



جامعة مولود معمري تيزي وزو  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

المظاهر الانفعالية وعلاقتها بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد  
- دراسة مقارنة بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد "الملتحقين بالمراكز الطبية  
النفسية البيداغوجية والغير ملتحقين بها"

- دراسة وصفية عيادية في كل من ولاية تيزي وزو، بومرداس والجزائر العاصمة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم نفس مدرسي

المشرفة:

إعداد:

الأستاذة الدكتورة: بوروي رجاح فريدة

فرندي تسعديت

السنة الجامعية: 2025/2024

## كلمة شكر

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تُنال الغايات.

أتقدّم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من ساندني خلال مشواري الجامعي، وخصّني بدعمه وتوجيهه حتى بلوغ هذه المرحلة.

أول الشكر، وأعظمه، أرفعه إلى أساتذتي الأفاضل على رأسهم مشرفتي الأستاذة الدكتورة " بوروبي/ رجاح فريدة" على تفضلها بقبول الإشراف على هذا العمل و ما قدمته لي من توجيهات ونصائح طيلة رحلة البحث. كما أتقدم بخالص الشكر للأستاذة الدكتورة " عزيزو/ شرناعي سعاد" على لمساتها القيمة التي أضفتها في بحثي. جزاهم الله عنّا خير الجزاء.

كما لا يفوتني أن أعبر عن امتناني العميق لعائلتي.

أشكر أيضاً كل زملائي الذين شاركوني هذا الدرب، بكل ما فيه من تعب ومواقف، فكنا عوناً لبعضنا البعض حتى آخر خطوة.

لكم جميعاً، كل الاحترام والتقدير، ولكل من كان له أثر، ولو بكلمة طيبة، فله في القلب مكان.

فرندي تسعديت

# الإهداء

إلى نفسي...

إلى تلك التي صبرت حين كان الصبر خيارًا وحيدًا، واجتهدت رغم التعب، وآمنت أن لكل خطوة ثمن ولكل سعي جزاء...

أهدي هذا العمل عرفانًا للجهد المبذول، وتقديرًا لرحلة لم تكن سهلة، لكنها كانت حقيقية.

كما أهدي هذا العمل إلى والديّ.

إلى من كان وجودهم أمانًا، ودعاؤهم زادًا في كل مرحلة

إلى كل من كان له أثر بكلمة، بموقف، أو بدعم صامت

لكم جميعًا أهدي هذه الثمرة، بكل الامتنان والصدق.

فرندي تسعديت

## ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية موضوع "المظاهر الانفعالية وعلاقتها بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وغير الملتحقين بها"، وذلك من خلال مقارنة بين فئتين من الأطفال:

الفئة الأولى من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والفئة الثانية من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائية في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخرين، وسلوك إيذاء الذات في كل فئة، والكشف عن طبيعة العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى كل فئة. وإعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي والعيادي، كما تم استخدام أدوات قياس تمثلت في مقياس المظاهر الانفعالية(القلق والتوتر، الاستجابات الانفعالية، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخرين، الخوف) للباحث شوقي أحمد غانم (2013)، إلى جانب مقياس سلوك إيذاء الذات للباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023).

تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها (50) طفلاً مصاب باضطراب طيف التوحد حيث تتراوح أعمارهم بين (5 و 6) سنوات، موزعين بالتساوي بين الفئتين والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية.

وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج (SPSS النسخة 20)

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الكشف عن المظاهر الإنفعالية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، حسب الترتيب التالي: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر". يعني أن الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم أكثر القلق والتوتر ثم الخوف ثم الإستجابات الإنفعالية ثم فهم مشاعر الآخر وبدرجة أقل التعبير على المشاعر.

- "توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدىالأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".
- "لا توجد فروق بين الجنسين(الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر)".
- لا توجد فروق بين الجنسين(الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في سلوك إيذاء الذات".

#### الكلمات المفتاحية:

إضطراب طيف التوحد،المظاهر الانفعالية، سلوك إيذاء الذات، المراكز الطبية النفسية البيداغوجية، التكفل النفسي، الأطفال دون عمر السادسة.

## Résumé de l'étude :

- La présente étude a porté sur « les manifestations émotionnelles et leur relation avec les comportements d'automutilation chez les enfants atteints du trouble d'autisme inscrits dans des centres médicaux-psycho-pédagogiques. », en comparant deux groupes d'enfants :
- Le premier groupe composé d'enfants atteints des troubles de spectre d'autisme inscrits dans des centres médicaux-psycho-pédagogiques.
- Le second groupe composé d'enfants atteints des troubles de spectre d'autisme non inscrits dans des centres médicaux-psycho-pédagogiques.

L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existe des différences statistiquement significatives entre les deux groupes en ce qui concerne les manifestations émotionnelles suivantes : (anxiété, tension, réponses émotionnelles, expression des émotions, compréhension des émotions d'autrui, peur) et comportement d'automutilation pour chaque groupe.

La recherche a adopté une approche descriptive analytique et clinique, en utilisant des outils psychométriques, notamment l'échelle des manifestations émotionnelles chez les enfants autistes (**anxiété, tension, réponses émotionnelles, expression des émotions, compréhension des émotions d'autrui, peur**) développée par (Chawki Ahmed Ghanem (2013), ainsi que l'échelle d'automutilation élaborée par (Hoyam Sayed Abdelhamid Sayed (2023).

L'étude a été menée sur un groupe de (50) enfants atteints de trouble du spectre autistique, âgés de 5 à 6 ans, répartis équitablement entre les deux groupes et sélectionnés de manière intentionnelle.

Le traitement statistique a été effectué à l'aide du logiciel (**SPSS, version 20**).

Les résultats obtenus ont montré que :

- Diagnostiquer les manifestations émotionnelles les plus fréquentes chez les enfants autistes encadrés et non encadrés dans les centres médicaux-psycho-pédagogiques, dans l'ordre : les réponses émotionnelles, suivies

de la peur, l'anxiété et la tension, l'expression des émotions, et enfin la compréhension des émotions d'autrui., l'anxiété et la peur prédominant, suivies par les réponses émotionnelles, la compréhension d'autrui, et en moindre degré, l'expression émotionnelle.

- Il existe une corrélation importante entre les manifestations émotionnelles (réponses émotionnelles, peur, anxiété/tension, expression des émotions, compréhension des autres) et les comportements d'automutilation chez les enfants autistes, qu'ils soient encadrés ou non dans les centres médicaux-psychopédagogiques.
- Aucune différence significative n'a été constatée entre les sexes (garçons et filles) concernant les manifestations émotionnelles ou les comportements d'automutilation.
- Il n'existe pas non plus de différences significatives entre les sexes quant aux comportements d'automutilation chez les enfants atteints de trouble de spectre autistique, qu'il soient encadrés ou non.

**Mots-clés : Manifestations émotionnelles, Automutilation, Trouble du spectre autistique, Centres médicaux-psychologiques, Prise en charge, Enfants de moins de six ans.**

## **Summary of the Study:**

The present study addressed the topic of emotional manifestations and their relationship with self-inflicted injuries in children with Autism Spectrum Disorder enrolled in medico-psycho-pedagogical centers, by comparing two groups:

- The first group consisted of children with Autism Spectrum Disorder who are enrolled in psycho-medical-pedagogical centers.
- A second group consisted of children with Autism Spectrum Disorder who are not enrolled in psycho-medical-pedagogical centers.

The goal of the study was to determine whether statistically significant differences exist between the two groups in terms of emotional manifestations (anxiety and tension, emotional responses, expression of emotions, understanding others' emotions, and fear) and the behavior of self-inflicted injuries, and to explore the nature of the relationship between emotional manifestations and self-inflicted behaviors among children with autism.

The study adopted a descriptive-analytical, and clinical methodology, using standardized psychological tools, including the Emotional Manifestations Scale (anxiety and tension, emotional responses, expression of emotions, understanding others' emotions, and fear) developed by (Chawki Ahmed Ghanem (2013), along with the Self-Injurious Behavior Scale developed by (Hoyam Sayed Abdelhamid Sayed (2023).

Data was collected from a sample of (50) children, aged 5 and 6 years, with autism spectrum disorder, and equally divided between the two groups purposely selected. Statistical analysis was conducted using **SPSS software (version 20)**.

The study yielded the following findings:

- The most common emotional manifestations among autistic children were ranked as follows: emotional responses, followed by fear, anxiety and

tension, expression of emotions, and finally understanding others' emotions. Among non-enrolled children, anxiety and fear were most prominent, followed by emotional responses, understanding of others, and less frequently, and emotional expression.

- There was a significant correlation between emotional manifestations (emotional responses, fear, anxiety/tension, emotional expression, understanding others) and self-injurious behavior, regardless of center enrollment.
- No significant gender differences were found in either emotional manifestations or self-injurious behavior among autistic boys and girls, whether enrolled or not in medico-psycho-pedagogical centers.
- There were also no significant gender differences in self-injurious behavior among children with autism spectrum disorder, regardless of their enrollment in medico-psycho-pedagogical centers.

**Keywords:**

**Emotional manifestations, Self-injurious behavior, Autism Spectrum Disorder, medico-psycho-pedagogical- centers, Psychological care, children under six years old.**

## فهرس المحتويات

الإهداء.....	
كلمة شكر وتقدير .....	
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.....	
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....	
مقدمة.....	01

## الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية.....	11
2. فرضيات الدراسة.....	19
3. أهداف الدراسة .....	19
4. أهمية الدراسة .....	20
5. تحديد المفاهيم إجرائيا.....	20

## الجانب النظري

### الفصل الأول: المظاهر الانفعالية

تمهيد .....	24
أولاً. مفهوم الانفعال.....	25
ثانياً. المظاهر الانفعالية.....	25

1. تعريف المظاهر الانفعالية.....26.....
2. أنواع المظاهر الانفعالية.....27.....
3. النظريات المفسرة للمظاهر الانفعالية.....32.....
4. العوامل المؤثرة على النمو الانفعالي لدى الطفل.....38.....
5. الديناميات الانفعالية وعلاقتها باضطراب طيف التوحد.....40.....
6. علاقة اضطراب التعبير الانفعالي بسلوك إيذاء الذات.....41.....
7. تشخيص المظاهر الانفعالية.....43.....
8. الاستراتيجيات العلاجية لتنظيم المظاهر الانفعالية.....50.....
9. دور المؤسسات التربوية في دعم النمو الانفعالي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد.....62.....

خلاصة الفصل

## الفصل الثاني إيذاء الذات

- تمهيد: .....66.....
- أولاً: مفهوم الذات.....67.....
1. تطور مفهوم الذات.....67.....
2. مفهوم الذات.....68.....
3. تعريف مفهوم الذات.....69.....
4. عناصر الذات.....71.....
5. نظريات حول مفهوم الذات.....72.....
6. أهمية مفهوم الذات.....80.....
- ثانياً: مفهوم إيذاء الذات.....81.....
1. مفهوم إيذاء الذات.....81.....

2.	تعريف إيذاء الذات.....	81
3.	الأشكال الشائعة لإيذاء الذات.....	82
4.	الأسباب المؤدية إلى إيذاء الذات. ....	84
5.	النظريات المفسرة لإيذاء الذات.....	85
6.	علاقة إيذاء الذات بالاضطرابات النفسية الأخرى.....	94
7.	تشخيص سلوك إيذاء الذات.....	96
8.	الفئات الأكثر عرضة لإيذاء الذات.....	97
9.	الإستراتيجيات المساعدة للحد من إيذاء الذات.....	97
10.	التوحد وإيذاء الذات.....	102

خلاصة الفصل

## الفصل الثالث: التوحد

تمهيد.....	106
تعريف التوحد.....	107
2. نسبة انتشار التوحد في العالم عامة وفي الجزائر خاصة.....	109
3. أسباب المؤدية للتوحد.....	110
4.الكشف المبكر لحالات التوحد.....	112
5.المظاهر العامة للتوحد.....	113
6. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.....	119
7. الأشكال الإكلينيكية.....	123

124.....	8. التشخيص الفارقي
129.....	9. التوحد وعلاقته باضطراب الطفولة
131.....	10. مقاييس تشخيص التوحد
138.....	11. البرامج التربوية والعلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد

الخلاصة

## الجانب التطبيقي

### الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

147.....	تمهيد
148.....	1. التذكير بالفرضيات
148.....	2. الدراسة الاستطلاعية
149.....	1.2 أهداف الدراسة الاستطلاعية
149.....	2.2 عينة الدراسة الاستطلاعية
150.....	3.2 الحدود الجغرافية والزمانية للدراسة الاستطلاعية
151.....	4.2 مراحل اجراء الدراسة الاستطلاعية
162.....	5.2 نتائج الدراسة الاستطلاعية
163.....	3. الدراسة الأساسية
163.....	1.3 منهج الدراسة الأساسية

164.....	2.3 المعاينة.....
169.....	3.3 زمان ومكان اجراء الدراسة الأساسية.....
169.....	4.3 أدوات الدراسة الأساسية.....
178.....	5.3 كيفية إجراء الدراسة الأساسية.....
179.....	4. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة الأساسية.....

### الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

182.....	1. عرض ومناقشة النتائج.....
183.....	1.1. عرض ومناقشة النتائج.....
183.....	1.1.1 عرض نتائج الفرضية الأولى.....
186.....	2.1.1 عرض نتائج الفرضية الثانية.....
188.....	3.1.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة.....
192.....	4.1.1 عرض نتائج الفرضية الرابعة.....
194.....	2.1. مناقشة النتائج.....
194.....	1.2.1 مناقشة الفرضية الأولى.....
197.....	2.2.1 مناقشة الفرضية الثانية.....
202.....	3.2.1 مناقشة الفرضية الثالثة.....
208.....	4.2.1. مناقشة الفرضية الرابعة.....
209.....	ثانيا : عرض وتحليل نتائج الحالات.....
209.....	1.2. عرض ومناقشة نتائج الحالات:.....
209.....	1.1.1.2. تقديم الحالة الأولى.....

209.....	2.1.1.2 عرض وتحليل مضمون المقابلة.
214.....	3.1.1.2 عرض وتحليل نتائج المقاييس
216.....	4.1.1.2 خلاصة الحالة
217.....	2.1.2. عرض الحالة الثانية:
217.....	1.2.1.2 تقديم الحالة الثانية.
218.....	2.2.1.2 عرض وتحليل مضمون المقابلة.
221.....	3.2.1.2 عرض وتحليل نتائج المقاييس
223.....	4.2.1.2 خلاصة الحالة
224.....	3.1.2. عرض الحالة الثالثة:
224.....	1.3.1.2 تقديم الحالة الثالثة.
224.....	2.3.1.2 عرض وتحليل مضمون المقابلة.
227.....	3.3.1.2 عرض وتحليل نتائج المقاييس
229.....	4.3.1.2 خلاصة الحالة
230.....	4.1.2. عرض الحالة الرابعة:
230.....	1.4.1.2 تقديم الحالة الرابعة.
230.....	2.4.1.2 عرض وتحليل مضمون المقابلة.
233.....	3.4.1.2 عرض وتحليل نتائج المقاييس
235.....	خلاصة الحالة
236.....	إستنتاج عام
238.....	خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

## فهرس الجداول

- الجدول رقم(1): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب بعض المتغيرات..... 150
- الجدول رقم(2): مجالات مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون ست سنوات وعدد الفقرات لكل مجال..... 158
- الجدول (3): قيم معاملات الثبات للمقياس..... 161
- الجدول رقم (4): توزيع أفراد الدراسة الأساسية(أمهات لأطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)..... 165
- الجدول رقم (5): توزيع الأفراد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية..... 166
- الجدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير الجنس..... 167
- الجدول (7): قيم معاملات الثبات للمقياس..... 172
- جدول رقم (8): ارتباط كل فقرة من مقياس "المظاهر الانفعالية" بدرجة المجال وبدرجة المقياس الكلي..... 173
- جدول رقم (9): تشبعات مفردات مقياس سلوك إيذاء الذات بإستخدام التحليل العاملي التوكيدي..... 174
- جدول رقم (10): مؤشرات صدق البنية لمقياس إيذاء الذات..... 175
- جدول رقم (11): الإتساق الداخلي لعبارات مقياس إيذاء الذات..... 176
- جدول (12): قيم معاملات الثبات لمقياس سلوك إيذاء الذات..... 176
- الجدول رقم(13): نتائج إختبار"كولموكروف -سميرنوف" للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية..... 182
- الجدول رقم(14): نتائج إختبار (فريدمان) للرتب في متغيرالمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية..... 183
- الجدول رقم(15): قيم معاملات الإرتباط بيرسون (R) بين درجاتالمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ودرجات إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"..... 186

الجدول رقم (16): نتائج إختبار "T" للفروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر..... 189

الجدول رقم(17):نتائج إختبار مان وتني(U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر..... 191

الجدول رقم(18): نتائج إختبار مان وتني(U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية:التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر..... 193

الجدول رقم(19): الدرجة التي تحصلت عليها الحالة الأولى على مقياس "المظاهر الإنفعالية"..... 213

الجدول رقم(20): الدرجة التي تحصلت عليها الحالة الأولى على مقياس "سلوك إيذاء الذات"..... 215

الجدول رقم(21): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " كريمة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية"..... 220

الجدول رقم(22): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " كريمة" على مقياس "سلوك إيذاء الذات"..... 222

الجدول رقم(23): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نورة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية"..... 226

الجدول رقم(24): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نورة" على مقياس "سلوك إيذاء الذات"..... 227

الجدول رقم(25): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نصيرة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية"..... 232

الجدول رقم(26): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نصيرة" على مقياس "سلوك إيذاء الذات"..... 234

## فهرس الأشكال :

- الشكل رقم (01): المظاهر الانفعالية حسب النظرية المعرفية ..... 35
- الشكل رقم (02): تجربة الطفل و الفأر الأبيض لجون واطسون المتمثلة في المظاهر الانفعالية... 35
- الشكل رقم(03): يمثل مراحل النمو الثمانية لنظرية الهوية و تطور الذات لاريكسون..... 76
- الشكل رقم(04): يوضح 04 عمليات التعلم الاجتماعي ..... 78
- الشكل رقم(05): يمثل الاضطرابات السلوكية الشائعة في المراهقة ..... 84
- الشكل رقم(06): يمثل منطقة ما تحت المهاد المسؤولة عن الانفعالات ..... 86
- الشكل رقم(07): يمثل المخ البني / العميق / المتوسط Diencephalon ..... 87
- الشكل رقم(08): المهاد ..... 87
- الشكل رقم(09): ما تحت المهاد ..... 88
- الشكل رقم(10): هرمون السيروتونين و حامض hydroxi-indolystyque ..... 89
- الشكل رقم(11): يمثل المازوخية و العدوانية ..... 90
- الشكل رقم(12): يوضح الكروموسومات ( X Y ) ..... 110
- الشكل رقم(13): هرمون السيروتونين ..... 111

## فهرس الملاحق

- مقياس المظاهر الانفعالية
- مقياس ايداء الذات
- تحليل المقابلة العيادية

### مقدمة:

تعد قضية الإعاقة واحدة من القضايا النفسية والاجتماعية التي أصبحت محط اهتمام وعناية المجتمعات المختلفة، فالإعاقة لا تشكل عبئا على المعاق وأسرته فحسب، بل إن آثارها تمتد لتتال قطاعا كبيرا من المجتمع. كما تعد الاضطرابات النفسية الحادة في الطفولة مثار جدل واسع بين الباحثين، من حيث أسبابها، أو تصنيفها، أو محكات تشخيصها. وكانت وجهة النظر المسيطرة حتى أواخر الستينات من القرن الماضي أن هذه الاضطرابات هي أشكال طفولية للذهان أو الفصام، أو أنها ترجع أساسا لاضطراب العلاقة الوجدانية بين الأم والطفل. في نفس الوقت كان المعالجون العياديون العاملون في الميدان يواجهون أشكالا متعددة ومتنوعة من الاضطرابات النفسية بين الأطفال عليهم تشخيصها وعلاجها، بغض النظر عما إذا كانت تقع ضمن التصنيف الرسمي وفقا للأدلة التشخيصية المعتمدة من الجهات المسؤولة، ويعتبر اضطراب التوحد مثلا حيا لهذه الاضطرابات النفسية. (هلامان وكوفمان، 2008، ص85).

يعتبر التوحد Autism حالة من الحالات التي تتدرج تحت الفئات الخاصة أو ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا الاضطراب يستلزم المزيد من البحث والدقة والإطلاع والتعاون بين ذوي التخصصات المختلفة، وهي ظاهرة من الظواهر النفسية التي لا بد من أن تدرس بصورةمتعددة الجوانب (1990). Marica، حيث يرى حلواني (1996) أن الدراسات النفسية حول التوحد تعتبر حديثة نسبيا وكلها تقريبا تم إجراؤها في بيئات أجنبية. أما على مستوى الوطن العربي فهناك ندرة في الدراسات التي تناولت التوحد، أما فيما يتعلق بالدراسات البرمجية فلا توجد فيما يتعلق بموضوع الدراسة الحالية سوى دراسات قليلة موجهة للأم فقط أو للاب فقط . يعتبر التوحد Autism من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة التي لم تحصل على قدر كبير من الاهتمام على المستويين الإقليمي والمحلي ولكن يختلف الأمر على المستوى الدولي وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث كان الاهتمامبوضع مدارس ومراكز وجمعيات متخصصة لتقديم الخدمات لهم و لأسرهم بهدف رعايتهم وتدريبهم) ( محمد ، 2008 ، م ص319 ).

ويعد اضطراب طيف التوحد إحدى حالات الإعاقة التي تحول دون استيعاب المخ للمعلومات وكيفية معالجتها، وتؤدي إلى حدوث مشاكل لدى الطفل في كيفية الاتصال بمن حوله واضطرابات في اكتساب مهارات التعلم السلوكي والاجتماعي. ويعتبر التوحد من أكثر الأمراض شيوع والتي تصيب الجهاز النمائي للطفل ( الشمري، 2001)

وتعد الاضطرابات الانفعالية من أهم وأخطر المشكلات لدى الأطفال التوحديين، حيث تحد من فاعلية وكفاءة البرامج التدريبية والتأهيلية ويمتد أثرها أيضا التوحديين مع المحيطين بهم، وتمتد آثار هذا الاضطراب لتؤثر علي مستوى التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي لدى الطفل التوحدي، حيث تظهر لديه ضروب من عدم القدرة علي التوافق والتكيف مع المواقف والمتغيرات التي يواجهها مهما كانت بسيطة، الأمر الذي يؤثر تأثيرا علي مستوى التوافق لديهم سواء كان ذلك علي المستوى سلبيا النفسي أو الاجتماعي أو الانفعالي .

ونفهم أن الأفراد التوحديين غالبا ما يعانون من ضعف في مستوى مهاراتهم الاجتماعية حيث تكون درجاتهم في الغالب منخفضة على مقاييس المهارات وهذا يؤدي إلى حدوث عديد من المشكلات التي تتعلق بالاتصال والتواصل والاستقلال.

كما تشير هذه الدراسات إلى أن اضطراب التعبير الانفعالي يعد من السمات المميزة للتوحد، وقد يرتبط مباشرة بسلوكيات عدوانية موجهة نحو الذات أو الآخرين (Wing 1993، نقلا عن الزهراني، 2006) . وفي هذا الإطار، لا يمكن إغفال أن سلوك إيذاء الذات (Self-Injurious Behavior) يمثل أحد المظاهر السلوكية الخطيرة التي قد تظهر لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد. وهو لا يعد مجرد فعل جسدي عارض، بل يعتبر، في كثير من الأحيان، مظهرا من مظاهر الضيق الانفعالي الداخلي، أو وسيلة بديلة للتعبير عن المشاعر غير المفهومة أو المكبوتة. وغالبا ما يستخدم إيذاء الذات كآلية تنظيمية لتخفيف القلق أو الإحباط أو التوتر الحسي، خصوصا حينما يفتقر الطفل إلى الوسائل التواصلية أو الانفعالية التي تمكنه من التعبير السلبي.

وقد أظهرت بحوث حديثة أن الأطفال الذين يعانون من عجز في التنظيم الانفعالي (Emotional Dysregulation)، هم أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات إيذاء الذات، مقارنة بأولئك الذين يتمكنون من التعرف على مشاعرهم وتوظيف استراتيجيات تهدئة فعالة.

وهذا ما يعزز الفرضية القائلة بأن التنظيم الانفعالي يمثل عاملا وسيطا بين طبيعة الاضطراب التوحدي والسلوكيات المؤذية للذات. فكلما كان الطفل أقل قدرة على تمييز وفهم ما يشعر به، كلما زادت احتمالية لجوئه إلى وسيلة حسية عنيفة يخفف بها ضغطه الداخلي أو يسترعي بها انتباه البيئة المحيطة.

