارها قوى أصيلة في الإنسان مقابل المناحي السائدة والشائعة والتي تعظم أوجه الضعف والقصور الإنساني، وهذا الاختلاف في الرؤى لا يتعارض مع وحدة الهدف وهو تحقيق جودة الحياة.

ترى أن الصمود بناء وافد من علم المواد التي تستعيد خواصها، بعد التعرض للتمدد أو الانكماش وغيرها من المؤثرات الخارجية، كما يشير المصطلح نفس المعنى في علم النفس، إذ يعني القدرة على استعادة الفرد لتوازنه بعد التعرض للمصاعب مع توظيف هذه المحن للنمو المستمر والتكامل، وبالتالي فهو مفهوم دينامي يعني الثبات مع الحركة، كما أنها أعادت النظر إلى مصطلح الصمود، فرأت في الصاد " صَلابَة " (Hardness)، وفي الميم " مُرُونَة "، (Flexibility)، وفي الواو " وِقَايَة " (Prevention) وفي الدال " دَافِعية " (Motivation)، وبالتالي تجاوز الصمود كمصطلح المدلول اللغوي إلى المدلول النفسي (أبو حلاوة، 2013: 19- 20).

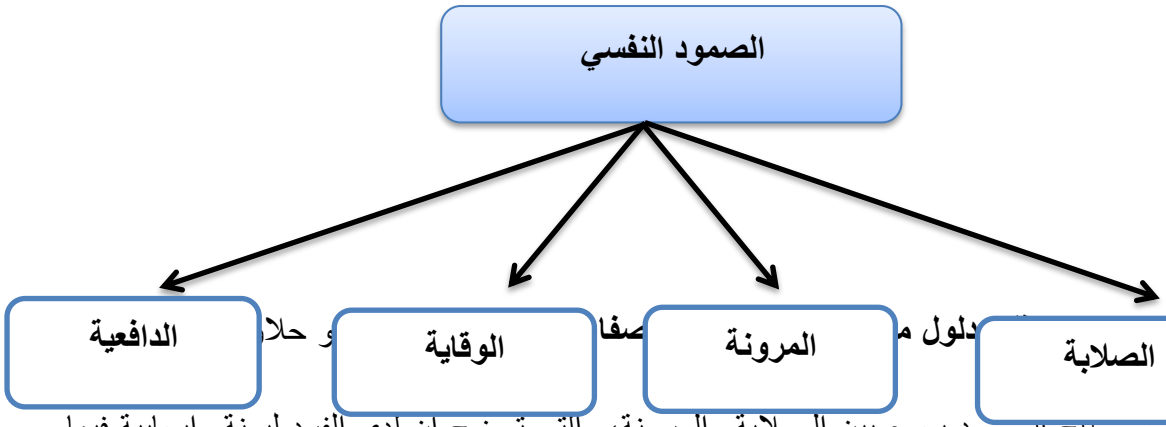
نجد دراسة ماجيستر للباحث باسل محمد عبد الله عاشور بعنوان " الصمود النفسي وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة " بالجامعة الإسلامية غزة (2017)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة الصمود النفسي والاتزان الانفعالي، ومعرفة الفروق بين المفهومين، تبعا لعدد من المغيرات (الجنس، مكان العمل، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة).

تكونت عينة الدراسة من (147) ممرضا وممرضة، كما اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- بلغ الوزن النسبي للصمود النفسي (76,84%)، وهذا يعني أن ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية يتمتعون بدرجة كبيرة جدا من الصمود النفسي.

- بلغ الوزن النسبي للاتزان الانفعالي (56,61%)، وهذا يعني ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية يتمتعون بدرجة كبيرة من الاتزان الانفعالي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,5) >_ a في درجة الصمود النفسي تبعا للمتغيرات (الجنس، مكان العمل).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,5) >_ a في درجة الصمود النفسي تبعا للمتغيرات (المؤهل العلمي، سنوات الخبرة).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,5) >_ a في درجة الاتزان الانفعالي تبعا للمتغيرات (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، مكان العمل)

(عاشور، 2017).



الش **دلول م** صفا و حلا

20

يظهر أن مصطلح الصمود يجمع بين الصلابة والمرونة، والتي توضح ان لدى الفرد ليونة وإيجابية فيها حركية وديناميكية مع ثبات وتصدي للصعوبات والضغوطات، مما يحقق التوازن الحيوي لديه، مع وجود الوقاية من الاضطرابات ، والدافعية والقوة النفسية في مواجهة الأحداث والوضعيات الضاغطة.

ثالثا/ استراتيجيات المواجهة (Co-op Strategies): يعرفها لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman,1984) على أنها مجموع الجهود المعرفية والسلوكية (Total cognitive and behavioral effort) التي يستعملها الفرد لتحمل أو خفض المتطلبات الداخلية، أو الخارجية التي يقيمها بأنها مهددة أو تفوق مصادره الشخصية (Lazarus,R.S and Folkman.S, 1984 : 19).

هناك العديد من الباحثين الذين تناولوا دراسة الضغوط النفسية من بينها دراسة ماجيستر للباحثة جبالي صباح بعنوان " الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون " هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، وشمل البحث عينة قوامها (66) أم، تم انتقاؤهن بطريقة قصدية، وتم تصميم أدوات البحث المعتمد عليها، والتي تمثلت في: استمارة الدراسة الاستطلاعية، استمارة البيانات الشخصية، استبيان الضغوط النفسية، استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وقامت الباحثة ببيانات البحث باعتمادها على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد أسفرت النتائج كالتالي:

1- تعاني أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون من ضغوط نفسية مرتفعة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في مستوى الضغوط النفسية وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.
3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير سن الابن المصاب
4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير سن الأم.
5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير سن الأم.
6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.
7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,5) في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم (جبالي، 2011-2012).

قام كل من عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998) بدراسة الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين عقليا وسمعيا وبصريا وبدنيا لمواجهة الضغوطات، واستخدم الباحثان بطارية قياس الضغوط النفسية، وأساليب المواجهة واحتياجات الأولياء، وكانت النتائج تشير إلى أن أولياء الأمور اتفقوا على ترتيب الاحتياجات حسب أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولا، ويلي ذلك الاحتياجات المعرفية ثم الدعم الاجتماعي، وأن تلك الاحتياجات تتزايد بصورة عامة وبارتفاع مستوى الضغط النفسي، ومستوى مواجهة تلك الأحداث الضاغطة (فرج، 2009: 86).

دراسة لصيلدا كويديميرك (Selda koydmirk, 2009) التي تناولت آثار وجود الطفل التوحدي على حياة الأم التركية عن طريق إجراء مقابلات شبه منظمة مع عشر أمهات، حيث قام بتصميم أسئلة المقابلة للكشف عن جوانب كثيرة من تجارب الأمهات مع طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، وأسفرت النتائج عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب ألم كردود فعل إثر ميلاد طفل معاق مصادر الضغوط، استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الضغوط، وذكرت الأمهات المشاركات أنهن تعاني من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمتطلبات المتعددة لرعاية الطفل، كما أظهرن أيضا أن هناك قلقا لدى الآباء والأمهات حول مستقبل الطفل المضطرب، مما يسبب ضغوطا (Koydemir, 2001: 23.54).

حدد ديمونت وبلانشرال (Dumont and Plancherel. 2001) الاستراتيجيات التالية:

- القدرات التكيفية المتعلقة بالخصائص الفردية
- أساليب التكيف: الاقتراب أو التجنب (Approaching or Avoidance)
- المجهودات التكيفية (The adaptive efforts): حيث يمكن ملاحظة استراتيجيات سلوكية فعالة أو سلبية، يحدد ديمونت (Dumont, 2001) أنّ المجهودات في هذا الصدد تهدف إلى: " الابتعاد عن الضغط عن طريق الإنكار، الخيال، المشاعر والانفعالات السلبية، تناول المواد الضارة " (Dumont, 2001: 60).

هذه الاستراتيجيات تكون مكيّفة أكثر عندما تكون الوضعية مدركة على أنّه لا يمكن السيطرة عليها، وقد تساعد على خفض القلق، وكذا الحفاظ على قدر من التوازن النفسي. يرى زيشنار وساكلوفسك (Zeichner and Saklofske, 1996) أنّ الاستجابة التكيّفية التي تسمح بمعالجة وضعية تهديد تتطلب تكيّف مركز حول المشكل

يعتمد سبيرتو ودونالدسو (Spirito and Donaldson, 2001) على التصنيفات الآتية لتقييم الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية:

- **الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل (Problem- Centric Stategies):** الفعالة والاقتراب: قد تحتوي على تغيّر البنية المعرفية، حل المشكل والدعم أي السند الاجتماعي.

ويعتبر الدعم الاجتماعي (The social support) والبحث عن المعلومات شكل من أشكال المواجهة الهادفة بشكل أساسي إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، والذي يعتبر جهدا يقوم به الفرد للحصول على المساندة للتخفيف من الوضعية الضاغطة، وقد أكدت الدراسات والأبحاث أهمية الدعم الاجتماعي للتخفيف من آثار الضغط النفسي.

- **الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال (Emotion- Focused Stategies):** قد تضم التنظيم الانفعالي والدعم الاجتماعي غير أنّ الاستراتيجيات السلبية والتجنبية قد تحوي: شرود، ذهول، انسحاب اجتماعي، تفكير سحري، اعتزال.

وضح لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman, 1984) أن هذه الاستراتيجية هي عبارة عن استراتيجية معرفية (Knowledge strategy)، لا تغير من الوضعية في الحين ولكن لاحقا، وتغير كذلك حالة الشخص تجاه هذه الوضعية، كما تدرس مختلف محاولات الفرد حتى يتم تعديل الضغط الانفعالي المرتبط بالوضعية، ولتسيير الانفعالات يمكن أن يكون هناك عدة أنواع من الاستجابات (انفعالية، نفسية معرفية وسلوكية) (عابد، 2011- 1012: 36).

دراسة أجراها كل من الباحثين وليام وسبيريتو وستارك (William, Spirito and Stark. 1988) حيث صمموا استمارة بتقييم عشر استراتيجيات تعامل عند الأطفال المرضى، والمتمثلة في: (حل المشكل التعديل الانفعالي، التسلية، الانسحاب الاجتماعي، إعادة البناء المعرفي، الانتقاد الذاتي، الاقتراب من الآخرين تحقيق الرغبات، البحث عن المساعدة الاجتماعية والاستسلام)، حيث قام هؤلاء الباحثون بمقارنة بين مجموعة تجريبية، والمتمثلة في الأطفال المتواجدين بالمستشفى (38) طفلا، والمجموعة الضابطة أسفرت النتائج بأن الأطفال المرضى يستعملون بصفة دالة استراتيجيات التعامل (Stratgies for dealing) الخاصة بالتسلية، الانسحاب الاجتماعي، وبدرجة أقل النقد الذاتي، مقارنة بالمجموعة الضابطة (Fischer Gustave, 2002: 266).

يمكن استنتاج مما سبق أن استراتيجيات المواجهة هي أساليب يستعملها الفرد في مقاومته للصعوبات والضغوطات النفسية، من خلال البحث عن حلول للمشكل وعن المعلومات وذلك بهدف تحقيق الصحة النفسية.

رابعا/ الجلد النفسي (Resilience): يمكن ترجمة مصطلح " Resilience " إلى مفهوم الجلد، والتي تعني مقاومة الأحداث الضاغطة والمحن، ثم تجاوزها لمواصلة العيش بسلام

يعرفها " سهيل إدريس" في قاموسه على أنها " قدرة الجسم الممطوط (The spherical body) على استعادة حجمه ومقاومة الضغط " (إدريس سهيل، 2013: 1050).

هناك عدة دراسات تناولت هذا المفهوم، نجد أطروحة دكتورا الطور الثالث، للباحثة حنان مزردي (2016-2017) بعنوان " مؤشرات الجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو "، والتي ركزت خلالها على دراسة

بعض جوانب الشخصية لدى الراشدين، بهدف الكشف عن مؤشرات الجلد لديهم في ظل ما تعانيه هذه الفئة من ضغوط صحية وأخرى نفسية، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي في التقصي غلى المؤشرات، وعلى مجموعة من الأدوات المتمثلة في: الملاحظة العيادية والمقابلة النصف الموجهة مع تطبيق اختبار الروشاخ وتفهم الموضوع، وجاءت النتائج كالتالي:

- خلصت الدراسة إلى وجود مؤشرات مميزة للجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو، انطلاقا من كون الجلد هو قدرة الفرد على تجاوز ظروف صعبة بفضل مميزات عقلية سلوكية وتكيفية، وهذه المؤشرات تمثلت:

1- ظهرت لدى الحالات مؤشرات دالة على تقدير للذات نابع من تقمصات أولية سليمة ونرجسية أولية انتهجت طريقها السليم نحو الموضوعات الخارجية ليرسم بذلك صورة لتقدير الذات الآمن والسليم.

2- كما ظهر مؤشر ثاني تمثل في وجود قدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة وتخطي العلاقات التي لا تؤمن لها الراحة والسند، كما أن أساس هذه العلاقات يعود إلى طبيعتها التعلقية الأولية (The Initial Dendric) ، أم – طفل.

3- أما الثالث تمثل في وجود قاعدة من الأمن الداخلي، أساسها وجود أوصياء للجلد من داخل الأسرة كالزوج، الأب والأم، وخارجها كالأصدقاء والجيران (مزردي، 2016-2017).

يمكن القول أن مصطلح الجلد النفسي يشير إلى نفس المعنى في الإرجاعية، فهما مفهومان متداخلان والتي يعود أصل الكلمة إلى علم الفيزياء، وبهذا تعني قدرة المادة على الرجوع والارتداد مرة أخرة بعد الضغط، وفي هذه الحالة تشبه المادة المطاط الذي لديه القدرة على الارتداد، كما أنها تشير إلى القدرة على مواجهة الأزمة والحدث الضاغط .

خامسا/ المناعة النفسية (The Psychlogical Immunity): تعد المناعة النفسية من أهم مقومات الصحة النفسية، وقد اهتمت عدة دراسات بهذا المصطلح، فقد عرفها مرسي (Mersi. 1998) والذي ذكر من قبل " شادية باعلي" أنها مفهوم فرضي يقصد به " قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر، غضب، سخط، عداوة ، انتقام وانهزامية، ويمكن للمناعة النفسية أن تساعد في تنشيط وتفعيل أجهزة المناعة الجسدية ".

وتشير أيضا إلى التحصين والمقاومة، كما تعني مواجهة الحدث الضاغط أو الظروف العصيبة بصورة إيجابية دون التأثر السلبي بها (أبو حلاوة، 2013: 24).

أما الشخصية المناعية (The immune personality) فقد ذكر دريهر هنري (Dreher Henry) أن " الفرد القادر على إيجاد الفرح والمعنى، أي الهدف في الحياة أصعب تحدياتها، فالشخصية لا تتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة بالإنكار (Denial) ، وإنما بالتقبل (Acceptance) والمرونة والرغبة في التعلم والنمو ففي خضم أزمات الحياة تحمي الفرد من الانهيار انفعاليا وجسديا " (مزردي، 2016 – 2017: 31).

يتبين لنا مما سبق أنه عندما نقول على فرد لديه مناعة جسمية، فهذا دليل على قدرته في مواجهة المرض والتغلب عليه، والوصول إلى تحقيق الصحة الجسمية الجيدة، وكذلك الأمر بالنسبة للجانب النفسي، فهي تشير إلى تمتع الفرد بقوة نفسية ومشاعر إيجابية تساعده في تحدي الانفعالات والأزمات.

سادسا/ الصلابة النفسية (The Psychological Hardness) : أول من استخدم هذا المصطلح كوباسا (Kobassa.1997) كمتغير يعكس الفروق الفردية في الإصابة بالمرض نتيجة التعرض للضغوطات، ذلك أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي إلى تنشيط الجهاز العصبي الودي، وقد توصلت إلى أن الأفراد ذوي سمة الصلابة أقل عرضة للمرض، ولديهم قدرة على تحويل الأحداث الضاغطة إلى فرص لنموهم وتطورهم الشخصي، كما يشير فانك (Funk. 1992) إلى أن الأفراد الذين يمتلكون شخصيات صلبة لديهم القدرة على

البقاء أصحاء تحت الضغوط، إذ تجدهم ذوي فعالية كبيرة، ولديهم خاصية الالتزام نحو الذات والعالم من حولهم (حنصالي، 2014: 129-130).

كما تعرف كوباسا (Kobassa) الصلابة النفسية على أنها مجموعة من السمات التي يتفرد بها الشخص، والتي تساعده على النمو (The growth) والتطور (The development) .

نستطيع مما سبق أن نشير إلى أن مفهوم الصلابة أوسع وأشمل، فهو يشير إلى الصمود، القوة، الحفاظ على الثبات والتوازن، الوقوف أمام الضغوطات وتحديها، فشخص يمتلك الصلابة يعني يتمتع بصحة نفسية وجسمية جيدة، ولديه شخصية قوية.

سابعا/ الصحة النفسية: (The Psychological Health): تعرفها لجنة خبراء الصحة العالمية في منظمة الصحة العالمية بأنها " قدرة الفرد على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، والمشاركة في تغيير وبناء البيئة الاجتماعية والطبيعية التي يعيش فيها، وإشباع حاجاته الأساسية بصورة متوازنة، وإنماء شخصية قادرة على تحقيق الذات بصورة سوية "

كما أشار العديد من الباحثين إلى تحديد تعريفات للصحة النفسية التي تدور حول محور من المحاور التالية:

- الخلو من الأمراض والاضطرابات النفسية (Free of diseases and disorders).
- الخلو من الانحرافات (Free deviations).
- تحقيق التوازن والتوافق النفسي (Achieving balance and psychological compatibility).
- تحقيق الذات (Self - reslization).
- الحصول على السعادة (Get happiness) .

كما تعرف أيضا على أنها حالة من التكامل المستمر مع الفرد في نمو وإشباع جوانبه الجسمية، والروحية والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية بشكل سوي (الصنيع، 2000: 18- 19).

أشارت في هذا الصدد دراسة الأستاذ والباحث صالح ابراهيم الصنيع (2000) بعنوان " التدين والصحة النفسية "، التي هدفت إلى محاولة عرض العلاقة بين التدين والصحة النفسية ، وكذا العلاقة بين التدين وبعض المشكلات النفسية، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك لكون الدراسة تسعى إلى التعرف على العلاقة بين التدين وكل من الصحة النفسية والمشكلات النفسية في إطار الدراسات النفسية والتصور الإسلامي الذي يؤكد الدور الإيجابي للدين في حياة الإنسان .

وتعرف على أنها " حالة عقلية انفعالية مركبة، دائما نسبيا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن (Feeling complacent and secure) مما يحقق ذللك التوافق النفسي والاجتماعي ". هي أيضا " التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات التي تطرأ على الإنسان، ثم الإحساس الإيجابي بالرضا والسعادة " (عبد العزيز بن عبد الله، 1999: 14).

وعليه بإمكاننا أن نستنتج أن الصحة النفسية هي مفهوم واسع وشامل لكل المعايير والمقومات الإيجابية بحيث يصل الفرد إلى مرحلة يشعر فيها بالراحة والطمأنينة بعيدا عن الاضطرابات والمشاكل النفسية بحيث يستطيع التكيف والـتأقلم ومعايشة الأحداث بإيجابية، فيحقق التوازن والتوافق النفسي والانفعالي.

ثامنا/ جودة الحياة (Quality Of Life): يقصد بها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على اشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية، والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه.

ويرى الأشول (Elachoul. 2005) أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة (Satisfying needs)، فجودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.
تعرفها منظمة الصحة العالمية (Who. 1994) على أنها " إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه وجد الباحثون في العلوم النفسية والتربوية صعوبة في تعريف جودة الحياة، كما تعددت الآراء حول هذا المفهوم، فعرفها تايلور وروجدان (Taylor and Rogdan.1990) على أنها رضا الفرد بقدره في الحيلة وشعوره بالراحة والسعادة، وعرفها جود (Good. 1994) بأنها امتلاك الفرص (Prossessing opportunities) لتحقيق أهداف ذات معنى، أما دودسون (Dodson. 1994) فقد أشار على أنها الشعور الشخصي بالكفاءة (Feeling personal and efficient)، وإجادة التعامل مع التحديات (منسي وكاظم، 2006).
هناك دراسات تناولت هذا المفهوم منها دراسة محمود عبد الحليم منسي، وعلي مهدي كاظم حول " مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة "، حيث استهدفت الدراسة تصميم مقياس لجودة الحياة لدى طلبة الجامعة بجامعة السلطان قابوس، وقد انبثق من المقياس المحاور الستة وهي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم، جودة العواطف (الجانب الوجداني)، جودة الصحة النفسية وجودة شغل الوقت وإدارته، وتم تطبيق المقياس على (220) طالبا وطالبة من مختلف كليات الجامعة كما طبقت المؤشرات السيكوسومترية للمقياس (الصدق، الثبات، التمييز، الاتساق الداخلي والمعايير)

أجرى الباحثان ديو وهوبنر (Dew & Huebner. 1994) الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا لدى الطلبة وقد تم اختيار عينة مكونة من (222) طالبا من الصفوف (8، 10 و12) من إحدى مدارس المطقة الشمالية الشرقية للولايات المتحدة الأمريكية، وقد كان معامل الثبات مرتفعا، ويتناسب مع موضوع البحث، وكان البناء العاملي للمقياس وارتباطاته بمقاييس جودة الحياة الأخرى متسقا مع التوقعات، وكانت تقديرات المراهقين بدرجة رضائهم عن حياتهم مرتبطة بتقديرات آبائهم لها، وكانت الفروق الفردية في الرضا عن الحياة غير متأثرة بالعمر الزمني ولا بالنوع، ولكنه متأثر بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بدرجة متوسطة، وكانت متغيرات مفهوم الذات الأسرية تتنبأ بالرضا عن الحياة لدى المراهق أكثر من متغيرات مفهوم الذات الأكاديمية، ومفهوم الذات المرتبط بالأقران بالنسبة لمراحل المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة على حد سواء (منسي وكاظم، 2006).
يتضح من خلال ما تم الإشارة إليه سابقا أن مصطلح جودة الحياة يشير إلى وصول الفرد لمرحلة الرضا وتمتعه بالحياة (The enjoy life) ، والتعامل الإيجابي (The handing positive) ، مع مختلف المواقف والوضعيات من أجل تحيق الصحة النفسية التي يدخل ضمن مقوماته

4-مميزات الارجاعية:

أجرى مركز **CCL** [10] عام (1984) دراسة حول الأحداث المهمة التي تسهم في تطور القادة، وقد أجاب (2%) ممن شملتهم الدراسة بأنهم تعلموا دروسا مهمة من المواقف الصعبة التي تعرضوا لها، مثل فقدان الفرد لعمله، وتراجع المسار المهني، والأخطاء والفشل، أو الإصابات الشخصية.

[10] (**L**eadership **D**evelopmement **R**esults)، وهي مختصر للكلمة الفرنسية (Centre Créativité Leadership) يقصد به مركز الإبداع للقيادة الأكاديمية، هدفها تنمية الوعي الذاتي، والرغبة في التعلم، من خلال نتائج الدراسات والبحوث ، بحيث يتم جمع المعلومات والخبرات من ثم تحليلها بالاعتماد على ثلاث موضوعات: مهام الوظيفة، الصعوبات والتدريب الرسمي (https://www. books.dz).

وقد أعيد تطبيق الدراسة في أواخر عام (1990)، حيث جاءت النتيجة بأن (34%) ممن شملتهم الدراسة أفادوا بأن مواقف التعليم، وتعكس زيادة النسبة أهمية المرونة (الارجاعية) (ماري لين ، مايكل ويكفيلد، ترجمة الهاجري، 2009: 13).

هناك من يعطي للارجاعية مميزات يمكن عرضها:

-المراقبة للوجدانيات المرتبطة بالإعلاء (Observation of empathy) : بحيث لا تظهر سمة الغضب دون عدوانية، تسيير للوقت، إشباع الرغبة وتحويلها حتى تصبح مقبولة.

العلاقة مع الآخر (Relationship with the other): التضحية من أجل الآخر مما يؤدي ذلك إلى تجنب الصراعات وتقوية العلاقات.

-معامل الذكاء (IQ): فالحاصل العقلي يكون مرتفع وعالي، هناك فعالية، استقلالية، وعي، تفهم استثمار العلاقات، إرادة وقدرة على التخطيط (Cyrulnik . B. 1998) .

-المزاح كدفاع جوهري (Mood as fundamental motivation) : ما يسمح لهم بأخذ مسافة ولعب دور كوميدي .

-الإيمان بالله وبالصلاة (The blief in God and prayer) : لديهم صورة إيجابية لأنفسهم أداء جيد، قادرين على تحليل مأساتهم ويخرجون بدروس في الحياة، إلى جانب القدرة على التعبير، فهم وتسيير الانفعالات، والانفعالات الإيجابية تكون من خلال الفرح، الفضول، الإثارة والاعتزاز.

كما يمكن وصفها من خلال الأبعاد التالية:

- اللواحق الإيجابية بغض النظر على مواقف الخطورة مرتفعة الشدة.
- الاحتفاظ بالكفاءة الذاتية في ظل ظروف الحياة الضاغطة.
- التعافي من الصدمات.
- التوظيف الإيجابي للمصاعب والتحديات، واعتبارها فرصة للنمو والارتقاء، مما يجعل متاعب ومشاق المستقبل محتملة (أبو حلاوة، 2013: 26).

استخلص ويكس (Wicks. 2005) أربعة خصائص أساسية للارجاعية وهي:

- **الرؤية الشخصية (The personal vision) :** والتي تندرج ضمنها عوامل مساعدة، كالمبادئ والقيم والأهداف.
- **حل المشكلة (Solve the problem) :** ونجد من عواملها الاستجابة السريعة للخطر، البحث عن المعلومات، القيام بمخاطرة حاسمة.
- **الألفة الاجتماعية (Social affilation) :** ومنها تمييز الفرد عن الآخرين، تكوين العلاقات الاجتماعية الإيثار..
- **ميكانيزمات دفاع الأنا (Mechanisms in deense of the ego) :** ونجد فيها الانفعال إعادة البنية المعرفية، التوقع الإسقاطي الإيجابي.

حدد سيرلنيك (Cyrulnik) مجموعة من السمات التي تميز بروفيل الفرد ذوي ارجاعية في النقاط التالية:

- أن يتمتع الفرد بقدرات عقلية جيدة
- أن يكون الفرد مستقلا وفعالا في محيطه
- أن يكون على دراية بقيمته ومكانته

- أن يكون ذو كفاءات علائقية جيدة
- أن يكون فردا قادرا على التخطيط
- أن يتمتع بروح الفكاهة (زروق، 2009- 2010: 47).

05-العوامل المرتبطة بالارجاعية:

تمثل الإرجاعية قدرة الفرد في التغلب على الصعوبات ومواجهة الصدمة، فمن أين تأتي هذه القدرة والكفاءة ؟، بمعنى آخر من أين يأتي الفرد بهذه الاستعدادات والقابلية لمواجهة الصدمة؟، وهذا يقودنا إلى طرح تساؤل مهم كيف تبنى الإرجاعية ؟.

إن التوظيف الإرجاعي (The recurin employnent) يتأسس انطلاقا من سياق دفاعي معقد نفسي داخلي، وعوامل الحماية التي تعمل على تعديل الاستجابات السلوكية (رد فعل) للأوضاع والأخطار الموجودة في المحيط الاجتماعي والعلائقي (Anaut, 2005: 34).

وكشفت نتائج بعض الدراسات عن وجود عوامل تلطف التأثيرات، وتساهم مجموعة من العوامل في بناء الارجاعية، إذ تظهر العديد من الدراسات أن العامل الرئيسي في تكوين أو بناء الارجاعية هي العلاقات الدافئة داخل الأسرة وخارجها أيضا.

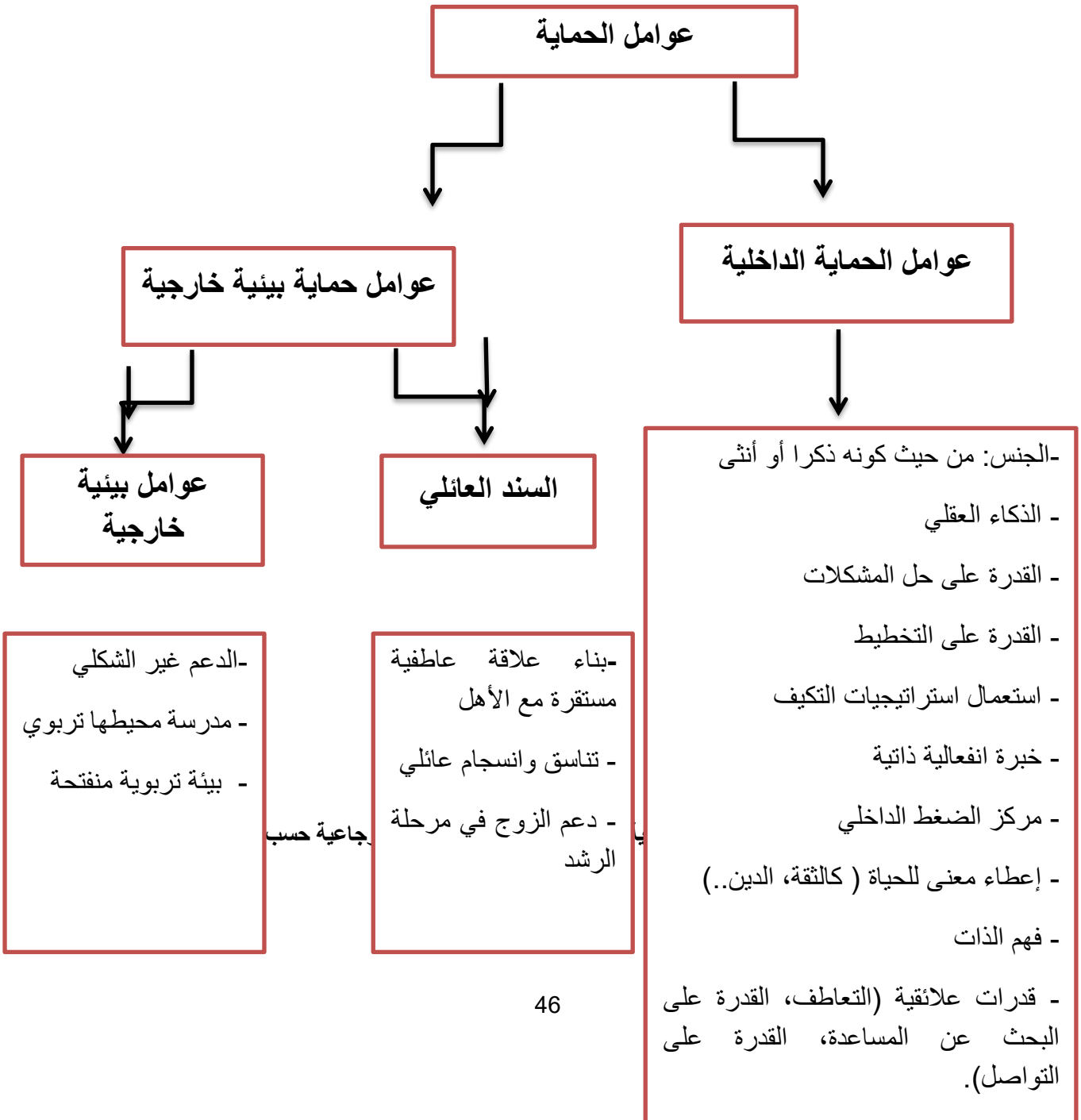
5-1- عوامل الحماية (The protectors Factors): هي كل مميزات الأشخاص، البيئات الوضعيات والأحداث التي تخفض تنبؤ الإصابة بالاضطرابات النفسية، أي تمنح مقاومة ضد الخطورة (Jourdan-Ionescu .C, 2001: 167).

حسب مانغو (Manghau.1995) وجد أن هناك ثلاث فئات رئيسة من العوامل الوقاية تساهم في بناء الجلد وهي:

- **عوامل فردية (Inividual Factors) :**
  - الشعور بالكفاءة الشخصية
  - القدرة على حل المشاكل
  - القدرة على التخطيط
  - التفاؤل
  - المهارات المعرفية
  - القدرة على التعامل مع الضغوط
  - القدرة على الحصول على الدعم.
- **عوامل عائلية (Family Factors) :**
  - متانة العلاقات بين الوالدين والطفل
  - الدفء والمودة
  - دعم عائلي قوي وتماسك الأسرة
- **عوامل الدعم (Factors of Support):**
  - وجود مقدمي الرعاية كالمعلمين
  - أعضاء الأسرة الواسعة أو الأشخاص المقربين
  - البيئات الداعمة التي تعزز الاستقلالية والمسؤولية والسيطرة (بوحجار، 2015- 2016: 43- 44).

أشارت في هذا الصدد نتائج الدراسات الديمغرافية التي تتناول العلاقة بين متغيرات معينة مثل النوع ومصادر المساندة كالمساندة الاجتماعية، أن مثل هذه النوعية من المتغيرات تمكن من التنبؤ بالارجاعية فقد

خلصت دراسة تناولت طبيعة ومستوى التوافق لدى عينات من المجتمع الأمريكي بعد أحداث (11 سبتمبر) تظهر أن النساء أظهرن انخفاضا في مستوى الارجاعية مقارنة بالرجال.
وخلصت دراسة أخرى إلى أن الجنود المشاركون في حرب الفيتنام الذين تلقوا رعاية ومساندة اجتماعية وانفعالية بعد انتهاء الحرب، يظهرون مستوى مرتفع من الارجاعية (أبو حلاوة، 2013: 29)



نلاحظ من خلال الشكل أن عوامل الحماية هي من بين عوامل بناء الارجاعية وتصنف بدورها إلى عاملين أساسيين هما:

1-عوامل الحماية الداخلية (Internal protection factors) : تتمثل في مجموع العوامل المتعلقة بالفرد، كالذكاء العقلي فيشترط أن لا يقل عن المتوسط، وتميز الأفراد بالقدرة على حل المشكلات، من خلال إيجاد الحلول والنظر للمشكل بأبعاده المختلفة، إضافة إلى القدرة الذاتية على التخطيط ووضع أهداف يسعى إلى تحقيقها وإيجاد معنى لأحداث الحياة، كما يعتمد الأفراد الارجاعيين على استراتيجيات التكيف لمواجهة المواقف الضاغطة.

فالشخص السوي هو الذي يستطيع ضبط الذات والتحكم فيها، وفي انفعالاتها تجاه المواقف المختلفة، مع التحكم في الحاجات أو تغييرها، وكلما زادت قدرة الإنسان على ضبط ذاته كلما قلت الحاجة إلى الضبط من مصدر خارجي (الختاتنة، 2012: 68).

2-عوامل متعلقة ببيئة خارجية (Factors related to the external environment): تتمثل في مجموع العوامل المرتبطة بالأسرة، والتي تظهر في وجود علاقات عاطفية للفرد مستقرة مع الأهل والأقارب، فخبرات التفاعل الأسري (Family interaction) تساهم في تلبية حاجيات الطفل النفسية والاجتماعية من خلال القيام بأدوارها المتمثلة في العطف، والود الانفعالي، وتهيئة الجو المناسب مع تعليمه أساليب التواصل والتفاعل مع الآخرين.

بالإضافة إلى وجود الدعم من طرف العائلة خاصة في المواقف الضاغطة، وكذلك بالنسبة للأزواج، حيث لاحظ ليندر (Linder) أن العلاقة الزوجية هي الأساس في الأسر العادية تأتي بعدها العلاقة بين الوالدين والطفل، وهذا العامل من دواعي استقرار الأسرة (Family stability)، فالزوجة تجد الاشباع العاطفي من الزوج وليس من الطفل، بخلاف الأسر المضطربة (The troubled family) فإن مطالب الزوجة موجهة للابن، إذ تثقل كاهله بمشاكلها ومطالبها له بالتعويض عن علاقات مضطربة (الختاتنة، 2012: 91).

بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية البيئية والمتمثلة في الدعم غير الشكلي، والتي تتمثل في الجيران الأصدقاء، الزملاء مع توفر مدرسة محيطها تربوي متفتح.

2-5- عوامل الخطر (The Danger Factors) :

هي كل الظروف الموجودة عند الطفل أو محيطه التي تسبب خطر نشوء المرض (Anaut, 2003: 34)

صنف غارميزي (Garmazy 1996) عوامل الخطر إلى ثلاث أصناف:

- **عوامل متمركزة حول الطفل (Child- Centred Factors) :**
  - الخداجة[11]
  - معاناة الولادة
  - التوائم
  - الأمراض الجسمية المبكرة
  - الانفصال عن الأم مبكرا
- **عوامل متمركزة حول العائلة (Family- Centred Factors) :**

[11] الطفل المولود قبل أوانه

- انفصال الوالدين
- العنف داخل الأسرة
- الإدمان على الكحول
- مرض أحد الوالدين نفسيا أو جسميا
- وفاة أحد أفراد العائلة

- **عوامل محيطية (Environmental Factors):**
  - الفقر والضعف الاقتصادي
  - نوعية المسكن
  - البطالة
  - توظيف الطفل
  - الهجرة (Jourdan- Lonescu. ,2001 : 166 -167).

06-نماذج الارجاعية:

يوجد جدل بين علماء النفس فيما يتعلق بما إذا كانت الارجاعية سمة شخصية ثابتة نسبيا قابلة للقياس؟ أم تمثل خاصية موقفية تميز بعض الأشخاص عن غيرهم؟، هل الارجاعية عملية ذات طابع دينامي يتوقف على السياق؟ ، هل للارجاعية مكون بيولوجي؟، أم هي تكوين متعدد الأبعاد يتوقف على الخلفية الثقافية للمرء، وأساليب التنشئة الاجتماعية وديناميا تها ؟. ومن النماذج النظرية التي طرحت لوصف وتفسير الارجاعية نجد:

6-1- النموذج الثلاثي (The Triangular Form) : الذي قدمه ويرنر وسميث (Werner & Smith,1982)، يعد أول نموذج طرح لوصف وتفسير الارجاعية بتضمين تأثيرات العوامل البيئية في تكوينها لدى البشر، كما تعزى وفقا لهذا النموذج إلى التفاعل بين تأثيرات ثلاثة عوامل وهي:

- عوامل تتعلق بالأفراد أنفسهم
- عوامل راجعة لخصائص الأسرة والبيئة الأسرية
- عوامل راجعة إلى خصائص البيئات الاجتماعية الأوسع

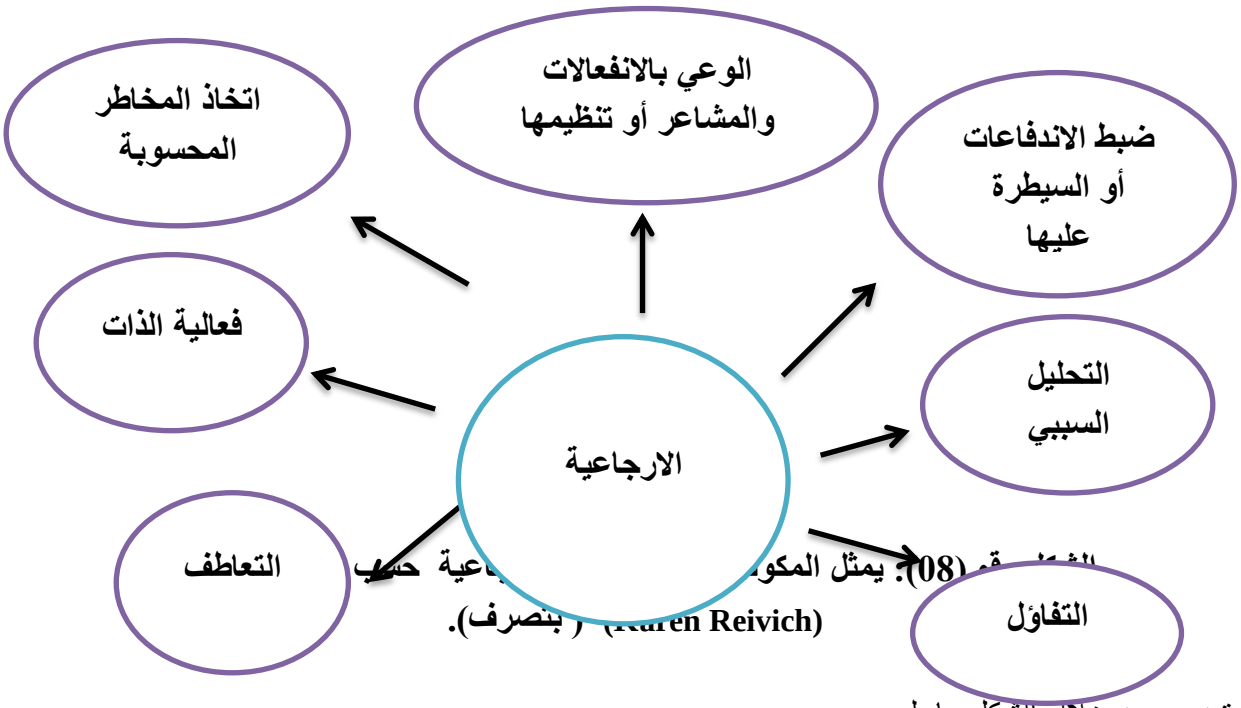
6-2- نموذج لوثر (Luther. 1993-1996) (Luthar Form) : طرح هذا النموذج لوثر (Luther) لتقليل غموض المعاني الضمنية للمصطلحات المركزية المستخدمة في بحوث الارجاعية، كما أشار إلى ضرورة تضمين أي نموذج نظري لوصف وتفسير العملية، وقد أوضح أيضا إلى العوامل التي ربما تلطف من التأثيرات السلبية لمحن الحياة وأحداثها الضاغطة، وأطلق على هذه المجموعة من العوامل عوامل الوقاية، وميز نوعين منها:

- **الأول/ عوامل الوقاية- الثبات (Factors of Potection - Stability) :** ويتمثل في قدرة المرء على الاحتفاظ بهدوئه وثباته الانفعالي، وكفاءته السلوكية بالرغم من زيادة احتمالات التعرض لمخاطر المحن والضغوط.
- **العامل الثاني/ الوقاية- التعزيز أو التحسين (Protection – Enchancement or Optimization):** ويتمثل في قدرة المرء على مواجهة محن الحياة، وأحداثها الضاغطة بصورة

مباشرة بدون انكسار أو انهيار، والتعافي السريع من تأثيراتها السلبية مما يزيد صلابتهم النفسية وكفاءتهم السلوكية (أبو حلاوة، 2013: 40).

3-6- نموذج كارين ريفيتش (Karen Reivich Form): وقد اشتركت كارين ريفيتش (Karen Reivich) مع سيلجمان (Selgman) في تأليف كتاب الطفل المتفائل (The optimistic Child) وعامل المرونة (Flexibility factor) ، والتي ألقتها في سنة (2005) في مركز بحوث الثقة وجودة الحياة، ذكرت أن بعض الناس يولدون بقابليات مرتفعة من المرونة النفسية، في حين يولد البعض الآخر بقابليات منخفضة، وقد توصلت إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بالمرونة يظلون طيلة حياتهم متمتعين بهذه الخاصية الإيجابية، بالرغم من المصاعب والأحداث الضاغطة التي يواجهونها، كما تمكنت مع زملائها الباحثين في هذا المجال من تحديد القدرات التي تميز ذوي المستويات العالية من المرونة منها: التمتع بروح المرح والفكاهة (The spirit of fun) والدعابة (The humor) ، ولقد أكدت ريفيتش (Karen Reivich) أن التفاؤل من أهم الدوافع التي تحرض البشر على مواصلة الحياة بإيمان وأمل

وحددت سبع مكونات أساسية للمرونة النفسية تعد أساس الوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية وتمثلت فيما يلي: (أبو حلاوة، 2013: 41- 42).



الشكل رقم (08): يمثل المكو[illegible]اعية حسب (Karen Reivich) (بتصرف).

يتضح من خلال الشكل ما يلي:

-الوعي بالانفعالات والمشاعر أو تنظيمها(The awarenss of emotion and feelings) : تعرف المرء وتحديده للانفعالات والمشاعر التي تسيطر عليه.

-ضبط الاندفاعات أو السيطرة عليها (Adjust bursts) : يتميز ذو المستويات العالية من المرونة بالقدرة على تحمل الغموض، والتدبر ومعالجة الأشياء أو الأحداث.

-التحليل السببي (The causal analysis) : وهو القدرة على التفكير الشامل المتعمق في المشكلات ويتعلق بالأشخاص الذين لديهم استبصار بمشكلاتهم ويقترحون حلولا لهم.

-التفاؤل (The optimism) : من خلال تبني أسلوب الوصف، التفكير والتفسير التفاؤلي، وهنا يرتكز على الواقع البعيد عن التوهمات الخيالية (The fantasies)، والمتجه إلى حل المشكلات من خلال رؤية الواقع وتفسيره.

-التعاطف (The sumpathy) : ويعني القدرة على قراءة وفهم انفعالات ومشاعر الآخرين، ولهذه القدرة أهمية للمرونة لسببين هما: الأول يساعد الأفراد على إقامة واستمرار في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، والثاني: تعد مصدرا من مصادر المساندة الاجتماعية والنفسية، وبالتالي يعد عامل الوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

-فعالية الذات (Self- efficacy): تؤكد ريفيتش (Karen Reivich) أن فعالية الذات هي مجموعة من المهارات التي يمتاز بها الفرد وثقته في قدرته على حل المشكلات، ومعرفته لمكامن قوته وباطن ضعفه من أجل التوافق مع أحداث الحياة ووقائعها الإيجابية والسلبية.

-اتخاذ المخاطر المحسوبة (Take calculated risks) : ويقصد بها الاستعداد للإقدام على المخاطرة المحسوبة أو المناسبة، مع الاعتقاد بأن المحاولة والخطأ والفشل أيضا جزء من الحياة (أبو حلاوة، 2013: 42- 43).

أكدت ريفيتش (Reivich) على أن هذه الأبعاد ليست كاملة أو نهائية، إذ أنه ليس من المحتمل أن يتحصل الفرد على درجات مرتفعة منها، ولكي نزيد من ارجاعية البشر لابد من تحديد أي من العوامل أو المكونات هم أقوياء فيه، مع تحديد مكامن القوة أولا، ثم الانتقال إلى الأبعاد الأضعف (أبو حلاوة، 2013: 43- 44).

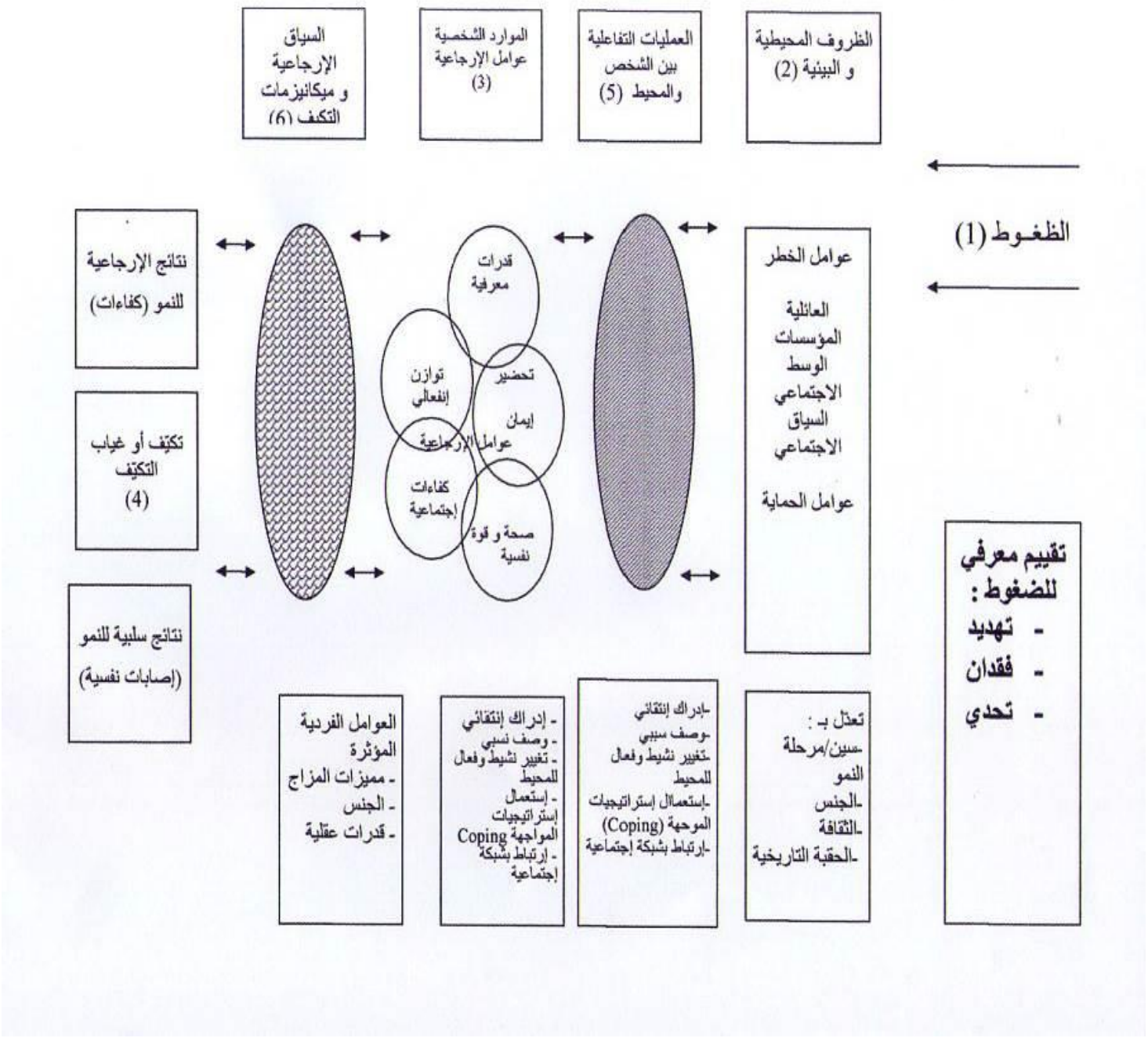
6-4- نموذج بولبي (Bowlby Form): استخدم هذا المصطلح عام (1992) على الحافز المعنوي الذين لا يفشلون في مواجهة المصاعب، فحسب بولبي (Bowlby) فإن النظام العلائقي يتمثل في حماية الطفل من الخطر، من خلال بناء علاقة حميمية بين الأبوين والطفل والميل إلى الحفاظ على الحياة (زروق، 2010: 29).

كما يعتبر بولبي (Bowlby) مختلف علاقات التعلق خلال النمو غير مستقلة عن بعضها، وهذا ما أكدته دراسات كل من برترتون وكون (Bertherthon and Cohn. 1989) وكذلك جورج وسولومون (George and Solomone. 1989) فيما يتعلق أيضا بفرضية الانتقال المباشر لنوعية علاقة التعلق من الأب إلى الابن. ووصلت دراسات كل من أرمسدم وكريتندن (Armsdem,1987 and Crittenden. 1994) إلى حد الربط بين علاقة التعلق الأولي (Initial attachment relationship) والكيفية التي يسلك بها الأفراد، فيما بعد من خلال علاقاتهم الاجتماعية.

تعد نظرية التعلق (Attachment Theory) مرجعية هامة لشرح جروحية (Vulnerability) بعض الأفراد الذين يعيشون صعوبة التكيف بسبب فقدان شخص مهم، فتجارب الانفصال (The separation) والنبذ (The obstracism) تضع الفرد في وضعية منعدمة الحماية، تجعله يشك في قيمته الذاتية، وهذا ما يؤدي إلى خلق صعوبات تحول دون الوصول إلى بناء صلات تعلق مستقرة يحكمها طابع الحماية، كما أن عدم القدرة على الإحساس بالارتباط الحميم بالآخرين يخلق جملة من الشكوك إزاء الحياة

كما ترتكز هذه النظرية على دراسة طريقة تكوين العلاقات الأولية، بحيث تعتبر المرحلة ال\اولية النمائية اساسية ينتج عنها تطورات وظيفية، حيث أن العلاقة– أم/ طفل-، أولية لنمو الرجوعية، فالثلاث سنوات الأولى تنتج نوعا محددا من التعلق انطلاقا من تفاعلات الأولياء أو ذوي الرعاية\ن وتؤثر بدورها على التطورات اللاحقة لسيرورة الجلد (بوسنة وعثماني مرابو، 2015: 125).

5-6-النموذج النسقي البيئي التفاعلي (Systematic Environmental Interactive Form):
لقد أعطى هذا النموذج اهتمام أكبر للسياق البيئي وارتباطه بنمو الطفل، وكذا من المنظور النسقي التفاعلي، وهو موضح بطريقة جيدة في مخطط كامبفر (Kumpfer. 1999)، حيث يسمح بإظهار العمليات والسيرورات الحاصلة في الإرجاعية، وكذا المفاهيم المتعلقة بهذه العملية، ومن أجل بناء نموذجها اعتمدت كامبفر (kumpfer. 1995) على عدد معتبر من البحوث الأنجلو ساكسونية من بينها: لوثر، دان وليدل (Liddle. Luthar. 1993, Dunn. 1994 and 1994)، بحيث حاولت وضع إطار تمهيدي كنقطة انطلاق من أجل تنظيم العوامل والعمليات التي تسمح بتنبؤ وتوقع نتائج إيجابية في حالة التهديد، ووضعيات الخطر، وذلك لإعطاء مفهوم الإرجاعية صيغة عملياتية.



الشكل رقم (09): يمثل مخطط كامبفر الذي يوضح مفهوم الإرجاعية (Kumpfer. 1999)

يظهر من خلال الشكل رقم (09) ما يلي:

1- الضغط (The stress): إن مستوى الضغط يتأثر بتقييم معرفي للشخص المتعرض للصدمة، وهذا التقييم يكون إما على أنه تهدي (A threat) ، وإما فقدان (A loss) ، وإما تحدي (A challenge) ويعتبر هذا الضغط منبعا لفقدان التوازن الشخصي، أو مصدر لعدم تنظيم الوحدة العائلية.

2- الظروف المحيطية والبيئية (ترتيبات المحيط) (The perieral and environmental conditions): هذه الترتيبات توازن بين عوامل الخطر وعوامل الحماية، وهي جزء من محيط الطفل ونخص به المحيط العائلي، المؤسسات، الوسط الاجتماعي، السياق الاجتماعي، فالمتغيرات التي قد تؤثر في هذه العوامل هي: مستوى النمو، السن، الجنس، السياق الثقافي، والتاريخي.

3- المصادر أو الموارد الشخصية (The personal sources): قد تكون موجودة عند الأشخاص الذين استطاعوا تنمية وتطوير إرجاعياتهم:

- قدرات معرفية (Cognitive abilities)
- توازن انفعالي (Emotional balance)
- الصحة والقوة النفسية (Psychological strength)
- الكفاءات الاجتماعية (Social competences)
- التحفيز والإيمان (Motivation and Faith)

4- نتائج النمو (Growth results): النمو والتطور الإيجابي يظهر بالحفاظ وبناء القدرات والكفاءات التي تتوافق وسن الطفل، وكذا غياب الإصابات النفسية، هذا النموذج يجعلنا نتوقع تكيف ناجح، يسمح بتعلم التحكم في وضعيات الضغط اللاحقة والمستقبلية.

5 - العمليات التفاعلية القائمة بين الشخص ومحيطه (The interactive processes exist between the person and his surroundings) : قد نلاحظ التفسيرات والادراكات المقدمة للحوادث المختلفة، وكذا الاستراتيجيات الفعالة أو السلبية، لمحاولة تخطي التهديدات والتحديات أو الصعوبات المحيطة، وذلك من أجل بناء فضاء أكثر حماية.

6-العمليات التفاعلية القائمة بين الشخص ونموه (The interactive processes exist between the person and his growths) : إمكانية ملاحظة النتائج الإيجابية أو التكيف الناجح في بعض جوانب النمو، كما قد يتم ملاحظتها في مراحل لاحقة في سن الرشد، وقد تظهر اضطرابات واختلالات، وبعدها يكون إرجاعية متأخرة، لأنه يتعلق الأمر بنموذج ديناميكي.

6-6-النموذج التنظيمي التربوي (Organizational Educational Form): يرتكز هذا النموذج على الاعتقاد بأن الاستمرارية (The continuity)، التماسك (The cohesion) والتناسق (The consistency) هي كفاءات تطفو أو تظهر على المدى الطويل، وتشير أيضا إلى عاملين هامين في عملية النمو، ويتعلق الأمر بالاختبارات الفردية والبنية الشخصية من جهة، والتاريخ الفردي (The individual history) والتأثيرات الحالية من جهة أخرى.

يرى لوثر (Luthar. 2006) أن مفهوم الإرجاعية يعطي إطارا مهما لعملية التفكير في علوم التربية وكذا دعما لدراسة النمو، بعض الممارسين استغلوا مفهوم الإرجاعية في الميدان العلمي ويعتقدون أن هذا المفهوم أقرب من الممارسة، فهو عملي أكثر من أنه علمي وقد تكون ملاحظتهم مهمة:

- يعتبر الممارسون بأن الإرجاعية قدرة كامنة أو ظاهرة، قد تكون مبنية أو مسترجعة
- هي عملية ليست مطلقة
- قد تكون الارجاعية متغيرة، وهنا تكمن فكرة أهمية بنائها وصيانتها
- تبنى الإرجاعية خلال تفاعل الفرد مع محيطه

- تحتوي الإرجاعية على مكونين: مقاومة الهدم (Resistance to demolition) والقدرة على البناء الايجابي (The ability to build psitive)، فهذا المفهوم يتعدى المقاومة البسيطة، فهو مرتبط باكتشاف وإيجاد المعنى.
- نستطيع استعمال هذا المفهوم في إطار الأنساق الاجتماعية، كالعائلة
- الإرجاعية تكون في سياق اجتماعي وثقافي

لقد تم تعميم هذه النظرة العملية في مجال التكفل، والرعاية الطبية والاجتماعية من قبل مونصيو (Manciaux and others. 2001)، ووضح التغيرات والتحولات التي تحصل عندما نغير النظرة ويتم إدماج الارجاعية في التكفل والرعاية.

الجدول رقم (01): يمثل تغيير النظرة في التكفل بإدخال وإدماج الإرجاعية في الجانب العملي – التطبيقي- (الممارسة) (Manciaux and others, 2001: 246)

من	إلى
اعتبار الشخص كحالة: يتم جمع الأعراض للوصول إلى التشخيص.	اعتبار الشخص كفرد (منفرد)، تجمع السمات الشخصية وكذا الموارد من أجل تكوين القوى
العلاج متمركز على المشكل	العلاج متمركز على الإمكانيات
السرد الشخصي للحالة يساعد على وضع تشخيص، وذلك بفضل تأويل الفاحص الخبير	السرد الشخصي هو الطريق الرئيسي للتعرف على الشخص وفهمه
الممارس يشك ويرتاب من المعطيات المتعلقة بتاريخ الشخص وتبريرات التنظيم العقلي للعميل	الممارس يعرف الشخص ويستمع له جيدا
الصدمة في مرحلة الطفولة تعتبر علامة، أو تكهن بالاضطراب والمرض في سن الرشد	الصدمة في مرحلة الطفولة لا تسمح بوضع توقع حتمي فقد تضعف أو تقوي الشخص
العامل الأساسي في المشروع العلاجي هو المخطط الذي يضعه الممارس (المعالج)	العامل الأساسي في العملية العلاجية هو مبتغى وطموح الفرد، العائلة وكذا المهنيين
إمكانية الاختيار، المراقبة، الضبط، والنمو الشخصي المحددة بالمرض أو المجتمع	إمكانية الاختيار، المراقبة، الضبط والنمو الشخصي مفتوحة
المؤهلات والموارد الهامة للعلاج هي : معارف وكفاءات المعالج	الموارد الهامة والنافعة للعلاج هي كذلك وبلا شك قدرات وكفاءات الفرد، دعم العائلة والجماعة
العلاج يخص: الإنقاص من آثار الأعراض والنتائج السلبية الشخصية والاجتماعية على مستوى الفعل، الانفعالات، التفكير والعلاقات	العلاج يهدف خاصة إلى تقدم الشخص في الحياة تأكيد وتنمية قيّمة ارتباطاته
تدخل العائلة يعقد من عمل الممارس	تعتبر العائلة ورقة رابحة في العمل العلاجي

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن العملية العلاجية كانت ترتكز على المشكل في حد ذاته وعلى كفاءة المعالج، وبإدماج الارجاعية كعملية علاجية إلى المجال التطبيقي، بدأ التركيز على الشخص المضطرب

قدراته، إمكانياته، محاولة فهمه والتقرب إليه، ودور المحيط الخارجي والأسري في العلاج، وعلى العوامل المحيطة من البيئة الخارجية والدعم، وهي تمثل عوامل الارجاعية والتركيز على أهميتها، كما ظهر تغيير في تفسير الاضطراب من خلال الابتعاد عن الحتمية النفسية، والتي نلتمسها في التحليل النفسي من خلال التغيير من التفكير الخطي إلى التفكير الدائري.

خلاصـــــة الفـــــصـــــل

إن الارجاعية بصورة عامة تشير إلى قدرة الفرد على الشفاء أو التجاوز، أو مقاومة التأثر ببعض الصدمات، الإهانات، أو الاضطرابات، ويستخدم المفهوم بصورة متعددة ومختلفة حسب المجال الذي يرد فيه، كما يشير إلى كل مقومات المناعة ضد التأثيرات السلبية للأحداث السيئة في المستقبل، يجب الإشارة إلى أن الارجاعية من الممكن أن تحدد من جانبين: من جهة رجوع أو عودة إلى الذات، وهذا ما نلاحظه على المدى القصير، ومن جهة أخرى فكرة الارتداد بحركة دينامية للأمام، من أجل الخروج من المأزق وبناء مستقبل، ويمكن اعتبارها عامل حيوي وهام في الحفاظ على الشخصية بحيث ترتبط بهيكلة منظمة لسيرورة النمو النفسي، ومن خلال عوامل بناءة يتبناها الفرد مما يجعله مؤهلا في مواجهة مختلف الأزمات والصدمات، كما يتوجب النظر إلى المدى البعيد لاكتشاف الأثر، إذا ليس بقدر الألم والتعرض إلى الضغوط ينتج شخص لديه ارجاعية.

الفصـــــل الرابـــــع: التـــــوحـــــــــد

تمهـــــــيد

1- البدايات التاريخية لاضطراب التوحد

2- تعاريف للتوحد

3- مسميات التوحد

4- نسبة انتشار التوحد

5- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد

6- العوامل المؤدية لحدوث التوحد

7- اشكال التوحد

8- محكات التشخيص

خـــلاصـــــة الفصـــــــل

تمهـــــــــيد

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا، نظرا لتنوع نماذج الأفراد المصابين بهذا الاضطراب وتفاوت قدراتهم ومهاراتهم، ورغم وجود خصائص مشتركة بينهم إلا أن الأعراض والخصائص التي تشير إلى التوحد تظهر على شكل أنماط متداخلة، تندرج من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد، ويؤثر التوحد في الجوانب الاجتماعية واللغوية والسلوكية للفرد
كما يشير الخبراء على أن التوحد أشبه ما يكون إلى مجموعة متنوعة من الاضطرابات السلوكية والتي يتم تشخيصها عن طريق معايير فردية، مما يوجب على الأطباء والمختصين التعرف على مواصفات وخصائص عامة تكون مشتركة لتشخيص الاضطراب، من أجل التفريق بين التوحد والاضطرابات المشابهة له.

1- البدايات التاريخية لاضطراب التوحد:

تعتبر الاضطرابات العقلية من أعقد المشكلات التي واجهت البشرية منذ القدم، ما دفع الباحثين إلى طرح تساؤلات كثيرة أدت إلى تعدد وجهات مختلفة، ومن بينهم الأخصائي النفساني هنري مودسلي (Henry Modesly)، في عام (1868) اهتم جديا بالاضطرابات العقلية لدى الأطفال الصغار والتي تضمنت خللا في العمليات النمائية، حيث صنفه في البداية كاضطراب ذهاني (عبد المعطي، 2001: 556).
وفي عام (1906) جاء كومبي (Kombi) مختص في طب الأطفال بفكرة أن الأعراض الملاحظة قد تكون مؤشرات لهذيان، ومن جهة أخرى يرى جاليفي (Jaliffé) أنها مؤشرات للجنون المبكر، ولكن أزيلت هذه الفكرة بانعقاد مؤتمر علم النفس (Messersehmitt, 1991: 03).
وفي عام (1911) وصف بلولر (Bleuler) مجموعة من الأعراض الملاحظة على أنها إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي.
كما قام العالم الأمريكي ليو كانر(Leo Kanner) عام (1943) بفحص مجموعة أطفال عددهم (11 طفلا) مضطربا، يتصرفون بطرق غير شائعة لدى الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أو الفصاميين، وقد سمى تلك الأعراض المبكرة باسم التوحد الطفولي المبكر(Autism infantile precoce)، كما وجد أن أولئك الأطفال كانوا عاجزين منذ بداية حياتهم عن التواصل مع الآخرين، وكانوا محدودي اللغة ولديهم رغبة حوارية كبرى أن يظل كل شيء حولهم كما هو بدون تغيير.

في عام (1944) نشر هانز أسبرجر(Hanz Asperger) دراسته تصف حالة شبيهة بالتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة أسبرجر (Syndrom Asperger).
من هنا بدأت **المرحلة الأولى** في التطور التاريخي للتوحد وأطلق عليها مرحلة: " الدراسات الوصفية الأولى" وامتدت ما بين أواسط وأواخر خمسينيات القرن العشرين، وكان هدفها هو وصف سلوك الأطفال التوحديين وأثر هذا الاضطراب على تصرفاتهم، ومن بين الذين ساهموا في هذه الدراسات: ليو كانر (Leo Kanner) إيزنبرج ليون (Eizenberg Leon)، هانز أسبرجر (Hanz Asperger) (السيد سليمان، 2010: 22). ففي الفترة ما بين (1950- 1960) كان التركيز على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد وغيره من الأعراض، ولقد تم التوصل إلى ثلاث مجالات لدى أغلبية الأطفال المصابين، والتي تمثلت: فشل في تطوير علاقات اجتماعية، تأخر واضطراب لغوي مع ظهور سلوكيات نمطية مرتبطة بلعب نمطي (الزريقات، 2004: 27).

اكتشف د. برنارد ريملاند (Bernard Rimland) عام (1964) أدلة تؤكد على أنه حالة بيولوجية عام (1966) اكتشف أندرياس ريت (Andreas Rett) صاحب متلازمة ريت (Syndrome of Rett´s) دليلا آخر يؤكد على أن اضطراب التوحد هو كذلك حالة بيولوجية.

قام عام (1977) كل من د.سوزان فلوستين ومايكل روتر (Susane Falstein and Michael Rutter) بدراسة على توأمين مصابين بالتوحد أوحت لهما احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بهذا الاضطراب.

أما **في المرحلة الثانية:** والتي أجريت أواخر الخمسينات وأواخر السبعينات فقد وصفت على أنها " دراسات قصصية "، وكانت تلك الدراسات تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب، كما ساهمت دراسات هذه المرحلة في وضع بعض المعايير التشخيصية لحالات التوحد وإعطاء مؤشرات لاحتمالات التطور المتوقعة للوضع العام للأطفال التوحديين (السيد سليمان، 2010: 22)، ومن بين الذين اهتموا بدراسات هذه المرحلة: مايكل روتر (Michael Rutter, 1960)، ميتلر (Mitler, 1963) فيكتور لوتر(Victor Lutter, 1978).

ففي دراسة مايكل روتر (Michael Rutter, 1960) تم إجراء دراسة تفصيلية لـ (63) فرد تم تشخيصهم على أنهم حالات التوحد في مستشفى مودسلي (Modesly) بلندن ومتابعة (38) فرد من أفراد هذه المجموعة تتراوح أعمارهم ما بين (16 سنة فما فوق)، فقد وجد أن اثنين منهم مازال في المدرسة بالإضافة إلى ثلاث أفراد فقط هم الذين استطاعوا الحصول على عمل بأجر أكثر من نصف الأفراد

سبعة منهم يعيشون مع آبائهم بالإضافة إلى أربعة يذهبون للمراكز يوميا، وقد لاحظ روتر (Rutter) أثناء هذه الدراسة أنه على الأقل يوجد بعض الأفراد الذين يعيشون في منازلهم، أو في تجمعات مخصصة لهم من الممكن أن يكونوا قادرين على العمل في مكان آمن مع التدريب الجيد (كامل محمد، 2003: 18).

أما **المرحلة الثالثة**: فقد ركزت أغلب الدراسات على الأفراد المصابين بالتوحد من ذوي الأداء العالي في القدرات العقلية، وشملت هذه المرحلة فترة الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين، ومن بين الذين أبرزوا اهتماماتهم في هذه المرحلة، ستيفنج برج (Steveng Berg, 1987)، شينج لي (Ching Le, 1990) كوباياشي (Kobayachi, 1992) وجيلبرج (Gelberg).

كانت الدراسات وصفية وغير دقيقة لتركيزها في الاهتمام ببعض السلوكيات والاتجاهات المحدودة من خلال جمع المعطيات، مثل تقارير الآباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم كما ركزت الدراسات خلال هذه الفترة على ما يلي:

- أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب التوحد خاصة ما بين (06-05) سنوات حيث أن تطور اللغة في هذه المرحلة العمرية يعد أحد العوامل المهمة في نمو وارتقاء بعض المهارات والقدرات لدى الأطفال في المرحلة اللاحقة من العمر.
- إن مجرد تمتع الأطفال المضطربين ببعض المهارات أو القدرات الادراكية واللغوية الجيدة نسبيا، لا يضمن لهم بالضرورة تطور حالتهم بشكل جيد دون التدخل المتخصص، من أجل التدريب في بعض مجالات معينة، مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى.
- تطوير وسائل التشخيص والتقييم لحالات التوحد.
- الدراسات اللاحقة ركزت على الأطفال المصابين بالتوحد ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبيا (السيد سليمان، 2010: 23).

كما قام كل من (د.مايكل روتر، كاترين لورد ود. أن لي كوتشر) (Michael Rutter, Catherine Lord and Ann Lecoutcheur) عام (1991) بنشر أول استبيان لتشخيص التوحد (The Autisme Diagnostic Intreview).
قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) عام (1992) بإصدار دليل مشابه لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض(ICD- 10)
عام (1994) نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM 4) الذي وضع معايير مقننة لتشخيص التوحد.
كما أسس الاتحاد الدولي لأبحاث التوحد (NAAR) (The National Alliance Autism Research) ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة الأمريكية تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة.
يبدو من خلال ما سبق أن التعرف على اضطراب التوحد مر بعدة مراحل ودراسات، انطلقت من اعتباره مرضا ذهانيا من خلال مجموع المؤشرات والدلائل، ثم تصنيفه على أنه فصام حسب الأعراض الشبيهة للمرض والتي تتمثل في الانسحاب عن العالم والواقع، ورفض التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي، وبعدها تطورت الدراسات والأبحاث وظهرت تصنيفات عديدة كاضطراب أسبرجر، وريت، وتشخيص الأعراض بالاعتماد على معايير ومقاييس.

2- تعاريف للتوحد:

2-1- لغة:

الأوتيزم (Autism) لفظ مشتق من أصل يوناني وهو مكون من مقطعين الأول " Aut " وتعني الذات (Self) والثاني " Ism " وتعني حالة (State)، وبذلك يعني هذا المصطلح حالة الذات، ويشير إلى الانشغال الشديد للأطفال المصابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين (محمد خليل وآخرون، 2009: 37).