والمثير للاهتمام أن سلوك إيذاء الذات ليس دائما سلوكا متعمدا أو واعيا. بل إنه، في حالات كثيرة، سلوك لا شعوري يحدث كرد فعل تلقائي لمثير داخلي أو خارجي مزعج. فقد يكون الإحساس بالألم، أو

التغير المفاجئ في الروتين، أو الأصوات العالية، أو حتى الشعور بالوحدة، كلها محفزات قد تدفع الطفل إلى الصرغ بطريقة عدوانية تجاه نفسه. وما يزيد من حدة هذه السلوكيات هو غياب إستجابة فعالة من البيئة المحيطة، سواء من طرف الأهل أو المختصين، في فهم ما يحاول الطفل إيصاله أو معالجته داخليا.

من هنا تتضح الأهمية البالغة لدراسة العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات، لأن فهم هذه العلاقة قد يسهم في تطوير تدخلات علاجية ونفسية أكثر فعالية، تستهدف جذور المشكلة وليس فقط مظاهرها. وهذا يستدعي تبني رؤية تكاملية لا تنظر إلى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد على أنه يعاني من سلوكيات غير مفهومة أو عدوانية، بل باعتباره كائنا يحمل مشاعر، ويحتاج إلى بيئة منقهمة ومهياة تساعده على تفكيك إنفعالاته والتعبير عنها بطرق بديلة آمنة.

وفيما يتعلق بأسباب اضطراب التوحد فإنه إلى الوقت الراهن لم يستطع الباحثون تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها على أنها السبب وراء هذا الاضطراب على الرغم من أن هناك شبه قناعة لدى العاملين في هذا المجال بأن حدوث التوحد يرجع إلى أسباب بيولوجية (جينية أو عصبية أو اضطرابات كيميائية عضوية أو أيضية). ومن المعروف أن التوحد ليس مرضا عقليا كما كان يعتقد في السابق، ولا يحدث نتيجة سوء معاملة الأسرة لطفلها (خاصة الأم) واضطرابات العلاقة العاطفية بينهما، ولا يحدث نتيجة لأسباب بيئية خارجية (Ziontz&Simpson 1992، نقلا عن الزهراني ، 2006)

في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية يعتبر دور الأسرة أساسيا لأطفال التوحدين فهي التي تقضي وقتا أكبر مع الطفل وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه، وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية. والوالدين هما أول من يتلقى الصدمة والمفاجأة بعد مرحلة التشخيص، ويعيشان مراحل الرفض والإنكار للحالة والتنقل من طبيب إلى آخر إلى أن يصل بهم الأمر لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة. لذلك فهم يلعبون دورا كبيرا في نجاح البرامج الإرشادية.

وتقوم الأسرة بمساعدة الاختصاصيين على فهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى الطفل، والتي لا تظهر عادة في أماكن الملاحظة والفحص مثل العيادة أو المراكز، بل تظهر لدى الأسرة فقط لأن الطفل لا يقوم بها إلا في المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة للوالدين منذ عملية التشخيص الأولى حتى صياغة البرامج التربوية وتطبيقها وتقييمها. وقد أشارت الدراسات أن الأسرة أحد أهم أعضاء

فريق العمل فليديها من المعلومات التي تؤهل أفرادها من الناحية العملية لأخذ دور هام في اختيار الأهداف وتحديد الأولويات، ومتابعة التدريب وتسجيل التقدم الذي يطرأ على طفلهم في المنزل، وتدريبه على تعميم المهارات التي تعلمها في المدرسة، أو المراكز ونقلها للمنزل. فالعديد من أولياء الأمور وصلوا لمرحلة الابتكار في العمل مع طفلهم التوحدي، وتوليد خيارات وبدائل جديدة لحل بعض المشكلات السلوكية التي تواجههم في المنزل وبالتالي التغلب عليها عن طريق التجريب والملاحظة، وإصرارهم على تغيير لسلوك طفلهم نحو الأفضل، وإشراكه في النشاطات الاجتماعية والزيارات والتفاعل مع الآخرين. ومن العوامل والمتغيرات على تطبيق البرامج التربوية والعلاجية المقدمة لتي قد تؤثر سلبا للطفل التوحدي مع وجوده في الأسرة ما يلي :

- الوقت الذي يمكن لأفرادها تخصيصه في متابعة
  - حجم الأسرة وعدد أفرادها، مما يؤثر سلبا الطفل .
  - عمل الوالدين وغيابهما فترات زمنية طويلة عن المنزل، لذلك تأتي هنا أهمية ترتيب الأدوار لطبيعة الظروف الأسرية التي يسبقها الوالدين تجاه الطفل.
  - اعتماد هذه البرامج في تطبيقها ومتابعتها على الأم والأب، لذلك ينبغي أن تتحمل الأسرة كاملة مسؤولية التفاعل مع الطفل التوحدي والتعاون في حل مشكلاته والتعامل معه بطريقة مماثلة من الجميع.
  - مدى تقبل أفراد الأسرة للطفل وحرصهم لتغيير سلوكه، وكذلك طبيعة الروابط الأسرية ودرجة متانتها.
- وتعد الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى لتربية الطفل ورعايته كما أنها العنصر الأساسي في إكتشاف التحولات في سلوك الطفل وفي التعرف على كثير من أشكال الاضطراب، الأمر الذي يلقي على كاهل الوالدين عبء التعرف على أطفالهم المضطربين، ومساعدتهم على التكيف في الحياة الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال مساعدتهم على النمو الجسمي والعقلي والعاطفي واستغلال طاقتهم إلى أبعد مدى ممكن
- ويعتبر الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع هو اهتمام بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورفقيها بمدى إهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها ولذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبخاصة الطفل التوحدي )

(Child Autistic) وذلك بسبب ازدياد هذه الفئة من الأطفال . ولاشك أن هذا الازدياد قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج وإمكانية عمل برامج تربوية علاجية لمساعدة الآباء والمشرفين والمعلمين في تعديل سلوك الأطفال. للكشف المبكر دور كبير في التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات ، ويعني التدخل المبكر مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة الأطفال التوحديين ، بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية ( Richard 2007 ).

وتتفاوت كثافة وتركيز برامج التدخل المبكر حسب نوع المشكلة والعمر الزمني المكتشف فيه مشكلة الطفل. ومن هنا يمكننا القول بأن التدخل المبكر يعمل على :

-تسهيل مهمة الأطفال في عمليات التعلم اللاحقة - .يوفر المساندة للطفل التوحدي ولأسرته ويسهم في وقاية الطفل من الوقوع في مشاكل إضافية - .مساعدة أسر أطفال التوحد على التكيف مع حالة طفلهم وتطوير إستراتيجيات ومهارات التعامل مع أطفالهم والحد من حدة المظاهر الانفعالية (الاستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، فهم مشاعر الآخرين، التعبير من المشاعر) و سلوك إيذاء الذات. ولا يمكن الحديث عن العلاقة بين اضطراب المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات دون التطرق إلى المتغيرات البيئية والتربوية التي تلعب دوراً محورياً في تطور أو تراجع هذه السلوكيات، ومن أبرزها مدى التحاق الطفل بمراكز طبية نفسية بيداغوجية مختصة. حيث تشير الملاحظات الإكلينيكية والدراسات الميدانية إلى وجود فوارق جوهرية بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الذين يستفيدون من متابعة منتظمة داخل مؤسسات مختصة، وأولئك الذين يعيشون في عزلة عن أي رعاية نفسية أو تربوية منظمة.

انطلاقاً من ذلك، تطرح هذه الدراسة إشكالية مركزية تتمثل في: ما طبيعة العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟

وكيف يختلف هذا الارتباط تبعاً للتحاق أو عدم الالتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية؟ وتسعى إلى فهم هذه العلاقة في ضوء الخصائص النفسية والسلوكية لهذه الفئة، وكذلك في سياق البيئة الأسرية أو التربوية التي ينشأ فيها الطفل.

وتشير الدراسات والبحوث العلمية على المستوى العالمي إلى أن التدخل المبكر يكون أكثر فعالية عندما يحدث في أسرع وقت ممكن و يشمل برامج لتطوير مهارات الاستعداد المعرفية (الأكاديمية و

المهارات الشخصية)، ولعل ما سبق يؤكد أهمية وجود برنامج إرشادي والكشف عن مدي فعالية هذا البرنامج من خلال مساهمة الأسرة في تدريب طفلهم وتنمية جوانب القوة ومعالجة جوانب الضعف وتنمية القدرات العقلية والمعرفية لتنمية بعض المهارات لدى عينة من الأطفال التوحديين، والتحقق من مدي فعالية وكفاءة البرنامج في تحقيق الهدف المطلوب ، بالإضافة إلي تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة الاضطراب التوحدي من حيث مفهومه ونظرياته، وتشخيصه، و طرق علاجه.

ففي المراكز النفسية البيداغوجية، غالبًا ما يتلقى الطفل رعاية متعددة الأبعاد تشمل الجوانب النفسية، اللغوية، الاجتماعية والحسية، كما يُتاح له تدريجياً اكتساب مهارات التعبير عن الانفعال، والتعرف على مشاعره، والتفاعل مع محيطه في إطار تربوي منظم. ويُظهر هؤلاء الأطفال، مع مرور الوقت، درجة أفضل من الضبط الإنفعالي، وتقل لديهم نسبيًا مظاهر السلوك المؤذي للذات، بفضل تدخلات علاجية مدروسة تعتمد على برامج تعديل السلوك، وتنمية المهارات الاجتماعية، والدعم الأسري الموازي.

بالمقابل، نجد أن الأطفال الذين لا يتلقون أي متابعة في مراكز مختصة، غالباً ما يعانون من تراكمات انفعالية غير مفسرة، وفقر في الوسائل التعبيرية البديلة، مما يجعلهم أكثر عرضة لتكرار سلوكيات إيذاء الذات كرد فعل على ضغوط نفسية داخلية لا يدركها المحيط. فهم، في الغالب، لا يحظون بإشراف متخصص يستطيع تفكيك شفراتهم السلوكية والانفعالية، ويعيشون في بيئة غير مهياة لتفهم خصوصياتهم. وتكون الأسر، في هذه الحالات، غير مدربة على التعامل مع نوبات الغضب أو الانسحاب أو السلوك المؤذي للذات، مما يؤدي إلى زيادة حدة تلك السلوكيات واستمراريتها.

من هذا المنطلق، جاء الاهتمام بالدراسة الحالية لتسليط الضوء على المظاهر الإنفعالية وعلاقتها بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والغير الملتحقين بهذه المراكز، والتي تم فيها تناول شقين أساسيين، والمتمثلين في الجانب النظري والجانب التطبيقي.

**أولاً: الجانب النظري**

والذي يضم بدوره أربعة فصول هي:

**الفصل التمهيدي للإطار العام للدراسة:** حيث تم التطرق فيه إلى الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، وفي الأخير تم التطرق إلى التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

**الفصل الأول:** الذي يتمثل في المظاهر الانفعالية، حيث تطرقنا في أول الأمر إلى المظاهر الانفعالية عامة، والذي يحتوي على تعريف المظاهر الانفعالية، النظريات المفسرة للمظاهر الانفعالية. وبعدها، تطرقنا إلى المظاهر الانفعالية: وفيه نجد دمج مصطلح الانفعال في مفهوم المظاهر الانفعالية، تعريف المظاهر الانفعالية، علاقة المظاهر الانفعالية بالاضطرابات النفسية الأخرى، طرق تشخيص الاضطراب، العوامل المؤثرة على النمو الانفعالي، مقاييس المظاهر الانفعالية، الاستراتيجيات العلاجية لتنظيم المظاهر الانفعالية.

**الفصل الثاني:** جاء فيه متغير إيذاء الذات، والذي جاء على النحو التالي: مفهوم إيذاء الذات، تعريف إيذاء الذات، النظريات لإيذاء الذات، الأشكال الشائعة لإيذاء الذات، علاقة إيذاء الذات بالاضطرابات الأخرى، طرق تشخيص الاضطراب، الاستراتيجيات المساعدة للحد من إيذاء الذات.

**الفصل الثالث:** اضطراب طيف التوحد حيث يحتوي هذا الفصل على تاريخ تطور التوحد، التشخيص الفارقي للاضطراب، طرق تشخيص الاضطراب، أسباب اضطراب طيف التوحد، الأعراض للاضطراب، الفئات المعرضة لهذا الاضطراب، العلاجات الطبية النفسية المقترحة لاضطراب طيف التوحد.

### ثانيا : الجانب التطبيقي

والذي يضم فصلين، هما:

**الفصل الرابع:** ونجد فيها لإجراءات المنهجية للدراسة وجاء فيه ما يلي: الدراسة الاستطلاعية أهدافها، خطواتها، نتائجها، عينة الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية المعابنة، زمان ومكان إجراء الدراسة، أدوات الدراسة، والأساليب المستخدمة في الدراسة.

**الفصل الخامس:** وتتضمن عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، الاستنتاج العام وخاتمة الدراسة وبعض الاقتراحات والتوصيات

# الفصل التمهيدي

## الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد المفاهيم إجرائيا

## 1. الإشكالية:

لقد اهتمت مدارس علم النفس المختلفة ببيكولوجية الطفولة، حيث يعتبر أصحاب الواجهة التحليلية أن الخمس سنوات الأولى من حياة الكائن البشري هي العامل الحاسم في بناء شخصيته، ويرى أصحاب الواجهة السلوكية أن من ضمن العوامل التي تسهم في إنبثاق وإتيان السلوك هو الزاد الخبراتي والسلوكي، الذي تعلمه هذا الكائن في سنوات عمره. ويؤكد أصحاب هذه النزعة أن دراسات الطفولة هي من أهم فروع علم النفس، ويرى كمال مرسي أن الفترة من ثمانية أشهر إلى ثلاثة سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والإنفعالي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين، وأنه لا بد من الإهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم وإنحرافات السلوكية، فیسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة. ولقد أشار "كانر" من خلال ملاحظاته لسلوكيات عدد من الأطفال إلى مجموعة من الصفات السلوكية التي بدت له غير عادية، حيث شملت هذه السلوكيات: الفشل خلال الطفولة في إستعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على استخدام مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي بالناس، واستخدام الوتيرة نفسها في النشاط، وعدم اللعب بطريقة إبداعية وخيالية مع الأطفال الآخرين. (وليد محمد علي، ص 1).

لهذا تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته حيث تتبلور فيها البنية الأولى للهوية، والوظائف المعرفية، والقدرة على التفاعل الاجتماعي والإنفعالي، غير أن هذه المرحلة تأخذ منحى مختلفا لدى الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، إذ يظهر منذ السنوات الأولى بمظاهر غير نمطية تعيق إندماجه الطبيعي في محيطه، كضعف التواصل، وتكرار السلوكيات، ومحدودية الإهتمام بالعالم الخارجي (وليد محمد علي، ص 1). هذه السمات لا تعكس فقط إضطرابا في النمو، بل تشير إلى خلل عميق في تنظيم العلاقة بالذات والآخر، وفي نزعة السيكاثرية الكلاسيكية (La mouvance psychiatrique) لكل من Eugen Bleuler وLeo Kanner، من إعتبار التوحد إضطرابا بنويا له جذور بيولوجية عصبية، تظهر تأثيراته منذ السنوات الأولى على مستوى التفاعل العاطفي والاجتماعي، وقد شكل هذا التصور مرجعا أساسا لفهم الإغلاق العلائقي الذي يطبع الطفولة التوحدية، والذي لا يمكن إختزاله في مجرد تأخر في النمو، بل ينظر إليه كبنية مرضية قائمة بذاتها، تعيد تشكيل المفاهيم التقليدية للطفولة، النمو، والهوية. (حازم رضوان آل اسماعيل، 2012، ص 11).

وبعد مرور ثلاثة عقود من المشاهدات التي نشرها (كانر) تم الإعتراف عالميا بالتوحد على أنه إضطراب إنفعالي، ومن العلماء من إعتقد أن التوحد ناتج عن بعض التأثيرات البيئية في سنوات الطفولة المبكرة، ومن العلماء الذين دعموا هذا التفكير العالم الأمريكي ذو الأصل النمساوي (بيتلهايم) عام (1967)، وبسبب هذا الإعتقاد تم

تحميل الأهل الشعور بالذنب إتجاه أطفالهم المصابين بالتوحد، ومنذ السبعينات من القرن الماضي، حدثت نقلات نوعية في منحى التفكير بمسبب التوحد (حازم رضوان آل اسماعيل، 2012، ص11).

ويمثل اضطراب التوحد أكثر أشكال الإضطرابات السلوكية، والإنفعالية شدة وتطرفاً لتأثيره الواسع على مختلف مجالات الشخصية السلوكية والجسمية والإجتماعية والإنفعالية، ومن هذه السلوكيات الإنفعالية نجد المظاهر الإنفعالية المتمثلة في: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، فهم مشاعر الآخرين والتعبير عن المشاعر، التيتعد من الأبعاد النفسية الجوهرية في بنية الشخصية، لما لها من دور حاسم في تشكيل التفاعل الذاتي والإجتماعي للفرد، خاصة في مرحلة الطفولة.

وتتجلى هذه المظاهر في قدرة الطفل على إدراك مشاعره، والتعبير عنها، وتنظيمها بما يتوافق مع السياق الإجتماعي والثقافي، إلا أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يعانون من إضطرابات عميقة في هذا الجانب، حيث تسجل الدراسات صعوبات ملحوظة في التعبير الإنفعالي، تقلبات مزاجية حادة، ضعف في التمييز بين الانفعالات، وسلوكيات انفعالية غير ملائمة للسياق (Samson et al, 2012).

فهذا الخلل الإنفعالي لا يُعد عرضاً ثانوياً، بل يمثل بُعداً بنيوياً في طبيعة الإضطراب ذاته، وهو ما يجعل الطفل أكثر عرضة للانفجار الانفعالي، نوبات الغضب، والعجز عن التعامل مع مثيرات التوتر والضغط. وتشير البحوث إلى أن هذه الصعوبات تمثل أحد المحددات الأساسية لظهور سلوكيات إيذاء الذات، التي غالباً ما تكون محاولة بدائية وغير واعية للتنفيس عن مشاعر داخلية غير مفهومة أو غير مضبوطة (Mazefsky et al, 2013).

وبناء على ما سبق، فإن فهم المظاهر الإنفعالية لدى هذه الفئة لا يمكن أن يكون منعزلاً عن سلوكياتهم التكيفية أو غير التكيفية، بل يجب اعتباره مدخلاً تشخيصياً وعلاجياً ذات أولوية، خاصة عند مقارنة الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية بغير الملتحقين بها، باعتبار أن التكوين النفسي والتربوي في هذه المراكز قد يسهم في تعديل هذه المظاهر واحتواء نتائجها السلوكية.

وتعتبر المظاهر الإنفعالية من الجوانب النفسية الحيوية التي تؤثر بشكل مباشر على التطور النفسي والإجتماعي للأطفال، وهي محور رئيسي لفهم سلوك الأطفال بشكل عام، ولا سيما الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد (ASD) يمتاز هذا الإضطراب بخلل في الوظائف التواصلية والإجتماعية، ويرتبط بتباينات واضحة في التعبير والتنظيم الإنفعالي، ما يجعل من دراسة هذه المظاهر أولوية للباحثين والمهنيين العاملين في هذا المجال.

وتشير الدراسات الأجنبية الحديثة إلى أن ضعف التنظيم الإنفعالي يعد أحد العوامل الجوهرية التي تفسر إرتفاع معدلات السلوكيات غير التكيفية مثل العدوان وسلوك إيذاء الذات عند أطفال التوحد.

ففي دراسة Mazefsky (مازيفسكي) وآخرون (2013)، تم التأكيد على أن نقص القدرة على تنظيم المشاعر والإنفعالات لا يقتصر على كونه عرضاً مصاحباً للتوحد فحسب، بل هو مكون مركزي يتطلب تدخلاً علاجياً متخصصاً. وقد دعا الباحثون إلى ضرورة إدخال استراتيجيات تحسين التنظيم الانفعالي ضمن البرامج العلاجية للحد من السلوكيات المضطربة وتحسين جودة حياة الأطفال المصابين (Mazefsky et al, 2013).

وعلى نفس السياق، أوضحت دراسة Samson (سامسون) وآخرون (2012) أن الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد يعانون من استخدام إستراتيجيات محدودة وذات فاعلية منخفضة في تنظيم الإنفعالات، ما يؤدي إلى زيادة مستويات القلق والسلوك العدواني، هذه النتائج تعكس الحاجة الملحة إلى تطوير تدخلات نفسية معرفية موجهة نحو تعزيز المهارات الانفعالية، وتحسين قدرة هؤلاء الأطفال على التعامل مع الضغوط العاطفية بشكل أكثر تكيفاً وفاعلية.

وفي بحث أجراه Konstantareas (كونستانتيار) و(ستيوارد) Stewart (2006) تم تسليط الضوء على أن اضطرابات التنظيم الإنفعالي تظهر لدى الأطفال المصابين بالتوحد بشكل نوبات غضب غير مبررة، وقلق مفرط، وميول للإنسحاب الإجتماعي، مما يؤثر سلباً على قدراتهم التكيفية والإجتماعية، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة طردية بين شدة هذه الإضطرابات الإنفعالية ومستوى التحديات السلوكية، ما يؤكد على أهمية إستهداف الجانب الإنفعالي في أي خطة علاجية أو تربية Samson (سامسون) وآخرون (2012).

من ناحية أخرى، تركز الدراسات العربية فايز سعيد الزهراني (2017) على التأثيرات الخاصة بالسياقات الإجتماعية والثقافية في فهم وتنظيم المظاهر الإنفعالية لدى أطفال التوحد، فعلى سبيل المثال للإضطرابات الإنفعالية بين الأطفال السعوديين المصابين بالتوحد، مبيئاً ارتباط ضعف التعبير الانفعالي بتفاقم الأعراض السلوكية، وزيادة معدلات الإنسحاب الاجتماعي، وأكدت الدراسة على ضرورة وضع برامج علاجية تراعي الخصوصية الثقافية بهدف تحسين التعبير والتنظيم الانفعالي (فايز سعيد الزهراني، 2017).

وفي الجزائر تُظهر دراسة بن جدوان الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من إضطراب واضح في التعبير الإنفعالي، حيث تكون إستجاباتهم غير متناسبة مع المواقف، أو يظهرون جموداً أو تأخراً في التعبير عن الغضب أو الحزن أو الفرح، وقد أجريت على عينة من (40) طفلاً توحدياً في مركز نفسي-تربوي بالجزائر أن (72%) منهم أظهروا مستويات عالية من الإضطراب الإنفعالي، و(41%) منهم مارسوا سلوك إيذاء الذات عند تعرضهم لمواقف انفعالية مفاجئة، خصوصاً حالات الإحباط أو الرفض الاجتماعي (بن جدو، 2021).

أوضحت دراسة الحسن ورفاقه (1998) في الأردن أن تعزيز المهارات الانفعالية يلعب دوراً فعالاً في تحسين التفاعل الإجتماعي للأطفال المصابين بالتوحد، من خلال برامج الدعم النفسي التي تستهدف تنظيم الإنفعالات

وتعديل السلوك. وأكد الباحثون أن هذه البرامج ساهمت في تحسين جودة حياة الأطفال وتقليل السلوكيات السلبية، مما يؤكد على أهمية التداخل العلاجي الموجه ضمن المراكز المتخصصة (نقلا عن: أحمد محمود الحوامدة 2019)

وتناولت دراسة عبد الهادي السيد عبده (2020) في مصر العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوكيات إيذاء الذات لدى أطفال التوحد، وخلصت إلى أن ضعف التنظيم الإنفعالي يعد من الأسباب الرئيسية وراء ظهور هذه السلوكيات. وقد أوصت الدراسة بتعزيز دور المراكز النفسية والتربوية في تقديم تدخلات علاجية تركز على الجوانب الانفعالية لتحسين الأداء السلوكي والانفعالي لهؤلاء الأطفال (عبد الهادي السيد عبده 2020)

تجمع هذه الدراسات العربية والأجنبية على أن ضعف التنظيم الإنفعالي والتعبير الإنفعالي غير الكافي من أبرز سمات الأطفال المصابين بالتوحد، وأن هذا الضعف يؤثر مباشرة على قدراتهم التكيفية والاجتماعية، مما يجعلهم أكثر عرضة لسلوكيات غير مرغوبة مثل العدوان، الإنسحاب، وإيذاء الذات. كما تؤكد الدراسات على أهمية التدخل العلاجي المتخصص، الذي يدمج بين النواحي النفسية، التربوية، والاجتماعية، لتعزيز مهارات التنظيم الإنفعالي لدى هذه الفئة.

بناءً على ذلك، يظهر جلياً أن معالجة المظاهر الإنفعالية لدى أطفال التوحد ليست خياراً تكميلياً، بل ضرورة علاجية ومفتاحاً لتحسين الأداء السلوكي والاجتماعي، وهو ما يفتح الباب أمام مزيد من الدراسات التي تستكشف تأثير البرامج العلاجية والثقافية المختلفة على هذه المظاهر.