2-2- اصطلاحا:

يعرف على أنه من اضطراب نمائي (Developmental disorder) الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر ويظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة (Early Chilldhood).
تشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) على أنه نوع من أنواع الاضطرابات التطويرية يظهر خلال ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، حيث أن الاضطرابات الفيزيولوجية تؤثر على وظائف المخ (Brain functions)وبالتالي تؤثر على مختلف مراحل النمو (المغلوث، 2006).
يعرف كذلك على أنه حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل علاقاته مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا والتوحد مصطلح لا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكياء جدا أو متخلفين عقليا (القمش، 2011: 238).
تذكر نادية شعبان (Nadia Cabane, 2009) في كتاب **(**Le livre blanc de l'autisme) (الكتاب الأبيض للتوحد)، في وصف الأمراض للاضطرابات العقلية للطفل، أن التوحد هو سمة أو خاصية واسعة، فمنذ نهاية الثمانينات قامت المدارس (CIM 10 –Who.1992) وأمريكا الجنوبية (DSM4 – APA. 1994) بإدراج التوحد ضمن قائمة الأمراض وألقوا عليه " اضطرابات النمو الارتقائية " (Development Invasive Disorder) (Chabane, 2009 : 09)
نستنتج من خلال التعاريف السابقة أن التوحد هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل في الدماغ وينتج الإصابة عنه باضطرابات نفسية انفعالية تؤثر على مستوى السلوك للطفل من خلال: الانطواء، الانعزال عن العالم الواقعي، رفض التفاعل مع الآخرين، خلل في التواصل اللفظي من حيث عدم القدرة على الكلام تماما، أو

وجود لغة مصحوبة بكلمات غير مفهومة، أو تكرارية كالمصاداه[12] (Echolalia) مثلا وأيضا غير اللفظية التي تتمثل في الإشارات (The signals)، والإيماءات (The mimicry) مع سلوكيات غير طبيعية (Abnormal behavior) كنشاط زائد، حركات نمطية تكرارية وشاذة.

والدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (10) ICD: يعتبره مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل ومخزون محدود نمطي ومتكرر 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.

بالنسبة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM4) فيجب أن تظهر في الفرد إعاقات نوعية في المجالات التالية:

- التفاعل الاجتماعي (The social interaction)
- الاتصال والنماذج المحددة والمتكررة والنمطية للسلوك (The contact and repeated forms and the streotyping)
- الميول والأنشطة (The attitudes and activities)

كما يجب أن تظهر ستة أعراضعلى الأقل في هذه المجالات، مع وجود عرضين على الأقل في التفاعل الاجتماعي، وعرض واحد في كل من الاتصال والنماذج المحددة المتكررة والنمطية للسلوك والميول والأنشطة، كما ينبغي أن تكون هذه الأعراض موجودة عند سن الـ (36) شهرا. فالأطفال التوحديون هم الذين: - ينقصهم الاتصال الانفعالي (Lack emotional contact)

- ينقصهم الاتصال اللغوي (Lack language communication) المتمثل في اضطراب النمو اللغوي (Linguistic development disorder) مع شذوذ في شكله، ومضمونه وترديد آلي لما يسمع.
- شذوذ في اللعب والتخيل (Anomaly in play and communication) (Wolf, 1988 :576).
- الانطواء على الذات (Self- absorption).
- ضعف الانتماء للآخر (Weakness of belonging to the other).
- ميل قوي للمحافظة على رتابة الأشياء (The tendency to maintain monotony) في مبدأ الثبات (Principle of Constancy) (ميموني، 2011: 68).

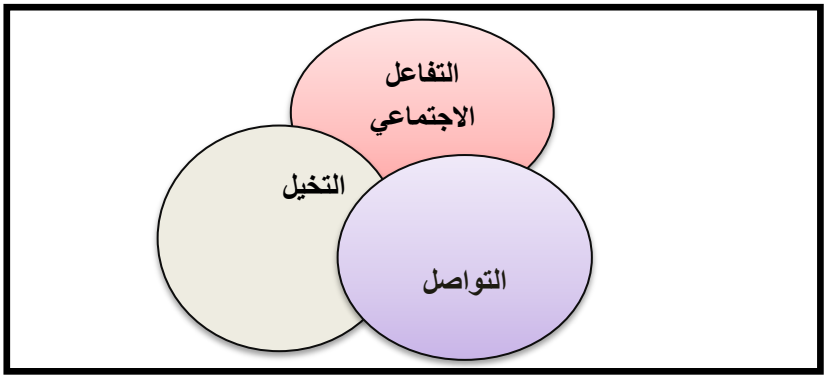
ولقد أشارت دراسة كلين (klin, 1995) بعنوان " تدريب الأطفال التوحيديين على الإصغاء للكلام للحد من سلوكيات الانسحاب الاجتماعي لديهم "، حيث هدفت إلى التمييز بين الأطفال التوحيديين والأطفال المتخلفين عقليا في سلوكيات التواصل مع الآخرين، والتعلق بهم والانسحاب من المواقف الاجتماعية.

تكونت عينة الدراسة من (12) طفلا توحديا، تتراوح أعمارهم ما بين أربع إلى ست سنوات، وضمت الثانية مجموعة مماثلة من الأطفال المتخلفين عقليا، نتائج الدراسة أوضحت أن الأطفال التوحديون كانوا أقل تعلقا من أقرانهم المتخلفين عقليا، حيث لم يفضلوا أصوات الأم، بل كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وذلك بشكل دال قياسيا بأقرانهم المعاقين ذهنيا الذين كانوا يفضلون صوت الأم .

عرفته الجمعية الأمريكية (Autism Asociaty of American) بأنه نوع من الاضطرابات ألتطورية التي لها دلائلها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل ما في كيميائية الدم (Defect in blood chemistry) أو إصابة الدماغ، بحيث يؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي

[12] تعبير طبي يتصف بطابعه التكراري، وتوجد هذه الظواهر الترادية في حقل اللغة، للدلالة عند فرد معين على الترداد الآلي للكلمات التي نتوجه بها إليه، دون أن يبدو أنه قد فهم معناها، وتعتبر ظاهرة آلية لأنها غير إرادية دون قصد ظاهر ومنقطعة بالنسبة إلى النشاط السائد (دورون وبارو، ترجمة شاهين، 2011: 370).

النمو. والشكل الآتي يوضح ثلاثية الافتقار التي تسهم في تشخيص اضطراب التوحد (القمش والمعايطة، 2007 - 2014: 294)



يبين الشكل الأعراض الثلاثة التي تحدد اضطراب التوحد والتي تتمثل في:

أولا / قصور في التفاعل الاجتماعي (Lack of social interaction): بحيث يفتقر التوحدي إلى إقامة العلاقات الاجتماعية واللعب مع أقرانه.

ثانيا/ غياب التواصل اللفظي (Absence of verbal communication): والمتمثل في الغياب الكلي للغة اللفظية، أو وجودها مع ظهور مصاداه (Echolalia)، أو كلام غير مفهوم وكذلك عدم وجود التواصل غير اللفظي، والذي يمثل الإشارات، الإيماءات....

ثالثا/ اضطراب في السلوكيات والتخيل (Distruptive behavior and imagination): من خلال انعدام اللعب الرمزي (Lack of symbolic play) والتخيلي عند الطفل المضطرب.

الجدول رقم (02): يمثل الفرق بين تصنيف (DSM 05) و(DSM 04) من حيث تعريف اضطراب التوحد (DSM 5, 2013: 52)

(DSM 4)	(DSM 5)
- اضطرابات الطفولة الأولى والثانية، والمراهقة	- اضطرابات النمو -العصبية
اضطرابات النمو الاجترارية - اضطراب التوحد - عرض أسبرجر - اضطرابات النمو الارتقائية غير المحددة - اضطراب عدم دمج الطفولة	- اضطراب طيف التوحد

يظهر في الجدول أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية يصنف التوحد على أنه اضطراب في الطفولة والمراهقة، وهو ضمن اضطرابات النمو الاجترارية والارتقائية، كما يعتبر عرض أسبرجر واضطراب عدم دمج الطفولة ضمن قائمة تصنيف التوحد، أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس فإنه يصنف الاضطراب على أنه ضمن اضطرابات النمو العصبية، وطيف التوحد هو تسمية للاضطراب.

الجدول رقم (03): يمثل الفرق بين تصنيف (DSM 05) و(DSM 04) من حيث أعراض اضطراب التوحد (DSM 5, 2013: 53)

(DSM 4)	(DSM 5)
- اضطرابات الطفولة الأولى والثانية، والمراهقة	- اضطرابات النمو– العصبية
- اضطرابات النمو الاجترارية - التواصل الاجتماعي - التفاعل الاجتماعي - سلوكيات نمطية واهتمامات محددة	- اضطراب طيف التوحد - التواصل والتفاعل الاجتماعي - سلوكيات نمطية واهتمامات محددة

نلاحظ من حلال الجدول السابق اختلاف في تصنيف أعراض اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والخامس، بحيث في التصنيف الأول اعتبر من اضطرابات الطفولة والمراهقة، واضطرابات النمو الاجترارية مع ظهور ثلاث أعراض على مستوى التواصل الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، السلوكيات والاهتمامات، بينما في التصنيف الثاني فهو ضمن اضطرابات النمو العصبية، وأصبح يطلق عليه تسمية طيف التوحد والذي يحدد على مستوى: التواصل والتفاعل الاجتماعي، وكذا السلوكيات والاهتمامات المحددة.

كما تتنوع أعراض التوحد وتظهر سمات تتمثل في:

-صعوبات في استعمال اللغة للتواصل مع الآخرين والتي تبدو في صورة قصور في الكلام، أو قد يظهر الكلام من خلال تكرار الكلمات في إشارات ضعيفة (كولين وباسنجر ترجمة مارك، 2015: 49)

نجد في هذا الصدد هدا الجانب – قصور التواصل عند التوحدي –، والذي يؤثر بشكل كبير في عملية النمو دراسة ليزيد عبد المهدي الغصاونة ووائل محمد الشرمان (2013)، تهدف إلى بناء برنامج تدريبي قائم على طريقة ماكتون (Mackton) لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة الطائف، تتكون عينة الدراسة من (16) طفل توحدي بمعهد التربية الفكرية في مدينة الطائف، ويتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما مجموعة تجريبية تكونت من ثمان أطفال وسيتم تطبيق البرنامج عليها وأخرى مجموعة ضابطة تكونت من ثمان أطفال، وبنى الباحثان مقياس التواصل غير اللفظي معتمدين في ذلك

على الدراسات السابقة كما قاما بإجراء الصدق والثبات للمقياس، وبنى الباحثان البرنامج التدريبي القائم على طريقة ماكتون، وتم التأكد من صدقه وثباته. وأسفرت النتائج كالتالي:

- لا توجد فروق بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس التواصل غير اللفظي.

- توجد فروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية تعزى للبرنامج التدريبي.

- لا توجد فروق بين متوسطي المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد شهرين من تطبيق البرنامج (الغصاونة والشرمان، 2013: 984).

-صعوبات في تكوين علاقات مع الآخرين، بحيث يظهر على الطفل نقص الوعي بالآخرين، عدم رغبته في التواصل بالتقاء العيون، وهذا ما أكدته دراسة جيلسون (Gilson,2000) التي هدفت إلى الكشف عن

الفروق بين العاديين والمتخلفين عقليا، في المواقف والتفاعلات الاجتماعية والسلوك الانسحابي، من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية والأكثر انسحابا من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياسا بأقرانهم للمتخلفين عقليا (بيومي، 2008: 19).

-صعوبات في اللعب والخيال من خلال ميله إلى العزلة بمفرده، واللعب بالأنشطة المعتاد عليها (كولين باسنجر ترجمة مارك، 2015: 49).

كما نجد دراسة ماجيستر لعادل جاسب شيب (2008) بعنوان " ما الخصائص النفسية والاجتماعية، والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء " ، هدفت الدراسة إلى التعرف على:

- الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد، والتي من خلالها قد يتمكن المختصون والمهنيون في مجال رعاية أطفال التوحد من علاج وتأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال
- الخصائص الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات الاجتماعية)
- الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي)

أراد الباحث معرفة هده الخصائص من وجهة نظر الآباء، وقد اعتمد على المنهج الوصفي (دراسة الحالة) وعلى أدوات البحث التالية: المقابلة، الملاحظة، الاستبيان، السجلات واقتصرت عينة الدراسة على طفلين مصابين بالتوحد من محافظة البصرة (جاسب شيب، 2008)

من خلال ما تم التطرق إليه سابقا ومن الدراسات التي أظهرت أعراض اضطراب التوحد التي ركزت على الجانب الاجتماعي، والذي يبدو في صورة قصور في تكوين الطفل للعلاقات مع الاخرين ورفضه للمحيط الخارجي، وتكوينه عالما خاصا به ونظاما مختلف عن النظام الواقعي، كذلك فقد أظهرت البحوث أن الطفل المصاب بالتوحد يعاني قصورا على المستوى اللغوي والذي يؤثر عليه في التواصل مع الآخرين بالإضافة إلى مشاكل سلوكية يعاني منها الطفل والتي تظهر على شكل حركات أو اهتمامات شاذة بالأشياء، مما تؤثر على النمو المعرفي والعقلي مع تغيير في سلوكياته.

3- مسميات التوحد:

تعددت المصطلحات حول التوحد حيث أطلق عليها بعض الباحثين : الذات (Self) أو الأنانية (The selfleness) (عبد المنعم الحفني، 1978، عادل الأشول، 1987) ، وهناك من يطلق عليها باسم الاجترار أو الاجترارية أو اجترار الذات، والبعض الآخر أطلق عليها مصطلح الانغلاق الطفولي (The childhood occlusion)، أو الانغلاق النفسي (بيومي، 2008: 09).

يطلق كمال الدسوقي (1988) على التوحد مصطلح الاجترارية (Envahissant)، والتي تعني " الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالاة بالآخرين، والميل للتراجع إلى الخيالات الباثولوجية (The pathlogical fantasies) التي تنظم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية، والذي يكون قائما على حساب الحقيقة الموضوعية وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الرغبة عند رفض تصديقها " (عمارة، 2005: 15).

كما يسميها آخرون الذهان الذاتوي، التوحد الطفولي (The childhood autism) أو فصام الطفولة (Childhood schizophrenia)، وهناك من يسميها الفصام الدوري، أو ما يسمى بالأوتيزم أو الأوتيسية ويطلق عليها البعض التمركز الذاتي (Self- centerdness) والبعض يسميها التوحد، وأحيانا تسمى التوحدية (بيومي، 2008 : 09). ويطلق عليها آخرون بمتلازمة كانر نسبة إلى العالم ليو كانر (Leo Kanner, 1943) (بيومي، 2008: 10)

يذكر عبد العزيز الشخص وعبد الغفور السماطي (1992) أن التوحد له عدة معاني منها: اجترار الذات الاجترارية، استثارة الذات والأوتيسية، ويقصد بها اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك، يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (30 -42 شهر)، ويؤثر في سلوكهم بحيث يصبح لديهم قصور في الكلام الانطوائية (The inclusion)، صعوبة في التعامل الاجتماعي.

يطلق رمضان القذافي (1996) على التوحد كلمة الفصام الذووي (ذاتي التركيب) ، وإن الكلمة الأجنبية (Autism) تعود إلى أصل كلمة إغريقية تعني " Autos "، وهي " الذات " أو " النفس ".

ويتفق عبد المنان ملا معمور (1997) وعادل عبد الله (2002) إلى الانغلاق على النفس، الاستغراق في التفكير، ضعف القدرة على الانتباه، ضعف التواصل والتفاعل الاجتماعي مع وجود النشاط الحركي المفرط.

يقرر كمال سالم (2002) بأن الاجترارية والتوحد، والأوتيسية مصطلحات تستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند الكثير من الأطفال المضطربين سلوكيا، خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة مثل الانطواء الشديد، والتمركز حول الذات، والانشغال بالعالم الخارجي (بيومي، 2008: 10).

نجد أن مسميات التوحد التي تتعدد بين مصطلح الأنانية، الاجترارية، الانغلاق، الذاتوية، فصام الطفولة الأوتيزم أو الأوتيسية، بحيث تأخذ نفس المنحى، وهي تجمع بين أعراض الانطواء والعزلة والابتعاد عن الواقع وعدم الرغبة في التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي، لذلك ظهرت هذه المصطلحات حسب تعريف كل باحث.

4- نسبة انتشار التوحد:

تعتبر عملية التشخيص صعبة ومعقدة بسبب تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى، إذ يجب أن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص، تؤكد الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA, 1999) على أن نسبة انتشاره تتراوح ما بين(04- 05) لكل (10000) حالة ولادة، وقد أشارت الإحصائيات التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع (DSM4) الصادر عام (1994) أن التوحد يصيب حوالي (05) أطفال من كل (10000) طفل وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث، ونسبة التوحد النمطي هي من (05-04) في كل (10000) طفل أما اضطراب أسبرجر فهو(26) في كل (10000) طفل، وقد لوحظ مؤخرا ازدياد نسبته بشكل كبير، كما أشارت تقارير بأن التقديرات المنتشرة لاضطراب التوحد في العديد من البلدان في المملكة المتحدة، أوروبا وآسيا أن نسبة الإصابة تتراوح ما بين (06-04) أطفال من كل (10000) طفل وتختلف نسبة حدوثه من دولة إلى أخرى، وذلك لعدم وضوح الأسباب والأخطاء في التشخيص (خليفة وليد وآخرون، 2013: 17 -18).

قدر رابن (Rapin, 1997) حدوث التوحد ما بين واحد إلى اثنان لكل (1000) حالة، وقد لخص فومبون (Fombonne, 1988) نتائج الكثير من الدراسات لعينة قوامها أربع ملايين طفل وقدر حدوث التوحد ما بين أربعة فاصلة ستة إلى خمسة فاصلة خمسة لكل (10000)، أما رابن وكاتزمان (Rapin and Katzman. 1998) ، فقدرا معدل انتشاره ما بين واحد إلى اثنان شخص لكل (1000) (فاروق أسامة وآخرون، 2013: 29 – 30).

أشارت إحدى الدراسات الحديثة التي أعدها المعهد الوطني لصحة الطفل والتنمية البشرية في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2001) إلى انتشار الاضطراب بنسبة طفل إلى طفلين بين كل (1000) طفل، وبعد (04) سنوات صدرت دراسة أخرى قام بها مجموعة من الباحثين من مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة، تشير إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل (166) طفلا، وجاءت آخر الدراسات عام (2007) والتي قدرت انتشاره بنسبة طفل من بين (150) (آل اسماعيل، 2011-2012 :17-18)

شلقد لوحظ أن حوالي (40%) من التوحديين لديهم معدل ذكاء يقل عن (50 - 55) ، وحوالي (30%) يتراوح معامل ذكائهم ما بين (70-50)، كما يظهر أن حدوث هذا الاضطراب يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي (20%) لديهم ذكاء غير لفظي سوي، وفي سجلات معدلات الذكاء للذاتويين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوي، ومهارات التفكير المجرد مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة (خطاب، 2009: 21- 22).

كما وصف البعض بأن التوحديين يتميزون بدرجة ذكاء متوسطة (Medium inteligence) إذ تتراوح مستوياتهم المعرفية ما بين (25%) يعانون تخلف عقلي شديد (very mental retardation)، (50%) يعانون من توحدية، ومستوى تخلف عقلي متوسط (25%)، الباقون يعانون من توحدية، ونسبة ذكاء حوالي (70%) فأكثر ويظهر هؤلاء الأطفال تشتتا في وظائفهم أو خصائصهم المعرفية، وتكون درجات ارتقاء لغتهم سواء اللفظية، أو غير اللفظية في أقل المستويات (العطار، 2014: 09).

يظهر مما سبق أن التوحد كاضطراب مجهول الأسباب (Disorder unknow causes) ينتشر على مختلف المستويات والطبقات الاجتماعية وفي جميع أنحاء العالم، يمس الإناث والذكور، إلا أن نسبة انتشاره لدى الذكور أكثر مقارنة بفئة الإناث، ويؤثر على النمو المعرفي والعقلي (Mental and cognitive development) بحيث في الكثير من الأحيان يصاحبه اضطرابات أخرى كالتخلف العقلي، وما يلاحظ على هذا الاضطراب أنه في تزايد مستمر.

ويتصدر داء التوحد عند الأطفال قائمة الأمراض العقلية في الجزائر، حيث يحصى إصابة (80) ألف طفل توحدي، بعضهم أسعفهم الحظ في نيل فرصة المتابعة في المراكز الخاصة على ندرتها ليحظوا بتكفل الطب النفسي العقلي والأرطفوني مبكرا، وهو ما يسمح بتخفيف أعراض التوحد ومحاولة إدماجهم في المدارس، فيما لا يزال مئات الأولياء في رحلة البحث عن وصفات ناجعة على عتبات الرقاة وحتى الدجالين (جريدة الشروق، 2013، 10).

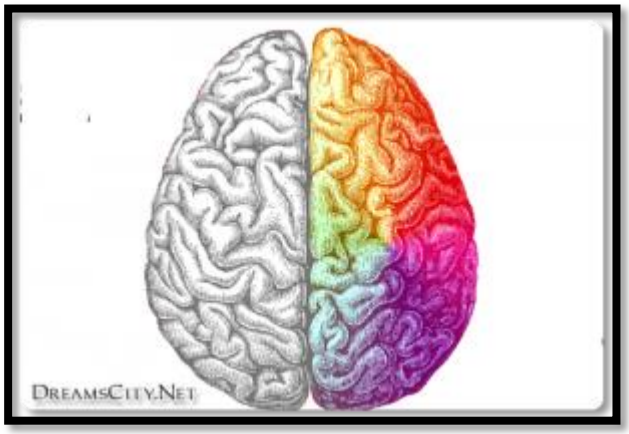
من الملاحظ آنفا أن اضطراب التوحد في الجزائر لم يحظ من قبل بالاهتمام والبحث من طرف المختصين والباحثين بشكل كبير، إلا أنه في السنوات الأخيرة بدأ المجتمع في البحث عن معنى الاضطراب وطبيعته وأسباب الإصابة به، وإن أولياء الطفل في البداية يرفضون الاعتراف بالاضطراب مما يدفعهم الأمر في أول المراحل إلى تفادي الجانب الطبي والعلمي، باحثين عن سبل وحلول بطرق تقليدية، كأن يلجؤوا إلى استخدام سبع ألسنة من الخروف اعتقادا منهم أن دلك سيجعل الطفل يتكلم،... والعديد من الأساليب المستخدمة لعلاج طفلهم، ومن الموجود في الوقت الراهن في مجتمعنا أن الكثير من هؤلاء الأطفال لم يتم بعد التكفل بهم من قبل مختصين، وربما لم يحظوا بالاندماج في المراكز أو المؤسسات الخاصة والمدارس العادية.

5- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

أثبتت الدراسات أنه لا يوجد سبب محدد مسؤول عن التوحد، وهذا ما فتح المجال للباحثين للخوض في تفسير الاضطراب من خلال ظهور نظريات عديدة، والتي أشارت إلى أن الاضطراب ناجم عن مجموعة من العوامل ومن أهم النظريات المفسرة لحدوث التوحد نجد:

5-1- نظرية الاختلال الوظيفي لمراكز التحكم في الدماغ (Lateralization) :

يرى أصحاب هذه النظرية أن كل جزء من الدماغ له خاصية وعمل معين، فقشرة الدماغ (Cortex) تتألف من جزأين أيمن وأيسر، وكل فعالية لها موقعها الخاص فيهما، ومع الزيادة في العمر تزداد القدرات والتركيز في الدماغ، وبالنسبة للتوحد نجد هذه النظرية التي تشير إلى أن نصفا القشرة الدماغية يعملان بطريقة غير طبيعية إذ تعمل الفعاليات في النصف المعاكس، مما يؤدي إلى خلل وتشويش في عمل المراكز الحسية (The sensory centers) (الزعبي، 2011: 49- 50)



الشكل رقم (11): يمثل شقي الدماغ (الجزء الأيمن والأيسر)

يمثل الشكل السابق فصي الدماغ (الأيمن والأيسر)، ولهما دور في العمليات العقلية والذهنية فالإنسان بطبيعته لديه شقين يعملان بصورة منتظمة، كما يسيطر أحدهما على الآخر في التفكير والممارسة الدماغية بينما عند الطفل التوحدي فإن هذين الشقين يعملان بصورة غير طبيعية، وهذا ما نجده عند الطفل المضطرب بحيث يعاني مشاكل في فصي الدماغ الأيمن والأيسر.

5-2- النظرية الصينية (Theory Of Chinese) :

يرى أنصار هذه النظرية أن التوحد يحدث بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل، نتيجة تلف في الجهاز الهضمي (Digestive)، أو فشل في عمل الطحال أو المعدة معا، مما يعوق الجسم عن امتصاص فيتامين (B6) وغيره من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو المخ وتطوره وصيانته، واستنادا إلى مؤيدي هذه النظرية فالتوحد الذي يظهر أثناء الحمل يعود إلى الخلل الوظيفي للكلى لدى الوالدين، والتي أحيانا تكون إما عن طريق الأم أو الأب، وقد أظهر الأطباء الصينيون أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة، فإن الجسم لا يستطيع امتصاص فيتامين (B6). كما أشارت العديد من الدراسات الحديثة في هذا الصدد إلى أن التوحديين الذين يتبعون حمية غذائية (Diet) خالية من الكازيين (Casein[13]) والغلوتين (Glutine)[14] قد حسنوا تطوير جهازهم الهضمي والمناعي كثيرا من سلوكياتهم بنسبة (90%) (الزعبي، 2011: 50).

من الملاحظ أن هذه النظرية ركزت على أن إصابة الأم بضعف في الكلية سبب في ولادة طفل توحدي صحيح أن الجانب الغذائي مهم جدا في تكوين ونمو الجنين خاصة في التأثير على الدماغ، لكن إصابة إحدى الكلى بالضعف أو الخلل ليس بالضرورة أن يؤثر على الجنين، وبالتالي يؤدي إلى احتمالية إصابته بالتوحد.

5-3- نظرية العقل (Theory of Mind):

تفترض أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية، والتواصلية، والتخيلية التي تميز الأفراد التوحديين تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي

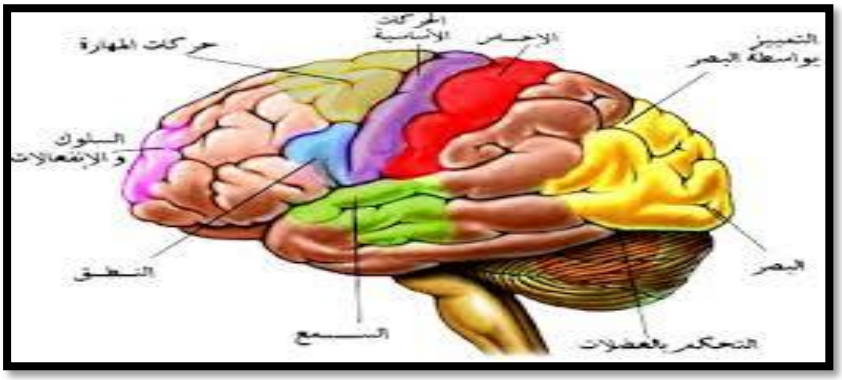
يرى العالم الأمريكي بارون كوهين (Baron Cohen) صاحب هذه النظرية أن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين (محمد علي، 2015: 23).

تعتبر هذه النظرية أساسية للفهم والتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين، ففي حالة الأطفال المصابين بالتوحد فإن سمات الفشل تقيم نظرية العقل غالبا، حيث أن غيابها قد يجعل الأمر صعبا على التوحديين في

[13] **او الجنين،** هو البروتين الأساسي الموجود في الحليب ومنتجات الألبان، كما يوجد في العجائن،، السكريات.
[14] **أو الغروين،** وهو البروتين الموجود في القمح أو الشعير والشوفان، وهذا البروتين يجعل الخبز مرنا.

الفهم، والتعامل والتواصل مع العالم الاجتماعي بشكل مناسب، وعليه فإن هذه النظرية تشير إلى أن العجز الاجتماعي (The social disability) عند المصابين باضطراب التوحد هو نتيجة عدم المقدرة على فهم الحالات العقلية للآخرين، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل (الزريقات، 2004: 118).

ما يمكن استنتاجه مما سبق أن الأفراد المصابين بالتوحد يفتقرون إلى التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي بحيث لا يستطيعون التواصل بشكل طبيعي مع الآخرين، نتيجة إصابات دماغية أو في الجهاز العصبي مما يجعله ذو نظام مختلف عن الآخرين، بحيث يصعب عليه فهمهم والتواصل معهم مما يؤثر في سلوكياته وتصرفاته.



الشكل رقم (12): يمثل مراكز الدماغ

يمثل الشكل مراكز الدماغ، والتي تمثل مناطق مسؤولة عن السمع، الرؤية، النطق، السلوكيات والانفعالات مناطق تتحكم في العضلات والمهارات، وكذلك الأحاسيس، بحيث أن التعرض لتلف أو خلل في العضو سيؤدي بالضرورة إلى الخلل في الأداء الوظيفي، وبالتالي التأثير على صحة الفرد.

4-5- نظرية الفيروسات - التطعيم الثلاثي (Theory of Viruses) :

يرى القائمون على رعاية الطفل التوحدي إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماغ الطفل في مرحلة الحمل (Pregnancy stage)، أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه، مما يؤدي لظهور أعراض التوحد، وقد ربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالاضطراب والتلقيح الثلاثي[15](MMR) ، مطعوم الحصبة (Measles vaccine) ومطعوم أبو دغيم[16](Mumps) ، ومطعوم الحصبة الألمانية[17](German measles vaccine)

ونظرا لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي (The immune system) لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات، كما أجمع الخبراء

أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية (The viral infections) خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية للتوحد، إضافة إلى نقص الأوكسجين أثناء الولادة (Lack of oxygen during childbirth)، كما ربط تعاطي الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص التوحد لدى الأطفال (متولي، 2015: 19-20).

---

15 هو لقاح يستخدم للوقاية من الحصبة الألمانية، تبدأ فعاليته بعد أسبوعين من الجرعة الأولى، وتقريبا (95%) من الأشخاص يصبحون محصنون من العدوى، تم ترخيص هذا النوع من اللقاحات عام (1969) (Rubella vaccine, july 2011).

16 ويدعى بالنكاف، سببه فيروس تظهر سخونة عالية، وانتفاخ في الغدد اللعابية، كما قد يسبب في أمراض منها: التهاب الخصيتين، التهاب البنكرياس غشاء المخ (السحايا)، التهاب المخ والصمم.

17 هو لقاح يمارس بشكل منظم منذ الشهر التاسع بسبب طبيعته الوبائية للحصبة يتم الحقن بنفس الطريقة مثل لقاح مضاد للخناق و السعال الديكي (Borokba:96) . يؤدي من ست إلى ثمانية أيام في وقت لاحق إلى رد فعل الحمى المرتبطة في بعض الأحيان هو تلقيح ضد مرض يسببه فيروس، يتميز بسخونة يرافقها طفح في كل أنحاء الجسم، كما يسبب هذا المرض لدى النساء الحوامل في الأشهر الأولى الأذى للجنين في طور النمو حيث يسبب العاهات على مستوى القلب، الصم، تخلف عقلي..... (نشرة خدمات صحة الجمهور، كانون الأول، 2010).

من المعروف علميا أن التطعيم في حد ذاته هو وسيلة لمهاجمة الفيروسات والأمراض، مما يعني أن حرمان الطفل من التلقيح خاصة ضد الحصبة والحصبة الألمانية سيؤدي إلى تعرضه إلى أمراض، كما أن فترة الحمل بالنسبة للجنين لها تأثير في نموه، لكن الأشهر الأولى لها الدور الكبير لأن فيها يبدأ نمو الجنين وخاصة الجهاز العصبي، أما الأشهر الأخيرة فان نمو الدماغ يكون قد اكتمل، وبالتالي ليس من الضروري أن يتأثر نموه بعوامل خارجية.

5-5- النظرية ذات المنشأ النفسي (Psychogenic):

كان الاعتقاد السائد أن اتجاهات الوالدين السلبية (Negatuve parental attiudes) نحو الأبناء من الأسباب الرئيسة للإصابة بالتوحد، ومن المؤيدين لهذا الاتجاه برونو بتلهايم (Bruno Beltheim)، حيث كان يقوم بنقل الأطفال للعيش مع بديلة (Alternative) بوصفه أسلوبا لعلاجهم من الاضطراب، كما يشير الكثير من مؤيدي هذه النظرية بأن البيئة الأسرية للتوحدي أقل تفاعلية وأكثر جمودا وانسحابية، كما تفتقد للدفء العاطفي وقد نجد أن هذا التفسير النفسي لا يحظى بالتأييد، لأن التوحد ينتشر في جميع المجتمعات وعند جميع المستويات والطبقات الاجتماعية (الزعبي، 2011: 48).

يظهر أن هذه النظرية تؤكد بأن العوامل الأسرية سببا في حدوث التوحد، بحيث رفض وعدم تقبل الحمل أو ولادة الطفل سيؤدي إلى إصابته بالاضطراب، وهذا أمر نسبي وغير محتمل فقد يتعرض الطفل إلى اضطرابات أخرى، كالإعاقات الشديدة أو تشوهات نتيجة رفض الأم للحمل، أو ولادة طفل يعاني من اضطرابات نفسية أخرى كاضطرابات سلوكية، عدوانية خوف،.....

6- الأسباب المؤدية للإصابة بالتوحد:

يذكر حازم رضوان (2011) أن هناك العديد من المسببات المحتملة، والتي يعتقد أنها تقف وراء الإصابة بالتوحد وقد تظهر فيما يلي:

- الحمية والأنماط الغذائية (Diet and dietary patterns)
- تغييرات المجرى الهضمي
- التسمم بالزئبق (The mercury poisoning)
- عدم مقدرة الجسم على الاستفادة من الفيتامينات والمعادن
- الحساسية تجاه المطاعيم (آل اسماعيل، 2011: 24- 25).

ومن أهم الأسباب المؤدية أيضا إلى إصابة الطفل بالتوحد نذكر ما يلي:

1-6- خلل في الجهاز العصبي المركزي (Disorder in Central Nervous System) :

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

ذكر باشا فالير ومرجاريان (Bacha Valier and Merjarian.1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي، الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والذاكرة (قحطان، 2009: 87)

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Treavarthaer and others. 1996) إلى وجود أدلة حديثة على حدوث اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ، وبالتحديد في مراكز الانتباه والتعلم (Centers of attention and learning)، يؤكد أديلسون (Edelson. 1998) أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين، وجد أن منطقتان في الجهاز الطرفي كانتا أقل تطورا وهما اللوزتان والخصيتان، وهاتان

المنطقتان مسئولتان على العدوان (The agression) والعواطف (The emotions) ، والمدخل الحسي (The sensory input) والتعلم، كما وجد أيضا نقص في خلايا بريكيني (Parkinie) في المخيخ مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسي، كما وجد أن منطقتان في المخيخ والفصيصات القرمية السادسة والسابعة، حيث كان أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء (بيومي، 2008: 39).

نستنتج من خلال هذه الأسباب التي ترجع الإصابة بالتوحد إلى خلل في مستوى الجهاز العصبي الطرفي، وتلف المراكز والمناطق المسؤولة عن العمليات النمائية كالتخيل، الانتباه، وكذلك المناطق المسؤولة عن العواطف مما ينتج الخلل نمو مرضي غير سوي يؤثر على أداء الوظائف الأخرى للطفل من حيث التعلم، التواصل والتفاعل مع الآخرين.

2-6- الأسباب الجينية والوراثية (Genetic and Heriditary Factor) :

لا يعتبر الكثير من الباحثين أن متلازمة الصبغي الهش (The fragile chromosome x) هي أحد أسباب التوحد، بل يتم التفريق بين الحالتين على أساس أن أعراض هذه المتلازمة مشابهة للتوحد، ولكن مازالت العديد من الدراسات تدرج الصبغي (x الهش) كسبب مهم ومسؤول عن الإصابة بهذا المرض عن نسبة تتراوح ما بين (2,5% - 16%) (رسلان، 2009: 35)

وقد يكون للوراثة (Genetics) دور في التعرض للاضطراب، وهذا ما توصلت إليه دراسة كامبل (Campbell and others, 2006)، حيث تشير نتائج دراسة أسرية للتوحد شملت (1231) أسرة أن الموقع على (vq31) هو المنطقة المرشحة لوجود جين التوحد، كما تنتشر بعض الأمراض المزمنة بين أسر المصابين بالاضطراب مثل مرض السكر (Diabetes) المعتمد على الأنسولين، التهاب المفاصل الروماتيزي (Rheumatoid Arthritis)انخفاض إفراز الغدة الدرقية (Hypothyroidism) ، والإصابة بالحساسية (Allergy)، كذلك وجود خلل في كرموزومات الطفل الموروثة من الأم، مثل هشاشة الكروموزوم (x)، حيث يصيب هذا الاضطراب حوالي (15%) من الأطفال التوحديين الذكور، وهشاشته تعني أن جزء منه لا يأخذ الصبغة أثناء عملية الصبغ الكرموزومي، وغالبا ما يكون لهؤلاء الأطفال ملامح غليظة، رأس كبير، فك بارز، ووجه طويل مع أذن طويلة وفي الطفولة يكون طولهم أكبر من ذويهم، أما عند البلوغ فيكونون أقصر من إخوانهم، كما يعانون من تخلف عقلي (Mental Delibity) بدرجة متوسطة أو شديدة مصاحب لأعراض توحدية واضطراب لغوي (مصطفى جيهان، 2008: 33- 34).

أكدت دراسة هارلود وبينجامين (Harlod & Benjamin, 1998)، ودراسة هولين (Howlin,1998) بأن التوحد يرجع إلى عوامل جينية، فقد لوحظ أن حوالي اثنين إلى أربع بالمئة من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بهذه الإعاقة بمعدل (50) مرة أكثر من عامة الناس، وأن معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة (The twins) هو (36%)، بينما في غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوي صفرا، في حين تختلف معها دراسة ميشا ولوجي(Micha & Lwgia, 1997) التي أوضحت نتائجها أن التوحد يحدث بمعدل (96%) في التوائم المتماثلة، ويحدث بمعدل (27%) في التوائم غير المتماثلة (بيومي، 2008: 37).

كما أن الوراثة كسبب يفسر اضطراب التوحد وهذا يفسر إصابة الإخوة كذلك، أو إصابة أقاربهم بعدد من الاضطرابات النمائية المختلفة (الخطيب وآخرون، 2010).

نلاحظ من خلال ما تم ذكره سابقا أن العوامل الجينية ركزت على الكرموزومات المورثة كالكرموزوم الهش (X) هي أحد الأسباب المؤدية للإصابة بالاضطراب، كما أن تعرض الأم بأحد الأمراض العضوية المزمنة كالداء السكري، مثلا يؤثر على نمو الجنين (Fetal growth) وبالتالي حدوث التوحد، إضافة إلى أن التوائم المتماثلة أكثر عرضة بالإصابة بالاضطراب مقارنة بالتوائم غير المتشابهة، وحسب بعض النظريات قد لا يكون للوراثة الدور الكبير والفعال في إصابة الطفل بالتوحد.

ومن الأمراض الجينية التي قد تكون سببا في إصابة الطفل بهذا الاضطراب:
- مرض الفينيل كيتون يوريا (Phenylketonuria) غير المعالج، وهو مرض موروث ينتقل كصفة متنحية ويتميز بنقص في الإنزيم المتطلب للاستفادة من الحامض الأميني فينيل الانين، يؤدي إلى تخلف عقلي شديد واضطرابات في الجهاز العصبي. - داء التصلب الدرني (Tuberculosis sclerosis)، يتميز بوجود ورم غددي دهني وتشنجات وتخلف عقلي وأورام مخية واضطرابات في الرؤية
- داء الأورام العصبية الليفية، وهو اضطراب وراثي يتميز باصطباغ الجلد، مع وجود أورام ذات سويقات متعددة (مصطفى جيهان، 2008: 35).
يظهر من خلال ما سبق أن العديد من الأمراض الجينية التي قد يتعرض لها الطفل تنتقل إليه بفعل الوراثة وتسبب حدوث التوحد، ولذلك يبقى هذا الاضطراب قيد الدراسة والبحث عن أسبابه.

3-6- الأسباب البيولوجية (Theory Biological):

تتمثل العوامل البيولوجية في إصابات الدماغ التي يتعرض لها الطفل في مختلف مراحل نموه والمرتبطة بالشكل المنحني، بحيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا في حدوث الشلل فهناك دراسات أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة، تؤدي إلى فشل فطري في الأنزيمات، كما أن وجود أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل، أو التعرض أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين (Lack of oxygen)، أو حادث يؤدي إلى إصابة الأم بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة (بهجت،2007).
لقد أكد ووترهوس (Wotorhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي (Electrocardiogram)، والتي توصلت إلى حوالي عشرة بالمئة إلى (80%)، وهذا مايشير إلى فشل التجنب المخي، والإستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل المضطرب (نصر سهى، 2002: 22). لقد قدم الباحث كوندون (Condon) مجموعة من الأدلة تؤكد على أن إصابة الطفل بالتوحد ترجع إلى وجود أسباب بيولوجية من خلال استخدامه تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني، بما في ذلك التوحديون وصعوبات التعلم، ووصل إلى أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة، بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتا أطول للاستجابة.
نلاحظ أن الأسباب البيولوجية التي ترجع إصابة الطفل بالتوحد تتمثل في عوامل مرضية تتعرض لها الأم أثناء فترة الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها، مما قد يؤثر ذلك على نمو الجنين، أو الطفل خاصة على مستوى الدماغ والذي يؤدي إلى تلف في المراكز المسؤولة عن النمو.

4-6- الأسباب البيوكيميائية (Biochemical Factors) :

تناولت العديد من الدراسات أسباب حدوث التوحد من خلال فحص الأنسجة، وعملية الأيض (Metabolic) والهرمونات (The hormons) ، والأحماض الأمينية، وأيضا دور الموصلات العصبية في حدوث الاضطراب، ويذكر لويس مليكه (1998، 185) أن معظم الدراسات اتفقت على ارتفاع مستوى السيروتونين (Serotonine) في الدم أعلى عند الأطفال التوحديين مقارنتهم بالأسوياء.
ولقد استهدفت دراسة مكبريد وآخرون (Mchabrid and others, 1998) التي استهدفت التعرف على تأثير التشخيص، السلالة والبلوغ على مستوى السيروتونين (Serotonine) في الصفائح الدموية في التوحديين والمتخلفين عقليا، حيث تم قياس مستواه في الصفائح الدموية لدى (77) من الأسوياء، كمجموعة ضابطة (22) من المتخلفين عقليا لديهم إعاقة عقلية معرفية قبل البلوغ، وقد أسفرت النتائج إلى أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كتوحديين، زيادة في تركيز السيروتونين أكثر من الضابطة، كما أشارت

إلى معدل هذا الهرمون بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ، ولم توجد فروق ذات دالة بين السلالات المختلفة (بيومي، 2008: 38).

كما أكدت عدة بحوث على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد منها البحث الذي أجري في السويد، تبين منه أن درجة تركيز حمض الهرموفانيك (Harmophanic Acid) أكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ، والنخاع الشوكي (The spinal Cord) في حالات التوحد، مقارنة بالأطفال العاديين.

وفي دراسة قام بها كان وكاني إدوارد (Kan,P and Kane, E. 1998) للتعرف على شذوذ الأيض من خلال عينات دم وبول (50) طفل يعانون من التوحد (بيومي، 2008: 39).

تشير بعض الأدلة أن الكريات اللمفاوية (The lymphocytes) لبعض الأطفال المصابين بالـتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (عبد المعطي، 2001: 274).

من خلال الأسباب السابقة التي ترجع حدوث التوحد إلى عملية الهدم والبناء، عملية الأيض[18] (Metabolic) وكذلك قد تكون الهرمونات من العوامل المسببة، خاصة هرمون السيروتونين، ومن الملاحظ أن بعض من أطفال التوحد نجدهم يقومون برفرفة اليدين، وحسب بعض الأبحاث التي تفسر أن هذه السلزكيات ترجع إلى ارتفاع مستوى هذا الهرمون، بالإضافة إلى ارتفاع الأحماض الأمينية والتي قد تؤثر على مستوى الأنسجة المخية.

أما العوامل الكيميائية تتمثل في زيادة التسرب في جدار الأمعاء، زيادة نمو الكاندا الفطريات في الأمعاء عدم قدرة الجسم على التخلص من السموم (The toxins) : الزئبق (The mercury) ، نقص مضادات الأكسدة والأحماض الدهنية غير المشبعة، وكذلك الضعف المناعي (The immune weakness) (الحكيم، 2003: 149).

5-6-أسباب نفسية وأسرية (Psychological and Family Factors) :

يرجع بعض الباحثين أساليب التنشئة الخاطئة (Wrong Socialization) ، وشخصية الوالدين غير السوية يسهم في حدوث التوحد، كما أوجد أن آباء الأطفال المصابين بالاضطراب يتسمون بالبرود العاطفي (Emotional chill)، الوسواس (The obsession) العزوف عن الآخرين، مما يؤدي ذلك إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الأسرية ومن هنا يظهر الأساس المرضي الذي يكون نتيجة فشل (أنا) الطفل في تكوين إدراكه للأم، التي تعد بمثابة المثل الأول للعالم الخارجي.

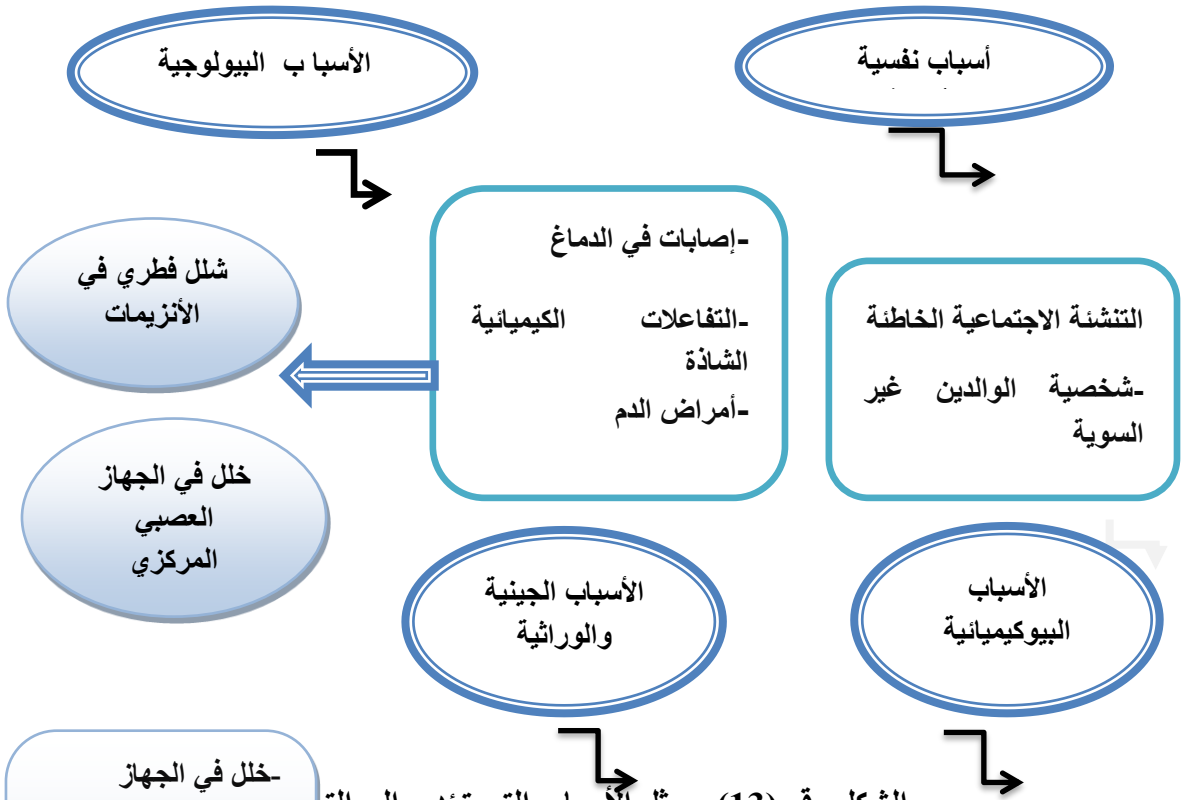
ومن الدراسات التي أكدت دور العوامل النفسية والأسرية في حدوث التوحد، نجد دراسة ميريلا كياراند (Mirella Kiarand. 1992) حاولت إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة، يستطيع فيها أن يخوض تجربة ايجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكلفون له الحماية ويشبعون احتياجاته (بيومي، 2008: 36). وقد أكد بيتلهايم (Bettelheim) إلى أن نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل سبب في التوحد (العزة، 2002: 61).

بينما في دراسة عمر بن الخطاب خليل (1994) توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين شخصيات آباء الأطفال المصابين بالتوحد، وآباء الأطفال الأسوياء على اختبار إيزنك للشخصية (بيومي، 2008: 36)

[18] هو مجموعة من العمليات الكيميائية والحيوية التي تحدث بشكل مستمر ومتواصل داخل الجسم الحي، بحيث تعمل على الحفاظ على الاتزان الداخلي من خلال وظائف أساسية تتمثل في: النمو، التكاثر وترميم الأنسجة التالفة، وتتضمن تحطيم المواد الغذائية الموجودة في الطعام بهدف الحصول على الطاقة، فيتم خلالها استخدام الطاقة للبناء وإعادة إصلاح الجسم، ويتم تقسيم عملية الأيض إلى عمليتين متوازنتين همان البناء (Anabolism) و (Catabolism) (www.Medicalnewstoday.com, Retrieved 6-5-2018).

ما يمكن قوله أن الوضعية النفسية المرضية للأسرة والوالدين خاصة، قد يكون لها تأثير بالغ على الصحة النفسية للأبناء، فالاضطرابات النفسية التي يعاني منها الوالدين، قد تعرقل التفاعل العاطفي (الأب- طفل) و(الأم- طفل)، فهذه الوضعية المرضية قد تعيق أداء مهام الأم والأب بوظائفهما، فمثلا دور الرعاية والاهتمام رفض سلوكيات الطفل، مما يؤدي إلى اضطرابات علائقية تظهر على المستوى السلوكي والانفعالي للطفل وبالتالي التأثير على صحة الطفل.

وفي الشكل أدناه مخطط اقترحته الباحثة كملخص للأسباب المؤدية للإصابة بالتوحد:



الشكل رقم (13): يمثل الأسباب التي تؤدي إلى التو

7-

7- **cal Au** صابيـ ل

اللغة أو انعدامها كليا، عدم الرغبة في الاندماج في المجتمع، العزوف عن الميل للعب مع الأقران، وعادة ما يعاني الطفل من صعوبات في التعلم (كولين وتيري ترجمة مارك، 2015: 49).

7-2- متلازمة أسبرجر(Asperger's Syndrom) : يعود مصطلح أسبرجر إلى الطبيب الأسترالي هانز أسبرجر (Hanz Asperger) ، الذي قام عام (1944) بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي والاتصال، وقد أطلق تسميتهم نسبة إليه (خلف، 2016: 19).

تكون الإصابة بمتلازمة " أسبرجر " عندما يقوم الطفل على الأقل في العامين الأولين، أو الأعوام الثلاثة الأولى من مرحلة الطفولة بتطوير اللغة لديه بشكل طبيعي نسبيا، يتسم كلامه بصفات غريبة، ويبدو وكأنه صادر عن إنسان آلي، مع صوت رنان، وطابع رسمي على نحو غريب، كما تتطور لديه صعوبات في

التواصل الاجتماعي اللغوي، والتي تؤثر بدورها على العلاقات الاجتماعية مع الآخرين والتعلم (كولين وتيري، ترجمة مارك، 2015: 50).

كما تظهر على الطفل المصاب بهذا النوع من اضطراب التوحد الأعراض التالية:

- قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب (Lack of balance skills, Depression)
- إخراج الصوت بنفس الوتيرة، الكلام التكراري (Repetitive speech)
- الميل إلى الروتين، وكراهية التغيير (The tendency to routine)
- قصور في التفاعل الاجتماعي (Lack of social interaction) ، فمعظم هؤلاء الأطفال يتمتعون بنسبة ذكاء عالية (القاسم والسيد، 2000: 140).

7-3- اضطراب ريت (Rett's Diorder) : تم التعرف على اضطراب ريت عام (1966) من قبل الدكتور ندرسون ريت (D.Noderson Rett) باعتباره اضطراب عصبي(Neurosis) يصيب البنات أكثر، وقد أظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد، ومع ذلك يظهر الأطفال المصابين بعرض ريت بعض السلوكيات المتشابهة للتوحد، مثل رفرفة اليد (Flap of hand)، المشي على أطراف الأصابع (Walk on the footpoints)، أرجحة الجسم (Swing the body) ومشاكل في النوم (Sleep problems).

7-3-1- ويتميز اضطراب ريت بالأعراض التالية:

- يبدو ظاهريا سوي النمو ما قبل الولادة، وأثناء الولادة
- يبدو ظاهريا سوي النمو على المستوى الحركي – النفسي، خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة
- يبدو محيط رأسي سويا بعد الولادة

7-3-2- الأعراض التي تظهر بعد فترة النمو السوي:

- بطء نمو الرأس ما بين عمر خمسة أشهر إلى أربع سنوات
- فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقا ما بين خمسة أشهر إلى عمر سنتين وستة أشهر مع ظهور حركات يدوية نمطية.
- فقدان الانخراط الاجتماعي
- عدم التناسق في المشي، أو حركات الجذع
- نمو بطيء في اللغة التعبيرية، والاستقبالية مع تأخر نفسي حركي (خلف، 2016: 18).

7-4- الاضطراب الارتقائي العام غير المحدد (Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified): يتميز هذا النوع من الاضطراب بوجود قصور كيفي (نوعي) في نمو التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، أو مهارات التواصل الشفهي وغير الشفهي، أو في حالة وجود اهتمامات أو أنشطة نمطية، ويطلق أحيانا عليه تسمية الذاتوية اللانموذجية أو الشاذة، كما يتميز هذا النوع عن اضطراب التوحد إما في السن الذي تظهر فيه الأعراض عند الطفل، أو في عدم تطابق المحكات الثلاثة في تشخيص الاضطراب والمتمثلة في: قصور في التفاعل الاجتماعي، قصور في عملية التواصل مع سلوكيات نمطية متكررة (مشيرة فتحي، 2013 :57- 58).

7-5-اضطراب الانحلال الطفولي (تفكك الشخصية) (Childhood Disintegrative Disorder):

ويتميز هذا الصنف من الاضطرابات بما يلي:

- نمو سوي ظاهر في العامين الأولين من عمر الطفل مع اتصال لفظي وغير لفظي مناسب للعمر، أو في العلاقات الاجتماعية، اللعب، والسلوك التكيفي أيضا.

- فقدان للمهارات المكتسبة مثلا: في اللغة التعبيرية أو الاستقبالية، المهارات الاجتماعية، أو السلوك التكيفي التحكم في التغوط والبول.
- شذوذ وظيفي على الأقل تقدير في المجالات التالية: عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي، عجز في الاتصال، أنماط محددة من السلوك النمطي، والتكراري مع فقدان اللعب المتنوع.
- وهناك أنواع من الاضطرابات المتشابهة الأعراض مع التوحد، فضل الكثير من الباحثين إدراجها تحت بند طيف التوحد (خلف، 2016: 18 -21).
- وما هو ملاحظ في تصنيف الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس أنه تم إعادة تسمية الاضطراب باضطراب طيف التوحد، كما تم تحديد ثلاث مجالات للإصابة بالاضطراب والمتمثلة: التواصل والتفاعل الاجتماعي، سلوكيات نمطية واهتمامات محددة نجدها في الجدول الآتي:

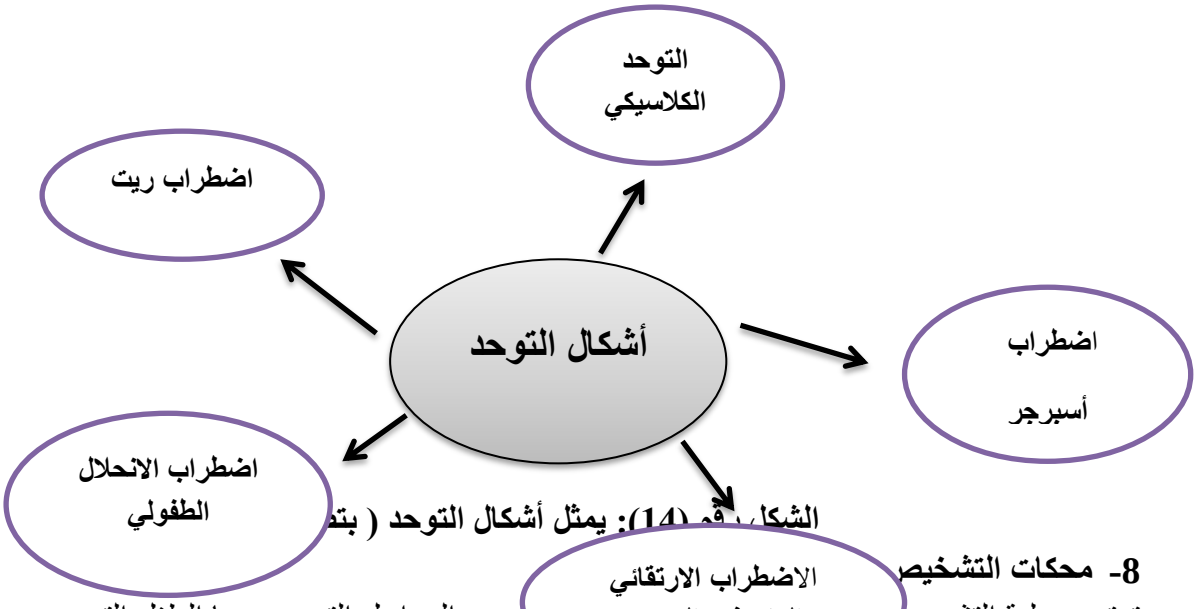
الجدول رقم (04): يمثل الاضطرابات المتشابهة مع اضطراب التوحد (خلف، 2016: 21 – 22)

الاضطراب	الخصائص
متلازمة الكروموزوم الهش (Fragil x Syndrome)	اضطراب جيني في الكروموزوم الجنسي الأنثوي (X)، ويظهر في عشرة بالمئة من أطفال التوحد خاصة الذكور، ويتميزون بتخلف عقلي بسيط أو متوسط، يظهر لدى الطفل بروز الأذن، مقاس كبير في محيط الرأس، مرونة في المفاصل، حساسية مفرطة للصوت اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي، واضطرابات معرفية.
متلازمة لاندو كليفنر (Lando Klefiner Syndrome)	يتميز الطفل بنمو طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر بعدها يبدأ في فقدان مهاراته اللغوية، وغالبا ما يشخص الطفل على أنه أصم، بحيث يظهر لديه قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم الكلام التكراري وقصور المهارات الحركية.
متلازمة موبياس) Mobius Syndrome)	تظهر عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي، وقد يصاحبها شلل في عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية
متلازمة كوت (Kott Syndrome)	تحدث لدى الإناث في معظم الحالات، وتتمثل أعراضها في عدم المقدرة على الكلام، مع فقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا.
متلازمة سوتوس (Sotos Syndrome)	تؤدي بشكل كبير إلى النضج وكبر حجم الجمجمة، والتخلف العقلي بالإضافة إلى تعبيرات وجهية شاذة
اضطراب التصلب الحدبي (Tuberous Scterosis Disorder)	هو اضطراب جيني، وجد في نحو واحد إلى ثلاثة بالمئة من حالات التوحد ومن أعراضه: نوبات حركية، أورام في الغدد الدهنية، بقع جلدية أحيانا إعاقات عقلية مصاحبة، و(30%) من هذه الحالات تتميز بمستوى ذكاء عادي.
متلازمة وليام (Wiliams Syndrome)	اضطراب جيني، يحدث في واحد من (20000) يظهر منذ الولادة، من أعراضه: التأخر في الوقوف والمشي، ضعف في التناسق الحركي، مشكلات في القلب، نقص في المهارات الاجتماعية، حساسية للأصوات، ضعف في الانتباه، تأخر لغوي.

متلازمة توريت (Torette Syndrome)	اضطراب وراثي يصيب الجهاز العصبي المركزي، تظهر أعراضه قبل (18سنة)، وتكون على شكل تقلصات حركية لاإرادية ومتكررة.

يظهر من خلال الجدول أن هناك اضطرابات متشابهة الأعراض مع التوحد والمتمثلة في ما يلي:

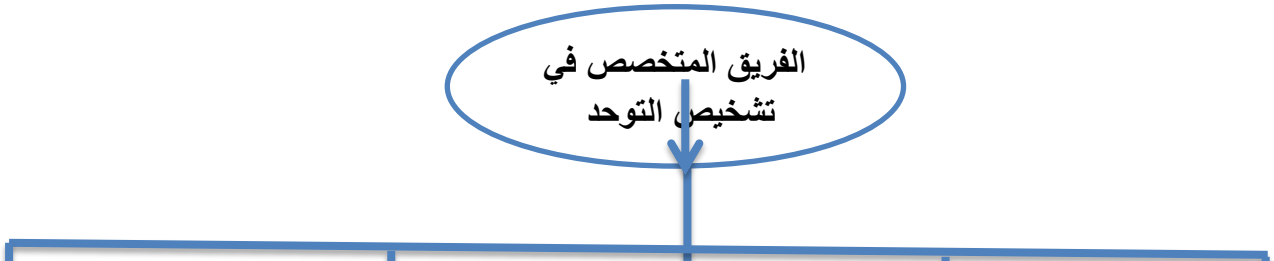
- **متلازمة الكرموزوم الهش:** الذي يشترك مع التوحد، من حيث ضعف القدرات المعرفية والإدراكية.
- ةمتلازمة **لاندو:** والتي تتشابه مع التوحد في ضعف التواصل اللفظي، من خلال تكرار الكلام (المصاداه) اضطرابات سلوكية، ضعف في القدرات المعرفية، من حيث قصور في الانتباه والتركيز.
- **متلازمة موبيس:** تتشابه مع اضطراب التوحد، من حيث عرض صعوبات في التواصل اللفظي والسلوكيات.
- **متلازمة كوت:** والتي تتشابه إلى حد كبير مع اضطراب ريت، والذي يظهر لدى الإناث بحيث نجد تأخر في النمو النفسي الحركي.
- **متلازمة سوتوس:** لديها نفس الأعراض مع التوحد، من حيث قصور في التواصل غير اللفظي.
- **اضطراب التصلب الحدبي:** ونلتمس التشابه مع التوحد من حيث وجود اضطراب سلوكي لدى المصاب.
- **متلازمة وليام:** نجد نفس الأعراض من حيث التأخر في النمو النفس حركي، اضطراب في الجانب الاجتماعي، وكذلك التواصل اللفظي من خلال تأخر الكلام.
- وأخيرا **متلازمة توريت:** والتي كذلك تشترك مع التوحد من خلال التأخر النفسي الحركي الذي يصيب المضطرب.



الشكل رقم (14): يمثل أشكال التوحد (بتد

8- محكات التشخيص

تعتبر عملية التشخيص صعب المراحل التي يمر بها الطفل التوحدي، بحيث أن ذلك يتطلب فريق عمل متـ في الجانب الطبي والنفسي والاجتماعي التربوي والسلوكي بالاعتماد على أدوات ومقاييس للشخيص والتقييم (القمش وحازم، 2007 -2014 : 294) في الشكل أدناه اقترحنا وضع مخطط يتضمن الفريق الطبي المتخصص في تشخيص اضطراب التوحد حسب الواقع الميداني المتعامل به



الشكل رقم (15): يمثل مخطط للفريق الطبي المتخصص في تشخيص اضطراب التوحد (بتصرف)

يظهر من خلال المخطط الفريق الطبي المتكامل، والذي يشرف على عملية تشخيص اضطراب الطفل، بحيث كل مختص يحدد طبيعة الاضطراب من خلال معاير ومقاييس، وقد اقترحته الباحثة حسب خبرتها في الميدان كنفسانية ممارسة، ونتيجة الواقع الميدان المتعامل به في مجال الطب النفسي فنجد ما يلي:

1-طبيب نفسي للأطفال (Pedopsychiatr): والذي يقوم بإجراء فحوصات طبية للطفل، بالاعتماد على تقنيات ووسائل طبية.

2- أخصائي نفساني في علم النفس العيادي (Clinical Psychologist): والذي يطبق مجموعة من الاختبارات والمقاييس النفسية لتشخيص اضطراب الطفل، مع إجراء مقابلات مع الوالدين لمعرفة تاريخ المرض دراسة الحالة، وكذلك اجراء التشخيص الفارقي (The differential diagnosis) بالنسبة للاضطرابات المتشابهة الأعراض مع التوحد.

3- أخصائي نفسي أرطفوني (Psychologist Ortophonist) : ويلاحظ الجانب اللغوي للطفل، بالإضافة إلى أن هناك اضطرابات لغوية متشابهة مع التوحد مثل الحبسة (The aphasia) . فيقوم بتطبيق مقاييس واختبارات لتشخيص الاضطراب من الجانب اللغوي.

4- مختص نفسي حركي (Psychomotor) : والذي يتناول جانب النمو النفسي والحركي من حيث المشي الوقوف، الحركات، التناسق الحركي، المهارات الحركية....

5-**طبيب مختص في السمع (Hearing Specialist) :** بحيث يقوم بقياس مستوى السمع لدى الطفل ويمكن أن يتدخل في عملية التشخيص طبيب مختص للأطفال (Pediatrician) ، مربي مختص (Special Educator)، وغيرهم.

ولقد حدد ليوكانر (Leo Kanner,1943) مجموعة من المعايير لتشخيص التوحد وهي:

- سلوك انسحابي انطوائي شديد، وعزوف عن الاتصال بالآخرين
- مقاومة التغيير الذي يحدث في البيئة بشكل شديد
- التعلق الشديد بالأشياء أكثر من الأشخاص
- كلام غير مفهوم – همهمة- (بيومي، 2008: 27).

أما قائمة كريك (Creik. 1961) تشمل على (09) نقاط تستخدم في تشخيص التوحد:

- القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية

- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية
- مقاومة التغيير في البيئة
- الخبرات الإدراكية غير السوية
- الشعور بنوبات قلق حاد مفرط
- التأخر في الكلام واللغة
- الحركات الشاذة غير العادية
- انخفاض في مستوى التنظيف العقلي (بيومي، 2008: 27 - 28).

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM 4) إلى أن الأعراض التوحدية تشمل على مدى العيوب في التفاعلات الاجتماعية، التواصل والأنشطة (DSM4, 1994: 801)

وهناك دراسات في هذا الصدد، ففي دراسة فرنسية حديثة ضمت (49) فريقا من الأخصائيين في علم النفس الطفل، تمت الإشارة إلى أن الفترة بين الأعراض الأولى للاضطراب، وتاريخ الاستشارة الأولى ما تزال طويلة جدا، وكانت الدراسة قد أجريت على (193) طفلا، تمت معاينتهم في (1997) و(1998) وأشارت إلى أن متوسط الفترة من أجل التحديد الأول للاضطراب يقع بين (17- 32) شهرا للحصول على أول رأي متخصص وهذه الفترة حسب الباحثين ليست مرتبطة بجنس الطفل (Sex of the child) وترتيبه الأسري (Family arrangement)، أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي (The social and economic level) للأبوين كما أنها ليست مرتبطة بشدة أعراض التوحد، ولا يزال تشخيص اضطراب التوحد من العقبات التي تواجه الباحثين في مشكلات الطفولة

وقد يرجع السبب إلى تداخل أو تشابه اضطرابات أخرى مع التوحد (عليوان، 2007: 09)، ويمكن تشخيصه اعتمادا على الأعراض التالية: ضعف التواصل، ضعف العلاقات الاجتماعية، الانغلاق الذاتي مقاومة التغيير مظاهر سلوكية: ضحك (A laugher) وقهقهة بطريقة غير ملائمة، انفعال وتقلب في المزاج، ضعف المهارات الحركية، اضطراب التفكير والإدراك (الزغلول، 2006: 134)، كما يتم تشخيصه عن طريق الملاحظة المباشرة من طرف مختصين قبل سن ثلاث سنوات (عسيلة، 2006: 63). كما نجد دراسة عبد الحميد سليمان ومحمد عبد الله (2003) بالمملكة العربية السعودية التي هدفت إلى إعداد دليل تشخيصي إكلينيكي، للتعرف المبكر على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum) اللذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر واحد إلى سنتين وست شهور، وكذلك التوحديون المتمدرسون في الابتدائية من عمر ست سنوات إلى (11 سنة) تقريبا، حيث قاما الباحثان بتحليل عينة من التراث النظري التخصصي والدراسات السابقة في مجال التوحد، وتوصلا من خلالها إلى الأبعاد الرئيسية للدليل التشخيصي، والتي شملت أربع أبعاد رئيسية للقسم الأول من عمر شهر واحد إلى سنتين وست شهور وهي اضطراب الحركة (Motion disorder)، السلوك الحسي (The sensory behavior) الاستجابة للأشياء، الموضوعات والتواصل مع الآخرين، أما القسم الثاني من الدليل فقد تكون من خمس أبعاد للأعمار من (06- 11) سنة وتمثلت في: اضطراب الحركة، الاستجابة للأشياء، الموضوعات اللغة، الاضطراب الانفعالي، والعجز الاجتماعي ، وقاما الباحثان بصياغة العبارات التي تنتمي إلى الأبعاد، كما توفرت في هذه الدراسة دلالات عن الصدق تمثلت في صدق المحكمين من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين للتأكد من الصياغة اللغوية وارتباط الفقرة بالأبعاد (المقابلة، 2016: 183)

نستنتج من خلال ما تطرقنا إليه آنفا، بأن تشخيص اضطراب التوحد يعتمد على محكات لتحديد الاضطراب فهو يتشابه مع العديد من الاضطرابات، من حيث الأعراض وإعاقات أخرى عديدة منها: التخلف العقلي الذهان (The psychosis)، زملة أعراض أسبرجر، ريت، الإعاقة السمعية (The Hearing disabilities)

إعاقات التخاطب، الشذوذ الكروموزومي، والذي يتوجب إجراء تشخيص فارقي وأيضا تحديد درجته بين الخفيف المتوسط والشديد والحاد، وهذا لا يتأتى إلا من خلال مقاييس ومعايير تشخيصية.
ونجد دراسة جميل الصادي (1985) بالمملكة الأردنية، هدفت إلى تطوير صورة أردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) تتوفر فيها دلالات صلاحية وموثوقية ملائمة للبيئة الأردنية، كما هدفت أيضا إلى مقارنة أداء الأطفال الأردنيين التوحديين، والأطفال الأمريكيين المصابين بنفس الاضطراب على تلك القائمة وتوصلت النتائج إلى: وجود دلالات صلاحية لهذه القائمة، ممثلة بالصلاحية التميزي من خلال قدرتها على التمييز بين مجموعة الدراسة الممثلة بفئات (التوحد والاعاقة العقلية)، عند مستوى دلالة (a) يساوي صفر على كل بعد من أبعاد القياس الخمسة: البعد الحسي، الاجتماعي، الجسمي، واستعمال الأشياء، البعد اللغوي البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية، من خلال استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، كما توفرت دلالات صلاحية المحتوى للصورة الأردنية، تمثلت في إجراءات تطوير وإعداد الصورة الأردنية من القائمة وتوفرت أيضا دلالات عن الثبات للصورة الأردنية من خلال استخدام معامل ألفا كرومباخ (ن= 80)، وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (80% - 83%)، وقد تراوحت معاملات الثبات ما بين (96-95)، ويعتبر الطفل توحديا إذا تحصل على درجة تزيد عن (64) على هذه القائمة (المقابلة، 2016: 179).