وفي هذا السياق، تزداد أهمية المراكز الطبية النفسية البيداغوجية كمؤسسات متخصصة تسعى إلى تعزيز قدرات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد في الجوانب الإنفعالية والاجتماعية والسلوكية، من خلال برامج تدريبية ممنهجة وتدخلات علاجية مركزة. فالأطفال الملتحقون بهذه المراكز غالباً ما يحظون بتدريب مستمر على مهارات التنظيم الإنفعالي والتواصل العاطفي، ما يساهم تدريجياً في تخفيف حدة الاضطرابات الإنفعالية لديهم. على النقيض من ذلك، فإن الأطفال غير الملتحقين بهذه المؤسسات يظلون أكثر عرضة للفشل في إدارة مشاعرهم والتعبير عنها بشكل سليم، الأمر الذي قد يؤدي إلى تراكم الانفعالات السلبية بشكل داخلي، ومن ثم تفريغها عبر سلوكيات إيذاء الذات كالخدش أو العض أو الضرب الذاتي، وهي سلوكيات وثقتها العديد من الدراسات كمؤشر على صعوبة ضبط الانفعالات (عبد الهادي السيد عبده، 2020).

ويفترض من هذا المنطلق أن الدعم النفسي والتربوي المنتظم داخل هذه المراكز يمكن أن يحدث فروقاً واضحة في مستوى المظاهر الإنفعالية، ومن ثم في درجة السلوكيات المؤذية للذات. وبالتالي، يصبح من الضروري دراسة العلاقة

بين هذه المتغيرات الثلاثة المظاهر الانفعالية، إيذاء الذات، والالتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لفهم ديناميكيات التفاعل بينها، وتقديم معطيات علمية دقيقة تسهم في تحسين الممارسة المهنية والتدخل العلاجي. (عبد الهادي السيد عبده، 2020).

ويعد سلوك إيذاء الذات أحد أكثر السلوكيات المثيرة للقلق لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد. وقد أظهرت الإحصائيات أن ما يقارب 30% إلى 50% من الأطفال التوحديين يظهرون شكلاً من أشكال هذا السلوك بشكل متكرر، سواء كان ذلك عبر الضرب بالرأس، العض، الخدش، أو الرفس. هذا السلوك لا يكون دائماً نتيجة مباشرة لألم جسدي، بل غالباً ما يرتبط بعجز الطفل عن التعبير عن مشاعره أو حاجاته الإنفعالية. وتشير بعض الدراسات إلى أن سلوك إيذاء الذات قد يكون بمثابة وسيلة بديلة للتعبير عن التوتر أو الانزعاج (أبو النيل، محمد، 2009).

وقد أولت الأدبيات النفسية والبحثية الحديثة إهتماماً متزايداً بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، لما يشكله هذا السلوك من تحدٍ خطير للبيئة الأسرية والتربوية، ولما يحمله من دلالات نفسية عميقة ترتبط في جوهرها بخلل في التنظيم الإنفعالي والتواصل العاطفي والإجتماعي. وقد تناولت الدراسات، سواء العربية أو الأجنبية، هذا الموضوع من زوايا متعددة، مستكشفة العوامل المرتبطة به، وأشكاله، وآليات التدخل الممكنة للحد من حدته.

وأظهرت دراسة عبد الهادي السيد عبده (2020) أهمية العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، حيث أجريت الدراسة ميدانياً على عينة من أطفال التوحد في محافظة القاهرة، وكشفت عن وجود علاقة دالة بين ضعف التنظيم الإنفعالي وازدياد حدة السلوكيات المؤذية للذات. وأبرزت النتائج أن غياب التدخلات النفسية والتربوية المنهجية يفاقم من لجوء هؤلاء الأطفال لسلوكيات كالخدش والعض والضرب الذاتي، كوسيلة غير لفظية للتعبير عن الانفعالات السلبية المكبوتة (عبد الهادي السيد عبده، 2020، ص 203-220).

كما توصل فايز سعيد الزهراني (2017) في دراستها التي تناولت العلاقة بين الضغوط النفسية والسلوكيات غير التكيفية لدى أطفال التوحد بمدينة جدة، إلى أن سلوك إيذاء الذات يتعزز في البيئات التي تفتقر إلى الحاضنات الإنفعالية المناسبة، وأن الأطفال الذين يعجزون عن التعبير اللفظي والعاطفي يلجؤون في كثير من الأحيان إلى سلوكيات إيذاء الذات كوسيلة للتفريغ الإنفعالي، في ظل غياب أنظمة دعم نفسية ومؤسسات تأهيلية منظمة (فايز سعيد الزهراني، 2017، ص 147-176).

أما ناصر محمود (2015)، فقد ركزت على البعد العلاجي، من خلال دراسة فعالية برنامج معرفي سلوكي يستهدف خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وأظهرت نتائج تطبيق البرنامج على مدى 12 أسبوعاً تحسناً واضحاً في قدرة الأطفال على التعرف على مشاعرهم، واستبدال السلوك المؤذي للذات بأنشطة بديلة ترفيهية أو تفاعلية، مما يدل على الدور المحوري للتدريب المعرفي-الانفعالي في كسر الحلقة السلبية بين الاضطراب الانفعالي والسلوك المؤذي للذات(ناصر محمود،2015، ص 85-112).

على الصعيد الدولي، جاءت دراسة Mazefsky وآخرون(2013) لتؤكد أن مشكلات التنظيم الانفعالي ليست مجرد أعراض جانبية عند أطفال التوحد، بل تمثل نواة مركزية للسلوكيات التكيفية وغير التكيفية. فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعجزون عن فهم مشاعرهم أو ضبطها يلجؤون إلى سلوكيات إيذاء الذات كآلية بدائية لتفريغ التوتر أو إستجلاب الإنتباه، وقد دعت الدراسة إلى تبني نماذج تفسيرية أكثر شمولاً لفهم العلاقة بين العاطفة والسلوك لدى هذه الفئة(Mazefsky, Pelphrey, & Dahl,2013).

كما سلطت دراسة Richards(ريتشارد) وآخرون(2012)الضوء على إرتفاع معدلات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بالتوحد المرتبط بإعاقة ذهنية، مشيرة إلى أن العوامل اللغوية والانفعالية تلعب دوراً أساسياً في نشأة هذا السلوك. وخلصت إلى أن غياب قنوات التعبير المناسبة، سواء لفظياً أو حركياً، يدفع الطفل إلى إستخدام جسده كوسيلة وحيدة للتعبير عن الضيق أو الرفض أو الألم الانفعالي، مما يستدعي تدخلاً متعدد الأبعاد يشمل الدعم النفسي، والتدريب الحسي، والتعديل السلوكي.(Richards, Oliver, Nelson, & Moss, (2012).

أما دراسة Weiss (ويس)(2014) فقد تناولت تأثير البيئة الأسرية ومستوى الضغط النفسي على سلوكيات إيذاء الذات، معتبرة أن البيئة غير الحاضنة انفعالياً، والتي لا توفر للطفل الأمان العاطفي، تمثل عاملاً مساهماً في تصعيد هذا النمط السلوكي. وقد أوصى الباحث بضرورة إدماج الأهل ضمن البرامج العلاجية، وتدريبهم على تقنيات التنظيم الانفعالي وتفسير السلوكيات الانفعالية للطفل بشكل علمي(Weiss, 2014).

وتعتبر المظاهر الانفعالية من الجوانب النفسية الحيوية التي تؤثر بشكل مباشر على سلوك الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد(ASD)حيث تشير الأدبيات النفسية إلى وجود علاقة وثيقة بين ضعف التنظيم الانفعالي وظهور سلوكيات غير تكيفية من بينها سلوك إيذاء الذات. وفي السياق العربي، تناولت وقد أجرت دراسة ميدانية على عينة من الأطفال التوحديين في مصر، وخلصت إلى أن ضعف التنظيم الانفعالي والتعبير المحدود عن المشاعر يشكلان عوامل رئيسية تزيد من احتمالية ممارسة الأطفال لسلوكيات إيذاء الذات. وأكدت الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من إضطرابات في التعبير الانفعالي يواجهون تراكمًا نفسيًا وضغوطًا داخلية لا يجدون لها

منفردًا مناسبًا، مما يدفعهم إلى اللجوء إلى إيذاء الذات كآلية غير فعالة للتنفيس عن هذه الضغوط. كما أشارت الدراسة إلى أن غياب الدعم النفسي والتربوي المتخصص في بيئات الأطفال يزيد من حدة هذه الظاهرة، مما يستدعي تطوير برامج تدخلية تراعي هذه الجوانب الانفعالية لتحسين جودة الحياة وتقليل هذه السلوكيات (محي الدين الحسن 2018) وقدمت أيضا دراسة Mazefsky وآخرون (2013) إطارًا نظريًا وتطبيقيًا يدعم نتائج الدراسة العربية، حيث ركزت على أهمية التنظيم الانفعالي كعامل حاسم في التحكم بالسلوكيات غير التكيفية لدى أطفال التوحد، بما في ذلك سلوكيات إيذاء الذات. وأشارت الدراسة إلى أن الأطفال الذين يفنقرون إلى القدرة على فهم، التعبير، وتنظيم إنفعالاتهم، يعانون من زيادة مستويات التوتر والقلق، ما ينعكس سلبيًا على سلوكياتهم اليومية. وإعتبرت سلوكيات إيذاء الذات من الإستجابات الإنفعالية التي تهدف إلى تخفيف الضغط النفسي المكبوت أو محاولة السيطرة على حالة الإحباط النفسي، لكنها في الواقع تزيد من سوء الحالة النفسية وتخلق دورة سلبية يصعب كسرها دون تدخل علاجي متخصص. وأوصت الدراسة بضرورة إدراج تقنيات تحسين التنظيم الانفعالي ضمن البرامج العلاجية للأطفال التوحديين، بما يساهم في تقليل هذه السلوكيات ويحسن من مهارات التكيف الانفعالي. (محي الدين الحسن 2018) يدعم هذا التوجه أيضًا ما ورد في دراسة Samson وآخرون (2012) التي تناولت ضعف مهارات التنظيم الانفعالي لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد، موضحة أن قلة قدرة هؤلاء الأطفال على التعامل مع الانفعالات السلبية والتوترات النفسية تزيد من ميلهم لممارسة سلوكيات إيذاء الذات كطريقة للتعامل مع المواقف الضاغطة. وأشارت الدراسة إلى أن تحسين مهارات التنظيم الانفعالي يشكل مدخلًا فعالًا في تعديل هذه السلوكيات، لما له من أثر إيجابي مباشر على الصحة النفسية وجودة الحياة.

من جانب آخر، تناولت كذلك دراسة فايز سعيد الزهراني (2017) في السعودية دور ضعف التنظيم الانفعالي في تقاوم الضغوط النفسية لدى الأطفال التوحديين، مؤكدة أن ضعف التعبير الانفعالي والتوتر الناتج عنه يساهمان بشكل مباشر في ظهور السلوكيات المضطربة بما فيها سلوكيات إيذاء الذات. وأوصت الدراسة بأهمية تطوير تدخلات نفسية تربوية تراعي خصوصية الطفل التوحدي في التعبير عن انفعالاته، والعمل على تنمية مهاراته الانفعالية بطريقة مستمرة ومنهجية. (فايز سعيد الزهراني، 2017).

وعليه تجمع هذه الدراسات على أن ضعف التنظيم الإنفعالي لدى أطفال التوحد لا يقتصر فقط على تعبيرهم عن مشاعرهم، بل يمتد تأثيره ليشمل سلوكياتهم، وخاصة تلك المرتبطة بإيذاء الذات، التي تمثل محاولة معقدة وغير واعية للتعامل مع الضغوط النفسية الداخلية. ومن هنا، يظهر جليًا أن معالجة الجوانب الانفعالية يجب أن تكون من

أولويات الخطط العلاجية والتربوية الخاصة بهذه الفئة، وذلك عبر تقديم برامج متكاملة تنمي مهارات التعرف على الانفعالات، التعبير عنها، وتنظيمها بشكل فعال.

وما يزيد من تعقيد الظاهرة هو التباين الملحوظ بين الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والغير ملتحقين بهذه المراكز، حيث تشير الملاحظات الميدانية والدراسات المقارنة إلى أن الفئة غير الملتحقين بهذه المراكز تعاني من مستويات أعلى من الإضطراب الإنفعالي، مما يجعلها أكثر عرضة لسلوكيات إيذاء الذات، بفعل غياب التأطير النفسي والتربوي المتخصص.

تبرز الحاجة الملحة إلى دراسة موضوع مظاهر التعبير الإنفعالي وعلاقته بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال لدى التوحد.

وتأسيساً لذلك، تبرز أهمية دراسة المظاهر الإنفعالية بوصفها عنصراً محورياً في فهم سلوك إيذاء الذات لدى هذه الفئة، ومحاولة التعمق في طبيعة العلاقة بين هذين البُعدين، خصوصاً عند مقارنة الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية-البيداغوجية مع أولئك غير الملتحقين بها.

وهذا ما دفع الباحثة إلى دراسة موضوع المظاهر الإنفعالية وعلاقتها بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، من خلال طرح التساؤلات التالية:

### 1. التساؤل الأول:

ماهي المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) الأكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية؟

### 2. التساؤل الثاني:

هل توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية؟

### 3. التساؤل الثالث:

هل توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر)؟

4. التساؤل الرابع:

هل توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في سلوك إيذاء الذات؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية الأولى:

"المظاهر الانفعالية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، هي حسب الترتيب التالي: الإستجابات الانفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر".

2.2. الفرضية الثانية:

"توجد علاقة بين المظاهر الانفعالية (الإستجابات الانفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

3.2. الفرضية الثالثة:

"توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في المظاهر الانفعالية (الإستجابات الانفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر)".

4.2. الفرضية الرابعة:

"توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في سلوك إيذاء الذات".

3. أهداف الدراسة:

– التعرف على أكثر المظاهر الانفعالية شيوعاً لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، سواء الملتحقين أو غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وذلك من حيث الاستجابة الانفعالية، والخوف، والقلق والتوتر، ثم التعبير عن المشاعر، وأخيراً فهم مشاعر الآخرين.

- دراسة العلاقة بين المظاهر الانفعالية المختلفة (الاستجابة الانفعالية، الخوف، القلق، التوتر، التعبير عن المشاعر، وفهم مشاعر الآخرين) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، مقارنة بين الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.
- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد، الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الانفعالية المختلفة.
- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد، الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في سلوكيات إيذاء الذات.

#### 4. أهمية الدراسة:

##### 1.4 الأهمية النظرية :

تسليط الضوء على ظاهرة سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، كموضوع يعاني من نقص الدراسات خاصة في السياق المحلي تقديم إضافة معرفية حول تأثير التدخلات التربوية والنفسية في تعديل هذا السلوك

##### 2.4 الأهمية التطبيقية :

مساعدة الأسر والمختصين في فهم أهمية المراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وإقتراح تدخلات عملية للحد من سلوك إيذاء الذات، سواء في المراكز أو في البيوت

#### 5. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائياً:

##### 1.5 اضطراب طيف التوحد:

نمط من السلوكيات والخصائص النمائية يُقاس من خلال درجات يحصل عليها الفرد في أدوات تشخيصية ومعيارية مثل: "مقياس تقييم التوحد الطفولي" (CARS) ، أو "قائمة ملاحظة التوحد" (ADOS) ، أو "الاستبيان التشخيصي لتوحد الأطفال" (ADI-R) ، أو أدوات أخرى معتمدة. وتشير الدرجة إلى وجود صعوبات نوعية في التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية أو المتكررة، وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي DSM-5

### 2.5 المظاهر الإنفعالية:

يقصد بالمظاهر الإنفعالية في هذه الدراسة إجرائيا الدرجات التي يتحصل عليها أفراد العينة (الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) على مقياس المظاهر الإنفعالية للباحث غانم أحمد شوقي (2013).

### 3.5 سلوك إيذاء الذات:

يقصد بسلوك إيذاء الذات في هذه الدراسة إجرائيا الدرجات التي يتحصل عليها أفراد العينة (الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) على مقياس سلوك إيذاء الذات للباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023).

### 4.5 المراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

مؤسسات مختصة بتقديم خدمات العلاج النفسي والتربوي للأطفال المصابين بطيف التوحد لتحسين جودة حياتهم وتطوير مهاراتهم، وذلك من خلال التدخل الطبي النفسي-البيداغوجي الذي يشمل البرامج العلاجية والتربوية التي تقدم داخل المراكز بهدف تعديل السلوكيات غير المرغوبة وتعزيز السلوك الإيجابي، وهذه المراكز تتمثل في: مركز طبي نفسي بيداغوجي (ثالويث /ازفون) والمركز الطبي النفسي البيداغوجي (بوخالفة)، مركز طبي نفسي بيداغوجي واسيف، مركز طبي نفسي بيداغوجي (الكرمة، بومرداس).

### 5.5 الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد:

#### 1.5.5 الملتحقين:

وهم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من الجنسين (الذكور والإناث) الملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية، السابقة الذكر، وسنهم دون السادسة.

#### 2.5.5 غير ملتحقين:

وهم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من الجنسين (الذكور والإناث) الغير الملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية، سنهم دون السادسة. والذين تم الالتقاء بهم في: "مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنفي-واد عيسي تيزيزو"، "مستشفى الأمراض العقلية -شراقة- الجزائر العاصمة"، إضافة إلى "مكتب مختصة نفسانية حرة"(المختصة تدالة لامية -تيزي زوز-)، وجمعية "صوت الأمل" دراع بن خدة تيزي زوز

# الجانب النظري

## الفصل الأول: المظاهر الانفعالية

### تمهيد

أولاً. مفهوم الانفعال.

ثانياً. تعريف المظاهر الانفعالية.

1. المظاهر الانفعالية.

2. أنواع المظاهر الانفعالية.

3. النظريات المفسرة للمظاهر الانفعالية.

4. العوامل المؤثرة على النمو الانفعالي لدى الطفل.

5. الديناميات الانفعالية وعلاقتها اضطراب طيف التوحد.

6. علاقة اضطراب التعبير الانفعالي بسلوك إيذاء الذات.

7. طرق التشخيص المظاهر الانفعالية.

8. الاستراتيجيات العلاجية لتنظيم المظاهر الانفعالية.

9. دور المؤسسات التربوية في دعم النمو الانفعالي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد.

خلاصة الفصل.

**تمهيد**

تُعد المظاهر الانفعالية من الركائز الأساسية في البنية النفسية للإنسان، إذ تُعبّر عن استجابات الفرد الداخلية للمثيرات الخارجية والذاتية، وتؤثر بشكل مباشر في سلوكه وتكيفه الاجتماعي والانفعالي. وقد حظيت هذه المظاهر باهتمام واسع في علم النفس المعاصر، نظرًا لارتباطها الوثيق بعدد كبير من الاضطرابات النفسية، ودورها المركزي في تفسير اختلال التوازن النفسي. إن فهم طبيعة الانفعال، من حيث خصائصه، آلياته البيولوجية، وتفسيراته النظرية، يُمثل مدخلًا أساسيًا لفهم الاضطراب النفسي وتشخيصه وعلاجه. في هذا السياق، يتناول هذا الفصل الإطار النظري والانفعالي لهذه المظاهر من حيث المفهوم، النظريات المفسرة، العوامل البيولوجية، علاقتها بالاضطرابات النفسية، أدوات التشخيص، والاستراتيجيات العلاجية المعتمدة، مع التركيز على التدخلات السلوكية كوسيلة فعّالة لتنظيم الانفعال واستعادة التوازن النفسي.

## أولاً: مفهوم الانفعال

هو عبارة عن حالة نفسية داخلية تظهر كرد فعل فوري ومؤقت على مثير داخلي أو خارجي، ويصاحبها تغيرات فيزيولوجية (مثل تغير نبضات القلب أو التنفس)، وتعبيرات سلوكية (كالبكاء، الضحك، الغضب)، وتتمثل في مشاعر مثل الخوف والغضب والفرح الحزن وغيرها.

يعد الانفعال جزءاً أساسياً من الحياة النفسية للفرد، حيث يؤثر على تفكيره وسلوكه وعلاقاته بالآخرين، كما أنه يلعب دوراً محورياً في عملية التكيف مع المحيط.

## ثانياً: المظاهر الانفعالية

تُعد المظاهر الانفعالية من المفاهيم الأساسية في علم النفس، إذ تُعبر عن الطريقة التي يُظهر بها الإنسان مشاعره الداخلية تجاه المواقف والأحداث. وهي تتجلى من خلال سلسلة من التعبيرات الخارجية، سواء كانت مرئية أو سمعية أو فيسيولوجية، تُرافق الانفعال الذي يعيشه الفرد. وتكمن أهمية هذه المظاهر في كونها تمثل الجسر الذي يصل بين الخبرة الذاتية الداخلية والتفاعل الاجتماعي الخارجي

ويعرف "Ekman" "ايكمان" (1992) المظاهر الانفعالية بأنها "تعبيرات سلوكية تُرافق الانفعالات الأساسية، وتظهر بشكل تلقائي على الوجه والجسد والصوت، وتُعدّ مشتركة بين معظم الثقافات الإنسانية". ومن هذا التعريف، نستنتج أن المظاهر الانفعالية ليست فقط وسيلة للتعبير، بل هي أيضاً جزء من البنية البيولوجية والانفعالية للكائن البشري. (Ekman, P./ p 169-200 1992)

تتعدد أشكال هذه المظاهر لتشمل تعبيرات الوجه (كالبكاء، الابتسام، العبوس)، ونبرة الصوت (كالارتجاج في حالة الغضب أو الارتجاج في حالة الخوف)، والحركات الجسدية (كالتوتر العضلي أو الارتجاج)، إلى جانب التغيرات الفسيولوجية مثل تسارع ضربات القلب، وتغير لون الجلد، و التعرق.

وتُظهر الدراسات النفسية أن هذه المظاهر تختلف من فرد لآخر، ومن ثقافة لأخرى، لكنها تحمل طابعاً عالمياً إلى حدّ كبير فيما يتعلق بالانفعالات الأساسية مثل الفرح، الحزن، الغضب، الخوف، الإشمئزاز، والدهشة. كما تُعدّ أداة حيوية لفهم الآخرين والتواصل معهم، خاصة لدى الأطفال والمرضى الذين قد يفتقرون إلى القدرة على التعبير اللفظي.

إن فهم المظاهر الانفعالية لا يقتصر على مجرد ملاحظة سلوكيات خارجية، بل يشمل تحليل السياقات التي تظهر فيها، والروابط بينها وبين الخبرات الشعورية، والوظائف التي تؤديها في التفاعل الاجتماعي.

فهي تعبّر من جهة عن استجابة داخلية تلقائية، ومن جهة أخرى تُستخدم - في بعض الحالات - كوسيلة للتأثير في الآخر أو ضبط الموقف (Ekman, P./ p 169-200 ,1992)

ومن هنا نستنتج أن المظاهر الانفعالية تتجسد تجسيدا حسيا ومعنويا للحالة الانفعالية التي يعيشها الفرد، وهي مؤشر بالغ الأهمية في المجالات النفسية، التربوية، والعلاجية، لما توفره من معلومات دقيقة حول الحالة النفسية التي قد لا يُفصح عنها بالكلمات..

### 1. تعريف المظاهر الانفعالية (Emotional Expressions)

تُعرّف المظاهر الانفعالية بأنها مجموعة من الإشارات السلوكية والفيولوجية التي تعكس الحالة الانفعالية الداخلية للفرد، وتُعد هذه الإشارات جزءًا لا يتجزأ من عملية التنظيم الانفعالي والتواصل الاجتماعي. وهي تتجلى في تعابير الوجه، نغمة الصوت، الإيماءات، وضبط وضعية الجسد، فضلاً عن التغيرات التلقائية في الجهاز العصبي الذاتي مثل معدل ضربات القلب أو التنفس، فترتبط هذه المظاهر بوظائف الدماغ الأساسية، خاصة اللوزة الدماغية، التي تُعتبر مركز معالجة التهديدات والانفعالات السلبية. كما تُسهم القشرة الجبهية الأمامية في تنظيم هذه المظاهر، خاصة في المواقف التي تتطلب الكبح الانفعالي أو التفاعل الاجتماعي المكيف ثقافياً، ويُنظر إلى المظاهر الانفعالية كوسيلة تواصل غير لفظي فعالة، تسهم في التنظيم التفاعلي بين الأفراد، خاصة في السياقات الاجتماعية. فمثلاً، الابتسامة لا تعبر فقط عن السرور، بل قد تُستخدم اجتماعياً لتلطيف المواقف أو بناء الثقة، وقد أظهرت الدراسات أن التعبير الانفعالي يتأثر بالثقافة، سواء من حيث نوع الانفعال المعبر عنه أو شدة التعبير. ففي الثقافات الفردية مثل الولايات المتحدة، يميل الأفراد إلى التعبير الصريح عن الانفعالات، بينما في الثقافات الجماعية مثل اليابان أو العالم العربي، يتم ضبط هذه المظاهر بما يتماشى مع الأعراف الاجتماعية من هنا نرى أن الانفعال هو حالة بيولوجية سريعة مصحوبة بمظاهر خارجية، بينما الشعور هو إدراك ذاتي أبطأ وأكثر تجريباً. المظاهر الانفعالية تعكس الانفعال لا الشعور (Ekman, p169-200. (1992).