خلاصـــــــة الفصـــــل

إن التوحد باعتباره من أشد الاضطرابات تعقيدا فهو اضطراب نمائي عصبي، يظهر خلال ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، بحيث يؤثر على عدة جوانب من الشخصية منها: المعرفية والاجتماعية واللغوية والانفعالية وقد تعددت وجهات نظر العلماء والباحثين حول تحديد أسباب حدوثه، فنجد منهم الوجهة أو النظرية النفسية الأسرية التي ترجع سبب إصابة الطفل إلى البيئة الأسرية غير السوية، وهناك بعض النظريات التي تربط حدوثه بعوامل بيولوجية، جينية بيوكيميائية، خلل في الجهاز العصبي.... وغيرهم، والطفل المصاب باضطراب التوحد يحمل مجموعة من الخصائص والأعراض التي تميزه عن بقية الاضطرابات، أو الإعاقات كما تتنوع أشكاله، من الخفيف إلى المتوسط إلى الشديد، ولتشخيص الاضطراب لابد من فريق متخصص بالاعتماد على محكات ومقاييس لتحديد الاضطراب ودرجته.

الفصـــل الخـــامـــس : أســـــرة الطفل التوحدي (آباء وأمهات الطفل التوحدي)

تمهـــيد

1- تعاريف الأسرة
أولا/ الأبوة

1- مفهوم الأبوة
2- دور ووظائف الأب
3- مراحل تطور الأبوة
ثانيا/ الأمومة

1- مفهوم الأمومة
2- دور ووظائف الأم
3- مراحل تطور الأمومة
ثالثا/ أسرة الطفل التوحدي

1- الإعلان عن اضطراب الطفل التوحد
2- الضغوطات النفسية
3- خصائص أسرة الطفل المعاق
4- مشكلات أولياء أطفال التوحد
5- حاجات أسرة الطفل المعاق
6- آثار وجود طفل معاق على الوالديين
7- إرجاعية أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة
خلاصـــة الفصـــل

تمهـــــيد

تعتبر الأسرة نواة المجتمع والركيزة الأولى في بنائه، فهي الوحدة الأساسية في استمراره وأساس الأنظمة الاجتماعية، فإن نجحت الأسرة في أداء وظائفها بالصورة السليمة فإن تأثيرها على النظم الاجتماعية سيكون إيجابيا، والعكس صحيح، كما أنها مرت بالعديد من التغييرات والتحولات في مختلف المجالات مما أثر ذلك على واقع الأفراد ومكانتهم

وإن وجود طفل معاق في الأسرة يحدث ذلك تغييرا على نسقها ونظامها، وكذا نمط حياتها وقد اهتم الكثير من الباحثين والمختصين في مجال التربية على دراسة " الفرد المحدد " (The designated patient) متجاهلين باقي أفراد الأسرة، فالتركيز على المعاق يعد قصورا، لما ينجم عن وجود هذا الفرد من تأثيرات نفسية ، اجتماعية واقتصادية تؤثر في النظام الأسري ككل.

1- تعاريف الأسرة (The Family):

1-1- لغة:

- هي جمع أسرة وأسرات، وهي من أصل الرجل وعشيرته
- هي جماعة يربطها أمر مشترك، تتكون من الأب والأم والأولاد (صليب، 1992: 86- 87).

1-2- اصطلاحا:

-" ارتباط يدوم لفترة معينة قليلا، أو كثيرا بالنسبة للزوج أو الزوجة بأطفال أو بدون أطفال " (العناني، 2000: 55).

- الأسرة هي مؤسسة اجتماعية (Social institution) نجدها في كل المجتمعات البشرية، وهي تتأثر بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يعيشها المجتمع، وتعتبر من أهم الجماعات الإنسانية (The Human groups) وأعظمها تأثيرا في حياة الأفراد والجماعات.
- هي الوحدة البنائية (Building unit) الأساسية التي تنشأ عن طريقها مختلف التجمعات السكانية بحيث لها الدور الرئيسي في بناء المجتمع وتدعيم وحدته، وتنظيم سلوك أفراده بما يتناسب مع الأدوار الاجتماعية المحددة، وفقا للتشكل الحضاري العام (العزة، 2000: 18).

يرى كريستنسن (Christensen) بأن الأسرة مجموعة من المكانات (The placements) والأدوار المقتبسة عن طريق الزواج، ويفرق بين هذا الأخير والأسرة، حيث أن الزواج (The marriage) هو عبارة تزاوج منظم بين الرجال والنساء، على حين أن الأسرة عبارة عن الزواج مضافا إليه الإنجاب (The reproduction) .

- يرى أوجبرت ونيكسون (Oudjbert & Nickson) أن الأسرة رابطة اجتماعية(A social Association) تتألف من زوج وزوجة، وأطفال أو بدون أطفال، وقد تضم أفرادا آخرين كالأجداد الأحفاد، وبعض الأقارب، على أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوجين والأطفال.
- يعرفها ميردوك (Mirdock): على أنها جماعة تتميز بمكان إقامة مشترك، أو تعاون اقتصادي ووظيفة تكاثرية، ويوجد بين اثنين من أعضائها علاقة جنسية يعترف بها المجتمع، وتكون الأسرة من ذكر بالغ وأنثى بالغة، وطفل سواء كان من نسلها أو عن طريق التبني (العزة، 2000 :20).
- من خلال ما سبق يمكن أن نعرف الأسرة أيضا على أنها مجموعة من الأفراد يعيشون في مكان واحد مشترك، يتشكلون من خلال عملية الزواج التي تتم بين الرجل والمرأة تنتهي بهم هذه الرابطة بإنجاب

أطفال فتتكون علاقات بينهم، وقد تكون أسرة صغيرة نووية (أم، أب، أطفال)، أو أسرة ممتدة كبيرة (أزواج، أولاد، أحفاد، أجداد،...).

1-3-مفهوم الأسرة الأمومية (The mother's Family): تعتبر الأم القوة المسيطرة في هذا النظام من الأسر، وتعتبر هي رب الأسرة، وقد تكون امرأة كبيرة السن، مثل الجدة التي تنصب نفسها رئيسا للأسرة.

1-4-مفهوم الأسرة الأبوية (The father's Family): والتي يعتبر الأب فيها رئيسا ومركزا للسلطة والقوة (Power center)، سلطته مطلقة، ويكون فيها أكبر عضو (العزة، 2000 :23).

من خلال ما سبق يظهر أن النظام في الأسرة يأخذ شكلين، الأول النظام الأمومي الذي تكون فيه الأم (الزوجة أو الجدة) هي المسيطرة والمسيرة للنظام الأسري، والثاني النظام الأبوي، والذي يكون فيه الرجل (الأب، الجد،....) هو مركز القوة، سيد البيت الذي تخضع الأسرة إلى تطبيق تعليماته وسلطته.

1-5-دور الأسرة في تنشئة الطفل: تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي لها الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية، والمعلومات من أجل تكوينه المعرفي والاجتماعي، بحيث تؤدي دورها تجاه الطفل من خلال:

- تحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي.
- دور في التنشئة الاجتماعية (The socialization) : من خلال توفير الرعاية الاجتماعية والنفسية للطفل.
- العمل على إشباع حاجياته ودوافعه البيولوجية والنفسية.
- العمل على تحقيق النمو السوي والتوافق الاجتماعي للطفل.

كما يؤثر الوالدان بشكل كبير على الطفل، وفي الوقت ذاته يؤثر هذا الأخير على أبويه بحيث تزاوج الأم بين سلوكها وبين المستوى الارتقائي للطفل الذي يقوم أيضا بالتطور والنمو من خلال أمه (القمش،2011/ 2013: 66- 67).

تطرقت سهير كامل أحمد إلى دراسة تناولت فيها موضوع " الحرمان من الوالدين في مرحلة الطفولة وعلاقته بمفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال "، وفيها تؤكد الباحثة على أهمية دور الأسرة وضرورة الارتباط بالوالدين على حياة الطفل، لأن وجودهما يكون وجودا نفسيا، أكثر من كونه تواجدا بيولوجيا (عادل عبدالله، 2000: 59).

ويظهر جليا مما سبق أهمية ودور الأسرة في تنشئة الطفل بصفة عامة والعلاقة بين أفرادها، وخاصة الزوجية (بين الرجل والمرأة)، وأيضا الرابطة الوالدية (الأب- طفل / الأم- طفل)، فلها تأثير كبير على الصحة النفسية للطفل، إذ تلعب مختلف الأدوار العاطفية من خلال توفير مشاعر الحب، الحنان وكذا البيولوجية والمادية في تقديم الاحتياجات من غذاء، لباس،.....، الاجتماعية في توفير الأمن والسلامة وغيرها، وإن أي حرمان من هذه الحاجات تؤثر بالضرورة على مسار نمو الطفل، وبالتالي التأثير على شخصيته وحياته.

أولا: الأبوة (The Fatherhood)

1- مفهوم الأبوة:

1-1- تعريف المعجم النفسي التربوي:

يوجد معنيين:

- **المعنى البيولوجي:** " هو الرابطة الدموية التي تربط الطفل بوالده الحقيقي "

- **المعنى الاجتماعي:** " هو الوظيفة الأسرية الاجتماعية التي تخص الأب، له صلاحيات في استعمالها بتشريع القوانين، اتجاه الذين يرتبطون به كالأولاد "(Robert Lafond, 2001 : 783).

1-2- مفهوم الأبوة عند حامد زهران: يشير إلى وجود فرق بين الوالد البيولوجي (The biological parent) والوالد النفسي (The Psychological parent)، فالأول يعني أن الأب والأم هما اللذان أنجبا الطفل، أما الثاني فيقصد به من يقوم بعملية الأبوة والأمومة والتربية والرعاية النفسية، وينطبق هذا على الأب البديل (The father alternativeوالأم البديلة (Alternative mother) ، والمدرس والمدرسة، وكل من يقوم بالإشراف على تربية الطفل ورعايته والاهتمام به، والوالد النفسي ينبغي أن يكون قادرا على تولي دور الوالدين، والتحلي بروح الأبوة مع منح مشاعر الحب والاحترام، والدعم، والرعاية اللازمة وفهم سلوك الطفل، كذلك التحلي بالصبر وتلبية حاجياته ومتطلباته (كامل سهير، 1999: 166).

من خلال ما تم الإشارة إليه آنفا يمكن أن نعرف الأبوة على أنها عاطفة تجمع بين الرجل كأب، والطفل الذي أنجبه من امرأة، بحيث لا بد من تأدية دوره تجاه ابنه، من خلال توفير مختلف حاجياته النفسية الاجتماعية، ومن التعاريف السابقة يتضح أهمية العلاقة بين الرجل والمرأة في عملية الإنجاب.

2- دور ووظائف الأب: لقد تغير دور الأب عبر العصور، فقد أصبح يقتصر على مجرد كونه أب بيولوجي وعائل لأطفاله وفارض للنظام والانضباط، كما أصبح مشاركا لحياة أطفاله، وقد ظهر هذا التغيير في الدور نتيجة عدة عوامل من بينها:

- خروج المرأة للعمل ومطالبتها للمساواة، خاصة الأمهات العاملات (The working mothers) مما أدى إلى إعادة توزيع الأدوار داخل الأسرة، وإعادة الاعتراف بالأبوة الجديدة العاطفية، بالإضافة إلى الدور الاجتماعي والتربوي للأب (François Jean, 2002: 138).

- يعطي التحليل النفسي دورين أساسيين للأب، إذ يعتبر فاصل بين الأم والطفل، ويكون ذلك من خلال الرابطة الثلاثية، وبالتالي يفك الرابطة الازدواجية التي تعتبر مهددة للنمو الطبيعي للطفل

يرى بارك (Park) أن نظرية التحليل النفسي لم تذكر دورا للأب، إلا في المرحلة النفس جنسية (The stage self sexual) الثالثة، عند السن الرابعة أو الخامسة، وقد ركزت في السنوات السابقة على العلاقة الثنائية بين الأم والطفل (السيد أحمد، 1995: 38).

-ومنه فإن الأب يظهر كوظيفة معنوية (Moral function) بالنسبة للطفل، من خلال انتقاله من الوحدة (أم - طفل) التي تمثل الوظيفة على أساس مبدأ اللذة (Principle of pleasure) بمعنى توفر الأم لطفلها احتياجاته البيولوجية، إلى العلاقة الموضوعية المغايرة مع الأب بإدخال مبدأ الواقع (Principle of reality).

- كما يؤثر غياب الأب على استقرار النظام الأسري، وعلى شخصية أفرادها ومستقبلهم المدرسي ومركزهم الاجتماعي، وهذا ما بينته دراسة سفاينوم (Sfainom.1969) أن درجات مقياس الذكاء والتحصيل كانت لها دلالة منخفضة لدى كل من الأطفال الذين حرموا من الأب، مقارنة بدرجات الأطفال الذين يعيشون مع الوالدين، كما أظهرت دراسة بيري (Péri.1982) المتعلقة بالأطفال الذين يعيشون مع آبائهم والأطفال اللذين حرموا منهم، وجود فروق ذات دالة إحصائيا بين المجموعتين على مقاييس التحصيل ولصالح المجموعة الأولى (منصوري مصطفى، 2008: 81- 82).

تشير دراسة لصلاح الدين عبد العظيم محمد سرسي في أطروحة الدكتوراه، التي تناولت موضوع " الآثار النفسية لغياب النموذج الأبوي " (دراسة في عملية التنشئة الاجتماعية)، جامعة عين شمس (1990) أجري البحث على عينة تتكون من (52) أسرة ومجموعة أخرى ضابطة، تتراوح أعمارهم بين أربع إلى ست سنوات ذكورا وإناثا بالنسبة للأطفال، واستعمل الأدوات التالية: المقابلة شبه المقيدة، وتوصلت الدراسة إلى

النتائج التالية: يترتب على غياب النموذج الأبوي على الأسرة وزيادة مهام دور الأم في التنشئة غلبة الخصائص الأنثوية في التنشئة الاجتماعية لأطفال العينة، فيما عدا الإناث يغلب على النسق الأسري المتغيب عنه النموذج الأبوي للعمل خارج الوطن، السلوك المتسم بالانغلاق على النسق، لا توجد علاقة بين النموذج الأبوي والتحصيل الأكاديمي.

من خلال ما تم التطرق إليه سابقا يظهر أن للأب دورا أساسيا في حياة الطفل بشكل خاص والأسرة بشكل عام، فهو يسعى إلى تأدية مسؤولياته تجاه أطفاله، من خلال توفير مختلف الحاجيات الأساسية فوجوده هو دعم ومساندة بالنسبة للمرأة في تنشئة الطفل، كما أن غيابه يؤثر وبشكل كبير على الأولاد من ناحية، والأم من ناحية أخرى التي ستلعب دورين في آن واحد، مما يهدد استقرار وأمن النظام الأسري.

كما يرى لاكان (Lacan) أن للأب ثلاث وظائف أساسية هي كالآتي:

- **الوظيفة الحقيقية (The real function):** الأب يمثل الشخص الملموس، الذي يسمح للطفل تحقيق الرغبة الجنسية، , وبالتالي الوصول إلى الوضعية الرجولية (Status of manhood) .

- **الوظيفة الخيالية (The imaginary function):** هو الشخص الذي يمنع زنا المحارم، من خلال منع الطفل عن والدته.

- **الوظيفة الرمزية (The avatar function):** هو كل من ينسب للضوابط النمائية عند الشخص كما يرى كل من لاكان وونيكوت (Lacan and Winnicott) أن الوظيفة الأبوية تتواجد في التكوين النفسي للأم منذ البداية (Patrick Ange,, 1999: 127).

أشار شيلند (Chiland) بأنه يوجد فرق بين وظيفة الأب بالنسبة للولد والبنت على حد قول " وظيفة الأبوة مختلفة عند الرجل والمرأة، حيث أن الرجل يحتاج إلى تمكنه من تمثيل أب يكون جيدا يمكن الإعجاب به، ولوكان ظاهريا فقط، فالولد يهتم أكثر بالمظهر الخارجي، بينما البنت تهتم أكثر بالخصائص الداخلية والعاطفية، تستطيع مسامحة والدها ولا تحس بأنها امرأة إذا لم تكن محبوبة من الأب..... ".

2- مراحل تطور الأبوة: لقد حدث عدة تطورات وتغييرات في مفهوم ومكانة الأب، ومرت بعدة مراحل عبر العصور والتي تمثلت في فيما يلي:

3-1-المرحلة الرومانية (Roman phase): عرف الرجل في هذه المرحلة بسلطته ومكانته، فالأبوة كانت عبارة عن انتقال للسلطة، فيمتلك الرجل الحق في الاعتراف والحفاظ على ابنه أو التخلص منه كيفما يشاء ويرضى لذلك أطلق على هذا العصر " بعصر العبودية " (Michel & Others, 1997: 08) .

3-2-مرحلة العصر الوسيط (Medieval phase): كان يعترف بالأبوة في إطار العلاقات الشرعية التي تتمثل في الزواج، كما اقتصر دور الأب خلال تللك الفترة على أداء الواجبات الاقتصادية فقط وقد ظهرت الأبوة البيولوجية مع ظهور الإسلام، فكان الولد ينسب لأبيه البيولوجي فقط، ومنه تبنت الكنيسة هذا المفهوم في الديانة المسيحية، حيث كانت الأبوة تابعة للدور المقدم من المؤسسة وليس بالاعتراف الشخصي " (Michel & Others, 1997: 16) .

3-3-مرحلة النهضة (التربية الإنسانية) (Renaissance phase): لقد تغيرت خلال هذه المرحلة عدة صور حول الأبوة، فقد أصبح دوره لا يقل عن دور الأم من حيث التربية، وتوفير الأمن، والإبقاء على الوحدة الأسرية، وعلى حد قول كريستيان (Kristian) " أول مرة ينظر إلى الأبوة على أنها تربوية وقد شملت بعض الدول الأوروبية في كل من فرنسا، ألمانيا انجلترا وإيطاليا ".

3-4-المرحلة الذهبية للآباء (The golden stage for parents) (القرن السابع عشر): أعطي للأب في هذه المرحلة مكانا مقدسا " إله الأرض "، بحيث لعب عدة أدوار مهمة، من حيث توفير الحاجيات

الأساسية: الغذاء، التربية، القوة....، ولكن بدأت هذه القوة والمكانة تضعف وتختفي من خلال ظهور زواج الراهب.

3-5-مرحلة الثورة الفرنسية (The stage of the French Revolution) (1789): أصبح الزواج إداري ، وتعرف الأبوة في شهادة الميلاد، كما قسم تاريخها خلال هذه المرحلة إلى ثلاث أزمنة:

1- **المرحلة الأولى:** أطلق عليها بالتقليدية البدوية، تمتد إلى الثورة الفرنسية.

2-المرحلة الثانية الصناعية: والتي شهدت مرحلتين:

2-1-من 1789 إلى 1955: والتي تم خلالها وضع الدليل الدموي للأبوة.

2-2-من 1966 إلى 1970: تطور العمل النسائي، ظهور وسائل تنظيم النسل، الاعتراف بالحقوق المدنية والاجتماعية للمرأة.

3-المرحلة الثالثة: هي المرحلة ما قبل التقدم، وتسمى بالمجتمع قبل الصناعي أو البيولوجي (Christine: 49- 50)

من خلال ما سبق يتبين أن الأبوة مرت بتطورات عبر مراحل بدأت باعتبارها جانب قوة وسلطة وحكم بعدها أخذت تتطور لتأخذ جانب تربوي، بحيث برز دور الأب في تقديم الرعاية والاهتمام بأبنائه، بعدها ضعفت مكانة الأب خلال مرحلة معينة، لتعود من جديد أهميته في القرن السابع عشر تزامنا مع الثورة الفرنسية التي شهدت تطورات تاريخية ظهرت فيها الدور الأبوي ليأخذ شكلا إداريا، وتبرز الرابطة الأبوية المبنية على الصلة الدموية.

4-**الصورة الأبوية (The parental image):** هي التي يشكلها الطفل عن أبيه منذ السنوات الأولى من الحياة، وتعتبر نتاج علاقته معه، ولكنها ليست معبرة دائما عن الشخص، بمعنى أنها ليست انعكاسا ميكانيكيا للواقع، بل هي صورة ضمنية خيالية مكتسبة.

والصورة الأبوية قد تتناسب مع الأنا المثالي، وهي أب " عادل، قوي، حر " ، فهو عادل لكونه لا يتعدى حدود حقوقه، قوي لكونه يملك السلطة على الأشياء، حر خصوصا بالنسبة للأم، بمعنى غير خاضع لسلطتها، وقد تكون الصورة الأبوية سلبية مقلقة، بحيث أن الطفل لا يجد الرغبة في الابتعاد عن الأم لأنها في وضعية معايشة فالأب مثله مثل أي شخص آخر يعتبر تهديد للعلاقة أم – طفل، إذ أن هذا الأخير يرفض لا شعوريا إدخال أي شخص في عالمه غير الأم (Legalle, 1995 :83).

ما يمكن استنتاجه أن تصور الطفل لأبيه يختلف حسب مراحل النمو، بحيث يشكل دورا ثانويا بالنسبة لابنه في بداية حياته، لأن الأم تحتل المكانة الأولية مقارنة مع الأب، ومع نمو الطفل تتطور صورته تجاه والده الذي يأخذ مناحي مختلفة، قد تكون إيجابية أو سلبية بالنسبة للطفل، لذلك يبق تصور الأب بالنسبة لطفله يعود بالدرجة الأولى له، لكي يعطي النموذج الحقيقي للطفل.

ثانيا/ الأمومة (The motherhood):

1- **مفهوم الأمومة:** يعتبر وضع المولود (The born) بالنسبة للمرأة أهم حدث في حياتها، إذ يعنى له تحولا وتغييرا كبيرا، بحيث تنتابها مشاعر النضج وقدرتها على العطاء، فهي بإمكانها تغذية كائن آخر من جسدها، مما يعطيها روح المسؤولية تجاهه من خلال الاهتمام به والعمل على تطويره وتوفير الأمن له، فتجربة الولادة (The birth) تنطوي على انقلاب عاطفي كبير، وشعور عظيم بالمسؤولية، كما قد يصاحب ذلك مشاعر سلبية كالخوف، والشك بعدم القدرة على رعاية مولودها الجديد وحمايته (قنطار، 1978: 67).

نجد في هذا الصدد دراسة قامت بها جروس (Gross, 1963) عن مجموعة من الأطفال بين خمس سنوات إلى (11) سنة، كانوا جميعا قد انفصلوا عن الأم في سن مبكرة، وتم ايداعهم بأحد بيوت التبني (The

(adoption، وقسمتهم إلى ثلاث مجموعات فرعية: المجموعة الأولى وضعت مؤقتا في أحد مراكز الاستقبال للأطفال، والمجموعتين الثانية والثالثة وضعتا في دار للتبني بصفة دائمة، وتوصلت الدراسة الى وجود فروق دالة بين المجموعتين في كم وكيف الجرح النفسي الناتج عن الانفصال

يظهر مما سبق أن الأم هي عنصر ضروري ومهم في حياة الطفل وتنشئته، وتحقيق الصحة النفسية لديه بحيث تعتبر القوة المحركة (The driving force) لحياة الطفل فغيابها يعود عليه بالسلب ويتأثر نموه النفسي، العقلي، الاجتماعي والانفعالي، كما أن العلاقة بين الأم- طفل هي علاقة تكاملية لا يستطيع أحدهما العيش بدون الآخر.

- الأم هي الإنسانة التي تقوم بحمل صغيرها بين أحشائها قرابة تسعة أشهر، ثم تقوم بتربيته والعناية به. فهي منشأ الراحة والمحبة في العائلة، وأقوى مصدر لسعادتها، فهي التي تبعث الطمأنينة والاستقرار والسلامة في نفوس الأطفال (القائمي، 2005: 13)
- فالأمومة شعور إيجابي (Positive feeling) يمنح للمرأة أهميتها في الوجود، بحيث يلعب الأطفال دورا في تشجيعها على الحياة.
- بالنسبة لبعض الأمهات هي نوع من الاستثمار الاجتماعي والعاطفي (The social and the emotional investment)، فهي تحيا من أجل تربية طفلها الذي يصبح أملا تترقبه وتحلم به بالنسبة لها المستقبل الذي تعيش من أجله.
- الأمومة شعور يمنحه الطفل لأمه من اعتماده الكلي عليها، بحيث يعوضها هذا الإحساس بالضعف والاعتمادية (The reability)، فقد وجدت بالنسبة لها من يريدها وحدها ويعتمد عليها في حياته فهي التي ترعاه وتهيئ له الظروف المناسبة للنمو، فهذا الطفل هو الوسيلة الوحيدة الذي يمكنها من تحقيق ذاتها وطموحاتها (عبد الناصر ميرفت، دس: 136-137).
- الأمومة تعني قبول مسؤوليات مهمة وعظيمة من ناحية، ومن ناحية أخرى الدخول إلى عالم الأسرة والجماعة (القائدي، 2005: 21)

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن للأم أهمية كبيرة في حياة الطفل، فهي تسعى لإثبات ذاتها وكينونتها عن طريق عملية الإنجاب من ناحية، وتربية ورعاية مولودها من ناحية أخرى.

2- **دور ووظائف الأم:** الأمومة هي حالة ترى أن الصفات السامية للجمال تتجمع في تربية ورعاية أبنائها فهي فضيلة ملكوتية (Virtuous virttue) تجسدت في كيان الإنسان التراثي، يؤكد قانون الوراثة أن الكثير من تصرفات الطفل نابعة لا إراديا من تصرفات الأم، كما أثبتت تجارب العلماء النفسانيين الانجليز أن نقص أو سلامة شخصية الطفل النفسية، وخاصة في السنوات الست الأولى من عمره يرتبط ارتباطا وثيقا بعلاقة الأم بطفلها من خلال منحه الحب أو حرمانه منه (القائدي، 2005: 36).

فالحب الأمومي (The mother love) أو القدرة على أن تكوني أم هي ظاهرة عالية التعقيد، لأنه وانطلاقا مما كتبته هالين داتش (Helene Deutch) سنة (1945) في كتابها سيكولوجية النساء فإن المرأة عندما تكون أم تقوم بعمليتين وهما:

1- بناء علاقة أم – طفل بطريقة متناسقة.
2- إنهاء علاقة أم – طفل فيما بعد.

وهذا العمل المتناسق الذي تقوم به الأم يعتبر مؤلم وطويلا لها، إذ يرتبط بمراحل النمو عند الطفل من الطفولة إلى الرشد، يتخلله الكثير من المشاكل والاضطرابات منها:

-اضطرابات الأم خلال مرحلة الفطام (The weaning) .
- اضطرابات خلال الانفصال الأولي (The first separation) .

- عدم القدرة على تحمل بعض حركات المراهقة عند المراهق.
- حالة التردد التي تصيب الأم عند اختيار الابن لشريكة الحياة.

فرعاية الأطفال حتى الكبر وتقبل استقلاليتهم يتطلب عمل نفسي كبير من الأم، الذي غالبا ما يكون خارج إطار وعي المجتمع.

- كما أن كل أم تعيش" مأساة الولادة " (Tragedy of birth) حسب هيلين فتقول أن كل أم عاشت آلام قطع الوحدة " أم-طفل " عند قطع الحبل السري (The umbilical cord) الذي يربط الأم بالطفل، هذا الانفصال يؤثر في كلا الطرفين الأم والطفل رغم أن هذا الأخير عند الولادة يسعى للانفصال والأم تسعى للحماية والإبقاء عليه.
- كما تحدثت هيلين عن العلاقة الطبيعية بين الأم والطفل، فهي ونظرا لطبيعتها النفسية تسمع وتتقبل رغبات الطفل وتتفهم حاجاته الخاصة، إضافة لذلك فالأم تعيش نوعا من " الصراع النفسي (The psychological conflit) " نتيجة كونها تعايش حالة ولادة الطفل مرتين:
- أولا/ من خلال الولادة الطبيعية تمنح لطفلها الميلاد (The birth) والخروج من الرحم (The uterus) إلى الحياة (The life) .
- ثانيا/ من خلال ما بعد الميلاد (Post birth) وخلال عدة أشهر تمنح الأم للطفل الميلاد النفسي (The psycholgical birth)، هذا الأخير الذي يمنح مساحة لها تتوهم خلالها أن العلاقة أم – طفل مازالت قائمة من خلال مفهوم وينيكوت " Winnicott " وهو ما يعتبر من المنظمات النفسية للأم، والذي يمنع إصابتها بذهان ما بعد الولادة (Postpartum psychosis).

يمكننا القول مما سبق أهمية العلاقة أم- طفل، فكلا العنصرين يؤثران ويتأثران ببعضها، فالأم مركز عطاء لابنها فهي تمنحه الحياة، وما تحمله من مشاعر حب، حنان، رعاية واهتمام، كما أن عملية الانفصال عن مولودها له التأثير النفسي على حياتها، وحرمانها منه يعود عليها بأضرار سلبية قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية أو ذهانية، وفي الوقت ذاته وجودها مع طفلها هو بمثابة دعم وحماية بالنسبة له إذ تغذيه نفسيا وفيزيولوجيا، أما عدم وجودها وتعايشه بالحرمان من العاطفة الأمومية هو اضطراب نفسي في حد ذاته.

نجد في هذا الصدد دراسة للباحثة ايمان فوزي (1944)، والتي تناولت " تأثير الحرمان من الأم بوفاتها عن التوافق النفسي للأبناء "، وقد أظهرت نتائجها لدى الإناث قدرا عظيما من الوحدة (The unit) والكآبة (The depression) نتيجة لفقدان موضوع الحب (The theme of love) ، إلى جانب مشاعر الهجر (The immigration) والنبذ (The ostracism) ، وقد أظهرت أحد حالات الذكور اضطرابا يتمثل في صور ميول جنسية مثلية (Homosexual) قوية (أنسي محمد، 1998 : 135).

كذلك نجد دراسات سبيتز (Spitz) حول آثار الحرمان الأمومي (The maternal deficiency) بحيث وصف نوعين من الاضطرابات، الخور الاتكالي (The anaclitic depression) وداء المصحات (The hospitalism)، حيث استنتج هذان اللوحتان المرضيتان عند أطفال فرقوا عن أمهاتهم (أمهات جانحات) ووضعوا في مؤسسة ذات مستوى مادي لا بأس به، وقارن الأطفال الذين يعيشون في مؤسسة مع أمهاتهم، وأطفال في مؤسسة دون وجود الأمهات، فوجد أن الفئة الثانية تضطرب، بينما الأولى تنمو بشكل عادي، هذا ما جعله يفسر الاضطرابات على أساس نقص في الانفعال والوجدان وسماه بالحرمان العاطفي (The emotional deprivation)(ميموني، 2011: 169).

أما فرويد (Freud) فيرى أن الأم تتعامل مع الطفل بناء على رغبات قديمة مكبوتة فمن خلال مقالته سنة (1931) حول " الجنسية الأنثوية " (The female sextuality) شدد على ضرورة الاهتمام بالفتاة خلال المرحلة قبل الجنسية، بحيث يجب أن تكون الفتاة قريبة جدا من أمها (Didier Anzieu & others, 2000 : 219-221).

يبدو من خلال تفسير فرويد الذي ركز على علاقة البنت مع أمها، وضرورة الاهتمام بهذه الرابطة في سن مبكرة، وبذلك أهمل الجانب الذكوري، بالرغم من أهمية العلاقة أم – طفل بصفة عامة ذكرا كان أم أنثى.
كما تلعب الأم وظائف مهمة في الأسرة منها:

- وظيفة الولادة (Birth function) وتكوين الجنين (Emboryo): من خلال خلق الأرضية اللازمة لنموه داخل الرحم ، وتكامله من ثم ولادته
- الوظيفة العاطفية (The emotional function): فهي القلب النابض للبيت ومظهر الحب والعاطفة والأحاسيس.
- السهر وتلبية متطلبات الأطفال.
- إسعاد الأسرة وبث الراحة والطمأنينة، فهي المسؤولة عن البناء والتغيير في هيكل أعضاء الأسرة.
- رسم شخصية الطفل وصنعها.
- إدارة شؤون المنزل واقتصاداته (القائدي، 2005: 14- 18).

ما تم التطرق إليه سابقا يبين تعدد مهام الأم التي تجمع بين الحمل والإنجاب، التربية الرعاية والاهتمام بالأطفال، وكذلك عملية التنشئة الاجتماعية، فهي تقوم بأعمال كثيرة ومتعددة من أجل الحفاظ على أسرتها وبيتها، مما يؤكد أهميتها كعضو فعال في المجتمع وتربية الأجيال.
لاحظ لامب وماير (Lamb & Mayer.1991) بعد نشر دراسة عام (1964) التي أجريت على ارتباط الطفل بأمه، وعن الحرمان الأمومي برز أهمية عامل إهمال المحيط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الطفل، مقابل الاهتمام بالتأكيد على الدور الأمومي، حيث كان تقدير دور الأب في نمو الطفل هامشيا ويدعم باولبي (Bowlby) هذا الاعتقاد بافتراض أن دور الأب في نمو الطفل يكون ثانويا مقارنة بدور الأم (كاشف، 2001: 224).
من خلال ما لاحظه الباحثان لامب وماير وإبرازهما أهمية الأمومة عند الطفل، وأن الحرمان من هذه العاطفة يؤثر على حياة الطفل، أما الأبوة فأخذت منحى هامشي وكأن وجود الأب ليس ضروري في تنشئة الطفل، بالرغم من الأدوار التي يلعبها والمسؤوليات التي يتحملها في رعاية وتوفير كل متطلبات الحياة، والدليل الشرعي أكد أهميته ودوره كعنصر فعال في قوله (صلى الله عليه وسلم) (كلكم راع وكل راع مسؤول عن رعيته فالإمام راع ومسؤول عن رعيته، والرجل راع ومسؤول عن رعيته، والمرأة في بيت زوجها راعية وهي مسؤولة عن رعيتها.....).

3- مراحل تطور الأمومة: تنقسم الأمومة إلى ثلاثة مراحل وتتمثل في:

3-1-مرحلة الإحتواء (A containment stage): تبدأ منذ فترة الحمل (Pregnancy period) حتى المرحلة الأولى بعد الولادة، وفيها تشعر الأم بأن الطفل هو جزء منها، فهو كائن غير مستقل عنها وهي فترة طبيعية.

3-2-مرحلة الامتداد (Extension phase): وهو شعور الأم بأن الطفل امتدادا لها وكأنه ظلها يتحرك فقط بإرادتها، وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

3-3-مرحلة الأمومة الناضجة (Mature stage of pregnancy) : تتمثل في رؤية الأم أن ابنها صورة منفصلة، له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة، وكيانه المستقل في الحياة (عبد الناصر ميرفت: 138- 139).

أما هيلين دوتش (Helene Deutch) فقسمت الأمومة إلى ثلاث مراحل تعيشها الأم خلال ممارستها وهي:

1- **المرحلة الأولى:** تعيد الأم خلالها معايشة تجربة الطفولة من خلال الإشباع (The satisfaction) والإحباط (The frustration)

2- **المرحلة الثانية:** ويتم فيها إعادة بناء العلاقة أم- طفل التي قطعت بعد الميلاد، من خلال الملامسات (The contacts) والنظرات (The looks) ، والاهتمام بالطفل وفهم احتياجاته.

3- **المرحلة الثالثة:** يتم فيها بناء دعائم الشخصية خلال مرحلة ما بعد العمليات النرجسية ومن خلال النضج النفسي الحسي (Didier Anzieu & others, 2003 : 221).

يظهر أن الأمومة تمر بمراحل متطورة، تبدأ من الحمل الذي تتعايش فيه المرأة مع جنينها بكل مشاعر الحب والعاطفة، بعدها عملية الولادة التي ينفصل فيها المولود عن أمه، وتبدأ العلاقة أم – طفل، والتي من خلالها تشعر الأم بوجودها وكينونتها، وتثبت خلالها ذاتها وتكون العلاقات جسدية عن طريق العناق الملامسات وكذا العواطف والمشاعر.

4-**الصورة الأمومية (The mother image) :** تتكون الصورة عن طريق العلاقة التي يكونها الطفل مع موضوعه، وبما أن العلاقة الموضوعية الأولى التي يكونها الطفل هي علاقته مع أمه، أي أول صورة يقوم بتكوينها هي الصورة الأمومية، ومنه فنوعية الصورة تتعلق بنوعية العلاقة أم - طفل، بحيث تكون لدى الطفل حسب سيلامي (Sillamy) هي تمثيل داخلي (Inernal representation) شوهد سابقا أو أنتج من طرف الفكر (The thought) ، بمعنى أن الطفل يكون صورة عن أمه إما عن طريق المشاهدة (The watching) والتفاعل المباشر معها (The direct interaction) ، هذا إن كان لديه حظ التفاعل مع أمه لفترة قصيرة أو طويلة، أو يكون هذه الصورة عن طريق الإنتاج الفكري، وذلك بالنسبة للطفل الذي لم تكن لديه الفرصة للبقاء مع أمه لفترة تسمح له باستدخال صورتها في فكره (Norbet Sillamy,1983 : 341).

ما يمكن قوله هو أن تصور الطفل لأمه يبدأ من أول لقاء مباشر معها، عن طريق رؤيتها والاحتكاك معها والتفاعل الذي يحدث بينهما، وكذلك ما يتعلمه الطفل من البيئة الخارجية من مكتسبات حول الأمومة تجعله يحمل تصورا فكريا تجاه الأم.

ثالثا/ أسرة الطفل التوحدي (Autistic Children's Family)

1- الإعلان عن اضطراب التوحد (The announcing autism): بعد عملية تشخيص (diagnostic A) اضطراب التوحد من طرف فريق طبي متكامل (طبيب أطفال، طبيب نفسي للأطفال أخصائي نفساني....)، تأتي مرحلة الإعلان (The advertising) عن الاضطراب للوالدين، والتي تعتبر من أصعب المراحل، وتعتمد على معايير أو عوامل مرتبطة بالأبوين، وتتمثل في: شخصية الوالدين parental A) (A character) نمط حياتهم (A life style) المعرفية الشخصية والطبية حول الإعاقة التاريخ العائلي (The family history) الحمل (The pregnancy) (Guidetti and Tourette, 1999 : 146).

ويعتبر الآباء وبالخصوص الأم الواجهة للتصريح لهم بالتشخيص، فالأم المتعلمة ذات مستوى معين من الوعي، ولها دراية ومعرفة بالمصطلحات العلمية والطبية قد تساعد في فهم أعراض الاضطراب أكثر ومعرفة طرق التعامل معها، قد تختلف طريقة إعلامها مقارنة بالأم غير المتعلمة.

ما يمكن قوله من خلال ما سبق أن مرحلة الإعلان عن اضطراب الطفل هي من أصعب المراحل التي تمر بها الأسرة، فهو خيبة أمل لميلاد طفل غير منتظر، فالاضطراب بالنسبة للوالدين هو إعاقة للنظام الأسري.

1-1-استجابات الآباء بعد الإعلان (Parents' respenses after the announcement): أشارت كل من جيديتي وتورات (Guidetti & Tourette, 1999) إلى أنه بعد الإعلان يستجيب الآباء بعدة طرق من خلال محاولة الاقتراب أكثر من ابنهم، ويتمنون لو كانوا مكانه، كما يسعون للبحث عن أطباء آخرين، بحيث يعتقدون أن التشخيص خاطئ (The diagnostic is wrong) ، فغالبية آباء حالات الطفل المعاق يتضمن فقدان الطفل الخيالي (The fantastic child) والإدانة والحكم عليهم بالعيش مع الطفل الحقيقي، كما أضافتا الباحثتان إلى أنه في السنوات الأولى يبدأ الآباء في القيام بعمل إعادة بناء وتقبل الطفل، واستجاباتهم يمكن

أن تقع وتستمر من خلال الصدمة الأولية (The initial shock) ، وعملية القبول (A cceptance process) لهذا الطفل تكون مختلفة، وتظهر خلال هذه المرحلة الانهيار النرجسي (Narcissic rout) ويصاحبها سلوكيات تجنبية (A voidance behavior) تتمثل في الغضب، الإنكار.... وبعدها تأتي مرحلة إعادة بناء الواقع، وتظهر في سلوكياتهم من خلال البحث عن (الأخصائيين الجمعيات.....)، لتأتي في الأخير مرحلة التقبل (Guidetti &Tourette, 1999 : 14).

من الواضح أن تشخيص وإعلان عن اضطراب الطفل هو صدمة بالنسبة للوالدين، بحيث يعتبر نتاج سلبي عن تصور ميلاد طفل في الأسرة، وخلالها يمر الآباء بمراحل تبدأ بالصدمة بعد التشخيص، ثم محاولة البحث عن الحلول والعلاجات بعد التقبل والسعي للتعايش مع الإعاقة.

كما أشارت دراسة بلانشر (Blancher. 1984) للأزمة التي يولدها التخلف العقلي فوجد أن الأولياء يمرون بثلاث مراحل وهي:

-مرحلة الإصابة بالصدمة (A stage of trauma): والتي تجعلهم لا يصدقون وينكرون وجود الإعاقة عند الطفل.

-الاضطراب الانفعالي (The emotional disorder): التي يتضمن الغضب (The anger) الشعور بالذنب (The feeling guilty) ، الخجل (The chaily)، والحط من قيمة الذات (Devaluation of self) (ابن الطيب، دس: 08).

-الرضا بالأمر الواقع (Satisfaction with the matter): من خلال التقبل والتوافق مع الإعاقة

إن تنشئة ورعاية طفل مصاب باضطراب التوحد من المشكلات الضاغطة التي تواجهها الأسرة، فقد تضع نوبات الصراخ (Shouts of screaming)، الغضب (Angry) والهياج الحركي والانفعالي (Emotional and emotion agitation) التي قد تظهر عند جميع أفرادها، وبعد تقبل الوالدين والأسرة ككل للاضطراب يصبح من الممكن مواجهته والاعتناء بطفلهم، وذلك بتوفير الإمكانيات له ومحاولة علاجه، والبحث عن الحلول والبدائل (The search solutions and alternative).

كما نجد دراسة بلانت وساندرس (Plant & Sanders . 2007)، والتي تم إجراؤها على (105) من أمهات الأطفال المعاقين دون السن المدرسي، أن متغيرات كل من مستوى الإعاقة وسلوك طفل المعاق أثناء تقديم الرعاية، وصعوبة تقديمها هي من أكثر مصادر الضغط النفسي على الأمهات، وبينت النتائج أيضًا أن متغيري عمر الطفل والمستوى الاقتصادي للأسرة لهما أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء والأمهات.

نستخلص من خلال ما ورد أن الوالدين يتأثران بشكل كبير باضطراب الطفل، بحيث أنهم يمرون بمجموعة من المراحل المصاحبة لضغوطات وانفعالات سلبية، بحيث يصطدمون بواقع غير منتظر، لا يتوافق مع تصوراتهم المسبقة إذ تشكل الإعاقة صدمة نفسية، ومع الوقت تبدأ هذه الانفعالات تتلاشى إلى أن يصل الآباء إلى مرحلة التقبل والرضا.

2-1-اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الاحتياجات الخاصة:

- **الشعور بالصدمة (Feeling shocked)**: هو أول رد فعل للوالدين عندما يعلمان أن ابنهما من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تنتابهما مشاعر الرفض (Rejection)، الإنكار (Denial) الشعور بالذنب (Feeling guilty) والإحباط (Frustration) ، اليأس (Desperation) والعجز (Disability)

- **مرحلة الإدراك والفهم (Stage of perception and understanding)**: وفيها يدرك الوالدان أن طفهما يعاني من مشكلة، ويصاحب ذلك مشاعر القلق والاكتئاب.
- **مرحلة الانسحاب أو التراجع (The withdrawal phase) :** حيث يرغب الوالدان في التراجع وترك المسؤولية تجاه طفلها لشخص آخر .
- **مرحلة الاعتراف والقبول (The stage of recognition and acceptance):** وهي المرحلة التي يحاول فيها الوالدان الخروج من الأزمة النفسية، ومع ذللك ينتابهما مشاعر الأسى(The sorrow) تجاه الطفل، ويسعيان للتكيف (The adaptation) مع الحقائق والاعتراف بإعاقته ومحاولة قبوله والسعي لتعليمه وتأهيله (القمش،2011-2012 : 67- 68).

نجد في هذا الصدد دراسة كدي (Kediye, 2007)، والتي هدفت للكشف عن عوامل الضغوط والرعاية التربوية لطفل على عينة من أمهات أطفال التوحد، أشارت النتائج إلى أن العوامل المرتبطة بالضغوط لدى الأمهات هي: القلق حول نمو مهارات الطفل، اللغة، النقص في مصادر المعلومات، والجوانب المادية.

1- الضغوط النفسية (The psychological stress):

1-2- التعاريف:

تعد الضغوط النفسية ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية التي يعيشها الفرد في مواقف وأوقات مختلفة ومعتقد الحياة الحديثة وتطورها السريع، مما تزيد من قلقه وتوتره، حيث أصبحت الضغوط النفسية تعبر عن ظاهرة تواجه الفرد، وهي نتاج للصراع (Conflit) بين متطلباته ومقدرته على الوفاء بها، كما يترتب عليها انحدار ملحوظ في أداء الفرد

هناك تعريفات متعددة للضغوط تعكس الاختلاف بين الباحثين فيما يتعلق ببعض التعريفات:

- **يعرف في الموسوعة المختصرة لعلم النفس والطب النفسي:** بأنه حالة من الإجهاد النفسي والجسمي (Psychological and physical stress)، يتعرض فيها الفرد لصعوبات مستمرة مادية وجسمية ونفسية.

-يعرفه ممدوحة سلامة: بأنه كل ما من شأنه أن يجبر الفرد على تغيير نمط قائم لحياته أو لجانب من جوانبها، بحيث يتطلب منه ذلك أن يعيد أو يغير من توافقاته السابقة، وهذه الأحداث ما بين أحداث رئيسية (كفقدان شخص عزيز، الطلاق، الانفصال بالنسبة للأطفال) إلى أحداث أقل ضغط من السابقة، مثل الضغوط الاقتصادية واضطراب العلاقة مع الآخرين (بوشعرية وطاهر، 2017: 8).

من خلال التعاريف السابقة يمكن أن نعرف الضغط النفسي على أنه حالة انفعالية ناتجة عن مجموعة من الجهود المتعددة الأسباب، اقتصادية، مهنية، أسرية، بحيث تظهر في صور أعراض نفسية كمشاعر القلق، الخوف.....، جسمية كآلام الرأس، الظهر والصداع.....، سلوكية مثل العدوانية، العنف .....وغيرها.

نجد في هذا الصدد دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب الفايز، بعنوان أثر وجود طفل معاق على الوالدين: دراسة ميدانية بمدينة عمان، تناولت الدراسة أثر وجود طفل معاق على الوالدين عن طريق قياس مستوى القلق، والضغط النفسي اللذان يتعرضان له جراء الحدث، وقد تمت هذه الدراسة على درجة أداء الأبوين لأعمالهما ووظائفهما المعتادة، وعلى ثبات العلاقة الزوجية، كما تم تجري الفروقات بين الأسر فيما يتعلق بآثار الإعاقة تبعا لتباين خصائص الأطفال وأسرهم الديمغرافية، والاجتماعية والاقتصادية، وقد اعتمد الباحثان على الأدوات التالية: تصميم استبيان وتعبئته من طرف آباء وأمهات المعاقين في الفئة العمرية (أربع سنوات فأقل)، مع استخدام المنهج المسحي من خلال مقابلة ثمانين أبا وأما لطفل معاق يمثلون (90,91 %)، كما قاما الباحثان بتطوير مقياس درجة القلق النفسي، مع إجراء الأساليب الإحصائية التالية: الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس، استخدام معامل ألفا كرومباخ (0,91)، تحليل البيانات باستخدام

الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية، إجراء الإحصاء الوصفي تحليل التباين الأحادي، اختبار (ت)، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المتغيرات المستقلة المتمثلة بعمر الطفل، نوعه ترتيبه بين الإخوة، مستوى تعليم الأبوين، عمل الأب، نوع العائلة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المتغيرات التابعة المتعلقة بوجود الضغط النفسي لدى الأبوين، أداء الأسرة لوظائفها، العلاقة الزوجية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير عمل الأم، وبين كل من متغيري أداء الأسرة لوظائفها والعلاقة الزوجية.

2-2-أنواع الضغوط:

اختلف الباحثون في تحديد أنواع الضغوط التي يتعرض لها الفرد، حيث صنف موراي (Morey) الضغوط إلى ثلاث أنواع:

1-الضغوط الناجمة عن التوترات الاعتيادية (Pressures resulting from normal tensions): ويقصد بها الناتجة عن المشكلات اليومية في الحياة.

***2-*الضغوط النمائية الناتجة عن التوترات الاعتيادية (Developmental resulting from normal tensions)::** وتشمل الضغوط الناجمة عن التغيرات التي-تتطلب تغييرا مؤقتا في العادات وأسلوب الحياة .

3-ضغوط الأزمات الحياتية (Stress of life crisis) : وتشمل ضغوط المرض الشديد، أو فقدان شخص عزيز، وتكون قوية، وتستمر مدة محدودة.

يقسم ميلر (Miller) الضغوط إلى:

1- **الضغط الايجابي (The positive pressure):** وهو ضغط بنَاء لا يلحق ضرر بالفرد، وهذا النوع يتطلب طبيعة العمل، حيث يكون عامل محفز للفرد من أجل بذل الجهد نحو النمو والتقدم.
2- **الضغط السلبي (The negative pressure):** وهو ضغط هدام، ويؤدي إلى انخفاض الدافعية للعمل، وخاصة دوافع التجديد (The renewal)، الابتكار (The innovation) ، التطوير(The development) ، مع ظهور الشعور بالإحباط والعدوان (The agression) على الآخرين وتحقير الذات (Self-deprecation) كرد فعل للضغط (بوشعرية وطاهر، 2017: 08- 09).

يتضح من خلال ما أشار إليه كل من موراي وميلر أن الضغط يختلف حسب الطبيعة والنوع، فهناك ضغوط تحدث للفرد في الحياة اليومية، وقد يتعرض لأزمات ومشاكل تسبب له الضغط، كذلك نلتمس نوعين من الضغوطات، منها التي تعد حافزا ومعززا للفرد من أجل التقدم والتطور إلى الأحسن، وهناك النوع السلبي الذي يصاحبه مشاعر سلبية تؤثر بشكل كبير على سيرورة حياته.

2-3-مصادر الضغوط:

تشير الدراسات النفسية إلى أن مصادر الضغوط متباينة ومتداخلة في آن واحد، يمكن أن تنشأ من داخل الفرد (مكونات الشخصية) (Personal components))، وهي ضغوط داخلية المصدر (Internal pressure source)، أو قد تكون من البيئة الخارجية (The external environment) التي يعيش فيها الفرد، ويتأثر بها كالعوامل الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية، المشكلات الأسرية (The family problems)، ضغوط العمل (Work pressure)، العوامل الفيزيقية (The physical factors) (بوشعرية وطاهر، 2017: 09).

نفهم مما سبق ذكره أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد هي نتاج لمصادر، إما أن تكون هذه المصادر ذاتية، أي أن أصلها نابع من الفرد نفسه، والتي تتعلق بشخصيته كتقديره لذاته، أو عدم تحقيق الذات، وقد تكون المصادر هي عوامل خارجية كالأسرة مثلا، العمل، المؤسسات بأنواعها.

2-4- ضغوط الوالدين (Parental pressure):

هي مجموعة من المشاعر التي تتكون لدى الوالدين، نتيجة لعدم قدرتهما على تلبية المتطلبات الخاصة لأبنائهما، أو عجزهما، وتظهر هذه المشاعر في صور تتمثل في ضعف تقدير الذات، القلق، أعراض الاكتئاب (Symptoms of depression) اضطرابات في التفاعل والتواصل، وتكون هذه الضغوطات

النفسية مرتبطة بالإعاقة مهما كان نوعها، وقد أشار خضير والبيلاوي (2004) أن المصادر النفسية (The psychological sources) تتمثل في المشكلات النمائية والسلوكية المرتبطة بالطفل وكذلك المشكلات الخاصة بالعلاج (The cure)، التعليم (The education) ومستقبل الطفل (The future of the child) ، بالإضافة إلى الضغوطات الانفعالية (The emotional stress) والتوافق الأسري والاجتماعي (The family and social compatibility) (سلام، 2013: 18).

أشارت في هذا الصدد دراسة هارت (Hart ,2004)، والتي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والاكتئاب والقلق لدى والدي أطفال التوحد، وتكونت العينة في صورتها النهائية من (20) أب وأم لأطفال التوحد، و(41) أب وأم كعينة مقارنة من العاديين، واستخدم في هذه الدراسة لجمع البيانات ثلاث استبيانات لقياس كل من الضغوط النفسية، والقلق والاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن آباء وأمهات أطفال التوحد أظهروا درجة عالية من الضغوط، والقلق والاكتئاب، وذلك بسبب ضعف الدعم الاجتماعي وبعض العوامل الشخصية وتأثير الطفل على باقي أفراد الأسرة.

2-5-الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين (The psychological stress among autistic mothers) :

الضغط النفسي (The psychological stress) يزداد مع تقدم عمر الطفل في الأسرة لماله من زيادة في المتطلبات الخاصة به ومحاولة التعايش معه، وقد أشار الخطيب وآخرون (1992) أن أمهات المعاقين الأكبر الذين يتطلبون رعاية بسبب المشكلات السلوكية (The behavioral problems) أو الإعاقات الجسمية (The physica disabilities) هن أكثر اكتئابًا (More depressed) من الأمهات الأخريات، كما أشار عبد المنعم (2006) أن أسر المعاق تصاب بأزمة حادة (A severe crisis) وعنيفة (Violent) تتميز بمراحل متعددة، وهذا يتوقف على توافر الظروف والاحتياجات النفسية التي تساعد الأسرة على تخطي المصاعب. ويغلب على الأمهات الجانب العاطفي، متمثلا في الضغوط النفسية والانفعالات، والمشاعر السلبية نتيجة لصراع الأدوار (Conflit of roles) الذي يتطلب منهن مسؤوليات وواجبات وأعباء، إضافة إلى دورها كزوجة وربة منزل، وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها، وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف، والقلق، وعدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها (عصفور، 2012: 54).

أجرى صيلدا كويدمير وآخرون (Selda Koydmir & others, 2009) دراسة للتحقيق في أثر وجود طفل توحدي على حياة الأم التركية، عن طريق إجراء مقابلات شبه منظمة مع عشر أمهات لأطفال مصابين بالتوحد، حيث قام بتصميم أسئلة المقابلة للكشف عن جوانب كثيرة من تجارب الأمهات مع أطفالهم أسفرت النتائج عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب الأم، كردود الفعل إثر ولادة طفل المعاق (Disabled child)، مصادر الضغوط (Sources of pressure) استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل

معها، ذكرت جميع الأمهات المشاركات أنهن يعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل، وأظهرن أيضا أن هناك قلقا لدى الآباء والأمهات حول مستقبل الطفل المعاق (The future of disabled children) مما يسبب ضغوطا (منصوري عبد الحق وعايش، 2013 : 200-201).
يتضح من خلال ما تم الإشارة إليه أن تأثر الأم بإعاقة طفلها أكبر مقارنة ببقية الأسرة كالأب أو الإخوة مثلا، فهي تحمل عدة مسؤوليات كزوجة تجاه زوجها، وأم تجاه أطفالها العاديين والمعاق أيضا، مما يزيد من أعبائها، وبالتالي ضغوطات مصاحبة لأعراض نفسية وجسمية، وفي الوقت ذاته لا يمكن الإغفال عن دور الأب، ومدى تحمله للواجبات التي تسبب له ضغوطات وانفعالات تجاه المسؤولية من جهة وإعاقة الطفل من جهة أخرى.

3- خصائص أسرة الطفل المعاق (Characteristics of the disabled child's family):

تختلف الأسرة بنائيا ووظيفيا من مجتمع لآخر، مجتمعا بدائيا كان أو ريفيا أو حضريا، بل أنها تختلف في المجتمع الواحد، ورغم هذا الاختلاف والتنوع إلا أنها تشترك في عناصر وخصائص بين كل الأسر في مختلف مجتمعات العالم وكذلك الأمر بالنسبة للأسر التي يوجد فيها طفل معاق فإنها تتميز بمجموعة من الخصائص والتي تتمثل فيما يلي:

1-الاستمرارية في الرعاية لفترات زمنية طويلة (The continuity in care for long periods of time):

تختلف هذه الأسر عن بقية الأسر في طول مدة الرعاية التي تستمر لفترات طويلة وتختلف حسب نوع (Type) وشدة الإعاقة (Severity of disabilty)، فالدرجة الشديدة تحتاج إلى اهتمام ورعاية أكبر مقارنة بالإعاقة الخفيفة (The light disability)، وهذا يتوجب على الأسرة بذل جهد جسمي ونفسي أكبر، فضلا عن الضغط المادي الذي يتطلب الرعاية الطبية والنفسية والتربوية للطفل المعاق، فوجود هذا الطفل داخل الكيان الأسري يؤثر سلبا على نظامها مهما تكن درجة أو نوع الإعاقة، وفي نفس الصدد فإن التأثيرات السلبية التي تنجم عن وجود الطفل المعاق ناتجة عن أسباب عديدة فنجد:

- قلة المعلومات حول طبيعة، أسباب الإعاقة
- جهل الأسرة بكيفية التعامل مع الطفل وعدم فهم سلوكياته
- الضغوط والأعباء المادية
- مشاعر الخجل، والحساسية التي تحملها الأسرة إزاء إعاقة الطفل

2-التبعية المستمرة للأسرة (The continuous dependency):

يبقى الاختلاف في نوع ودرجة إعاقة الطفل هي التي تحدد اعتماديته وتبعيته للأسرة، فمع زيادة نمو هؤلاء الأطفال فإنهم يصبحون أقل تبعية وأكثر استقلالية، مما تقل مطالبه وبذلك يخفف الأعباء على أسرته، وبالتالي تحقيق نوع من الراحة (The conforts) والاطمئنان النفسي (The psychological reassurance)، لذلك فإن الأسرة بحاجة إلى توفير خدمات الدعم، مثل مربية أطفال متخصصة لرعايتهم (عبد اللطيف سماح، 2007: 120-121).

أشارت دراسة ريمرمان (Rimerman, 1989) التي فحصت التغيرات في الضغط النفسي لدى أمهات المعاقين ومواجهته خلال (18) شهر، اشتملت على عينة من (32) أسرة، يستعملون الرعاية المؤقتة (The temporary care) و(25) أسرة يستعملون الرعاية المنزلية (The home care) ، وجميع الأسر لديها مستويات متقاربة من الإعاقة، أشارت النتائج إلى أن كل الأسر التي تستعمل الرعاية المؤقتة لديها مستوى منخفض من الضغوط، وأكثر قابلية للتأقلم، أما الأسر التي لم تستخدم الرعاية البديلة خلال (18) شهر فقد لوحظ أن لديها زيادة في الضغط وأكثر قابلية للتأقلم، مما يؤكد أن العناية بالطفل المعاق في المنزل تمثل

مصدرا من مصادر الضغوط نتيجة لأعباء رعاية الابن المضطرب وصعوبة التواصل معه (منصوري عبد الحق وعايش، 2013 : 200).
نستخلص مما سبق أن أسرة الطفل المعاق قد تتميز بخصائص مشتركة، فهي تتحمل طفلا مضطربا يحتاج إلى رعاية واهتمام خاص، كما تحتاج كذلك إلى دعم نفسي، اجتماعي، معلوماتي ومادي، وتختلف هذه الخصائص حسب نوع وشدة الإعاقة لدى الطفل، وكذلك حسب نظام الأسرة المتبع، وطبيعة العلاقات تساهم في شكل كبير في تحدي الإعاقة.

نجد في هذا السياق دراسة للحديدي وآخرون (1994)، تناولت الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين في مدينة عمان والزرقاء بالأردن، وأشارت نتائج الدراسة: إلى أن أكثر الأسر تعرضا للضغوط النفسية أسر المعاقين عقليا، تليها أسر الأطفال المعاقين سمعيا، ثم أسر المعاقين حركيا، وأخيرا أسر المعاقين بصريا (عايش، 2010- 2011: 69).

4-مشكلات أولياء أطفال التوحد (Problems of autistic parents):

هناك بعض المشكلات الشائعة لدى آباء الأطفال المتخلفين عقليا والبعض الآخر بآباء الأطفال التوحديين، وتتمثل هذه المشكلات في:

4-1-المشكلات العامة (The general issues):

- يختلف الأولياء الذين يتوقعون أطفالا طبيعيين، ينمون ويتطورون كالآخرين.
- يتعرضون لمشاعر الخجل والإثم، والإجهاد عندما يصل الطفل إلى سن التمدرس (School age)، فيرى الآباء الأطفال العاديين في المدارس العادية بينما أطفالهم متوجهون إلى مدارس خاصة.
- بالنسبة للعطلة تجد الأم مشاكل في إعادة تنظيم يومها، لتستطيع التعامل مع صعوبات الطفل، إضافة إلى أعمال المنزل.
- الاعتماد على الأولياء بشكل كبير، الذي غالبا ما يستمر حتى سن المراهقة، أو الرشد كما أن الميل إلى العدوانية في هذه المرحلة يكون أصعب بكثير في التعامل مع الابن أكثر منه في مرحلة الطفولة.
- مشاعر القلق على مستقبل الأبناء، من حيث صعوبتهم في الحصول على العمل، خاصة بالنسبة لحالات الإعاقة الشديدة (The severe disability).
- مشكلات بعض الآباء في الحصول على مربيات لأطفالهم، خاصة إذا كان يعاني من اضطرابات سلوكية شديدة.
- تجنب الأولياء اصطحاب الطفل خارج المنزل خوفا من انتقادات وتعليقات الآخرين التي قد تميل أحيانا إلى المبالغة.
- الانعزال وتجنب التواصل مع الأصدقاء.
- مشكلات مادية (Physical problems): تتمثل في زيادة النفقات وحاجيات الطفل من حيث الأدوات، الملابس وكذا الغذاء.

أجرى كل من دافيس وكارتر (Davis & Carter ,2008) دراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين سلوك الطفل التوحدي والضغوط لدى الوالدين، وتكونت عينة الدراسة من (24) والدي طفل، وقد أسفرت النتائج عن درجة مرتفعة من الضغوط لدى الوالدين، كما أن التأخر في النمو وباقي خصائص الطفل ارتبطت بشكل عام مع ضغوط الوالدية والعلاقات العائلية بين الأب والأم والطفل، كذلك سلوكيات الطفل ارتبطت مع الضغوط الوالدية.

2-4-المشكلات الخاصة (The special issues):

- مشاعر الشك (The doubt) والارتياب تجاه تشخيص اضطراب الطفل، والتي قد تؤدي أحيانا إلى التأخر في العلاج، مما يزيد في احتمالية تطور أعراض الاضطراب.
- البحث عن المساعدة والتواصل مع المختصين .
- مشاعر الضعف (The weakness) وعدم القدرة في مساعدة طفلهم، مع صراعات نفسية حول مصير وعلاج الطفل .
- مشاعر ألم وخوف في عدم معرفة طرق وأساليب التعامل مع الطفل المضطرب، وإيجاد مؤسسات أو مراكز للرعاية والتكفل (الزريقات، 2004: 338-340).

ونجد في دراسة إكاس (Ekas, 2012) التي هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتأثيرها على إحداث الحياة العامة، وطبق في هذه الدراسة مقياس ضغوط الحياة واختبار التوجيه نحو الحياة على عينة بلغت (200) أم، وأظهرت النتائج أن الأمهات لديها درجه مرتفعة من الضغوط، والتي ارتبطت مع التأثير السلبي لسلوك الطفل، كما أشارت بأن لها أثر على الشعور بالرضا (The feeling good) عن الحياة لدى الأمهات.

5-حاجات أسرة الطفل المعاق (Needs of the disabled child's family):

5-1-الحاجة إلى الدعم الاجتماعي والنفسي (The need for social and psychological support): يعتبر الدعم الاجتماعي استراتيجية مواجهة للتقليل من الضغط الأسري الناجم عن وجود طفل معاق، وذو أهمية بالغة في مساعدتها في التغلب على الصعوبات والمشاكل، ولقد أشارت العديد من الدراسات والبحوث إلى أن درجة الدعم الاجتماعي الشخصي ترتبط سلبيا بمقدار الضغط النفسي الذي يعاني منه الآباء والأمهات مع أطفالهم التوحديين.

كما يهدف هذا النوع من الدعم إلى:

- التقليل من الضغط النفسي وتقوية وظيفة الأسر والتكيف.
- فتح المجال للآباء بالمشاركة في الخبرات والخروج من وحدتهم، وعزلتهم في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن وجود طفل توحدي .
- اكتساب مهارات التعامل (Handling skills) من خلال المعلومات والتعزيز الاجتماعي (The social reinforcement)، النمذجة (The modeling)، تحديد المعايير (Setting standards) تغيير الاتجاهات (Change directions) وغيرها من العمليات السلوكية والمعرفية.
- توسيع الشبكة الاجتماعية (Expand Social network) التي يتعامل معها الآباء (الزريقات، 2004: 348-349).

دراسة لبراين (Brain. 2002) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية ونقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال التوحديين، تألفت العينة من (112) أمًا لأطفال توحديين، تم فيها استخدام مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ومقياس الضغوط النفسية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائيًا بين مستوى الضغوط النفسية ومقدار الدعم الاجتماعي المدرك، وكانت العلاقة بينهما عكسية (Reverse) .

نستنتج مما سبق أن الدعم الاجتماعي هو نوع من أنواع المساعدات النفسية لأسرة الطفل المعاق، بحيث يساعدها في التغلب على مختلف المشاكل والأزمات، ومما هو ملاحظ أن من خصائص أسر المعاق عدم

التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي، بحيث أن هذا النوع من الدعم يسهل عليها عملية التفاعل والمشاركة مع الآخرين، مما يعتبر محفز لتحدي الوضعية الضاغطة.
كما يهدف الدعم النفسي إلى إشباع الاحتياجات الوجدانية (The emotional needs) لآباء وأفراد الأسر ومساعدتهم على فهم ذواتهم والوعي بمشاعرهم وردود أفعالهم واتجاهاتهم، وقيمهم ومعتقداتهم بخصوص مشكلة الطفل، وعلاج ما يترتب على ذلك من خبرات، فشل، صراعات وسوء تكيف. في كثير من الأحيان يلجأ الأهل إلى المختصين لطلب المساعدة عندما يكونون تحت وطأة الضغوط، وعدم القدرة على التعايش مع الصعوبات التي تنطوي عليها تنشئة أطفالهم المعاقين، كما نجد أن بعض الأسر تميل إلى العزلة والانسحاب، والهروب من الواقع والعيش على هامش الحياة، والخوف من نظرات الآخرين وكلامهم

كما تصاب البعض بالقلق والخوف من تكرار الحالة مرة أخرى وتصاب بعض الأسر بالتفكك (Desintegration)، والتصدع (The cracking) وتظهر المشاكل الأسرية بين الأب والأم، وبينهما وبين الأبناء، وقد يتعرضان إلى بعض الصعوبات الاجتماعية بسبب آراء واتجاهات الآخرين السلبية وبالتالي يشعران بالإجهاد العام، لذلك يجب مساعدة الوالدين في التفاعل الاجتماعي ومحاولة إخراجهم من العزلة والتقوقع حول أنفسهم، ومثل هذه الخدمة تتطلب توفير مساندة كاملة من المجتمع المحلي ومن جميع المصادر.
نفهم مما سبق أن الجانب النفسي له تأثير كبير على أسرة المعاق، فوجود طفل معاق له أثر على حياة الوالدين، الإخوة وأفراد الأسرة ككل، نتيجة سلوكيات الطفل، حاجياته والأعراض المرضية التي تسبب ضغطا نفسيا عليهم، وعليه فهم بحاجة إلى التخفيف من توتراتهم وانفعالاتهم، والتعبير عن مشاعرهم، من خلال جلسات مع المعالج النفسي، و محاولة إشراكهم في أيام أو ورشات، أو لقاءات مع خبراء، أو مدربين في مجال الإعاقة والأسرة، من أجل التكيف مع اضطراب الطفل وتحقيق الصحة النفسية.

وهناك أيضا إيجابيات لهذا النوع من الدعم وتتمثل في:

- إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والاقتصادية للأسر
- التقليل من الضغط الذاتي (Self- pressure) على أفراد الأسرة.
- التشجيع على الأداء الإيجابي (The positive performance) للطفل وللأسرة.

وهناك نوع آخر سلبي من الدعم والمتمثل في:

- زيادة الأعباء على عاتق الأسرة في حالة رفض، وعدم تقبل الأولياء لإعاقة ابنهم.
- عدم القدرة على مواجهة الانطباعات السلبية (The negative impressions) عن حالة الطفل.

مجموعات الدعم (Support groups): أفضل مجموعات الدعم هي الأسر المؤلفة من شباب ذو إعاقات وأسر لأطفال معاقين، حيث أن مقابلة أسر آخرين لأطفال ذو إعاقات هامة للغاية، بحيث تساعد بقية الأسر في العديد من العناصر أهمها:

- تخفيف الوحدة والعزلة
- تقديم المعلومات الكافية عن طرق وأساليب تربية وتعليم الطفل المعاق
- تقديم نماذج الأدوار وأساس للمقارنة
- تشجيع الأسر في مواجهة العقبات، من خلال ملاحظتها لمعاناة بقية الأسر التي بها طفل ذو إعاقة
- الاستفادة من خبرات وتجارب بعضهم البعض
- التخفيف من المشاعر السلبية: التوتر، القلق

من خلال ما تم الإشارة إليه يتضح أن مجموعات الدعم عبارة عن لقاءات بين مجموعة من الأسر لذوي أطفال معاقين، بحيث يشتركون في خصائص معينة، وهي طفل حامل لإعاقة إذ تعتبر من الأساليب المساعدة في دعم الأسر، من خلال المعلومات والخبرات، وقد تكون أحيانا عبارة ورشات تستفيد منها الأسر في طرق التعامل مع أطفالهم المعاقين، والتخفيف من حدة الاضطراب من جهة، والضغوطات على أفراد الأسرة من جهة أخرى.

أنواع الدعم الاجتماعي: ميز دنست وتريفنت (Dunst & Trivett) بين نوعين من الدعم الاجتماعي وهما:

أولا/ الدعم الاجتماعي الرسمي (The official social support): والذي يقدم من خلال المهتمين ووكالات الخدمات.

مصادر الدعم الرسمي (Official support sources): تشمل المعالج الأسري، خبراء تعليم الآباء محامي الآباء المهتمين ومصممي الخطط.

يظهر من خلال هذا النوع من الدعم أن دور ومهام خبراء ومختصي مجال العلاقات الاجتماعية مهم جدا سواء مختصين في علم النفس، علم الاجتماع، مدربين في مجال التربية، وذلك من خلال تقديم ورشات تدريبية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة، إجراء جلسات في العلاج الأسري والجماعي، فهي أساليب تساعد الأسر في فهم إعاقة الطفل وطرق التكفل العلاجي التربوي.

أشرت في هذا الصدد ورشة لابراهيم أمين القريوتي في مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسر الشخص المعاق، يومي (25 و26 مارس 2009) بالشارقة، حيث ركزت الورشة على أهمية دعم الأسر من خلال تدريب أولياء أمور المعاقين، وذلك بتشكيل مجموعات الدعم البيتي (The home support)، ومشاركة الوالدين في الفريق متعدد التخصصات، والتدخل المبكر (The early intervention) المركز على الأسرة، وما كان لذلك أن يتحقق دون توفر أدلة علمية قوية تبين الدور الحاسم الذي يلعبه تمكين أسرة في تطور الأطفال، وضرورة الاهتمام بحاجات الأسر، وليس حاجات الأطفال فقط، وأهمية أن تكون العلاقة بين المختصين والأسر علاقات تعاونية (Cooperation relationship) (القريوتي، 2009: 13).

نجد دراسة لاتشي وآخرون (Latshi and others) حول أهمية مشاركة الأسرة في التواصل والعلاج مع الطفل المضطرب، حيث قام بتدريب ثمان آباء لأطفال توحديين سبعة ذكور وأنثى واحدة تتراوح أعمارهم ما بين خمسة إلى تسعة سنوات لتنمية التواصل اللغوي لديهم، وكان أفراد العينة يعانون من نقص في المهارات اللغوية وصعوبات في المهارات الأكاديمية، والتواصل، وبعض الاضطرابات السلوكية.

قام الباحث بتدريب الوالدين من خلال إجراءات نموذج اللغة الطبيعية في حجرة صغيرة للعلاج مجهزة خلال مدة تجاوزت (15) دقيقة، وفيها تلقى الوالدان: مناقشة العمل التدريبي، الملاحظة، وفي الوقت ذاته قام بتدريب العينة من خلال استخدام نموذج اللغة الطبيعية باستخدام الأنشطة، والمدح (The praise)، مع تقديم المثيرات (Provide stimilants)، والألعاب المناسبة لأعمارهم: مثل العرائس المتحركة الحواجز، وقد تم تسجيل الجلسات بالفيديو من خلال مرآة أحادية الاتجاه، كما اشتمل التدريب على الاشتراك في أنشطة اللعب الحر، وعمل نمذجة لبعض الكلمات، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- زيادة في استخدام الألفاظ التي يستخدمها عينة الدراسة
- زيادة في التقليد والمحاكاة لأفراد العينة
- انخفاض المصاداه (The echolalia) وانخفاض نسبة الاضطرابات السلوكية والانفعالية (سيد سليمان، 2010: 206- 207).

ما يمكن استنتاجه من الدراسة السابقة أن عملية اشراك الأسرة في علاج ابنهم المضطرب يساعد بشكل كبير في التخفيف من حدة الأعراض من جهة، وتحسن حالة الطفل من جهة أخرى، فهي تساعدهم في فهم

الاضطراب أكثر، وتعلم الأساليب والتقنيات العلاجية التي تتلاءم مع نوعية وحدة الاضطراب، مع كسب معلومات وخبرات أكبر، بالإضافة إلى أن المشاركة العلاجية تسمح لهم أيضا بالتعبير عن مشاعرهم السلبية.

ثانيا/ الدعم الاجتماعي غير الرسمي (The informal social support): يتضمن العلاقات الفردية مع أعضاء الأسرة، الأصدقاء والانتماء إلى المجموعات الاجتماعية المتضمنة في الأنشطة الحياتية اليومية.

مصادر الدعم غير الرسمي (Sources of informal support): تشمل الأصدقاء وأعضاء الأسرة والجيران (الزريقات، 2004: 350).

نجد في هذا الصدد دراسة أجراها كل من هاستينغ وجونسون (Hastings & Johnson, 2001) التي هدفت إلى دراسة التدخل السلوكي المكثف المركز على الأسرة وعلاقته بالضغوط النفسية، وأساليب المواجهة والدعم، وبلغت عينة الدراسة (40) من والدي أطفال التوحد، حيث أشارت النتائج إلى أن الضغوط الوالدية كانت مرتبطة بشكل أساسي بضغوط نفسية أكثر منها بعوامل ديموغرافية (Demographic factors)، كما أن استراتيجيات المواجهة التكيفية ومصادر الدعم غير الرسمية، والإيمان حول كفاءة التدخل ارتبطت مع مستوى منخفض من الضغوط، في حين ارتبط المستوى العالي من أعراض التوحد مع درجة منخفضة من الضغوط (بوشعرية وطاهر، 2017: 01- 23).

يمكن القول أن البيئة الخارجية والتي تشمل الأهل والأقارب، الجيران، الأصدقاء وغيرهم لها دور أساسي في زيادة أو خفض حدة الضغوط على أسر المعاقين، فالدعم المقدم من طرف هؤلاء يساعد أفراد أسرة المضطرب في التفاعل والتفتح مع الآخرين وتغيير النظرة السلبية تجاه الابن المضطرب، على خلاف الأسر التي لا تتلق الدعم من الأهل، أو الجيران، فإن ذلك سيؤدي إلى انغلاق الأسرة والتقليل من عمليات التواصل الخارجي، وبالتالي زيادة حدة الأزمات، وعليه التأثر والتأثير على الطفل المعاق.

5-2-الحاجة للدعم المادي (The need for financial support): يحتاج أفراد أسرة المعاق إلى تكاليف اقتصادية، تتضمن نواحي الإنفاق على العلاج الطبي والتأهيلي والتربوي للمعاق، وتعطي دراسة البنك الدولي حول تأثير الإعاقة في بعض البلدان مؤشرات هامة، ففي أوغندا تصل نسبة المعاقين الفقراء إلى حوالي (40%) مما يؤثر سلبا على التحاقهم بالمدراس، وتقترح منظمات الأمم المتحدة المعنية ببعض السياسات الاقتصادية التي يمكن للدول انتهاجها من أجل توفير الدعم لأسر المعاقين منها:

- تحمل الدولة المسؤولية المالية للبرامج الهادفة من أجل توفير الفرص للمعاقين
- تعاون ومشاركة الدول والمنظمات غير الحكومية في دعم المشاريع الخاصة بالمعاقين وأسرهم
- اتخاذ تدابير اقتصادية من أجل منح قروض واعفاءات ضريبية، وإعانة مخصصة للأسر وصناديق خاصة لتحفيز ودعم المشاركة المتكافئة في المجتمع من جانب المعاقين.
- لابد من تقييم الحكومات الدعم الاقتصادي، وكافة أشكال الدعم من أجل إنشاء منظمات للمعاقين وأسرهم (لطفي، 2007: 121- 123).

نستنتج من خلال ما تم الإشارة إليه أن الجانب المادي له تأثير كبير على أسرة المعاق فالعلاجات التي يتلقاها الطفل، والحاجيات المادية من غذاء، ملبس، أدوات ووسائل تحتاج إلى تكاليف ومصاريف مالية كبيرة تغطي احتياجات الأسرة ككل، وعليه فإن الجانب الاقتصادي يلعب دورا أساسيا، فالأسرة الفقيرة تتأثر بشكل كبير، نتيجة عدم مقدرتها في توفير متطلبات المعاق، مما يزيد الأعباء والضغوطات أكثر.

هدفت دراسة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998) إلى معرفة الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين عقليا، سمعيا وبصريا، وكانت النتائج تشير إلى أن أولياء

الأمور اتفقوا على ترتيب الاحتياجات حسب أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولا، ويلي ذلك الاحتياجات المعرفية، ثم الدعم المجتمعي، وأخيرا الدعم الاجتماعي، وأن تلك الاحتياجات تتزايد بصورة عامة بارتفاع مستوى الضغط النفسي ومستوى مواجهة الضغط (منصوري عبد الحق وعايش، 2013: 200- 224).

6-آثار وجود طفل معاق على الوالدين (Effects of a disabled child on parents) :

6-1-الآثار الاقتصادية (The economic effects): إن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف منها إمكانياتها ومواردها، نتاج نفقات العلاج (Treatment expenses)، وتقديم البرامج الصحية والتربوية إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات التي يحتاجها الطفل، والتي قد تستمر النفقات المادية طوال حياة المعاق، كذلك بعض الأمهات اللواتي يتركن أعمالهن بعد ولادة طفل معاق من أجل تقديم العناية (The care) والرعاية اللازمة، مما يقلل من دخل الأسرة (Family income).

غالبا ما تتسبب التكاليف المرتفعة لجلسات العلاج والأدوية التي يتولى الأولياء تسديدها في تكاثر الديون بالإضافة إلى العبء المادي الذي تشكله الألعاب التعليمية الحاصة والعديد من الأشياء الأخرى فوفقا لجريدة بيدياتركس (Pediatrics) فإن إصابة طفل باضطراب التوحد تسبب بخسارة (14%) من دخل عائلته الكلي، مما يصعب على الوالدين العمل لدوام كامل، وبالتالي انخفاض دخل الأسرة مع تزايد النفقات (عزة علي، 2014).

6-2-الآثار الاجتماعية (The social effects) : وقد يؤثر وجود طفل مضطرب داخل الأسرة على علاقاتها مع العالم الخارجي، إذ تسود مشاعر الخجل من إظهار الطفل للمجتمع، وهذا يقلص من فرص تواصل الأسرة مع الآخرين، وبالتالي يؤدي إلى العزلة (The isolation)، كما تتعرض الأسرة إلى ضغوط اجتماعية تتمثل في المواقف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة، وتتأثر علاقة أفرادها ببعضهم البعض نتيجة انشغال الوالدين بالطفل المضطرب، الذي يقلل اهتماماتهم ببقية الأبناء إضافة إلى العلاقة الزوجية التي قد يسودها التوتر (The tension) والأزمات (The crisis) .

أجرى كل من الحديدي والخطيب (1996) دراسة على عينة قصدية مكونة من (72) طفلا، تم اختيارهم من أربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان، تراوحت أعمارهم ما بين (03- 08) سنوات وأوضحت النتائج أن (50%) من المبحوثين أشاروا إلى أن وجود طفل معاق لديهم أحدث آثار سلبية كبيرة في عدة مجالات منها: العلاقات بين الإخوة، قبول الإعاقة، التعايش مع الإعاقة والعلاقات الاجتماعية.

كما قد تتأثر العلاقة الزوجية بسبب التوحد، ووفقا لدراسة تم نشرها بجريدة جورنال أوف فاملي (Journal Family Psychology) ترتفع نسبة احتمال حدوث الطلاق بين الوالدين لطفل مصاب بالتوحد بنسبة (9,7) عن أقرانهم، حيث يؤثر الاضطراب على الزواج بطرق متعددة منها: الاختلاف بردود أفعال الوالدين تجاه تقبل التشخيص، الاختلاف في جداول المواعيد والالتزامات المتعددة فقد لا تسمح بقضاء الزوجين أوقات مع بعضهم (عزة علي، 2014).

6-3-الآثار النفسية (The psychological effects): كما ينجم عن وجود طفل معاق ضغوطا نفسية تبدأ منذ الإعلان عن الإعاقة، فتحدث الصدمة المصاحبة لمشاعر الإنكار والرفض، مع الشعور بالذنب والاكتئاب، ومشاعر اللوم تجاه الأطباء والأقارب (مرواح ،2011: 19- 20).

أجرى الخطيب والحديدي (2007) دراسة هدفت إلى معرفة أثر الاعاقة على الأسرة في الأردن، التي حاولت التوصل إلى معرفة أثر إعاقة الطفل على أسرته وعلاقته ببعض المتغيرات، ولتحقيق ذلك تم إعداد صورة عربية من مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري وتم توزيع المقياس على آباء وأمهات (72) طفل وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين ثلاثة إلى ثمانية سنوات، كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في

مدينة عمان عند إجراء الدراسة، وبينت النتائج أن ما يزيد على (50%) من الآباء والأمهات أفادوا بأن إعاقة أطفالهم تترك تأثيرًا كبيرًا جدًا على صعيد ثلاث عشرة فقرة، من أصل (51) فقرة يتكون منها المقياس.
كما ذكرت دراسات عديدة الآثار التي تنجم عن وجود طفل توحدي على الأسرة، فالضغط الذي يحدثه هذا الطفل قد يمكن الوالدين من التأقلم مع تلك الضغوط، ويؤدي إلى تدعيم وتقوية العلاقات الزوجية والأسرية ، مع أن هذا التأقلم يستلزم الكثير من العمل والتدعيم، فوفق دراسة تم نشرها بجريدة بيدياتريكس (Pediatrics)، فإن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غالبا ما يصنفن حالتهن الذهنية بأنها ضعيفة أو مقبولة، كما وجد أنهن يعانين من مستويات ضغط مرتفعة، أما الآباء فيمرن بمشاعر مختلفة: الشعور بالعجز، الارتياح عند فهم ومعرفة مشكلات طفلهم، مشاعر غضب تجاه أنفسهم، والأطباء، مشاعر الذنب والإحباط تجاه ممارستهم لتجربة الأمومة والأبوة بشكل مختلف عن تصوراتهم المتوقعة، وبالتالي تحدث هذه الضغوطات تأثيرات على مستوى الصحة الجسدية مما تؤدي إلى مشكلات نقص المناعة، اضطرابات النوم، صعوبات التركيز وضعف الذاكرة (عزة علي، 2014).
يتضح مما سبق أن الدراسات السابقة ركزت على النتائج السلبية، فوجود طفل توحدي بصفة خاصة وطفل معاق بصفة عامة يترك آثارا سلبية على حياة الأسرة ككل، بما فيها الوالدين، الإخوة، مما يؤثر على النسق ويزعزع استقراره وتوازنه، وقد ينتج عن وجود هذا الطفل آثارا إيجابية على الأسرة، مما يجعلها متماسكة وأكثر قوة لمواجهة الأزمات والمشاكل، لأن الضغوط قد تنتج أثارا وأضرار سلبية، وقد تحفز وتعزز الفرد لتطوير ذاته وبيئته.

7-ارجاعية أسر ذوي الاحتياجات الخاصة (Resilience of family with special needs):

لقد أظهرت دراسات حديثة حول مرونة أسر ذوي الاحتياجات الخاصة بأنها قوية، وأكثر مرونة في مواجهة الشدائد، فهذه الخاصية تسهل على الأسر التعافي والتكيف، والتماسك كما أن التدخل المتطفل يركز بشكل طبيعي على الأمور غير العادية في الفرد، فالاختصاصيون في المجال يستطيعون خدمة أسرة الطفل المضطرب عن طريق حماية وتقوية سلامة وحدة الأسرة، فقد تحتاج إلى معلومات وتدريب في مجال الإعاقة وفي الإرشاد (Counseling).
فهؤلاء الأسر يمتلكون القدرة الفريدة لإعادة صياغة تعريفهم للإعاقة، وإيجاد المعنى الإيجابي، فهم قادرون على تشكيل فريق عمل حول مهام الأسرة، ولديهم مرونة ورغبة في تعلم الجديد لمساعدة أنفسهم وأطفالهم والتواصل مع الآخرين والاستفادة من الدعم الاجتماعي (مرواح،2011: 45).
نستنتج مما سبق أنه من منظور علم النفس الإيجابي الذي يتناول موضوع المرونة النفسية والصمود، أو الارجاعية لدى أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، فالطفل المعاق قد يشكل قوة وكفاءة عند الوالدين، مما يجعلهم يحملون تصورا إيجابيا تجاه إعاقة ابنهم، فبالنسبة لهم هي تحدي للوضعية الضاغطة، فهم يملكون قدرات يستطيعون بها التعايش مع حالة ابنهم مهما كانت شدة الإعاقة، وعليه فوجود معاق في الأسرة ليس بالضرورة له آثار سلبية سواء كانت نفسية، اجتماعية أو اقتصادية، فيمكن للأسرة أن تحول الأزمة إلى كفاءة مع تحقيق الصحة النفسية.

خلاصـــــة الفصـــــــل

وفي الأخير نستنتج بأن وجود طفل توحدي هو ليس بالحدث السهل على الأسرة بكاملها والوالدين بالأخص، إذ يؤثر على النسق الأسري وعلى حياة أفرادها في مختلف الجوانب، وهذا ما ارتأينا إليه في هذا الفصل، فقد تناول جانب الأبوة والأمومة، ومالهما من الدور الكبير على حياة الطفل، وقد دلت العديد من الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع الضغوطات مدى تأثيرها على الأولياء، من خلال ما يمرون به من صعوبات

ومشاكل تعتريهم في التعايش مع إعاقة الطفل، بالإضافة إلى معرفة أهم الخصائص والمشكلات التي تطرأ عليهم، لكن قد يحاول الآباء التكيف بإيجابية مع الوضعية الضاغطة، والسعي لتحقيق الصحة النفسية، ومحاولة الحفاظ على توازن واستقرار النسق الأسري، من خلال إظهار ما يسمى بالمرونة النفسية أو الارجاعية.

الفصـــــــل الســـــــادس: الدراســـــــــة الاستطـــــلاعيـــــة

-تمهيـــــد

1- الهدف من الدراسة الاستطلاعية

2- المجال الجغرافي للدراسة الاستطلاعية
3- المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية
4- عينة الدراسة الاستطلاعية
5- المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية
6- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية
7- صعوبـــــــات الدراســـــة

تمهـــــيد

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان الذي يجري فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سيره، حيث تهدف إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان، فهي مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها (بركات خليفة، 1984: 73) من خلال مساعدة الباحث في التعرف على المشكل.

1-الهدف من الدراسة الاستطلاعية: كان لا بد من الاستعداد للدراسة الأساسية من خلال الدراسة الاستطلاعية بغرض تحقيق الأهداف التالية:

- التأكد من صياغة اشكاليات وفروض الدراسة، وصياغتهم صياغة دقيقة.
- التعرف على الظروف المناسبة والإجراءات للقيام بالدراسة الميدانية.
- تحديد الأدوات المناسبة للدراسة مع تأكيد ما يخدم طبيعة الموضوع.

-التعرف على مجتمع البحث وتحديد العينة وخصائصها التي تخدم الموضوع.
- ترجمة مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G).
- تصميم استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي.
كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التقرب من الحالات والتعرف عليهم أكثر من خلال عملية الاحتكاك المباشر من أجل جمع المعطيات والمعلومات حول آباء وأمهات الطفل التوحدي، بحيث تم إجراء مقابلات مع عدد كبير من الأفراد بطريقة غير مقصودة، والذين يترددون على المصالح المتخصصة بمتابعة أطفالهم التوحديين، وتم الاعتماد على الملاحظة بالمشاركة، المقابلة المقننة مع تطبيق المقياسين حول الارجاعية، يمثل الأول مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G) المترجم والثاني قامت الباحثة بتصميمه، وتم دراسة خصائصه السيكومترية (الصدق والثبات) وبالتالي طبق على عينة البحث، مع استخدام المنهج الإحصائي الوصفي الذي يعتبر أكثر ملاءمة للدراسة الحالية، بهدف الوصول إلى التعرف على معاش آباء وأمهات الطفال التوحدي عبر الخطابات والنصوص التي سيتم جمعها وتحليلها في الدراسة الأساسية.

2-المجال الجغرافي للدراسة الاستطلاعية: قامت الباحثة بإجراء دراستها الحالية بمؤسستين متخصصتين بعملية التكفل والمتابعة لأطفال التوحد بولاية الشلف.

أولا/ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية بتنس – حواتية حسين- (Specialized hospital for mantal diseases):

-التعريف بالمؤسسة: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلالية المالية، وهي خاضعة لسلطة والي ولاية الشلف

-تاريخ إنشائها: نشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم11-128 في (17 ربيع الثاني 1432) الموافق لـ (22 مارس 2011)، وتم الافتتاح للمستشفى بتاريخ: (04 جويلية 2012)، وبدأت عملية الاستشفاء في: (01 مارس 2016).

-المصالح:

- مصلحة الرجال المفتوحة تحتوي على 40 سرير- 40 سرير منظم
- مصلحة النساء المفتوحة تحتوي على 40 سرير- 20 سرير منظم
- مصلحة الطب العقلي والنفسي للأطفال
- مصلحة الفحص والاستعجالات

-الوحدات: يشتمل على مخبر تحاليل، مصلحة الأشعة، الصيدلية

-الموظفون (الأطباء والنفسانيون):

الجدول رقم (05): يمثل عدد الموظفون وتوزيعهم بمصالح المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية بتنس

الموظفون	عدد الموظفين	توزيع الموظفين بالمصالح
أطباء أمراض عقلية	05	01 طبيب في مصلحة الرجال المفتوحة 01 طبيب في مصلحة النساء المفتوحة 01 في مصلحة الطب النفسي العقلي 01 في مصلحة الفحص والاستعجالات

أطباء عامون	**07**	**01 في مصلحة الرجال المفتوحة** **01 في مكتب الخول** **01في مصلحة النساء المفتوحة** **01 في مصلحة الطب النفسي للأطفال** **02 في مصلحة الاستعجالات** **01 في مصلحة الوقاية والطب العقلي**
أطباء نفسانيين	**06**	**02 في مصلحة الرجال المفتوحة** **01 في مصلحة النساء المفتوحة** **03 في مصلحة الطب النفسي للأطفال**
نفساني في تصحيح التعبير اللغوي	**02**	**مصلحة الطب النفسي والعقلي للأطفال**

يوضح الجدول أعلاه عدد الموظفين من ممارسين بالمؤسسة الاستشفائية بمجموع (20) مختص، من أطباء في الطب العقلي، أطباء عامون، أخصائيون في علم النفس العيادي وكذا في تصحيح التعبير اللغوي، موزعون على أربع مصالح: مصلحة الرجال المفتوحة، مصلحة النساء المفتوحة مصلحة الطب النفسي للأطفال، وأيضا مصلحة الاستعجالات.

ثانيا/ روضة قصر السلطان:

-التعريف بالروضة: لقد تم إجراء هذه الدراسة بجمعية أولياء وأحباب أطفال التوحد بولاية الشلف وهي إحدى الجمعيات الخاصة التابعة لوزارة التضامن والنشاط الاجتماعي، التي تم تأسيسها من طرف والي الولاية، وذلك يوم (01 جويلية 2013).

- تاريخ إنشائها: تم إصدار البيان الرسمي لتأسيس الروضة في (16 فيفري 2016) بشارع حي شريفي قدور بولاية الشلف.

-الهيئة العام للمؤسسة: يتكون من طابقين:

-الطابق الأول: يتكون من مكتب الأخصائي النفساني، المكتب الإداري، ثلاث غرف تمهيدية

-الطابق الثاني: مكون من أربع غرف تمهيدية وغرفة مهيأة للنوم واللعب.

-الأشخاص العاملين في المؤسسة وعدد الأطفال.

_مطعم ومطبخ

جدول رقم (06): يمثل عدد العاملين وعدد الأطفال في المؤسسة

عدد العمال	عدد الأطفال
- ثلاث عمال بالإدارة - ثلاث موظفين - 12مربية -نفسانية عيادية	-عدد الذكور: 24 -عدد الإناث: 18

المجموع الكلي	19	42

يمثل الجدول أعلاه مجموع العمال في روضة قصر السلطان والذي يقدر بـ (19) فرد من إداريين وموظفين، ومربيات، ونفسانية عيادية واحدة تشرف على التكفل النفسي بالأطفال، أما الأطفال فيقدر عددهم بـ (42) طفل، منهم(24) ذكرا، و(18) أنثى، وتعمل كل مربية بالإشراف التربوي لمجموعة من الأطفال ما بين أربعة إلى خمسة(05-04) أطفال داخل الصف.

3-المجال الزماني للدراسة: حسب المشار إليه سابقا، فقد تمت الدراسة الاستطلاعية بمجال مكاني شمل مؤسستين كل لها فترتها ومدة إجراء الدراسة التطبيقية الخاصة بها، مما فسح المجال في اختلاف فترات التربص الميداني والمتمثل في:

أولا/ المجال الزماني بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة: استغرقت مدة الإجراء التطبيقي حوالي خمس أشهر ابتداء من تاريخ (11 سبتمبر 2018) إلى غاية (05 مارس 2019).

ثانيا / المجال الزماني بروضة قصر السلطان: من تاريخ (19 مارس 2019) إلى غاية (02 أفريل 2019).

4-عينة الدراسة الاستطلاعية: بما أنه تم إجراء الدراسة بمؤسستين متخصصتين بالتكفل بالطفل التوحدي ومتابعته، سمح ذلك بتنوع الحالات من مصلحة إلى أخرى، وقد تمثلت عينة الدراسة في آباء وأمهات التوحدي، سمح الأمر بلقاءات متعددة أحيانا جمعتنا مع الوالدين في آن واحد، ومرات مع الأمهات فقط، في بعض الجلسات نجد آباء فقط، وقد اختلفت طبيعة اللقاءات وظروفها من حالة إلى حالة، ومن مصلحة لأخرى، وذلك نظرا للظروف الخاصة لأفراد العينة .

فعلى سبيل **المثال بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية**، وبالتحديد بمصلحة الطب النفسي للأطفال نجد جلسات بين الطفل والنفساني مرات فردية وأحيانا جماعية، يرافقه الأب أو الأم أو الوالدين معا، سمح هذا الفضاء بمقابلة هؤلاء الأولياء وتحديد مواعيد من أجل إجراء الدراسة، وعليه وجدت الباحثة نوعا من العراقيل في إجراء اللقاءات بشكل مستمر، مما دفعها إلى انتهاج استراتيجيات أكثر فعالية لاستكمال عملها، من خلال الاحتكاك أكثر بالأولياء وتأكيد أهمية البحث، ومن خلال مختلف المساعدات التي قدمها نفسانيو المصلحة.

بالنسبة لروضة قصر السلطان: أطفال متواجدون طوال اليوم بالروضة، الاتصال بالوالدين وتأكيد أهمية وضرورة حضورهم أتاح الفرصة بشكل أكبر لإجراء الدراسة في ظروف أكثر ملاءمة، مما سمح باختيار أفراد العينة بطريقة مقصودة بمساعدة نفساني المؤسسة,

وتم اختيار الأفراد كالآتي:

1-**بطريقة عشوائية في مصلحة الطب النفسي بالمؤسسة الاستشفائية**: فأثناء الزيارات التي كانت تقوم بها الباحثة في دراستها الاستطلاعية يحدث لقاء مع الأسر التي تحضر من أجل المتابعة النفسية، مما تسمح الفرص للتقرب من الحالات بهدف إدراجها في البحث العلمي تبعا لخطوات ومنهجية محكمة.

-وتم مقابلة (17) عائلة ضمت الوالدان معا، وأحيانا الأم فقط، وفي البعض وجود الأب لوحده، وعليه يكون مجموع الأفراد (27) أبا وأما لطفل توحدي.

جدول رقم(07) يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاته
(بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية)

رقم العائلة	العائلة 01 (ف)	العائلة 02 (ح)	العائلة 03 (ب.ر)	العائلة 04 (ب.س)	العائلة 05 (ب)	العائلة 06 (ص)	العائلة 07 (أ)	العائلة 08 (ب.ج)	العائلة09 (د.د)	العائلة 10 (ع)	العائلة 11 (ق)	العائلة 12 (أ.س)	العائلة 13 (ل)	العائلة 14 (د.ب)	العائلة 15 (ب.ح)	العائلة 16 (ز)	العائلة 17 (ر)
نوع الفرد	الأم فقط	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأم فقط	الأب فقط	الأم فقط	الأم والأب	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأم والأب	الأم فقط	الأب والأم	الأب
السن	44سنة	الأب: 42 سنة الأم: 41 سنة	الأب:: 55 سنة الأم: 47 سنة	الأب:4 5سنة الأم: 34 سنة	الأب:40 سنة الأم: 36سنة	الأب: 55 سنة الأم: 47 سنة	50سنة	45سنة	44سنة	الأب: 49سنة الأم: 33 سنة	الأب: 40 سنة الأم: 38 سنة	الأب: 44 سنة الأم: 39سنة	الأب: 43 سنة الأم:41 سنة	الأب: 46سنة الأم:28 سنة	34 سنة	الأب:48 سنة الأم: 44سنة	55سنة
عدد الأولاد	05	01	03	03	02	04	02	03	03	03	03	04	03	02	04	05	08
المهنة	ماكثة في البيت	الأب: عامل الأم: ماكثة في البيت	الأب: متقاعد الأم: ماكثة في البيت	الأب: عامل يومي الأم: ماكثة في البيت	الأب: عون شرطة الأم: ماكثة في البيت	-الأب: متقاعد -الأم: ماكثة في البيت	ماكثة في البيت	حلاق	ماكثة في البيت	الأب: أستاذ الأم: ماكثة في البيت	الأب: عسكري متقاعد الأم: ماكثة في البيت	الأب: عامل حر الأم: موظفة إدارية	الأب: إمام الأم: ماكثة في البيت	الأب: نجار الأم: ماكثة في البيت	ماكثة في البيت	الأب: عسكري متقاعد الأم: ماكثة في البيت	شرطي متقاعد
المستوى التعليمي	3ثانوي	الأب: 9أساسي الأم: 4 ابتدائي	الأب: 3:الأم ثانوي 04 متوسط	الأب: 09أس اسي الأم: 08 أساسي	الأب: 3ثانوو ي الأم: س2 ثانوي	3ثانوي (الاب والأم)	غير متعلمة	3ثانوي	الام: 6 ابتدائي	الأب: جامعي الأم: 2 ثانوي	الأب والأم: 9 أساسي	الأب: 9 أساسي الأم: 2جامعي	الأب: 9 أساسي الأم: 6 ابتدائي	الأب: 6ابتدائي الأم: 2متوسط	07 أساسي	الأب والأم (9 أساسي)	
عمر الطفل التوحدي	07 سنوات	08 سنوات	05 سنوات	07 سنوات	05 سنوات	04 سنوات	06سنوات	07 سنوات	0 سنوات	06 سنوات	05 سنوات	07 سنوات	07 سنوات	05 سنوات	06 سنوات	06 سنوات	09سنوات

المقابلة الأولى	11/23 2018/	2/10/23 018	10/23 2018/	/30 20/10 18	2/10/30 018	2/10/30 018	2/11/05 018	2/11/05 018	2/11/05 018	2/11/07 018	2/11/12 018	2/11/18 018	2/11/27 018	2/11/27 018	2/12/11 018	03/02 2019/
المقابلة الثانية	11/06 2018/	2/02/12 019	11/05 2018/	/11/06 2018	2/02/26 019	2/11/01 018					2/11/27 018	2/11/27 018	2/03/19 019	2/12/11 018	2/01/29 019	/01/23 2019

يتبين من الجدول السابق أن الباحثة قامت بإجراء مقابلات مع (17) عائلة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة، وقد جمعتنا اللقاءات مع الآباء والأمهات في فترات متباعدة، أحيانا نجد حضور الأم فقط مع الإصرار على أهمية وجود الأب، وفي الأحيان يكون لدينا لقاء مع الأب فقط الذي كان يحضر ابنه من أجل الفحص النفسي والأرطفوني، بغض النظر مع بعض العائلات التي حضر فيها كلا الوالدين، إما حضور ثنائي مع بعض، أو أحدهما خلال جلسات متباعدة، وقد تم إجراء مقابلتين مع كل عائلة بمكتب النفسانية، من خلالها تم جمع معلومات حول الآباء والأمهات من جهة ومعطيات تخص الطفل التوحدي من جهة أخرى، باستثناء ثلاث عائلات لم يتم إجراء المقابلة الثانية معهم نتيجة عدم حضور أحد الأطراف، الزوج/ الزوجة والمتمثلة في كل من (عائلة أ / ب.ج/ د.د) وفيما يتعلق بعمر الوالدين فقد تراوح ما بين (28 حتى 55 سنة)، وهي فترة الرشد، من مستويات تعليمية مختلفة ما بين المستوى غير المتعلم الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي، أما بالنسبة لعمر الطفل التوحدي فقد تراوح بين أربع إلى تسع (09-04) سنوات وهي مرحلة الطفولة المتوسطة.

2- بطريقة مقصودة بروضة قصر السلطان: تم انتقاؤها وفقا لأسر يتواجد بها أطفال ذوي التوحد الشديد والمتوسط، وحسب طبيعة الأفراد الذين يستطيعون التفاعل أكثر مع الباحثة من أجل مساعدتها في الدراسة، بحيث تم مقابلة ثمان (08) أسر، من آباء وأمهات، وعليه يكون المجموع (16) أبا وأما لطفل توحدي.

جدول رقم (08) يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها بروضة قصر السلطان

رقم العائلة	العائلة 01 (ن)	العائلة 02 (ح.ل)	العائلة 03 (ش)	العائلة 04 (ب)	العائلة 05 (ق)	العائلة 06 (ك)	العائلة 07 (ق)	العائلة 08 (ب.ق)
نوع الفرد	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم	الأب والأم
السن	**الأب:** 44سنة **الأم:** 45سنة	**الأب:** 46سنة **الأم:** 45سنة	**الأب:** 43سنة **الأم:** 43سنة	**الأب:** 44سنة **الأم:** 33سنة	**الأب:** 50سنة **الأم:**39 سنة	**الأب:**39 سنة **الأم:**32 سنة	**الأب:**38 سنة **الأم:**34 سنة	**الأب:**45 سنة **الأم:**38 سنة
عدد الأولاد	02	07	05	04	02	03	02	05
المهنة	**الأب:** معلم قرآن **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** سائق **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** تاجر **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** تاجر **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** أستاذ **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** عسكري متقاعد **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** ممثل تجاري **الأم:** ماكثة في البيت	**الأب:** عامل في مؤسسة **الأم:** ماكثة في البيت
المستوى التعليمي	**الأب:**6 ابتدائي **الأم:** غير متعلمة	متوسط	**الأب:** أولى ثانوي **الأم:**9 أساسي	**الأب:**8 أساسي **الأم:**9 أساسي	**الأب:** جامعي **الأم:** 1 ثانوي	**الأب:** 3ثانوي **الأم:**9 أساسي	**الأب:**2 ثانوي **الأم:**3ثانوي	**الأب:** 01ثانوي **الأم:** ليسانس
عمر الطفل التوحدي	06 سنوات	08 سنوات	05 سنوات	04سنوات	06 سنوات 9 سنوات	07 سنوات	05 سنوات	06 سنوات
المقابلة الأولى	2/03/19 019	20/03/19 19	20/03/19 19	20/03/24 19	20/03/24 19	20/04/02 19	20/04/02 19	2/04/02 019

المقابلة الثانية	2/03/26 019	20/03/26 19	20/03/26 19	20/03/31 19	20/03/31 19	20/04/09 19	20/04/09 19	2/04/09 019

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن الباحثة قامت بلقاء ثمانية (08) عائلات من روضة قصر السلطان بعد الانتهاء من مقابلة الحالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة –تنس-، وقد تم إجراء مقابلتين مع كل عائلة، شملت حضور الزوجان معا في آن واحد إلى مكتب الأخصائية، من خلالها تم جمع المعلومات والمعطيات الأولية والشخصية حول الآباء والأمهات من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى، أما فيما يتعلق بسن الوالدين يظهر أن العمر الزمني لأفراد العينة يتراوح ما بين (32 حتى 45 سنة)، وهي فترة الرشد، من مستويات تعليمية ضمت ما بين المستوى غير المتعلم، الابتدائي، المتوسط الثانوي والجامعي، أما بالنسبة لعمر الطفل التوحدي فقد تراوح بين أربعة إلى تسع (09-04) سنوات وهي مرحلة الطفولة المتوسطة.

5-المنهج المستخدم: تمثل المنهج المتبع في دراستنا الاستطلاعية في المنهج الآتي:

5-1- المنهج الوصفي (The descriptive method): يهدف إلى تقرير خصائص موقف معين، أي وصف العوامل الظاهرة، وتعتبر طبيعة البحوث الوصفية من حيث فهمها واستيعابها، إذا تمكن الفرد من جمع المعلومات عن الخطوات المضمونة في البحث (دويدار، 1999: 183).

اعتمدت الباحثة على هذا المنهج كونه ملائم لدراسة الظواهر الاجتماعية والنفسية كدراسة كيفية توضح خصائص الظاهرة، ودراسة كمية توضح حجمها وتغيراتها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى، كما يهتم البحث الوصفي بتحديد والعمليات وكذا الأشخاص بصورة دقيقة، ويحدد العلاقات والممارسات ويساعد أيضا في وضع تنبؤات عن الأحداث المقبلة (عطوي، 2000 : 172).

5-1-2- المنهج الوصفي الإحصائي (The statistical descriptive method): ويركز على وصف وتلخيص الأرقام حول موضوع معين وتفسيرها في صورة نتائج، حيث أن هناك مفاهيم وأساليب متعددة لتلخيص البيانات ووصفها وتحليلها حتى يسهل تفسيرها.

5-1-3-الهدف من المنهج الوصفي الإحصائي:

-جمع البيانات والمعلومات وتوضيحها ووضح شروحات وتفسيرات للظاهرة المدروسة

-التعرف على مستوى ارجاعية كل أب وأم لطفل توحدي، من خلال تطبيق الاستبيان المصمم من طرف الباحثة، وكذا قياس مؤشر ارجاعيتهم وتكيفهم الأسري، بحيث تم جمع المعطيات والمعلومات حول الأداتين وإدراجها جدوليا باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، بهدف استخلاص نتائج كمية يتم بعدها وصف الظاهرة المدروسة والمتمثلة في ارجاعية أولياء الطفل التوحدي.

6-الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية: لا تخلو الدراسة الميدانية من وسائل وأدوات لجمع المعلومات والحقائق والبحث في الموضوع المراد دراسته، وتمثلت مجموع الأدوات التي اعتمدت عليها الباحثة فيما يلي:

1-الملاحظة (The observation): هي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، بحيث تتصل بسلوك الفرد الفعلي، أو في بعض المواقف الواقعية في الحياة التي يسهل ملاحظتها، كما تستخدم في الدراسات الكشفية، الوصفية والتجريبية (دويدار، 1999: 192)، وتمثلت نوع الملاحظة المستخدمة في الدراسة في:

1-1-الملاحظة بالمشاركة (Participation observation): وتتمثل في اشتراك الباحث في حياة الأفراد الذين يتم ملاحظتهم، من خلال مساهمته في مختلف الأنشطة التي يقومون بها لفترات مؤقتة خلال فترة الملاحظة، بحيث يشكل عضوا في الجماعة يتفاعل معهم، يعيش ظروفهم، كما تفيد الملاحظة بالمشاركة في الاندماج الفعلي من جانب الملاحظ والأنشطة المراد ملاحظتها، بحيث يندمج المفحوص مع أعضاء الجماعة من خلال الاحتكاك المباشر (دويدار، 1999: 193).

- **الهدف:** حاولت الباحثة تبني هذا النوع من الملاحظة، بحيث قامت بالنزول إلى الميدان والاحتكاك بأفراد البحث لتسهيل عملية جمع المعلومات والتعرف على سلوكيات الفرد أكثر خلال التفاعل المباشر وذلك من خلال:

أولا/ بالنسبة للطفل التوحدي: ملاحظة سلوكياته، تفاعلاته داخل الصف.

ثانيا/ بالنسبة للوالدين: ملاحظة ردود أفعالهم واستجاباتهم، تفاعلاتهم مع الطفل أثناء المقابلات. ومن خلال المعطيات المتحصل عليها من طرف الزوجين، وكذا نفساني الروضة.

-كما ساعدتنا هذه الأداة بشكل كبير في جمع المعطيات، وكذا التعرف على استجابات الأولياء خاصة منها التواصل المعبر أحيانا بإشارات وإيماءات لاحظتها الباحثة، والتي تمكنت من وضع استنتاجات خاصة حول طبيعة العلاقات الأسرية، وكذا اختيار حالات الدراسة الأساسية التي تفسح لها المجال وتعطي لها فرصة سرد معاشها وتجاربها فيما يخدم الموضوع.

2-المقابلة (The interview): يعرفها انجلش وانجلش (Anglesh and Anglesh) بأنها: " محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد، بهدف حصوله على أنواع من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي، أو الاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج " (سلطانية والجيلاني، 2007: 104)، وتمثلت نوع المقابلة المعتمد عليها في:

2-1- المقابلة المقننة (The codified interview): وهي التي يتم فيها استخدام أسئلة تتطلب إجاباتها " نعم أو لا " أو " موافق أو غير موافق "، وبناءا عليه تكون عملية تصنيف المعلومات وتحليلها سهلة (سلطانية والجيلاني، 2007: 106).

- **الهدف:** بما أننا في دراستنا الاستطلاعية بصدد تطبيق مقياسين حول الارجاعية بحيث يشتملان على مجموعة من الأسئلة المغلقة التي تتنوع إجابتها بين (نعم، لا، غير موافق تماما، غير موافق، موافق بشدة، محايد....) بالنسبة لمؤشر قياس الارجاعية المترجم، و(دائما، أحيانا، أبدا) في المقياس الثاني المصمم من قبل الباحثة، وبالتالي نكون أمام نوع من المقابلات المقفلة أو المقننة، التي سيتم فيما بعد تطبيقها على مجموعة من الآباء والأمهات لطفل توحدي بهدف تحديد مستويات الارجاعية لدى كل فرد.

2-2- المقابلة النصف الموجهة (The semi-directive interview): هي نوع من المقابلة العيادية التي تعتمد على دليل المقابلة، بحيث يتم وضع خطة مفصلة وتعليمة محددة يتبعها الباحث من خلال صياغة مجموعة من الأسئلة (بركات خليفة، 1984: 125)، ولقد قامت الباحثة في دراستها الاستطلاعية باستخدام هذا النوع من المقابلات، وذلك بإعداد مجموعة من الأسئلة وصياغتها حسب طبيعة الموضوع.

- **الهدف:** قبل إجراء الدراسة الأساسية التي سيتم فيها تطبيق الهوية السردية، بحيث سيقوم هؤلاء الآباء والأمهات بسرد أو حكي معاشاتهم النفسية وتجاربهم مع أطفالهم، وعليه قبل الوصول للقيام بعملية جمع الخطابات، كان من الضروري التقرب إلى أفراد الدراسة من أجل جمع المعلومات والبيانات وإجراء لقاءات مباشرة معهم بهدف:

- إبرام علاقة مهنية بحثية من خلال شرح تفاصيل الدراسة وأن الهدف علمي.

-جمع أهم المعطيات المتعلقة بالآباء والأمهات من جهة، والطفل التوحدي من جهة أخرى.

-كذا التعرف أكثر على العلاقات فيما بينهم، العلاقة الثلاثية المتمثلة في العلاقة الزوجية، الوالدية (أب/أم وطفل، سواء التوحدي أو الأبناء العاديين)، العلاقة الأخوية (طفل توحدي مع الإخوة العاديين أو مع المضطربين، الإخوة العاديين فيما بينهم).

ملاحظة: أشرنا سابقا في العلاقة بين الإخوة سواء العاديين فيما بينهم، أو التوحدي مع العادي، أو المضطربين فيما بينهم، ونقصد في هذا الأخير الإخوة الذين يحملون إعاقات أو اضطرابات سواء توحدي مع توحدي، أو توحدي مع تخلف عقلي، وهذا ما التمسناه في دراستنا الحالية مع بعض الأسر

-كيفية بناء دليل المقابلة النصف الموجهة (The semi-directive guide): اعتمدت الباحثة على بعض القراءات النظرية، وكذا الميدانية لتصميم نموذج مقابلة يحتوي على مجموعة من الأسئلة التي طرحت على الآباء والأمهات وشملت ثلاث جوانب نذكر:

أولا/ متعلقة بالفرد المراد دراسته أي الأب والأم: من خلال معرفة المعلومات الشخصية، المستوى التعليمي، الاقتصادي، التاريخ العائلي لكل فرد، الصحة النفسية، الجسمية، العلاقة الزوجية وطبيعتها العلاقات العائلية والمحيطية لكل زوج، العلاقات مع الأقارب وكذا الجيران.

ثانيا/ متعلقة بالطفل التوحدي: ابتداء من مرحلة الحمل وظروفه، طبيعة الولادة، النمو النفسي الحركي والاجتماعي للطفل، دراسة الملف الطبي النفسي للأطفال، وكذا مرحلة تشخيص اضطراب الطفل.

ثالثا/ متعلقة بالأفراد الآخرين: ونشير بالتحديد إلى الأبناء العاديين أو المضطربين (سواء توحد أو إعاقة أخرى)، من خلال التعرف على مستوياتهم التعليمية، طبيعة العلاقات فيما بينهم، نظرتهم للأخ التوحدي.

ملاحظة: استطاعت الباحثة بشكل كبير التعرف أكثر على الآباء والأمهات عن طريق المقابلة، مما أظهر بعض الأفراد ردود أفعال إيجابية، وتجاوب أكبر مع الباحثة من خلال قبولهم لاستكمال العمل وفهم طبيعة الموضوع أكثر، في حين أبدى البعض ردودا سلبية ورفضا في التعامل، خاصة هؤلاء الآباء أو الأمهات الذين لا يزالون تحت صدمة الإعلان، وبالتالي استنتاج الباحثة أنه من الصعب توظيف هؤلاء الأفراد في دراستها الأساسية، خاصة ونحن سنكون أمام معاش واقعي – سرد الحياة-.

3- المقاييس المطبقة:

أولا/ سلم مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري (Ladder index of resilience and family adjustment): (Fira-G) لـ كوبان (Mc Cubbin) :

3-1-التعريف بالمقياس: تم تطوير هذه الأداة من قبل كوبان (Mc Cubbin , 1987) من أجل تمكين اختبار الأبعاد الرئيسية لنموذج الارجاعية والتكيف الأسري، كما يستخدم في التدخل النفساني الاجتماعي مع العائلات من أجل تقديم الدعم، ويشتمل على سبع مؤشرات متعلقة بعملية الارجاعية تشمل مرحلتين: مرحلة التكيف ومرحلة المواجهة، وقد تم ترجمة هذا المقياس من طرف الباحثة بعدها تم عرضه على أساتذة جامعيين في اللغة الفرنسية والعربية، ودكتورة في علم النفس العيادي من أجل تحكيم الجانب اللغوي والتأكد من الترجمة الصحيحة للعبارات.

3-2- مؤشرات المقياس: وسنشير إلى المؤشرات أو الأبعاد الخاصة بالمقياس وهي:

1-مؤشر عوامل الضغوطات الأسرية يشتمل على (عشر بنود): يقيس مجموع الأحداث والتغييرات التي تطرأ على الأسرة، ولادة، التغييرات في حالة العمل، انتقال العائلة، إعاقة أو مرض داخل الأسرة، وفاة انفصال أو طلاق.

2- مؤشر التوترات العائلية يضم (عشر بنود): يقيس أهم الأحداث التي جرت في الأسرة خلال السنة الماضية، وجود صراعات وزيادتها داخل الأسرة، سواء بين الزوجين فقط أو بين الوالدين وأطفالهما، أو بين الأطفال، مشاكل أسرية، تعدد المهمات، صراعات بين الأقارب، ضغوطات مادية مهنية وعائلية.

3-مؤشر دعم الأقارب والأصدقاء يضم (ثمان بنود): بحيث يبحث عن الدعم من الأقارب والأصدقاء من أجل مواجهة المشاكل التي تحدث داخل العائلة، من خلال مشاركتهم وتقاسمهم للمشاكل والعمل على حلها لمساعدة أفراد الأسرة.

4- مؤشر الدعم الاجتماعي يشتمل على (17 بندا): يقيس درجة اندماج الأسرة في مجتمعها المحلي وتصورها للمساعدة المحتملة التي يمكن أن يقدمها لها هذا المجتمع، من حيث احترامها العملي والعاطفي والذاتي.

5- مؤشر استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك يحتوي على (أربع بنود): من خلال تقييم الكيفية التي تستخدمها الأسرة لمواجهة مشاكل وأحداث الحياة.

6- مؤشر الصلابة الأسرية يضم(20 بندا): يقيس هذا البعد قدرة التحمل العائلي كمورد لمقاومة الضغوطات والتكيف، من خلال القدرة على الصمود لدى الأسرة الذي يشير إلى مواطن القوة الداخلية للوحدة الأسرية، ومدى قدرتها على تحمل المشاكل والعمل على مواجهة الوضعيات الصعبة من خلال الشعور بالقوة، الكفاءة، تقديم المساعدة والدعم، التفاؤل ورؤية التغييرات والإيجابية.

7- مؤشر الضيق العائلي يحتوي على (خمس بنود): تقيس الأحداث التي وقعت داخل العائلة بحيث تعكس تدهور استقرار الأسرة وتشمل المشاكل العاطفية، حدث صعب كتعاطي المخدرات مثلا مظاهر للعنف، مشاكل جنسية، زوجية.

3-1-3-طريقة تصحيح مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري:

1- **بعد عوامل الضغوطات الأسرية:** (عشر بنود) " نعم-لا " ، تعطى علامة واحد لكل إجابة إيجابية (نعم)، وتعطى صفر لكل إجابة سلبية (لا) نقطة.

النتيجة الإجمالية: لهذا البند هي إضافة الدرجات إلى كل بند، ثم تقسيمها على عشرة.

2- بعد التوترات العائلية: يشتمل على (عشر بنود) ، " نعم-لا " ، تعطى علامة واحد لكل إجابة إيجابية (نعم)، وتعطى صفر لكل إجابة سلبية (لا). نقطة. **النتيجة الإجمالية:** لهذا البند هي إضافة الدرجات إلى البنود، ثم تقسيمها على عشرة.

3-بعد دعم الأصدقاء والأقارب: (ثمان بنود) مدرجة تعطى قيمة لكل بديل من البدائل على التوالي واحد لـ (غير موافق بشدة)، اثنان ل (غير موافق) ، ثلاثة لـ (محايد) ، أربعة لـ (موافق) " وخمسة لـ (موافق بشدة).

النتيجة الإجمالية: لهذا البند هي إضافة الدرجات لكل بند، ثم تقسيمها على عشرة.

4-مؤشر الدعم الاجتماعي (مؤشر الدعم الاجتماعي): (17 بند) مدرج على التوالي: صفر لـ (غير موافق بشدة), واحد لـ (غير موافق)، اثنان لـ (محايد)، ثلاثة لـ (موافق) وأربعة لـ (موافق بشدة).

النتيجة الإجمالية: يتم الحصول عليها من خلال إضافة الدرجات لكل بند، نتائج البنود (7، 9، 10، 13، 14 و 17) تكون معكوسة.

5-بعد استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك: (أربع بنود) مدرجة علي التوالي: واحد لـ (غير موافق بشدة)، اثنان لـ (غير موافق) ، ثلاثة لـ (محايد)، أربعة لـ (موافق) وخمسة لـ (موافق بشدة)

النتيجة الاجمالية: يتم الحصول عليها من خلال إضافة الدرجات لكل بند.

6-بعد الصلابة العائلية: (20 بندا) مدرجة كالآتي: صفر لـ (غير موافق), واحد لـ (غير موافق إلى حد ما) اثنان لـ (موافق إلى حد ما)، ثلاثة لـ (موافق).

النتيجة الإجمالية: يتم الحصول عليها من خلال إضافة درجة لكل بند. نتائج البنود (1، 2 ، 3 ، 8 10 ، 14 ، 16 ، 19 ، 20) معكوسة.

7-بعد الضيق العائلي: (خمس بنود) "نعم-لا " ، تعطى علامة واحد لكل إجابة إيجابية (نعم)، وتعطى صفر لكل إجابة سلبية (لا).

النتيجة الإجمالية: لهذا البند هي إضافة الدرجات إلى البنود الخمسة، ثم تقسيمها على عشرة.

3-3-الخصائص السيكومترية لمؤشر الارجاعية:

3-3-1-الصدق الظاهري: قامت الباحثة بتقديم سلم مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري االمراد تطبيقه على مجموع أفراد البحث – آباء وأمهات الطفل التوحدي- لأساتذة ومختصين ممارسين في علم النفس باعتبارهم أهل التخصص، وكذا أساتذة في اللغات (الأدب العربي واللغة الفرنسية)، من أجل التحكيم والتدقيق اللغوي، وذلك من حيث مناسبة العبارات أو عدمها، وكذا الوضوح من عدمه خاصة وأنه لدينا مقياس تم ترجمته من اللغة الفرنسية إلى العربية مما يحتاج إلى تحكيم لغوي.

أولا/ تحكيم ذوي الخبرة في مجال علم النفس: تم عرض المقياس على أربع أساتذة في علم النفس وثلاث نفسانيين ممارسين (عيادة نفسية خاصة، المركز النفسي البيداغوجي).

جدول رقم (09): يمثل صدق المحكمين ونتائج التحكيم لمؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري للبعد الأول -عوامل الضغوط الأسرية-

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة (%)		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
01	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
02	%100	-	% 85.71	%14,21	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
04	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
05	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
06	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
07	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
08	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
09	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

10	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

يتبين من خلال الجدول السابق أن جميع الفقرات تقيس البعد، وبالتالي تم قبولهم دون رفض من طرف المحكمين، فقط تم طلب إجراء تعديلات لغوية خاصة وأن المقياس تم ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربي

جدول رقم (10): يمثل البدائل الخاصة بالبعد الأول

البدائل	النسبة		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	
نعم	%100	-	**لا يوجد تعديل**
لا	%100	-	**لا يوجد تعديل**

من الملاحظ أن بدائل البعد الأول مناسبة، وتم قبولها من قبل المحكمين، دون أن يطرأ عليها تعديل لغوي.

جدول رقم (11): يمثل نتائج التحكيم للبعد الثاني -التوترات العائلية=

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة (%)		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
01	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
02	%100	-	% 85.71	-	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
04	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
05	%100	-	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
06	%85,71	%14,21	%100	-	تعديل لغوي
07	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
08	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
09	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
10	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

من الملاحظ أن جميع الفقرات تقيس البعد، وتم قبولهم دون رفض من طرف المحكمين، كما التمسنا وجود لتعديلات لغوية على جميع العبارات.

جدول رقم (12): يمثل نتائج تحكيم للبدائل الخاصة بالبعد الثاني

البدائل	النسبـــة	ملاحظات

	مناسبة	غير مناسبة	
نعم	%100	-	**لا يوجد تعديل**
لا	%100	-	**لا يوجد تعديل**

كل من البدائل (نعم ولا) مناسبة (100%) وتم الاحتفاظ بها، من حيث الترجمة هي صحيحة وسليمة لغويا.

جدول رقم (13): يمثل نتائج التحكيم للبعد الثالث -دعم الأقارب والأصدقاء-

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة (%)		ملاحظات
01	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
02	%100	-	% 85.71	%14,21	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
04	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
05	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
06	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
07	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
08	%100	-	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
09	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
10	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

من خلال الجدول يظهر أنه تم قبول العبارات، وبالتالي فهي تقيس البعد الثالث، مع تعديلات لغوية

جدول رقم (14): يمثل نتائج التحكيم لبدائل البعد الثالث

البدائل	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات من حيث التعديل
	مناسبة	غير مناسبة	
غير موافق بشدة	%85,71	%14,21	غير موافق تماما
غير موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
محايد	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق بشدة	%85,71	%14,21	موافق تماما

يظهر أنه تم تعديل اثنين من البدائل (غير موافق بشدة) و (موافق بشدة) واقتراح بديلين، من طرف محكم واحد الذي بدا له أن الترجمة المناسبة هي (غير موافق تماما) و(موافق تماما).

جدول رقم (15): يمثل نتائج التحكيم للبعد الرابع - مؤشر الدعم الاجتماعي-

رقم الفقرة	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات

01	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
02	%100	-	% 85.71	%14,21	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
04	%100	-	%71,42	%28,58	تعديل لغوي
05	%100	-	%85.71	%14,21	سليمة لغويا
06	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
07	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
08	%100	-	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
09	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
10	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
11	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
12	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
13	%100	-	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
14	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	سليمة لغويا
15	%100	-	%85,71	%14,21	تعديل لغوي
16	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
17	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

يتبين من الجدول أنه تم قبول جميع العبارات بنسبة (%100) فهي تقيس البعد، أما العبارات (2، 4، 5، 8، 13 و14) فقد قدر قبولها بنسبة (%85,71)، كما تم اقتراح بعض التعديلات لبعض العبارات، كما هو واضح أعلاه.

جدول رقم (16): يبين نتائج تحكيم بدائل البعد الرابع

البدائل	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات من حيث التعديل
	مناسبة	غير مناسبة	
غير موافق بشدة	%85,71	%14,21	غير موافق تماما
غير موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
محايد	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق بشدة	%85,71	%14,21	موافق تماما

يظهر في الجدول أعلاه أنه تم تعديل بديلين (غير موافق بشدة، موافق بشدة)، واقتراح بديلين آخرين مع إظهار أن الترجمة المناسبة للبديل هي (غير موافق تماما، موافق تماما).

جدول رقم (17): يمثل نتائج التحكيم للبعد الخامس ـ استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك ـ

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة (%)		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
01	%100		%100	-	سليمة لغويا
02	%100		%100	-	تعديل لغوي
03	%100		%100	-	سليمة لغويا
04	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	سليمة لغويا

يتضح أن العبارات جميعها مناسبة للبعد ولم يتم رفضها، إلا من الجانب اللغوي فهي تحتاج لتعديلات بالنسبة للفقرة الثانية.

جدول رقم (18): يمثل نتائج تحكيم بدائل البعد الخامس

البدائل	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات من حيث التعديل
	مناسبة	غير مناسبة	
غير موافق بشدة	%85,71	%14,21	غير موافق تماما
غير موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
محايد	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق بشدة	%85,71	%14,21	موافق تماما

من خلال ما سبق في الجدول يتبين أنه تم تعديل بديلين أيضا (غير موافق بشدة، موافق بشدة) من قبل محكم واحد، واقتراح بديلين آخرين الذي بدا أن الترجمة المناسبة للبديل هي (غير موافق تماما موافق تماما).

جدول رقم (19): يمثل نتائج التحكيم للبعد السادس ـ مؤشر الصلابة الأسرية ـ

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة (%)		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
01	%85,71	%14,21	%100	-	سليمة لغويا
02	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
04	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

05	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
06	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
07	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
08	% 100	-	%85,71	%14,21	سليمة لغويا
09	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
10	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
11	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
12	%85,71	%14,21	%100	-	تعديل لغوي
13	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
14	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
15	%85,71	%14,21	%100	-	تعديل لغوي
16	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
17	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
18	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
19	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
20	%100	-	%100	-	تعديل لغوي

نفس الملاحظة بالنسبة لوضوح ومناسبة الفقرات للبعد، وقد قدرت معظم العبارات بنسبة (100%) مع اقتراح تعديلات في الجانب اللغوي لبعض العبارات.

جدول رقم (20): يمثل نتائج تحكيم البدائل للبعد السادس

البدائل	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات من حيث التعديل
	مناسبة	غير مناسبة	
غير موافق	%100	-	لا يوجد تعديل
غير موافق إلى حد ما	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق إلى حد ما	%100	-	لا يوجد تعديل
موافق	%100	-	لا يوجد تعديل

ما أوضحته النتائج في الجدول أن جميع البدائل مناسبة ومقبولة من طرف المحكمين، وتم الاحتفاظ بهم سواء من ناحية مناسبتهم، أو من الجانب اللغوي.

جدول رقم (21): يمثل نتائج التحكيم للبعد السابع - الضيق العائلي -

رقم الفقرة	النسبة (%)	النسبة (%)	ملاحظات

	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	
01	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
02	%100	-	%100	-	تعديل لغوي
03	%100	-	%100	-	سليمة لغويا
04	% 100	-	%100	-	تعديل لغوي
05	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	تعديل لغوي

نفس الملاحظة بالنسبة لقبول ومناسبة الفقرات للبعد، مع اقتراح تعديلات لغوية

جدول رقم (22): يشير إلى نتائج تحكيم بدائل البعد السابع

البدائل	النسبة		ملاحظات
	مناسبة	غير مناسبة	
نعم	%100	-	**لا يوجد تعديل**
لا	%100	-	**لا يوجد تعديل**

نفس الملاحظة، فحسب النتائج الظاهرة في الجدول فإن البدائل (نعم، لا) مناسبة مع سلامتها لغويا
ملاحظة: تم تقديم المقياس السابق (مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري) على أستاذ في اللغة الفرنسية من أجل السلامة اللغوية والترجمة الصحيحة، وعليه لم يخضع المقياس لتعديلات وتصحيحات لغوية

جدول رقم (23): يمثل التعديل اللغوي للفقرات المحكمة للمقياس ـ سلم قياس الارجاعية والتكيف الأسري-

أولا/ (أهل التخصص في علم النفس)

البعد	رقم الفقرة	قبل التحكيم	بعد التحكيم
عوامل الضغوطات الأسرية	03	أحد أفراد العائلة بدأ **بوظيفة** جديدة، أو استأنف **عمله**	أحد أفراد العائلة بدأ **وظيفة** جديدة أو استأنف **وظيفته**
عوامل الضغوطات الأسرية	05	**رحيل** العائلة	**انتقال** العائلة
عوامل الضغوطات الأسرية	08	أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق **توفي**	**وفاة** أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق

عوامل الضغوطات الأسرية	10	**غادر** فرد من أفراد الأسرة البيت، أو انتقل منه	**ترك** فرد من أفراد الأسرة البيت، أو انتقل منه
التوترات العائلية	07	**تعميق** الصراع مع الأقارب أو عائلة الزوج	**تفاقم** الصراع مع عائلة الزوج أو الأقارب
مؤشر الصلابة الأسرية	04	...على المدى **الطويل الأشياء** السيئة التي تحدث لنا ستنقلب إلى الأحسن	...على المدى **البعيد** ستنقلب **الأمور** السيئة التي تحدث لنا إلى الأحسن

جدول رقم (24): يمثل التعديل اللغوي للفقرات المحكمة للمقياس - سلم قياس الارجاعية والتكيف الأسري-

ثانيا/ (أساتذة اللغات الأجنبية)

البعد	رقم الفقرة	قبل التحكيم	بعد التحكيم
عوامل الضغوطات الأسرية	02	أحد أفراد العائلة توقف عن العمل أو **ترك** منصبه	أحد أفراد العائلة توقف عن العمل أو **خسر** منصبه **(تقاعد، فصل.....)**
التوترات العائلية	01	**تعميق** الصراع بين **الزوجين**	**تفاقم** الصراع بين **الزوج والزوجة**
التوترات العائلية	02	زيادة **الصراعات** بين الوالدين والأطفال	زيادة **المشاجرات** بين الوالدين والأطفال
التوترات العائلية	03	**تعميق** الصراع بين الأطفال في الأسرة	**اشتداد** الصراع بين الأطفال في الأسرة
دعم الأقارب والأصدقاء	08	تقاسم **مشاكلنا** مع الأصدقاء المقربين	تقاسم **مخاوفنا** مع الأصدقاء المقربين
الدعم الاجتماعي	09	أحيانا يقوم أحد أفراد عائلتي بأشياء تسيء إلى الآخرين	قد يحدث أن أفراد من العائلة يقومون بأشياء لا تعجب أفراد آخرين

3-3-2- الاتساق الداخلي:

1- صدق المقياس: المقياس الصادق هو ذلك المقياس الذي يقيس ما وضع لأجله، مما يعني قدرته على قياس ما يتطلب قياسه أصلا.

1-1-الصدق التمييزي: للتحقق من صدق المقارنة الطرفية لمقياسي الدراسة تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (35) من آباء وأمهات الطفل التوحدي، وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبت تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين، حيث أخذت نسبة (27%) تمثل الأفراد ذوي

الدرجات العليا، ونسبة (27%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (25): يمثل صدق المقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري باستخدام اختبار (T-test).

مؤشر	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
قياس الارجاعية والتكيف الأسري	117.67	7.69	148.56	5.503	16	9.81	1.75

يتضح من الجدول رقم أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (9.81) أكبر من قيمة "ت" المجدولة (1.75) في مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري ، مما يؤكد صدق الاختبار ويقيس ما صمم لقياسه.

3-3- ثبات المقياس: للتحقق من ثبات مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (35) فردا من أمهات وآباء لطفل توحدي من خلال استخدام الطرق الإحصائية التالية:

3-3-1-معامل ثبات ألفا كرونباخ: قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يربط هذا المعامل ثبات الاختبار بثبات بنوده، وعليه تم حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وقد كانت النتائج على النحو المبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (26): يمثل نتائج معامل ثبات الاختبار بطريقة ألفا كرونباخ

مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري	ألفا كرونباخ
الدرجة الكلية	0.56

نلاحظ من خلال الجدول رقم (26) أن قيمة معامل الثبات في مؤشر قياس الإرجاعية والتكيف الأسري بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كانت تساوي (0.56)، وهذه القيمة تعتبر مرتفعة، حيث تشير النتائج إلى أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وعليه يمكن الاعتماد على النتائج والوثوق بها.

وبناءا على نتائج الصدق والثبات يتضح أن مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري يتمتع بدرجات مقبولة من الصدق والثبات، ويمكننا الاعتماد عليه في الدراسة الحالية لغرض التحليل الإحصائي وحساب المؤشرات الإحصائية لغرض الإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

جدول رقم (27): يمثل الخصائص السيكومترية لسلم الارجاعية حسب نتائج بشير سليمة (بشير، إشراف رحال، 2015-2016: 42)

	معامل الصدق الداخلي	معامل ألفا كرونباخ
عوامل الضغط الأسري	0.60	NON Documenté
التوتر العائلي	0.87	0.69
دعم الأقارب والأصدقاء	0.99	0.82
الدعم الاجتماعي	0.80	0.82
التماسك والمواجهة العائلية	0.80	0.71
الصلابة العائلية	0.230.15à	0.82
الضيق العائلي	0.50	NON Documenté

الجدول أعلاه يمثل صدق وثبات المؤشر من خلال النتائج التي توصلت إليها الطالبة بشير سليمة والتي أظهرت قيم لكل بعد من الأبعاد السبعة للمؤشر، وهي قيم مرتفعة، ماعدا في بعدي العوامل الأسرية والضيق العائلي فما هو ملاحظ أن القيم لم تظهر. وبالتالي فإن نتائج المقياس تشير إلى أنه يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وعليه يمكن الاعتماد على النتائج المتوصل إليها.

ثانيا/ مقياس الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي (Resilience test with fathers and mothers of an autistic child):

2-1-كيفية بناء الاستبيان:

أولا / التراث النظري: لقد قامت الباحثة بالاطلاع على مجموعة من الدراسات والأبحاث من أجل البحث عما يخدم دراستها العلمية، وقد تنوعت القراءات النظرية من دراسات لأطروحات دكتوراه رسائل ماجيستر، مقاييس، ومن أهم تلك القراءات نذكر:

1-**رسالة ماجيستر للباحثة لعوالي فاطيمة بعنوان " التناول النسقي للارجاعية لدى إخوة الطفل التوحدي"**، والتي تم فيها تطبيق استبيان مصمم من طرف الباحثة يقيس مستوى ارجاعية إخوة وأخوات طفل يحمل اضطراب التوحد، بحيث يشتمل المقياس على بعدين هما : بعد الصحة النفسية وبعد التكيف والمواجهة، وبما أن الدراسة الحالية ليست بالبعيدة عن موضوع رسالة الباحثة التي تناولت هذه المرة الجانب الوالدي، فقد قامت باقتباس بعض العبارات الملائمة، وإعادة صياغتها.

2-استبانة الصمود النفسي للباحث محمد باسل عبد الله عاشور في رسالته لنيل درجة الماجيستر بعنوان " الصمود النفسي وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة "، بحيث تم الاطلاع على أبعاد المقياس والاستعانة ببعض الفقرات التي تخدم الموضوع، والتي التمسناها في الأبعاد التالية (بعد الكفاءة الشخصية، بعد المشكلات وبعد المرونة).

3-**مقياس الصلابة النفسية لعماد محمد أحمد مخيمر** (2002) وقام بتقنينها على البيئة الجزائرية الدكتور بشير معمرية، يتألف المقياس من (48) بند، استعانت الباحثة بالعبارات التي تناسب طبيعة موضوعها من بعدي التحكم والتحدي ، وتم توظفيهم في الاستبيان المصمم للآباء والأمهات.

4-**مقياس جودة الحياة لضحايا الإرهاب للباحثة بوعيشة أمال** في أطروحتها دكتوراه علوم في علم النفس الموسومة بـ " جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر"، تكون المقياس من (64) فقرة، استعانت الباحثة ببعض العبارات التي أدرجتها ضمن مقياسها المصمم - استبيان الارجاعية-

5-كتاب للمؤلف جورج دايهمل (George Daihmel) بعنوان" استراتيجيات جديدة لمواجهة ضغوط الحياة واحباطاتها- سحر المرونة-"، حيث يتناول موضوعات ومهارات تساعد الفرد في كسب المرونة لمواجهة ضغوطات وإحباطات النجاح، وتحويلها إلى نجاحات ومميزات، وعليه قامت الباحثة بقراءة نظرية للكتاب واستنتاج بعض الأفكار، ومن ثم صياغتها في عبارات مناسبة للموضوع.

6-**كتابات للمؤلف محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة** (المرونة النفسية والطريق إلى المرونة النفسية)، والذي أشار خلالهما إلى تحديد بعض تعاريف للمرونة والعوامل المرتبطة بها، وكذا استراتيجيات بنائها، مما ساعدت القراءة النظرية للكتاب في جمع أهم المعلومات والأفكار حول الموضوع وصياغتها في عبارات تتناسب مع الاستبيان المصمم.

7-**كتاب بناء المرونة – كيف تنجح أوقات التغيير**- لماري لين بولي ومايكل ويكفيلد (Marry Powly & Lynn Meackal weackfield) ، ترجمة سعيد الهاجري (2013)، بحيث يحمل الكتاب أهم الاستراتيجيات الفعالة للعيش بكل كفاءة وقوة والتعايش الإيجابي مع ضغوطات الحياة وبالتالي استنتاج بعض العبارات وإدراجها ضمن الاستبيان.

ثانيا/ التراث الميداني:

1-الخبرة العلمية (البحث العلمي): تعتبر الدراسة الحالية كدراسة تكميلية لرسالة الماجيستر للباحثة التي كانت بعنوان" التناول النسقي للارجاعية لدى إخوة الطفل التوحدي" (2015- 2016)، والتي هدفت إلى التعرف على المعاش النفسي لإخوة وأخوات طفل حامل لاضطراب التوحد، وقد أجرت

الباحثة خلالها – رسالة الماجيستر- مقابلات مع أولياء التوحدي كمقابلات أولية، هدفت إلى التعرف على الاضطراب أكثر من خلال الوالدين، وجمع المعطيات حول تجاربهم مع الطفل وعلاقة الأخ العادي مع التوحدي، ضف إلى ذلك التعرف على مدى تفاعلات هؤلاء الإخوة مع الطفل المضطرب من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، من خلالها تم الكشف عن معاشهم مع طفلهم خلال المقابلات التي استهدفت الأبناء العاديين، فقد كانت فضاءا واسعا سمح لهم بسرد بعض من حكاياتهم وتجاربهم مع أطفالهم التوحديين، الأمر الذي دفع الباحثة لاستكمال البحث حول الموضوع، لتكون الفئة المستهدفة هذه المرة مع آباء وأمهات الطفل، فردود أفعالهم وتجاربهم قد تكون انعكاسا على النظام الأسري، بما فيهم الأبناء العاديين والمضطربين.

2-الخبرة المهنية: باعتبار الباحثة ممارسة في الميدان وتتعامل مع فئة الأطفال التوحديين، فقد لاحظت أهمية إعطاء فضاء أسري لأسرة يعاني طفلها من التوحد أو أي اضطراب آخر، فوجود فرد مضطرب يعني زعزعة للنسق الأسري، هذا من منظور التناول النسقي، وإن يكن الوالدان هما رأسية الهرمية، فهذا يعني ضرورة السماح لهؤلاء الأولياء المشاركة في العمل العلاجي، وبالتالي البحث عما يعيشونه من أجل نجاح عملية العلاج النفسي لطفلهم التوحدي.