وحسب كارول إيزارد – (Carroll Izard)

يرى (كارول إيزارد) أن المظاهر الانفعالية هي أنماط تنظيمية فطرية تتكوّن من استجابات جسدية، عصبية، وتعبيرية (خصوصاً الوجهية)، تعكس انفعالات أساسية مثل الفرح، الحزن، الغضب، أو الخوف. فهذه المظاهر لا تُعبّر فقط عن الانفعال بل تسهم في تجربته وتنظيمه، ولها دور تكيفي في التفاعل الاجتماعي والتعلم ( Cambridge.org 2010 ).

## وحسب علم الأعصاب

المظاهر الانفعالية هي مجموعة من التغيرات العصبية، الفسيولوجية، والتعبيرية التي تحدث استجابةً لمثيرات داخلية أو خارجية، وتُعبّر عن حالات شعورية أولية، مثل الخوف، الفرح، الغضب، والحزن في علم الأعصاب العاطفي، تُعد هذه المظاهر ناتجة عن نشاط منسق في مناطق دماغية متخصصة، خاصة اللوزة الدماغية (amygdale) : مسؤولة عن معالجة الخطر والاستجابة للخوف القشرة أمام الجبهية (préfrontal cortex) : مسؤولة عن التنظيم الواعي للانفعالات الوطاء (hypothalamus) : ينظم التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعال (كالنبض والتنفس) هذه المظاهر تُعتبر آليات تطورية تمكّن الإنسان من الاستجابة السريعة للمواقف الحيوية عبر سلوكيات تلقائية وتعبيرات وجهية تساعد على التواصل الاجتماعي (Panksepp, 1998) حسب بول ايمان يرى أن تعابير الوجه عبارة عن المظاهر الانفعالية المتمثلة في الاستجابات السريعة، التلقائية، وعالمية للمثيرات الداخلية أو الخارجية، وتتجلى أساسًا عبر تعبيرات الوجه الدقيقة، وهي تعبيرات لا إرادية تعكس الانفعالات الأساسية، كما حدد ستة انفعالات أساسية عالمية تُعبّر عنها تعابير وجهية مميزة، يمكن التعرف عليها عبر الثقافات المختلفة، وهي:

الفرح/ الغضب/ الخوف/ الاشمئزاز/ الدهشة.

الحزن يرى إيمان أن تعبيرات الوجه الانفعالية ناتجة عن نشاط عصبي تلقائي، وهي ترتبط بالدوائر العصبية القديمة في الدماغ، مثل اللوزة الدماغية (روث وآخرون ، 1990 ،ص26)

## 2. أنواع المظاهر الانفعالية:

## 1.2. المخاوف (الفوبيا) :

تصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي المخاوف ضمن أعراض القلق، لذلك فهو حالة من القلق المحدد والمرتبط بموضوع معين يتميز بخوف شديد غير معقول وغير منطقي ، أي الخوف الشديد من أشياء لا تخيف بالعادة كالخوف من الأماكن المغلقة أو الواسعة أو المزدحمة أو الأماكن العالية أو المصاعد الكهربائية أو الخوف من بعض الحيوانات كالعقارب أو من السيارات. والمضطربون هنا يخافون بصورة شديدة قد تصل إلى الفرع والتي تظهر ببعض أعراض القلق كالعرق ودقات القلب (سفيان، 2004، ص182 )

## 2.2 القلق:

- القلق هو حالة انفعالية معقدة والتي غالبا ما تنجم عن الخوف، تحدث عندما يتوقع الفرد أن وضعا في المستقبل أو حدثا أو ظرفا يمكن أن يشكل له تهديدا لمصالحه والذي لا يمكن ضبطه أو التحكم فيه (David & Beck ,2012 p15).

- يعرف معجم اكسفورد القلق على انه: "إحساس مزعج في العقل وينشا من الخوف وعدم التأكد من المستقبل" (مسعودي ، 2017 ص 361).  
وتتحدد أعراض القلق في:

## 1.2.2. الأعراض الجسدية:

- زيادة معدل ضربات القلب وخفقانه .
- ضيق التنفس .
- ألم أو ضغط في الصدر .
- الشعور بالاختناق .
- الدوخة والدوار .
- التعرق، ارتفاع الحرارة، القشعريرة .
- غثيان ،الم معدي ،إسهال .
- ارتجاف، ارتعاش .
- تتململ أو وخز في الأذرع والساقين .
- عجز، عدم توازن، التعب .
- توتر وتصلب العضلات .
- جفاف الفم .

## 2.2.2. الأعراض المعرفية:

- الخوف من فقدان السيطرة وعدم القدرة على المواجهة .
- الخوف من الموت أو التعرض لأمراض جسدية .
- الخوف من الجنون .
- الخوف من التقييم السلبي من الآخرين .
- أفكار أو تصورات أو ذكريات مخيفة .

- صعوبة التركيز، التشويش، الارتباك.
- تصورات غير واقعية، خيالية.
- ضعف الذاكرة .
- اضطراب الانتباه، فرط الشعور بالتهديد.
- اضطراب في التفكير، فقد المنطقية.

### 3.2.2. الأعراض السلوكية:

- تجنب الأشخاص والأوضاع .
- الهروب.
- البحث عن الأمان والاطمئنان .
- الأرق، الاستثارة، التسرع.
- فرط التنفس .
- عدم النشاط .
- صعوبة في الكلام .

### 4.2.2. الأعراض الانفعالية:

- الشعور بالتوتر .
- الشعور بالخوف، الهلع، الرعب.
- الانفعالية، الذعر، العصبية.

نفاذ الصبر، الإحباط. (David & Beck, 2012 p15)

وتتشابه إلى حد بعيد مظاهر القلق مع مظاهر الخوف، لكن الخوف يعتبر عامل بقاء لجميع الحيوانات، لهذا السبب فالقابلية للخوف هي ميزة موجودة عند جميع الكائنات الحية، ولكن عند الإنسان تضاف إليه الأبعاد المعرفية والمظاهر الفسيولوجية لينتج هذا الشعور الذي يختص به الإنسان " القلق " . وفيما يطلق عليه بالأبعاد الوجودية فان القلق يكون له علاقة بالوعي: إدراك للضعف (الهشاشة) وللخطورة.

(François & Zullino ,p10,2004)

## 3.2. الاكتئاب :

- هو شعور الإنسان بالحزن والكدر واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار أو ممتع، فمريض الاكتئاب يفقد الرغبة في الشهية والإحساس لكل ما كان يشتهي من قبل بل لا يجد طعاماً أو لذة لأي شيء في الدنيا. (كلثوم بالميهوب ، ص 93، 2015)

كما تعرفه منظمة الصحة العالمية على اضطراب نفسي شائع يظهر من خلال المزاج الاكتئابي وفقدان الميل أو صعوبة الشعور بالمتعة والشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات ومشكلات في النوم والشهية وانخفاض مستويات الطاقة الجسدية وقلة التركيز (جميل عبد الصمد ص 226، 2016).

وهو مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض لاضطرابات وجدانية وتشمل الحالة المزاجية للاكتئاب في الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر، كما تتمثل الأعراض في مجموعة من الشكاوي التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة ( معمرية، ص 26 2006 ).

- يعرف معجم العلوم النفسية الاكتئاب على انه : " حالة من القنوط تتصف بمشاعر من عدم الكفاية وانخفاض الفاعلية والتشاؤم فيما يخص المستقبل ( ابراهيم ،ص 228، 2015 ).

- يستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة كان يستخدم لوصف الحالة المزاجية أو لتعريف زملة مرضية و باعتباره تعبيراً تصنيفياً في الطب النفسي .فالمزاج الاكتئابي يعني خبرة عدم السعادة أو الكدر وقد يتضمن مشاعر نفاذ الصبر أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض تقدير الذات وفتور الهمة واللامبالاة .

وتصف الزملة الاكتئابية تجمعا من الأعراض وهي تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي ، فقدان الاهتمام والقلق واضطراب النوم ، فقدان الشهية ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية ، وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء في الحديث والفعل وأحيانا ما توجد أعراض انسحابية ويعاني بعض المرضى من الهلوس .

والاكتئاب أيضا مفهوم تصنيفي وقد صيغ في تصنيفات ثنائية متعددة ( هوس -اكتئابي ) ،كامن ، استجابي ،عصابي ، ذهاني على أسس من التاريخ و الأعراض (john pol et lindrai p 105 2000)

وهناك على الأقل ثمانية عوامل متضمنة توجي بان هناك اكتئاب:

- القنوط والجزع : والذي يبدو في سمات مثل فقدان تقدير الذات وتوقيرها ،الشعور بيبغض الآخرين وكرههم ،الشعور بالوحدة والعزلة ،فقدان الثقة بالنفس ووهن العزيمة ،افتقار اللذة والسرور في المعيشة ،فراغ وافتقار داخلي ،مشاعر العجز والابتئاس وحمل أفكار انتحارية في الذهن .
- الذنب : مشاعر أو توهم بالذنب ولوم الذات .
- الحزن: البكاء والشعور بالحزن.
- الخمول والتبذ : فقدان الاهتمامات ،فقدان الطاقة ،فقدان الدافعية بالإضافة إلى الكسل والبلادة والعجز عن الحصول على الإشباع والرضا من أي شيء .
- التوتر: قلق البال، الإثارة والاهتياج، سرعة الغضب، التردد.
- الاهتمام الجسمي :انهماك وانشغال كامل بالصحة وبوظائف الجسم ،شكاوي من آلام متواصلة ومن ضعف وتعب وإرهاق .
- أعراض جسمية: تناقص في الوزن، فقدان الشهية، نوم قليل، إمساك.
- تأخر وبطء : تناقص في النشاط الحركي ،انكباح التفكير وتعطله . ( م. كولز ، 221ص،2011).
- من خلال الإسهامات النظرية ، تلخص هذه الأبعاد الأربعة صورة عامة عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تسهم في حدوث الاكتئاب :
- 1- يحمل المتعرضون للاكتئاب معلومات سلبية عن ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم .
  - 2- يفتقرون ومنذ مدة طويلة للخبرات السارة (التدعيم الايجابي ) أو قد تعرضوا لدرجة مرتفعة من الحرمان .
  - 3- يعتبرون أن المساندة الاجتماعية لهم غير كافية .
  - 4- يشعرون بالإحباط لأنهم يعتقدون أنهم عاجزون عن تحقيق أهدافهم ( CHARTIER ET AL 2013 p180).
- وقد أشار "milgerz et polis" أن الشعور باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب ،ويغزى الفرد الأمل واليأس إلى قدرته على انجاز أهداف معينة ، وهذا التقدير يعتمد على النجاح السابق في تلك الأهداف وعادة ما يشعر المكتئب باليأس فيما يتعلق بمستقبله فنجده :
- يعتقد أن مهارته لم تصبح بعد مؤثرة من أجل الوصول إلى الأهداف.
  - يعتقد بالفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية أنه يجب أن يعتمد على الآخرين.
  - يشعر أن جهوده السابقة لتحقيق الأهداف بعيدة المدى قد باءت بالفشل.

و بالرغم من أن اعتقاد المكتتب بأنه غير قادر على انجاز أهدافه ، إلا أن هذه الأهداف تبقى هامة بالنسبة له ،لذا نجده مستغرقا في هذه الأهداف التي لم يستطع انجازها . (موسي، ص25 1998)

3. النظريات المفسرة للمظاهر الانفعالية:

### 1.3 النظرية البيولوجية :

تُعدّ النظرية البيولوجية من أبرز النظريات التي تناولت تفسير المظاهر الانفعالية، وقد استندت إلى معطيات علم الأعصاب والبيولوجيا العصبية لفهم كيفية نشوء وتعبير الإنسان عن انفعالاته. تفترض هذه النظرية أن الانفعال لا يُختزل في كونه تجربة شعورية فقط، بل هو حالة جسمية وعصبية تنجم عن تنشيط مناطق محددة في الدماغ، خاصة تلك المرتبطة بالبقاء والتكيف.

ومن بين أبرز المناطق العصبية التي تلعب دوراً في هذا السياق، نجد اللوزة الدماغية (amygdale) وهي وبنية صغيرة داخل الجهاز الحوفي، مسؤولة عن معالجة المثيرات الانفعالية، خاصة تلك المرتبطة بالخوف والقلق، حيث يتم تنشيطها تلقائياً عند التعرض لخطر أو مثير غير مألوف. كما أن الوطاء (Hypothalamus) يتدخل بشكل مباشر في تنشيط الجهاز العصبي الذاتي، مما يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية واضحة، مثل تسارع نبضات القلب، ارتفاع ضغط الدم، أو زيادة إفراز العرق، وهي كلها مظاهر انفعالية بيولوجية.

(Prefrontal Cortex) أما القشرة الجبهية الأمامية فتُعدّ مسؤولة عن تنظيم الانفعالات والتحكم بها، خاصة في المواقف التي تتطلب كبح ردود الفعل التلقائية أو اتخاذ قرارات انفعالية معقولة. من جهة أخرى، يلعب الحصين (Hippocampes) دوراً في ربط الانفعال بالذاكرة، ما يفسّر ارتباط بعض الانفعالات القوية بتجارب سابقة في حياة الفرد، ومن أبرز المساهمين في تدعيم هذا الطرح، نذكر العالم جاك بانكسيب (Jaak Panksepp) مؤسس علم الأعصاب الوجداني، والذي بيّن من خلال أبحاثه على الإنسان والحيوان أن هناك أنظمة عصبية فطرية مسؤولة عن الانفعالات الأساسية مثل الخوف، الغضب، الحب، واللعب. وقد أثبت أن هذه الأنظمة موروثية وتخضع لنفس الآليات البيولوجية بين الثدييات. كذلك ساهم العالم ( جوزيف لودو) (Joseph LeDoux) في توضيح المسارات العصبية المرتبطة بالخوف، موضحاً أن الدماغ يتعامل مع المعلومات الانفعالية عبر مسارين: مسار سريع "غير واعٍ" يمر مباشرة من الحواس إلى اللوزة الدماغية، ومسار بطيء "واعٍ" يمر عبر القشرة المخية للتحليل الواعي.

انطلاقاً من هذه المعطيات، تُظهر النظرية البيولوجية أن المظاهر الانفعالية هي نتيجة لتفاعلات عصبية وفسولوجية تحدث في الجسم، وهي ضرورية للتكيف مع المواقف، وحماية الذات، والتواصل الاجتماعي.

التعبير الانفعالي، وفق هذا التصور، لا يُعدّ فقط مؤشراً شعورياً، بل أيضاً مظهرًا جسدياً مدفوعاً بيولوجياً، يُلاحظ من خلال تعابير الوجه، حركات الجسد، ونبرة الصوت. (LeDoux, J. (2000). Panksepp, J. (1998)

من هنا يستنتج أن النظرية البيولوجية لتفسير الظواهر الانفعالية، كما طرحها (جاك لودو وجون بانكسيب)، تمثل مساهمة أساسية لكنها غير كافية لفهم الانفعال البشري. هذه النظرية تركز على الأسس العصبية و الفيزيولوجية للمشاعر، وتُظهر كيف أن مناطق معينة في الدماغ مثل اللوزة الدماغية، والنواة المتكئة، وأنظمة المكافأة، تلعب دوراً في توليد وتوجيه الانفعال.

لكن من الناحية النفسية السريرية والعملية:

أ. الانفعال لا يُختزل في الدماغ فقط فمثلاً، في العلاج المعرفي السلوكي، نرى كيف أن تفسير المواقف والتفكير المرتبط بها يلعبان دوراً محورياً في توليد الانفعال، وهو ما لا تُفسره النظرية البيولوجية.  
ب. الفروق الفردية والتجارب الشخصية تُظهر أن الاستجابة الانفعالية ليست نمطية أو بيولوجية بالكامل فلكل شخص لديه صدمة سابقة مثلاً قد ينفعل بشكل مختلف تماماً في موقف معين مقارنة بشخص آخر.  
ج. البيئة والسياسات الاجتماعية عنصران أساسيان في تشكيل الانفعالات. تجاهلهما يعني تقديم تصور ناقص يفتقر للبعد الإنساني والمعرفي.

بالتالي، كنظرية أحادية، لا يمكن الاعتماد على النموذج البيولوجي وحده في التفسير أو التدخل العلاجي. لكنه يشكل قاعدة مهمة يجب أن تُدمج ضمن نموذج تفسيري أوسع، يشمل الجوانب المعرفية، والسلوكية، والبيئية، والثقافية، حتى نصل إلى فهم واقعي وشامل للانفعال.

### 2.3 النظرية المعرفية:

تُعد النظرية المعرفية في تفسير الانفعالات من أبرز الاتجاهات الحديثة في علم النفس، إذ تؤكد أن الانفعال لا ينشأ تلقائياً كرد فعل فيزيولوجي أو عصبي فحسب، بل يتطلب معالجة معرفية للموقف أو الحدث الخارجي. أي أن الطريقة التي يُدرك بها الفرد الموقف ويُقيّمه هي التي تُحدد طبيعة الانفعال وشدته، وليس المثير في حد ذاته

ويرتكز هذا الاتجاه على فكرة أن الإنسان لا يستجيب بشكل ميكانيكي للمثيرات، بل يقوم أولاً بعملية تقييم معرفي تحدد ما إذا كان الموقف يُعتبر تهديداً أو فرصة، وما إذا كانت له أهمية شخصية، وما مدى قدرة الفرد على مواجهته أو السيطرة عليه. وقد طوّر العالم ريتشارد لازاروس (Richard Lazarus) هذه الفكرة، واعتبر أن الانفعال يتبع تقييمين رئيسيين: التقييم الأولي (Primary Appraisal) الذي يتضمن

تحديد مدى تهديد الموقف أو فائدته، والتقييم الثانوي (Secondary Appraisal) الذي يتعلق بكفاءة الفرد وموارده في التعامل مع الموقف.

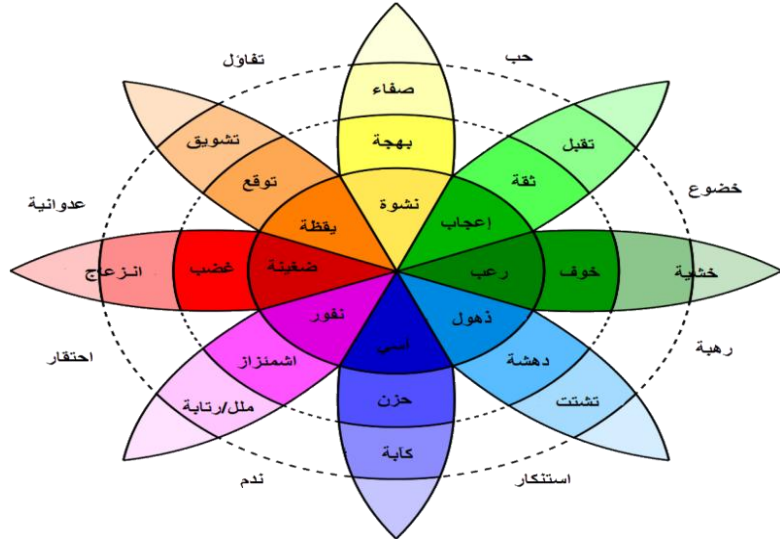
من هذا المنطلق، المظاهر الانفعالية في النظرية المعرفية تظهر كنتيجة مباشرة للتفسير العقلي والتقدير الذاتي للفرد على سبيل المثال، قد يواجه شخصان نفس الوضع الضاغط (مثل مقابلة عمل)، فيشعر أحدهما بالخوف والقلق لأنه يرى نفسه غير مستعد، بينما يشعر الآخر بالحماس والثقة لأنه يعتقد أن لديه كفاءة كافية.

تؤكد هذه النظرية أيضًا على الترابط بين الانفعال والفكر والسلوك، حيث أن التفسيرات السلبية المتكررة تؤدي إلى انفعالات سلبية مزمنة، وقد تسهم في تطور اضطرابات نفسية كالإكتئاب والقلق، بينما التقييمات الواقعية أو الإيجابية تُعزز التكيف والانفعالات الإيجابية

وقد دعمت العديد من الدراسات المعاصرة هذه النظرية باستخدام تقنيات تصوير الدماغ مثل (fMRI) حيث تبين أن القشرة الجبهية تلعب دورًا مهمًا في تقييم المواقف، وأن نشاطها يرتبط بتوليد انفعالات متنوعة بناءً على التفسير المعرفي.

من هنا نجد أن النظرية المعرفية أن المظاهر الانفعالية ليست فقط نتيجة لتغيرات جسدية أو عصبية، بل تتبع أساسًا من الطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف، ويُقيمه معرفيًا، مما يسلط الضوء على أهمية التفكير والوعي في فهم الانفعالات البشرية عبد الهادي السيد عبد (ص 23 31 أغسطس 2012).

من هنا نستنتج أن "المشكلة ليست في الحدث، بل في تفسيرك له." هنا يأخذ الانفعال طابعًا ذهنيًا. الشعور بالخوف أو الحزن - حسب هذا التصور - هو نتيجة للمعاني التي نُحْمَلها للأحداث. فإذا غيّرت طريقتك في التفكير، تغيّر شعورك تلقائيًا. هذه النظرية تمنح الفرد قوة ذاتية وتحمل مسؤولية مشاعره، لكنها أيضًا قد تُبسّط الأمور، كأن كل انفعال يمكن إصلاحه بمجرد "إعادة التفكير"، متجاهلة أحيانًا التاريخ الشخصي أو العوامل الجسدية.



الشكل رقم (01) يمثل المظاهر الانفعالية حسب النظرية المعرفية.

### 3.3 النظرية السلوكية:

تُعد النظرية السلوكية من أبرز الاتجاهات التي حاولت تفسير الظواهر النفسية من خلال الاعتماد على الملاحظة التجريبية للسلوك الظاهر، بعيداً عن التفسيرات الداخلية أو الذاتية. ووفقاً لهذا الاتجاه، فإن المظاهر الانفعالية لا تُفهم على أنها كيانات داخلية غامضة أو معطيات فطرية، بل يتم اكتسابها وتعلمها من خلال التفاعل مع البيئة، وفقاً لمبادئ التعلم الكلاسيكي والإجرائي.

لقد اعتبر جون ب. واطسون (John B. Watson) (1958/1878)، مؤسس المدرسة السلوكية، أن الانفعالات الأساسية مثل الخوف والغضب والحب هي استجابات فطرية قابلة للتكييف. وقدّم تجربته الشهيرة "ألبرت الصغير" مثلاً على إمكانية اكتساب الخوف من منبهات محايدة من خلال اقترانها بمثيرات مزعجة، ما يُبرز دور التعلم الشرطي الكلاسيكي في تكوين المظاهر الانفعالية. في هذه التجربة، عُرض



على الطفل فأر أبيض، تلاه صوت مرتفع ومفاجئ، مما أدى إلى ارتباط المنبه المحايد (الفأر) بالمثير السلبي (الصوت)، فتولد عنه استجابة خوف. هذا يدل على أن الانفعال لا ينبع من دوافع داخلية، بل من تجارب التعلم المباشر.

شكل رقم(02): يمثل تجربة الطفل والفأر لجون واطسون للتعلم الإجرائي والكلاسيكي في تكوين المظاهر الانفعالية.

من جهة أخرى، تناول بورهوس ف. سكينر (B.F. Skinner) الانفعالات من خلال نظرية التعلم الإجرائي، مشيراً إلى أن ما يسمى بـ"الانفعالات" هو في الواقع أنماط من السلوك يتم تعزيزها أو كبحها من خلال العواقب البيئية. فعلى سبيل المثال، يُمكن تفسير القلق كسلوك تم تعزيزه عبر الهروب أو التجنب، حيث يتعلم الفرد أن الهروب من موقف ما يخفف التوتر، فيصبح هذا النمط الانفعالي متكرراً. وفقاً لهذا المنظور، فإن التحكم في الانفعالات لا يتم من خلال العمل على الذات، بل من خلال تعديل بيئة التعلم والعوامل المعززة للسلوك.

تعكس هذه المقاربة السلوكية نظرة خارجية ووظيفية للانفعالات، تجعلها قابلة للقياس والتعديل عبر استراتيجيات سلوكية ممنهجة ومع أن هذه النظرية واجهت بعض الانتقادات لكونها تغفل الجوانب المعرفية والداخلية للانفعال، إلا أنها وفرت إطاراً تجريبياً واضحاً لدراسة الانفعالات وتفسير نشأتها، خاصة لدى الأطفال أو في حالات الاضطراب مثل التوحد واضطرابات القلق . Goldstein, S., & Naglieri, (Eds.). (2013)

فتعد النظرية السلوكية تنظر إلى الانفعال كأنه مجرد استجابة ظاهرية. بالنسبة لها، الغضب، الخوف، أو القلق، ليست سوى ردود أفعال تم تعلمها مع الوقت عبر التعزيز والعقاب. هي تهتم فقط بما يُرى ويُقاس، ولا تعبأ بما يدور في الداخل. لذلك، تُعتبر فعالة حين يكون الهدف هو كسر حلقة سلوكية معينة، لكنها تُفصّر عندما نريد فهم لماذا نشعر كما نشعر من الداخل، لأنها لا تؤمن بأن المشاعر لها جذور أعمق من السلوك نفسه.