2-3- الخصائص السيكومترية

2-3-1-الصدق الظاهري: قامت الباحثة بتقديم استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي المراد تطبيقه على مجموع أفراد البحث – آباء وأمهات الطفل التوحدي- لأساتذة ومختصين ممارسين في علم النفس باعتبارهم أهل التخصص، وكذا أساتذة في اللغات (الأدب العربي)، من أجل التحكيم والتدقيق اللغوي، وذلك من حيث مناسبة العبارات أو عدمها، وكذا الوضوح من عدمه

أولا/ تحكيم ذوي الخبرة في مجال علم النفس: تم عرض الاستبيان على أربع أساتذة في علم النفس وثلاث نفسانيين ممارسين (عيادة نفسية خاصة، المركز النفسي البيداغوجي).

جدول رقم (28): يمثل نتائج تحكيم استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي

رقم الفقرة	النسبة (%)		النسبة(%)		النسبة (%)		ملاحظات من حيث التعديل
	مناسبة		واضحة		سليمة لغويا		
	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	
01	%100	-	%100	-	%100	-	اقتراح تعديل لغوي
02	%100	-	%100	-	%100	-	اقتراح تعديل لغوي
03	%85,71	%14,21	%100	-	%100	-	
04	%100	-	%100	-	%85,71	%14,21	اقتراح تعديل لغوي
05	%100	-	%100	-	%100	-	
06	%100	-	%100	-	%100	-	
07	%100	-	%100	-	%100	-	
08	%100	-	%100	-	%85,71	%14,21	اقتراح تعديل لغوي
09	%100	-	%100	-	%100	-	
10	%100 -	-	%100	-	%85,71	%14,21	اقتراح تعديل لغوي
11	%100	-	%100	-	%85,71	%14,21	
12	%100	-	%100	-	%100	-	
13	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	
14	%100	-	%100	-	%100	-	
15	%100	-	%100	-	%100	-	
16	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	%85,71	%14,21	
17	%100 -	-	%100	-	%100	-	
18	%100	-	%100	-	%100	-	
19	%100	-	%100	-	%100	-	
20	%100	-	%100	-	%100	-	
21	%85,71	%14,21	%100	-	%100	-	
22	%85,71	%14,21	%100	-	%100	-	
23	%100	-	%100	-	%100	-	
24	%100	-	%100	-	%100	-	
25	%100	-	%100	-	%100	-	
26	%100	-	%100	-	%100	-	
27	%100	-	%100	-	%100	-	
28	%100	-	%100	-	%100	-	

29	%100	-	%100	-	%100	-	
30	%100	-	%100	-	%100	-	
31	%100	-	%100	-	%100	-	
32	%100	-	%100	-	%85,71	%14,21	**اقتراح تعديل لغوي**
33	%100	-	%100	-	%100	-	
34	%100	-	%85,71	%14,21	%100	-	
35	%100	-	%100	-	%100	-	

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه، يتضح أن جميع فقرات الاستبيان (35)، تم قبولها دون حذف لها، من حيث مناسبتها ووضحوها وكذا سلامتها لغويا، فقط تم اقتراح بعض التعديلات على بعض العبارات (01، 02، 04، 08، 10، 31).

جدول رقم (29) خاص بالتعديل اللغوي للفقرات المحكمة لاستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي)

أولا/ (ذوي الخبرة في مجال علم النفس)

رقم الفقرة	قبل التحكيم	بعد التحكيم
01	أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من **أن طفلي توحدي**	أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من **أن لدي طفلي توحدي**
02	**عندما أضع خططي الخاصة** باضطراب ابني أكون متأكدة من قدرتي على تنفيذها	**أكون متأكدة من قدرتي على تنفيذ** الخطط الخاصة بابني التوحدي
04	**أسعى لحل جميع المشكلات الخاصة** باضطراب ابني بكل تحدي	**أحاول حل جميع المشكلات المتعلقة** بابني بكل تحدي
08	**أمتلك ثقة في نفسي** أنه بإمكاني النجاح في التخفيف من اضطراب ابني	**لدي ثقة أنه** بإمكاني النجاح في التخفيف من اضطراب ابني
10	**أكون مستعدا لحل** جميع المشاكل والتغييرات التي قد تحدث لابني	**لدي استعداد لمواجهة** جميع المشاكل والتغييرات التي قد تحدث لابني
30	أستطيع التحكم في سلوكيات ابني **عندما يكون منزعجا**	أستطيع التحكم في سلوكيات ابني **عندما ينزعج**
32	**أشعر بالانهزام النفسي** إذا فشلت في مساعدة ابني	**أشعر بالخيبة** إذا فشلت في مساعدة ابني

ملاحظة: تم عرض المقياس الثاني (الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي) على أستاذ في الأدب العربي من جامعة الشلف، وأوضح سلامة الفقرات لغويا ووضوحها، وبالتالي لم تخضع لتعديلات لغوية.

2-3-2- الاتساق الداخلي:

1- صدق المقياس: المقياس الصادق هو ذلك المقياس الذي يقيس ما وضع لأجله، مما يعني قدرته على قياس ما يتطلب قياسه أصلا,

1-2- الصدق التمييزي: للتحقق من صدق المقارنة الطرفية لاستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي، تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (35) أبا وأما، وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبت تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين، حيث أخذت نسبة (27%)

تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا، ونسبة (27%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (30): يمثل صدق المقارنة بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي باستخدام اختبار (T-test).

استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات التوحدي	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
	44.44	5.003	61.33	2.646	16	8.95	2.12

ما يمكن ملاحظته من الجدول رقم (30) أن قيمة "ت" المحسوبة (8.95) أكبر من قيمة "ت" المجدولة (2.12) في استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعني أن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي، مما يؤكد صدق الاختبار ويقيس ما صمم لقياسه.

2-3-3-ثبات المقياس: للتحقق من ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (35) فردا من الأمهات والآباء من خلال استخدام الطرق الإحصائية التالية:

2-3-3-1-معامل ثبات ألفا كرونباخ: قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يربط هذا المعامل ثبات الاستبيان بثبات بنوده، وعليه تم حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وقد كانت كالتالي:

جدول رقم (31): يمثل نتائج معامل ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بطريقة ألفا كرونباخ.

استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي	ألفا كرونباخ
الدرجة الكلية	0.72

من خلال الجدول المبين أعلاه يتبين أن قيمة معامل ثبات **استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي** بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كانت تساوي (0.72)، وهذه القيمة تعتبر مرتفعة، حيث تشير النتائج إلى أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وعليه يمكن الاعتماد على النتائج والوثوق بها.

2-3-3-2-التجزئة النصفية: قامت الباحث بتجزئة استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي إلى نصفين بنود فردية وبنود زوجية، وبعد تطبيق المقياس وتصحيحه تحصل كل فرد على درجتين إحداهما على النصف الفردي والأخرى على النصف الزوجي، ثم حسب معامل الارتباط بين الجزأين بمعادلة (بيرسون)، حيث تم الحصول على معامل ثبات نصف المقياس فقط، وبعدها صحح الطول باستخدام معادلة (سبيرمان براون)، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (32): يمثل نتائج معامل ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بطريقة التجزئة النصفية

استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات التوحدي	التجزئة النصفية	
	قيمة معامل الارتباط قبل التصحيح	سبيرمان براون
الدرجة الكلية	0.80	0.86

يظهر من خلال الجدول أن معامل ثبات استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي والمحسوب بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط والدرجة الكلية للمقياس قد بلغ (0.80) تقريبا وذلك قبل التعديل، فيما ارتفعت قيم معامل الارتباط بصورة جيدة بعد استخدام معادلة سبيرمان براون التنبئية لتعديل طول الاستبيان، بحيث قدرة نتيجتها (0.86)، وهذا يعني أن جميع قيم معاملات الثبات قيم مرتفعة، الأمر الذي يشير إلى درجة عالية من الثبات.

وبناءا على نتائج الصدق والثبات يتضح أن استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي يتمتع بدرجات مقبولة من الصدق والثبات، ويمكننا الاعتماد عليه في الدراسة الحالية، لغرض التحليل الإحصائي وحساب المؤشرات الإحصائية لغرض الإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

-صعوبـــــــات الدراســــــــة:

إن الدراسة الحالية تميزت بأقل صعوبة نوعا ما باعتبارها دراسة تكميلية للماجيستر، والتي ساعدتها بشكل كبير في توسيع المعارف وتكثيف البحث من خلال إعطاء إضافات جديدة تضفي للدراسة قدرا كبيرا من المعطيات والمعلومات التي تمكنت الباحثة من الحصول عليهم

ومع هذا فخلال مسارنا التطبيقي قد صادفتنا بعض المشكلات خاصة مع حالات وأفراد الدراسة، بما أنه كنا أمام علاقات والدية تجمع بين الآباء والأمهات، فقد وجدنا بعض الصعوبات في حضور الآباء أحيانا والأمهات أحيانا أخرى خلال لقاءاتنا، إلا أنه استخدمنا استراتيجيات لمحاولة لقاء هؤلاء الأولياء فموضوع الدراسة يهدف إلى إلقاء الضوء على الوالدين، كما أن علاج وتحسين حالة الطفل هي امتداد من طبيعة العلاقات الوالدية خاصة والأسرة على العموم، فالنسق الأسري الجيد والمستقر وذو ارجاعية مرتفعة يساهم بشكل كبير في تطوير وتحسين سلوكيات الطفل، وكذا الاتصالات الجيدة والفعالة بين أفراد الأسرة.

الفصـــــــــل الســـــــــابع: الدراســـــــــــــة الأساســـــــية

-تمهـــــيد

1- الهدف من الدراسة الأساسية

2- المجال الجغرافي للدراسة الأساسية
3- المجال الزماني للدراسة الأساسية
4- حالات الدراسة الأساسية
5- الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية
6- المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية
7- منهجية تطبيق الهوية السردية
-خلاصـــــــة الفـصـــــــل

تمهيـــــــد

تعتبر الدراسة الحالية - الأساسية- كدراسة تكميلية لما تطرقنا إليه في الفصل السادس- الدراسة الاستطلاعية- ، فقد أشرنا خلالها أنه تم اللقاء مع آباء وأمهات لأطفال التوحد، وأبدى بعضهم رغبتهم في مواصلة العمل، في حين التمسنا لدى البعض رفضا في إتمام العمل.

1-**الهدف من الدراسة:** هدفت إلى ما يلي:

-البحث عن معاش آباء وأمهات الطفل التوحدي من خلال جمع مجموعة من الخطابات والأقوال.

- -تطبيق الهوية السردية باعتبارها الأداة الأساسية في الدراسة الحالية من أجل فهم ذاتية كل أب وأم

- تحليل الخطابات المستوحاة، وإعطاء لها معاني وتفسيرات باستخدام فكر بول ريكور (P.Ricoeur) والفلسفة الظواهراتية (الفينومينولجيا) (Phenomenology).

2- المجال الجغرافي للدراسة: تم تطبيق الدراسة بنفس المؤسستين التي أجريت فيهما الدراسة الاستطلاعية، والتي تمثلتا في: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية - تنس- بمصلحة الطب النفسي للأطفال، وبروضة قصر السلطان بولاية الشلف.

3- المجال الزماني للدراسة: استغرقت مدة إجراء وتطبيق أدوات الدراسة الأساسية في فترتين متعاقبتين فكل مؤسسة دامت فترة زمنية معينة بحسب ظروفها.

أولا/ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية: استطاعت الباحثة في غضون شهر تطبيق أدوات دراستها، وامتدت من (03 فيفري إلى 03 مارس 2019).

ثانيا/ روضة قصر السلطان: استغرقت مدة تجريب الدراسة بها تقريبا شهر من (09 جوان إلى غاية 04 جويلية 2019).

4-حالات الدراسة الأساسية: بعد لقاء حوالي (27) فردا من أب وأم لطفل حامل لاضطراب التوحد خلال الدراسة الاستطلاعية التي نظمتها الباحثة، وانتقت خلالها أهم الحالات التي يمكن العمل معها وخاصة أننا سنكون أمام وضعية تبحث في الأعماق، وهي البحث عن المعاش النفسي وسرد التجارب والوضعيات الصعبة والأحداث الضاغطة

وعليه تم اختيار بعض الحالات التي وافقت في الاستمرار وتطبيق أداة الهوية السردية، وبالتالي حددت الباحثة مجموع (20) فردا من أسر لها طفل يحمل نفس الاضطراب- التوحد-، لكن الوضعيات والظروف تختلف من فرد إلى آخر، ومن أسرة إلى أخرى.

4-1-مواصفات حالات الدراسة:

تشتمل دراستنا على عشر أسر، عشر أمهات وعشر آباء تم انتقاؤهم بطريقة قصدية، فقد تم مشاركتهم معنا في الدراسة السابقة – الدراسة الاستطلاعية-، وخلالها تم وصف وشرح المرحلة الموالية من البحث وفيها تم أخذ موافقتهم من أجل مواصلة تطبيق الأدوات اللاحقة بما فيهم الهوية السردية، وخلالها قامت الباحثة بشرح طبيعة العمل، وبالتالي وافقت الحالات، مما أدى إلى بناء علاقة إيجابية مع المجموعة وهذا من أساسيات العمل خاصة ونحن أمام وضعية يتم فيها سرد هوية الشخص ومحاولة فهم ذاتيته، وقد ساعد ذلك في عملية البحث والتطبيق. في الجدول أدناه سنعرض مواصفات للحالات التي تعاونت معنا وتم تطبيق أدوات الدراسة الأساسية عليها

الجدول رقم (33): يمثل حالات الدراسة الأساسية ومواصفاتها

رقم الأسرة	اسم الأسرة	رقم الحالة	الاسم غير حقيقي	السن	المستوى التعليمي	المهنة	عدد الأولاد	عمر الطفل التوحدي	جنس الطفل التوحدي
01	**أسرة ريان**	01	علي	40 سنة	ثانوي	عون شرطة	04	05 سنوات	ذكر
		02	صفية	36 سنة	ثانوي	ماكثة في البيت			
02	**أسرة**	01	عبد الله	55 سنة	ثانوي	عامل متقاعد	03	05	ذكر

	محمد	02	أمينة	47 سنة	04 متوسط	ماكثة في البيت		سنوات
03	**أسرة محمد أمين**	01	محمد	44سنة	09 أساسي	عامل حر	04	07 سنوات ذكر
		02	سلمى	39 سنة	ثانوي	موظفة إدارية		
04	**أسرة محمد**	01	سليمان	49 سنة	جامعي	أستاذ	03	ذكر
		02	كريمة	33 سنة	ثانوي	ماكثة في البيت		06 سنوات
05	**أسرة يحي**	01	أحمد	44 سنة	ابتدائي	معلم قرآن	02	06 سنوات ذكر
		02	ربيعة	45 سنة	غير متعلمة	ربة بيت		
06	**أسرة بلال**	01	عبد الرحمان	46 سنة	متوسط	سائق سيارة	07	08 سنوات ذكر
		02	بثينة	45 سنة	09 أساسي	ربة بيت		
07	**أسرة ريتاج**	01	سفيان	43 سنة	ثانوي	تاجر	05	05 سنوات أنثى
		02	سميرة	43 سنة	09 أساسي	ربة بيت		
08	**أسرة محمد ويعقوب**	01	أمين	50 سنة	جامعي	أستاذ	02	06سنوات 09سنوات ذكرين
		02	سعيدة	39 سنة	ثانوي	ربة بيت		
09	**أسرة يزن**	01	عبد الهادي	39 سنة	ثانوي	عسكري متقاعد	03	07 سنوات ذكر
		02	صباح	32 سنة	09 أساسي	ربة بيت		
10	**أسرة سهام**	01	صلاح الدين	38 سنة	ثانوي	ممثل تجاري	02	05 سنوات أنثى
		02	نورة	34 سنة	ثانوي	ربة بيت		

يلاحظ من خلال الجدول المدون أعلاه أن عدد أفراد الدراسة كان بمجموع (20) فردا، من آباء وأمهات لطفل توحدي، قدر عدد الآباء كذكور بعشرة أفراد، وكذا عدد الأمهات كان بمجموع عشرة أمهات تم استعارة أسماء غير حقيقية، وذلك لأننا سنكون أمام وضعية سردية لحكاياتهم وستساعدنا هذه الأسماء عندما نقوم بتفريغ الخطابات وإعطاء لها تفسيرات وشروحات، يتراوح سن الحالات ما بين (32- 55) سنة، من مستويات تعليمية بين غير المتعلم، المتوسط، الثانوي، والجامعي عدد الأولاد نجد ما بين اثنين إلى سبعة وهو عدد متوسط، كما أن سن الطفل المضطرب ما بين خمس إلى تسع سنوات، وهي مرحلة الطفولة

المتوسطة، وقد وجدنا في بعض الأسر من لديها طفلان إما يحملان معا اضطرب التوحد أو اضطرابين مختلفين، أحدهما التوحد والآخر إعاقة ذهنية.

4-2-تقديم الحالات: سنقوم بعرض العائلات العشر ووصف كل فرد (الأب والأم)، مع العلم أن الأسماء المقترحة تم استخدامها فقط من أجل عرض الخطابات:

1-الأسرة الأولى: تتمثل في عائلة الطفل التوحدي ريان البالغ من العمر خمس سنوات، أخ لثلاث أولاد

- **علي:** هو والد ريان، يعمل عون شرطة، يبلغ من العمر(40) سنة، هو الابن الرابع بين ست أولاد تزوج عن عمر يناهز (32) سنة، عاش مع والدين مطلقين، مما اضطر إلى الانتقال للعيش مع أخواله، لم يستطع علي مواصلة دراسته التي توقف عنها في مرحلة البكالوريا بسبب قسوة الظروف المعيشية وبعد المدرسة عن مكان إقامته، قضى حياته بعيدا عن والده الذي لم يبدي له الاهتمام والرعاية اللازمة، وكذا سوء معاملة زوجة الأب والإخوة، أما والدته فهي تعيش معه في مسكنه الخاص، تمكن بعد سنوات قليلة الالتحاق بصفوف الجيش، بالنسبة لعلي حياته كانت رحلة صعبة وقاسية، ومع كل هذا فقد استطاع إعادة بناء نفسه من جديد.
- **صفية:** هي أم الطفل ريان، البالغة من العمر(36) سنة، كانت تعمل بإحدى رياض الأطفال لكنها تخلت عن عملها بعد الزواج، واصلت دراستها إلى مستوى السنة الثانية ثانوي، عاشت مع أمها المطلقة وإخوتها الخمسة وهي البنت الثالثة بينهم، انتقل والدها للعيش بعيدا مع زوجته الثانية، وحسب تصريحات صفية فإن أباها غبر مبال بهم، فقد مرت أكثر من عشر سنوات لم يلتقيان ببعض تزوجت في السن (24) سنة، وهي حاليا تمكث مع زوجها ووالدته التي وصفتها بأنها بمثابة أمها الحقيقية.

2-الأسرة الثانية: هي عائلة الطفل محمد البالغ من العمر خمس سنوت لديه اثنان من الإخوة.

- **عبد الله:** والد الطفل التوحدي محمد، عمره (55) سنة، هو الابن البكر من بين سبع إخوة، أربع بنات وأربع ذكور، كان يعمل موظفا في المحكمة وتقاعد منذ سنوات، يعيش مع والديه وعائلته الصغيرة التي تعني له كل شيء.
- **أمينة:** أم الطفل التوحدي محمد، تبلغ من العمر (47) سنة، ذو مستوى متوسط، كان عمرها (27) سنة عندما تزوجت تشتغل في الخياطة، لديها أربع إخوة، فقدت أمها وهي ابنة (19) سنة، مما أثر عليها بشكل كبير غياب الوالدة، تعيش مع عائلة زوجها، وقد صرحت بعدم استقرارها في الوضع المعيشي بالإضافة إلى زوجة أبيها التي لم تراها وتتعرف عليها حتى يوم وفاة الوالد.

3-الأسرة الثالثة: عائلة محمد أمين يبلغ من العمر سبع سنوات، وله ثلاث إخوة.

- **محمد:** والد محمد الأمين، عمره (44) سنة، أخ لأربع بنات وأربع أولاد ذكور، والده متوفي، أما أمه فهي تمكث مع الأخ البكر، محمد ذو مستوى السنة التاسعة أساسي، يشتغل في المهن الحرة ذكر أن ظروفه المادية الصعبة هي التي منعته من مواصلة دراسته، ومع هذا لجأ إلى القيام بتربص بمركز التوجيه المهني ليختار تخصص الدهان، تزوج عندما بلغ سن الـ (33)، عاش مع عائلته الكبيرة عن مدة تزيد عن عشر سنوات، ليستقل بعدها مع أسرته الصغيرة.
- **سلمى:** هي والدة الطفل أمين، تبلغ (39) سنة، لديها ستة إخوة، وهي البنت البكر، طلق والدها أمها عندما كانت في عمر الـ (17) سنة، واصلت دراستها الجامعية لكنها لم تتحصل على الليسانس فقد درست لمدة سنتين، بعدها اشتغلت كموظفة إدارية بسلك الحماية المدنية، تزوجت وعمرها (17) سنة أشارت سلمى بأن طلاق الأم لم يؤثر بشكل كبير على حياتها، لأنها تعودت منذ الصغر على غياب دور الأب، تعيش في وضعيات صعبة مع أهل الزوج.

4- الأسرة الرابعة: هي عائلة الطفل محمد البالغ من العمر ست سنوات ولديه أخوين

- **سليمان:** أب محمد يبلغ من العمر (49) سنة، أخ لـ (12) فردا، هو الأوسط بينهم، واصل دراسته الجامعية ليتوظف بعدها أستاذ في المتوسطة، تزوج سليمان مرتان، الزواج الأول كان عمره (35) سنة لكن تم الطلاق بعد مدة، ولم يتزوج إلا بعد أربع سنوات مع أم محمد.
- **كريمة:** البالغة من العمر (33) سنة، أخت لـ سبعة أفراد، ماكثة في البيت، وتحب مهنة الحلاقة كثيرا تزوجت في سن الـ (22) سنة دون رغبة في ذلك، وقد صرحت كريمة بالضغوطات الأسرية التي عاشتها في فترة العزوبة.

5-الأسرة الخامسة: عائلة يحي البالغ من العمر ستة سنوات، لديه أخ واحد

- **أحمد:** البالغ (44) سنة، الابن الأصغر من بين ثلاث أولاد ذكور واثنان من الإناث، ذو مستوى تعليمي متوسط، مستواه الاقتصادي متدني، انتقل منذ فترة قصيرة للعيش بمدينة الشلف، واشتغل معلم قرآن.
- **ربيعة:** أم الطفل يحي ذو (45) سنة، أخت لـ ستة أفراد، وهي البنت الأصغر سنا، تزوجت مع أب يحي عام (2006)، وهي ربة بيت، تعتني بطفليها أحدهما توحدي، والآخر متأخر ذهنيا.

6- الأسرة السادسة: تمثلت في عائلة الطفل بلال ذو ثمانية سنوات، وله ستة إخوة وأخوات.

- **عبد الرحمان:** أب الطفل بلال، يبلغ من العمر(46) سنة، أخ لأربع أولاد وهو الأصغر بينهم، توقف عن الدراسة في مستوى السنة التاسعة أساسي، تزوج عام (1993)، يعمل كسائق في سيارته الخاصة يعيش مع عائلته الصغيرة ووالدته الكبيرة، مستواه المعيشي متوسط.
- **بثينة:** لديها (45) سنة، أخت لـ ستة أفراد، أربع أولاد وبنتان واصلت دراستها حتى المتوسط تزوجت وعمرها (19) سنة، وهي ماكثة في البيت.

7- الأسرة السابعة: وهي عائلة البنت ريتاج تبلغ خمسة سنوات، ولديها أربع إخوة.

- **سفيان:** والد الطفلة ريتاج، البالغ من العمر (43) سنة، له أخوين وهو البكر بينهما، يعمل تاجرا ذو مستوى معيشي لا بأس به، واصل دراسته إلى غاية السنة أولى ثانوي.
- **سميرة:** عمرها(43) سنة، وصلت في دراستها إلى السنة التاسعة أساسي، لديها عشر إخوة، وهي الرتبة الثانية بينهم، حاليا هي ماكثة في البيت، تزوجت في السن(18).

8-الأسرة الثامنة: هي عائلة الطفلان محمد البالغ من العمر ستة سنوات، وأخوه يعقوب لديه تسعة سنوات.

- **أمين:** والد الطفلان التوحديان محمد ويعقوب، يبلغ من العمر (50) سنة، لديه خمس إخوة ذكور وبنتان، وهو الأخ الثاني، ذو مستوى جامعي تحصل على شهادة الليسانس في اللغة العربية، ليلتحق بعدها بمنصب أستاذ ابتدائي، مستواه المعيشي متوسط، يعيش مع والديه وعائلته الصغيرة.
- **سعيدة:** عمرها (39) سنة، البنت الثانية بين ست بنات وذكر واحد، توقفت عن الدراسة بعد اخفاقها في الحصول على شهادة البكالوريا مرتين، تزوجت وعمرها تقريبا (22) عام (2002)، أنجبت طفلها الأول بعد فترة انتظار لأول حمل لها دام أكثر من سبع سنوات.

9- الأسرة التاسعة: عائلة يزن، عمره سبع سنوات وله أخوين.

- **عبد الهادي:** أب محمد يزن، صاحب (39) سنة، لديه خمس إخوة ذكور وثلاث إناث، وهو الرابع بينهم ذو مستوى ثانوي، كان يعمل عسكري في الجيش، ومنذ فترة تحصل عيد الهادي على التقاعد تزوج سنة (2008)، ذو مستوى معيشي جيد، مقيم مع عائلته الكبيرة في مسكنهم.
- **صباح:** البالغة من العمر(32) سنة، البنت الرابعة، لديها أربع إخوة ذكور وأربع إناث، توقفت عن الدراسة في السنة التاسعة أساسي، تزوجت وعمرها(23) سنة. ماكثة في البيت تهتم بعائلتها وأطفالها.

10-الأسرة العاشرة: هي أسرة الطفلة سهام، البالغة من العمر خمس سنوات، ولديها أخت واحدة

- **صلاح الدين:** والد سهام، عمره (38) سنة، الابن الثاني من بين أربع أولاد وبنت، ذو مستوى ثانوي يعمل كممثل تجاري، تزوج سنة (2009).
- **نورة:** تبلغ من العمر(32) سنة، هي البنت البكر بعد أخوها، ولديها أختان، مستواها التعليمي سنة الثالثة ثانوي، ماكثة في البيت.

5-المنهج المستخدم: بما أنه سنكون أمام وضعية لفهم ذاتية الفرد، وإعطاء قراءة نسقية لوضعية ضاغطة تتمثل في البحث عن المعاش النفسي لأولياء الطفل التوحدي، ومدى قدرة هؤلاء الأفراد في التكيف والتعايش بإيجابية مع أطفالهم، رأت الباحثة أن أنسب منهج لدراستها هو المنهج العيادي النسقي

5-1-المنهج العيادي (The clinical method): يعرفه روجر بيرون (Roger Perron) على أنه منهج معرفي للسّير النفسي، يهدف إلى رسم بناء واضح لأحداث نفسية صادرة من شخص معيّن، فهو يتناول موضوع دراسة النفس بصفة معمّقة.

يعتمد المنهج العيادي في تفكيره على المبادئ الّتي جاء بها كلود برنار (Claude Bernard) مستعملا التفكير الافتراضي الاستنتاجي بواسطة أدوات الفحص النفسي الّتي تُوظِّفُ النضج المعرفي، كما وصفه جان بياجيه (Jean Piaget, 1970) للباحث خبرته النظرية لصالح المعرفة العلمية للنفس واضطراباتها.

5-2-المنهج النسقي (The systemic method): هو منهج يتوخى مقاربة شمولية للمشاكل التي يدرسها ويرتكز على العلاقات المتبادلة بين العناصر (بوغازي، 1998 - 1999: 15).

6- الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية:

6-1- الملاحظة بالمشاركة (Participation observation) : وتتمثل في إشراك الباحث في حياة المبحوثين، عن طريق مساهمته في أنشطتهم، خلال فترة زمنية محددة، بحيث يكون الباحث عضوا ضمن الجماعة، يتجاوب ويتفاعل معهم (سلاطنية والجيلاني، 2007: 88)، وبالتالي يلاحظ سلوكياتهم ويتعايش مع مختلف الأحداث والمواقف.

الهدف منها: ساعدت هذا النوع من الأداة في الحصول على مختلف المعلومات المتعلقة بالحالات المراد دراستها، من خلال تدوين مجموعة من الملاحظات التي التمستها الباحثة والمتمثلة في:

- كسب ثقة المفحوصين من خلال مشاركتهم والتعايش معهم في الوضعية الضاغطة.
- الحصول على قدر كاف من المعلومات حول المعاش النفسي لدى الأولياء وتجاربهم مع أطفالهم بصورة أكثر دقة ووضوح.
- التعرف بشكل أكثر مصداقية على النسق الأسري، وفهم طبيعة العلاقات بين أفرادها.
- اكتشاف طبيعة العلاقة بين الزوجين بعد إنجاب الطفل وتشخيص الاضطراب من خلال الإيماءات وتعابير الوجه، وكذا ردود الأفعال.

6-2-الملاحظة بمساعدة الأجهزة (Observation with the help of instruments): من خلال استخدام أجهزة التسجيل الصوتي (The vice record) (مسجل) (Registred) ، أو التصويري (The photogrammetry) (كاميرات) أو استخدامهما معا، ويتم استعمالها بموافقة المفحوص وتتميز هذه الوسائل في حرفية الاستعمال مع إمكانية فحص التسجيلات (دويدار، 1999: 93).

الهدف منها: وقد استعانت الباحثة بهذا النوع من الملاحظة في دراستها من خلال تسجيل مجموع الخطابات التي جمعتها من آباء وأمهات الطفل التوحدي، خلال سردهم لمعاشهم النفسي مع ابنهم التوحدي، وهذا بعد طلب الإذن منهم بطبيعة الحال، وبعد الموافقة تم تسجيل خطاباتهم.

- وتم الاستعانة بمسجل الصوت من أجل الحصول على أكبر قدر من المعلومات خلال المقابلة بعدها تفريغ الخطابات وانتقاء أهم الأحداث والوضعيات التي تخدم طبيعة الموضوع .

6-3-المقابلة العيادية (The clinical interview): هي عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، يمثل أحدهما الأخصائي والثاني المفحوص، بهدف الكشف عن ديناميات السلوك المرضي قبل أي اعتبار، ويتوقف نجاحها على قدرة الأخصائي في بناء علاقة علاجية أساسها الثقة ويؤكد العالمان شافر ولازاروس (Shafer & Lazarus) بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوى مقابلة مقننة، وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية (شقير، 2000 : 91).

الهدف منها: في هذه الوضعية نحن بصدد جمع معلومات ومعطيات حول سيرة وحياة آباء وأمهات التوحدي من خلال تجاربهم المعاشة، حيث سنحاول جمع خطاباتهم وأقوالهم، ومن ثم وضع شروحات وتفسيرات مع إعطاء المعاني لما سيتم سرده.

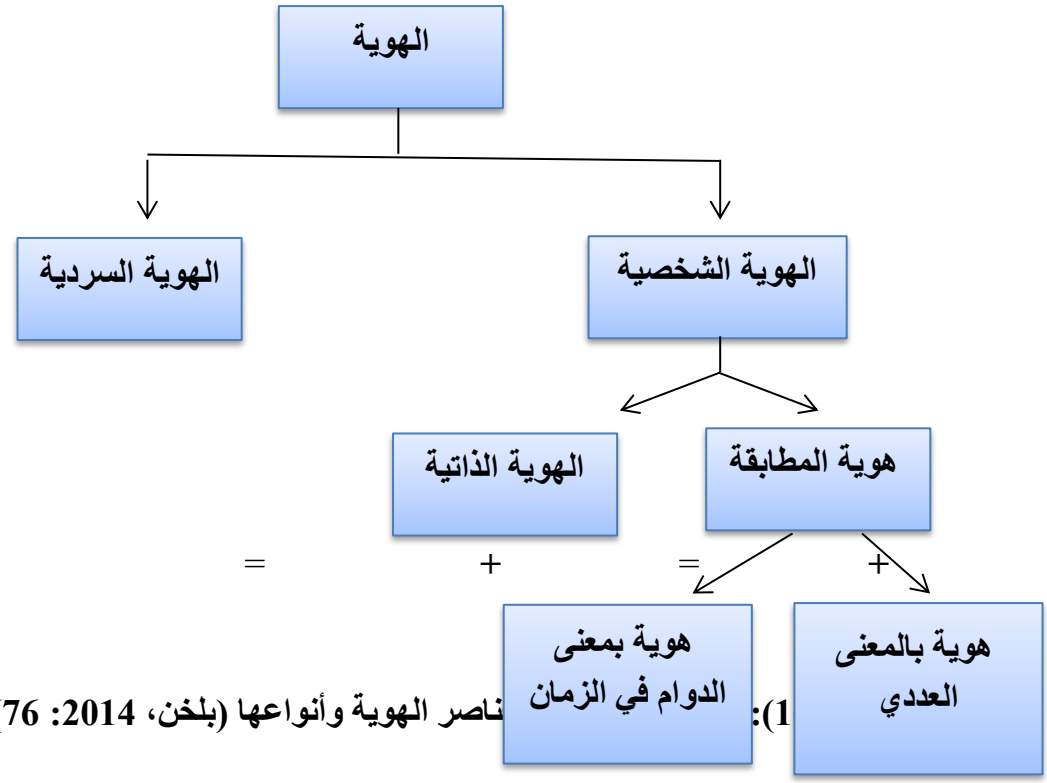
6-4- المقابلة النسقية (The systemic interview): هي أداة يستعين بها الباحث أو المعالج لوصف بنية النسق وقواعده ونشاطه أو نظامه، ويتم خلالها وضع الحدود للأنساق، توزيع الأدوار والمهام، تحديد طبيعة الاتصال والعلاقات وكذا التحالفات والأزمات، واستراتيجيات حماية النسق وهويته كما ترتكز على مبادئ مهمة منها الفرضيات التي تنطلق من ذاتية الباحث والسببية الدائرية التي ترتكز على التغذية الرجعية (بن ناصر، 2011-2012: 148).

الهدف منها: بما أن دراستنا الحالية تركز على التناول النسقي للارجاعية لدى الآباء والأمهات، فإننا سنحاول أن نعطي قراءة نسقية لهذا الموضوع، من خلال التعرف على النظام الأسري بوجود طفل توحدي، وكذا التعرف على طبيعة العلاقات والاتصالات بين أفرادها (الزوجية، الوالدية والأخوية) وكذا نسق خارج الأسرة والمتمثل في الأقارب، الأصدقاء والجيران، وذلك بالتركيز على السببية الدائرية من أجل فهم النسق وحدوده، وكذا المعاش النفسي للعينة المستهدفة.

6-5- الهوية السردية (The narrative identity/ The story of life):

6-5-1- مفهوم الهوية : تشكل مفهومها منذ قرون بعيدة كمفهوم فلسفي الأصل لدى أرسطو (Aresto) وقد أدرج تحتها عدة مصطلحات: الروح، الذات أو الأنا، ويقصد بها تحديد الفرد لمن يكون وما سيكونه بحيث يكون المستقبل المتوقع امتداد واستمرار لخبرات الماضي المتصلة به.

كما يعرفها مارسيا (Marsia) على أنها بنية الذات (Structure-ego)، وتنظيم ذاتي للخبرات والمهارات والمعتقدات الدينية والتاريخ الذاتي (بوعيشة، 2013-2014: 117-118),



1): ناصر الهوية وأنواعها (بلخن، 2014: 76)

يظهر من خلال المخطط أنواع الهوية، ويمكننا الإشارة إلى نوعين منها حسب بول ريكور: الهوية الذاتية

أيضا نجد: **هوية بالمعنى العددي**: فحسب ريكور تعني الفرادة والاستمرار غير المنقطع، كأن نكون عن الشيء هو نفسه وموجود منذ نشأته دون انفصال أو تقطع (الورفلي،2009: 253)، ونجد في هذا الصدد ما تناوله فيلسوف الديمومة برغسون (Bergson) الذي يؤكد وجود اتصال بين أبعاد الزمان (الماضي الحاضر، المستقبل) فلا يوجد انقطاع (Bergson, 1959: 22)، أما النوع الثاني **هوية بمعنى الدوام في الزمان** فقد ذكر ريكور على أنها نقيض الأولى فمعناه الهوية الكيفية، كما أن المصاعب الحقيقية تظهر على مستوى هذا النوع (ريكور، ترجمة زيناتي، 2005: 256).

نجد النوع الثاني من أنوع الهوية، **الهوية الذاتية:** تعتبر من أنواع الهوية الشخصية، يرى ريكور أنه يتوجب علينا لفهم الذاتية أن نتأمل طبيعة السؤال الذي تشكل الذات إجابة له، إنه سؤال الـ من ؟ المختلف عن سؤال الـ ماذا ؟، حيث يبحث عن نية فعل الفاعل، لذلك تعني الذاتية كامل نطاق الإمكانات التي تتبعها النسبة على مستوى الضمائر الشخصية (الورفلي، 2009: 255).

ومن الملاحظ أن الهوية السردية تتقاطع فيها عدة عناصر: السرد، الزمان، التاريخ والخيال، هوية مطابقة وهوية ذاتية.

2-5-6- الهوية السردية لدى بول ريكور [1](Paul Ricoeur): خصص الفيلسوف الفرنسي " بول ريكور" مكانة خاصة للإشكالية التاريخية في أعماله من منطلقات ومداخل متباينة، تتمحور حول مشروعه الفلسفي الذي أطلق عليه " أنثروبولوجيا فلسفية " للإنسان، من حيث هو كائن " قادر" وفاعل (الإمكانات التي تنبع من ديناميكية الرغبة في الوجود)

ليست الذات بالنسبة لريكور مرادفة للأنا (The ego)، أو العين (The same) ، بل أن مسلك الوصول إلى الذات يمر بمسارات عديدة، يؤدي فيها الغير دورا محوريا (الوجه المقابل والهيكل الجماعي)، يتعلق الأمر هنا بمسارات القدرة الانسانية أي مجموع ما يمكن أن يفعله الإنسان بصفته ذاتا نشطة، وهي قدرات تتركز في كفاءات أربع تتمثل في: الخطاب (Story)، الممارسة (Practice) ، السرد (Narration) والمسؤولية الأخلاقية (Moral responsibility)، وهكذا يتضح أن علاقة الذات بنفسها تمر بوسائط عديدة في علاقتها سواء تعلق الأمر بنفسها أو بغيرها، كما أنها تأخذ مسالك تأويلية عبر النص المقروء الذي يكشف عن عالم كامل، مستقل عن مؤلف وعن ظروف صياغته ومجال تلقيه(السيد ولد أباه، 2014) .

في هذا السياق يدخل البعد التاريخي في اتجاهين: مسار تشكل الهوية الذاتية (The self- Identity) في بعدها السردي، والمسار التأويلي (Hermeneutical path) المرتبط بالذاكرة من المنظورين. الابستيمولوجي[2] (Epistemological perspective)، المتعلق بالمنزلة المعرفية للكتابة التاريخية.

فالسرد يجمع بين الاستمرارية والتغيير، أي تنوع الوقائع والأحداث المشتتة، والفعل التأليفي التنسيقي الجامع الذي أطلق عليه " تأليفية المتنوع "، الشخص هنا هو شخصية " محكية "(Spoken character) بمعنى أنها موضوعة في حبكة سردية، تجسد هذه العلاقة الجدلية بين الهوية العينية والهوية الذاتية، لا معنى لهوية الشخص دون هذا التأليف "المتناغم – المتناثر" بين الأحداث التي تشكل وحدة مساره الذاتي فإذا كان الفرد كائنا متجانسا محضا، تحول إلى نمط من الجوهر الثابت الذي لا يمكنأن يحدث له شيء وإذا كان في المقابل مجرد أحداث مشتتة غاب مبدأ المعقولية الذي يسمح بمعرفته والتعرف عليه (السيد ولد أباه، 2014).

6-5- الفلسفة الظاهراتية (Phenomenology): يطلق عليها بالمسميات التالية: الفينومينولوجيا الظواهراية، الظاهراتية، علم الظواهر، وقد ارتبطت بالفيلسوف الألماني أدموند هسرل (Edmund Husserl. 1859- 1938) الذي أكد أن كل وعي هو وعي بشيء ما، ويرتكز هذا المنهج على الذهاب إلى الأشياء والتي تستبعد كل ما يمكن أن يقف عائقا أمام الفكر في إدراكه لماهيتها، مما يجعله قائما على علاقة الذات بالموضوع . وقد أشار إريك فايل (Irick Fail) بأن الفلسفة لا تريد أن تقبل بخطاب فاقد للمعنى، فما يبدو أن لامعنى له في أول وهلة يتحول إلى خطاب ذو معنى، وهذا ما يفتح أمامنا طريق الفلسفة من خلال الوصول إلى فهم معنى العالم وقوانينه.

فالفيومينولوجيا ظهرت في فترة كانت " الفلسفة فيها ممزقة بين نزعة وضعية متطرفة تنظر إلى الأشياء نظرة أمبريقية لا مكان فيها للحدس، وأخرى ذاتية لا عقلانية، فشاعت نزعتان النسبية واللاعقلانية كرد فعل على كل ما هو تجريبي وعلم " (بارة، 2008: 196 -197).

-هي أيضا إدراك حسي تعتمد على أن فكرة الخبرة الحسية لا تكون متاحة لنا بصفة مباشرة، وليست متاحة للعالم الخارجي (نيغل واربورتور، ترجمة محمد عثمان، 2009: 171).

---

[1] هو واحد من كبار فلاسفة العصر الحديث، ولد في 27 فبراير عام 1913 بمدينة فالنس (Valence) الفرنسية ينحدر من عائلة بروستانتية، عاش اليتم مبكرا توفيت أمه بعد ولادته بستة أشهر، وقتل والده سنة 1915 خلال الحرب العالمية الأولى ويعود شغفه إلى المسار الفلسفي لأستاذه رولاند ألبيز (Roland Albiez) درس على يد الفيلسوف المسيحي غابريال مارسيل (Gabriel Marcel. 1889-1973)، توفي يوم 20 ماي 2005 عن عمر يناهز 92 سنة (بريمي، 2013: 1253).

[2] تعني لغويا الحديث (Epistémé) حول العلم (Logos)، وتهتم بالطريقة التي يتبعها الفرد للتعرف على الأشياء والظواهر من أجل اكتساب المعارف. أما الابستيمولوجيا النسقية فهي مجموعة من المعتقدات، المعارف والتجارب الموجهة لمستوى ما من الواقع وهي مجموع العلاقات ما بين الأشياء وما بين المُلاحِظ والمُلاحَظ (بن ناصر، 2012: 20 –21).

وقد واصل ريكور (Ricoeur) نشاطه الفلسفي من خلال فلسفة التأويل (philosophy of interpretation) التي ارتبطت عنه بتأويل النص، كما ارتبطت بتحليلات فرويد، فجمعت بين ما هو لغوي وغير لغوي فريكور لا يركز على تحليله النفسي بقدر اهتمامه بفلسفته – فرويد- من خلال وصفه فيلسوف الشك في وعي الإنسان ومطلقيته، وميزة هذه التأويلية أنها لا تنفك ترتبط باللغة، فزلات اللسان (labsus) والأحلام (dreams) لامعنى لها خارج اللغة (ريكور، ترجمة زيناتي، 2005: 123).

وهنا تكمن نقطة الالتقاء بين التأويلية وعلم النفس، من خلال فكرة أن الواقع الإنساني مكون من إشارات علامات، رموز وأحلام تستحق التأويل، فهو يرتبط بالرمزية [1](Symbolic) التي تقدم العلاقة بين المعنى الحرفي والمجازي في منطوق استيعاري دليلا مناسبا يسمح بتحديد السمات الدلالية للرمز (ريكور، ترجمة مليت، 2006: 95-96).

-تتأسس فينمنولوجيا الذات على مقومين:

أولا: التعامل مع الآخر كجزء من غيرتنا الداخلية وكذا الخارجية. **ثانيا:** الإقرار بأن وجود العالم مرتبط بوجود ذات تعيه وتقوله، والعكس صحيح ذلك أن وجود الذات لا يكون إلا في عالم سخّر لها ويشير ريكور إلى الارتباط الوثيق بين الوجود في العالم ووجود الذات، فهما غير منفصلان، العالم غير موجود دون ذات فاعلة، والذات لا توجد دون عالم مهيأ لها (بن تمسك، 2016: 10).

6- منهجية تطبيق الهوية السردية: سنحاول في هذا الجزء شرح المراحل التي سنقوم بها خلال تطبيقنا لأداة الهوية السردية مع حالات الدراسة، وذلك عن طريق:

أولا/ مقابلات مع الحالات: قامت الباحثة بانتقاء مجموعة من الآباء والأمهات - 20 فردا - وافقوا على العمل وتطبيق أدوات الدراسة، تم خلالها شرح طبيعة العمل، وأننا سنكون أمام وضعيات سرد لحكايات ومعاش لتجارب، كما أنه سيتم استخدام جهاز تسجيل الصوت لأنه سيكون أداة سهلة لجمع أكبر قدر من المعلومات. وعليه تم الموافقة والاتفاق على خطة العمل مع تحديد المواعيد.

صممت الباحثة نص المقابلة اعتمادا على الفكر النسقي الذي يبحث عن سيرورة وكيفية حدوث الحدث، فمن خلال مبدأ تساوي الغايات الذي يشترط تناول المشكل من خلال محاولة فهم السير الحالي لها وليس الأسباب، وكان كالآتي: **" أريد أن تتكلم (ي)عن معاشك فيما يخص اضطراب ابنك/ ابنتك هناك ربما حكايات قد تستطيع (ين) حكايتها، وكذا الأوقات التي أثرت فيك (ي)، ما هو الشيء الصعب في هذا المعاش وماذا سمح (ت) لك (ي) هذه الوضعية بالعيش من الجانب الإيجابي، وكيف تعيش اضطراب ابنك/ ابنتك؟، وهل التقيت (ي) بأشخاص ساعدوك أو بالعكس صعبوا وعقّدوا الوضعية ".**

تحليل نص المقابلة:

- **أريد أن تتكلم (ي)عن معاشك فيما يخص اضطراب ابنك/ ابنتك**: نلتمس هنا أن الباحثة بدأت مقابلتها بطرح موضوع عام، للبحث عن المعاش النفسي للحالة، سؤال الذات حول التجربة للبحث عن المعنى، ونجد في هذا الصدد ما أشار إليه الفيلسوف دو لاكروا (De Lacroix) عن ما قدمه بول ريكور من جهود ومساهمات لإيجاد حقيقة المعنى لإزالة ما يحجب وراءها المعنى، فالباحثة هدفت إلى البحث عن

[1] يحمل معنى الرمز عند بول ريكور معنى العلاقة بين التفكير والرمز من خلال بعدين، أولهما البعد الرمزي، والثاني المعنى الذي يجعلها نفكر طابع الكلية والكونية لارتباطه بفهم كل مناحي الحياة، سواءا النصوص الأدبية أو مجالات الفلسفة، فهو مرتبط بالواقع " أي التوسط الكلي للروح بينه وبين الواقع (ريكور، 2005: 340).

الحقيقة من خلال محاولة فهم تجربة الوالدين، فالمعاش النفسي حدد خبراتهم، تجاربهم وكذا ما تعرضوا إليه خلال حياتهم مع ابنهم، من أجل إعطاء معاني وتفسيرات.

- **هناك ربما حكايات قد تستطيع (ي) حكايتها، وكذا الأوقات التي أثرت فيك (ي):** البحث هنا عن التاريخ السردي، من خلال تحرير ما عاشته الحالة من تجارب وأحداث في الماضي، وما تعيشه حاليا، ونجد في هذا الإطار قول بول ريكور " وعلى نحو ما بدا لي ضروريا النظر إلى المهارة السردية من حيث هي فهم الحبكات على أنها رحم التفسير التاريخي، فكذلك بدا لي ضروريا اعتبار الخصائص التي تحدد التاريخ من السردية البسيطة بفضل قطيعة ابستمولوجية حقيقية " (ريكور، ترجمة مليت، 2006: 100).

هنا البحث عن الكلمات أي اللغة، وتعرف هذه الأخيرة على أنها ملكة كامنة في الإنسان فهو يسعى بواسطتها لفهم ما حوله، وقد اهتم ريكور بالمشكلات اللغوية وبالنص وقذ أشار إليه على أنه الوحدة الثالثة من الخطاب، وقسم هذا الأخير إلى ثلاثة وحدات: الكلمة (Word)، الجملة (Sentence) النص (Text).

- **ما هو الشيء الصعب في هذا المعاش، وماذا سمح (ت) لك (ي) هذه الوضعية بالعيش من الجانب الإيجابي؟:** نلاحظ أن الباحثة تسعى للبحث في الأعماق، من خلال سرد الأحداث الضاغطة

التي قد تعرض لها الوالدين في تجاربهم الخاصة مع طفلهم، وهذا ظاهر في رغبتها لمعرفة أهم الوضعيات الصعبة التي عايشوها.

لقد حاولت في هذا الإطار التركيز أكثر على الجانب السردي من أجل حكايات لمواقف ووضعيات، وكذا كيف استطاع الوالدين أن يحولوا تلك الوضعية الضاغطة والصعبة إلى حدث إيجابي سمح لهم بتعلم خبرات جديدة أثرت بالإيجاب على حياتهم.

ويمكننا الإشارة هنا إلى التمييز بين مفهوم السرد لدى بول ريكور، وهل يختلف عن القصة، الحكاية والرواية؟.

القصة (The story): هي من الفعل قص بمعنى أخبر والقاص هو الذي يروي القصة، وهي حكاية نثرية تستمد من الخيال أو الواقع، وتبنى على قواعد معينة من الفن الكتابي.

أما **الحكاية (The tale)**: فهي من الفعل حكى بمعنى أتى بمثله أي شابه، والحكاية هي ما يحكى ويقص واقعا كان أو خيالا.

بالنسبة **للرواية (The novel)**: فهي من الفعل روى ويعني تزود بالماء، والراوي ناقل الحديث والرواية هي القصة الطويلة.

أما **السر**د (**The narrative**): فهو تقنية يستعملها القاص والراوي والحاكي، فهو طريقة الحكي والإخبار أما عند ريكور الأمر يختلف فهو لا يفرق بين هذه المصطلحات بل يستعمل السرد بمعنى القص والروي والحكي (ابراهيم مصطفى وآخرون، 2000: 190- 370-740).

- **وكيف تعيش اضطراب ابنك/ ابنتك؟، وهل التقيت (ي) بأشخاص ساعدوك أو بالعكس صعبوا وعقّدوا الوضعية:** كما نلتمس جانب من البحث عن تفسيرات وحقائق للوضع المعاش من خلال الرغبة في معرفة الباحثة كيفية التعايش مع الطفل التوحدي سواء على الصعيد الذاتي أو المحيطي هنا العمل على فهم الذات وكينونة الفرد، ومدى الإمكانيات والموارد الشخصية التي يمتلكها، والتي تجعل منه يحول وضعيته من وضعية صعبة ضاغطة إلى أكثر تعقيدا أو وضعية صعبة إلى إيجابية مرنة.

ثانيا/ جمع النصوص والخطابات: جاءت هذه الخطوة مع المرحلة السابقة، فلقاءاتنا مع الحالات سمح بتسجيل مجموعة من الخطابات والنصوص التي تم سردها وحكاياتها، هنا كان لنا فضاء واسع جمعنا

مع الأولياء حتى نفهم ذواتهم ونعطي لها معاني. فنحن لا نفهم هويتنا إلا من خلال السرد هنا تكمن مركزية الهوية السردية لدى ريكور

ويمكننا الرجوع مرة أخرى للتعريف بالسردية الريكورية، فالسرد بكل معانيه :الأدبي والروائي والتاريخي والديني احتل مكانة مركزية في فلسفة الهوية الريكورية، والمعنى المشار إليه هنا هو السرد الملفوظ والمكتوب معا، أي الحكاية والرواية والقصة والحدث التاريخي، هذا يعني أنه نص يحمل دلالات

وهو أيضا إعادة تمثيل للأحداث التي مرت، وتذكر وتوثيق مادي ورمزي في المخيل الجمعي لحدث يهدف من ورائه التمسك والتثبيت باللحظة في لا- زمنية متخيلة (بن تمسك، 2016: 16).

من خلال ما تم الإشارة إليه سابقا تبين لنا ارتباط المفاهيم التالية مع بعضها: النص، الخطاب، الزمن التاريخ، الرمز، التحليل، التأويل والمعنى، وعليه سنحاول لاحقا التطرق إلى تلك المفاهيم، كما أننا سنمر عبرها كمراحل عملية في تطبيق المنهجية العملية.

1-النص (The text) : يشير بول ريكور إلى أن من مهام المفسر النفاذ إلى عالم النص، وحل مستويات المعنى الكامن فيه، الظاهر والباطن، المباشر وغير المباشر، وساوى ريكور بين النصوص الأدبية والأساطير والأحلام، طالما أن هاذين الآخرين قد تجسدا في شكل لغوى.

فالنص (Text) يحمل مجموعة من الرموز المختلفة، ولا يمكن معرفة المعنى الآمن خلال الهرمينوطيقا[1] فهي التي تتكفل بالكشف عن المعنى الباطني الموجود في النص.

إن عملية فهم **النص** لا تبدأ من فراغ بل من معرفة أولية عن النص ونوعه، فعملية **التأويل** تاريخية والذات التي تقوم بالتأويل تخضع لتاريخيها الخاص وأحكامها المسبقة، وما يظهر من الموضوع هو ما سمحت له الذات بالظهور انطلاقا من تلك الأحكام، فالذات تفهم العالم من خلال **الفهم** المسبق، والنص لا يمكن أن يقرأ إلا من خلال خلفيات مسبقة، وهذا ما يجعل من عملية الفهم عملية إسقاط ذاتية والتي دائما تحتاج إلى مواجهة، **فالمعنى** معنى متجدد وليس ثابت، وهذه العملية هي حركة الفهم و**التأويل**

فمن خلال الحوار مع النص وفحص مصدر المعنى المسبق يمكن للذات أن تصل إلى عتبة الفهم، وهنا تظهر عملية التأويل التي تختص بالفهم الدائم من خلال قراءات النصوص (عادل مصطفى، 2003: 373-374).

2-الخطاب (speech): يعرف على أنه ملفوظ طويل أو متتالية من الجمل، تكون مجموعة مغلقة من العناصر بحيث يفترض وجود متكلم يهدف إلى التأثير على المستمع، كما أن الخطاب يوظف كتابيا وشفويا (يقطين، 1989: 17).

تطرقنا سابقا إلى مفهوم السرد وارتباطه ببعض المفاهيم والعناصر المتداخلة كالقصة، الحكاية، والرواية... ولا يمكننا أن لا نشير إلى السرد لدى بول ريكور فقد عرفه على أنه سرد من أجل إثبات وجود الذات ضمن تجربة زمنية، فهو تعبير عن هوية داخل الزمن، والممارسة السردية تعبير عن وجود وفاعلية الذات، نفس الحال بالنسبة للخطاب السردي الذي يعتبر تشكيل لأحداث تحكي من خلالها الذات عن ماضيها، فيتدخل الحاضر بتعقيداته وتأويلاته ومحاولته لفهم الماضي، ومن هذا التعاقب الزمني تنتج حكاية الذات لنفسها وللعالم تمنح طبيعة الحقيقة التاريخية وتمارس أفعالها على الأفراد وتوجه سلوكياتهم وتصوراتهم (إدوارد سعيد، تر أبو ديب، 2004: 16-17).

من حيث هي فن الفهم وتأويل النصوص. وتتعلق الهرمينوطيقا بمعضلة تفسير النص بشكل عام، سواء كان هذا النص نصا تاريخيا أو أدبيا.

---

[1] في أصلها مشتقة من الفعل اليوناني (Hermeneia) والتي تشير إلى معنى الفعل " يفسر " والاسم (Hermeneuia) يعني التفسير، والتي ترتبط في أصلها بالإله هرمس، ورسول الآلهة والوسيط بين الآلهة والبشر (عادل مصطفى، 2003: 17)، كما عرفها بول ريكور على أنها طريقة لفك الرموز.

8-عرض نتائج المقياسين:

8-1-عرض نتائج مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري (Fira-G):

وزع هذا المقياس على سبع أبعاد مقسمة على مجموعة من الفقرات والبدائل، وتم جمع النقاط المحصل عليها حسب عدد الأفراد الذين طبقت عليها الأداة بمجموع (35) فرد، وعليه سنقوم بعرض النتائج المتوصل إليها **(انظر الملحق 07 رقم ص 295-296).**

هذا المقياس ينقسم كما سبق وأشرنا إلى سبع أبعاد (بعد عوامل الضغوط الأسرية، التوترات العائلية، دعم الأقارب والأصدقاء، مؤشر الدعم الاجتماعي، استراتيجيات المواجهة الأسرية والتماسك، مؤشر الصلابة الأسرية، الضيق العائلي)، وكل بعد يتضمن مجموعة من الفقرات من (04- 20) فقرة على بدائل مختلفة (نعم/ لا، غير موافق بشدة/ غير موافق/ محايد.....)، من خلالها تم جمع النقاط المحصل عليها من كل بعد حسب كل فرد، وهناك بعدين تضمنت بعض فقراته إجابات معكوسة (مؤشر الدعم الاجتماعي ومؤشر الصلابة الأسرية) **(يمكن النظر إلى طريقة التصحيح في فصل الدراسة الاستطلاعية ص 158-159)**

قمنا في هذا المقياس باتباع مجموعة من الخطوات:

1-حساب المتوسط النظري، وكذا المتوسط الحسابي لكل بعد وكانت النتائج كالآتي:

من خلال الجدول **(الملحق 08 رقم ص 296)** يتبين نتائج المتوسط النظري والمتوسط الحسابي التي تم حسابها كما يلي:

المتوسط النظري= عدد الفقرات x (أدنى بديل + أعلى بديل)/ 2. مثال: في بعد عوامل الضغوط الأسرية. عدد الفقرات= 10 / أدنى بديل= 0/ أعلى بديل= 1، ومنه 10 x) 0 + 1(/ 2 تعطي لنا: 05. وعليه المتوسط النظري للبعد الأول هو 05 كما هو مبين في الجدول أعلاه

المتوسط الحسابي: مجموع الدرجات الكلي للبعد / عدد الأفراد

مجموع الدرجات الكلي للبعد: مج البعد الأول للفرد الأول + مج البعد الأول للفرد الثاني+ مج البعد الأول للفرد الثالث...../ عدد الأفراد (35)..... ونفس الطريقة مع بقية الأبعاد

مثلا: في مؤشر الدعم الاجتماعي

تحصلنا على مجموع (1227) والتي استخلصناها من مجموع البعد لكل الأفراد، تقسم على عدد الأفراد أي: 1227/ 35 = 35,02

نقوم بمقارنتها بالمتوسط النظري للبعد (34).

حسب النتائج المدونة في (**الملحق 08 رقم ص 296**) أعلاه وبالمقارنة بين المتوسط النظري والحسابي لكل بعد يظهر ما يلي:

- المتوسط الحسابي للبعد الأول أصغر من المتوسط النظري أي (1,71< 05).
- المتوسط الحسابي للبعد الثاني أصغر من المتوسط النظري أي (2,37 < 05).
- المتوسط الحسابي للبعد الثالث أكبر من المتوسط النظري أي (26,71 > 24).
- المتوسط الحسابي للبعد الرابع أكبر من المتوسط النظري أي (35,02 > 34).
- المتوسط الحسابي للبعد الخامس أكبر من المتوسط النظري أي (16,08 > 12).
- المتوسط الحسابي للبعد السادس أكبر من المتوسط النظري أي (40,05 > 30).
- المتوسط الحسابي للبعد السابع أصغر من المتوسط النظري أي (0,48 < 2,5).

2-8- عرض نتائج استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي: لقد قامت الباحثة بتوزيع (35) استبيانا على آباء وأمهات الطفل التوحدي بهدف معرفة استجاباتهم ومستوى الارجاعية لدى كل فرد بمعدل (35) فقرة تشمل البدائل (دائما، أحيانا، أبدا) **(انظر الملحق رقم 07 ص 295-296).**

وتم وضع النتائج في مجالات معبر عنها بمستوى الارجاعية وهي كالآتي:

- [0 – 23 [: مستوى الارجاعية منخفض.
- [23 – 47 [: مستوى الارجاعية متوسط.
-[47 – 70] مستوى الأرجاعية مرتفع.

ملاحظة: المقياس الأول المشار إليه في **(انظر الملحق رقم 07 ص295-296).**يتمثل نتائج مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري، بينما المقياس الثاني فيحدد نتائج استبيان الارجاعية لدى الأفراد.

في هذا المقياس قمنا بجمع النقاط المحصل عليها والموزعة على (35) فرد بمجموع (35) فقرة، متضمن ثلاث بدائل (دائما، أحيانا، أبدا).

بعدها، قمنا بحصرها في ثلاث مجالات حسب كل مقياس **(انظر الصفحة أعلاه رقم 198)**.

خلاصـــــة الفصـــــــــل

لقد حاولنا في هذا الفصل إبراز أهمية الدراسة الحالية التي تبحث عن المعاش النفسي والتجربة الحياتية لآباء وأمهات الطفل التوحدي، فالعيش مع طفل ذو صعوبة يجعل الأسرة في وضعيات صعبة تبحث من خلالها على طرق واستراتيجيات، فقد استعنا بأدوات ساعدتنا في الفهم والوصول إلى الأهداف

واستطعنا توظيف بعض المفاهيم التي وضحت أكثر الدراسة، وبالتالي يمكن للقارئ فهم كيفية تحليل النصوص وسنوضح ذلك في فصل عرض النتائج الذي سنقدم فيه نماذج من الحالات، وكيف تمت عملية التحليل والفهم والتفسير، وكذا الاستراتيجيات التي استعملها الأولياء في وضعياتهم الضاغطة، كما قمنا بعرض مختلف الاستجابات ومستويات الارجاعية لدى الوالدين حسب مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G) واستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي.

الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج الفرضيات

تمهيـــــــد

أولا/ عرض نتائج الهوية السردية

ثانيا/ عرض نتائج الدراسة الإحصائية

ثالثا/ مناقشة نتائج الفرضيات

خلاصـــــــة الفصـــــــــل

تمهيـــــــد

يعتبر التأويل والتحليل مهما في فهم الظاهرة الإنسانية والاجتماعية، وقد ساهمت الهرمينوطيقا في تفسير النصوص لمختلف مجالات العلوم. وخاصة العلوم الإنسانية، ويعد بول ريكور أحد أعلام التأويلية المعاصرة، بحيث يرى أن فهم ماهية أي فلسفة يتحقق من خلال التحليل للنصوص والتأمل في التفاصيل لفهم الذات من خلال العودة إلى النصوص، وقد حاولنا في هذا الفصل تحليل مجموع الخطابات وتفسيرها وإعطاء المعنى من خلال الهوية السردية (المنهج العيادي)، مع ذكر نتائج المقياسين وتوظيفهم في مناقشة الفرضيات (الدراسة الاحصائية)

أولا/ عرض نتائج الهوية السردية:

استنادا على فكر بول ريكور (Ricoeur) ومن خلال النصوص المستوحاة التي تحمل سرد لمجموع التجارب التي عاشها الأولياء مع أطفالهم التوحديين خلصت الباحثة إلى عرض نتائجها، بحيث حاولت من خلالها التطرق إلى عملية **الفهم** أي فهم معاش الأولياء وتجاربهم، وقد ركز الفيلسوف الفرنسي بول ريكور على

هذه المنهجية أو الطريقة العملية في نظرته للتاريخ ، حيث يسميها " بطريقة المقتربات المتوالية، أو طريقة مضاعفة **المعنى** "، وتمثلت في عملية **التأويل** التي سعى من خلالها ريكور إلى محاولة فهم مغزى التجربة الإنسانية من حيث هي تجربة زمنية، عبر التوضيحات التي يقدمها السرد أو الحكي في مختلف أشكاله فكل ما يحكى يحدث في الزمن واستغرق زمنا يمكن أن يحكى.

يظهر مما سبق أن ريكور بشكل كبير ركز على عملية **التأويل**، فأشار على أنه ضروري لاستكمال الفهم باعتبار أن هذه الأخير المقصد الأساسي لهرمينوطيقا النصوص، ومن ثم للنص التاريخي كوسيط لفهم الذات (دومه، 2012: 30).

ويمكن تعريف التحليل كما يلي:

-**التحليل (The analysis)**: يقوم الباحث أو العالم بتحليل الظاهرة كل جزء على حدى، فالحديث عن الأشياء في تركيبها وتشابكها يضفى إليه الصفة العلمية، ويعتبر التحليل خاصية أساسية من خواص التفكير العلمي (دويدار، 1999: 75).

سنقوم بعرض النتائج التي توصلت إليها الباحثة وتمثلت فيما يلي:

1-الإدراكات اتجاه اضطراب التوحد: استطاعت الباحثة استنتاج وضعيات من حيث ادراك الوالدين واتجاهاتهم للحدث المعاش ، وتمثلت هده الوضعيات في:

1-1-إدراك التوحد على أنه ضغط (Realizing autism as stress): الضغط مرتبط بثلاث عناصر تم توظيفها في مخطط كامبفر (Kumpfer, 2001) **(انظر في الفصل الثالث الشكل رقم 09 ص 72)، تهديد (Threat)، فقدان (Loss)، تحدي (Challenge)**، فمستوى الضغط يتعلق بالحدث أو الصدمة التي تعرض لها الفرد ونحن هنا أمام وضعية وجود طفل توحدي داخل الأسرة وقد يمر الأولياء بضغوطات تؤثر على مواردهم ومصادرهم الشخصية.

فإعطاء معنى المعاناة هو مرتبط بتلك الوضعية الضاغطة التي تعرض لها الوالدين منذ بداية تشخيص الاضطراب، مرورا بتلك المراحل الصعبة في عملية الكشف، بالإضافة إلى العوامل الضاغطة المتعلقة بالواقع المعيشي للحياة سواء على الصعيد الشخصي، المهني، العائلي وكذا المحيطي، معاناة معبر عنها بصور ومشاعر ذاتية: ألم، حزن، خوف، بكاء،.....، كذلك مظاهر جسمية تمثلت في : تعب ، ارهاق آلام جسمية، أمراض مزمنة....

لقد حاولت الباحثة التعمق أكثر في هذه المظاهر، من خلال إعطاء لها معان وتحليلات من أجل الفهم أكثر مع ذكر الحالات التي التمست فيها هذا النوع من الوضعيات، بحيث وجدنا لدى معظم الأولياء تلك المظاهر، ويمكن ذكر طبيعة المعاناة حسب كل فرد (أب أو أم) استطاعوا التعبير عنها في صور مختلفة، وفيما يلي ما تم الوصول إليه من النتائج:

1-1-1-معاناة مرتبطة بإعلان وتشخيص الطفل (Suffering associated with the declaration and diagnosis of the child): تعتبر مرحلة الاعلان على أن الطفل توحدي من أصعب المراحل التي يمر بها الوالدين والأسرة، فبالنسبة لهم ميلاد طفل توحدي بمثابة خيبة أمل. عبارات عبر عنها أمهات وآباء بأنهم انتظروا مجيء طفل عادي أو ربما يكون ابنهم مصاب باضطراب آخر كاضطراب لغوي مثلا

فيشخص على أنه مصاب بالتوحد، البعض منهم لديه معلومات حول ماهية الاضطراب، بينما آخرون لا يملكون أدنى فكرة عن ما تحمله هذه الإعاقة.

ولقد أشار كل من جيديتي وتوريت (Guiditti and Tourette) إلى صعوبة مرحلة إعلان الإعاقة للوالدين وهي مرتبطة بعوامل كشخصية الوالدين، طبيعة العلاقات ما بين الأفراد، نمط الحياة ونوع النسق الأسري (مفتوح / مغلق)، كما أن استجاباتهم تختلف حسب كل فرد، فيعيشون الصدمة كبداية أولية، ثم محاولة الاقتراب من الطفل وتقبله (Guiditti and Tourette, 1999: 140).

ملاحظـــــــــة: في عرض الحالات الأدناه قمنا بوضع الأقوال والخطابات باللغة العامية، أي كما سردتها الحالة، وذلك بهدف الوصول إلى المعنى الحقيقي لعملية السرد، وكذا إعطاء تفسيرات وتأويلات وفق ما تحمله من معان مرتبة بمعاشهم وتجاربهم مع طفلهم التوحدي. كما قامت الباحثة بإعادة نقل كل عبارة إلى اللغة العربية، وهذا حتى يسهل على القارئ الفهم الجيد للأقوال ومعانيها، وهي مدرجة في قائمة الملاحق **(الملحق رقم 06 من ص 287 إلى ص294).**

-نماذج من الحـــــــالات:

- **عبد الله:** " متقبلتش فكرة وليدي مريض، malgré كنت نحوس معلومات على المرض باستمرار" **(ملحق 06 رقم 01)**

" كامل كانوا يقولو بلي هو طفل متوحد، أنا نعرف بلي التوحد يخلي الطفل جابد وحدو، بصح محمد يتفاعل، قاتلي زوجتي بلي l'autisme فيه درجات... " **(ملحق 06 رقم 02)**

" منحبش نخليه في la crèche نهار كامل، نص نهار برك " **(ملحق 06 رقم 03).**

ويضيف قائلا: " psychologue هي اللي قاتلي بلي autist ، les médecins قالولي عندو un retard de langage **..." (ملحق 06 رقم 04).**

- **سلمى:** " الأرطفونيست قاتلي بلي أمين عندو طيف التوحد؟!، نخلعت بهذا النوع من المرض، واش يعني؟؟؟؟" **(ملحق 06 رقم 05).**

" قاتلي يشبه للتوحد، وهي مكانتش عارفة بلي أنا معنديش أصلا فكرة على التوحد malgré شرحتلي واش معناتو، بصح مقنعتنيش!.... على جال ذيك اضطريت نشوف مختصة وحداخرى " **(ملحق 06 رقم 06).**

وتضيف **السيدة سلمى** تصف رأيها تجاه المختصة عندما شخصت لها الاضطراب، وتظهر خلاله إنكارها للتشخيص: " هذي المختصة متعرف حتى حاجة؟....." **(ملحق 06 رقم 07)**

" كنت نظل نبكي، ونحس روحي مقلقة ديما، نظن هذي هي السبة اللي خلات وليدي مريض" **(ملحق 06 رقم 08).**

- **محمد:** " كنت بزاف قاسي معاه في اللول، حسبت بلي يقباح ومايصنتش" **(ملحق 06 رقم 09).**

" أمين كان اجتماعي، نظن أنا هو السبة، كنت بزاف نعاقبو ونضربو، مشي هذه هي الطريقة المليحة باش يتسقم ؟!" **(ملحق 06 رقم 10).**

ويقول أيضا: " نحَن باش نسمع هدرتو...." **(ملحق 06 رقم 11).**

- **كريمة:** " كي نشوف تشيرات بناتي نورمال، ننظر من محمد...." **(ملحق 06 رقم 12). وتنهار الأم بالبكاء.....**
- **ربيعة:** " آآآه تميزرت بزاف، سيرتو مع خوه، كي كان يحي صغير قريب ما قتل خوه، هو ما يعرف حتى حاجة " **(ملحق 06 رقم 13).**

" نظريت بزاف كي قالنا الطبيب راكم روطار في التكفل" **(ملحق 06 رقم 14).**

- **سميرة:** " منسناش ذيك اللحظة اللي قالي فيها الطبيب بلي ريتاج عندها التوحد، كانت صدمة.... ! خرجت نجري من عندو، تخيلي كان عندنا موت، الناس كامل تبكي، وأنا نسقسي واش معناه توحد؟؟!" **(ملحق 06 رقم 15).**
- **سعيدة:** " الأرطفونيست قالتنا بلي محمد عندو توحد....، وحدة من نفسي كانت chock منسناهاش كيفاش تقولي هكا من الحصة الأولى، بصح أنا مأمنتهاش .... " **(ملحق 06 رقم 16).**
- **عبد الهادي:** " خلعنا الطبيب كي قالنا بلي يزن عندو التوحد ! " **(ملحق 06 رقم 17).**

ويصف وضعه الحالي قائلا: " كي يكون عند الانسان أمال وحوايج مرتبطة بحياتو، وفجأة كلشي يفقدو،.... هكا صرالي مع يزن... ! " **(ملحق 06 رقم 18).**

" كنت نمشي للقدام، ذروك بالعكس.....". **الأب يبكي .... (ملحق 06 رقم 19).**

- **نورة:** " كنت نشوف ولاد أخواتي كيفاش يكبرو، ويبانولي طبيعيين، بصح سهام مشي كيما هوما خلاص....، كانوا خواتاتي يقولولي بنتك مريضة، وكنت منتقبلش هدرتهم..." **(ملحق 06 رقم 20).**

من الملاحظ أن مشاعر الحزن واليأس، الشعور بالذنب، التأسف والضغوطات النفسية التي يعيشها الأولياء والمرتبطة خاصة بمرحلة إعلان وتشخيص اضطراب الطفل موجودة لدى كلا الجنسين أب وأم إلا أن الباحثة التمست مشاعر الصدمة وتلقي الإعلان لدى الأمهات أكثر من الآباء، عبارات حملت في طياتها الشعور بالعذاب النفسي، الخوف، الجهل بطبيعة الاضطراب. فحسب تصريحات بعضهم أن ميلاد طفل توحدي كان بمثابة خيبة أمل ارتبطت بتصور قدوم طفل مثالي إلى العائلة.