### 4.3 النظرية التحليلية:

ترى نظرية التحليل النفسي، التي أسسها سيغموند فرويد (Sigmund Freud)، أن المظاهر الانفعالية هي تعبيرات عن صراعات نفسية داخلية بين مكونات النفس الثلاثة: الهو (Id)، الأنا (Ego)، والأنا الأعلى (Superego). ومن هذا المنظور، يُنظر إلى الانفعالات على أنها نتيجة للتفاعلات الدينامية اللاواعية، حيث تنشأ الانفعالات كرد فعل للضغوط الداخلية أو للرغبات المكبوتة، وقد تكون أحياناً دفاعية تهدف إلى حماية الأنا من التهديدات النفسية. وفي هذا السياق، يُعتبر الانفعال بمثابة مؤشر داخلي لصراع نفسي غير مُعالج. فعلى سبيل المثال، يُفسر التحليل النفسي القلق بأنه ناتج عن إدراك الأنا لخطر داخلي أو خارجي يهدد التوازن النفسي، سواء كان هذا الخطر ناتجاً عن رغبة مكبوتة في "الهو"، أو عن انتقاد داخلي مصدره "الأنا الأعلى". ونتيجة لهذا الصراع، يلجأ الفرد إلى آليات دفاعية مثل الكبت، الإسقاط، أو التبرير، للتقليل من حدة التوتر الانفعالي. وعلى هذا الأساس، فالانفعالات لا تُفهم فقط من

حيث المثيرات الظاهرة، بل من خلال معانيها الرمزية العميقة المرتبطة بالخبرات الطفولية والعلاقات المبكرة. فمن منظور (فرويد)، تُعد الطفولة المبكرة المرحلة الحاسمة في تشكل الأنماط الانفعالية، حيث تلعب الخبرات المرتبطة بالارتباط، والإشباع، والحرمان، أدوارًا محورية في بناء الشخصية الانفعالية. فإذا مر الطفل بخبرات مؤلمة أو صدمات نفسية خلال المراحل النفسية-الجنسية (مثل المرحلة الفمية أو الشرجية)، فإن هذه الخبرات قد تظل حاضرة في اللاوعي، وتعبّر عنها لاحقًا من خلال انفعالات غير متناسبة أو عصابية.

وقد طوّر محللون لاحقون مثل ميلاني كلاين (Melanie Klein) ودونالد وينيكوت (Donald Winnicott) النظرية التحليلية من خلال التركيز على الروابط الانفعالية المبكرة بين الطفل والأم، معتبرين أن المظاهر الانفعالية تتأسس على طبيعة هذه العلاقة الأولية. ففي حال كان هناك اضطراب في العلاقة مع "الأخر الأول" (الأم أو الراعي الأساسي)، فإن ذلك قد يُفضي إلى اضطرابات انفعالية عميقة مثل القلق الوجودي، أو الغضب الانفصامي.

وبهذا، ترى النظرية التحليلية أن المظاهر الانفعالية هي تعبير عن الحياة الداخلية اللاواعية للفرد، وأن فهم هذه المظاهر لا يتحقق إلا من خلال تحليل التاريخ النفسي والشخصي للفرد، والبحث في جذور الخبرات المبكرة المكبوتة، والرموز النفسية التي ترتبط بها. (سقموند فرويد، 1926).

أما النظرية التحليلية، فتغوص في العمق وتتعامل مع الانفعالات كأنها رسائل مشفرة من لاوعي الفرد. الحزن أو الغضب لا يحدثان هكذا عبثًا، بل يحملان في طياتهما صراعات قديمة، ذكريات مدفونة، ورغبات لم يُسمح لها بالخروج، هذه المدرسة لا تكتفي بتفسير الظاهر، بل تبحث في الجذور النفسية الطويلة، لكنها قد تُعقد الصورة لدرجة تجعلنا نرى "عقدة" في كل شعور، وتغرقنا في الماضي أكثر مما تساعدنا على التعامل مع الحاضر. في حين نحاول فهم المظاهر الانفعالية، نجد أن كل نظرية نفسية تمسك بجانب من الصورة، وكأننا ننظر إلى الشعور الإنساني من زوايا مختلفة.

النظرية السلوكية تنظر إلى الانفعال كأنه مجرد استجابة ظاهرية. بالنسبة لها، الغضب، الخوف، أو القلق، ليست سوى ردود أفعال تم تعلمها مع الوقت عبر التعزيز والعقاب فهي تهتم فقط بما يُرى ويُقاس، ولا تعبأ بما يدور في الداخل. لذلك، تُعتبر فعّالة حين يكون الهدف هو كسر حلقة سلوكية معينة، لكنها تُقصر عندما نريد فهم لماذا نشعر كما نشعر من الداخل، لأنها لا تؤمن بأن المشاعر لها جذور أعمق من السلوك نفسه. في المقابل، تأتي النظرية المعرفية لتقول: "المشكلة ليست في الحدث، بل في تفسيرك له." هنا يأخذ الانفعال طابعًا ذهنيًا. الشعور بالخوف أو الحزن - حسب هذا التصور - هو نتيجة للمعاني

التي نُحْمَلُهَا للأحداث. فإذا غيّرت طريقتك في التفكير، تغيّر شعورك تلقائيًا. هذه النظرية تمنح الفرد قوة ذاتية وتحمل مسؤولية مشاعره، لكنها أيضًا قد تُبسّط الأمور، كأن كل انفعال يمكن إصلاحه بمجرد "إعادة التفكير"، متجاهلة أحيانًا التاريخ الشخصي أو العوامل الجسدية.

أما النظرية التحليلية، فتغوص في العمق وتتعامل مع الانفعالات كأنها رسائل مشفرة من لاوعي الفرد. الحزن أو الغضب لا يحدثان هكذا عبثًا، بل يحملان في طياتهما صراعات قديمة، ذكريات مدفونة، ورغبات لم يُسمح لها بالخروج. هذه المدرسة لا تكتفي بتفسير الظاهر، بل تبحث في الجذور النفسية الطويلة. لكنها قد تُعقّد الصورة لدرجة تجعلنا نرى "عقدة" في كل شعور، وتغرقنا في الماضي أكثر مما تساعدنا على التعامل مع الحاضر.

ثم تأتي النظرية البيولوجية، لتقول: "كل هذا جميل، لكن لا تتسّ أن الانفعالات تبدأ من الدماغ." هنا يُفسّر الانفعال كنتاج مباشر للنشاط العصبي، التوازن الكيميائي، والمناطق الدماغية مثل اللوزة الدماغية (amygdale) هذه النظرية تُعطي وزنًا لما هو ملموس ومادي، وتفسر لماذا قد يعاني شخص من قلق شديد حتى دون سبب واضح - ببساطة لأن كيمياء دماغه مختلفة. لكنها أيضًا تميل إلى تقليص الإنسان إلى مجرد منظومة عصبية، متناسية أن الدماغ وحده لا يُنتج المعنى أو التجربة الإنسانية الكاملة. في النهاية، لا توجد نظرية "صحيحة بالكامل" أو "خاطئة بالكامل".

فالنظرية السلوكية تُعلّمنا كيف نغيّر الاستجابة، المعرفية تُعلّمنا كيف نغيّر الفكرة، التحليلية تُعلّمنا كيف نواجه أنفسنا، والبيولوجية تُذكّرنا بأننا أيضًا جسد وكيمياء لفهم الانفعال بعمق، نحتاج إلى مزيج من الأربع: فهم السلوك، الوعي بالفكر، الحفر في اللاوعي، ومعرفة ما يجري في الدماغ.

#### 4. العوامل المؤثرة على النمو الانفعالي لدى الطفل:

يُعدّ النمو الانفعالي من أبرز مظاهر النمو النفسي لدى الطفل، إذ يشكل حجر الزاوية في التكيف الاجتماعي والنجاح الشخصي. ويُقصد به تطور قدرة الطفل على التعرف على الانفعالات وتنظيمها والتعبير عنها بطريقة ملائمة للمواقف. غير أن هذا النمو لا يحدث بمعزل عن تأثيرات البيئة المحيطة أو العوامل الداخلية، بل يتأثر بمجموعة مترابطة من المؤثرات النفسية، البيولوجية والاجتماعية. فيما يلي عرض لأهم العوامل التي تساهم في تشكيل النمو الانفعالي للطفل:

#### 1.4 العوامل البيولوجية والعصبية:

تُعدّ البنية العصبية للدماغ أحد الأسس التي تُبنى عليها قدرات الطفل الانفعالية، فمناطق مثل الجهاز الحوفي (Limbic System)، وخاصة اللوزة الدماغية (Amygdala)، مسؤولة عن معالجة الانفعالات.

وقد وُجد أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في هذه المناطق يُظهرون صعوبات واضحة في تنظيم مشاعرهم والتعبير عنها. كما أن العوامل الوراثية تلعب دورًا في تحديد الانفعالات المزاجية للفرد، مثل سرعة الاستثارة أو الميل للقلق. فالطفل الذي يرث طابعًا مزاجيًا عصبيًا يكون أكثر عرضة للاستجابة الانفعالية الحادة من غيره. (عبد الله زريقات ص 89، 2010)

#### 2.4. البيئة الأسرية وأساليب التنشئة:

تُعد الأسرة أول وسط اجتماعي يواجهه الطفل، ولهذه البيئة دور جوهري في تشكيل المشاعر والتعبيرات الانفعالية. فالأطفال الذين ينشؤون في بيئة دافئة، قائمة على التفاعل الإيجابي والتعبير المفتوح عن المشاعر، يطورون قدرة أكبر على تنظيم انفعالاتهم. في المقابل، فإن الأساليب التربوية السلبية، مثل التسلط، الإهمال أو التذبذب في المعاملة، قد تُنتج أنماطًا انفعالية غير متزنة، كالكبت، القلق أو العدوانية. وتشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين يتعرضون للعنف الأسري أو التهميش الانفعالي يطورون ميلاً إلى الانطواء أو التفاعل الانفعالي المفرط. (أسماء محمد ص 45، 2011)

#### 3.4 العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة:

تشكل العلاقات التي يُقيمها الطفل مع أقرانه أو معلميه في المدرسة مصدرًا هامًا لتعلم التعبير الانفعالي والتفاعل الاجتماعي فالتجارب الاجتماعية الإيجابية، مثل اللعب الجماعي والدعم النفسي، تُعزز من قدرة الطفل على فهم مشاعره ومشاعر الآخرين، وتطوير ما يُعرف بـ "الذكاء العاطفي". أما العزلة الاجتماعية أو التعرض للتمتر، فتؤدي إلى خلل في التنظيم الانفعالي، وقد تدفع الطفل إلى تبني أنماط دفاعية كالغضب أو الانسحاب. (أسماء محمد ص 45، 2011)

#### 4.4 المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي

تؤثر الثقافة التي ينتمي إليها الطفل على نوعية الانفعالات المقبولة وطريقة التعبير عنها. فبعض المجتمعات تُشجع الانضباط الانفعالي، بينما تُشجع أخرى على الانفتاح والتعبير. من جهة أخرى، فإن الأطفال الذين يعيشون في ظروف اقتصادية صعبة، مثل الفقر أو التهميش، يكونون أكثر عرضة للتوتر المزمن، مما يؤثر سلبيًا على توازنهم الانفعالي، ويزيد من خطر ظهور اضطرابات نفسية في مراحل لاحقة. (أسماء محمد ص 45، 2011)

#### 5.4 الصحة النفسية والبدنية العامة:

الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية (كالقلق، الاكتئاب أو فرط النشاط) أو مشاكل صحية مزمنة، غالبًا ما يُظهرون صعوبات في تنظيم انفعالاتهم أو التعبير عنها بطرق مناسبة. كما أن وجود اضطرابات

تطورية مثل اضطراب طيف التوحد يضعف من قدرة الطفل على التعبير عن مشاعره أو فهم مشاعر الآخرين. فإن النمو الانفعالي هو نتاج تفاعل معقد بين عوامل وراثية، عصبية، أسرية، اجتماعية وثقافية. وكلما كانت هذه العوامل متوازنة وإيجابية، زادت قدرة الطفل على تطوير انفعالات صحية ومتزنة، مما يسهم في بناء شخصية قوية وقادرة على التكيف. (Goldstein, S., & Naglieri. (2013).

#### 5. الديناميات الانفعالية وعلاقتها باضطراب طيف التوحد:

الديناميات الانفعالية (Emotional Dynamics) هي العمليات النفسية والعصبية المعقدة التي تتحكم في نشأة الانفعال، معالجته، التعبير عنه، وتنظيمه. إنها ليست مجرد شعور لحظي، بل سلسلة من التفاعلات التي تبدأ من إدراك المثير (كصوت مزعج أو موقف محبط)، ثم تفسيره ذهنياً، ثم الشعور به داخلياً، وأخيراً التعبير عنه أو تنظيمه سلوكياً. (رزيقة محذب، 2014)

#### 1.5 مراحل الديناميات الانفعالية:

- أ. الاستقبال والانتباه للمثير: كيف يلتقط الجهاز العصبي المعلومات الحسية (صوت، ضوء، لمسة..)
- ب. التفسير المعرفي: كيف يفسر الفرد هذا المثير (هل هو خطر؟ هل هو غير مريح؟)
- ج. الاستجابة الجسدية والانفعالية: تغيرات جسدية (تسارع ضربات القلب، توتر، بكاء...).
- د. التعبير الخارجي: عبر تعابير الوجه، السلوك أو اللغة.
- هـ. التنظيم الانفعالي: قدرة الفرد على تهدئة نفسه، أو ضبط استجابته (مثلاً عدم ضرب الآخرين عند الغضب).

أما عند الطفل المصاب باضطراب التوحد، هذه الديناميات الانفعالية تكون مضطربة أو غير متوازنة في أكثر من مرحلة: (مازيفسكي، ووايت، ص23، 15-24 (2014)).

- الاستقبال الحسي مضطرب حيث قد يكون الطفل مفرط الحساسية أو ناقص الحساسية للمثيرات، ما يؤدي إلى استجابات انفعالية غير متناسبة (مثل الخوف الشديد من صوت عادي).
- التمثيل المعرفي للانفعال غير واضح حيث لا يملك الطفل دائماً القدرة على معرفة ما يشعر به أو لماذا يشعر به.
- الاستجابات الانفعالية غير منظمة حيث تظهر بشكل مفاجئ أو عنيف (مثل صراخ، نوبات غضب، بكاء متواصل...).

- غياب أو ضعف التنظيم الانفعالي حيث لا يستطيع الطفل تهدئة نفسه أو اللجوء إلى استراتيجيات لخفض التوتر، مما يؤدي أحياناً إلى سلوكيات إيذاء للذات كوسيلة للتنظيم الجسدي والانفعالي.

وفهم هذه الديناميات في التوحد يتيح لنا:

تفسير سلوك الطفل على أساس ما يشعر به وليس فقط ما يفعله.

إدراك أن إيذاء الذات ليس نية عدوانية، بل تعبير غير لفظي عن خلل داخلي انفعالي.

التخطيط لتدخلات علاجية وتربوية تركز على تعليم الطفل كيف يميّز مشاعره، وكيف يتفاعل معها بشكل صحي.

### مثال تطبيقي:

طفل توحد يضرِب رأسه بالحائط عند رفض طلبه.

ما الذي يحدث؟

- شعر بالرفض كمثير مزعج
- لم يستطع تفسير الموقف ولا فهم مشاعره (غضب، إحباط)
- لم يجد وسيلة للتعبير (لا يصرخ، لا يقول "أنا زعلان").
- لم يعرف كيف يهدأ نفسه (لا يتنفس بعمق، لا ينسحب).
- لجأ إلى إيذاء الرأس كطريقة بديلة لتفريغ الضغط . . سامسون، هاردان بوديل، فيليبس، و غروس،

(2015)

## 6. علاقة اضطراب التعبير الانفعالي بسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين

### 1.1.6. اضطراب التعبير الانفعالي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد

يعرف التعبير الانفعالي بأنه الوسيلة التي يُظهر بها الفرد مشاعره تجاه الآخرين أو تجاه ذاته، سواء من خلال تعبيرات الوجه، نبرة الصوت، الإيماءات أو السلوك الظاهر. في الحالة الطبيعية، تُعد هذه المهارات ضرورية للتواصل الاجتماعي السليم، وتُبنى تدريجيًا خلال مراحل النمو منذ الطفولة. غير أن الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يظهر قصورًا واضحًا في هذا الجانب، مما يؤدي إلى إرباك في التفاعلات الاجتماعية وظهور ردود فعل غير متناسبة مع السياقات الخارجية. (د.بشرى اسماعيل 2025)

### 2.1.6. الخصائص النوعية لاضطراب التعبير الانفعالي:

- يتسم اضطراب التعبير الانفعالي عند الأطفال التوحديين بعدة سمات، أهمها:
  - غياب التزامن بين المشاعر والسلوك: حيث لا تتوافق التعبيرات الظاهرة مع الشعور الداخلي الحقيقي. مثلاً، قد يضحك الطفل أثناء موقف حزين.
  - الصعوبة في التعرف على المشاعر الداخلية: (Alexithymia) حيث يجد الطفل صعوبة في إدراك ما يشعر به، أو لا يستطيع إعطاء اسم دقيق لحالته العاطفية.
  - فقر في المظاهر غير اللفظية: مثل قلة التواصل البصري، أو الجمود في تعابير الوجه، أو غياب الإيماءات المرافقة للكلام.
  - ردود فعل غير متوقعة: قد يعبر الطفل عن الإحباط أو الغضب بسلوك غير مألوف مثل الصراخ المفاجئ أو الركض العشوائي.

هذه الخصائص ترتبط غالبًا بعدم نضج الشبكات العصبية المسؤولة عن تفسير الانفعالات وتنظيمها، خاصة في اللوزة الدماغية والقشرة أمام الجبهية. (إيمان يونس ابراهيم، 1998، 344)

### 3.1.6 العوامل البيولوجية والنفسية المرتبطة بالخلل:

- ترجع اضطرابات التعبير الانفعالي لدى أطفال التوحد إلى عوامل متعددة:
  - العامل العصبي: أظهرت صور الرنين المغناطيسي الوظيفي انخفاضًا في نشاط مناطق الدماغ المسؤولة عن معالجة الانفعالات.
  - العامل التطوري: الأطفال التوحديون يتأخرون في بناء الإدراك العاطفي، مقارنة بأقرانهم في نفس العمر.
  - العامل البيئي: قلة التعزيز الاجتماعي أو الإهمال العاطفي يفاقم من صعوبة تطوير مهارات التعبير. (د. الفت حسين، 2012).

### 2.6 التنظيم الانفعالي وسلوك إيذاء الذات :

#### 1.2.6 التنظيم الانفعالي:

يُعرف التنظيم الانفعالي بأنه القدرة على فهم، تعديل، وكبح المشاعر بما يتوافق مع الموقف. وهو يتضمن مكونات معرفية (مثل الانتباه والتفسير)، وسلوكية (مثل التحكم في الانفعالات)، وفيسيولوجية (مثل التنفس أو دقات القلب). يُعد هذا التنظيم أساسًا في التكيف النفسي والاجتماعي. وعندما يختل، يصبح الفرد عرضة لتفريغ انفعالاته بطرق غير تكيفية، من بينها إيذاء الذات (Mazefsky and al 1998).

### 2.2.6 مظاهر خلل التنظيم الانفعالي عند أطفال التوحد:

- ردود أفعال انفجارية: كالغضب الحاد أو البكاء المستمر.
- الاندفاعية: حيث يتصرف الطفل بسرعة دون تفكير أو تقييم.
- نقص المرونة المعرفية: ما يؤدي إلى صعوبة التعامل مع التغيرات أو الإحباطات البسيطة.

### 3.2.6 العلاقة بين اضطراب التعبير والتنظيم الانفعالي وإيذاء الذات

عندما يعجز الطفل عن التعبير عن مشاعره أو تسميتها، ولا يتوفر لديه نظام داخلي لتنظيمها، يتحول الانفعال الداخلي إلى ضغط نفسي غير مفسّر. في هذه الحالة، قد يظهر سلوك إيذاء الذات كاستجابة وظيفية لأحد الأغراض التالية:

- تنظيم داخلي للشدة الانفعالية: ضرب الرأس أو العض يساعد الطفل مؤقتاً على تقليل التوتر العصبي.
- طلب انتباه خارجي: حين لا يملك أدوات تواصل لفظية أو غير لفظية.
- تجنّب موقف غير مرغوب: كالانسحاب من بيئة مزعجة.

تشير الدراسات إلى أن 40% من الأطفال المصابين بالتوحد يُظهرون شكلاً من أشكال إيذاء الذات خلال

مراحل مختلفة من الطفولة. (Samson, Podell, Phillips & Gross, 2015).

### 7. تشخيص المظاهر الانفعالية:

على طبيعة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الأطفال وفيما يلي عرض لبعض الوسائل والأدوات المستخدمة في ذلك:-

### أولاً: الفحص الطبي ( Medical Checkup )

يتم اللجوء إلى الفحص من أجل التأكد من السلامة العضوية للطفل وعدم معاناته من أية أمراض أو اضطرابات في عمل الجهاز الغدي أو العصبي. وهنا يتم فحص الطفل عضوياً باستخدام الوسائل الطبية المناسبة لمعرفة ما إذا يعاني الطفل من أية صعوبات حسية أو مشكلات طبية تتعلق بعمل الجهاز العصبي أو اضطرابات في إفراز الهرمونات الغدية، وذلك لأن بعضاً من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يرتبط بالخلل الوظيفي لأعضاء الجسم المختلف ( lyceé pasteur, Paris )

### ثانياً: دراسة الحالة Case Study

وهي من الوسائل الهامة التي يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة حول الفرد مما يتيح بالتالي من فهم سلوكه أو المشكلة التي يعاني منها، فمن خلال دراسة الحالة يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة

من حيث تاريخها وأعراضها ومظاهرها وظروف حدوثها وما يترتب عليها من آثار ونتائج وعادة ما يتم تتبع مثل هذه الحالة لتأخذ شكل الدراسة الطولية، وفيها يتم اللجوء إلى عدد من المصادر للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة.

ففي دراسة الحالة يتم الاتصال بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية مباشرة والحديث معهم ومحاورتهم من أجل الحصول على بعض المعلومات، كما يتم جمع بيانات حول هؤلاء الأفراد من خلال الاتصال بأولياء الأمور والمعلمين والأفراد والأصدقاء وإجراء المقابلات مع هذه الأطراف والاستعانة بتقديراتهم وملاحظاتهم، كما يتم اللجوء كذلك إلى السجلات والوثائق الطبية والأكاديمية

والمذكرات وتوظيف الأدوات المسحية مثل قوائم الشطب والاستبيانات (Patton2002)

ويؤخذ على هذه الطريقة أنها أحيانا قد لا تقود إلى الأسباب الحقيقية التي تسبب الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لدى الأطفال فبالرغم من كثرة المعلومات التي يتم جمعها من عدد المصادر حول الحالة والتي تعد مفيدة ومتعمقة (Papalla & Olds 1992).

#### ثالثاً: التقديرات

طريقة لاختبار صدق مثل هذه المعلومات والتفسيرات المتعلقة بها

في بعض الحالات التي لا يتم اللجوء فيها إلى دراسة الحالة يمكن الاستعانة بحجم محدد من المعلومات حول سلوك الطفل. ويتمثل ذلك في اللجوء إلى تقديرات أولياء الأمور أو المعلمون أو الأقران واخذ ملاحظاتهم حول سلوك الطفل في المواقف في المواقف الحياتية المتعددة في البيت والحارة والمدرسة أن مثل هذه التقديرات تعد على غاية من الأهمية وهي من أكثر الأدوات دقة وموضوعية في تقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال.

من الملاحظ أن أولياء الأمور على اتصال دائم مع الطفل معظم الأوقات بحيث يلاحظون باستمرار . ويمكن التغيرات التي تطرأ على أنماطه السلوكية والتطور الذي يطرأ على شخصيته الحصول على المعلومات حول اضطراب الطفل من خلال مقابلة الوالدين أو الطلب إليهم بالاستجابة إلى بعض قوائم الشطب أو الاستبيانات بالإضافة إلى اخذ ملاحظاتهم الخاصة. (Paul et epanchen,1992)

#### رابعاً: الملاحظة ( Observation ) :

تعد الملاحظة من الطرق المنظمة التي يمكن استخدامها لمعرفة الطريقة التي يتصرف بها الأطفال في مواقف محددة. فمن خلال الملاحظة يمكن جمع بيانات مهمة تساعد في وصف الاضطراب الانفعالي أو

السلوكي لدى الطفل وتتعلق بعدد تكراره و مدى شدته واستمراريته وظروف حدوثه ونتائجه (Borg & Gall, 1983).