2- الظروف البيئية والمحيطية (Environmental and oceanic conditions):

2-1-عوامل الحماية (Protection factors): لقد أشرنا إليه في الجانب النظري – فصل الارجاعية- على أنها مجموع المميزات المتعلقة بالشخص وبيئته والوضعيات التي تعمل على تخفيض أو التقليل من حدوث الخطر أو الإصابة النفسية (Jourdan-Ionescu .C, 2001: 167).

ووجدنا أن هذه العوامل تنقسم إلى ثلاث أقسام: عوامل فردية، عائلية، وعوامل الدعم

2-1-1-عوامل متعلقة بالفرد (Individual-related factors): وتشتمل على عامل الجنس (ذكر/ أنثى)، فقد وجدنا أن ردود أفعال الوالدين من حيث تقبل الطفل والتعايش معه قد تختلف ما بين الآباء والأمهات، وكذا عامل السن وقدرات الوالدين في التعايش مع الوضع الحالي، فقد أشار بعضهم إلى فقدان تلك القدرات والكفاءات الشخصية، مشاعر تشاؤم ويأس، التركيز على المشكل، عدم البحث عن الحلول لتقديم الدعم للطفل، فشل في حل بعض المشكلات السلوكية المتعلقة بالطفل كالعدوانية مثلا، مصاريف التكفل...وغيرهم، وأظهر البعض منهم تلك المظاهر كما يلي:

-الحـــــــــالات:

- **عبد الله:** " نخاف يلحق وقت القراية.... وميقدرش يدخل للكيول...." . **صمت يصاحبه بكاء بشدة... " (ملحق 06 رقم 21).**

تعبير السيد عبد الله عن تأسفه لوضع ابنه محمد: " راني باغي نشوفو رايح لليكول...، بصح هو معندوش l'autonomie et la communication تخيلي كيفاش يقدر يهدر على اللي يضرو واللي ميقبلوش..... هو ميقدرش يدير كيما حنا les adultes ؟! " **(ملحق 06 رقم 22).**

" يغيضني بزاف..." **(ملحق 06 رقم 23).**

- **أمينة:** " قبل منتزوج كنت نعيش حياة هايلة، ياريت لوكان ترجع يامات زمان، ذرك كلشي والا صعيب وسامط.... " **(ملحق 06 رقم 24).**

- **علي:** " jusqu'á maintenant منقدرش ننسى حاجة صعيبة صراتلي....، وقاع هاكا نحس بلي المشاكل قواتني، الوالدة تسكن معايا، وأنا résponsable على كلش.... " **(ملحق 06 رقم 25).**
- **أحمد:** " عشت بزاف مزيرية...، لحتى ذروك مازلت نسوفري...." **(ملحق 06 رقم 26).**

بثينة: " وليدي شباب بزاف، وأنا نخاف عليه من العين، لدرجة ما نبغي حتى واحد يشوفو" **(ملحق 06 رقم 27).**

- **سعيدة:** " نحس بالعيا بزاف كي منقدرش نعاونهم كيما يديرو معاهم المختصين،.... خطراتش نحس بتأنيب الضمير..." **(ملحق 06 رقم 28).**
- **صباح:** " أنا خليتو قدام التلفيزيزن وطيور الجنة، ونكمل شغل الدار...." **(ملحق 06 رقم 29).**
- **نورة:** " ...كي كان يلحق وقت الرجوع نتعها من لاكراش، نديرونجا، ونقول علاه يا رب عطيتني طفلة كيما هاك ؟!" **(ملحق 06 رقم 30).**

" بلي هي autiste مصدمتنيش، كيما كلمة بنتك ماتبراش...." **(ملحق 06 رقم 31).**

من خلال خطابات الأولياء السابقة والتي تناولت تجاربهم مع أطفالهم التوحديون، فقد أظهر بعضهم الفشل واليأس في التعامل مع طفله، وارتكزت على العوامل الذاتية للوالدين المرتبطة بقدراتهم ومواردهم الشخصية، عبارات حزن، وألم ومعاناة قد ظهرت عند بعض الأمهات وكذا الآباء، صعوبات في حل بعض المشكلات التي يعاني منها الطفل، بالإضافة إلى مشاعر الخوف المتعلقة بمستقبل الطفل.

2-1-2-العوامل العائلية (Family factors): فقدوم طفل توحدي له تأثيراته على النظام الأسري، بما فيه العلاقة بين الزوجين، العلاقة بين الوالدين والطفل، وكذا بين الإخوة، ونشير هنا بالتحديد إلى طبيعة العلاقة الزوجية، والتي عبر عنها بعض الأزواج على أن العلاقة الموجودة بين الطرفين أصبحت معرضة للتهديد، امتازت بالجمود والبرود العاطفي، ابتعاد الطرفين عن بعضهما البعض، عدم التعاون والمشاركة في الاهتمام بالطفل أو تحمل المسؤولية المنوط بها، فحسب أقوال بعض الأولياء أن العلاقة أصبحت ضعيفة منذ معرفة بأن الطفل مضطرب، بينما البعض يشير إلى سوء العلاقة قبل ميلاد الطفل وهذا يعني أنه قد يكون الاضطراب سببا أو عاملا غير مباشر للإخلال بالعلاقة.

-الحـــــــــــالات:

- **كريمة:** " تزوجت وأنا صغيرة، راجلي كبير عليا بـ 17 سنة، مكنتش باغية هذا الزواج أصلا، وكنت راح نطلق في وحد الوقت..." **(ملحق 06 رقم 32).**
- **سليمان:** " محوست على حتى معلومات على المرض، نشوف بلي هذه خدمة الطبة، اللي يهمني بزاف قرايتو" **(ملحق 06 رقم 33).**

وذكر السيد سليمان ما يجب أن يكون بالنسبة إليه: "..... الأم هي من المسؤولين على وليدي، هي قاعدة في الدار تقدر تتهلا فيه أكثر " **(ملحق 06 رقم 34).**

- **عبد الرحمن:** " نحس بلي راني مقصر في علاقتي الزوجية.... " **(ملحق 06 رقم 35).**
- **سميرة:** " ولا صراع بيني وبين راجلي على ريتاج، أنا نقول بلي مريضة، وهو تبانلو نورمال " **(ملحق 06 رقم 36).**
- **سفيان:** " انشغلنا شوي أنا وراجلي على بعضانا، بسكو تقريبا معظم الوقت لذراري...." **(ملحق 06 رقم 37).**
- **نورة:** " ... راجلي دايما برا وميجيش حتى يفطر معايا.... نحس بالوحدة والخوف، هو يحسب راني نتقلش عليه، أنا مرانيش نزاعق.... " **(ملحق 06 رقم 38).**

- **أحمد:** " مرتي متجيش معايا في الحصص نتع ريان، هي بزاف sensible، ومتقدرش تشوف حالات تشبه لريان، هي متتقبلش فكرة بلي هو مريض... " **(ملحق 06 رقم 39).**

يبدو من الخطابات المذكورة أعلاه تصريحات بعض الأزواج حول العلاقة الزوجية والتي امتازت ببعض الصراعات والمشاكل حول اضطراب الابن، خاصة من طرف الأب الذي قد ينكر وجوده، وأن طفله عادي، مما خلق نزاعات بين الزوجين، كما التمسنا برود العلاقة لدى البعض، والتي امتازت بالابتعاد وعدم التواصل الإيجابي بين الطرفين، فحسب أقوال بعض الزوجات أن التقصير يكون من قبل الزوج كأن تلقى المسؤولية على الزوجة دون التعاون أو المشاركة.

2-1-3-معاناة مرتبطة بعوامل خارجية بيئية ومحيطية (Suffering linked to external environmental and oceanic factors): والتي عبر عنها الوالدين في صور العلاقات مع الأقارب، الجيران، المساندة والدعم من طرف المؤسسات أو مراكز التكفل، فنجد من خلال بعض حكايات الوالدين غياب الدعم النفسي، المعلوماتي... وغيرهما، كما قد يكون النسق الفرعي ما وراء الأسرة والمتمثل في الأفراد الذين يعيشون خارج الأسرة من جيران، أصدقاء، أهل الزوج أو الزوجة، زملاء في العمل عاملا من عوامل الضغط ، فقد يشعر الوالدين مثلا بالخجل والخوف في مواجهة الآخرين من خلال تقبلهم لطفلهم التوحدي، ظهور صعوبات في تحدي المشكلات، وقد وجدنا البعض من تلك المظاهر لدى بعض الأولياء:

الحـــــــــالات:

- **سلمى:** " أمي كانت ديما تقولي ارضاي بمكتوب ربي وليدك مريض... فاني مالين راجلي بالنسبة ليهم أمين عندو مرض مزمن.... هوما ميقبلوش حتى يروح ليهم..." **(ملحق 06 رقم 40).**

" حتى راجلي في اللول كان يقولي راكي تعيي في روحك، هذي تفشة ..... كنت نيأس" **(ملحق 06 رقم 41).**

- **علي:** " في الصح منكذبش عليك، حياتي كامل كانت قاسية ومزرية، وتحملت بزاف..... ذروك الحمد لله.... " **(ملحق 06 رقم 42).**

ويعبر عن مشاعره بقوله: "مكاش اللي يقدر يعاونك، ميفهموش وميقدروش واش راك تعاني ... ما يهمني حتى واحد المهم نقدر نعطي لوليدي بزاف حوايج " **(ملحق 06 رقم 43).**

- **أحمد:** " اللي يضرني كي نروح لليكول ويقولولي وليدك الزاوج مريض وغبي، راني باغي نرحل قاع منا... " **(ملحق 06 رقم 44).**
- **ربيعة:** " في وحد النهار تلقيت بمرا تخدم في الكازورال قاتلي أنت اللي وليدك مريض.... نضريت بزاف.... ومننساش قاع ذيك الضربة.... " **(ملحق 06 رقم 45).**

" جارتي تقولي البكوش هذا هو حالو،... قلبي ضرني..." **(ملحق 06 رقم 46).**

- **عبد الرحمن:** " كامل يراقبوا وزن بلال، وليدكم بصحتو، طويل،.... هذرتهم ديرونجيني" **(ملحق 06 رقم 47).**
- **بثينة:** " بلال كان في القسم الخاص في ليكول، من بعد رجعوه للروضة، بلاك مين روطار في الهدرة نحس بالظلم، ديما نسكتوا على حقنا ونصبرو على الظلم " **(ملحق 06 رقم 48).**
- **سميرة:** " كي كنت نخرج مع ريتاج كانوا الناس يقولولي بنتك مشي مربية، كنت ننظر بزاف، بصح ذروك منيش نديها في هدرتهم.... " **(ملحق 06 رقم 49).**

وتحكي لنا السيدة أم ريتاج موقفها مع الآخرين: " شحال من مرة نسمع هدرة وايقاعات على ريتاج.... هي مهيش مريضة عقليا، كاين اللي يتفهم، وكاين لا حديث ولا حرج... " **(ملحق 06 رقم 50).**

" خطرات نحس أنا وبنتي مظلومين في هذا المجتمع..." **(ملحق 06 رقم 51).**

- **سفيان:** " زملائي كامل في الخدمة يعرفو بالمرض نتع الذراري، ويسقسوا عليهم... بالنسبة ليا الأمر عادي " **(ملحق 06 رقم 52).**

أظهر البعض من الأولياء معاناتهم والمتعلقة في هذا الجانب بالنسق ما وراء الأسري، وكيف يتعايشون مع مختلف الضغوطات والمشكلات التي قد يتعرضون إليها، فمنهم من عبر عن آلامه في عدم تفهم وتقبل الأقارب لحالة ووضع طفلهم، والبعض أشار إلى عدم الشعور بالأمان في مجتمعه بسبب تلقيه الإهانات والانتقادات الموجهة المتعلقة خاصة بالوضع الحالي للطفل، وكذلك عدم تلقي أي نوع من المساعدات أو الدعم لتحسين مستواهم سواء مع الجيران أو الأهل.

2-2- عوامل الخطر (Risk factors): والمتمثلة في الظروف المحيطية والبيئية كما هو مشار إليها في مخطط كامبفر (Kumpfer)، هنا لن يكون تركيزنا فقط على العوامل والظروف المتعلقة بالطفل التوحدي، وإنما تتدخل عوامل أخرى تكون مسببة لظهور إصابات واضطرابات نفسية، وكما أشرنا أيضا إلى ذلك في الجانب النظري، يتعلق الأمر بتلك الضغوطات الموجودة في محيط الوالدين وعلاقاتهم بالآخرين سواء أفرادا أو ظروف معيشية، وقد صنفت إلى عوامل متمركزة على الطفل من حيث مشاكل في الولادة، أمراض جسمية، وعوامل ذات علاقة بالعائلة والمحيط كموت شخص عزيز مثلا، الانتقال أو الرحيل من البيت، أحداث عائلية جديدة كالزواج، طلاق، ميلاد طفل جديد، توترات عائلية متعلقة بتربية الأطفال، ميزانية الأسرة.....، صور للعنف داخل البيت، مشاكل علائقية، مما تسبب الضيق العائلي ولقد وجنا البعض من هذه المظاهر لدى بعض الأسر حلال لقاءاتنا، ويمكننا عرضها كما يلي:

-الحـــــــــــالات:

- **محمد:** " كان عندي صاحب قريب مني عندو كونسار، وكنت ديما معاه، وعشت مع مرضو، كنت نخاف بزاف لدرجة أنو كنت نتبع طبيب نتع الأعصاب، جربت نبعد على المشاكل والضغوطات، وقاع اللي يعيني..." **(ملحق 06 رقم 53).**
- **علي:** " بابا طلق ما كي كانت بالحمل بيا، ورحنا عشنا عند خوالنا، وكنا نسكنوا بعاد على ليكول على جال ذيك حبست القراية " **(ملحق 06 رقم 54).**

يروي لنا أيضا السيد علي معاناته في طفولته: " بابا عمرو ماحس بمعاناتي، كنت نقطع سبع كيلومترات مشية على رجلي باش نوصل لليكول.... ظروف صعيبة ومزرية فاتت عليا... " **(ملحق 06 رقم 55).**

" عانيت بزاف مع مرت بابا وولادها، شفت منهم حوايج بزاف مشي ملاح... لدرجة أنو منروحش نزور بابا غير في المناسبات والأعياد برك " **(ملحق 06 رقم 56).**

- **أمينة:** " ....الموت نتع مّا أثر عليا بزاف واللي زاد الضر بزاف هو مرض وليدي محمد.... " **(ملحق 06 رقم 57).**

" أنا منعرفش بابا خلاص، تأمني النهار موتو بانت مرتو الزاوجة... " **(ملحق 06 رقم 58).**

وتضيف السيدة أمينة حكاياتها الزوجية: " عانيت بزاف مع مّالين راجلي سيرتو مُو، وكانت كاينة مشاكل ودبزات معاهم، ... " **(ملحق 06 رقم 59).**

" كان راجلي منارفي بزاف، وكنت باغية نجيب ذراري بعد بناتي، بصح مبغاش، وزيرني بسيف ناكل la pellule ، من بعد رفدت الحمل بمحمد.... " **(ملحق 06 رقم 60).**

- **سلمى:** " خويا دار accident، ومّا عانت بزاف، وتحملت مسؤوليتنا، كانت الأم والأب، وقاع هاك وكنت نحس بالنقص، سيرتو من جهة المصروف " **(ملحق 06 رقم 61).**

" سوفريت بزاف في بداية زواجي، مالين راجلي مايحترمونيش،....لدرجة أني فكرت في الطلاق...من بعد خممت بلي لازم نصبر على جال ولادي... " **(ملحق 06 رقم 62).**

- **محمد:** " نظن مكاش دار مفيهاش مشاكل، بداية زواجي كانت غير صراعات، سيرتو كي عشت قريب عشر سنين مع دارنا " **(ملحق 06 رقم 63).**
- **أحمد:** " أنا نرقي لزوجتي، عندها سحور، فيها جني سموه كيما وليدي، قالنا الجني ماهوش توحدي، أنا اللي درتلو هكذا..... بصح هدرتهم مشي كامل صح.... " **(ملحق 06 رقم 64).**

يعطي السيد أحمد تفسيره في سبب مرض زوجته قائلا: " نظن مرت خويا هي اللي دارتنا سحور، هي متبغيش المرا نتاعي...." **(ملحق 06 رقم 65).**

كما يحكي لنا معاناته اليومية: " ظروفي المادية صعيبة بزاف، تخيلي صباح وعشية نروح نمشي على كراعي من داري لاكراش ومن بعد لليكول... كيما طوموبيل... عييت بزاف...." **(ملحق 06 رقم 66).**

" نروح نمشي على كراعي باش منخسرش الدراهم بزاف، أنا راجل قليل...." **(ملحق 06 رقم 67).**

- **ربيعة:** " نعاني من البرودة.....وأنا مريضة بالجن.... وعندي مس..." **(ملحق 06 رقم 68).**
- **سميرة:** " من نهار اللي تزوجت أخت ريتاج الكبيرة ساءت حالتها، كانت بزاف متعلقة بيها... " **(ملحق 06 رقم 69).**
- **صفية:** " ماما وبابا مطلقين عاطفيا..... عشنا مع ماما، وكانت كل شي بالنسبة لينا، ڤاع هكا وكنت نحس بالنقص...." **(ملحق 06 رقم 70).**
- **نورة:** " صراولي بزاف صوالح في الدار.... طرطقت قرعة نتع غاز....وليت نخاف من أي قرعة لدرجة إذا شفتها مفتوحة في كاش دار مندخلش لذيك الدار،....نخاف الموت...." **(ملحق 06 رقم 71).**
- **عبد الله:** " ماهيش عادتي نشارك الآخرين مشاكلي، هذي مهيش حشمة ولاّ حاجة كيما هاك، معظمهم حاسب بلي محمد عندو روطار في الهدرة " **(ملحق 06 رقم 72).**

يمكننا القول من خلال ما تم سرده سابقا من خطابات كانت حول الظروف الشخصية والبيئية للوالدين ارتبطت معاناتهم بطفولتهم ومشاكلهم العائلية، منها ما هو متعلق بانفصال أو طلاق الوالدين، ومنها ما هو مرتبط بالظروف المادية الصعبة، والتي أثرت بشكل كبير على حياتهم وتوافقهم النفسي والانفعالي وقد لاحظنا ذلك لدى أغلبية الوالدين وهم يحكون عن حياتهم الخاصة والمتعلقة بعائلاتهم، سواء لدى الآباء أو الأمهات، إلا وأننا وجدناه أكثر لدى الأمهات مقارنة بالآباء، كما صرح بعض الأولياء بأفكارهم واعتقاداتهم حول القوى الغيبية من السحر والمس وارتباطهم بمعاناتهم ومأساتهم.

3 -إدراك التوحد على أنه كفاءة وتحدي (Recognizing autism as efficiency and challenge): هي صور لمصادر وموارد في شخصية بعض الأولياء استطاعوا خلالها تنمية وتطوير قدراتهم، في هذا الصدد نجد أن معنى الكفاءة يشتمل على القوة الشخصية والذاتية لدى الفرد، والقدرة على أن يحول الألم إلى راحة، وأن يتعايش مع وضع ضاغط على أنه وضعية تحدي ومواجهة للأزمة، قدرات معرفية يمتلكها الوالدين وموارد شخصية ساهمت في مواجهة الحدث الضاغط، مؤشرات للصلابة النفسية من خلال إيمانهم بقدراتهم، التمسنا لدى الكثير من الأولياء ذلك التصور الإيجابي اتجاه اضطراب ابنهم، فهو ليس بمشكل أو عائق يعرقل مسار تطورهم، بل هو محرك نحو مسار أفضل، وأظهرت بعض الأمهات صور الشجاعة والحكمة والتمتع مع أطفالهن، هدوء، سعادة، قوة، شجاعة، راحة، انسجام تعاون هي صور ومظاهر دلت على الكفاءة وقوة مواجهة الأزمات، وأن لدى الأولياء استراتيجيات فعالة في التحكم في انفعالاتهم والتعايش مع أطفالهم التوحديون بكل إيجابية، ظهور خصائص للمرونة والارجاعية بعد التعرض للضغوطات استطاعوا استرجاع مواردهم، وتلخصت بعض النقاط حول إدراك الأولياء على أن التوحد هو كفاءة بالنسبة لهم فيما يلي:

3-1- كفاءة متعلقة بعوامل ذاتية (Self-factor efficiency): التمست الباحثة مظاهر للكفاءة الشخصية لدى بعض الأولياء من خلال قدرتهم في التفكير في إيجاد حلول لمشاكل أطفالهم، والعمل على مواجهة مختلف الاضطرابات والأمراض المتعلقة بالتوحد كالبحث عن المعلومات المتعلقة بالاضطراب وفيما يلي بعض الأولياء الذين وجدنا فيهم بعض تلك الصور:

-الحـــــــــالات:

- **عبد الله:** " أنا اللي نَوضُو محمد مع الصباح من فراشو، يقولي صباح الخير بابا..... " **هههه... ضحك وفرحة تبدو على الأب (ملحق 06 رقم 73).**

" تقريبا كامل وقتو معايا أنا، la maman absente ، أنا اللي نديه les séances psychologique et orthophonique ، ونجيو من لاكراش " **(ملحق 06 رقم 74).**

محمد: " أمين علمني بلي الواحد لازم يثيق في روحو، خطرات كنت نيأس، بصح وليت متفاءل بزاف ومنيش نتقلق، حتى أنو أمين مزال مهدرش... " **(ملحق 06 رقم 75).**

ويعبر السيد محمد عن كفاءته بقوله: " الشي اللي عشتو قواني بزاف، أولادي راهم محتاجيني..." **(ملحق 06 رقم 76).**

- **علي:** " مالغري أنا بزاف مقلق، بصح مع أمين صبور، حتى كي يبكي ويْزَقِّي...، بديت نتعلم معاه هذا الشي... " **(ملحق 06 رقم 77).**

" ريان هو القريب كامل في ولادي ليا، بسكو إسلام يقدر يهدر، يفهم، يلعب بصح ريان هو اللي يحتاجني كثر " **(ملحق 06 رقم 78).**

ويحكي السيد علي لنا ما يقوله لزوجته عند الذهاب إلى العمل: " تهلاي في وليدنا ريان، آخر هدرة نوصيها لَلْمْرَا " **(ملحق 06 رقم 79).**

- **سعيدة:** " ذروك خلاص توالفناهم، وندعي ربي يشفيهم، ونفرحو بزاف كي ياكلو مليح... " **(ملحق 06 رقم 80).**
- **سميرة:** " ريتاج رزقي وكنز من ربي، علمتني الصبر، أعطاتني دروس في الحياة، وليت كَالْم نحس بالمريض، بالقْليل و....." **(ملحق 06 رقم 81).**

تروي السيدة سميرة تجربتها مع ابنتها ومدى قوة إيمانها بالله : " نتفكر مليح الليلة اللي خرجت فيها ريتاج من الدار في الليل، والشتا تصب، خفنا بزاف عليها، بصح قدرة ربي شاءت يحطها في الجامع فماك تأكدت بلي ربي راه معانا.... " **(ملحق 06 رقم 82).**

وتصف لنا مدى حبها وتعلقها بطفلتها التي شكلت جزءا إيجابيا في حياتها: " ريتاج أميرتي، هي الكل في الكل، خبرت خواتك شحال نبغيها، هي تحتاجني كثر منهم " **(ملحق 06 رقم 83).**

" أنا ظلها وجسمها، إذا قالت ممم.....، نفهم واش راها باغيها " **(ملحق 06 رقم 84).**

- **سفيان:** " نْحَسْ بلي راح تكون مليحة وتريح..... بفضل ربي " **(ملحق 06 رقم 85).**

ويصف لنا السيد سفيان علاقته مع ابنته: " أنا كنت ديما معاها، ونقعد معاها " **(ملحق 06 رقم 86).**

- **سلمى:** " زرت بزاف الرقاة والأطباء، وفيهم شفت حالات صاعب من أمين، راني بزاف متفائلة، نظن راح يتحسن ويولي خير مالي كان " **(ملحق 06 رقم 87).**
- **كريمة:** " عندي شعور كبير بلي محمد راح يتحسن ، في الأول كنت متشائمة، بصح بديت نتفاءل بسكو راني نشوفو يتطور" **(ملحق 06 رقم 88).**

يتضح من خلال مجموع الخطابات الواردة أن معظم الأولياء حاولوا بناء ارجاعيتهم بعد تعرضهم للضغوطات ومشكلات الحياة، ونحن نعلم أن الارجاعية تبنى بعد وضع ضاغط، وهذا ما التمسناه لدى

أفراد دراستنا، فوجود طفل توحدي في الأسرة ليس بالأمر السهل، فهو يحتاج إلى اهتمام ورعاية خاصة وقبل هذا إلى تقبل وتفهم لطبيعة الاضطراب، مشاعر تفاؤل، تعاون قوة وإرادة وتشجيع استطاع بعض الآباء والأمهات استرجاعها وبنائها بعدما فشلوا وتعرضوا للعديد من الضغوطات، أمهات صرحن بتعلم الكثير من الاستراتيجيات الفعالة مع أبنائهن التوحديون، إعطاء معاني إيجابية للحياة وتغيير البنى المعرفية.

3-2- كفاءة مرتبطة بعوامل عائلية (Efficiency linked to family factors): تظهر صور التعاون والتفاعل بين الأفراد لتقديم الدعم والسند سواء للطفل أو الأسرة ككل، قوة التواصل والتماسك ما بين أعضائها تعمل على زيادة استقرار وتوازن النسق، وبالتالي إمكانية مواجهة مختلف المشكلات والأزمات، فقد تبين من خلال لقاءاتنا مع مجموع الأولياء الذين أبدوا مودتهم لبعضهم البعض سواء على مستوى العلاقة الزوجية، الوالدية وكذا الأخوية بأن الاضطراب شكل همزة وصل لتقوية الروابط بينهم وتعلم طرق جديدة تعمل على تطوير مواردهم وسنجد ذلك لاحقا لدى البعض منهم:

-الحـــــــالات:

- **عبد الله:** " دارنا عاونوني بزاف سيرتو أمي، هي بزاف واعية ومتفهمة ديما أنا وياها نتناقشوا على مشكلات محمد " **(ملحق 06 رقم 89).**
- **سلمى:** " كي جَا محمد طفل دَخَّلْ السعادة والفرحة في قلب باباه، شفت هذاك الشي كي قالنا الطبيب البِيبِي طفل ..." **(ملحق 06 رقم 90).**

كما تصف لنا السيدة سلمى وضع زوجها عبد الله: " تبَدَّلْ باب محمد بزاف، العصبية نتاعو ولات هدوء وصبر، بالنسبة ليه محمد هو الأفضل " **(ملحق 06 رقم 91).**

- **صفية:** " وجود ريان خلّى علاقتي مع باباه أقوى، ولات هايلة ... الحمد لله " **(ملحق 06 رقم 92).**
- **سميرة:** " في وحد النهار قالتنا المربية بلي ريتاج انتقلت إلى مستوى آخر، تخيلي درت ميناج من الفوق لتحت في الدار، وباباها شرى كامل واش، كانت بالنسبة لنا فرحة متتوصفش " **(ملحق 06 رقم 93).**

يبدو من خلال ما سبق ذكره أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة أعطى لدى بعض العائلات الإيجابية أكثر من خلال صور التعاون والمشاركة الفعالة في الحياة وتقوية الروابط أكثر سواء العلاقة الوالدية مع الطفل، أو الزوجية، وحتى الأخوية.

3-3- كفاءة متعلقة بعوامل الدعم (Support factor efficiency): مظاهر الدعم والمساندة من النسق ما وراء الأسري والمتمثل في الأصدقاء المقربين، الجيران، المؤسسات الاجتماعية سواء مراكز أو مدارس خاصة التي تتكفل برعاية الطفل من مختصين نفسانيين، أرطفونيين ومربين، هذه بعض العوامل التي صرح بها الأولياء والتي سمحت لهم بفتح فضاءات لمساعدتهم الشخصية، وكذا قدرتهم في التعرف أكثر على اضطراب أطفالهم والطرق الفعالة في التعامل معه، وهذا ما وجدناه لدى البعض من الآباء والأمهات

-الحـــــــــــالات

- **سلمى:** " كنت دايما نحوس على المعلومات في الأنترنت، حتى الِّلي يخدمو معايا عاونوني " **(ملحق 06 رقم 94).**
- **سعيدة:** " دارنا عاونوني بزاف، محمد وبيعقوب يحبوا بزاف خوالهم وجدودهم.... " **(ملحق 06 رقم 95).**

يبدو أن الدعم والمساندة الاجتماعية لم تظهر لدى أغلبية الأولياء، فقد صرح بعضهم أن دور الأفراد الخارجين عن النسق الأسري ليس له دور كبير في تحسين وضعيات أطفالهم، بما فيهم الأهل الأصدقاء أو الجيران، فهم بذلك لا يتقاسمون أو يشاركون مشكلاتهم مع الآخرين، عدا في ذلك المؤسسات الخاصة أو مقدمي الرعاية من مربين مختصين أو نفسانيين.

4 - إدراك التوحد على أنه وضعية عادية (التكيف مع الوضع) (Perception of autism as a normal situation - adapting to the situation-): بعض الأسر أظهرت تعايشها العادي مع ابنها التوحدي بحيث استطاعت التكيف مع الوضع وعلى أن الطفل لا يشكل عائقا أو عاملا سلبيا فهو جزء داخل النسق الأسري ولا يمكن التخلي عنه إذ يعتبر نسقا فرعيا. مشاعر الرضى وتقبل الأحداث الضاغطة على أنها واقع معاش كلها مظاهر التمسناها ادى بعض الأولياء من خلال خطاباتهم وأقوالهم التي جمعناها وفيما يلي نماذج منها:

- **صلاح الدين: "** أم سهام باغية بنتها تشرب الدواء ومنَّا على خمسة ولا عشر سنين راح تكون نورمال لازم تعرف بلي أنو بالتكرار ومع الوقت راح تولي مليحة " **(ملحق 06 رقم 96).**
- **نورة: "** من قبل كنت نَعيا معها شوي، ذروك هي ولا خوها العادي نفس الشيء..." **(ملحق 06 رقم 97).** " كامل يعرفو مرضها، ونروحو نزورو لافامي، هو عادي بالنسبة ليهم...." **(ملحق 06 رقم 98).**
- **عبد الله: "** هكذا ومحمد بدا يتفاعل ويلعب معايا ، على بالك كي روح لاكراش يكون calme العكس في الدار، هذا يبين بلي يقدر يعرف ويفرق بين بيئة الدار ومحيط الروضة " **(ملحق 06 رقم 99).**
- **سلمى: "** نمو محمد أمين كان عادي، وكان يْبَانْلِي جد طبيعي هو كان قاعد مع أمي، نهار اللي مات خويا مابغيتش نديه منها، بصح لافامي وقرابي لا حظوا أنو عندو retard...." **(ملحق 06 رقم 100).**
- **علي: "** ريان ما شَكَّل حتى ضغط على عائلتي، بالعكس أنا نحبو بزاف، يرقد عندي ومعظم وقتو معايا أنا أكثر من اللي يفوتو مع أمه " **(ملحق 06 رقم 101).**

قد يكون الوضع الذي تعيشه الأسرة مع طفل توحدي عادي، فيحدث تقبل واستسلام للواقع، ووجدنا ذلك لدى البعض من الأفراد الذين عبروا لنا عن تعايشهم الطبيعي مع أطفالهم، فيكونون مثل إخوتهم العادي ونستطيع الإشارة هنا إلى اختلاف وضعيات التقبل حسب طبيعة كل فرد وأسرة، وكذا درجة الاضطراب والظروف المحيطة.

5- استراتيجيات التكيف (The adaptation Strategies) :

هناك من الأفراد الذين يتأثرون بالعديد من الوضعيات والمواقف التي قد تنتج مشاعر الانفعال والعجز فتختلف قدراتهم في تحمل المشاق والصعوبات

ونجد في دراستنا الحالية بعض الآباء والأمهات تعرضوا لليأس والفشل ومشاعر أخرى تشاؤمية استمرت معهم وأثرت على العديد من الجوانب الصحية، في حين لدى البعض موارد وقوة ومرونة والتي تعد من أهم مقومات الصحة النفسية، فقد تناولت الباحثة كوبازا (Kobasa) مفهوم الصلابة النفسية وخلصت دراستها إلى أن الأفراد المتكيفون مع الضغوطات يتسمون بالالتزام والاستمتاع بالحياة الأسرية، المهنية والاجتماعية، فهم يملكون قدرات عالية لمواجهة الصعوبات مع استخدام المصادر النفسية والبيئية

قد يكون وجود طفل توحدي حدث ضاغط على النسق الأسري، مما يعرض الوالدين لضغوطات نفسية ناتجة عن خبرات وتجارب سلبية متعلقة بعوامل ذاتية أو عائلية أو بيئية، قد تخل بتوازنه النفسي والاجتماعي والمهني (نور، 2013: 386).

وأظهرت دراسات عديدة أهمية دراسة الجوانب الإيجابية في شخصية الفرد من خلال البحث عن عوامل لحماية الفرد وتخفيض التوترات والمشكلات، فتعلم استراتيجيات جديدة وفعالة تساهم في شكل كبير في إعادة التوازن النفسي والعمل على مواجهة الصدمات وأزمات الحياة، فكيف استطاع هؤلاء الآباء والأمهات أن يحولوا مواقفهم الضاغطة وتجاربهم السلبية مع أطفالهم التوحديون إلى مواقف أكثر قوة وتفاؤل؟

وفي هذا الصدد يمكننا الإشارة إلى **استراتيجية المواجهة أو التكيف (Coping Strategies)** التي تعني مجموعة من المبادئ والإجراءات التي يستخدمها الفرد في حل مشكلات الحياة، هي أيضا تلك الاستجابات التي يظهرها الفرد أو الجماعة نحو موقف ما، تكون له آثار مزعجة ومؤلمة (مقداد وخليفة، 2012: 181).
كما أشرنا سابقا إلى أننا اعتمدنا على فكر بول ريكور في تحليل نتائجنا من خلال: التفسير والفهم التأويل وإعطاء المعنى.
فقد تناول ريكور مفهومي **الهرمينوطيقا** والتأويل، فأشار إلى الأول على أنه:

- فن الفهم وتأويل النصوص: فهي طريقة لفك الرموز، وهذه الأخيرة هي تعبيرات ذات معنى مزدوج، إذ تحاول الكشف عن المعنى الثاني (ريكور، 2006: 50)

وعليه سنحاول في هذا الجزء التطبيقي فهم خطابات الأولياء من خلال تعبيراتهم ووصف معاناتهم وتجاربهم مع أطفالهم، لنصل إلى إعطاء معان,

- **التفسير (Explanation):** يهدف إلى الفهم والإفهام من خلال القيام بشرح مشكلة، وبالنسبة لريكور فهو يهدف إلى فك الرموز الموجودة في النصوص لتسهيل عملية الفهم، وهو أذاة لفهم النص.

يبدو أن الباحثة ستحاول فك حكايات الأولياء لفهمها أكثر وإعطائها تصورات ذات معنى

- أما **الفهم (Understanding):** حسب ريكور هو إنجاز العملية الخطابية الحاملة دلالات بواسطة القارئ، وهو يتعلق بإدراك المعنى الشامل للنص، فالفهم يرتبط بين خطاب النص وخطاب التأويل

وهذا يعني أن الباحثة حاولت إيجاد معنى لمجموع الأقوال والكلمات التي سردها الأولياء والتي جمعت في نصوص، وكذا محاولة فهم الخطابات من خلال التأويل أي إعطاء المعنى الثاني لها، الباطن، الظاهر غير المباشر والمباشر لما يسرده الأولياء من حكاياتهم.
من خلال ما تم الإشارة إليه سابقا من المفاهيم والعمليات التي تستخدمها الباحثة في تحليل وفحص خطابات الأولياء مدى تداخلها وتشاركها من أجل الوصول إلى هدف واحد هو إعطاء المعنى، لأننا سنفهم ونفسر ونؤل حتى نستطيع إعطاء المعنى.
كما سنحاول أيضا في هذا الجانب التركيز على أبعاد استراتيجيات المواجهة أو التكيف والتي تمثلت في:
1-التركيز على المشكل
2-الدعم والمساندة.
3-التجنب والانسحاب.
4-التواصل.
5-الاعتماد على الدين والأخلاق.
كذلك سنستعين بالاستراتيجيات التي تم ذكرها في الفصل النظري - الارجاعية- والمتمثلة في:
-الاستراتيجيات الفعالة (Effective strategies) : المتمركزة حول المشكل، المتمركزة حول الانفعال.
- الاستراتيجيات السلبية (Negative strategies): من خلال أسلوب التجنب والانسحاب.
- الاستراتيجيات المعرفية (Knowledge strategies): التي تعتمد على التفكير.
- الاستراتيجيات الأداتية (Toling strategies): البحث عن المعلومات والدعم.
من خلال هذه الأبعاد سنقوم بفحص خطابات المشاركين من خلال تحليلها، تأويلها، وإعطاء لها معان مع تحديد نوع الاستراتيجية المستعملة لدى الفرد.

- **عبد الله:** يتحدث والد محمد كثيرا عن تجاربه وعلاقته القوية بابنه، فهو يشكل جزءا كبيرا ومهما في حياته.

-التحليل: اضطراب محمد سبب له الكثير من المعاناة والألم باعتباره الذكر الوحيد في أطفاله، إلا أنه حاول أن يخرجه من عالمه التوحدي، فقد أعطى لنفسه فرصة تحويل خيبة الأمل إلى تجربة إيجابية استطاع من خلالها النجاح مع طفله

" محمد بدا يتفاعل ويلعب معايا، على بالك كي روح لاكراش يكون calme العكس في الدار، هذا يبين بلي يقدر يعرف ويفرق بين بيئة الدار ومحيط الروضة " (ملحق 06 رقم 102).

-الفهم والتفسير وإعطاء المعنى: يبدو أن السيد عبد الله أصبح أكثر تفاؤلا وقوة لأنه يعترف بتطور حالة محمد، فقد كان طفلا هادئا ومنعزلا وتحول إلى طفل أكثر تفاعل وتواصل، وهذا ما أراده والده الذي عمل الكثير من أجل تحقيق ذلك، فقد أشار إلى أن محمد يستطيع التمييز بين البيت والروضة، وهذا يدل على مدى إدراكه لوضعية ابنه الحالية

يظهر أن والد محمد يريد أن يبين لنا مدى قدراته وإمكانياته التي يملكها من الناحية المعرفية كإدراكه الجيد باضطراب ابنه، ومن ناحية المورد الشخصي الذي يمتاز به من كفاءة استطاع توظيفها لمساعدة محمد والعمل على تحسين وضعيته

في حين أظهر بعض التعبيرات وردود الفعل التي توحي بمدى ألمه وتأسفه على الوضع الحالي، وظهرت تلك المآسي في بكائه وخوفه من مستقبل ابنه خاصة مرحلة التمدرس.

-الاستراتيجية المستعملة: يبدو أن والد محمد وظف الاستراتيجية الفعالة المتمركزة حول المشكل، وهذا واضح في محاولة مواجهته للمشكلات والصعوبات التي اعترضته في حياته ومع ابنه، وتغيير بنيته المعرفية من خلال تحويل فكرة أن ميلاد محمد خيبة أمل ومعاناة إلى أنه قوة وصلابة

فقد تغيرت معارف السيد عبد الله مما غير سلوكياته، فحسب تصريح زوجته أنه كان شخص عصبيا ليصبح أكثر هدوءا وصبرا منذ تواجد محمد بينهم.

- **أمينة:**

-التحليل: أكثر ما أظهرته السيد أمينة في حكاياتها هي حالتها الشخصية ومعاناتها مع الآخرين، الزوج وأهله، بعيدا عن ربط هذه المعاناة باضطراب ابنها محمد، وكأن كل ما تعيشه الآن من ألم وخوف ويأس سببه هو ارتباطها بوالد محمد والعيش مع أهله. **" نظن عصبية باب محمد.... ونفسيتي المتعبة كي كنت بالحمل، وفاني retard نتع لاج في الانجاب هي التي اللي خلاتو توحدي " (ملحق 06 رقم 103).**

-الفهم والتفسير وإعطاء المعنى: يبدو من خلال ما صرحت به والدة محمد سوء علاقتها مع الزوج وأهله، صراعات ونزاعات عائلية مما جعلها تركز أكثر على إشكاليتها الحالية دون إعطاء الاهتمام والرعاية أكثر للطفل، فمعظم الوقت يقضيه محمد رفقة والده، وقد أبدى الأب في الكثير من الحكايات أن الزوجة لا تساعده في الاهتمام بالطفل، فهي في معظم الوقت غائبة

- **الاستراتيجية المستعملة:** في هذه الوضعية يمكننا القول أن السيدة أمينة استخدمت الاستراتيجية السلبية من خلال تجنب المشكل والانسحاب، (فلم تركز على وضعية ابنها المضطرب وما يعانيه أو قد يسببه من صعوبات تستوجب التدخل والتكفل، بل أظهرت الابتعاد والانسحاب من خلال تركيزها على عوامل أخرى.

- **علي:**

-التحليل: تحدث كثيرا والد ريان عن وضعيته وحياته خاصة مرحلة الطفولة ومعاناته، وكذا إصابته بمرض الصدفية، وقد صرح بذلك خلال لقائنا معه، ورغم هذا فقد أظهر الكثير من القوة والكفاءة التي استطاع أن يصنعها ويحولها إلى محرك فعال خاصة مع طفله

" ريان ما دار حتى ضغط على عائلتي، بالعكس أنا نحبو بزاف، يرقد عندي ومعظم وقتو معايا أنا أكثر من اللي يفوتو مع أمه " (ملحق 06 رقم 104).

-التفسير وإعطاء المعنى: يحاول السيد علي إظهار كفاءته واستجاباته الفعالة مع ابنه المضطرب حقيقة صرح بأنه جد عصبي وقلق خاصة وأن طبيعة عمله كشرطي تجعله في وضعيات ضاغطة

كما أنه كان ضحية والدين مطلقين، وجد نفسه مسؤولا قبل أوانه على والدته الكبيرة في السن، ثم عائلته الصغيرة، فميلاد طفل ذو اضطراب جعلته يتحمل ضغطا أكبر مما كان عليه، ومع ذلك علاقته القوية مع ريان خففت عنه الكثير من الأعباء النفسية.

الاستراتيجية المستعملة: من الملاحظ أن السيد علي ركز كثيرا على انفعالاته ووعيه بالمشكلات خاصة التي تعرض إليها في حياته، ومع هذا فقد حاول تعديل الكثير من الوضعيات المعاشة، فقد حاول التخفيف والتقليل من الضغوطات والآثار التي قد تعرقل مسار تطور حياته ونمو ابنه ريان وبالتالي فقد استخدم الاستراتيجية الفعالة المتمركزة حول الانفعال.

- **صفية:** تركز كثيرا والدة ريان على العلاقات الأسرية

" وجود ريان خَلّى علاقتي مع باباه أقوى، ولات هايلة ... الحمد لله " (ملحق 06 رقم 105).

-التحليل: أظهرت كثيرا السيدة صفية أهمية العلاقة لديها، فقد حكت لنا عن علاقتها الأولية مع والديها، وكيف انفصلا عاطفيا، فقد حُرِمَت من أن تعيش معهما كأسرة واحدة يسودها الأمن والاستقرار، وقد أعطت امتدادها للعلاقة مع زوجها.

-التفسير وإعطاء المعنى: من المعلوم أن العلاقة الأولية مهمة جدا في الحياة الإنسانية، وأن تحاول تعويض ما فقدته في طفولتك لتستطيع العيش أحسن وبصورة أفضل في ما بعد، وهذا ما التمسناه في حكايات أم ريان، فقد عاشت محرومة من العيش مع والديها مع بعض، وقد رأت أن ريان هو فرصة لها لتقوية العلاقة الزوجية مع والده الذي عاش هو أيضا مأساة مع عائلته.

هنا نلاحظ وجود فردين عاشا نفس الظروف العائلية في العلاقات الأولية، استطاع كل واحد منهما البحث عن ما فقده في طفولته لتحسين وضعيته المستقبلية والتي تمثلت في نجاح العلاقة الزوجية.

-الاستراتيجية المستخدمة: نلاحظ أن السيدة صفية أعادت تنظيم وتعديل الوضعية المعاشة، من خلال النظر في ما فقدته في مراحل طفولتها، مع التركيز على مشاعرها والوعي بانفعالاتها، وبالتالي نحن أمام استراتيجية فعالة متمركزة حول الانفعال.

- **محمد:** في أغلب حكاياته، يذكر لنا مشاعره السلبية التي يعيشها مع ابنه أمين

"..... منيش حابّة نكرر الغلطة نتاعي ونَقْسِي على ريان أخوه كيما كنت ندير مع أمين...." (ملحق 06 رقم 106).

-التحليل: يشعر والد ريان بالذنب واللوم على نفسه، فهو لم يفهم في بداية الأمر طبيعة سلوكيات ريان، فقد اعتبرها سوء أدب، وعليه أن يتحسن حتى لا يكون ولدا طائشا، فقد استخدم معه أساليب العقاب والضرب، وبعد تشخيص سلوكياته تبين أن ريان مصاب بالتوحد، مما جعل والده يشعر بالذنب وتأنيب الضمير.

- التفسير وإعطاء المعنى: في البداية كان والد ريان يجهل طبيعة تصرفات طفله، فكان يتعامل معه كطفل عادي يحتاج إلى أن يعدل ويغير من سلوكياته السلبية، وهذا ما نجده لدى الكثير من الآباء والأمهات، ومع أن الأمر ليس بالصعب إلا أن السيد محمد شعر بالذنب لما عرف أن ابنه توحدي وكان ينبغي أن لا يتعامل معه بتلك القسوة، مما جعله يتغير في أسلوب تربيته لأبنائه الآخرين حتى لا يصبح

أبا عدوانيا، هنا يبدو الأمر تغييرا في البنية المعرفية من أجل الآخر مع مشاعر لوم تجاه الذات. كما أظهر مخاوفه المستقبلية تجاه مآل ابنه.

" ديما نْخَمّمْ في مستقبل أمين... نخاف بزاف بصح كي نشوف بَرّى في الخارج ناس مهابل وحالات كثر من تاع وليدي، نحمد ربي..... واش ندير ؟ " (ملحق 06 رقم 107).

-الاستراتيجية المستعملة: ركز السيد محمد على تغيير أفكاره وسلوكياته تجاه أطفاله، فقد استطاع إدراك وضعيته السابقة وعمل على تعديلها وحل مشكلاته من أجل أن يكون أبا جيدا، وهنا يمكننا الإشارة إلى أنه استخدم استراتيجية فعالة متمركزة على المشكل لأنه أعطى حلولا وبدائل جديدة لتعديل الوضعية.

- **سلمى:** تتحدث كثيرا عن ذاتها، كما تشير إلى قوة علاقتها مع ابنها أمين.

-التحليل: روت لنا والدة أمين حياتها قبل الزواج، وكيف كانت تعيش حياة مستقرة وخالية من المشاكل لدرجة أنها ندمت على الزواج، لكن استقلالها عن عائلة زوجها استطاعت نوعا ما أن تحقق نوعا من الاستقرار والراحة ، كما أن ابنها أمين يشكل عنصرا هاما في حياتها

" لو كان عجلة الماضي ترجع منْحِبّسْشْ الخدمة ومَنَتزَوجش...". (ملحق 06 رقم 108). وتقول أيضا: " نحس بلي أمين قريب ليا أنا كثر من باباه، أنا نلعب ونحبو معاه، كي يخربش على الحيط نخربش أنا فاني.... يقعد غير يخزر فيا مخلوع...." **(ملحق 06 رقم 109).**

-التفسير وإعطاء المعنى: من الملاحظ أن السيدة سلمى امرأة تحب الاستقلالية والتحرر، فقد أظهرت في خطاباتها على أنها تشعر بالندم تجاه تخليها عن منصبها كموظفة، ومما نستطيع قوله أن العمل بالنسبة للفرد هو قوة محركة تثبت وجوده وانتاجيته في المجتمع، وقد يبدو الوضع للسيدة سلمى أنها فقدت تللك المكانة، وتحاول حاليا البحث عليها، كما أنها شعرت بالراحة في مسكنها الخاص، فقد كانت تبحث عن الاستقرار والهدوء.

-الاستراتيجية المستعملة: ما يظهر في خطابات الحالة هو استخدامها أكثر للاستراتيجية الفعالة المتمركزة حول الانفعال، من خلال تعبيراتها الانفعالية عن مشكلاتها وإعادة تقييمها للوضعية المعاشة

- **سليمان:** أظهر في لقائنا معه ارتباطاته بالمسؤولية المادية والعمل خارجا

-التحليل: فالسيد سليمان بصفته أستاذا بالمتوسطة معظم وقته يقضيه إما في تحضير الدروس الامتحانات ....، وإما في التدريس، فلا وقت لديه للاهتمام بمحمد ابنه، فهو في رأيه أن الأم والمختصين هم المسؤولين في رعاية ابنه والتكفل به

"... مَحَوسْتش كامل على معلومات حول الاضطراب نشوف بلي هذي خدمةالأطباء، اللي يهمني بزاف قرايتو..." (ملحق 06 رقم 110).

-التفسير وإعطاء المعنى: بالنسبة لوالد محمد العمل وجلب قوت العيش من الأولويات، أما رعاية الأبناء والاهتمام بشؤونهم الصحية فيقع على عاتق الأم وذويها، وفي مثل هذا الوضع يعطي لنا معنى التقصير نوعا ما في واجباته تجاه الأسرة، مع الأم أولا التي ستتحمل جميع الأعباء، وخاصة أن وجود طفل توحدي في البيت يعني تعدد الاحتياجات وإلزامية المشاركة في الرعاية، وهذا ما لا نجده لدى الأب، بالإضافة إلى حاجة محمد إليه، فالعلاقة الوالدية مهمة جدا في مثل هذه الوضعيات، كما نلاحظ أمرا آخرا هو تركيزه على مرحلة التمدرس، هنا البحث عن ما سيكون مستقبلا في ظل وجود صعوبات ومشكلات، فبالنسبة إليه الدراسة أهم مرحلة يتوجب على محمد الوصول إليها، خاصة وأنه أستاذ يهمه الجانب البيداغوجي والأكاديمي.

-الاستراتيجية المستعملة: في الوضعية الحالية نلتمس مظاهر الانسحاب والابتعاد عن الحدث المعاش فالسيد سليمان اختار طريقا مغايرا، حيث لا يكون هناك تفاعلا واندماجا كبيرا مع ظروف عائلته، وهنا نفهم أنه استخدم استراتيجية سلبية تمركزت حول تجنب المشكل وعدم التواصل مع الآخرين بشكل أكثر فعالية.

- **كريمة:** ركزت كثيرا على مدى اهتمامها بطفلها ورغبتها في أن يتحسن ويتطور.

-التحليل: تحدثت كثيرا أم محمد عن ابنها ومعاشه وما يعانيه، وأن هذا الوضع أثر عليها كثيرا، فقد أظهرت ملامح الحزن والخوف أثناء مقابلتنا لها، تتخللها ملامح أمل وتفاؤل في نفس الوقت، فقد عزمت على أن تتصدى وتواجه هذه المعاناة التي تقسمها مع ابنها، اهتماماتها وحرصها الشديد في التكفل النفسي والأرطفوني الذي يخضع له محمد. كما أظهرت لنا معاناتها التي عاشتها قبل الزواج. **" عشت في دارنا ضغوطات بزاف سيرتو مع خاوتي شَاشْرة..." (ملحق 06 رقم 111).**

- التفسير وإعطاء المعنى: نجد أن السيدة كريمة استطاعت أن تعبر لنا عن انفعالاتها ومشكلاتها العائلية، فمن خلال لقاءاتنا معها كانت تحكي لنا كثيرا عن حالتها النفسية، فقد وجدت فضاءا نفسيا تشارك فيه معاناتها وآلامها، اضطراب محمد أثر عليها بشكل كبير وخاصة أنها ذكرت انشغال زوجها عن البيت وتحمل مسؤولياته بصفته أستاذا في المتوسطة، فالسيدة كريمة تبحث عن الدعم والمساندة النفسية من أجل التخفيف من ضغوطاتها، والعمل على تحسين العلاقة الزوجية من أجل نفسها أولا، ومن أجل محمد ومع هذا فقد استطاعت تحدي الكثير من المشكلات، والعمل على تطوير حالة محمد.

- الاستراتيجية المستخدمة: نجد أن والدة محمد حاولت مواجهة مشكلاتها بكل قوة، فقد ركزت على حل ما تعانيه من ضغوطات من خلال البحث عن كل ما يخص اضطراب محمد من معلومات، مختصين من أجل تطوير حالته، وهذا يبدو في الاستراتيجية الفعالة المتمركزة حول المشكل. وكذلك استراتيجية متمركزة حول الانفعال.

- **أحمد:** ركز على مأساته ومعاناته التي يعيشها في ظروف مادية قاسية جدا

-التحليل: في معظم حكاياته التي رواها لنا السيد أحمد كانت عن تجاربه السيئة والمؤلمة مع طفلاه المعاقين، فهو يحمل مسؤولية كبيرة لم يعد يتحملها، أظهر لنا التعب الجسدي والنفسي الذي يعيشه في روتين حياته **" الماء والخبر يكفي..... خير من هذه المعيشة... رافَد على كتفي جبل " (ملحق 06 رقم 112).**

-التفسير وإعطاء المعنى: قساوة الظروف المعيشية وخاصة المادية منها، وأيضا رحيله من بلدته الأصلية وعيشه في بلد آخر - الشلف-، كان صعبا جدا وزاد الوضع سوءا أكثر، فهو يؤكد أن فقره وحاجته إلى المال أضاف لمعاناته معنى آخر، فقد ساءت حالته الصحية أكثر **" من كثرة المشي بزاف قاع العام نعاني من السْطَر في المفاصل..." (ملحق 06 رقم 113)**، يظهر أن والد محمد يحتاج إلى الدعم المادي لتلبية احتياجاته الخاصة ومتطلبات عائلته، وخاصة أن لديه طفلين معاقين، لكن هذا ما لم يتلقاه، مما جعله يشعر باليأس والفشل لدرجة عتابه لنفسه على الرحيل **" نظن أنو كون قعدنا في بلادنا الرحمة، هنا ما نعرفو حتى واحدا....." (ملحق 06 رقم 114).**

-الاستراتيجية المستعملة: ما يبدو هنا أن السيد أجمد ركز على استراتيجية سلبية تمثلت في تجنب المشكل، فقد أظهر تركيزه على كل مشكلاته الصعبة التي يعيشها ومدى تأزم الوضع، مع انعدام تلقي الدعم أو السند.

- **ربيعة:** تروي لنا كثيرا تجاربها السيئة مع طفليها، وكذا صحتها النفسية التي انتهت بسحر ومس.....

-التحليل: أعطت لنا حكايات السيدة ربيعة صور لامرأة عانت وتألمت كثيرا، حياتها بالنسبة لها عذاب ومأساة، فقر، وحدة، انعزال عن العائلة والابتعاد عنهم، كره من أهل الزوج كل هذا ومرض ابنيها أمر آخر زاد المأساة تعقدا **" ...آآآه تعذَّبْت بزاف....." (ملحق 06 رقم 115)**، كذلك سوء حالتها الصحية التي ربطتها بوجود سحر. **" أنا مريضة بالجن.... وعندي مس..." (ملحق 06 رقم 116).**

-**التفسير وإعطاء المعنى:** أعطتنا السيدة ربيعة عدة وضعيات صعبة تعيشها مع زوجها وطفليهما المعاقين، الأولى رحيلهما عن أهلهما للعيش في مكان لا يعرفون فيه أحد، بالنسبة لها هو بمثابة هروب من جو عائلي سلبي، ساد فيه الصراعات والمشكلات بين الأهل، والثاني وضعهم المادي المتدني الذي لا يلبي احتياجاتهم، وأضافت مرض الطفلين الوحيدين، فقد وجدت نفسها أما لمعاقين لا تستطيع الاهتمام بهما بشكل أكبر، أما الوضع الأخير هو مرضها هي الذي صرحت به على أنه مس من جن سببه سحر من أحد قريباتها **"...هي كانت تكرهني، تخيلي كي زيدت مَا سَقسَات عليا ما جات عندي للسبيطار... تبانلي هي اللي سحرتني...." (ملحق 06 رقم 117).**

كما ربطت علاقة مرض ابنها بمرضها قائلة **" الجني اللي ساكني سموه كيما وليدي، هو قال لراجلي بلي الطفل ما هوش متوحد أنا اللي درتلو كيما هاك " (ملحق 06 رقم 118)**، وهنا نلتمس إنكارها للاضطراب وربطه بالسحر والقوى الغيبية.

-**الاستراتيجية المستعملة:** صور للتفكير السحري وربطها بتفسير مرضها ومرض ابنها، تجنب التركيز على المشكل وإيجاد الحلول، بل إعطاء صورة واعتقاد بأفكار سحرية مرتبطة بوضعيتهم المعاشة ومعاناتهم، وهذا النوع من الاستراتيجيات السلبية المتمثلة في تجنب المشكل.

- **عبد الرحمن:** ركز كثيرا في خطاباته على الوضع الحالي المعاش مع ابنه، ومعاناة هذا الأخير

-**التحليل:** في سياق كلامه عن تجاربه يذكر كثيرا وضعية طفله المأساوية، فهو محروم من الكلام اللعب والعيش كطفل عادي، وهذا ما سبب للسيد عبد الرحمن الألم والخوف من مستقبله **" يغيضني بزاف، منبغيش نحرمو من حتى حاجة يبغيها، كيفاه وهو محروم من الهدرة...." (ملحق 06 رقم 119).**

-**التفسير وإعطاء المعنى:** يبدو أن لدى والد بلال مشاعر كبيرة تجاه ابنه تمحورت حول التفكير في مستقبله، وإعادة النظر في وضعيته، وهذا ما نجده لدى أغلبية الأولياء عندما يكون لديهم طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، وفي الوضعية الآنية نلتمس حب العطاء والاهتمام بالابن، فيحاول تعويض ما فقده بلال بالرعاية الزائدة ومنحه كل متطلباته، هنا الأب يبحث عن التعويض وإيجاد بدائل أخرى لتطوير حالة الطفل أكثر. **" ماكناش عارفين المرض، بصح كنا ديما نسقسوا اللي عندهم أطفال متوحدين ويحكونا واش يديرو مع ولادهم،.... وكنا نحسو بالاطمئنان كي يڤلونا بلي راهم يتحسنو.... " (ملحق 06 رقم 120).**

كما نجد البحث عن المعلومات ومحاولته لفهم اضطراب ابنه أكثر، لمساعدته وتحسين مستوى نموه.

-**الاستراتيجية المستعملة:** ما نلاحظه هنا أن والد بلال حاول البحث عن الحلول لمشكلات ابنه والتركيز على إيجاد كل ما يخدم احتياجاته، مع تغيير في بنيته المعرفية وإدراكه أن الطفل مختلف عن أقرانه ويحتاج لرعاية واهتمام خاص، ونحن هنا أمام استراتيجية فعالة متمركزة حول المشكل.

- **بثينة:** تصف لنا انفعالاتها ومشاعرها تجاه تجاربها ويومياتها مع بلال، وكيف عانت وعاشت تحت ضغط كبير.

-**التحليل:** نلتمس الكثير من مظاهر الأسى والتحسر والتأسف على وضعيتها المعاشة، كيف لزوجة وأم ومربية أن تتحمل مسؤولية التربية والرعاية والاهتمام بكل شؤون البيت، ومع ذلك لديها طفل توحدي، هذا مما زاد من أعباء وتعب الأم، لكن إيمانيتاها واعتقادها الديني بقضاء الله وقدره أعطاها نوعا من تقبل الوضع **" من نهار اللي عرفت بمرض بلال وأنا نبكي، مكاش اللي يقدر يحس بالضر اللي راني نحس بيه، ديما نفكر في المستقبل، كيفاش راح يكون كي نموت خطرات نحس بحزن كبير... من بعد نستغفر ربي، ونقول ما باليد حيلة حكم الله وقدره... " (ملحق 06 رقم 121).**

-**التفسير وإعطاء المعنى:** تمركز السيدة بثينة حول انفعالاتها مع صعوبات متزايدة في إدارة البيت وشؤونه، فقد أظهرت حزنها وآلامها تجاه اضطرب ابنها، كما استطاعت أن تعبر عما تشعر به، وكذا خوفها من الموت والابتعاد عن طفلها، وهذه غريزة أمومية.

-**الاستراتيجية المستعملة:** من الواضح حسب الخطاب فإن السيدة بثينة ركزت كثيرا على أحاسيسها ومشاعرها، وحددت مستوى انفعالاتها، كما استطاعت أن تقيم وضعيتها للتخفيف من المعاناة وظهر ذلك جليا في إيمانها بالله، فقد استخدمت استراتيجية فعالة من أجل مواجهة إشكالياتها الأسرية، وبالتالي استراتيجية متمركزة حول الانفعال.

- **سفيان:** أظهر لنا نوعا ما من عدم التجاوب والرفض في الحديث كثيرا عن اضطراب ابنته

-**التحليل:** خلال لقائنا مع والد ريتاج خطابه كان فيه نوع من التحفظ وعدم القدرة على التعبير خاصة حول اضطراب ابنته، فكانت تبدو له طبيعية نوعا ما، لكنها تحتاج لرعاية واهتمام، أبدى لنا القليل من المعلومات عن ريتاج، ومع هذا رغبته في شفائها وتحسنها كانت كبيرة : **" أنا كنت ديما معاها، وراح نبقى معاها " (ملحق 06 رقم 122).**

-**التفسير وإعطاء المعنى:** من الواضح أن السيد سفيان في مرحلة إنكار ورفض للاضطراب، وقد أعطت لنا زوجته الكثير من الملامح حول ذلك، من خلال الصعوبات العديدة التي تلقتها مع زوجها خاصة في بدايات التشخيص حتى الإعلان: **" راجلي ماعْتَرَفْشْ بمرض بنتنا، لدرجة أني كنت نروح للطبيب بَتْخَابِية عليه..." (ملحق 06 رقم 123).**

فهو يظهر حبه واهتمامه بابنته، لكنه لم يتحدث كثيرا عن التوحد، لديه تصور كبير أن ريتاج بحاجة لاهتمام، ولكنها قد تكون عادية، هنا نلاحظ صراع وتناقض بين القبول والرفض، كما كان كلامه قليل جدا مقارنة بزوجته، فهو شخصية متحفظة نوعا ما، غير معبر عن انفعالاته تجاه ذاته أو الآخرين.

-**الاستراتيجية المستعملة:** التمسنا لدى والد ريتاج انسحاب نوعا ما من المشكلة الحالية التي تعيشها العائلة، مع تفكيره أن ابنته قد تكون طبيعية، فقد حاول إلغاء فكرة إصابتها بالتوحد، وعليه نحن أمام استراتيجية سلبية متمركزة حول تجنب المشكل.

- **سميرة:** بالنسبة لها ريتاج فرصة منحها الله إليها لتتعلم دروسا واستراتيجيات إيجابية في الحياة

- **التحليل:** أظهرت الحالة الكثير من صور التفاؤل والأمل والتحدي لاضطراب ابنتها، أم استطاعت أن تحول مأساتها ومعاناتها إلى قوة ووضعية أكثر إيجابية، فيها طورت هذه السيدة الكثير من قدراتها وساعدت في ذلك تحسين وضعية ريتاج، وحتى الوضع الأسري الذي أصبح يسوده التعاون والمشاركة الفعالة في أداء الواجبات: **" ريتاج أميرتي، هي الكل في الكل، خبرت خاوتها شحال نبغيها، هي تحتاجني كثر منهم " (ملحق 06 رقم 124).**

- **التفسير وإعطاء المعنى:** استطاعت السيدة سميرة أن تتحدى الأزمة الضاغطة التي عاشتها مع ابنتها بالفعل تألمت وعانت في بداية المشكل، لكنها لم تتوقف عند ذلك، بل واجهت الصعوبات وتقبلت وجود التوحد في حياتهم، لكنها نظرت إليه بطريقة إيجابية ولم تصب بالفشل أو اليأس، لأنها فكرت في تحسين الوضع المعاش، التمسنا روح الإيمان، والحكمة والرضا لديها، عملت على تغيير أفكارها وبنيتها المعرفية لتجعل من الاضطراب كفاحا لا بد من النجاح والاستمرار في التطور، وبالفعل قد تمكنت من تحقيق ذلك كما ساعد ذلك في تماسكها أكثر مع أفراد أسرتها الذين استطاعوا تقبل نوعا ما الوضع الجديد لديهم بوجود طفلة ذو اضطراب التوحد.

- **الاستراتيجية المستعملة:** لقد حاولت أم ريتاج أن تبحث عن حلول لمشكلاتها، فهي لم تبقى فاشلة بعد الاعلان عن الاضطراب، بل واجهت وتحدت واستطاعت تغيير العديد من الوضعيات، وبالتالي فقد

استخدمت استراتيجية فعالة متمركزة حول المشكل، وأيضا نجد استراتيجية متمركزة حول الانفعال، وقد ظهرت في تعديلها وتنظيمها لمشاعرها التي كانت سلبية، وأصبحت أكثر تفاؤلا وأملا.

- **أمين:** كان أكثر هدوء وتقبلا للوضع فوجود طفلان يحملان نفس الاضطراب قد يشكلان وضعية عادية بالنسبة له

-التحليـــل: قد يكون اضطراب ابنه الأكبر خفف نوعا ما من صدمة الإعلان عن الثاني، وهذا ما صرح به والد الطفلان : **" بالنسبة لبيعقوب مكانتش صدمة كبيرة، تعودنا وراح الخوف والقلق مع خوه الكبير...." (ملحق 06 رقم 125).**

يبدو أنه أظهر نوعا من التكيف أو التقبل للوضع الضاغط، فوجود طفلان توحديان ليس بالأمر السهل ومع ذلك كان يأمل في أن يكون أبا لطفلين عاديين: **" نتمنى لو كانا ولادي عاديين.....بصح قدرة ربي" (ملحق 06 رقم 126).**

-التفسير وإعطاء المعنى: قد يبدو أن السيد أمين يحاول إظهار تقبله لحالة طفليه، إلا وأنه في نفس الوقت يتحسر على الوضع المعاش، وعليه محاولة تغيير نوعا ما لبنيته المعرفية من أجل الاستمرارية وجد نفسه أمام حدثين ضاغطين يحتاجان للمسؤولية أكثر، والرعاية والاهتمام أكبر من جميع النواحي ومع ذلك أعطى معنى وتصور آخر أكثر تكيفا وقبولا للوضعية.

-الاستراتيجية المستعملة: من الملاحظ أن والد الطفلان ركزا على استراتيجية فعالة متمركزة حول المشكل، من خلال البحث عن حلول وبدائل للوضعية، مع إعادة تعديله للبنية المعرفية لديه، والتي تمثلت في ميلاد الطفل الأول توحدي خفف من معاناة وصدمة الثاني، مع تقبل نوعا ما إيجابي للوضعية.

- **سعيدة:** بالنسبة لها وجود الطفلين هو بمثابة عطاء كبير، ساعدها في أن تتحول من امرأة عصبية إلى أم هادئة من أجل أن تعيش لولديها.

-التحليـــل: صور التقبل والنظر إلى طفليها على أنهما يشكلان جزءا مهما في حياتها لاحظناه في لقائنا مع الأم رغم الصعوبات التي وجدتها في البداية إلا وأنها عاشت مع مشكلاتهما، وحاولت أن تمنحهما الكثير من العطاء والاهتمام: **" كنت من قبل إنسانة منارفية، ومنصبرش نحس ديما بصدري يضياق عليا، بصح مع ولادي وليت بزاف هادئة ....واكثر قناعة " (ملحق 06 رقم 127).**

-التفسير وإعطاء المعنى: استطاعت السيدة سعيدة تعلم استراتيجيات إيجابية، فشعورها بالقناعة والطمأنينة والقوة جعلها أما ناجحة من أجل نفسها أولا وطفليها ثانيا، لأن التغيير الداخلي وضبط انفعالاتها ساعدها في تحسين وضعية كل من بيعقوب ومحمد **" نحس بلي أنا أكثر الأمهات اللي تبغي ولادها، هوما قاع حياتي" (ملحق 06 رقم 128)**، كما يبدو أن الوضع الأسري تحسن بشكل أكبر بسبب مشاركة كلا الزوجان في الاهتمام بالطفل.

-الاستراتيجية المستعملة: نستطيع القول بأننا أمام استراتيجية فعالة، لأن الحالة ركزت على البحث عن الحلول والبدائل وإعطاء معنى إيجابي للوضع المعاش، كما استطاعت تعديل وتنظيم انفعالاتها وأحاسيسها، وبالتالي يمكن الإشارة إلى كلا النوعين من الاستراتيجية المتمركزة حول المشكل، وكذلك المتمركزة حول الانفعال.

- **عبد الهادي:** كانت ملامح وعبارات الأسى والتأسف على حالة ابنه واضحة جدا، فقد أظهر عبارات حزن وألم وبكاء.