تعد الملاحظة أداة فعالة في تحديد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال إذا جرى توظيفها بشكل منظم. فمن خلالها يمكن الحصول على معلومات قيمة حول السلوك المستهدف في حالة مراعاة المسائل التالية:

- يجب أن تتم الملاحظة دون علم ومعرفة الأطفال بالهم موضع ملاحظة. فمن خصائص الإنسان انه يعتمد إلى تغيير سلوكه ليبدو بمظهر حسن ومقبول أمام الآخرين ولا سيما إذا عرف انه موضع ملاحظاتهم، وهذا ما يطلق عليه بأثر الرغبة الاجتماعية.
- في بعض الحالات، قد لا تكون فعالة لأن بعض الأنماط السلوكية ولا سيما الانفعالية منها لا تظهر إلا في أوقات وظروف معينة، وهذا بالطبع يتطلب الملاحظة المستمرة والمتابعة.
- تحتاج إلى تدريب وخبرة من حيث رصد الملاحظات وتدوينها، لذلك يتطلب الأمر تدريب أولياء الأمور والمعلمون على كيفية تسجيل المعلومات.
- قد يحدث تشويه للمعلومات والملاحظات التي يتم جمعها بسبب سوء تدوينها أو إسقاط الملاحظين تفسيراتهم الذاتية على هذه الملاحظات.
- في العديد من الحالات، لا يمكن تفسير السلوك والتعرف على الأسباب التي تقف وراء الاضطراب الانفعالي او السلوكي لدى الطفل. (Papalia & Olds, 1992)

#### خامساً: المقابلة (Interview):

تستخدم المقابلة كإجراء للكشف على الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والتعرف عليها وتقييمها. فمن خلال المقابلة يتم جمع معلومات حول المظاهر السلوكية لدى الطفل يمكن التحويل عليها لتقييم الوضع النفسي لديه، وتتمثل المقابلة في تكوين علاقة بين الأخصائي النفسي وبين الطفل المعني بالاضطراب أو الأفراد ذوي العلاقة به بحيث تأخذ هذه العلاقة الطابع المهني وتتوفر فيها عوامل الثقة المتبادلة والسرية والتفهم والمصادقية. (Lazaruse & Strichart, 1986)

عند تقييم الاضطراب الانفعالي أو السلوكي لدى طفل معين، قد يلجأ الأخصائي النفسي إلى مقابلة الطفل المعني مباشرة ويحاول بناء علاقة ودية معه تشعره بالأمن والطمأنينة والثقة، وفيها يحاول الحصول على بعض البيانات من خلال الأسئلة التي يطرحها عليه وعادة تتمحور الأسئلة حول نظرة الطفل الى نفسه والى الأفراد الذين يتعامل معهم والبيئة المحيطة به.

توفر المقابلة للأخصائي النفسي بيانات غنية وقيمة حول الطفل، ولا سيما أن الأخصائي يمكنه ملاحظة التغيرات التي تطرأ على أنماطه السلوكية أثناء المقابلة وتعبيره الوجهية وردات الفعل الانفعالية والتغير في نبرات صوته في تفاعلاته مع الأسئلة، ومثل هذه الملاحظات بالإضافة إلى المعلومات اللفظية التي يصرح بها الطفل تساعد الأخصائي في فهم أعمق لمشكلة الطفل. ولكن بالرغم من أهمية ذلك، إلا أنه يؤخذ على المقابلة أحيانا أحجام الأطفال عن الإجابة عن بعض الأسئلة أو إنكارهم

ومن الاختبارات الأخرى التي يمكن استخدامها مقياس ويكسلا للذكاء المعروف باسم مقياس (ويكسلر) لقياس الذكاء الأطفال وهو من اختبارات الفردية والتالف من قسمين

أ. **القسم اللفظي:** يشتمل على سنة اختبارات فرعية تقيس قدرات عقلية مثل الفهم العام والمعلومات العامة، والاستدلال الحسابي، والمتشابهات والمفردات، وإعادة الأرقام، ومثل هذه الاختبارات تتطلب استجابات لفظية

ب. **القسم الأدائي:** ويشتمل على خمسة اختبارات فرعية تقيس قدرات مثل رموز الأرقام وتكميل الصور ورسوم المكعبات وتجميع الأشياء، وترتيب الصور، ومثل هذه الاختبارات تتطلب استجابة حركية - أدائية.

يمكن من خلال هذا الاختبار والاختبارات الفرعية قياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ومدى تدخل مثل هذه الاضطرابات في القدرة العقلية لديهم فمن خلال أدائهم على هذه الاختبارات يتم تحديد التناقض في مثل هذه الاستجابات، بحيث يتم تحليل مدى التشتت في استجاباتهم على الاختبار ككل وعلى الاختبارات الفرعية، أي من خلال المقارنة بين طبيعة استجاباتهم على الاختبار ككل والاختبارات الفرعية، بالإضافة إلى قياس التشتت في الاستجابات داخل الاختبار فمن خلال تحليل محتوى الاستجابات ولا سيما الخاطئة منها على الاختبارات.

الفرعية يتم الوقوف على أشكال الخلل المعرفي في الإدراكات والأفكار والمشاعر لدى الأطفال. وتقييم مستوى الانتباه لديهم ويستدل على وجود الخلل عادة من خلال الدرجات التي يحصل عليها الأطفال، إذ حصول الطفل على درجة متدنية يشير إلى وجود اضطراب سلوكي أو انفعالي لديه. (Costin &

Draguns, 1989)

بالإضافة إلى اختبارات الذكاء، يمكن استخدام اختبارات التحصيل لتقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. فمن خلال هذه الاختبارات يمكن الوقوف على جوانب الضعف والقوة في أدائهم الأكاديمي

(Kneidler et al.1984)

وتكشف اختبارات التحصيل عن وجود الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال من خلال تحليل استجاباتهم على فقراتها، بحيث يتم التعرف على الأخطاء والمشكلات التي يعانون منها.

### سادسا: الاختبارات النفسية (Psychological Tests):

تستخدم مثل هذه الاختبارات لقياس جوانب الشخصية التكيفية، وأنواع الصراعات التي يعاني انفعاليا وسلوكياً. منها الأفراد، بحيث يمكن اللجوء إلى بعض الاختبارات النفسية لتقييم الأطفال المضطربين انفعاليا و سلوكيا.

ومن هذه الاختبارات ما يلي:

#### أ. الاختبارات الإسقاطية (Projective Tests):

وتتضمن هذه الاختبارات عدداً من المواقف أو المثيرات الغامضة، وهي في الغالب مجموعة أشكال وصور يطلب من المفحوص تفسيرها أو حيك قصة معينة حولها. وتكمن الفلسفة من غموض المثيرات الأشكال والصور في أن المفحوص عادة يسقط صراعاته ومشكلاته على التفسيرات أو الأوصاف التي يقدمها. فمن خلال استجاباته يمكن التعرف على مفهوم الذات والاضطرابات الانفعالية والشخصية لديه وأنواع الصراعات التي يعاني منها (Exner1980).

ومن ابرز الاختبارات الاسقاطية اختبار بقع الحبر (الروشاخ) " Rorshach Spot of Ink Scale " س والذي وضعه عالم النفس السويسري هيرمان رورشاخ (Hermann Rorshach) ويشتمل المقياس على (10) بطاقات يطلب من المفحوص في كل منها وصف ما يراه أو تقديم تفسير لما يراه، وعادة عند تحليل استجابة الطفل على هذه البطاقات يؤخذ بعين الاعتبار ثلاثة عناصر رئيسية هي:

1. **الموقع المركز Location:** طبيعة تركيز استجابة الطفل من حيث التركيز على الشكل ككل أو التركيز على بعض التفاصيل في الشكل ومثل هذا يعكس طريقة الإدراك والتفكير لدى الطفل.
2. **المحتوى Content:** / ويتمثل في نوعية الوصف أو التفسير الذي يقدمه الطفل للشكل بشكل الغامض ومثل هذا الوصف أو التفسير يعكس طبيعة الصراعات والمشكلات الانفعالية التي يعاني منها.
3. **محددات الاستجابة Determinants:** وتتمثل في المظاهر التي تشتمل عليها الاستجابات من حيث التركيز على الشكل أو اللون أو أية مظاهر أخرى.

#### ب. اختبارات تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test – TAT):

وتقع هذه الاختبارات في فئتين حسب الفئة العمرية، وهي اختبارات تفهم الموضوع للكبار واختبارات تفهم الموضوع للأطفال. وعادة تستخدم مثل هذه الاختبارات لقياس مدى الترابط الحسي وطريقة تفسير الأفراد

للمثيرات البيئية المحيطة. لقد تم وضع هذه الاختبارات من قبل عالم النفس الأمريكي موري (Murray) ، وهي تشتمل على سلاسل من الصور يطلب من المفحوص تأليف قصة حولها. وتجدر الإشارة هنا أن بعض الصور مصممة التناسب الإناث فقط وبعضها الآخر يناسب الذكور، في حين هناك مجموعة من الصور تصلح لكلا الجنسين (Exner, 1980).

يطلب من المفحوص حيك قصة حول الصورة التي تعرض عليه وهنا يتم ملاحظة طريقة حديثه ومحتوى القصة وانفعالاته أثناء الحديث. وتكمن الفلسفة من وراء هذا الأجراء في أن الطفل يسقط انفعالاته وأنواع الضغوطات والصراعات التي يعاني منها أثناء الحديث عن هذه الصور من خلال القصة التي يقدمها، حيث تظهر نتائج الدراسات العديدة وجود علاقة ما بين محتوى القصص وطبيعة التعبير في الأداء السلوكي لدى الطفل.

### ج. اختبارات الشخصية (Personality Tests):

يمكن توظيف بعض اختبارات الشخصية لقياس الجوانب والمظاهر الشخصية لدى المضطربين انفعاليا وسلوكياً، ومن ابرز هذه الاختبارات مقياس متيسونا متعدد الأوجه للشخصية ( Minnesota Multiphase Personality Inventory MMPI)

ومثل هذا الاختبار يقيس العديد من المظاهر الشخصية، ومن أبرزها المظاهر غير العادية والاضطرابات الشخصية (Butcher & Keller, 1984)

د. مقاييس أخرى:

بالإضافة إلى الاختبارات الإسقاطية واختبارات الشخصية يمكن استخدام وسائل أخرى لتقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، ومن هذه الوسائل

أ. الأساليب التفرغية أو التطهيرية: وفيها يتم ملاحظة الطفل أثناء اللعب وانشغاله في معالجة الأشياء وأدوات اللعب أو من خلال انشغاله في الرسم، حيث من خلال هذه الأساليب يمكن ملاحظة سلوكيات الطفل وما يظهر عليه من انفعالات ودوافع أو أية مشكلات سلوكية أخرى. ويمكن هنا استخدام بعض الاختبارات المعدة لهذا الغرض ومن أبرزها اختبار ليفي الإسقاطي

ب. الأساليب التحريفية: (Projective Test Levy) وفيها يتم ملاحظة سلوك الطفل أثناء التعبير الكلامي أو أثناء سرده لقصة حول موضوع او موقف معين فمن خلال تعابيره يمكن الاستدلال على وجود الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لديه.

**1. التشخيص والتقييم الأكاديمي Academic Diagnosing :**

بالإضافة إلى الأدوات السابقة، يمكن اللجوء إلى تشخيص الجوانب الأكاديمية وتقييم الحاجات للأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. ويمتاز التقييم الأكاديمي بالشمولية بحيث يتناول كافة الجوانب المتعلقة بالاضطراب الانفعالي أو السلوكي لدى الطفل. وفيه يمكن اللجوء إلى معظم الوسائل والأدوات السابقة في عملية التشخيص من مثل التقارير الذاتية، وتقارير أولياء الأمور والمعلمون والأصدقاء بالإضافة إلى الملاحظة والمقابلة والمقاييس والاختبارات العقلية والنفسية والتحصيلية. ( الزغول 2006 )

تتضمن عملية التشخيص الأكاديمي جوانب أخرى تتعدى الطفل بحد ذاته لتشمل الجوانب التالية:

**أولاً: تحليل البيئة الصفية**

تلعب البيئة الصفية دوراً بارزاً في نمو شخصية الأفراد وتهذيب الأنماط السلوكية لديهم. ففي بعض حالات الأفراد الذين يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية قد ترجع في أسبابها إلى عوامل ترتبط بالمدرسة أو البيئة الصفية ولذلك فانه من المفيد جدا تحليل البيئة الصفية لتحديد ما إذا كانت ذات علاقة بالمشكلة التي يعاني منها الطفل من جهة، والعمل على أحداث بعد أحداث بعض التغيرات فيها تؤكد أنها من تقف وراء المشكلة مما يساعد بالتالي في علاج هذه المشكلة والتخلص منها.

**1. عدد الطلاب داخل الفصل الدراسي**

لا شك أن زيادة عدد الطلاب في الصف يزيد من تباين الاهتمامات والدوافع والاتجاهات لدى الأفراد مما يؤثر في عدد العلاقات الاجتماعية وتشابكها، وكما انه يؤثر كذلك في أداء المعلم من حيث توزيع الانتباه والاهتمام لكل الطلبة وفي إعطائه للتعليمات والإرشادات ومراعاة الفروق

الفردية. ويلعب عامل الازدحام والصحيح دوراً في ردادات الفعل السلوكية لكل من المعلم والطالب، وهذا بالطبع ربما يولد لدى البعض الضغط النفسي والذي يتبدى في بروز بعض المشكلات الانفعالية والسلوكية لديهم ( الزغول 2006 )

**2. وقت الحصة النشاط التعليم:**

يحتاج الأطفال في المرحلة العمرية الدنيا عادة إلى وقت أطول لتنفيذ المهمات والأنشطة التي يكلفون بها نظراً لطبيعة خصائصهم النمائية. أن عدم إعطاء الوقت الكافي للطلاب ربما يولد لديهم الشعور بالضيق والانزعاج، وفي بعض الأحيان يولد لديهم مشاعر القلق والغضب والعدوان والإحباط ولا سيما عندما لا تتاح لهم الفرص لإنهاء النشاط الذي يقومون به. ولا يقتصر تأثير الوقت من حيث طولته أو قصره، بل

يتعدى ليشمل الوقت من النهار. ففي أوقات معينة يكون الأطفال أكثر نشاطاً وحيوية من الأوقات الأخرى، ومن هنا قد يكون للوقت دوراً في بروز الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، ولا سيما عندما يكون غير كاف أو غير مناسب لأداء النشاط أو المهمة التعليمي (الزغول 2006)

### 3. مساحة غرفة الصف:

أن الازدحام الشديد وعدم التمكين الطفل من الحركة والتنقل داخل غرفة الصف له انعكاساته السلبية على أداءه وأنماطه السلوكية، فمن المعروف أن الأطفال عادة لا يستطيعون الجلوس لفترة طويلة في مكان محدد، فهم في حركة مستمرة وفي نشاط دائم. ومن هنا نجد أن ازدحام غرفة الصف بالمقاعد والأدوات والوسائل التعليمية قد يحد من حركة الطفل على الحركة والتواصل مع الآخرين، وهذا يولد لديه بالتالي شعوراً بالضيق والغضب، كما أن الترتيب المقاعد دوراً في توليد المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال، فترتيب المقاعد بشكل خطوط مستقيمة، قد يحد من حركة الطفل ويعيق من تواصله مع المعلم أو الآخرين، كما انه قد يعيقه من مواصلة الانتباه للمعلم نظراً لعدم تمكنه من رؤية السبورة في بعض الحالات. (الزغول 2006).

### 4. نوعية المقاعد:

تؤثر نوعية المقاعد إلى حد ما في حرية الطفل من الحركة والتنقل ولا سيما إذا كانت من النوع غير المرن أو مصنوعة من مواد ثقيلة كالحديد أو الخشب بالإضافة إلى كونها مريحة أو غير مريحة مناسبة أو غير مناسبة لحجم الطفل. ( عماد عبد الرحيم الزغول ص 52 2006)

### 8. الاستراتيجيات العلاجية لتنظيم المظاهر الانفعالية:

#### 1.8 العلاج المعرفي السلوكي (CBT) :

يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) من أنجح الاستراتيجيات العلاجية الموجهة لتنظيم المظاهر الانفعالية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، خاصةً أولئك الذين يمتلكون قدرة لغوية ومعرفية متوسطة إلى مرتفعة. يعتمد هذا النوع من العلاج على الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، ويهدف إلى تعديل الأنماط الفكرية والسلوكية غير التكيفية التي تؤدي إلى اضطراب انفعالي وسلوكيات ضارة كإيذاء الذات.

يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على فرضية أن الأفكار تؤثر في المشاعر، والمشاعر تؤثر في السلوك. وبالتالي، فإن تعديل الفكر يؤدي إلى تعديل المشاعر والسلوك. عند الأطفال التوحديين، تظهر مشكلات

في فهم الإشارات الاجتماعية والانفعالية، مما يؤدي إلى تفسيرات غير دقيقة للمواقف، وينتج عنها استجابات سلوكية غير مناسبة كالصراخ، الضرب أو إيذاء الذات. ويهدف هذا البرنامج إلى:

- تدريب الطفل على التعرف على مشاعره وربطها بالمواقف.
- فهم الأفكار المشوهة أو السلبية وتعديلها.
- اكتساب مهارات تنظيم المشاعر مثل الغضب أو الإحباط.
- استبدال السلوك الإيذائي باستجابات بديلة أكثر أماناً وفعالية.

أما عن الأدوات والتقنيات المستخدمة فهي كالتالي:

- بطاقات الانفعالات: تساعد الطفل على تسمية مشاعره مثل: حزين، غاضب، قلق، فرح.
- سلم الانفعالات: يتدرج من الهدوء إلى الانفجار (مثلاً: من 1 إلى 5)، لتعليم الطفل كيفية تقييم شدة انفعاله.
- التفكير البديل: تدريب الطفل على استبدال الفكر السلبي (مثل: "أنا فاشل") بفكر واقعي (مثل: "أنا أتعلم وأتحسن").
- مهارات التعامل مع التوتر: مثل التنفس العميق، العد التنازلي، أو أخذ استراحة قصيرة.

فتعد خطوات التنفيذ العملي

- التقييم الأولي: تحديد المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل.
- تحديد الأهداف السلوكية والانفعالية: مثل خفض نوبات إيذاء الذات من 3 مرات إلى مرة واحدة يومياً.
- التدخل الفردي أو الجماعي: يُفضل أن يكون الجلسات فردية للأطفال التوحديين لتخصيص المرافقة.
- العمل مع الأهل: من خلال دليل مبسط لتطبيق المهارات المنزلية وتعزيز الاستجابات المناسبة.

النتائج المتوقعة

- أظهرت دراسات متعددة أن CBT يساهم في:
- تحسين قدرة الأطفال على تمييز مشاعرهم وتنظيمها.
- تقليل نوبات الغضب والانهيار الانفعالي.
- انخفاض سلوكيات إيذاء الذات بشكل ملحوظ بعد 8-12 أسبوعاً من العلاج المنتظم.

## التحديات والمحددات

الأطفال ذوو الطيف المنخفض قد يجدون صعوبة في التعبير اللفظي، لذا يجب تعديل الأدوات لتلائم مستواهم. ضرورة التدريب المستمر للأخصائيين على أدوات مرئية وحسية لجعل المقاربة مفهومة.

Wood., Drahota. (2009),p 224-234)

## 2.8 الإستراتيجية الثانية: التدريب على التنظيم الانفعالي (Emotional Regulation Training - ERT)

يشكل التدريب على التنظيم الانفعالي أحد المقاربات الحديثة والفعالة في تحسين جودة الحياة النفسية للأطفال المصابين بطيف التوحد، من خلال تمكينهم من التعامل بشكل أكثر وعياً وكفاءة مع مشاعرهم المختلفة. ترتبط صعوبات التنظيم الانفعالي بسلوكيات غير تكيفية كالغضب الحاد، نوبات الانهيار، وأحياناً سلوك إيذاء الذات، مما يجعل هذا النوع من التدريب ضرورياً في برامج التدخل النفسي.

### أولاً: الإطار النظري للتنظيم الانفعالي

يعرف التنظيم الانفعالي بأنه القدرة على مراقبة وتقييم وتعديل الاستجابات الانفعالية بما يتناسب مع متطلبات الموقف. وتشير النماذج النفسية الحديثة إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد غالباً ما يواجهون صعوبة في التعرف على مشاعرهم، وفهمها، والتحكم فيها، مما يزيد من التوتر والسلوكيات السلبية.

### ثانياً: أهداف التدريب على التنظيم الانفعالي

- تعزيز الوعي الانفعالي لدى الطفل (التعرف على المشاعر).
- تعليم الطفل استراتيجيات الاسترخاء والتفريغ الانفعالي.
- تعديل السلوك الانفعالي الحاد عبر تقنيات معرفية وسلوكية.
- تقليل التصرفات الاندفاعية أو المؤذية كوسيلة تعبير عن الانفعالات.

### ثالثاً: خطوات البرنامج التدريبي

#### 1. مرحلة التعرف على الانفعالات

يتعلم الطفل التمييز بين المشاعر الأساسية (خوف، فرح، غضب، حزن) من خلال الصور، الرسوم التوضيحية، والمواقف المحاكية.

#### 2. مرحلة التعبير الانفعالي المناسب

يُدرّب الطفل على طرق آمنة للتعبير عن مشاعره (مثل: استخدام الكلمات، الإشارات، أو بطاقات المشاعر).

### 3. مرحلة تعلم استراتيجيات التنظيم

العد التنازلي من 10 إلى 1.

التنفس العميق.

استخدام "صندوق التهدئة" الذي يحتوي أدوات مهدئة (كرة مضغ، عطور، موسيقى هادئة).

### 4. مرحلة التعزيز والمتابعة

يتم مكافأة الطفل كلما استخدم طريقة مناسبة لتنظيم مشاعره، مع تدريب الأهل على مواصلة العمل في المنزل.

### رابعًا: دور الأخصائي النفسي

يلعب الأخصائي دورًا محوريًا في:

تقييم مستوى وعي الطفل بانفعالاته.

تصميم برنامج فردي يناسب مستوى الطفل المعرفي والحسي.

متابعة مدى تقدم الطفل وتعديل التقنيات المستخدمة.

### خامسًا: فعالية الإستراتيجية

أشارت الدراسات الحديثة إلى أن برامج ERT تقلل من:

نوبات الانهيار الانفعالي بنسبة قد تصل إلى 40%.

السلوك العدواني أو إيذاء الذات عند مواجهة مواقف صعبة.

معدل القلق الاجتماعي والانغلاق، مما يُحسن الاندماج المدرسي والاجتماعي.

### سادسًا: التحديات والمحددات

بعض الأطفال التوحديين يعانون من (alexithymia) عدم القدرة على توصيف المشاعر، مما يصعب التدريب.

ضرورة إشراك الأسرة والبيئة المدرسية لضمان فعالية التدخل . Mazefsky., White, Siegel, Pilkonis, .

(2018, 57(11), 835-843)

### 3.8 الإستراتيجية الثالثة: التدريب الأسري والوالدي لتنظيم المظاهر الانفعالية والحدّ من سلوك إيذاء الذات

تلعب الأسرة دورًا محوريًا في النمو الانفعالي والاجتماعي للأطفال المصابين بطيف التوحد. ولهذا، يُعدّ التدريب الأسري والوالدي أحد أبرز الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في تحسين تنظيم المظاهر الانفعالية لدى هؤلاء الأطفال، والتقليل من السلوكيات غير التكيفية كإيذاء الذات، العدوان أو نوبات الانفجار العاطفي.

#### أولاً: الإطار النظري للتدخل الأسري:

يعتمد هذا النوع من التدخل على مبادئ نظرية النظم الأسرية (Family Systems Theory)، والتي ترى أن الطفل لا يُفصل عن السياق الذي يعيش فيه، خاصة الأسرة، بل يتأثر بها ويؤثر فيها. كما يركز على مبادئ التعلم الاجتماعي التي تبرز أهمية النمذجة، التعزيز، والتفاعل العاطفي في تشكيل وتنظيم استجابات الطفل.

#### ثانياً: أهداف التدريب الوالدي

تعليم الأهل كيفية التعرف على مؤشرات الانفعالات غير المنظمة عند طفلهم. / تطوير مهاراتهم في الاستجابة الانفعالية الهادئة والموجهة. / تمكينهم من إدارة المواقف اليومية المسببة للتوتر عند الطفل بطريقة منظمة. / دعمهم نفسياً لمواجهة مشاعر الذنب، القلق أو العجز المرتبطة بالتعامل مع طفل توحد.