- **التحليـــل:** من خطابات والد يزن ظهرت لديه معاناة بعيشها الأب مع ابنه، رغم أن مرحلة الإعلان مرة عليها أكثر من أربع سنوات، إلا وأن التعايش مع الضغط والاضطراب لا يزال في مرحلته الأولى **" كنت نمشي لَلْقُدام، ذَرْوَك بالعكس....." (ملحق 06 رقم 129)** ، أظهر السيد عبد الهادي تغييرات قد طرأت على حياته وانقلبت إلى الأسوأ، وأن الكثير من الأمور تبدو سيئة ولم يستطع السيطرة عليها

-التفسير وإعطاء المعنى: ما لاحظناه أن رحلة عدم التقبل والرفض والصدمة التي يعيشها الأولياء تكون في بدايتها، أما بالنسبة لاوضع مع والد يزن اتضح أنه لا يزال في مرحلة صعبة وتحت صدمة تشخيص طفله التوحدي، وقد صرح بذلك في أقواله، وردود أفعاله، فكان يبكي بين الحين والآخر، بالنسبة له بزن وضعا غير نظام الأسرة ككل، هنا لا يركز فقط على أن مجيئه كان خيبة أمل، أو رفض لوجوده معهم، وإنما هو رغبة أب أن يكون ابنه المفضل لديه بشكل طبيعي فمعاناة يزن جعلت والده يشعر بها ويتعايش بكل صعوبتها، لأنه أظهر تحسره وآلامه الأبوية والغريزية تجاه ابنه.

-الاستراتيجية المستعملة: إننا أمام استراتيجية فعالة متمركزة حول الانفعال، وقد ظهر ذلك بشكل كبير لأن والد يون ركز على أحاسيسه وانفعالاته في وصفه للمشكل المعاش.

- **صباح:** كانت لديها الكثير من مشاعر الذنب واللوم تجاه نفسها، وكأنها هي السبب في اضطراب ابنها كما أشارت إلى انفعالات سلبية تعيشها هذه الأم.

-التحليل: أظهرت لنا والدة يزن تأسفها وحزنها على حالة ابنها، فقد كانت ولادته صعبة، لدرجة أنها كادت أن تفقده، وفي لحظتها شعرت باللوم. **" كي كنت نْزَيَّدْ بيه وكان يخرج القابلة ولات تقول لي راك تخنقي في وليدك، حسيت بلي راح نضيعو وأنا قارعتلو باش يجي بفارغ الصبر... " (ملحق 06 رقم 130).**

ومع هذا كانت تحاول فهم طبيعة الاضطراب من خلال البحث عن كل ما يفيدها لمساعدة ابنها وتحسين حالته " **كنت متبعة مسلسل هندي على طفلة متوحدة، شفت بلي الطفلة عندها نفس أعراض يزن..." (ملحق 06 رقم 131).**

-التفسير وإعطاء المعنى: يبدو أن والدة يزن عاشت مأساة مع وضعية الطفل من خوف وألم، ومع كل هذا استطاعت أن تحسن من الوضع بمساعدة زوجها والعائلة، فقد تلقت الكثير من الدعم وتقاسم المهام بما يخدم الوضعية مما سهل عليهم تحمل الصعوبات، فالسيدة صباح أعطت تصورا أوسع للمشكلة من أجل تعديلها وتغييرها.

-الاستراتيجية المستعملة: ما عاشته والدة يزن مع الحدث الضاغط من انفعالات ومشاعر، ومن خلال تلقيها للدعم الاجتماعي من قبل الأهل والأقارب يجعلنا نشير إلى أنها استخدمت استراتيجية فعالة متمركزة حول الانفعال.

- **صلاح الدين:** يركز كثيرا على ما تعيشه زوجته وما تعانيه

-التحليل: تحدث والد سهام عن حالة ابنته ومشكلاتها التي تعاني منها، فهي بالنسبة له من كثرة جمالها مرضت وأصبحت توحدية، فهي محط جميع الأنظار. **" شابة ومعيونة " (ملحق 06 رقم 132)**، ومع ذلك فالوضع قد بدى له نوعا ما طبيعي، لأن في هذه الحالة من يعاني أكثر ويحتاج إلى النظر إليه هو الزوجة **" مامات سهام تخمم في قرايتها ... وكي يولي عندها 29 سنة شكون يكون حذاها ويهتم بها؟؟؟! " (ملحق 06 رقم 133).**

-التفسير وإعطاء المعنى: مما هو ملاحظ بالنسبة للسيد صلاح الدين تجنبه التركيز في اضطراب ابنته فقد صرح في لقائه معنا أن معظم أوقاته يقضيه خارج البيت، فالبنت لا تحتاج إلى اهتمام أكبر فهي تحت التكفل النفسي والأرطفوني، كما أنه تاجر وطبيعة عمله تستلزم وجوده معظم الوقت خارجا، هنا نلتمس نوعا من الاعتزال والابتعاد عن مواجهة الوضع الضاغط، وبالنسبة له السيدة نورة زوجته تتصرف بدلال ومبالغة

في طلباتها واحتياجاتها، لأنها تحاول أن تظهر له بأنها شخص مريض نفسيا وعليه الاهتمام بها. أما والد سهام فكل ما يحدث هو أمر جد طبيعي سواء حالة سهام أو والدتها وعليهما عدم المبالغة في ذلك.

-الاستراتيجية المستعملة: من الواضح استخدام والد سهام استراتيجية سلبية ركزت على الاعتقاد الديني بالنسبة لابنه فجمالها سبب مرضها، وأيضا أظهر لنا تجنبه وابتعاده في مواجهة المشكل.

- **نورة:** أشارت لنا والدة سهام إلى وضعيتين صعبتين هما: اضطراب ابنتها ومشكلاتها ومعاناتها النفسية التي أثرت علي حياتها

-التحليل: بالنسبة للوضعية الأولى والمتمثلة في اضطراب الطفلة، فقد أظهرت لنا مشاعر حزن، وتحسر وخوف **" كنت نقول علاش بنتي دايرة هكا، وذراري لوخريين عاديين...." (ملحق 06 رقم 134)** فهي تتعايش مع ابنتها بصعوبة وألم، وما زاد الوضع سوءا هو مرضها النفسي الذي أشارت إليه **" أنا متبعة بسيكولوغ ....قالت لي عندك أفكار وهمية .... وتستحقي دعم من عند راجلك....." (ملحق 06 رقم 135)**، ومع هذا فهي لا تتلق الدعم والمساندة من زوجها، فقد وجدت حالها في وضعيتين تحتاجان الكثير من الدعم، ولكن الوضع يزداد معاناة لأنها رغم التكفل النفسي الذي تتلقاه الأم والطفلة لم يحدث أي تطور أو تحسن.

-التفسير وإعطاء المعنى: نجد أن السيدة نورة تبحث عن تفسير لوضعيتين صعبتين، وتحتاج للدعم خاصة من الزوج الذي يقضي أغلب أوقاته في العمل، فقد صرحت لنا أن طوال اليوم بمفردها في البيت لدرجة أنها أصبحت تخاف المكوث فيه، خاصة بعد حادثة انفجار قارورة الغاز بمنزلها، أصبح لديها أفكار سلبية تجاه ذاتها، وترى أن بإمكانها الخروج من هذا الوضع بوجود زوجها معها، هنا والدة سهام تبحث عن المعنى الحقيقي للعلاقة الزوجية التي في الأساس تبنى على التعاون والتفاهم والأمن والشعور بالاستقرار.

-الاستراتيجية المستعملة: يتضح استخدام الكثير من عبارات الأسى والتحسر، ومحاولة التعبير عن الانفعالات الداخلية من أجل التنظيم الانفعالي، وهنا نحن أمام استراتيجية فعالة متمركزة حول الانفعال.

ثانيا/ نتائج الدراسة الإحصائية: سنقوم بعرض نتائج الدراسة الإحصائية للفرضية العامة والفرضيات الجزئية تبعا لاستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي، من خلال اختبار " ت"، وفي الجداول أدناه نتائج قيمة : "ت" المحسوبة

- **<u>نتائج الفرضية العامة:</u>** والتي جاء نصها كالآتي: **لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة التناول النسقي**

الجدول رقم(34): يمثل نتائج الدراسة الإحصائية للفرضية العامة

رقم	الأسرة	جنس الولي	سن الولي	الدرجة	المستوى
1	ب. ع	أنثى	42	43	متوسط
2	ع. ك	انثى	40	49	مرتفع
3	ف. م	أنثى	42	55	مرتفع
4	ع. أ	ذكر	48	42	متوسط
5	ن. هـ	ذكر	47	57	متوسط
6	ف.م	أنثى	49	65	مرتفع
7	تو. ج	أنثى	25	49	مرتفع
8	م. م	أنثى	32	46	متوسط
9	آ. ق	ذكر	54	65	مرتفع
10	ب. و	انثى	38	54	مرتفع
11	ف. ن	ذكر	47	43	متوسط
12	غ. م	ذكر	32	46	متوسط

13	ب. ف	أنثى	36	48	مرتفع
14	م. ب	ذكر	40	48	مرتفع
15	ج. ج	ذكر	42	46	متوسط
16	ل. ب	ذكر	44	55	مرتفع
17	ع. ك	ذكر	39	64	مرتفع
18	ر. غ	أنثى	41	45	متوسط
19	ج. ق	ذكر	50	46	متوسط
20	م. ف	أنثى	38	49	مرتفع
21	ف. ب	أنثى	40	49	مرتفع
22	ب. س	ذكر	41	50	مرتفع
23	م. م	ذكر	43	47	مرتفع
24	م. م	ذكر	50	37	متوسط
25	ش. ل	أنثى	39	56	مرتفع
26	د. ص	أنثى	29	59	مرتفع
27	د. أ	أنثى	30	52	مرتفع
28	م. م	ذكر	43	55	مرتفع
29	س. ف	أنثى	44	29	متوسط
30	ب. ل	ذكر	44	34	متوسط
31	ط. ز	أنثى	45	56	مرتفع
32	ح. م	ذكر	50	53	مرتفع
33	م. هـ	أنثى	39	46	متوسط
34	ط. ي	أنثى	49	46	متوسط
35	ق. م	ذكر	50	46	متوسط

يظهر من الجدول أعلاه نتائج الدراسة الإحصائية للفرضية العامة، وقد أظهر مستويات مختلفة للارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي، كانت بين المتوسط والمرتفع، بحيث تمتع (15) فرد بمستوى متوسط، بينما (20) فرد كانوا ذو ارجاعية مرتفعة، وبالنسبة لجنس الولي أو سنه لم يظهر أن لهذين العاملين دور في ظهور مستوى متوسط أو مرتفع للارجاعية.

<u>نتائج الفرضية الأولى:</u> وجاء نصها كالآتي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية الآباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب.**

جدول رقم (35) : يبين نتائج اختبار "ت" في حالة عينتين مستقلتين في مستوى إرجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير جنس الطفل المضطرب.

قيمة (ت) المحسوبة	درجات الحرية df	الانحراف المعياري		متوسط العينة		(Sig) P-Value الاحتمال
		ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
1.485	33	8.39	5.21	50.2	47.6	0.457

يوضح الجدول رقم (35) أن قيمة P-Value تساوي (0.457) أي(45.7%)، وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية "المعنوية" (0.01) 1%، وبالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير جنس الطفل المضطرب.

نتائج الفرضية الثانية: والتي جاء نصها كالتالي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الطفل المضطرب**

جدول رقم (36): يبين نتائج اختبار "ت" في حالة عينتين مستقلتين في مستوى إرجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الطفل المضطرب.

قيمة (ت) المحسوبة	درجات الحرية df	الانحراف المعياري		متوسط العينة		(Sig) P-Value الاحتمال
		6-3	10-7	6-3	10-7	
6.683-	33	14.303	10.545	130.37	136.44	0.169

يوضح جدول أعلاه أن قيمة P-Value تساوي (0.169) أي (16.9%) وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية "المعنوية" (0.01) (1%)، وبالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الطفل المضطرب.

نتائج الفرضية الثالثة: والتي نصت كالآتي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.**

جدول رقم (37): يبين نتائج اختبار "ت" في حالة عينتين مستقلتين في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الأم.

قيمة (ت) المحسوبة	درجات الحرية df	الانحراف المعياري		متوسط العينة		(Sig) P-Value الاحتمال
		38-25	50-39	38-25	50-39	
0.838	16	14.392	14.849	136.86	130.91	0.414

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة P-Value تساوي (0.414) أي (41.4%) وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية "المعنوية" (0.01) (1%)، وبالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.

نتائج الفرضية الرابعة: والتي تنص: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب**

جدول رقم (38): يبين نتائج اختبار "ت" في حالة عينتين مستقلتين في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الأب.

قيمة (ت) المحسوبة	درجات الحرية df	الانحراف المعياري		متوسط العينة		(Sig) P-Value الاحتمال
		40-32	50-41	40-32	50-41	
0.206-	15	21.649	7.411	132.00	133.38	0.839

من خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين أن قيمة P-Value تساوي (0.839)، أي(83.9%) وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية "المعنوية" (0.01) (1%،) وبالتالي فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب.

ثالثا/ مناقشـــة نتائج الفرضيـــــات:

- **مناقشة نتائج الفرضية العامة:** والتي جاء نصها كالآتي: **لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي ارجاعية من وجهة التناول النسقي**

والتي جاءت كإجابة مؤقتة على السؤال العام، وهدفت إلى البحث عن وجود ارجاعية عند أولياء الطفل التوحدي كقراءة نسقية تركز هذه الأخيرة على طبيعة التواصل ما بين أفراد الأسرة أي داخل الأسرة

فالارجاعية تمثل مرحلة الشفاء من الصدمة أو الأزمة، بمعنى هي تلي مرحلة الضغوطات، فقد نجد بعض الأفراد عايشوا أحداثا مؤلمة واستمرت المعاناة والألم وشكلت عاملا مهدما للصحة النفسية، بينما آخرون استطاعوا تجاوز المحن والصدمات، أعادوا بناء توازنهم من جديد وبكل كفاءة ومهارة معتمدين على عوامل لبناء ارجاعيتهم.

إذا تحدثنا عن آباء وأمهات الطفل التوحدي فقد وجدنا لدى أغلبيتهم أو إن صح الأمر جميعهم عاش مرحلة صدمة الإعلان، فقد شكل وجود هذا الاضطراب لديهم مأزقا وموضعا زعزع الاستقرار النفسي وأخل بالنظام الأسري، حالات دراستنا الأساسية كانت بمجموع (20) فردا من آباء وأمهات، وجدنا عائلة واحدة، وهي عائلة الطفلان التوحديان بـ (يعقوب) البالغ من العمر ست سنوات، وأخوه (محمد) عمره تسع سنوات قد تعرضت لصدمة الإعلان في ابنها البكر (محمد)، لكن بعد ملاحظة واكتشاف أعراض التوحد لدى بـ (يعقوب) لم تظهر مؤشرات الصدمة لدى الوالدين (أمين وسعيدة) بنفس المستوى مع الطفل الأول، لأن اضطراب (محمد) ساعدهم في التعرف والتعايش أكثر مع الطفل الثاني، فحسب تصريحهم **" بالنسبة لـ بيعقوب لم تكن صدمة كبيرة، فقد تعودنا وذهب الخوف والقلق مع أخوه الأكبر...."**

أما الأفراد الأخرين فقد تعايشوا مع بدايات الاضطراب: معاناة، ألم، ضغوطات أسرية ومالية، رفض وانكار، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات من الأثر الذي يحدثه وجود فرد من ذوي الإعاقات

إذ يشير بكمان بيل (Beckman-Bell, 1980) إلى أن وجود معاق في الأسرة سواء أكانت إعاقة جسمية، عقلية، أو حسية تعتبر صدمة قوية للأسرة بشكل عام، وللأم بشكل خاص، وكثيرا ما يتولد عنها الشعور بالذنب، والاكتئاب، ولوم الذات، وينعكس ذلك على شكل محاولات للوم نفسها، أو لوم زوجها، أو الطبيب، أو المستشفى التي تمت فيه الولادة (منصوري عبد الحق وعايش، 2013 : 199)، وقد وجدنا بعض من الحالات التي تعايشت مع هذا الوضع : **" أخبرتنا الأرطفونية بأن محمد لديه توحد....بالنسبة لي صدمة لن أنساها، كيف تخبرني ذلك في الحصة الأولى ومع ذلك لم أصدقها.... "**

فقد يستطيع الأولياء تجاوز تلك الصدمة والتصدي للحدث الذي تعرضوا إليه جراء معرفة اضطراب طفلهم بمعنى ظهور لعملية الارجاعية.

وقد أشرنا سابقا أن هذه العملية تأتي بعد الحدث الضاغط، فيه يستعيد الأولياء مواردهم الشخصية ويعملون على إعادة البنية المعرفية من خلال استراتيجيات فعالة، وعوامل مساهمة في بناء ارجاعيتهم والتي تظهر في عواما الحماية الداخلية، من عوامل فردية فيها يملك الأفراد قدرات ومهارات معرفية، هم تمكنوا من الخروج من أزماتهم يحاولون مساعدة أنفسهم لتطوير مواردهم، وتنظيم انفعالاتهم وأحاسيسهم تجاه الوضع المعاش وكذا يعملون على تحسين العلاقات ما بين الأفراد، من خلال الدعم الذي يقدمونه للطفل التوحدي

والمتمثل في البحث عن المعلومات والمعطيات التي تساعدهم في فهم الاضطراب إعطاء تفسيرات وإيجاد حلول وبدائل للصعوبات، فهم لا يركزون فقط على المشكل بل البحث عن الحل.
بالإضافة إلى مالتمسناه لدى بعض أفراد حالاتنا من عوامل اجتماعية تمثلت في الدعم الأسري من أقارب، أهل وكذا بعض الأصدقاء والزملاء في العمل.
فحسب نتائج الأدوات الي طبقناها مع مجموع أفراد بحثنا في الدراسة الاستطلاعية (35) فرد، فقد أظهروا استجابات مختلفة من الارجاعية ما بين المتوسط والمرتفع
فمن خلال نتائج مقياس مؤشر الارجاعية لـ (FIRA-G) أظهر هؤلاء الأولياء مستويات مرتفعة من الارجاعية ظهرت في كل من الأبعاد التالية: بعد الدعم الاجتماعي، استراتيجيات المواجهة والتماسك وكذا الصلابة الأسرية، كما أوضحت نتائج استبيان الارجاعية الذي صممته الباحثة أن مجموع الآباء والأمهات الذين تمتعوا بارجاعية مرتفعة كانوا أكثر من هؤلاء ذو مستوى متوسط، وكانت النتيجة محصورة ما بين [23 – 47 [مستوى الارجاعية متوسط بمجموع (13) فرد، أما باقي الأفراد أي ما يقابل (22) أب فتمتعوا بارجاعية مرتفعة قدرت حسب استبيان الارجاعية ما بين [47 – 70]
كما أظهرت نتائج الهوية السردية التي طبقت مع مجموع (20) فردا في الدراسة الأساسية العديد من مظاهر ارجاعية الأفراد من خلال خطاباتهم التي تم تحليلها بالاعتماد على فكر بول ريكور والفلسفة الظواهراتية.
وجدنا لدى البعض من الأولياء الذين أظهروا لنا ارجاعيتهم (عبد الله، علي، صفية، محمد، كريمة، عبد الرحمن، بثينة، سميرة، سعيدة، صلاح الدين) هؤلاء استطاعوا فهم وضعيتهم، إعادة توازنهم من جديد التمسنا لدى البعض منهم: قوة وكفاءة، إيمان بالله، العمل على حل المشكلات دون التركيز على الصعوبات التي قد تؤثر على مسار تطور الوضع، تماسك وتعاون ما بين الأفراد، بل وقد التمسنا لدى البعض منهم كيف أن وجود هذا الطفل أعاد توازن النسق الأسري من خلال تحسين العلاقة الزوجية (عبد الله وأمينة) والدا الطفل محمد.
بينما البعض لاحظنا فيهم مستويات مختلفة للارجاعية بمعنى وجودها مع تدني في المستوى (سلمى، أمين)، أو غياب تام لوجود المقاومة والتصدي للوضع الضاغط، منهم من ربط الاضطراب بمعتقدات ووجود لقوى غيبية أثرت على الوضع، ركزوا على مشكلات أخرى ومعاناتهم اليومية منها المرتبطة باضطراب الطفل، ومنها المرتبطة بعوامل أخرى كمرض أو مشكلات عائلية (نورة، أحمد، ربيعة وأمينة) كما التمسنا لدى بعض الآباء والأمهات الذين ركزوا على المعاناة والألم النفسي الذي ربطناه بعوامل ذاتية أي عدم قدرتهم على التحمل والتخطيط (عبد الهادي وصباح) والدا الطفل يزن. وجدنا لدى كل من (سليمان وسفيان) مظاهر التجنب والانسحاب من الوضعية المعاشة، والتي أثرت بشكل كبير على العلاقات الأسرية خاصة الزوجية، كيف تذكر الأمهات (كريمة وسميرة) أن غياب الدعم والسند، وكذا عدم تقبل وجود الطفل كعنصر داخل الأسرة أثر سلبيا على سيرورة النظام الأسري.
<u>مناقشة نتائج الفرضية الأولى</u>: والتي جاء نصها كالتالي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية الآباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب**
في هذه الفرضية سنحاول التركيز على عامل الجنس لدى الطفل التوحدي، وكيف سيكون له تأثير على مستوى ارجاعية الوالدين؟، بمعنى وجود طفل توحدي ذكر يختلف عن طفل توحدي أنثى، هل سنجد لدى الأولياء الذين لديهم طفل ذكر مستوى أعلى من هؤلاء الذين لديهم طفل أنثى؟، أو العكس.
حسب نتائج المقياسين
من خلال مقابلاتنا مع مجموع الآباء والأمهات لم يتم سرد هذا العامل بأنه قد تكون لديهم مخاوف صعوبات، أو تزيد من مستوى ضغوطاتهم، مما قد يصعب عليهم تجاوز المحن، فالإشكالية التي طُرحت لديهم هي

الطفل التوحدي بكينونته وليس بجنسه، إن كانت هناك معاناة وضعف في المقاومة فهذا راجع لكونه ابنهم وهو جزء من الأسرة، وليس الأمر مرتبط بذكر أو أنثى.
وقد وجدنا لدى البعض منهم مستوى عال من الارجاعية بوجود الطفل ذكرا، نذكر والد الطفل محمد (عبد الله)، وقد أشارت الأم مدى الشعور الإيجابي الذي يُكِنُه الوالد لابنه خاصة مع ميلاده، فانتظاره لمولود ذكر كان بمثابة فرصة أمل: **" كون محمد ذكرا أدخل السعادة والفرحة في قلب والده، فلقد رأيت ذلك عندما أخبرنا الطبيب بأن الجنين ذكر... "**، ورغم اصابته فقد بقي ذلك الشعور الإيجابي لدى السيد (عبد الله)، كما وجدنا نفس المشاعر لدى بعض الأولياء من لديهم طفلة توحدية السيدة (سميرة) **" ريتاج أميرتي، هي الكل في الكل، أخبرت إخوتها بمدى حبي لها، فهي تحتاجني أكثر منهم " .**
بالإضافة إلى أنه من خلال مقابلاتنا مع مجموع الأولياء التي أجريناها واستنادا لتقنية سرد الحياة التي عبرها جمعنا خطابات وأقوال الأولياء الذين استطاعوا أن يحكوا لنا معاشهم النفسي وتجاربهم في الحياة مع طفلهم التوحدي، وكذا الظروف البيئية والمحيطية، استطاع البعض من هؤلاء الأفراد أن يحققوا ارجاعية بمستويات مختلفة أظهرتها نتائج الأدوات التي استخدمناها منها مقياسي (Fira-G) واستبيان الارجاعية المصمم من قبل الباحثة، ولم تظهر نتائج المقياسين أن عامل السن يحدد مستوى ارجاعية الأولياء، فقد وجدنا لدى بعض الآباء والأمهات ارجاعية مرتفعة سواء كان طفلهم ذكرا أم أنثى، ونفس الشي التمسناه لدى بعض الأفراد ذو مستوى متوسط من الارجاعية (ست أسر لها جنس ذكر، بينما سبع أسر لها طفل توحدي من جنس أنثى)، وما هو ملاحظ أن النتائج ليست متباعدة لتحديد أن عامل جنس التوحدي له أثر في مستوى ارجاعية الأولياء.
وفي حدود قراءاتنا النظرية وحتى الميدانية لم نجد دراسات أو أبحاث أثبتت أنه يوجد اختلاف في مستوى الارجاعية لدى الأولياء من حيث عامل الجنس. وعليه فالفرضية لم تحقق ما نصت عليه حسب النتائج
وبالتالي يمكننا أن نقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية الآباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير جنس الطفل التوحدي.
<u>مناقشة نتائج الفرضية الثانية:</u> والتي جاءت كالأتي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي من حيث سن الطفل المضطرب**
إذا لاحظنا هذه الفرضية سنكون أمام عامل السن الذي قد يلعب دورا في التأثير على الوالدين، فهل المرحلة العمرية لدى الطفل تؤثر على مستوى الارجاعية لدى الوالدين؟,
ما هو معروف أن سن الأطفال التوحديون الذي وظفناهم في دراستنا أغلبهم من (09-03) سنوات والتي تقابل مرحلة الطفولة الأولى والمتوسطة، ولكل مرحلة خصائصها وحاجياتها على مستوى النمو النفسي الاجتماعي، الانفعالي، الجنسي والفيزيولوجي، وهذا حسب النمو الطبيعي لدى كل الأطفال إذا أردنا أن نتمعن قليلا في هاته المرحلتين يمكننا أن نشير إلى أن المرحلة الأولى التي تسبق مرحلة الرضاعة الممتدة ما بين(الميلاد- سنتين)، وهي ما بين (ثلاث إلى ست) سنوات فيها يتم تشخيص الاضطراب، لأن ظهور التوحد يكون دون ثلاث سنوات، قد تظهر قبل هذا السن مؤشرات الانذار، وعليه قد لاحظنا ميدانيا أن أهم مرحلة لدى الأولياء هي مرحلة التشخيص والإعلان، وبالتالي سيكون هؤلاء الأفراد - الوالدين- في المرحلة الحرجة أو مرحلة الأزمة التي تأتي بعد الحدث الصدمي، يعيش فيه الأولياء ردود أفعال سلبية، وعليه يتضح التصورات والتمثلات التي يحملها الأولياء وكذا المشاعر التي يعيشونها مرتبطة بشكل كبير في هذه المرحلة بعملية التشخيص التي تتزامن معها.
نجد دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب الفايز، بعنوان أثر وجود طفل معاق على الوالدين: دراسة ميدانية بمدينة عمان، تناولت الدراسة أثر وجود طفل معاق على الوالدين عن طريق قياس مستوى

القلق، والضغط النفسي اللذان يتعرضان له جراء الحدث، وقد تمت هذه الدراسة على درجة أداء الأبوين لأعمالهما ووظائفهما المعتادة، وعلى ثبات العلاقة الزوجية، كما تم تجري الفروقات بين الأسر فيما يتعلق بآثار الإعاقة تبعا لتباين خصائص الأطفال وأسرهم الديمغرافية، والاجتماعية والاقتصادية، وقد اعتمد الباحثان على الأدوات التالية: تصميم استبيان وتعبئته من طرف آباء وأمهات المعاقين في الفئة العمرية (أربع سنوات فأقل)، مع استخدام المنهج المسحي من خلال مقابلة ثمانين أبا وأما لطفل معاق يمثلون (90,91 %)، كما قاما الباحثان بإجراء الأساليب الإحصائية، وقد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج منها : عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من المتغيرات المستقلة المتمثلة بعمر الطفل، نوعه، ترتيبه بين الإخوة، مستوى تعليم الأبوين، عمل الأب، نوع العائلة.

ودراسة فلينت وود (Flynt and Wood, 1989) بعنوان " الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وكيفية مواجهته "، التي هدفت إلى معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على الأمهات طبقا لاختلاف العوامل المؤثرة: سن الابن المعاق، سن الأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة على عينة قوامها (90) أم لأطفال من فئة التخلف الذهني المتوسط، وشكلت أعمار الأمهات من (25 إلى 60) سنة وأعمار الأبناء من (06 إلى 21) سنة، استخدم الباحثان مقياس الضغط الأسري (Family stress) ومن بين النتائج المتوصل إليها: لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط وفقا لاختلاف سن الابن (السيد عبد الرحمن وخليفة حسن، 2004: 278).

وتبعا لنتائج الأدوات المستخدمة من المقابلات التي قمنا بها مع الوالدين هدفت أيضا للتعرف على تجاربهم ومعاشهم النفسي من خلال حكاياتهم، واستنادا للمقاييس المطبقة التي هدفت إلى الكشف عن مستوى ارجاعية أولياء التوحدي تبعا لمتغير السن، وبالتالي لم تتحقق فرضيتنا مع ما جاءت به النتائج والتي لم تظهر وجود عامل السن كسبب في انخفاض مستوى قدراتهم وعدم تحملهم للصعوبات أو الأحداث الضاغطة، ماعدا منها المتعلقة بالتشخيص والإعلان، وقد ذكرت بعض الأمهات والآباء ذلك في لقاءاتنا معهم، السيدة **(سلمى) : " أخبرتني الأرطفونية أن أمين لديه طيف التوحد؟؟!، تفاجأت بهذا النوع من المرض ماذا يعني؟؟؟؟"**، ويضيف السيد (عبد الهادي): **" أفجعنا الطبيب عندما قال لنا أن يزن توحدي !"**

كما أن نتائج المقياسين المطبقين في الدراسة الاستطلاعية على مجموع (35) فرد من آباء وأمهات التوحدي لم تظهر أن لمتغير السن أي دور أو أثر في اختلاف مستويات ارجاعية الأولياء

وبالتالي فالفرضية لم تحقق ما جاءت به وعليه يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية آباء وأمهات الطفل التوحدي حسب متغير سن الطفل المضطرب.

<u>مناقشة نتائج الفرضية الثالثة</u>: والتي تنص كالآتي: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.**

تمثل أفراد بحثنا في مجموع آباء وأمهات لديهم طفل يعاني من التوحد، وقد أشرنا سابقا مدى التأثيرات التي ينجم عنها وجود هذا الطفل سواء على الصعيد الشخصي، العائلي ـأو الاجتماعي، وقد تختلف ردود الفعل لدى الأمهات عنه بالنسبة للآباء، فكل فرد منهم يحمل تصورات مختلفة تجاه الوضع الضاغط، فقد التمسنا لدى بعض الأمهات اللواتي يولين رعاية لأطفالهن كيف استطعن أن يحولن التجربة السيئة إلى قوة محرك، بعد أن اختل النظام الأسري استطاعت هاته الأم أن تعيد توازن النسق من جديد، وتعتبر وجود طفلها التوحدي بمثابة قوة وكفاءة، وتراوحت أعمار أمهات دراستنا ما بين (25 -50) سنة، والتي التقينا بهم في دراستنا الاستطلاعية والأساسية، فقد أظهرت بعض الأمهات وجود ارجاعية مقارنة بأزواجهم من الرجال، لدينا السيدة **سميرة: " ريتاج رزقي وكنز من الله، علمتني الصبر، أعطتني دروسا في الحياة، أصبحت**

هادئة أشعر بالمريض، بالفقير و....."، وفي حديث آخر تذكر لنا رفض الزوج وعدم تقبله للوضع المعاش **" أصبح صراع بيني وبين زوجي على حالة ريتاج، أنا أقول أنها مريضة وهو تبدو له عادية "**، فكل من السيدة: (صفية، كريمة، بثينة، سميرة وسعيدة) حسب أداة الهوية السردية قد أظهرن ارجاعية كبيرة.

نجد في هذا الصدد دراسة لصيلدا كويدمير وآخرون " (selda koydmir and others, 2009) للتحقيق في أثر وجود طفل توحدي على حياة الأم التركية، عن طريق إجراء مقابلات شبه منظمة مع عشر أمهات لأطفال مصابين بالتوحد، حيث قام بتصميم أسئلة المقابلة للكشف عن جوانب كثيرة من تجارب الأمهات مع طفل معاق، وقد أسفرت النتائج عن مجموعة متنوعة من المواضيع ذات الصلة بتجارب الأم، كردود الفعل إثر ولادة الطفل المعاق، مصادر الضغوط، استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الضغوط، فقد ذكرت جميع الأمهات المشاركات أنهن يعانين من ضغوط نفسية بسبب المشاكل المالية والمطالب الثقيلة لرعاية الطفل، وأظهرن أيضا أن هناك قلقا لدى الآباء والأمهات حول مستقبل الطفل المعاق مما يسبب ضغوط (koydemir ,2009 :2354) .

كما نجد أيضا دراسة لتيموشك (Tymchuck, 1993) التي بينت انطلاقا من عينة شملت (33) أما أن الأمهات منقسمات بين الشعور بالإحباط نتيجة المهام التربوية، وفي نفس الوقت الشعور بنقص تقدير الذات (Coppin.B , 2007 :89).

هذا يعني أن مستوى الضغوطات قد يرتبط بصعوبات مادية، صعوبات في الرعاية والاهتمام وبعض العوامل الأخرى التي قد تخفض مستوى الارجاعية، حسب المقياسين.

أما بالنسبة لعامل السن لدى الأمهات فلم يلعب دورا في مستوى ارجاعية كل أم، وقد أشرنا سابقا إلى أنه تروح سن أفراد عينتنا ما بين (25 -50) سنة، وهي فترة الرشد والنضج، فمن خلال مقابلاتنا مع مجموع الحالات حسب ما أظهرته نتائج الهوية السردية لم تظهر أي أم تأثير عامل السن على مدى ارجاعيتها ومواجهتها للجدث الضاغط عادا السيدة أمينة والدة الطفل محمد، البالغة من العمر (47) سنة، وكان سنها عند ولادة طفلها (42) سنة، **" أظن أن عصبية والد محمد.... ونفسيتي المتعبة أثناء الحمل، وأيضا تأخر سني في الإنجاب هي التي جعلته توحديا ".** وبالتالي فقد تحققت فرضيتنا مع حالة واحدة من مجموع عشر أفراد

أما بالنسبة لنتائج المقياسين المطبقين في الدراسة الاستطلاعية على مجموع (35) فرد، فقد أظهرت في استبيان الارجاعية خمسة أمهات مستوى متوسط من الارجاعية، بينما التمسنا لدى (13) أما تتمتع بارجاعية مرتفعة، ولم يكن لعامل السن أثر في مستوى استجاباتهن ، مثلا السيدة (ط. ز) البالغة من العمر (45) سنة ذو مستوى مرتفع من الارجاعية قدر بـ (56)، وكذا السيدة (د.ص) البالغة من العمر (29) سنة دو مستوى مرتفع أيضا من الارجاعية قدرت بـ (59)، في حين نجد مستويات متوسطة لدى البعض فمثلا السيدة (س.ف) البالغة(44) سنة قدرت ارجاعيتها المتوسطة بـ (29)، والسيدة (م.م) صاحبة الـ (32) سنة أظهرت ارجاعية بقيمة (46)، وبالتالي فالنتائج توحي أن عامل السن لدى أمهات التوحدي لم يكن متغيرا مؤثر في مدى استجاباتهن مع أطفالهن، وعليه فالفرضية لم تحقق ما جاءت به

إذن يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم.

<u>مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:</u> والتي تنص: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب.**

سنكون في هذه الفرضية أمام عامل سن الأب، والذي قد يرتبط في وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الارجاعية لدى الوالدين، بالنسبة لأعمار الآباء الذين وظفناهم في دراستنا الحالية كان ما بين (32- 55) سنة، وهي متقاربة مقارنة مع أعمار الأمهات.

بالنسبة لآباء دراستنا الأساسية (10) آباء من مجموع (20) فرد، فقد أظهروا العديد من المشاعر والمواقف تجاه الحدث الضاغط، والمتمثل في وجود طفل حامل للتوحد، منهم من التمسنا لديهم نوعا من الكفاءات والمهارات التي يستخدمونها في التصدي لمختلف الصعوبات، هم يحملون تصورات ايجابية رغم معاناتهم وآلامهم التي عاشوها مع بدايات الاضطراب، خاصة وأنهم انتظروا ميلاد طفل مثالي، ليجدوا فردا من أفراد أسرتهم يحمل أحد الإعاقات التي تغير من نمط وسيرورة النسق الأسري، (عبد الله، علي، محمد، عبد الرحمن ، صلاح الدين)، هؤلاء أظهروا لنا الكثير من مؤشرات الارجاعية: وجود كفاءة ذاتية مرتبطة بعوامل شخصية، وعائلية وكذا بيئية وجود مرونة وقدرة على حل المشكلات، توظيفهم الإيجابي للمصاعب وقدرتهم في التصدي لها، العديد من المواقف حدثت لهؤلاء مع أطفالهم استطاعوا خلالها أن يحولوها إلى وضعيات أقل صعوبة فيها يتمكن الطفل من الارتقاء والتطور، وكذا مساعدة الأسرة على الحفاظ على توازنها.

قامت كل من صابرين روماغنانو وسوزان غافيلدا (Sabrine R.romagnano and Susane Gavidia-payne, 2009) بدراسة حول برنامج التدخل الوالدي للأطفال المعاقين، من حيث آثار الضغوط النفسية الوالدية وكفاءة الوالدين على عينة تتكون من (15) أب، تتراوح أعمار الأطفال معاقين بين (02- 05) سنوات، حيث قام الأولياء بملء استبيان قبل البرنامج وبعده يتضمن قياس ضغط الوالدين والشعور بالكفاءة، كشفت النتائج عن طريق (T test) لعينتين مرتبطتين انخفاضا كبيرا في مستوى الضغوط بعد البرنامج المرتبط بمتاعب تربية الطفل المعاق، فضلا عن انخفاض في الضغوط المرتبطة باحتياجات الوالدين، أما العلاقة بين الضغط العام والشعور بالكفاءة الوالدية لم تكن دالة بعد البرنامج (Romagnano,S,. and others .:2009: 87)

ومن خلال لقاءاتنا مع الآباء وعبر خطاباتهم حول معاشهم النفسي، وكذا ـوضعياتهم مع أطفالهم التوحديون لم يظهر هؤلاء الآباء أن عامل السن له أثر أو دور في المستوى ارجاعيتهم

كما بينت النتائج في الدراسة الاستطلاعية والتي أوضحتها المقاييس المطبقة على الأفراد، فقد أظهر اسبيان الارجاعية مستويات مختلفة لارجاعية الآباء لم تحدد متغير السن كعامل أساسي ، فنجد ثمان آباء قد أظهروا مستوى متوسط من الارجاعية في حين تسع من هؤلاء الآباء تمتعوا بارجاعية مرتفعة مثلا

السيد (غ.م) البالغ من العمر (32)سنة أظهر مستوى متوسط من الارجاعية قدر بـ (46)، السيد (ج.ق) الذي يبلغ (50) سنة أظهر أيضالا ارجاعية متوسطة قدرت بـ (46)، بينما هناك من الآباء من أظهروا مستويات مرتفعة نجد: السيد (ن. ه) البالغ (47) سنة ، قدرت ارجاعيته بـ (57)، أيضا السيد (ع.ك) البالغ من العمر (39) سنة، أظهر ارجاعية قدرت بـ (64)، وعليه فإن النتائج أكدت أن الفرضية لم تحقق ما جاءت به، وبالتالي يمكننا أن نقول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأب.

خلاصـــــــة الفصـــــــــــــــل

نلاحظ من خلال ما تم عرضه من النتائج التي كانت عبارة عن تحليل لخطابات الأولياء وهم يعرضون تجاربهم ومعاشهم النفسي مع أطفالهم التوحديون، والتي استنتجناها اعتمادا على نظرية بول ريكور (Ricoeur. P)، وكذا ركزنا بشكل كبير على مخطط كامبفر (Kumpfer) للارجاعية، وخاصة عواملها التي تساهم في بنائها بما فيها عوامل الحماية المتعلقة بالفرد، البيئة والدعم أو السند وكذا عوامل الخطر التي تمثل الظروف الموجودة وتسبب في ظهور المرض أو الإصابة، فقد وجدنا مظاهر متعددة وإدراكات متعلقة سواء بالاضطراب أو بالطفل. فوجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة له الأثر على النسق والعلاقات الأسرية، ومن المعلوم أن الحدث الضاغط يسبب معاناة وألم، وقد يسعى أفراد الأسرة إلى تحريك المسار

السلبي إلى قوة وكفاءة، إذ يجعل من المشكل أو الأزمة تحدي، بينما البعض منهم قد يتعايش مع الوضع على أنه عادي، وهذا التمسناه لدى حالات الدراسة، كما كان لدى كل فرد استراتيجية معينة استخدمها للتكيف مع الوضع استطعنا أن نستنتجها بعد وضع الخطابات وتحليل محتوياتها مع إعطاء تفسيرات ومعاني، كما قمنا بعرض نتائج الدراسة الإحصائية باعتمادنا على المنهج الإحصائي من خلال تطبيق المقياسين على مجموع أفراد البحث ووظفنا تلك النتائج في مناقشة فرضيات بحثنا.

- المساهمـــــــة العلميـــــــة
- المساهمـــــــة النظريـــــــة
- المساهمـــــــة التطبيقيـــــــة
- المساهمـــــــة الأمبريقيـــــــة
- خاتمـــــــــــة
- الاقتراحـــــــــات

المساهمة العلمية

استطعنا خلال دراستنا الحالية أن نكشف عن المعاش النفسي لأولياء أطفال يحملون اضطراب التوحد، كقراءة نسقية ترتكز على التواصل داخل الأسرة وأهمية ذلك في الحفاظ على استقرار النسق الأسري وبناء علاقات جيدة بين أفرادها، آباء وأمهات شكلوا العينة المستهدفة في دراستنا.

المساهمة النظرية

موضوعنا كان ثري بجانبيه النظري والتطبيقي، استطعنا أن نجمع العديد من العناصر الأساسية حول متغيرات الدراسة، فمشكلاتها وفرضياتها التي وضعناها كإجابات مؤقتة للدراسة والتأكد من صحتها أو نفيها ميدانيا، أبرزنا خلالها عن أهمية هذه الدراسة، وأهدافنا منها. كما تضمن موضوعنا العديد من المواضيع الهامة منها تلك التي جاءت تتحدث عن المقاربة النسقية بمفهوم النسق كعنصر أساسي يتفاعل مع عدة عناصر داخل السياق الأسري، عرفنا التطورات التاريخية للمقاربة مبادئها وتطبيقاتها، كما حاولنا فهم النظريات المتعلقة بالمقاربة، استطعنا خلالها أن نفهم جيدا ما يحدث على مستوى الأسرة، فعملية الاتصال والتواصل والبناء الأسري وفهم قواعد الأسرة وغيرهم تشكل أساسيات النظام، كما أن التدخل النسقي الأسري يلعب الدور الأساسي في علاج العديد من المشكلات داخل الأسرة، وما يهمنا أكثر العلاقات ما بين أفرادها، تحدثنا عن الارجاعية كمفهوم في علم النفس الإيجابي فترجمة (Resilience) أخذت مناح متعددة منها المرونة النفسية اللدونة النفسية، الصلابة النفسية، الجلد وغيرهم من المصطلحات التي صادفناها في قراءاتنا النظرية لبعض الدراسات والأطروحات، حاولنا البحث عن التطورات التاريخية للمفهوم، وكذا تعمقنا في تلك المفاهيم المتداخلة مع الارجاعية، وقد لاحظنا أن هذا المصطلح (Resilience) تناول من قبل باحثين ودرسوه مع متغيرات أخرى قد تكون لها علاقة بالصدمة، أو ضحايا الارهاب.... لأن الارجاعية عملية تأتي بعد الحدث الضاغط، لها مميزاتها وخصائصها، كما تتعلق بعوامل لها صلة بالفرد ومحيطه، فلكي يستطيع فرد بناء ارجاعيته لابد من وجود عوامل ذاتية، عائلية، محيطية ودعم. كما أن الحديث عن وجود طفل ذوي إعاقات داخل الأسرة يحدث الكثير من التغييرات في نظامها، لأننا نتحدث عن عنصر من عناصر العلاقة الأسرية ونحن تناولنا اضطراب التوحد بمفاهيمه النظرية المختلفة ولقد وجدنا العديد من الدراسات التي أشارت إلى ما يحدثه طفل ذو إعاقة سواء ذهنية، حسية، انفعالية أو جسمية على العلاقات الأسرية، بما فيها العلاقة الزوجية الوالدية وحتى الأخوية، ونحن ركزنا بشكل كبير على ما ينجم عنه من آثار على مستوى العلاقة الوالدية لأنه موضوع دراستنا الحالية، والتوحد كإحدى الإعاقات أخذ تعاريف متنوعة وبدأ يتطور مع الزمن ويزداد انتشارا بين أوساط المجتمع، لاحظنا أنه تزايد مع الآونة الأخيرة بشكل كبير رغم الدراسات والأبحاث المتعددة في الموضوع، وتنوع النظريات والفرضيات وكذا الأسباب المتعددة في إعطاء تفسيرات حول الإصابة، وهذا لا ينفي أنه بإمكان هذا الطفل التوحدي أن يحدث آثارا إيجابية على الأسرة ويحسن من طبيعة العلاقات، لأن هذا الاضطراب يأخذ أشكالا متعددة ودرجات في مستوى الإصابة، قد نجد توحديا ذو مستوى عال يكون له الأثر الكبير في زعزعة النسق، مقارنة بتوحدي يحمل بعض الأعراض الطفيفة ومنه أخذنا السياق لتناول فصل عن الأسرة استطعنا خلاله أن ندرس الكثير من العناصر، منها المتعلقة بالجانب الأبوي ، ومنها الجانب الأمومي، وفي السياق وجدنا مجموع المشكلات والحاجات وكذا الخصائص المتعلقة بالأسرة التي بها طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة على الوجه العموم والتوحدي بالأخص، كما أن مرحلة الإعلان والتشخيص هي من أصعب المراحل التي يمر بها الوالدين، فهي مرحلة الأزمة والضغط، هنا نلتمس البعض منهم تعرضوا لضغوطات ومشكلات واستمرت معهم وأثرت على صحتهم النفسية والجسمية، وبالتالي لم يتمكنوا من تطوير مجالات حياتهم، بينما قد نجد لدى البعض الذين استطاعوا الارتداد والشفاء والتعافي من أثر الصدمة، وحققوا ارجاعية بمستويات مختلفة.

المســـــاهمة التطبيقية

بالنسبة لدراستنا التطبيقية فقد أجريناها مع أولياء التوحديين من آباء وأمهات التقينا بهم بمصلحتين متخصصتين في التكفل بذوي اضطراب التوحد، بمجموع (35) فردا طبقنا معهم أداتين لقياس مستوى الارجاعية، وقد تحصلنا على النتائج بعد ما تم إجراء الخصائص السيكومترية للمقياسين، كما اعتمدنا على الملاحظة بالمشاركة والمقابلة العيادية في دراستنا الاستطلاعية، وفي الوقت ذاته التقينا مع مجموعة من الأهالي جمعتنا تجاربهم اليومية بهدف اختيار حالات الدراسة الأساسية، واستطعنا خلالها أن نتفق مع مجموع (20) فردا من أب وأم وافقوا على العمل معنا من أجل تطبيق الأداة الأساسية والمتمثلة في الهوية السردية، أو ما تعرف بسرد الحياة حسب بول ريكور(Ricoeur. P) ، مع استخدام الفلسفة الظواهراتية أو الفينومينولوجيا، خلالها قام هؤلاء الأفراد بسرد حكاياتهم وتجاربهم منها المتعلقة بجوانبهم الشخصية الذاتية المرتبطة بماضيهم وطفولتهم، ومنها المرتبطة بعلاقاتهم الآنية مع أفراد أسرتهم، سواء العلاقة الزوجية أو الوالدية، كما أن تجربتهم كآباء أو أمهات لأطفال توحديين يحملون الكثير من التصورات، عايشوا أحداثا منذ مرحلة الإعلان والتشخيص لاضطراب الطفل، فلقد وجدنا في مقابلاتنا معهم الكثير من القصص والحكايات التي تحمل معاني كثيرة، حاولنا معهم أن نفهم تلك التجارب ونضعها في قالب تفسيري ذو معان مختلفة، مع ربطها باستراتيجيات استعملها الأولياء في تعاملاتهم وتجاربهم، منها استراتيجيات متمركزة حول المشكل، ومنها المتمركزة حول الانفعال استطعنا التعرف عليها من خلال تحليلنا للمقابلات التي أجريناها باستخدام تقنية سرد الحياة، كما أننا استعنا بالملاحظة بالمشاركة والمقابلة النسقية، وباستعمال جهاز التسجيل أن نجمع قدرا كبيرا من المعطيات والمعلومات حول الدراسة.

المساهمة الأمبريقية:

جاءت دراستنا الحالية للكشف عن ارجاعية آباء وأمهات في ظل وجود طفل توحدي عبر قراءة نسقية، تبحث في طياتها عن قدرات وكفاءات يحملها أولياء التوحدي، فرغم الحدث الضاغط والأزمات والمشكلات التي عاشوها تمكنوا من الحفاظ على توازنهم وتطوير ذواتهم والمساهمة في تطوير علاقاتهم مع أفرادهم من الأسرة، وكذا المحيط الاجتماعي، لاحظنا العديد من مظاهر الارجاعية لدى أفراد دراستنا بمستويات مختلفة عبروا عنها خلال سردهم لحكاياتهم، أقوال وخطابات جمعناها، وقمنا بتفهمها وتأويلها ثم تحليلها وتفسيراها وإعطائها معنى، مع الكشف عن نوع الاستراتيجية التي تبناها كل فرد.

في هذه الدراسة وضعنا تساؤلات وفرضيات بهدف الوصول إلى نتائج من خلال تطبيق الأدوات والتقنيات التي تم الإشارة إليها سابقا، وقد أسفرت نتائج بحثنا إلى:

إلى أن آباء وأمهات الطفل التوحدي لديه ارجاعية من وجهة التناول النسقي، وهذا ما التمسناه لدى أغلبية حالات الدراسة التي سجلنها في الدراسة الميدانية كما أن مستوى الارجاعية ظهر لديهم بمستوى متوسط، فقد أظهر البعض منهم مؤشرات عن وجود ارجاعية، بينما البعض لم نلاحظ لديهم تلك الدلائل كما تواجدت بمدرجات متفاوتة ومختلفة حسب المقاييس المطبقة، وفي حدود قراءاتنا لم نجد دراسات سابقة تناولت موضوعنا عدا دراسة الماجيستر للباحثة والتي تناولت الجانب الأخوي، أي ارجاعية إخوة الطفل التوحدي من الوجهة النسقية

ومن النتائج المتحصل عليها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إرجاعية الآباء وأمهات التوحدي من حيث جنس الطفل المضطرب وكذا سنه وهذا توافق مع العديد من الدراسات منها دراسة صلاح حمدان اللوزي وعبد الكريم متعب الفايز، وأيضا ودراسة فلينت وود (Flynt and Wood, 1989)، التي أكدت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من حيث سن الطفل، نوعه، ترتيبه بين الإخوة .... في

درجات الضغوط ووجود طفل معاق في الأسرة، ونجد دراسة صيلدا كويدمير وآخرون selda) koydmir and others, 2009) " للتحقيق في أثر وجود طفل توحدي على حياة الأم التركية.
كما أسفرت دراستنا على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي تعزى إلى متغير سن الأم. سن الأب، عادا حالة واحدة كانت أم تبلغ من العمر (47) سنة، وبالتالي أظهر (19)فرد من مجموع (20) فرد مستوى من الارجاعية، وهذا ما أكدته الأساليب الإحصائية والتقنيات المستخدمة في الدراسة.

خـــــــــاتمـة

تناولنا في دراستنا الحالية موضوع " التناول النسقي للارجاعية لدى ' آباء وأمهات الطفل التوحدي "، فقد حاولنا أن نعطي قراءة نسقية ترتكز على الاتصال ما بين أفراد الأسرة لعملية الارجاعية كمفهوم يندرج ضمن علم النفس الإيجابي، والذي يحدث بعد الحدث الضاغط، فيه كشفنا عن هذه العملية لدى أولياء يتعايشون مع طفل في وضعية صعبة، لأن اضطراب التوحد من الإعاقات الشائعة التي تؤثر على الأسرة ككل، بما فيها الوالدين والإخوة والأخوات.
هذه الدراسة كانت كتكملة لرسالة ماجيستر للباحثة التي تطرقت فيها إلى البحث عن ارجاعية إخوة أطفال التوحد وإعطائها تناولا نسقيا، وفيها توصلت الباحثة إلى مجموعة من النتائج منها أن الأثر الذي يحدثه وجود التوحدي داخل الأسرة على الوالدين يعتبر امتدادا على هؤلاء الإخوة والأخوات العاديين، ومنه حاولت الباحثة تبني دراسة مكملة للموضوع الذي كان أحد العناصر التي عرضتها في توصياتها خلال الرسالة، تبحث فيه أكثر عن أهمية العلاقة الوالدية ولما لها الآثار في النسق الأسري ككل فالوالدين هما زوجان قبل كل شيء، تربطهما علاقة زوجية، وهما أبناء لآباء في الوقت ذاته، فقد حاولنا أن نبحث عن تاريخ الحالات، أن نفهم ماضيهم وتجاربهم، محاولين ربط ذلك بالمعاش الحالي مع أطفالهم التوحديين دراستنا كانت ثرية بجانبيها النظري المعمق في الموضوع، والتطبيقي الذي جعلنا نفهم أكثر ما يحدث على مستوى العلاقات الأسرية خاصة وجود فرد يحمل إعاقة، آباء وأمهات أظهروا لنا قدراتهم ومهارتهم في الحياة، استطاعوا أن يتعايشوا مع وضعيات صعبة على أنها فقدان، ألم حزن ومشاعر سلبية، بينما آخرون استطاعوا أن يحولوا من تجاربهم السلبية إلى وضعيات تحدي وقوة، وآخرون أظهروا لنا على أن الوضع المعاش عادي.
هدفت دراستنا إلى معرفة إن كان وجود هذا الطفل التوحدي سيساعد في ظهور تلك المهارات والموارد الشخصية بمفهومها والعوامل المساهمة في بنائها، مع البحث عن مستوى الارجاعية لدى كل من الآباء والأمهات، فقد تنوعت حالات دراستنا من حيث الفئات العمرية وكذا جنس وسن الطفل، حاولنا أن نبحث عن أهمية ذلك ومدى تأثير هذه العوامل في بناء الارجاعية لدى الوالدين ومن خلال الدراسة الميدانية وباستخدام مختلف الأدوات من الملاحظة بالمشاركة، المقابلة العيادية والنسقية، والهوية السردية كأداة أساسية ساعدتنا في تحليل مجموع خطابات وأقوال الأولياء، وبالاستعانة بالمنهج الوصفي الذي يرتكز على دراسة الظاهرة ووصفها كما هي في الواقع طبقنا مقياسين، أحدهما يبحث عن مستوى الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira - G)، والثاني استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات التوحدي. وكذا المنهج العيادي المطبق في الدراسة الأساسية.

الاقتراحـــــــــــــــات:

في حدود قراءتنا للتراثين النظري والتطبيقي وجدنا أنه لا توجد دراسات تناولت هذا الموضوع كما هو خاصة الدراسات العربية والمحلية، وإذا أخذنا التناول النسقي كأحد الاتجاهات الحديثة التي تفسر الاضطرابات النفسية مركزة على الاتصال داخل الأسرة، وأن ظهور الاضطراب يعود إلى الاتصال المرضي الموجود بين الأفراد، ويعتمد هذا التناول على التفكير الدائري.

لقد تعددت الدراسات حول مفهوم الأسرة كمؤسسة اجتماعية أولية للطفل، فالعلاقات الأولية للفرد هي امتداد إلى المراحل اللاحقة، وتناولت بحوث كثيرة اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عصبي وتأثيراته المختلفة التي تحدث الضغوطات وتؤثر على الصحة النفسية والجسمية على الأسرة، وكذا ظهور المشكلات والصعوبات سواء تعلق الأمر بالطفل ذاته، أو الوالدين، أو الإخوة والأخوات، لكن غفلت الدراسات عن الأثر الإيجابي الذي قد يحدثه هذا الطفل من تعديل وتحسين للعلاقات الأسرية، وما يحدثه من تعلم لاستراتيجيات ووجود قدرات ومهارات لدى أفراد الأسرة

موضوع دراستنا من أهم المواضيع التي تندرج ضمن علم النفس الإيجابي إذا تحدثنا عن الارجاعية والمفاهيم المتعلقة بها، وفي تناولنا لمجال الطفولة ومشكلاته سنكون أمام علم النفس النمو، وكذا التربية الخاصة مع اضطراب التوحد، ولسنا بعيدين عن علم النفس الأسري في حديثنا عن الأسرة، والمقاربة النسقية في العلاجات الأسرية.

وعليه اقترحنا عرض مجموعة من النقاط استخلصناها من تجربتنا الميدانية ومن دراستنا الحالية والمتمثلة في:

1- دراسة النسق الأسري ككل، والتركيز على العلاقات بشكل محدد كتناول سياقي الذي يعتبر هذا الأخير أحد الاتجاهات الادماجية.
2- دراسة الجروحية والارجاعية معا لدى أولياء أطفال التوحد.
3- دراسة مقارنة بين التوحدي كطفل وكمراهق ومدى التأثيرات التي يحدثها على مستوى العلاقات الأسرية.
4- دراسة العلاقة الزوجية وإعطائها قراءة نفسية (نسقية مثلا)، وما يحدثه وجود طفل توحدي

قائمة المراجع والمصادر

أولا/ المرتجع باللغة العربية

ثانيا/ المراجع باللغة الأجنبية

أولا/ المراجع باللغة العربية:

ابراهيم، الحكيم رابية، (2003)، **دليل للتعامل مع أطفال التوحد**، الطبعة الأولى: شركة المدينة المنورة للنشر والطباعة.

ابراهيم، مصطفى وآخرون (2000). **المعجم الوسيط**، تركيا: المكتبة الإسلامية.

ابن الطيب، فتيحة، **التخلف العقلي عند الطفل وآثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم**، رسالة ماجيستر، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، سطيف/ الجزائر: جامعة فرحات عباس.

أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد، (2013)، **المرونة النفسية، ماهيتها، ومحددتها وقيمتها الوقائية**، مجلة الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية، العدد 29.

أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد، (2014)، **علم النفس الإيجابي، ماهيته، ومنطلقاته النظرية وآفاقه المستقبلية**، مجلة إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية، العدد 34.

أحمد، السيد محمد اسماعيل، (1995)، مشكلات الطفل السلوكية، الطبعة الثانية، الاسكندرية/ القاهرة: دار الفكر الجامعي.

إدوارد، سعيد، (2004)، ترجمة سعيد أبو ديب، **الثقافة والإمبريالية**، الطبعة الأولى. بيروت/ لبنان: دار الآداب.

آل اسماعيل، حازم رضوان، (2011- 2012)، **التوحد واضطرابات التواصل**، الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: دار مجد لاوي للنشر والتوزيع.

آيت أوفلة، وسيلة، صجراوي، عقيلة، (نوفمبر 2018)، **الارجاعية لدى أم الطفل المتوحد ما بعد التشخيص، مجلة مخبر الأنثربولوجية التحليلية وعلم النفس المرضي** – نفسانيات وأنام-، العدد 02، رقم02، الجزائر 02، (59 - 74).

آيت حبوش، سعاد، (2012-2013)، **العلاج الأسري النسقي للأطفال المحرومين من الأب بالإهمال** أطروحة دكتوراه في علم النفس الأسري ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية: جامعة وهران السانيا.

بارة، عبد الغني، (2008)، **الهرمينوطيقا والفلسفة نحو مشروع، تأويلي**: الدار العربية

بركات، محمد خليفة، (1984)، **مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس**، الطبعة الثانية، الكويت: دار القلم.

البريثن، عبد العزيز عبد الله، (2008)، **الإرشاد الأسري**، الطبعة الأولى: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بريمي، عبد الله، (2013)، **من فلسفة الإرادة إلى مسارات الاعتراف**، موسوعة الأبحاث الفلسفية للرابطة العربية الأكاديمية، الطبعة الأولى، الرياض، الرباط، بيروت، الجزائر: دار ضفاف للنشر، دار الأمان ومنشورات الاختلاف.

البسطامي، سلام راضي أنيس، (2013)، **مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوطات النفسية لدى آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس، رسالة** ماجيستر في الإدارة التربوية، كلية الدراسات العليا: جامعة النجاح الوطنية.

بن تمسك، مصطفى، (05 أفريل 2016)، **الذات المتعددة لدى بول ريكور**، بحث محكم قسم الفلسفة والعلوم الإنسانية. المغرب: مؤسسة بلا حدود.

بن ناصر، وهيبة، (2011-2012)، **قراءة نسقية للتدخل الطبي الاستعجالي**. دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بوهران، رسالة ماجيستر في دراسة الجماعات والمؤسسات -المدرسة الدكتورالية-، وهران: جامعة السانية.

بهجت، رفعت محمد، (2007)، **الأطفال التوحديون**، عمان/ الأردن: دار البارودي العلمية للنشر والتوزيع.
بوحجار، سناء، (2016-2015)، **عوامل الجلد لدى الطفل العامل في الجزائر**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل-م-د) في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي، بسكرة/ الجزائر: جامعة محمد خيضر.
بوسنة، عبد الوافي زهير، عثماني مرابو، صورية، (جوان 2015)، **نموذج عوامل الجلد النفسي عند الطفل المصدودم**، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد19، (ص 123-131): جامعة بسكرة.
بوسنة، عبد الوافي؛ بن جديدي، سعاد، **الجلد والمرض السيكوسوماتي**،(05. 01. 2016)، Http.www. univ-Biskra- dz labsleps.
بوشعرية، دراف الله ، الدايخ، فتحي طاهر، (فبراير 2017)، **الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي**، المجلة العربية الليبية العالمية، العدد الرابع عشر، قسم الإرشاد وعلم النفس، كلية التربية المرج، كلية الآداب، البيضاء، (ص 01-23): جامعة عمر المختار.
بوعيشة، أمال، (2014-2013)، **جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر**، دراسة ميدانية ببلدية براقي –دائرة الحراش- الجزائر العاصمة، مذكرة تخرج لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الاجتماعية، بسكرة / الجزائر: جامعة محمد خيضر.
بوغازي، الطاهر، (1998 - 1999)، **النسق القيمي للأسرة والمدرسة والتوافق والتحصيل الدراسي لتلاميذ السنة التاسعة أساسي** (دراسة علائقية فرقية)، أطروحة لنيل دكتوراه دولة في علم النفس وعلوم التربية: جامعة وهران.
بوفرمل، غنية، (2015)، **العلاج النفسي والمقاربة النسقية**، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد 47، (ص 9-13)، سطيف/ الجزائر: جامعة محمد لمين دباغين.
بولي، ماري لين، ويكفيليد مايكل، ترجمة الهاجري، سعيد، (2009)، **بناء المرونة كيف تنجح في أوقات التغيير**، الطبعة الأولى، الرياض/ المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر.
بيومي، لمياء عبد الحميد، (2008)، **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه الفلسفة في التربية، تخصص الصحة النفسية (تربية خاصة)، كلية التربية بالعريش، قسم علم النفس التربوي، مصر: جامعة قناة السويس.
جبالي، صباحالضغط، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، سطيف/ الجزائر: جامعة فرحات عباس.
جريدة الشروق، (نوفمبر 2013)، **أطفال التوحد في الجزائر- موتى على قيد الحياة-**، العدد 4192، (ص10)، الجزائر.
الجلبي، سوسن شاكر، (2015)، **التوحد الطفولي- أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه**، دمشق/ سوريا: دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.
جنات، بلخن، (2014)، **السرد التاريخي عند بول ريكور**، الطبعة الأولى: دار الأمان- منشورات الاختلاف.
جندلي، عبد الناصر، (2005)، **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**، (2012-2011)، **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها الطفل المصاب بمتلازمة داون**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس العيادي، تخصص علم نفس ، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
حنصالي، مريامة، (2014-2013)، **إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية (الصلابة والتوكيدية) في ضوء الذكاء الإنفعالي-دراسة ميدانية على مجموعة من الأساتذة الجامعيين**

الممارسين لمهام إدارية- ، أطروحة دكتوراه في علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، بسكرة/ الجزائر: جامعة محمد خيضر.
الختاتنة، سامي محسن، (2012)، **مقدمة في الصحة النفسية**، عمان/ الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
خطاب، محمد أحمد، (2009)، **سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها، تصنيفها، أعراضها تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي**. الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: دار الثقافة.
خليل، إيهاب محمد، سلامة، ممدوح محمد، أبو النيل، محمد السيد،(2009)، الأوتيزم " **التوحد والإعاقة العقلية "**، الطبعة الأولى، القاهرة/ مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
داليا، مؤمن، (2004)، **الأسرة والعلاج الأسري**، الطبعة الأولى، مصر/ القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
الداهري، صالح حسن أحمد، (2008)، **أساسيات الإرشاد الزواجي والأسري**، عمان/ الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
دليو، فضيل، (2006)، تاريخ وسائل الاتصال، قسنطينة/ الجزائر: سيرتا كوبي.
دورون، رولان، بارو فرانسواز، ترجمة شاهين، فؤاد، (2012)، **موسوعة علم النفس، معجم مصطلحات – شرح معاني-**، المجلد الأول(A-E)، المجلد الثاني (F-P)، المجلد الثالث (Q-Z)، بيروت/ لبنان: عويدات للنشر والطباعة.
دومه، ميلود بلعالية، (2012)، **التواصل والتاريخ بحث في فلسفة التاريخ عند بول ريكور**، بيروت/ لبنان: دار الروافد الثقافية ناشرون.
دويدار، عبد الفتاح محمد، (1999)، **مناهج البحث في علم النفس**، الطبعة الأولى، الأسكندرية/ مصر: دار المعرفة الجامعية.
ريكور، بول، ترجمة زيناتي، جورج، (2005) الذات عينها كآخر، بيروت/ لبنان: المنظمة العربية للترجمة.
ريكور، بول، ترجمة مليت، فؤاد، (2006)، **بعد طول تأمل**، الطبعة الأولى، لبنان: المركز الثقافي العربي، لبنان، المغرب: منشورات الاختلاف، الجزائر: : الدار العربية للعلوم.
زروق، منيرة، (2011-2010)، **السند الاجتماعي ودوره في بناء الجلد عند أفراد الحماية المدنية**، رسالة ماجيستر، سطيف/ الجزائر: جامعة فرحات عباس.
الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج، (2004)، **التوحد، الخصائص والعلاج**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.
الزعبي، أحمد محمد، (2011)، الأطفال التوحديون الأسس النظرية-الأسباب-أساليب التشخيص والعلاج، دمشق/ سوريا: دار الفكر.
الزغلول، عماد عبد الرحيم، (2006)، **الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
سعد، خالد نور الدين، (2008-2007)، **صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة** =n l'adolescence problématique de 14-15, Sarp, Alger\ L'algérie.
سلاطنية، بلقاسم، الجيلاني، حسان، (2007)، **أسس البحث العلمي**، الطبعة الأولى، بن عكنون/ الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
سليمان، أحمد سيد، (2010)، **تعديل سلوك الاطفال التوحديين- النظرية والتطبيق-**، الطبعة الأولى، العين/ دولة الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
سهى، أحمد أمين نصر، (2002)، الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، الطبعة الأولى، الأردن: دار الفكر للطباعة للنشر والتوزيع.

سهير، كامل أحمد، (1999)، **سيكولوجية نمو الطفل**: مركز الإسكندرية للكتاب
سهيل، إدريس، (2013)، **منهل قاموس فرنسي- عربي، عربي- فرنسي-**، الطبعة 45 ، بيروت/ لبنان: دار الآداب.
السيد ولد أباه، عبد الله، (09 يوليو2014)، **التاريخ والحقيقة ريكور لدى بول الهوية السردية والذاكرة الحية**، تونس: مؤسسة مؤمنون بلا حدود للدراسات والأبحاث.
السيد، أحمد سليمان، (2010)، **تعديل سلوك الأطفال التوحديين، النظرية والتطبيق**، العين/ الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
السيد، عبد الرحمن محمد وخليفة، حسن مي، (2004)، **دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي**، الطبعة الأولى، القاهرة/ مصر: دار الفكر العربي.
شقير، زينب محمود، (2002) ،**علم النفس العيادي**، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية
شيب، عادل جاسب، (2008)، **ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء**، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجيستر في علم النفس العام، قسم غلم النفس: الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا.
صليب، جميل، (1992)، **المعجم الفلسفي**، الجزء الأول، (ص 86- 87)، لبنان: دار الكتاب اللبناني.
الصنيع، صالح بن ابراهيم بن عبد اللطيف، (2000)، **التدين والصحة النفسية**، الطبعة الأولى، الإدارة العامة للثقافة والنشر بالجامعة، المملكة العربية السعودية: جامعة محمد بن سعود الإسلامية.
طارق، عامر، (2008)، **الطفل التوحدي**: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع .
طلعت، منال محمود، (2003)، **مدخل إلى علم الاتصال**، الاسكندرية/ مصر: المكتب الجامعي الحديث.
عابد، محمد، (2012-2011)، **نوعية العلاقة (أم/ طفل) وأثرها في مواجهة الطفل المصاب بالقصور الكلوي الخاضع لعملية تصفية الدم لمرضه**، مذكرة تخرج لنيل شهادة ماجيستر في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية: جامعة السانية وهران,
عادل، عبد الله محمد، (2000)، **دراسات في الصحة النفسية (الهوية- الاغتراب- الاضطرابات النفسية)**، الطبعة الأولى، القاهرة/ مصر: دار الرشاد للنشر والتوزيع.
عادل، مصطفى، (2003)، **مدخل إلى الهرمينوطيقا نظرية التأويل من أفلاطون إلى جادامير**، الطبعة الأولى. بيروت/ لبنان: دار النهضة العربية.
عاشور، باسل محمد عبد الله، (2017)، **الصمود النفسي وعلاقته بالاتزان الانفعالي لدى ممرضي العناية الفائقة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة**، رسالة ماجيستر في علم النفس، كلية التربية، قطاع غزة/ فلسطين: الجامعة الإسلامية.
عايش، صباح، (2010 – 2011)، **أثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين على العلاقات الأسرية من حيث متغير السن والإعاقة**، رسالة ماجيستر في علم النفس الأسري، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية: جامعة وهران.
عبد العزيز، بن عبد الله أحمد، (1999)، **الطريق إلى الصحة النفسية**، رسالة مكملة لمتطلبات الحصول على درجة الماجيستر في علم النفس، تخصص إرشاد نفسي، كلية التربية بمكة المكرمة، الطبعة الأولى، جامعة أم القرى: دار الفضيلة للنشر والتوزيع.
عبد اللطيف، سماح محمد لطفي، (2007)، **ثقافة الإعاقة دراسة سوسيو أنثربولوجية على أسر الأطفال المعاقين لمدينة سوهاج**، درجة الدكتوراه في الآداب " علم الاجتماع "، كلية الآداب بقنا: جامعة جنوب الوادي.