#### ثالثاً: مكونات البرنامج التدريبي

##### 1. جلسات تثقيف نفسي حول طيف التوحد

شرح خصائص الطفل التوحد وصعوبات التنظيم الانفعالي لديه بشكل مبسط وواضح.

##### 2. تدريب الأهل على استراتيجيات التنظيم الانفعالي

استخدام بطاقات المشاعر. / وضع روتين انفعالي (وقت للهدوء، الموسيقى، التنفس...). / تعزيز التعبير اللفظي أو البديل للمشاعر.

**3. إدارة سلوك إيذاء الذات**

مراقبة المثيرات السابقة للسلوك. / استخدام التعزيز الإيجابي عندما يستخدم الطفل طرقًا بديلة. / الحفاظ على بيئة آمنة (حماية الزوايا الحادة، مراقبة الطفل).

**4. التواصل الانفعالي بين الوالدين والطفل**

تعزيز التواصل البصري، اللمس الآمن، واللغة المطمئنة. / تجنب الصراخ أو الغضب أمام الطفل.

**رابعًا: دور المعالج النفسي**

تدريب الأهل من خلال ورشات تطبيقية، فيديوهات تعليمية، ونماذج تمثيلية. / تقييم سلوكيات الأهل والانفعالات المنقولة للطفل. / تقديم الدعم الانفعالي للوالدين لتفريغ الضغوط وتقوية التكيف.

**خامسًا: نتائج متوقعة**

انخفاض كبير في سلوك إيذاء الذات نتيجة للوعي الأسري بالمحفزات. / تحسن في قدرة الطفل على التنظيم الانفعالي من خلال التعزيز المنزلي. / تقوية العلاقة الانفعالية بين الطفل ووالديه، مما يعزز الشعور بالأمان.

**سادسًا: معوقات محتملة**

مقاومة بعض الأهل لتغيير أنماطهم التربوية التقليدية. / تباين في الاستجابات الوالدية بين الأب والأم قد

يخلق اضطرابًا في تعلم الطفل **Bearss, K., Johnson, C., Smith,., Lecavalier., Swiezy,**

**Aman, JAMA, (p1524-1533).**

**4.8 الاستراتيجية الرابعة: العلاج الحسي (Sensory Integration Therapy) لتنظيم****المظاهر الانفعالية والحدّ من سلوك إيذاء الذات**

يُعدّ العلاج الحسي من أبرز الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة لتحسين التنظيم الانفعالي والسلوكي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، خاصةً أولئك الذين يعانون من اضطرابات في المعالجة الحسية (Sensory Processing Disorder) هذا النوع من التدخل يهدف إلى تحسين قدرة الجهاز العصبي المركزي على استقبال وتفسير وتنظيم المعلومات الحسية الواردة من البيئة، مما ينعكس إيجابيًا على الأداء الانفعالي ويُقلل من السلوكيات غير التكيفية، وعلى رأسها سلوك إيذاء الذات.

## أولاً: الإطار المفاهيمي للعلاج الحسي

يعتمد العلاج الحسي على نظرية التكامل الحسي التي طورتها "جين أيريس (Jean Ayres)" ، والتي تقترض أن السلوكيات غير الملائمة والمشكلات الانفعالية قد تكون نتيجة لصعوبات في معالجة المنبهات الحسية (اللمس، الصوت، التوازن، الحركة، الإحساس الجسدي...).

يعاني العديد من الأطفال التوحديين من فرط أو نقص الحساسية تجاه هذه المنبهات، مما يجعلهم غير قادرين على التفاعل بشكل منظم مع بيئتهم، وقد يستخدمون سلوكيات إيذاء الذات كوسيلة لتنظيم أو تفرغ التوتر الحسي.

## ثانياً: أهداف العلاج الحسي

- تحسين القدرة على تنظيم الانفعالات المرتبطة بالمثيرات الحسية.
- تخفيض مستويات القلق والانزعاج العصبي الناتجة عن التحفزات البيئية.
- تقليل سلوك إيذاء الذات الناتج عن فرط التحفيز أو الإحساس بالاختناق الحسي.
- تعزيز التكامل بين الإدراك الحسي والاستجابة الانفعالية.

## ثالثاً: مكونات الجلسات العلاجية

1. التقييم الحسي الفردي: يتم من خلال ملاحظة استجابات الطفل لمثيرات مختلفة (ضوء، صوت، لمس...) وتحديد نقاط الخلل.
2. أنشطة تكامل حسي موجهة: اللعب بالأرجوحة أو الكرة الكبيرة. صندوق الرمل أو الأقمشة ذات اللمس المختلف. تمارين التوازن والحركة الخفيفة (الجمباز الطفولي).
3. تقنيات تهدئة حسية: الضغط العميق بالأيدي أو البطانيات الثقيلة، حمامات دافئة، ضوء خافت، عطور هادئة.

## 4. الربط بالسياق الانفعالي

خلال الجلسة، يُشجّع الطفل على التعبير عن شعوره أثناء النشاط: هل شعر بالهدوء؟ بالإزعاج؟ ما الذي راق له؟ وهذا يعزز الوعي الانفعالي.

## رابعاً: دور المعالج المختص

- تصميم خطة حسية فردية (Sensory Diet) بناءً على احتياجات الطفل.
- مراقبة استجابات الطفل وتعديل الأنشطة تدريجياً.
- توجيه الأهل لاستخدام تقنيات الحسية المنزلية بشكل يومي.

**خامسًا: نتائج ملموسة للتدخل**

انخفاض سلوكيات إيذاء الذات الناتجة عن التوتر الحسي بنسبة تصل إلى 45% حسب بعض الدراسات السريرية.

زيادة قدرة الطفل على البقاء في حالة هدوء انفعالي في مواقف مسببة للقلق.

تحسين جودة النوم، الأكل، واللعب وهي مؤشرات على تحسن التنظيم الحسي والانفعالي.

**سادسًا: تحديات التطبيق**

بعض الأطفال قد يرفضون بعض الأنشطة الحسية في البداية.

الحاجة إلى تجهيزات خاصة ومساحة آمنة.

ضرورة الاستمرارية والتدرج لتحقيق نتائج ثابتة. (لظفي فطيم 1993)

**5.8 الإستراتيجية الخامسة: التدريب المعرفي السلوكي المعدل (CBT) لتنظيم الانفعالات والحد من سلوك إيذاء الذات**

يُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) أحد أبرز التدخلات النفسية القائمة على الدليل العلمي، وقد تم تعديله مؤخرًا ليتلاءم مع الخصوصيات المعرفية والانفعالية للأطفال المصابين بطيف التوحد. يُستخدم هذا العلاج بفعالية لتحسين تنظيم الانفعالات، التقليل من القلق والانفجار العاطفي، والحد من سلوك إيذاء الذات الناتج عن صعوبات التفاعل مع الضغوط النفسية.

**أولًا: المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي المعدل**

يرتكز هذا البرنامج على ثلاثة محاور رئيسية:

1. الأفكار: ما يفكر به الطفل عند تعرضه لموقف ما.

2. المشاعر: ما يشعر به نتيجة الفكرة أو الموقف.

3. السلوك: كيفية تصرفه كرد فعل لتلك المشاعر.

في حالة الأطفال التوحديين، غالبًا ما تكون الروابط بين هذه العناصر غير مرنة أو مضطربة، مما يؤدي إلى سلوكيات غير متكيفة، مثل نوبات الغضب أو إيذاء الذات.

**ثانيًا: تعديلات CBT لملائمة الأطفال التوحديين**

– تبسيط اللغة المستخدمة.

– الاعتماد على دعم بصري (بطاقات، رسوم، مخططات).

– استخدام لعب الأدوار والنمذجة السلوكية.

– إدماج الأهل أو المعالجين التربويين في الجلسات.

### ثالثاً: مكونات البرنامج التدريبي

- التعرف على المشاعر عبر استخدام وجوه تعبيرية، بطاقات ملونة، أو مواقف تمثيلية.
- فهم العلاقة بين الفكر والمشاعر والسلوك باستخدام مخططات بسيطة توضح الموقف، الفكرة الناتجة عنه، ثم الاستجابة.
- استراتيجيات إعادة البناء المعرفي تحويل الأفكار السلبية إلى أخرى أكثر توازناً وتدريب الطفل على التفكير في "الاحتمالات الإيجابية".
- ضبط الانفعال والسلوك تقنيات التنفس العميق العد العكسي استخدام "بطاقة الهدوء" أو "ركن الاسترخاء".
- تدريب الطفل على طلب المساعدة تعليم الطفل أن يُشير أو يعبر عندما يشعر بالضيق قبل التصعيد.

### رابعاً: أهداف العلاج المعرفي السلوكي المعدل

- خفض مستويات القلق والإحباط المرتبطة بالمواقف غير المتوقعة أو المثيرة للحساسية.
- زيادة الوعي بالمشاعر الداخلية وكيفية إدارتها.
- الحد من سلوك إيذاء الذات الناتج عن سوء الفهم أو الإفراط في الاستثارة الانفعالية.
- تعزيز المرونة المعرفية والانفعالية.

### خامساً: التقييم والمتابعة

- قياس تطور قدرات التنظيم الانفعالي باستخدام مقاييس سلوكية.
- متابعة التغيرات في شدة وتكرار سلوك إيذاء الذات.
- إشراك الأهل والمعلمين في توثيق التغيرات السلوكية.

### سادساً: معوقات محتملة

- الصعوبات في التواصل اللفظي قد تُعيق التفاعل.
- ضعف التخيل الرمزي يجعل بعض الأنشطة المعرفية غير فعالة دون دعم بصري قوي.
- الحاجة إلى جلسات أطول ومتكررة للحصول على نتائج ثابتة، Wood., Drahota, & Langer, (2009, p, 224-234).

## 6.8 الإستراتيجية السادسة: العلاج باللعب الموجّه (Therapeutic Play) لتنظيم المظاهر الانفعالية

### والتقليل من سلوك إيذاء الذات

يُعد العلاج باللعب الموجّه من أهم المقاربات العلاجية المخصصة للأطفال، خصوصًا ذوي الاحتياجات الخاصة كأطفال طيف التوحد. يعتمد هذا النوع من العلاج على توجيه الطفل إلى التعبير عن مشاعره ومشكلاته من خلال اللعب الرمزي أو البنائي أو الحسي، بهدف تطوير التنظيم الانفعالي والتعبير العاطفي الآمن، مما يؤدي إلى خفض سلوكيات إيذاء الذات الناتجة عن الضغوط الانفعالية الداخلية أو عدم القدرة على التعبير اللفظي.

### أولاً: المفهوم العام للعلاج باللعب

العلاج باللعب ليس مجرد تسلية، بل هو إطار نفسي منظم، يستخدم فيه الطفل أدوات اللعب كوسيلة للتعبير عن مشاعره، رغباته، صراعاته الداخلية، والتنفيس عن توتره النفسي والانفعالي بطريقة آمنة. وتكتسب هذه المقاربة أهمية أكبر مع الأطفال التوحديين بسبب محدودية مهاراتهم اللغوية والانفعالية.

### ثانياً: أهداف هذا النوع من العلاج

- تنمية القدرة على التنظيم الانفعالي الذاتي.
- تعزيز مهارات التواصل العاطفي غير اللفظي.
- تفريغ الانفعالات المكبوتة بطريقة آمنة.
- خفض السلوكيات التخريبية أو إيذاء الذات كآلية تعبيرية بديلة.
- تعليم الطفل طرقاً بديلة للتعبير عن الغضب أو الإحباط

### ثالثاً: أشكال اللعب الموجّه الأكثر استخداماً مع أطفال التوحد

- اللعب الرمزي باستخدام الدمى أو المجسمات
- يساعد على تمثيل مشاعر الغضب أو الحزن من خلال إسقاطها على الشخصيات.
- اللعب بالرمل والماء يُستخدم لتهدئة الجهاز العصبي وتفريغ التوتر بطريقة حسية ممتعة.
- اللعب بالرسم والألوان يتيح للطفل التعبير عن انفعالاته المكبوتة باستخدام رموز بصرية.
- اللعب البنائي (المكعبات، البازل) يُعزز التركيز، التنظيم الداخلي، وتحقيق الإنجاز الذي يعزز
- الثقة بالنفس.

## رابعًا: دور الأخصائي في العلاج

- إعداد البيئة بشكل آمن، مشجع ومحفز.
- مراقبة سلوك الطفل خلال اللعب وتفسير رمزية الأنشطة.
- التوجيه غير المباشر للسلوك، دون فرض أو إكراه.
- تكرار الأنشطة التي يفضلها الطفل، مما يُعزز الأمان الانفعالي.

## خامسًا: العلاقة بين اللعب وتنظيم الانفعالات وإيذاء الذات

- اللعب يُعيد التوازن الانفعالي: عبر التفرغ المنتظم لمشاعر القلق، الإحباط، الغضب، يتجنب الطفل اللجوء إلى السلوك المؤذي للذات كتنفيس عن تلك المشاعر.
- تعلم التعبير غير المؤذي: من خلال اللعب، يتعلم الطفل أن "يتكلم" عبر الألوان أو التمثيل بدلاً من الضرب أو العض أو الجرح.
- خفض الاستثارة الحسية: عبر أنشطة اللعب الحسي التي تُساعد على تنظيم التحفيز العصبي.

## سادسًا: أمثلة تطبيقية داخل جلسة علاجية

- طفل توحدي كان يُمارس إيذاء الذات (ضرب الرأس) عند الإحباط، وبعد عدة جلسات من اللعب الرملي والرسم الحر، بدأ يطلب ورقة أو يلوذ بركن الهدوء عوضًا عن ضرب رأسه.
- طفل آخر عبّر عن إحساسه بالرفض الأسري من خلال مشهد لعب قام فيه بكسر دمية الأم، مما فتح المجال لمناقشة المشاعر وتوجيه الأسرة للتفاعل العاطفي الصحيح معه. (Ray, D. C. (2011).

## 7.8 الإستراتيجية السابعة: التدخل الأسري (Family-Based Intervention) لتنظيم الانفعالات

## والحدّ من سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد:

يُعد العمل الأسري أو التدخل القائم على الأسرة من أهم استراتيجيات العلاج النفسي للأطفال المصابين بطيف التوحد، خاصة فيما يخص تنظيم الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بإيذاء الذات. إذ تُعد الأسرة المصدر الأساسي للدعم العاطفي، ومن خلالها يمكن تعزيز قدرة الطفل على التفاعل بشكل أكثر استقرارًا ومرونة.

## أولًا: دواعي استخدام المقاربة الأسرية

- الأطفال التوحديون غالبًا ما يتأثرون بالأنماط التفاعلية داخل الأسرة.
- وجود ضغوط أو صراعات أو تجاهل انفعالي يُفاقم من مشكلاتهم.

- ضعف الوعي لدى الأهل حول كيفية التعامل مع الانفعالات قد يؤدي إلى تقاوم سلوك إيذاء الذات.

### ثانيًا: أهداف التدخل الأسري

- رفع وعي الأهل بالمظاهر الانفعالية غير النمطية لدى أطفالهم.
- تعليم الأهل استراتيجيات تنظيم انفعالي مناسبة.
- تعزيز التواصل العاطفي الإيجابي بين الطفل ووالديه
- خفض التوتر الأسري الذي يُؤثر على الطفل.
- تمكين الأسرة من التدخل الفوري عند ظهور مؤشرات إيذاء الذات.

### ثالثًا: مكونات البرنامج العلاجي الأسري

- جلسات تدريبية للأهل: يتم فيها شرح طبيعة الانفعالات لدى الطفل التوحدي، علامات الخطر، كيفية التعامل مع نوبات الغضب، ومهارات احتواء الطفل.
- بناء روتين انفعالي منظم في البيت: عبر تحديد أوقات واضحة للراحة، اللعب، التعبير، والاسترخاء، مما يمنح الطفل شعورًا بالأمان والضبط الداخلي
- تقنيات التدخل أثناء الأزمات الانفعالية: مثل الاحتضان العميق، العزل الآمن، استخدام إشارات بصرية تهدئة، وعدم العقاب أو الصراخ.
- تمكين الأهل من مراقبة العلاقة بين المثيرات وسلوك إيذاء الذات: وتسجيل هذه العلاقة في مفكرات تُستخدم لتحليل الأسباب والمحفزات. (Functional Analysis)

### رابعًا: أثر التدخل الأسري في خفض إيذاء الذات

- الدراسات أثبتت أن إشراك الأسرة في برامج تعديل السلوك والانفعال يساهم في: خفض حدة نوبات الغضب، تقليل تكرار سلوك إيذاء الذات، تحسين جودة العلاقة العاطفية بين الطفل وأسرته، رفع فعالية الاستجابات الوقائية.

### خامسًا: دور الأخصائي النفسي في دعم الأسرة

- إجراء مقابلات أولية لفهم السياق الأسري والانفعالي.
- تصميم خطة تدخل مرنة ومناسبة لقدرات الأسرة.
- تدريب الوالدين على استخدام تقنيات مثل: "النمذجة الانفعالية"، "التعزيز الإيجابي"، "الاستجابة الهادئة".

– المتابعة المنتظمة مع الأسرة لتقييم التغيرات ودعم الثبات العلاجي.

### سادسًا: تحديات ممكنة في التدخل الأسري

– ضعف ثقافة الصحة النفسية لدى بعض الأسر.

– مقاومة التغيير بسبب الإرهاق أو الاعتقادات الخاطئة.

– تفاوت درجة التزام أفراد الأسرة، خصوصًا في حال غياب أحد الأبوين. بيرس وآخرون (2015).

### 9. دور المؤسسات التربوية في دعم النمو الانفعالي لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد

يُعد النمو الانفعالي من الأبعاد الأساسية في تطور شخصية الطفل، وتزداد أهميته لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد نظرًا لما يواجهونه من صعوبات في التعبير عن مشاعرهم، وتنظيمها، والتفاعل مع البيئة المحيطة. ومن هنا تتجلى أهمية المؤسسات التربوية، لا سيما المختصة منها، في دعم هذا النمو عبر تدخلات ممنهجة ومتكاملة.

أولًا، توفر هذه المؤسسات بيئة تعليمية علاجية آمنة ومنظمة تساعد الطفل على الشعور بالاستقرار، وهو ما يُعد شرطًا أساسيًا للتخفيف من التوترات الانفعالية والاضطرابات السلوكية. فالبنية الروتينية والوضوح في التعامل يُقللان من حدة القلق والانزعاج الذي قد ينشأ بسبب الصعوبات الإدراكية أو الحسية التي يعاني منها الطفل التوحدي.

ثانيًا، تُدمج المؤسسات التربوية برامج علاجية متخصصة مثل برنامج ( TEACCH )، الذي يعتمد على الدعم البصري والبنية الزمنية، مما يساعد الطفل على فهم محيطه والتقليل من المثيرات المربكة، إلى جانب برنامج ( ABA ) (التحليل السلوكي التطبيقي)، الذي يعزز السلوكيات الاجتماعية والانفعالية الإيجابية ويُقلل من مظاهر السلوك غير التكيفي.

ثالثًا، تساهم المؤسسات في تنمية مهارات الوعي الانفعالي من خلال أنشطة تعليمية وتربوية مبنية على التفاعل والتجريب، مثل القصص الاجتماعية وتمثيل الأدوار، التي تسمح للطفل بالتعرف على مشاعره وتسميتها، والتمييز بين الحالات الانفعالية المختلفة، وهو ما يُسهم في تعزيز قدرته على التعبير وتنظيم ذاته بشكل أكثر توازنًا.

رابعًا، تركز هذه المؤسسات على تنمية المهارات الاجتماعية التي تُعد امتدادًا طبيعيًا للنمو الانفعالي، وذلك عبر وضع الطفل في مواقف تواصلية منظمة ضمن مجموعات صغيرة، مما يُتيح له فرص التعلم من الآخرين، وتطوير التعاطف، وفهم الإشارات غير اللفظية والانفعالات الخارجية.

أخيراً، تعمل المؤسسات التربوية على إشراك الأسرة باعتبارها جزءاً فاعلاً في عملية التأهيل، وذلك من خلال ورشات الدعم والتوجيه، بما يسمح بتكامل الأدوار بين المؤسسة والبيت لضمان استمرارية الدعم الانفعالي في مختلف الأوساط. (2001). National Research Council.

## خلاصة الفصل

يتناول هذا الفصل موضوع النمو الانفعالي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، حيث تم التطرق إلى المفاهيم النظرية الأساسية، وتصنيفات الاضطرابات الانفعالية، وكذا العوامل التي تعيق التنظيم الانفعالي، وصولاً إلى الأدوار التكاملية للأسرة والمؤسسات التربوية في دعم هذا الجانب الحيوي من النمو.

تم في البداية تعريف الانفعال باعتباره حالة نفسية داخلية تنشأ كرد فعل لمثير داخلي أو خارجي، ويُعد عنصراً أساسياً في التفاعل الاجتماعي والتوازن النفسي. وتم التمييز بين الانفعالات الأولية (مثل الفرح، الغضب، الخوف) والانفعالات الثانوية الأكثر تعقيداً (مثل الخجل، الذنب، الغيرة)، والتي تتطور مع النمو المعرفي والاجتماعي.

ثم تم التطرق إلى النظريات النفسية التي فسرت الانفعال، لا سيما النظرية التحليلية لفرويد، والنظرية السلوكية، والنظرية المعرفية و النظرية البيولوجية، حيث أبرزت كل نظرية آليات فهم الانفعال وتنظيمه من زاوية معينة، مع الإشارة إلى أهمية النظرية المعرفية-السلوكية في بناء استراتيجيات علاجية فعالة.

كما تطرق الفصل إلى الصعوبات النوعية التي يواجهها الطفل التوحدي على المستوى الانفعالي، والتي تشمل صعوبة التعبير عن الانفعالات، ضعف في فهم مشاعر الآخرين (التعاطف)، والاضطرابات في التنظيم الذاتي. وتُعد هذه الاضطرابات من العوامل التي قد تقضي إلى سلوكيات إيذاء الذات كوسيلة تعبير بديلة أو كرد فعل انفعالي غير منظم.

في هذا السياق، تم عرض مفهوم الدينامية الانفعالية بوصفها تفاعلاً مستمراً بين الحالة النفسية الداخلية للطفل وسياقه البيئي، مع الإشارة إلى أهمية التعرف على هذه الدينامية لفهم جذور السلوك غير التكيفي. وانطلاقاً من ذلك، تم تقديم أهم الاستراتيجيات العلاجية والداعمة، مثل التعليم البنائي، البرامج القائمة على البنية البصرية، والعلاج بالتحليل السلوكي التطبيقي (ABA) ، إلى جانب برامج تعزيز التنظيم الانفعالي من خلال تمارين تعلمية تدريجية وتفاعل اجتماعي موجّه. واختتم الفصل بالتأكيد على الدور الأساسي للأسرة والمؤسسة التربوية في بناء توازن انفعالي مستقر لدى الطفل، من خلال:

توفير بيئة داعمة وآمنة.

العمل على التوجيه الانفعالي اليومي.

التعاون بين الأهل والمختصين.

تطبيق برامج تعليمية علاجية بشكل متكامل.

## الفصل الثاني: إيذاء الذات

تمهيد:

أولاً: مفهوم الذات

1. تعريف مفهوم الذات.

2. تطور مفهوم الذات.

3. تعاريف مفهوم الذات.

4. عناصر الذات.

5. النظريات حول مفهوم الذات.

6. أهمية مفهوم الذات.

ثانياً: مفهوم إيذاء الذات.

1, مفهوم إيذاء الذات.

2. تعريف إيذاء الذات.

3. الأشكال الشائعة لإيذاء الذات.

4. الأسباب المؤدية إلى إيذاء الذات.

5. النظريات المفسرة لإيذاء الذات.

6. علاقة إيذاء الذات بالاضطرابات النفسية الأخرى.

7. طرق تشخيص سلوك إيذاء الذات.

8. الفئات الأكثر عرضة لإيذاء الذات.

9. الإستراتيجيات المساعدة للحد من إيذاء الذات.

10. التوحد وإيذاء الذات.

خلاصة الفصل.

**تمهيد:**

يعد إيذاء الذات ظاهرة نفسية وسلوكية متزايدة الإنتشار في العقود الأخيرة، خصوصا بين فئة المراهقين والشباب، حيث يمارس الفرد هذا السلوك بشكل متعمد لإلحاق الأذى بجسده دون وجود نية إنتحارية. ورغم ما يبدو عليه من طابع جسدي مباشر، فإن جذوره النفسية والإنفعالية عميقة ومعقدة، تعكس خلا في التنظيم العاطفي وآليات التأقلم، كما ترتبط في كثير من الحالات بإضطرابات نفسية متداخلة كالإكتئاب، إضطرابات الشخصية، والقلق. وقد أثار هذا السلوك إهتمام الباحثين والمختصين في مجالات علم النفس المرضي والعلاج النفسي، لما له من دلالات تشخيصية خطيرة وآثار نفسية وإجتماعية ممتدة. في هذا السياق، يهدف هذا الفصل إلى تناول مفهوم إيذاء الذات من حيث التعريف، الأشكال، النظريات المفسرة، التشخيص، والعلاجات الممكنة، مع التركيز على فهم الآليات النفسية الكامنة خلفه والأساليب العلاجية الأكثر فاعلية في احتوائه والتقليل من خطورته.