عبد المعطي، حسن مصطفى، (2001)، **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**، الطبعة الأولى، القاهرة/ مصر: مكتبة القاهرة للكتاب.
عبد الناصر، ميرفت، **هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية**، مصر: مكتبة مدبولي.
عبدات، روحي مرواح، (2011)، **الآثار النفسية والاجتماعية على أخوة الأشخاص المعاقين، دراسة ميدانية**: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
العزة، سعيد حسن، (2000)، **الإرشاد الأسري، نظرياته وأساليبه العلاجية**، الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
عسيلة، كوثر حسن، (2006)، **التوحد**، الطبعة الأولى: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
عصفور، غدى عمر محمود، (2012)، **الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين**، رسالة ماجيستر في الإرشاد النفسي والتربوي، كلية العلوم التربوية والنفسية: جامعة عمان العربية.
العطار، نيللي محمد، (2014)، **دور الموسيقى في علاج أطفال التوحد**، الطبعة الأولى، الاسكندرية/ مصر: المكتب الجامعي الحديث.
عطوي، جودت عزت، (2000)، أساليب البحث العلمي مفاهيمه-أدواته-طرقه الإحصائية، عمان/الأردن: دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.
علي عزة، يوسف،(29 مايو 2014)، التوحد ضغط نفسي ومادي على أسر ذوي الاضطرابات، www.lovetoknow.com: الاتحاد.
العلي، رسلان، (2008- 2009)، **متلازمة الصبغي الهش**. رسالة ماجيستر، كلية الصيدلية، سوريا: جامعة دمشق.
عمارة، ماجد سيد علي، (2005)، **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي**، الطبعة الأولى، مصر: مكتبة الزهراء للشروق.
العناني، حنان عبد الحميد، (2000)، **الطفل والأسرة والمجتمع**، الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: دار الصفاء للنشر,
عيلوان، محمد عدنان، (2007)، **الأطفال التوحديون**، الطبعة الأولى، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
الغصاونة، يزيد، وائل، محمد ، (2013)، **بناء برنامج تدريبي قائم عل طريقة ماكتون لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين في محافظة الطائف**، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (20) ، العدد (10)، كلية التربية: جامعة الطائف.
فاروق، أسامة سالم مصطفى، الشربيني، منصور السيد كامل، (2013)، **علاج التوحد**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
فتحي، مشيرة محمد سلامة، (2013)، **الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين**، مذكرة ماجيستر في علم النفس، الطبعة الأولى، جامعة عين الشمس، القاهرة/ مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
فرج، منى حسن عبد الله، (2009)، **الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين المعاقين حركيا**، رسالة ماجيستر في علم النفس (رسالة منشورة)، كلية الآداب، قسم علم النفس: جامعة الخرطوم.
قاسم، أنسي محمد، (1998)، **أطفال بلا أسر**، الطبعة الأولى، مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.

القاسم، جمال مثقال السيد، ماجد عنيد، (2000)، **الاضطرابات السلوكية**، الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: دار النشر للصفاء والتوزيع.
القائمي، علي، (2005)، **دور الأم في التربية**، بيروت/ لبنان: دار النبلاء.
قحطان، أحمد الظاهر، (2009) **التوحد**، الأردن، الطبعة الأولى: دار وائل للنشر و التوزيع.
القريوتي، ابراهيم أمين، (25 – 26 مارس 2009)، **ورشة لأولياء أمور المعاقين- دعم أسر الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا** (مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسر الشخص المعاق)، كلية التربية، الشارقة/ الإمارات العربية المتحدة،(ص 01- 21): جامعة السلطان قابوس.
القمش، نوري مصطفى، المعايطة، خليل عبد الرحمن، (2014-2012-2011-2010-2009-2007)، **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)**، الطبعة الأولى، (ص 02-03-04-05-06)، عمان/ الأردن: دار المنبر للنشر والتوزيع والطباعة.
قنطار، فايزة، (1978)، **الأمومة-نمو العلاقة بين الطفل والأمن، الطبعة الاولى، الكويت**: عالم المعرفة.
كاشف، إيمان فؤاد، (2001)، **إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة**، القاهرة/ مصر: دار قباء للطباعة والنشر.
كامل، محمد علي، (2003)، **الأوتيزم- التوحد، الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج**، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
كربوش، عبد الحميد، بوسنة، عبد الوافي زهير، (2010) ، **محاولة توضيح دور الجروحية/جلد**، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 12، مجلة العلوم الاجتماعية، سطيف/ الجزائر : جامعة فرحات عباس.
الكفافي، علاء الدين، (1999)، **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، المنظور الاتصالي النسقي**، الطبعة الأولى، القاهرة/ مصر: دار الفكر العربي.
الكفافي، علاء الدين، (2006)، **الإرشاد الأسري**، القاهرة/ مصر: دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع.
الكندري، أحمد محمد مبارك، (1996)، **علم النفس الأسري**، الطبعة الأولى، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
كوفي، ليلى، (2016)، **الضغوط الأسرية لدى أولياء الأطفال التوحديون – دراسة ميدانية-**، مجلة المرشد، الجزائر02، العدد05، (ص150-171).
كولين، تيرل، باسنجر، تيري، ترجمة مارك، عبود، (2015)، **التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء**، الطبعة الأولى، قسنطينة/ الجزائر: دار المؤلف للنشر والطباعة والتوزيع، نوميديا للطباعة والنشر والتوزيع.
لكحل، مصطفى، حوتي، سعاد، (ديسمبر 2016)، **دور العلاج النسقي البنيوي الأسري في تحسين التواصل داخل الأسرة**، مجلة متون العلوم الاجتماعية، المجلد الثامن، العدد 03، (ص81- 82): جامعة سعيدة، جامعة وهران.
متولي، فكري لطيف، (2015)، **استراتيجيات التدريس لذوي اضطراب الأوتيزم (اضطراب التوحد)**، الطبعة الأولى: مكتبة الرشد ناشرون.
مجلة ، جيهان،(يناير 2008)، **التوحد**، العدد رقم 280، القاهرة/ مصر.
محمد، وليد محمد علي، (2015)، **استخدام الاستراتيجيات البصرية في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين**، الطبعة الأولى، الإسكندرية/ مصر: مؤسسة حورس للنشر والتوزيع.
مزردي، حنان، (2016-2017)، **مؤشرات الجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس، تخصص علم النفس المرضي للراشد، بسكرة/ الجزائر، جامعة محمد خيضر.

مسلم، محمد، (2007)، **مقدمة في علم النفس الاجتماعي**، المحمدية/ الجزائر: منشورات قرطبة.
المغلوث، فهد محمد، (1999)، **العلاج الأسري، أساسيته- نماذجه- تطبيقاته**، الطبعة الأولى: المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات النفسية,
المقابلة، جمال خلف، (2016)، **اضطرابات طيف التوحد، التشخيص والتدخلات العلاجية**، الطبعة الأولى، عمان/ الأردن: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
مقداد، محمد، خليفة ناصل عباس، (ديسمبر 2012)، **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي نظام الفصل ب مدرسة شهركان الابتدائية للبنين**، قسم علم النفس، مجلة دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 9، مملكة البحرين.
ملال، صافية، ملال، خديجة، (نوفمبر 2018)، **الارجاعية لدى أولياء الطفل المعاق ذهنيا**، مجلة مخبر الأنثربولوجية التحليلية وعلم النفس المرضي – نفسانيات وأنام-، العدد 02، رقم02، الجزائر 02، (ص48- 58).
منسي، محمود عبد الحليم، كاظم، علي مهدي، (18 – 19 ديسمبر 2006)، **مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة**، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، مسقط، قسم علم النفس، كلية التربية: جامعة السلطان قابوس.
منصور، غنية، (2010-2009)، **الإرجاعية لدى المراهقين المتمدرسين فقدوا الأولياء في الطفولة إثر حوادث الإرهاب (دراسة عيادية من خلال المقابلة، الروشاخ، اختبار تفهم الموضوع)**، مذكرة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس، تخصص علم النفس الصدمي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية: جامعة الجزائر.
منصوري، عبد الحق، عايش، صباح، (ديسمبر2013)، **الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين**، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 11، (ص 200- 224).
منصوري، مصطفى، (2008)، **التأخر الدراسي وطرق علاجه**، الطبعة الثالثة، وهران/ الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع.
ميموني، بدرة معتصم، (2011)، **الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق**، الطبعة الثالثة، وهران/ الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
النابلسي، أحمد، (1991)، **الاتصال النفسي وعلم النفس**، بيروت/ لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
نشرة خدمات صحة الجمهور، (كانون الأول 2010): وزارة الصحة القدس.
نور، شهرزاد، (2013)، **علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودوره في تخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري**، رسالة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي: جامعة الجزائر.
الورفلي، حاتم، (2009)، **بول ريكور الهوية والسرد**، الطبعة الأولى: دار التنوير للطباعة والنشر.
يقطين، سعد، (1989)، **تحليل الخطاب الروائي، الزمن- السر-**، بيروت: المركز الثقافي العربي.

ثانيا/ المراجع باللغة الأجنبية

Anaut, M, (2005), **La résilience surmonter les traumatismes.** Paris /France : Ed Arnaud
Anaut.M, (2003), **Résilience surmonter les traumatismes** , Paris : UEF.Nathan,
Benoit Colin, J-C, (1995), **Le traitement des désordres familiaux**, Paris /France : Dunod.
Benony, H, Chahraoui, (1999), **l'entretien clinique**, Paris /France : Dunod.
Berger, Maurice, (2003), **Le travail thérapeutique avec la famille**, Paris /France: Dunod.

Bergson, Henri,(1959), **L'évolution créatrice.** Paris /France : Edition Presses Universitaire de France.
Bertalanfly, Von, (1993), **Théorie générale des systèmes** , Paris/France: Dunod.
Boroukba, Amine, **Les soins infersmiers,** Ben Aknoun Alger: Office des publications Universitaires.
Caille, Phillipe (2003), **Famille en crise**, **achevée d'imprime**, :Edition médecine d'hygiène, Paris/ Feance.
Christine ,Castellain, Meunier, Op, Cit.
Christine, Castellin Meunier, (1997), **La paternité que sais-je ?,** 1er édition : PUF.
Coppin, B, (2007), **Être parent et en situation de handicap**: des idées reçues à quelques réalités, Reliance, vol 4, N° 26, (pp 88-96).
Courtois, Patrick, (2007/ 2008), **La double contrainte**, Mémoire de maitre- praticien en Programmation Neuro- Linguistique.
Cyrulnik, Boris, (1998), **Les enfants qui tiennent de coup**, France: impression Saint Paul – diffusion en librairie Doesche de brower.
Cyrulnik, Boris, (2002), **Merveilleux, malheur**: Odil.

DSM 4, (1994), **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,** Paris/ France : Masson.
DSM5, (2013), **Diagnostic and statistic manuel of mental disorders**. American Psychiatric Association, England / London/ Brittan : new school library.
Dudier, Anzien, Anna, Freud, Pierre, Geissman and others, (2003), **L'enfant des parents et la psychanalyse**, Paris\ France : Bayard compact édition.
Dumont, M, (2001), **Les stratégies adaptatives**, France : Edition presse universitaire.
Elkaim, Money, (1994), **Intervention systématique dans le travail social**, Paris: Edition I-E-S.
Elmounged english- arabic, (2001), Constantin, 2nd edition : librarie orientale.
Fisher, Gustave- Nicolas, (2002), **Traité de psychologie de la santé**, Paris/ France : Ed Dunnod.
Grebot, Elisabeth, (2008), **Stress et burnout au travail**, **Identifier**,**prévenir**, **guérir** : Librairie Eyrolles.
Guidetti Michel, Suzanne Lallemand, Marie France Morel, (1997), **Enfance d'ailleures d'hier et d'hajourd'hui, approche comparative,** paris/ France : Armand Colin.
Guidetti, M, Tourette (1999), **Handicap et développement psychologique de l'enfant**, Paris/ France : Armand colin.
Houssier, Florian, (2002), **Clinique du traumatisme et résilience,** Regards sur le pratique de Bettelheim, pratique psychologiques esprit du temps, paris /France , (pp 65- 75).
Https// www.books.dz.
Ionescu, S, (2008), **Résilience et culture revue du réseau national de prévention de l'abusé et de la négligence de l'enfant,** n=0 20-21, le 3éme formation international « La sécurité psychologique , le trauma et résilience ce », (pp 04- 12) : Timisoara.
Jean, François Dortier, (2002), **Famille** : édition science humaines PUF
Jourdan, Ionesau, (2001), **Intervention systémique individualisée axée sur la résilience**, revue psychologique québécoise de psychologie , vol 22 n=01 .

Karine, A, (2000), **Les thérapies familiales systémiques** , Paris /France: Masson.
Koydemir,S, (2009**)**, **Impact of autistic children on the lives of mothers**. procedia social and behavioral sciences, vol 01, (pp23- 54).
Kumpfer,Karol.L, (1999), **Factors and Processes contributing to resilience: the resilience framework** , in M.D Glants & J.l. Johnson (Eds.), Resilience and development, positive life adaptation,(pp 179-224): Kluwer Academic Publishers.
Lazarus,R, Folkman.S, (1984), **Stress apprais and coping springer**: New York.
Lecomte, J, (2002), **Ou est-ce que la résilience! Question faussement simple ,réponse nécessairement complexé, pratique psychilogiques, esprit de temps**, **(**pp07-14), Paris /France .
Legalle, A, (1995), **Le nouveau rôle du père,** Paris /France .
Mamardji Nacerddine (1988), **Traits spécifique du famille du patient dépressif (milieu Algérien)**, thèse de doctorat de troisième cycle en psychologie: université Louis Pasteur, Strasbourg, U-E-R.
Manciaux, M , Coll, (2001), **Myth ou réalité ?, in the résilience, résisten et hygiène**, (pp 13-20).
Marc, E, Picard,.D, (1984), **L'école de Palo Alto**. Paris\ France: Retz.
Marc, Milliam, (2007), **Englich dictionnary for advanced learners**, 2éme edition.
Messersehmitt, (1991), **Clinique des syndromes autistique**, Paris/ France : Edition Malouine.
Mondal, G, (1972), **La rèvole des pères**, Paris\ France : PUF.
Mucchielli Allex (2003), **Theories systémique des communications principes et applications**, Paris: Uef, ML,
Nadia, Chaabanne, (avril 2009), **Le livre blanc de l'autisme,** , paris/ France, (pp02- 24).
Patrick, Ange Raoult, (1999), **Souffrance et violence**, France : l'harmathon.
Robert, Lafond, (2001), **Vocabulaire de psychopédagogie et la psychiatrie de l'enfant** : Quadrige édition, Ibid, PUF.
Romagnano, S, R, Gavidia-Payne ,S.(2009), **Preliminary Findings of an Intervention Program for Parents of Young Children with a Developmental Delay: Investigation of Parental Stress and Sense of Competence**, The Australian Educational and Developmental Psychologist, Volume 26, Number 1,(pp87-105).
Rose, Marie , Lachal, Mord Christian, (1996), **Introduction aux psychothérapie**, Paris\ France : Edition Nathan, Op- Cit.
Rougeul, F, (2003), **Famille en crise approche systémique des relations humains**, Paris\ France : geory.
Rubella vaccine, (301-16-15 julay 2011). **WHO position paper. Releve epidemiologique hebdomadaire**, section d'ygiene du secretreat de la societe des nations, weekly epidemiological record/ health section of the secretariat of the league of Nations.86 (29): PMID.
Scelles,R, (2002), **Processus de résilience**, question le praticien pratiques psychologiques, esprit du temps, (pp02-05), Paris\ France.
Séguin, Monique, Alain, Brunet, Line leBlanc, (2006), **intervention en situation de crise et contevte traumatique,** 2 ème édtion, Qébec : univertsité Qébec.
Sillamy, Norbet, (1983), **Dictionnaire de la psychologie**, Paris\ France: Bordars.

Theis,Amandine, **(**2006), **Approche psychodynamique de la résilience** étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance et placés en famille d'accueil**,** thèse doctorat en psychologie **:** Université de France, Nancy.
Tribolet, Serge, (2011), **Guide pratique de psychiatrie**, 6éme édition revue et augmentée, Paris/ France : Hdf heures de France.
Watzalwick, Paul, Halmick, Beavin, J, Don, Jackson, (1972), **une logique de la communication**, Paris\ France : Seuil.
Wolf, S, (1988), **Psychiatric disorders of childhood** in kandell Re. And Zeally, London/ Brittan.
Www. Medicalnewstoday.com, Retrieved 6-5-2018.Edited

قائمـــــــــة الملاحـــــــــــق

الملحق رقم 01: مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري قبل التحكيم
الملحق رقم 02: استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي قبل التحكيم
الملحق رقم 03: مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري بعد التحكيم
الملحق رقم 04: استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بعد التحكيم
الملحق رقم 05: قائمة المحكمين لمؤشر الارجاعية والتكيف الأسري (Fira-G) لـ كوبان (McCubbin) واستبيان الإرجاعية لدى أمهات وآباء الطفل التوحدي
الملحق رقم 06: ترجمة خطابات آباء وأمهات الطفل التوحدي من اللسان الدارجي إلى اللغة العربية
الملحق رقم 07: يمثل عرض نتائج المقياسين *مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري واستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي*
الملحق رقم 08: نتائج المتوسط النظري والمتوسط الحسابي لأبعاد مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G)
الملحق رقم 09: ترخيص التربصات الميدانية

الملحق رقم 01: مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري قبل التحكيم

جامعة محمد بن أحمد وهران2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

أستاذي(أستاذتي) الفاضل (ة):
في إطار تحضير أطروحة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا تخصص "علم النفس الأسري" والموسومة بـ "التناول النسقي للإرجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي" نضع بين أيديكم هذا المؤشر لقياس الارجاعية والتكيف الأسري المترجم من أجل إبداء ملاحظاتكم حول السلامة اللغوية للفقرات، وكذا معرفة وضوحها من عدمها.

البيانات الشخصية للمحكمين:

اسم المحكم:
رتبته العلمية:
التخصص:
الجامعة أو المؤسسة:

1-عوامل الضغوطات الأسرية

خلال السنة الماضية، هل طرأ أي تغيير أو حادث من الأحداث التالية في عائلتك؟

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة لغويا
1-أحد أفراد العائلة رزق بمولود جديد أو تبنى طفلا						

2-أحد أفراد العائلة توقف عن العمل أو ترك منصبه						
3 أحد أفراد العائلة بدأ بوظيفة جديدة أو استأنف عمله						
4-أحد أفراد العائلة غير وظيفته أو زادت عليه مسؤوليات جديدة في عمله						
5- ورحيل العائلة						
6-أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق تعرض لمرض خطير، أو سقط جريحا						
7-أحد أفراد العائلة أو قريب أصبح معاقا جسديا، أصيب بمرض مزمن، أو وضع في مؤسسة أو دار الرعاية للمسنين						
8-أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق توفي						
9-انفصال الابن المتزوج عن زوجته أو طلاقهما						
10-غادر فرد من أفراد الأسرة البيت أو انتقل منه						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
نعم			
لا			

المجموع الكلي :

2-التوترات العائلية: خلال العام الماضي هل حدث هذا في عائلتك؟

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-تعميق الصراع بين الزوجين						
2-زيادة الصراعات بين الوالدين والأطفال						
3- تعميق الصراع بين الأطفال في الأسرة						
4-صعوبة متزايدة في إدارة الأطفال						
5-زيادة عدد المشاكل التي لا حل لها						
6-زيادة عدد المهام التي لم تؤدى						
7-تعميق الصراع مع الأقارب او عائلة الزوج						
8-زيادة الضغط على ميزانية الأسرة في النفقات الطبية، الملابس، الغذاء، التعليم، صيانة البيت						
9-الصعوبات المتزايدة مع زملاء العمل، أو عدم الرضا عن المهنة						
10-صعوبة متزايدة في الأسرة في رعاية أحد المعاقين أو من يعاني من مرض مزمن						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
نعم			
لا			

المجموع الكلي:

3-دعم الأقارب والأصدقاء

قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-نتقاسم مشاكلنا مع الأقارب						
2-نطلب المشورة من أهل الأقارب						
3-نقوم بأنشطة مع الاهل (فرص اللقاء)						
4-نسعى إلى التشجيع والدعم من قبل الأصدقاء						
5-نبحث عن معلومات أو نصائح من قبل الأشخاص الذين واجهوا نفس المشاكل أو مشاكل مماثلة للتي نعيشها						
6-نتقاسم مشاكلنا مع الأصدقاء المقربين						
7-نتقاسم مشاكلنا مع الجيران						
8-نطلب من الأهل الأقارب كيف يشعرون تجاه المشاكل التي نعاني منها						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
غير موافق بشدة			
غير موافق			
محايد			
موافق			
موافق بشدة			

المجموع الكلي:

4- مؤشر الدعم الاجتماعي: لما نواجه مشاكل داخل عائلتنا نقوم بـ:

قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة مع الاقتراحات الواردة أدناه بخصوص بيئتك وعائلتك

الفـــقـــرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-إذا كان لدي حالة طوارئ حتى الناس الذين لا أعرفهم في مجتمعي يساعدونني عن طيب خاطر						
2-أشعر بالراحة النفسية عندما أقدم تضحية وأعطي وقت وطاقة لأحد أفراد عائلتي						
3-الأشياء التي أقوم بها لأفراد عائلتي ، وما يفعلونه بالنسبة لي تعطيني شعورا بالانتماء لهذه المجموعة المهمة						
4-هنا، الناس يعرفون أنه بإمكانهم الحصول على المساعدة من مجتمعهم إذا ما كانوا في صعوبة						
5-لدي أصدقاء يشعرونني بأنني أعجبهم، ويقدرون ما أقوم به						
6-يستطيع الناس الاعتماد على بعضهم البعض في هذا المجتمع						
7-نادرا ما يستمع أفراد أسرتي لمشاكلي ومخاوفي، كثيرا ما أشعر بالانتقاد						
8-أصدقائي في هذا المجتمع يشكلون جزء من نشاطاتي اليومية						
9-أحيانا يقوم أحد أفراد عائلتي بأشياء تسيء إلى الآخرين						
10-يجب أن أكون حذرا بشأن ما يقوم به أصدقائي لأنهم يستغلونني						
11-العيش في هذا المجتمع يعطيني شعورا بالأمان						
12-يبذل أفراد عائلتي جهدا لإظهار حبهم ومودتهم لي						
13-لدي شعور أن الناس في هذا المجتمع يجب أن لا تكون ودية مع بعضها البعض						
14-هذا المجتمع ليس جيدا في تربية الأطفال						
15-أنا واثق بأنني شخص مهم بالنسبة لأصدقائي بنفس القدر الذي هم مهمين بالنسبة لي						
16-لدي أصدقاء مقربين من خارج الأسرة الذين يحبونني وأستطيع الاعتماد عليهم						
17-يبدو لي أن بعض من أفراد عائلتي لا يفهمونني مما يشعرني بأني جزء من الأثاث						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
غير موافق بشدة			
غير موافق			

محايد			
موافق			
موافق بشدة			

المجموع الكلي:

5- استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك: قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة مع المقترحات الواردة أدناه عن عائلتك
نحن نواجه مشاكل أسرتنا

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-تقبل الأحداث الضاغطة على انها واقع معاش						
2-تقبل أن الصعوبات تنشأ بشكل غير متوقع						
3-النظر إلى المشكلة الأسرية بطريقة أكثر إيجابية حتى لا نصاب بالفشل/ اليأس						
4-لدينا إيمان بالله						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
غير موافق بشدة			
غير موافق			
محايد			
موافق			
موافق بشدة			

المجموع الكلي:

6-مؤشر الصلابة الأسرية : قرر إذا ما كنت غير موافق، غير موافق إلى حد ما، موافق إلى حد ما، موافق

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-....مشاكلنا هي نتيجة الأخطاء التي نرتكبها						
2-.....ليس من المعقول التخطيط مسبقا أو التأمل لأنه على كل حال لا شيء سيتحقق						
3-....عملنا وجهودنا غير معترف بها بالرغم من أهميتها						
4-....على المدى الطويل الأشياء السيئة التي تحدث لنا ستنقلب إلى الأحسن						
5-....أشعر بالقوة حتى عندما نواجه مشاكل كبيرة						
6-...غالبا ما يكون لدي الشعور بأنه حتى في الاوقات الصعبة ،فإن الأمور ستتحسن						
7-...على الرغم من أننا لا نتفق دائما يمكننا الاعتماد على بعضنا البعض عند الحاجة						
8-....نحن لا نعتقد أننا يمكننا العيش إذا مسنا مشكل جديد						
9-....نعتقد أن الأمور ستسير نحو الأفضل إذا عملنا معا كأسرة واحدة						
10-....الحياة تبدو مملة، وليس لها معنى						
11-...نحن نكافح معا ونساعد بعضنا البعض مهما كانت الأحداث						
12-.....عندما نقوم بمشاريع عائلية نحاول أن نقوم بأشياء جديدة ومثيرة						
13-.... نحن نستمع لمشاكل ومخاوف كل واحد منا						
14- ....نميل دائما للقيام بنفس الأشياء،.....هذا ممل						
15- .....نحن نشجع بعضنا البعض لمحاولة تجريب أشياء وخبرات جديدة						
16-.... من الأفضل البقاء في البيت بدل الخروج والقيام بأشياء مع الآخرين						
17-.....من المشجع أن نعمل على تعلم أشياء جديدة						
18-.....نحن نعمل معا لحل المشاكل						
19-أكثر الأمور السيئة التي تحدث لنا بسبب سوء الحظ						
20-.....نحن ندرك أن حياتنا تسيطر عليها الأحداث والصدف						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل

غير موافق			
غير موافق إلى حد ما			
موافق إلى حد ما			
موافق			

المجموع الكلي:

7-الضيق العائلي: خلال العام الماضي هل وقع هذا الحدث في عائلتك:

الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	واضحة	غير واضحة	سليمة لغويا	غير سليمة
1-ظهر على أحد أفراد الأسرة مشاكل عاطفية						
2-ظهر على أحد أفراد الأسرة الإدمان على الكحول أو المخدرات						
3-العنف الجسدي أو النفسي في البيت						
4-زيادة صعوبة من حيث العلاقات الجنسية بين الزوجين						
5-الزوج والزوجة منفصلان أو مطلقان						

بدائل البعد	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
نعم			
لا			

المجموع الكلي :

الملحق رقم 02: استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات قبل التحكيم

الرقم	الفقرات	مناسبة		واضحة		سليمة لغويا		التعديلات المقترحة
01	أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من أن طفلي توحدي							
02	عندما أضع خطي الخاصة باضطراب ابني أكون متأكد من قدرتي على تنفيذها							
03	أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرتي على مواجهة اضطراب ابني							
04	أسعى لحل جميع المشكلات الخاصة باضطراب ابني بكل تحدي							
05	أحاول دائما البحث عن طرق وحلول جديدة في علاج ابني							
06	أعالج مشاكل ابني بنفسي							
07	أعتقد أن نجاحي وهدفي في الحياة هو شفاء ابني							
08	أمتلك ثقة في نفسي أنه بإمكاني النجاح في التخفيف من اضطراب ابني							
09	أعتقد بأن نجاحي وقدراتي نتاج شخصيتي القوية							
10	أكون مستعدا لجميع المشاكل والتغييرات التي قد تحدث لابني							
11	أكسبني اضطراب ابني قدرة كبيرة في توسيع دائرة التواصل مع الآخرين							
12	أسعى إلى الاهتمام بما يحدث من حولي في أسرتي							
13	أشعر بالمسؤولية تجاه جميع أفراد أسرتي							

14	لا أشعر بالرضا عندما أكون بمفردي بعيدا عن أسرتي							
15	أستطيع التحكم بكل قوة في التغييرات والاحداث التي تحي بأسرتي							
16	أشعر يوميا بالنشاط والحيوية خاصة مع ابني							
17	أصبحت أعاني من مشاكل صحية بعد معرفة أن ابني توحدي							
18	أشعر بالخوف والقلق عندما أفكر في مستقبل ابني							
19	أشعر بالضيق عندما ينتقدني أحد على أني أب/أم غير جيد (ة)							
20	أصبحت أشعر بالقلق والتوتر لأتفه الأمور منذ معرفة اضطراب ابني							
21	أشعر بعدم الرضا عن نفسي							
22	أفضل الانعزال وعدم الخروج من البيت							
23	أشعر بالخجل في مواجهة الآخرين							
24	أتقبل آراء وتساؤلات الآخرين حول اضطراب ابني							
25	بدأ ينتابني شعور بالتباعد بيني وبين أسرتي							
26	أشعر بالفخر والاعتزاز بالانتماء إلى أسرتي							
27	أشعر بأنه لدي القدرة على ضبط انفعالاتي والحفاظ على هدوئي							
28	ينتابني شعور بالسعادة عندما أكون رفقة ابني							
29	تعلمت الكثير من الاشياء الإيجابية في حياتي بفضل تواجد ابني معنا							
30	أحرص على مرافقة ابني إلى حصص العلاج النفسي والأرطفوني							
31	أشعر أن ابني بدأ يتحسن بفضل مجهوداتي							

32	أستطيع التحكم في سلوكيات ابني عندما يكون منزعجا							
33	أمتلك القدرة في تحمل المشاكل والفوضى التي يثيرها ابني							
34	أشعر بالانهزام النفسي إذا فشلت في مساعدة ابني							
35	أحاول التعايش بإيجابية مع مشكلات ابني							

الملحق رقم 03: مؤشر قياس الارجاعية والتكيف الأسري بعد التحكيم

جامعة وهران 02 محمد بن أحمد
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم النفس والأرطفونيا

في إطار تحضير أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس والأرطفونيا، تخصص "علم النفس الأسري" والموسومة بـ " التناول النسقي للارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي"
نضع بين أيديكم هذان المقياسان كوسيلة لإتمام الدراسة العلمية، لذا يرجى قراءة العبارات والإجابة عليها، بوضع علامة (X) في أحد الخانات التي تناسب اختيارك، واعلم أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة.
المعلومات التي سيتم الحصول عليها من هذه القائمة ستحفظ بسرية تامة، لأنها سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي الذي نحن بصدد تحضيره. بإمكانكم وضع أول حرف من اسمكم فقط دون ذكر الاسم أو اللقب بشكل كامل، مع تدوين بقية المعلومات، شكرا على تعاونكم

البيانات الشخصية

الاسم / اللقب (وضع أول حرفين من الاسم و اللقب):

الجنس: ذكر (أب) ☐ / **أنثى (أم)** ☐

السن:

المستوى التعليمي: غير متعلم ☐ / **ابتدائي** ☐ **متوسط** ☐

ثانوي ☐ / **جامعي** ☐

جنس الطفل التوحدي : ذكر ☐ / **أنثى** ☐

سن الطفل التوحدي:

عدد الأولاد:

الذكور ☐ / **الإناث** ☐

1-عوامل الضغوطات الأسرية : خلال السنة الماضية، هل طرأ أي تغيير أو حادث من الأحداث التالية في عائلتك؟

الفقـــــــــــــــــرات	نعم	لا
1-أحد أفراد العائلة رزق بمولود جديد أو تبنى طفلا		
2-أحد أفراد العائلة توقف عن العمل أو خسر منصبه (تقاعد، فصل.....)		
3-أحد أفراد العائلة بدأ وظيفة جديدة، أو استأنف وظيفته		
4-أحد أفراد العائلة غير وظيفته أو زادت عليه مسؤوليات جديدة في عمله		
5-انتقال العائلة		
6-أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق تعرض لمرض خطير، أو سقط جريحا		
7-أحد أفراد العائلة أو قريب أصبح معاقا جسديا أو أصيب بمرض مزمن أو وضع في مؤسسة أو دار الرعاية للمسنين		

8-وفاة أحد أفراد العائلة، قريب أو صديق		
9-انفصال الابن المتزوج عن زوجته أو طلاقهما		
10-ترك فرد من أفراد الأسرة البيت، أو انتقل منه		
المجمـــــــــــــوع الكـــــــــــــلي		

2-التوترات العائلية: خلال العام الماضي هل حدث هذا في عائلتك؟

الفـــــــــــــقـــــــــــــرات	**نعم**	**لا**
1-تفاقم الصراع بين الزوج والزوجة		
2-ارتفاع عدد الشجارات بين الوالدين والأطفال		
3-تفاقم الصراع بين الأطفال في الأسرة		
4-صعوبة متزايدة في تربية الأطفال		
5-ازدياد عدد المشاكل التي لا حل لها		
6-ازدياد عدد المهام الغير منجزة		
7-تفاقم الصراع مع عائلة الزوج أو الأقارب		
8-زيادة الضغط على ميزانية الأسرة في النفقات الطبية، الملابس، الغذاء، التعليم، صيانة البيت، إلى غير ذلك		
9-الصعوبات المتزايدة مع زملاء العمل، أو عدم الرضا عن المهنة		
10-صعوبة متزايدة في رعاية أحد المعاقين أو من يعاني من مرض مزمن داخل الأسرة		
المجـــــــــــــموع الكـــــــــــــلي		

3-دعم الأقارب والأصدقاء: قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة

الفـــــــــــــقـــــــــــــرات	**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
1-نتقاسم مشاكلنا مع الأقارب أو الأهل المقربين					
2-نطلب النصائح من الأهل المقربين					
3-نقوم بأنشطة مع الأهل المقربين (فرص اللقاء)					
4-نسعى إلى التشجيع والدعم من قبل الأصدقاء					
5-نبحث عن معلومات أو نصائح من قبل الأشخاص الذين واجهوا نفس المشاكل أو مشاكل مماثلة للتي نعيشها					
6-نتقاسم مخاوفنا مع الأصدقاء المقربين					
7-نتقاسم مشاكلنا مع الجيران					
8-نطلب من الأهل المقربين كيف يشعرون تجاه المشاكل التي نعيشها					
المجمـــــــــــــوع الكـــــــــــــلي					

4- مؤشر الدعم الاجتماعي: لما نواجه مشاكل داخل عائلتنا نقوم بـ: قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة مع الاقتراحات الواردة أدناه بخصوص بيئتك وعائلتك

الفـــــــــــــقـــــــــــــرات	**غير موافق بشدة**	**غير موافق**	**محايد**	**موافق**	**موافق بشدة**
1-إذا كان لدي حالة طوارئ حتى الناس الذين لا أعرفهم في مجتمعي يساعدونني تطوعا منهم					
2-أشعر بالراحة النفسية عندما أضحي وأعطي وقت وطاقة لأحد أفراد عائلتي					
3-الأشياء التي أقوم بها لأفراد عائلتي، وما يفعلونه لأجلي تعطيني شعورا بالانتماء لهذه المجموعة المهمة					

4-هنا، الناس يعرفون أنه بإمكانهم الحصول على المساعدة من مجتمعهم إذا ما كانوا في موقف صعب					
5-لدي أصدقاء يشعرونني بأنني أعجبهم، ويقدرون ما أقوم به					
6-يستطيع الناس الاعتماد على بعضهم البعض في هذا المجتمع					
7-نادرا ما يستمع أفراد أسرتي لمشاكلي ومخاوفي، كثيرا ما أشعر بالانتقاد					
8-أصدقائي في هذا المجتمع يشكلون جزء من نشاطاتي اليومية					
9- قد يحدث أن أفراد من العائلة يقومون بأشياء لا تعجب أفراد آخرين					
10-يجب أن أكون حذرا بشأن ما يقوم به أصدقائي لأنهم يستغلونني					
11-العيش في هذا المجتمع يعطيني شعورا بالأمان					
12-يبذل أفراد عائلتي جهدا لإظهار حبهم ومودتهم لي					
13-لدي شعور أن الناس في هذا المجتمع لا يجب أن تكون ودية مع بعضها البعض					
14-هذا المجتمع ليس جيدا في تربية الأطفال					
15-أنا واثق بأنني شخص مهم بالنسبة لأصدقائي بنفس القدر الذي هم مهمين بالنسبة لي					
16-لدي أصدقاء مقربين من خارج الأسرة الذين يحبونني وأستطيع الاعتماد عليهم					
17-يبدو لي أن بعض من أفراد عائلتي لا يفهمونني مما يشعرني بأني قطعة من الأثاث					
المجمـــــــــــوع الكـــــــــــلي					

5-استراتيجية المواجهة الأسرية والتماسك: قرر ما إذا كنت غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة مع المقترحات الواردة أدناه عن عائلتك. نحن نواجه مشاكل أسرتنا

الفـــــــــــقـــــــــــــــرات	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1-تقبل الأحداث الضاغطة على أنها واقع معاش					
2-تقبل أن الصعوبات تأتي بطريقة غير متوقعة					
3-النظر إلى المشكلة الأسرية بطريقة أكثر إيجابية حتى لا نصاب بالفشل/ اليأس					
4-لدينا إيمان بالله					
المجمـــــــــــوع الكـــــــــــلي					

6-مؤشر الصلابة الأسرية: قرر إذا ما كنت غير موافق، غير موافق إلى حد ما، موافق إلى حد ما، موافق

الفـــــــــــقـــــــــــــــرات	غير موافق	غير موافق إلى حد ما	موافق إلى حد ما	موافق
1-....مشاكلنا هي نتيجة الأخطاء التي نرتكبها				
2-.....ليس من المعقول التخطيط مسبقا أو التأمل لأنه على كل حال لا شيء سيتحقق				
3-....عملنا وجهودنا غير معترف بها بالرغم من أهميتها				

4-....على المدى البعيد الأشياء السيئة التي تحدث لنا ستنقلب إلى الأحسن				
5-....لدينا إحساس بالقوة حتى لو كنا بصدد مشاكل كبيرة				
6-...غالبا ما يكون لدي الشعور بأنه حتى في الاوقات الصعبة فإن الأمور ستتحسن				
7-...على الرغم من أننا لا نتفق دائما يمكننا الاعتماد على بعضنا البعض عند الحاجة				
8-.... لا نعتقد أننا يمكننا التعايش إذا مسنا مشكل جديد				
9-....نعتقد أن الأمور ستسير نحو الأفضل إذا عملنا معا كأسرة واحدة				
10-... تبدو الحياة مملة، وليس لها معنى				
11-... نكافح معا ونساعد بعضنا البعض مهما حدث				
12-...عندما نقوم بمشارع عائلية، نجرب أشياء جديدة				
13-...نستمتع لمشاكل ومخاوف كل واحد منا				
14-...نميل دائما للقيام بنفس الأشياء يوميا...هذا ممل				
15-...نشجع بعضنا البعض عندما نجرب أشياء وخبرات جديدة				
16.... من الأفضل البقاء في البيت بدل الخروج والقيام بأشياء مع الآخرين				
17-.... من المشجع أن تكون عنصرا نشيطا وتتعلم أشياء جديدة				
18-.... نعمل معا لحل المشاكل				
19-أغلب الأمور السيئة التي تحدث لنا بسبب سوء الحظ				
20-....ندرك أن حياتنا تسيطر عليها الأحداث والصدف				
المجمـــــــــــــوع الكـــــــــــــلي				

7-الضيق العائلي: خلال العام الماضي هل وقع هذا الحدث في عائلتك:

الفـــــــــــقـــــــــــــرات	**نعم**	**لا**
1-ظهر على أحد أفراد الأسرة مشاكل وجدانية		
2-ظهر على أحد أفراد الأسرة الإدمان على الكحول أو أي مخدر آخر		
3-العنف الجسدي أو النفسي داخل البيت		
4- صعوبات من حيث العلاقات الجنسية بين الزوجين		
5-انفصال الزوجين أو طلاقها		
المجمـــــــوع الكـــــــــلي **المجموع الكلي**		

الملحق رقم 04: استبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي بعد التحكيم

الرقم	**الفـــــــــــقـــــــــــــرات**	**دائـــــم ا**	**احيانا**	**أبـــــــدا**
01	أستطيع تحقيق أهدافي بالرغم من أن طفلي توحدي			
02	عندما أضع خطي الخاصة باضطراب ابني أكون متأكد من قدرتي على تنفيذها			
03	أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرتي على مواجهة اضطراب ابني			

04	أسعى لحل جميع المشكلات الخاصة باضطراب ابني بكل تحدي			
05	أحاول دائما البحث عن طرق وحلول جديدة في علاج ابني			
06	أعالج مشاكل ابني بنفسي			
07	أعتقد أن نجاحي وهدفي في الحياة هو شفاء ابني			
08	أمتلك ثقة في نفسي أنه بإمكاني النجاح في التخفيف من اضراب ابني			
09	أعتقد بأن نجاحي وقدراتي نتاج شخصيتي القوية			
10	أكون مستعدا لجميع المشاكل والتغييرات التي قد تحدث لابني			
11	أكسبني اضطراب ابني قدرة كبيرة في توسيع دائرة التواصل مع الآخرين			
12	أسعى إلى الاهتمام بما يحدث من حولي في أسرتي			
13	أشعر بالمسؤولية تجاه جميع أفراد أسرتي			
14	لا أشعر بالرضا عندما أكون بمفردي بعيدا عن أسرتي			
15	أستطيع التحكم بكل قوة في التغييرات والاحداث التي تحي بأسرتي			
16	أشعر يوميا بالنشاط والحيوية خاصة مع ابني			
17	أصبحت أعاني من مشاكل صحية بعد معرفة أن ابني توحدي			
18	أشعر بالخوف والقلق عندما أفكر في مستقبل ابني			
19	أشعر بالضيق عندما ينتقدني أحد على أني أب/أم غير جيد (ة)			
20	أصبحت أشعر بالقلق والتوتر لأتفه الأمور منذ معرفة اضطراب ابني			
21	أشعر بعدم الرضا عن نفسي			
22	أفضل الانعزال وعدم الخروج من البيت			
23	أشعر بالخجل في مواجهة الآخرين			
24	أتقبل آراء وتساؤلات الآخرين حول اضطراب ابني			
25	بدأ ينتابني شعور بالتباعد بيني وبين أسرتي			
26	أشعر بالفخر والاعتزاز بالانتماء إلى أسرتي			
27	أشعر بأنه لدي القدرة على ضبط انفعالاتي والحفاظ على هدوئي			
28	ينتابني شعور بالسعادة عندما أكون رفقة ابني			
29	تعلمت الكثير من الاشياء الإيجابية في حياتي بفضل تواجد ابني معنا			
30	أحرص على مرافقة ابني إلى حصص العلاج النفسي والأرطفوني			
31	أشعر أن ابني بدأ يتحسن بفضل مجهوداتي			
32	أستطيع التحكم في سلوكيات ابني عندما يكون منزعجا			

33	أمتلك القدرة في تحمل المشاكل والفوضى التي يثيرها ابني			
34	أشعر بالانهزام النفسي إذا فشلت في مساعدة ابني			
35	أحاول التعايش بإيجابية مع مشكلات ابني			

الملحق رقم 5: قائمة المحكمين لمؤشر الارجاعية والتكيف الأسري (Fira-G) لـ كوبان (McCubbin) واستبيان الإرجاعية لدى أمهات وآباء الطفل التوحدي

المحكم	الرتبة العلمية	التخصص	الجامعة أو المؤسسة
رحال سامية	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف-
ملال خديجة	أستاذة محاضرة ب	القياس والتقويم	جامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف-
بن عصمان برحيل جويدة	أستاذة التعلم العالي	علم النفس العيادي	جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان-
برزاوي نور الهدى	أستاذة محاضرة	علم النفس العيادي	جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان-
آيت عمران مراد	معالج نسقي أسري مختص نفسي حركي	علم النفس العيادي	عيادة نفسية خاصة -الشلف-
عبد الله الصامت فاطمة	معالجة نسقية أسرية مختصة نفسانية عيادية	علم النفس العيادي	المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا -الشلف -
لطرش سعاد	مختصة نفسانية أرطفونية	علوم الأرطفونيا العلوم العصبية المعرفية	عيادة نفسية أرطفونية خاصة -الشلف-
مداني خديجة	أستاذة مساعدة - أ-	أدب العربي	جامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف-
كروز عبد الحفيظ	أستاذ متوسطة	اللغة الفرنسية	متوسطة بن درقن الجديدة الشلف-

الملحق رقم 06: ترجمة خطابات آباء وأمهات الطفل التوحدي من اللسان الدارجي إلى اللغة العربية

رقم الملحق	الخطابات	رقم الصفحة
01	" لم أتقبل أبدا فكرة مرض ابني، بالرغم أنني كنت باستمرار أبحث عن المعلومات المتعلقة بالمرض "	204
02	" الكل كان يقول أنه طفل توحدي، أنا أعرف جيدا بأن التوحد يجعل الطفل منعزل، لكن محمد يتفاعل أخبرتني والدته بأن التوحد درجات...."	204
03	" لا أحب أن أتركه في الروضة ليوم كامل، نصف يوم فقط "	204
04	" النفسانية هي التي أخبرتني أن ابني توحدي.....، فالأطباء أخبروني أنه فقط تأخر لغوي... "	204
05	" أخبرتني الأرطفونية أن أمين لديه طيف التوحد؟؟!، تفاجأت بهذا النوع من المرض ماذا يعني؟؟؟؟ ".	204
06	" قالت لي هو شبيه بالتوحد، ولم تكن تعلم أنه ليس لدي أي فكرة على التوحد أصلا..... بالرغم أنها شرحت لي معناه، لكنني لم أقتنع بما قالته لي!.... اضطررت حينها للبحث عن مختصة أخرى "	204
07	" هذه المختصة لا تعرف شيء؟....."	204
08	" كنت أبكي طوال الوقت وأشعر بقلق مستمر، أظن أن ذلك هو سبب مرض ابني " " كنت نظل نبكي، ونحس روحي مقلقة ديما، نظن هذي هي السبة اللي خلات وليدي مريض"	204
09	" كنت جد قاسي معه في البداية، حسبت أنه طفل مشاغب ولا يسمع الكلام "	204
10	" أمين كان اجتماعي، أظن أنني السبب في مرضه، كنت دائما أعاقبه، وأضربه، أليست هذي الطريقة الأصح حتى يستقيم ؟! "	205
11	" أحن إلى سماع كلماته ...."	205
12	" عندما أرى بناتي عاديات، أتألم لوضع محمد..... "	205
13	" آآآه تعذبت كثيرا خاصة مع أخوه، عندما كان يحي صغيرا حاول أخوه قتله فهو لا يعرف شيئا "	205
14	" تألمت كثيرا عندما أخبرنا الطبيب أننا تأخرنا كثيرا في التكفل به "	205
15	" لن أنسى تلك اللحظة التي أخبرني الطبيب بأن ريتاج توحدية، حقا كانت صدمة....!، خرجت مسرعة من عنده، تخيلي كانت عندنا جنازة الكل يبكي، وأنا أتساءل ما معنى التوحد ؟؟! "	205
16	" أخبرتنا الأرطفونية بأن محمد لديه توحد....بالنسبة لي صدمة لن أنساها، كيف تخبرني ذلك في الحصة الأولى ومع ذلك لم أصدقها.... "	205
17	" أفجعنا الطبيب عندما قال لنا أن يزن توحدي ! "	205
18	" عندما يكون لدى الشخص أشياء وآمال مرتبطة بحياته وفجأة يفقد كل شيء،.... هكذا حدث لي مع يزن...! "	205
19	" كنت أمشي إلى الأمام، الآن بالعكس....."	205

20	" كنت ألاحظ نمو أولاد أخواتي، ويبدون لي طبيعيين لكن سهام مختلفة تماما....، كانت أخواتي تقلن لي بنتك مريضة، وكنت لا أتقبل كلامهم..."	205
21	" أنا خائف أن يحين وقت التمدرس ولا يمكنه الالتحاق بالمدرسة.....".	206
22	" بالفعل أود رؤيته وهو ذاهب إلى المدرسة....، لكن هو يفتقر للتواصل والاستقلالية....، تخيلي كيف يستطيع التعبير عن مأساته ورفضه..... فهو لا يستطيع فعل ذلك مثلنا نحن الراشدين ؟! "	206
23	" أشفق عليه كثيرا....."	206
24	" قبل الزواج كنت أعيش حياة رائعة، يا ليتها تعود أيام زمان، الآن كل شيء أصبح صعبا ومملا...."	206
25	" إلى حد الآن لا يمكنني أن أنسى شيئا صعبا حدث لي....، ومع هذا أشعر أن المشاكل جعلتني أقوى، الوالدة تسكن معي ، وأنا أتحمل مسؤولية كل شيء..."	206
26	" عشت معاناة كثيرا...، لحد الآن أنا أعاني....."	206
27	" ابني وسيم جدا فأنا أخاف عليه من العين، لدرجة أنني لا أريد أن يراه أحد "	206
28	" أشعر بالتعب أكثر عندما لا أستطيع أن أساعدهما كما يفعل معهما المختصون،... أحيانا أشعر بتأنيب الضمير...."	207
29	" أنا تركته أمام التلفاز وطيور الجنة، وكنت أكمل أشغال البيت....."	207
30	" ...عندما كان يحين وقت عودتها من الروضة، كنت أنزعج كثيرا، وأقول لماذا يا الله أعطيتني ابنتا كهذه ؟! "	207
31	" على أنها توحدية لم تصدمني بقدر كلمة لن تشفى ابنتك...."	207
32	" تزوجت في سن صغيرة وزوجي يكبرني بـ (17 سنة)، لم أرد هذا الزواج من الأصل كنت سأصل إلى الطلاق في فترة ما.."	207
33	" لم أبحث عن أي معلومات حول المرض، أرى أن هذا دور الأطباء، ما يهمني كثيرا هو تمدرسه "	207
34	"..... الأم هي من المسؤولين عن حالة ولدي فهي ماكثة في البيت يمكنها الاعتناء به أكثر "	207
35	" أشعر أنني مقصر في علاقتي الزوجية... "	207
36	" أصبح صراع بيني وبين زوجي على حالة ريتاج، أنا أقول أنها مريضة، وهو تبدو له عادية "	208
37	" انشغلنا أنا وزوجتي قليلا عن بعضنا البعض، لأن معظم الوقت للولدين..."	208
38	" ... زوجي دائما في الخارج، لا يأتي حتى لتناول الغذاء معي...أشعر بالوحدة والخوف، يظن أنني أتدلل عليه، أنا لا أمزح...."	208
39	" زوجتي لا ترافقني للحصص مع ريان، فهي جد حساسة، ولا يمكنها رؤية حالات شبيهة بريان إنها لا تتقبل فكرة أنه مريض....."	208
40	" أمي كانت دائما تقول لي ارض بقضاء الله وقدره، فابنك طفل مريض...، كذلك أهل زوجي بالنسبة لهم أمين لديه مرض مزمن.... هم يرفضون حتى ذهابه إليهم..."	208
41	" حتى زوجي كان يقول لي في البداية، أنت تتعبين نفسك، هذه سخافة..... كنت أشعر باليأس "	208
42	" في الحقيقة لن أكذب عليك حياتي كلها كانت قاسية ومأساوية، وتحملت الكثير....الآن الحمد لله..."	209
43	" لا أحد يمكنه أن يساعدك، لا يفهمون ولا يقدرون ما تعانيه.... لا يهمني أحد المهم أنني أستطيع أن أعطي لابني الكثير "	209

44	" ما يؤلمني عندما أذهب إلى المدرسة ويخبرونني أن طفلي الثاني مريض وغبي، أود الرحيل من هنا.... "	209
45	" في أحد الأيام التقيت بامرأة تعمل في مكتب الضمان الاجتماعي قالت لي أنت التي ابنك مريض.... تألمت كثيرا حينها.... ولن أنسى ذلك الموقف..."	209
46	" جارتي تقول لي هذا هو وضع الأبكم.... قلبي أوجعني..."	209
47	" الجميع يراقبون وزن بلال، ابنكم بصحة جيدة، طويل.....كلامهم يزعجني "	209
48	" بلال كان في القسم الخاص بالمدرسة، ثم أعادوه إلى الروضة، ربما لأنه متأخر في الكلام نشعر بالظلم تجاه ذلك، دائما نسكت على حقنا ونصبر للظلم "	209
49	" عندما كنت أخرج مع ريتاج كان الناس يقولون أنها غير مؤدبة، كنت أتألم كثيرا، لكن حاليا لم أعد آبه بحديثهم.... "	209
50	" كثيرا ما أسمع إيقاعات وكلام على ريتاج..... هي ليست مريضة عقليا، هناك من يتفهم وهناك من لا حديث ولا حرج... "	209
51	" أحيانا أشعر أنني أنا وابنتي مظلومتين في هذا المجتمع...."	209
52	" زملائي في العمل جميعا يعلمون بمرض الطفلان، ويطمئنون عليهما....بالنسبة لي الأمر عادي"	209
53	" كان لدي صديق مقرب أصيب بالسرطان، وكنت دائما إلى جانبه، تعايشت مع المرض، كنت أخاف كثيرا لدرجة أني أتابع عند طبيب الأعصاب، حاولت الابتعاد عن المشاكل والضغوطات، وكل ما يتعبني....."	210
54	" والدي طلق أمي عندما كانت حاملا بي، وانتقلنا للعيش في بيت أخوالنا، وكنا نسكن بعيدا عن المدرسة مما اضطررت للتوقف عن الدراسة "	210
55	" والدي لم يشعر يوما بمعاناتي، كنت أقطع أكثر من سبع كيلومترات مشيا على رجلي للذهاب إلى المدرسة..... ظروف صعبة وقاسية مررت بها... "	210
56	" عانيت كثيرا مع زوجة أبي وأولادها، فلقد رأيت منهم أشياء سيئة جدا.....لدرجة أني لا أذهب لزيارة أبي إلا في المناسبات والأعياد فقط "	210
57	"..... وفاة أمي أثر عليا كثيرا، وما زاد الألم أكثر هو مرض ابني محمد...."	210
58	" أنا لا أعرف أبي أبدا، أتصدقين أنه عند وفاته ظهرت زوجته الثانية....."	210
59	" عانيت كثيرا مع أهل زوجي خاصة مع أمه، وكانت هناك مشاكل وصراعات معهم،....."	210
60	" كان زوجي عصبي جدا، فقد كانت لدي رغبة كبيرة في أن أنجب أطفالا بعد ابنتاي، لكنه رفض الفكرة،... وأجبرني على تناول حبوب منع الحمل، بعدها حملت بمحمد..."	211
61	" أخي تعرض لحادث سيارة، أمي عانت كثيرا، وتحملت مسؤولياتنا، فكانت الأم والأب ومع ذلك كنت أشعر بالنقص، خاصة من حيث المصاريف "	211
62	" عانيت كثيرا في بداية زواجي، أهل زوجي لا يحترمونني .... لدرجة أني فكرت في الطلاق .... بعدها فكرت أنه علي أن أصبر من أجل أولادي... "	211
63	" أظن أنه لا يوجد بيت لا يخلو منه المشاكل، كانت بداية زواجي مليئة بالصراعات خاصة وقد عشت قرابة عشر سنوات مع عائلتي "	211

64	" أنا أرقي لزوجتي، هي مصابة بالسحر، وفيها جني اسمه مثل ابني، قد أخبرني الجني أنه ليس توحدي بل أنا فعلت به هذا،..... لكن كلامهم ليس كله صحيح..."	211
65	" أظن أن زوجة أخي هي السبب في وضع السحر، فهي لا تحب زوجتي..."	211
66	" ظروفي المادية صعبة جدا، تخيلي يوميا صباحا ومساءا أذهب مشيا على رجلي من بيتي إلى الروضة ثم المدرسة.... مثل السيارة... تعبت كثيرا... "	211
67	" أذهب مشيا على رجلي حتى لا أصرف كثيرا من الأموال، فأنا رجل فقير..."	211
68	" أعاني من البرودة..... أنا مريضة بمرض الجن....، ولدي مس...."	211
69	" منذ أن تزوجت أخت ريتاج الكبرى ساءت حالتها أكثر، فقد كانت متعلقة بها كثيرا... "	211
70	" أمي وأبي كانا مطلقان عاطفيا.... عشنا مع أمي، وكانت كل شيء بالنسبة لنا، ومع هذا كنت أشعر بالنقص نوعا ما..."	211
71	" حدثت لي أشياء كثيرة في البيت.... انفجرت قارورة غاز...، أصبحت أخاف من أي قارورة لدرجة إذا رأيتها مفتوحة في بيت ما فإنني لا أدخل إلى ذلك البيت...، أخاف الموت..."	211
72	" ليس من عادتي مشاركة الآخرين لمشكلاتي، هذا ليس خجلا أو ما شابه ذلك فمعظمهم يحسب أن محمد لديه تأخر لغوي"	211
73	" في الصباح أنا من يوقظ محمد من فراشه، يقول لي صباح الخير بابا...."	212
74	"معظم وقته يقضيه معي، الأم دورها غائب، فأنا من يجلبه للحصص النفسية والأرطفونية، وآخذه من الروضة"	212
75	" أمين علمني أن الفرد يجب أن يثق في نفسه، كنت أحيانا أيأس، لكنني أصبحت أكثر تفاؤلا، ولا أشعر بالقلق حتى وأن أمين لم ينطق بعد..."	213
76	" ما عشته من صعوبات جعلني أكثر قوة، فأولادي بحاجة إلي ..."	213
77	" بالرغم من أنني شخصية جد قلقة إلا أنني صبور مع ريان، حتى أثناء بكائه أو صراخه...، بدأت أتعلم ذلك معه..."	213
78	" ريان أقرب أولادي إلي لأن أخوه إسلام يستطيع الكلام، يفهم، يلعب، أما ريان فهو يحتاج إلي أكثر "	213
79	" اهتمي بابننا ريان، آخر كلمات أوصي بها زوجتي "	213
80	" الآن تعودنا عليهم، وندعو الله أن يشفيهما، وأفرح كثيرا عندما يأكلون جيدا...."	213
81	" ريتاج رزقي وكنز من الله، علمتني الصبر، أعطتني دروسا في الحياة، أصبحت هادئة أشعر بالمريض، بالفقير و....."	213
82	" أتذكر جيدا الليلة التي خرجت فيها ريتاج من البيت ليلا، والأمطار تتساقط، خفنا عليها كثيرا، لكن قدرة الله شاءت أن يجعلها في المسجد حينها تأكدت بأن الله معنا....."	213
83	" ريتاج أميرتي، هي الكل في الكل، أخبرت إخوتها بمدى حبي لها، فهي تحتاجني أكثر منهم "	213
84	" أنا ظلها وجسمها، إذا قالت ممم.....، أفهم ما تريده "	213
85	" أشعر أنها ستكون أفضل وتتحسن..... بفضل الله "	213
86	" أنا كنت دائما معها، وسأبقى معها "	213

87	" زرت الكثير من الرقاة والأطباء، وخلال زيارتي لهم رأيت حالات أصعب من أمين، أنا جد متفائلة، أظنه سيتحسن ويصبح أفضل مما هو عليه "	213
88	" لدي شعور كبير أن محمد سيتحسن، في البداية كنت متشائمة، لكنني بدأت أتفاءل لأنني أرى تطوره "	213
89	" تلقيت الكثير من الدعم من والداي خاصة أمي، فهي واعية جدا ومتفهمة دائما نتناقش معا حول مشكلات محمد "	214
90	" كون محمد ذكرا أدخل السعادة والفرحة في قلب والده، فلقد رأيت ذلك عندما أخبرنا الطبيب بأن الجنين ذكر... "	214
91	" تغير والد محمد كثيرا، فقد تحولت عصبيته إلى هدوء وصبر، بالنسبة له محمد هو الأفضل "	214
92	" وجود ريان جعل علاقتي مع والده أقوى، أصبحت رائعة... الحمد لله "	214
93	" في أحد الأيام أخبرتنا المربية أن ريتاج انتقلت إلى مستوى آخر، تخيلي قمت بتنظيف البيت بالكامل، وقام والدها بشراء كل ما يستلزم، كانت بالنسبة لنا فرحة لا توصف "	214
94	" كنت دائما أبحث عن المعلومات على الأنترنت، حتى زملائي في العمل ساعدوني على ذلك "	215
95	" عائلتي تساعدني كثيرا، محمد وبيعقوب يحبان كثيرا أخوالهم وجديهما.... "	215
96	" أم سهام تريد أن تتناول ابنتها الدواء وبعد خمس أو عشر سنوات ستكون عادية عليها أن تعلم أن بالتكرار ومع الوقت ستتحسن "	215
97	" في السابق نوعا ما كنت متعبة معها، الآن هي أو أخوها العادي نفس الشيء..."	215
98	" الجميع يعلم بمرضها، ونذهب لزيارة عائلاتنا، إنه عادي بالنسبة لهم...."	215
99	" ومع ذلك بدأ محمد التفاعل معي واللعب، تعلمين أنه عند الذهاب إلى الروضة يكون هادئ عكس في البيت، هذا دليل على أنه يستطيع التمييز بين بيئة البيت ومحيط الروضة "	216
100	" نمو محمد أمين كان عادي، وكان يبدو لي جد طبيعي، هو كان مع أمي، عندما توفى أخي لم أرد أن آخذه منها، لكن الأهل والأقارب لا حظوا أنه متأخر...."	216
101	" ريان لم يشكل أي ضغط على عائلتي، بالعكس أنا أحبه كثيرا، ينام عندي ومعظم وقته معي أنا أكثر مما يقضيه مع أمه "	216
102	"... بدأ محمد التفاعل معي واللعب،.... أتعلمين أنه عند الذهاب إلى الروضة يكون هادئ عكس تماما عندما يكون في البيت، هذا دليل على أنه يستطيع التمييز بين بيئة البيت ومحيط الروضة "	218
103	" أظن أن عصبية والد محمد.... ونفسيتي المتعبة أثناء الحمل، وأيضا تأخر سني في الإنجاب هي التي جعلته توحديا "	219
104	" ريان لم يشكل أي ضغط على عائلتي، بالعكس أنا أحبه كثيرا، ينام عندي ومعظم وقته معي أنا أكثر مما يقضيه مع أمه "	219
105	" وجود ريان جعل علاقتي مع والده أقوى، أصبح أكثر تماسكا... الحمد لله "	220
106	"..... أريد أن لا أكرر خطئي وأقسي على ريان أخوه مثلما كنت أفعل مع أمين...."	220
107	" دائما أفكر في مستقبل أمين... خائف جدا، لكن عندما أرى في الخارج أناس مجنونين، وحالات أصعب من ابني، أحمد الله..... ماذا عساي أن أفعل ؟ "	221
108	" لو أن عجلة الماضي تعود لما توقفت عن العمل، ولما تزوجت...."	221

109	" أشعر أن أمين أقرب إلي أنا أكثر من والده، فأنا ألعب وأحبو معه، عنما يخربش على الحائط أخربش أنا كذلك.... فقد كان يظل ينظر إلي ويندهش...."	221
110	"... لم أبحث عن أي معلومات حول الاضطراب، أرى أن هذا دور الأطباء، ما يهمني كثيرا هو تمدرسه..."	222
111	" عشت في بيتنا تحت ضغوطات كبيرة خاصة مع إخوتي الذكور..."	223
112	" الماء والخبر يكفي..... أفضل من هذه المعيشة... أحمل على كتفاي جبل "	223
113	" من كثرة المشي كثيرا، أعاني طوال الوقت من آلام في المفاصل..."	223
114	" أظن أنه لو بقينا في بلدتنا أهون، فنحن لا نعرف أحدا هنا....."	223
115	" ...آآآه تعذبت كثيرا ....."	224
116	".....أنا مريضة بمرض الجن....، ولدي مس....."	224
117	"...هي كانت تكرهني، تخيلي عندما ولدت لم تسأل عني أو تأتي لزيارتي للمستشفى... أظنها هي من سحرتني...."	224
118	" الجني الذي يسكنني اسمه مثل ابني، هو أخبر زوجي أن طفلنا ليس توحديا وإنما أنا من فعلت به ذلك "	225 -224
119	" أشفق عليه كثيرا، لذلك لا أود أن أحرمه من شيء هو يحبه، كيف وهو محروم من الكلام...."	225
120	" لم نكن على دراية بالمرض، لكننا كنا دائما نسأل الذين لديهم أطفال توحديين ويحكوا لنا ما الذي يفعلونه مع أولادهم،.... وكنا نشعر بالاطمئنان عندما يخبروننا أنهم بدأوا يتحسنون.... "	225
121	" منذ أن عرفت بمرض بلال وأنا أبكي، لا يمكن لأحد أن يشعر بالألم الذي أشعر به، أفكر دائما في المستقبل، كيف سيكون عندما أموت، أحيانا أشعر بحزن كبير... ثم أستغفر ربي، وأقول ما باليد حيلة حكم الله وقدره... "	225
122	" أنا كنت دائما معها، وسأبقى معها "	226
123	" زوجي لم يعترف بمرض ابنتنا، لدرجة أني كنت أذهب إلى الطبيب خفية منه..."	226
124	." ريتاج أميرتي، هي الكل في الكل، أخبرت إخوتها بمدى حبي لها، فهي تحتاجني أكثر منهم "	226
125	" بالنسبة لبيعقوب لم تكن صدمة كبيرة، فقد تعودنا وذهب الخوف والقلق مع أخوه الأكبر...."	227
126	أتمنى لو كانا ابناي عاديان.....لكن قدرة الله "	227
127	" كنت سابقا إنسانة عصبية، غير صبورة، أشعر دائما بضيق التنفس، لكن مع طفلاي أصبحت أكثر هدوء وطمأنينة.... ,اكثر قناعة "	228
128	" أشعر أنني أكثر الأمهات حبا لأولادها هما كل حياتي"	228
129	" كنت أمشي إلى الأمام، الآن بالعكس....."	228
130	" لحظة ولادته وخروجه، كانت القابلة تقول لي ستخنقين ولدك، شعرت حينها أنني سأفقده وقد انتظرت مجيئه بفارغ الصبر...	229
131	" كنت أشاهد مسلسلا هنديا عن طفلة توحدية، لاحظت أن للطفلة نفس أعراض يزن..."	229
132	" جميلة ومعيونة "	229
133	" والدة سهام تفكر في دراستها ... وعندما يكون عمرها 29 سنة من سيكون إلى جانبها ويهتم بها؟؟؟! "	229
134	" كنت أقول لماذا ابنتي أنا هكذا، وبقية الأطفال عاديين...."	230
135	" أتابع عند مختصة نفسية.....قالت لي لديك أفكار وهمية .... وتحتاجين لدعم من زوجك....."	230

الملحق رقم 07: يمثل عرض نتائج المقياسين *مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري واستبيان الارجاعية لدى آباء وأمهات الطفل التوحدي*

عدد الأفرا	العينة	الجنس	السن	المستوى	جنس الطفل	سن الطفل	عدد	المقياس ول	المقياس الثاني
01									43
02									49
03									55
04	ع. أ	ذكر	48	جامعي	ذكر	10	04	154	42
05	ن. هـ	ذكر	47	ثانوي	ذكر	06	04	134	57
06	ف.م	أنثى	49	ابتدائي	ذكر	04	04	96	65
07	تو. ج	أنثى	25	متوسط	ذكر	03	01	98	49
08	م. م	أنثى	32	متوسط	أنثى	07	03	134	46
09	آ. ق	ذكر	54	متوسط	ذكر	04	04	108	65
10	ب. و	أنثى	38	ثانوي	ذكر	05	04	130	54
11	ف. ن	ذكر	47	متوسط	أنثى	05	03	123	43
12	غ. م	ذكر	32	ثانوي	ذكر	03	01	135	46
13	ب. ف	أنثى	36	متوسط	ذكر	07	04	130	48
14	م. ب	ذكر	40	متوسط	ذكر	07	04	118	48
15	ج. ج	ذكر	42	متوسط	أنثى	06	04	136	46
16	ل. ب	ذكر	44	جامعي	ذكر	08	04	121	55
17	ع. ك	ذكر	39	ثانوي	ذكر	07	03	124	64
18	ر. غ	أنثى	41	ثانوي	أنثى	06	04	136	45
19	ج. ق	ذكر	50	جامعي	ذكر	06 09	02	128	46
20	م. ف	أنثى	38	جامعي	ذكر	04	02	137	49
21	ف. ب	أنثى	40	جامعي	ذكر	06	04	156	49
22	ب. س	ذكر	41	جامعي	ذكر	04	02	109	50
23	م. م	ذكر	43	ثانوي	ذكر	05	03	108	47
24	م. م	ذكر	50	متوسط	ذكر	07	01	134	37
25	ش. ل	أنثى	39	ابتدائي	ذكر	06+ 09	02	129	56
26	د. ص	أنثى	29	ثانوي	أنثى	06	03	118	59
27	د. أ	أنثى	30	جامعي	ذكر	07	01	149	52
28	م. م	ذكر	43	ثانوي	أنثى	05	03	126	55
29	س. ف	أنثى	44	ثانوي	ذكر	06	02	101	29
30	ب. ل	ذكر	44	ثانوي	ذكر	06	02	111	34
31	ط. ز	أنثى	45	متوسط	ذكر	08	05	106	56
32	ح. م	ذكر	50	ثانوي	ذكر	08	05	98	53
33	م. هـ	أنثى	39	متوسط	أنثى	09	03	133	46
34	ط. ي	أنثى	49	جامعي	أنثى	06	05	103	47
35	ق. م	ذكر	50	جامعي	أنثى	10	03	122	46

الملحق رقم 08: نتائج المتوسط النظري والمتوسط الحسابي لأبعاد مؤشر الارجاعية والتكيف الأسري لـ (Fira-G)

رقم البعد	البعد	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	
			مجموع البعد	النتيجة
01	عوامل الضغوط الأسرية	05	60	1,71
02	التوترات العائلية	05	83	2,37
03	دعم الأقارب والأصدقاء	24	935	26,71
04	مؤشر الدعم الاجتماعي	34	1226	35,02
05	استراتيجيات المواجهة الأسرية والتماسك	12	563	16,08
06	الصلابة الأسرية	30	1402	40,05
07	الضيق العائلي	2.5	17	0,48

الملحق رقم 09: ترخيص التربصات الميدانية

1- طلب رخصة تربص ميداني
2- شهادة تربص – المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض العقلية بتنس - ولاية الشلف.
3- شهادة تكوين – روضة قصر السلطان بولاية الشلف.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة وهران 2
كلية العلوم الإجتماعية
Faculté des sciences sociales
قسم علم النفس والأرطوفونيا

مصلحة ما بعد التدرج
المرجع 233 2018

التاريخ: 2018/10/14

إلى السيد(ة):

مدير المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية
بتنس ولاية الشلف

موضوع : **طلب رخصة تربص ميداني .**

في إطار تحضير(ها) أطروحة الدكتوراه في علم النفس.

تخصص : **علم النفس الأسري.**

موضوع الرسالة : " **التناول النسقي للإرجاعية لدى أباء وأمهات الطفل التوحدي** "

الأستاذ المشرف: **قادري حليمة**

نرجو من سيادتكم السماح للطا لب(ة) : **لعوالي فاطمة**

إجراء دراسته (ها) الميدا نية بمؤسستكم وذلك خلال الموسم الدراسي **2019/2018.**

مدة التربص: **12 شهرا .**

و لكم جزيل الشكر .

مقبول

تحديد البرنامج

رئيس القسم
رئيس قسم علم النفس و الأرطفونيا بالنيابة
كلية العلوم الإجتماعية
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

لولاية الشلف
المؤسسة الإستشفائية المتخصصة
في طب الأمراض العقلية تنس
الرقم :.....25.....2019

شهادة تربص

نحن مديـرالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية بتنس نشـهد بأن :

السـيـد(ة): لعـوالي فـاطمـة طالبة بكلية العلوم الإجتماعية جامعة وهران 2 محمد بن أحمد تربصت بمؤسستنـا بصفتها: متـربصة تخصص علـم النـفـس الأسري موضوع الرسالة " التناول النسقي للإرجاعية لدى أباء و أمهات الطفل التوحدي "قصد التحضير لأطروحة الدكتوراه في علم النفس وذلك خلال الفترة الممتدة إبتداءا مـن 2018/09/11 الى غاية 2019/03/05 .

سلمت هذه الشهـادة بطلب من المعني(ة) لغرض إداري .

تنـس في:2019/05/08

المـديـر

مدير بالنيابة
نضاء بوزكان سعيدي

جمعية أولياء و احباب أطفال التوحد بالشلف

شهادة تكوين

تشهد الموقعة أدناه السيدة: عمار سعيدة رئيسة جمعية أولياء و أحباب أطفال التوحد بالشلف، بأن:

الآنسة لعوالي فاطمة مختصة نفسانية عيادية بإجراء تربص ميداني عيادي بروضة قصر السلطان التابعة للجمعية من اجل نيل أطروحة دكتوراه علوم تخصص علم النفس الاسري الموسومة بـ : التناول النسقي للارجاعية لدى اباء و أمهات الطفل التوحدي و ذلك خلال الفترتين الممتدتين من 19 مارس 2019

و 09 جوان 2019

سلمت هذه الشهادة بناءا على طلب المعني لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون.

حررت بالشلف في : 2020/11/09.

رئيسة الجمعية