أولاً: الذات

1. تطور الذات :

منذ فجر الفكر الإنساني، ظلّ سؤال "من أكون؟" حجر الأساس في رحلة الفهم الذاتي. لقد بدأ مفهوم الذات كمبحث فلسفي صرف، يشغل المفكرين واللاهوتيين، حيث تناول الفلاسفة الذات كجوهر روحي أو عقلائي. ديكرت، في تأملاته الشهيرة، صاغ أحد أقدم تعاريف الذات قائلاً: "أنا أفكر، إذن أنا موجود"، مُشيرًا بذلك إلى أن وعي الفرد بنفسه هو أساس وجوده. لكن هذه الذات، كما تصورها فلاسفة الحداثة، لم تكن سوى نقطة انطلاق نحو تحول كبير في فهم الذات بوصفها ظاهرة نفسية قابلة للدراسة التجريبية والعلمية (Descartes and Locke, 1641, 1690).

مع بدايات علم النفس في نهاية القرن التاسع عشر، بدأ مفهوم الذات يأخذ طابعًا أكثر علمية ودقة. ويُعتبر ويليام جيمس من أوائل من تناول الذات بوصفها مكونًا متعدد الأبعاد، حيث ميّز بين "الذات الفاعلة (I)" و"الذات المدركة (Me)"، أي بين من يُفكر ويشعر ويعيش التجربة، وبين من يكوّن تمثيلًا عقليًا عنها. هذا الطرح شكّل اللبنة الأولى لفهم الذات كمفهوم ديناميكي، قابل للتحليل النفسي والتأثر بالظروف المحيطة (James, 1890). ثم جاء التحول الأكبر مع ظهور مدرسة التحليل النفسي، التي وإن لم تتناول الذات بشكل مباشر كتصور إدراكي، لكنها قدّمت مفهوم "الأنا" كجزء أساسي من البنية النفسية. الأنا في نظر (فرويد) كان بمثابة الذات المنظمة، التي تحاول التوفيق بين دوافع الهو الداخلية ومتطلبات الواقع. وعلى الرغم من أن تركيز (فرويد) كان على اللاشعور أكثر من الذات الواعية، إلا أن نظريته مهّدت لفهم الذات بوصفها تفاعلاً بين قوى داخلية وخارجية (Freud, 1923).

لاحقًا، مع صعود المدرسة الإنسانية، حدث تطور نوعي في تصور الذات، حيث أصبحت محورًا رئيسيًا في فهم الشخصية والصحة النفسية. كارل روجرز، رائد العلاج المتمركز حول العميل، قدم تصورًا ناضجًا ومتكاملًا للذات، حيث اعتبر أن الفرد يحمل تصورًا داخليًا عن نفسه يُعرف بالصورة الذاتية، ويطمح لتحقيق "الذات المثالية"، وفي حال وُجد توافق وانسجام بين هاتين الصورتين، يشعر الفرد بالرضا والقبول الذاتي. أما إذا حدث تعارض بينهما، فإن ذلك يؤدي إلى صراع داخلي وضيق نفسي. ما ميز نظرية روجرز هو التأكيد على أن الذات ليست كيانًا مغلقًا بل تتطور باستمرار تبعًا للتجربة والتغذية الراجعة من البيئة (Rogers, 1959).

تزامنًا مع ذلك، بدأ علم النفس الاجتماعي يولي أهمية كبيرة لمفهوم الذات من منظور العلاقات الاجتماعية. ظهرت مفاهيم مثل "الذات الاجتماعية"، و"الذات المنعكسة"، والتي تشير إلى أن صورة الفرد عن ذاته تتشكل جزئيًا من خلال ما يعتقد أن الآخرين يرونه به. كما ساهمت النظريات المعرفية المعاصرة، مثل نظرية باندورا

حول الكفاءة الذاتية، في توسيع أفق فهم الذات لتشمل الاعتقادات الشخصية حول القدرة على تحقيق الأهداف والتعامل مع التحديات، مما جعل الذات مفهوماً وظيفياً مرتبطاً بالسلوك والإنجاز (PANDORA, 1997).

في الثمانينات، برزت مقاربات جديدة أكثر مرونة، خصوصاً عبر نظرية "الذات المتعددة" كما طرحها كل من ماركوس وورف، والتي تفترض أن للإنسان عدة ذات يتم تفعيلها حسب السياق (كأن يكون الشخص أباً في المنزل، وقائداً في العمل، ومتعلماً في الجامعة). هذا التصور عزز فكرة أن الذات ليست بناءً واحداً جامداً، بل شبكة من التماثل الديناميكية القابلة للتغير المستمر (MARKUS AND WURF, 1987).

أما من المنظور النمائي، فقد أضاءت نظرية إريكسون على تطور الذات عبر المراحل العمرية المختلفة، من الطفولة وحتى الشيخوخة، حيث تتأثر الذات بكل مرحلة نمائية من خلال تحديات نفسية-اجتماعية مرتبطة بالهوية، والدور الاجتماعي، والإنتاجية، والتكامل الذاتي. فمرحلة المراهقة، على سبيل المثال، تعتبر حاسمة في بلورة الهوية الذاتية، بينما تمثل الشيخوخة فترة إعادة تقييم الذات في ضوء الإنجازات والافتقار (Erikson, 1968).

هكذا، يتبين أن مفهوم الذات لم يعد يُفهم بوصفه تصوراً ثابتاً أو مجرد انعكاس داخلي، بل عملية معقدة من البناء والتغيير المستمرين، تتأثر بالتجربة الشخصية، والسياقات الاجتماعية، والضغوط الثقافية. هذا التطور النظري عبر المدارس المختلفة أتاح للباحثين والمعالجين النفسيين أدوات أكثر دقة وعمقاً لفهم مشكلات الأفراد ومساعدتهم في تحقيق انسجام ذاتي وصحة نفسية متوازنة.

## 2. مفهوم الذات:

استخدم مصطلح مفهوم الذات منذ فترة مبكرة لدى الكثير من الباحثين والمنظرين أمثال (ALBERT ET JAMES ET COMES) للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته وباعتباره تنظيمًا إدراكياً من المعاني والمدرجات التي يحصلها ويكتسبها الفرد والتي تشمل هذه الخبرة الشخصية بالذات، وبهذا يختلف المصطلح تماماً عن الكثير من المفاهيم السيكولوجية التي تتداخل أو تتشابه معه في الصياغة (أحمد فاضل، ص 116.2000).

ويتكون مفهوم الذات من فكرة الإنسان عن نفسه في علاقته بالبيئة، كما يتولى بدوره تحديد السلوك الذي يمارسه الشخص ومستواه، وينظر الفرد إلى الذات الظاهرية على أنها حقيقة بالنسبة له، فهي التي تحدد طريقة استجابته للمواقف المختلفة التي يتعامل معها، بحيث نجد غالباً مالا يستجيب للبيئة الموضوعية و إنما لكيفية إدراكه بها (سارة القذافي، ص 200.1993).

مفهوم الذات هو إدراك الفرد لذاته من حيث الصفات الجسدية، النفسية، والاجتماعية، ويتكون من تقييمه لذاته (تقدير الذات)، وصورته عن نفسه (الذات المدركة)، وما يطمح أن يكون عليه (الذات المثالية). هذا المفهوم يتشكل تدريجياً من خلال التفاعل مع البيئة، وخاصة في مراحل الطفولة والمراهقة، ويتأثر بالتجارب الشخصية

وآراء الآخرين. وتكمن أهمية مفهوم الذات في دوره المحوري بتوجيه السلوك، اتخاذ القرارات، وبناء العلاقات، حيث أن فهم الفرد لنفسه ينعكس مباشرة على ثقته بنفسه وقدرته على التكيف مع محيطه

### 3. تعريف الذات :

عرف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وقدراته ووسائله واتجاهاته وشعوره، حيث يعتبر مفهوم الذات قوة موجهة لسلوكه، إلى أن مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي وانفعالي واجتماعي يتضمن استجابات الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية لها علاقة مباشرة في حياته ويشكل بعدا هاما في شخصيته والتي لها أكبر الأثر في تصرفاته وسلوكه. (ابراهيم و ببل ص 18.1985)

وبصورة عامة يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وقدراته و اتجاهاته وشعوره ووسائله بحيث يصبح مفهوم الذات موجها للسلوك عندما تبلغ هذه الأشياء ذروتها ( منى الجابر،، ص 116.2004).

وهو المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة (د.إسماعيل ورد ، صفحة 253.1989).

فالمفهوم الذي يشكله الفرد عن نفسه لا يبقى حبيس الذات، بل يتعداها ليصبح محورا ديناميكيا للتأثير والتأثر داخل البيئة الاجتماعية. فالفرد الذي يدرك ذاته بشكل إيجابي وثيق بقدراته، يميل إلى التفاعل بثقة ووضوح، مما ينعكس على جودة تواصله مع الآخرين ومكانته في الجماعة. بالمقابل، يتأثر هذا المفهوم أيضاً بردود أفعال البيئة والتجارب الاجتماعية، سواء كانت داعمة أو محبطة، في عملية تبادلية مستمرة. لذا، يمكن اعتبار مفهوم الذات مرآة داخلية تُعيد تشكيل الواقع الخارجي بقدر ما تتشكل من خلاله.

فهم الذات يعني أن يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، وان يفهم ذاته فهما اقرب إلى الواقع، فال بيال في تقدير خصائصه وصفاته، ولا يقلل من قيمتها (د.أمين سلامة ص 38، 2020)

فالفهم الواقعي للذات يعني أن يملك الفرد وعياً نقدياً متزناً بذاته، يدرك من خلاله إمكانياته كما يواجه محدودياته بصدق دون تهوين أو تهويل. هذا النوع من الفهم الذاتي يتطلب شجاعة داخلية وتقبلاً متزناً للذات، بما يفتح المجال للنمو والتحسين دون الوقوع في فخ المثالية أو جلد الذات. فالتقدير الحقيقي للنفس لا يقوم على الكمال، بل على الصدق في التقييم والرحمة في الحكم، ما يجعله أساساً صحياً لكل من التطوير الشخصي والعلاقات السليمة.

ويعرف (كارل روجرز) مفهوم الذات بأنها مجموعة من الخصائص التي يعوزها الفرد لنفسه

والقيم الإيجابية والسلبية التي تتعلق بهذه الخصائص ويرى أن الذات هي النواة والمحور الأساسي للخبرة التي تحدد شخصية الفرد بالطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته هي التي تحدد شخصيته.

يرى كارل روجرز أن مفهوم الذات هو البنية المعرفية والتنظيمية التي تشكل تصوّر الفرد عن نفسه، ويتكون من ثلاثة أبعاد: الذات المدركة، والذات المثالية، وتقدير الذات. بالنسبة له، كلما زاد التوافق بين الذات المدركة والذات المثالية، زاد شعور الفرد بالتوازن والقبول الداخلي. وركز روجرز على أهمية "القبول غير المشروط" من البيئة (خصوصاً في الطفولة) لتشكيل مفهوم ذات صحي. كما اعتبر أن الفهم الإيجابي للذات هو شرط أساسي لتحقيق الذات، وهو جوهر الصحة النفسية في نظريته الإنسانية.

**ويشير إبراهيم وبلبل 1985 :**

إلى أن مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي وانفعالي اجتماعي يتضمن استجابات الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية لها عالقة مباشرة في حياته ويشكل بعدا هاما في شخصيته والتي لها أثر في تصرفاته وسلوكه (أسامة مصطفى, 2013-2012, ص20).

وتعرف الذات تبعاً لمجموعة قيم تناسب شخصنا وسلوكياتنا الخاصة. وعادة ما نتوقع أشياء مرضية من أنفسنا ونتوقع أن نتصرف بطريقة تعجب الجميع. ونكون دائم استعداد الدفاع عن تقييم أنفسنا، ونصبح عدائيين أو نبدي معالجات دفاعية أخرى عن أنفسنا عندما يهدده شيئا (أسامة مصطفى, 2010, ص257).

و من هنا أستنتج أن مفهوم الذات محورياً مركزياً في فهم الشخصية الإنسانية، فهو يشكّل الإطار المرجعي الذي من خلاله يدرك الفرد نفسه ويقيم قيمته ودوره في محيطه. المفهوم الذي يكونه الفرد عن ذاته لا يقتصر على نظرة داخلية، بل يمتد ليصبح عامل تأثير وتفاعل مع البيئة، حيث تنعكس صورة الذات على السلوك، التفاعل الاجتماعي، واتخاذ القرارات، حيث أن الذات تتكوّن من الذات المدركة، والذات المثالية، وتقدير الذات، وأن التوافق بينها يشكّل شرطاً للصحة النفسية وتحقيق الذات. كما شدد على أهمية القبول غير المشروط والتجربة الذاتية في تطوير مفهوم ذات إيجابي المجل، فإن مفهوم الذات ليس مجرد وعي داخلي، بل هو منظومة معرفية وجدانية وسلوكية تتأثر بالتنشئة والتجارب وتنعكس على الحياة اليومية، مما يجعل من وعي الفرد بذاته حجر الأساس في نضجه النفسي والاجتماعي.

#### 4. عناصر الذات:

##### 1.4 الذات الحقيقية (Actual Self)

الذات الحقيقية تمثل ما يعتقد الفرد أنه واقعياً هو عليه في اللحظة الراهنة. وهي تتضمن الخصائص الشخصية الفعلية، القدرات، والسلوكيات التي يمارسها الفرد في حياته اليومية. هذه الذات مبنية على تقييم الفرد لذاته بناءً على خبراته السابقة، ملاحظاته الذاتية، والتغذية الراجعة من الآخرين. وعلى الرغم من كونها صورة الواقع، فإن الذات الحقيقية قد تتضمن بعض الانحيازات أو تحريفات نتيجة للتقييم الذاتي غير الدقيق أو الانفعالات السلبية.

##### 2.4 الذات المثالية (Ideal Self)

تمثل الذات المثالية الصورة التي يرغب الفرد في تحقيقها أو أن يكون عليها في المستقبل. إنها مجموعة المعايير والأهداف والطموحات التي يضعها الفرد لنفسه، والتي تعكس ما يراه الشخص كأفضل نسخة ممكنة له. الذات المثالية تلعب دوراً حيوياً في الدافع نحو النمو والتغيير، إذ تحفز الفرد على تحسين سلوكياته ومهاراته. مع ذلك، وجود فجوة واسعة بين الذات الحقيقية والذات المثالية يمكن أن يسبب الإحباط، القلق، والاكتئاب، إذ يشعر الفرد بعدم القدرة على تحقيق ما يصبو إليه.

##### 3.4 الذات الواجبية (Ought Self)

تُعرّف الذات الواجبية بأنها التصور الذي يحمل فيه الفرد ما "يجب" أن يكون عليه، وفقاً للمعايير الاجتماعية، الأخلاقية، أو التوقعات المفروضة عليه من الأسرة، المجتمع، أو الديانة. هذه الذات تمثل الالتزامات والواجبات التي يشعر الفرد بأنها مفروضة عليه، والتي قد لا تكون دائماً متوافقة مع رغباته الشخصية أو مع الذات المثالية. التوتر أو الصراع بين الذات الحقيقية والذات الواجبية قد يؤدي إلى شعور بالذنب أو القلق، وهو ما يمكن أن ينعكس سلباً على الصحة النفسية.

##### 4.4 الذات الاجتماعية (Social Self)

الذات الاجتماعية تعكس كيف يرى الفرد نفسه في سياقات التفاعل الاجتماعي المختلفة، وكيف يعتقد أن الآخرين يرونه. تتشكل هذه الذات من خلال التفاعل مع المحيط الاجتماعي، ومن خلال التكيف مع المعايير الاجتماعية لتلبية توقعات الآخرين والحفاظ على صورة اجتماعية مقبولة. الذات الاجتماعية ليست ثابتة، بل يمكن أن تتغير وتتعدد وفقاً للمواقف الاجتماعية المتنوعة. فالفرد قد يظهر صورة مختلفة في بيئة العمل عن تلك التي يظهرها في محيط الأسرة أو مع الأصدقاء.

#### 5.4 التفاعل بين مكونات الذات وأثرها على الصحة النفسية

إن التوازن بين هذه المكونات أمر حيوي للحفاظ على صحة نفسية جيدة. تشير الدراسات النفسية إلى أن الفجوات الكبيرة بين الذات الحقيقية والذات المثالية أو الذات الواجبية تؤدي إلى صراعات داخلية وضغوط نفسية قد تسبب مشاعر القلق، الإحباط، أو حتى الاكتئاب. فمثلاً، عندما يشعر الفرد بأن ما هو عليه لا يقترب من مثاليته أو من التوقعات المجتمعية، قد يلجأ إلى أساليب تكيفية غير صحية، مثل الانسحاب الاجتماعي أو إيذاء الذات، كوسيلة لتخفيف التوتر النفسي.

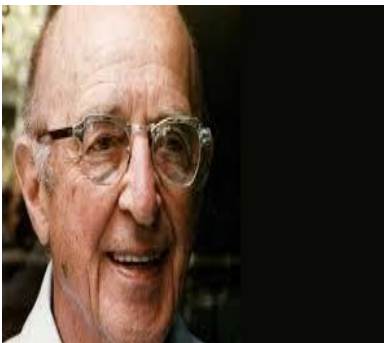
وفقاً لنظرية العلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز (1959)، فإن الصحة النفسية تتحقق عندما يكون هناك توافق وانسجام بين مكونات الذات المختلفة، خصوصاً بين الذات الحقيقية والذات المثالية. وعندما يكون الفرد قادراً على قبول ذاته كما هي، مع وجود دافع للتطوير دون تعارض داخلي، يكون أكثر قدرة على مواجهة تحديات الحياة بمرونة. تعد مكونات الذات إطاراً تحليلياً مهماً لفهم كيفية تشكل الهوية الشخصية وتأثيرها على الصحة النفسية والسلوك. (Roger p. 184-256. (1959).

فهم هذا الإطار يساعد في تصميم تدخلات علاجية أكثر فاعلية، تستهدف تعزيز التوافق بين مكونات الذات وتحسين التصور الذاتي، مما يحد من المشكلات النفسية والسلوكية الناتجة عن الصراعات الداخلية

#### 5. نظريات حول مفهوم الذات:

هناك العديد من النظريات التي تناولت مفهوم الذات، ومن أبرزها:

##### 1.5 نظرية (CARL ROGERS) - النظرية الإنسانية (1951):



يرى (روجرز) أن مفهوم الذات يعد أحد الركائز المركزية في النظرية الإنسانية التي طورها كارل روجرز، حيث يُنظر إليه كمنظومة نفسية معقدة تتضمن تصورات الفرد عن نفسه، وتقييمه لذاته، وصورته المثالية لما ينبغي أن يكون عليه. وقد أولى روجرز أهمية خاصة لهذا المفهوم في إطار تفسيره للسلوك الإنساني وفهم العمليات النفسية التي تؤثر في النمو الشخصي والتوافق النفسي.

و عرف مفهوم الذات بأنه «الصورة المتكاملة والديناميكية التي يبنيها الفرد عن نفسه استناداً إلى تجاربه الشخصية وتفاعله مع البيئة المحيطة. (ROGERS 1951) «ويتكوّن هذا المفهوم من ثلاثة أبعاد مترابطة هي: الصورة الذاتية (Self-Image) ، والتي تعكس إدراك الفرد لنفسه وصفاته؛ وتقدير الذات (Self-Esteem) ، أي القيمة

التي يوليها لنفسه بناءً على تقييمه لنجاحاته وقدراته؛ والذات المثالية (Ideal Self) ، التي تشير إلى الطموحات والتصورات التي يسعى الفرد لتحقيقها في ذاته المستقبلية.

يشدد ( روجرز ) على أن الصحة النفسية تتجلى عندما يكون هناك تطابق نسبي بين هذه الأبعاد، خاصة بين الصورة الذاتية والذات المثالية، وهو ما يُطلق عليه حالة التطابق. (Congruence) أما في حال حدوث فجوة واضحة بين ما يعتقد الفرد أنه عليه وبين ما يود أن يكونه، فإن ذلك يؤدي إلى تنافر (Incongruence) ، وهي حالة نفسية تُؤدّد مشاعر القلق والإحباط والتوتر، وتُعدّ من الأسباب الرئيسة لظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية.

يُعزى هذا التنافر في كثير من الأحيان إلى غياب ما أطلق عليه روجرز القبول غير المشروط (Unconditional Positive Regard) ، أي شعور الفرد بأنه محبوب ومقبول دون شروط أو أحكام من المحيطين به، خاصة من الوالدين في مراحل النمو المبكرة. فكلما حصل الفرد على هذا القبول غير المشروط، ازدادت احتمالية تطوّر مفهوم ذات إيجابي، مما ينعكس في سلوك أكثر تكيفاً وفعالية.

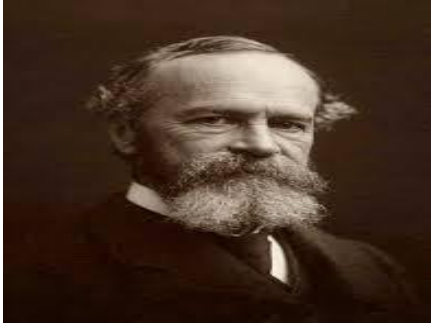
في السياق العلاجي، يُوظّف مفهوم الذات في العلاج المتمركز حول العميل (Client-Centered Therapy) ، حيث يوفّر المعالج بيئة داعمة تقوم على التعاطف، والقبول غير المشروط، والصدق في العلاقة العلاجية. وتهدف هذه المقاربة إلى مساعدة العميل على إعادة بناء مفهوم الذات بطريقة أكثر واقعية وتكاملاً، بما يُسهم في تحقيق الاتساق الداخلي والنمو الشخصي.

تجدر الإشارة إلى أن نظرية روجرز قد أحدثت نقلة نوعية في فهم الشخصية والعملية العلاجية، من خلال تركيزها على التجربة الذاتية للفرد، ومكانة الذات في تشكيل السلوك الإنساني، وإمكانية التغيير الإيجابي عبر تحقيق الوعي الذاتي وتعزيز قيم القبول والتفاهم. (Rogers, C 1951).

من هنا نستنتج أن النظرية السلوكية، رغم قوتها في تفسير بعض أنماط السلوك الظاهري، غير كافية وحدها لتفسير ظاهرة معقدة مثل إيذاء الذات، خاصة عند الذكور. فيعدّ السبب الرئيسي هو أنها تتجاهل العوامل الداخلية مثل الصراع النفسي، الهوية، الشعور بالعار، أو الكبت العاطفي وكلها عناصر تلعب دوراً محورياً في هذه السلوكيات.

لكن يمكن الاستفادة من النظرية السلوكية كجزء من العلاج، خصوصاً في تعديل السلوك أو استبداله بطرق أكثر صحية للتعامل مع الألم النفسي فمثلاً، إذا كان الرجل يجد في الإيذاء الجسدي تنفيساً مؤقتاً، يمكن تدريب الدماغ عبر تقنيات سلوكية لتعويض ذلك باستجابات أخرى أكثر أماناً.

## 2.5 نظرية ( WILLIAM JAMES ) – الذات المتعددة (1890):



في عام 1890، قدّم الفيلسوف وعالم النفس الأمريكي ويليام جيمس واحدة من أولى النظريات النفسية المنظمة حول "الذات" في كتابه الكلاسيكي ( The Principles of Psychology. ) تناول جيمس الذات بوصفها ظاهرة مركبة، ليست ثابتة أو واحدة، بل تتشكل عبر تفاعل الفرد مع نفسه ومحيطه، وتقسيمه الشهير للذات إلى الذات المادية

(الجسم والممتلكات)، والذات الاجتماعية (الصورة التي يراها الآخرون)، والذات الروحية (القيم والمعتقدات الشخصية)

يرى جيمس أن الذات تتكوّن من شقين رئيسيين:

أولاً، الذات كموضوع (The Me) ، وهي كل ما يُمكن للإنسان أن يعتبره "ملكه" أو جزءاً من كيانه، وتشمل: الذات المادية: مثل الجسد والملابس والممتلكات.

الذات الاجتماعية: أي كيف يراه الآخرون في العلاقات المختلفة.

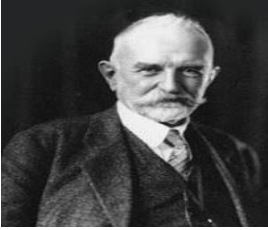
الذات الروحية: وتشمل القيم والمعتقدات والمشاعر والضمير.

وثانياً، الذات كذات (The I) ، وهي الذات الواعية، المراقبة، العارفة، التي تشعر وتفكر وتستمر مع مرور الزمن. هذه "الذات" هي من يربط كل التجارب ببعضها ويمنح الشخص شعوراً بالهوية والاستمرارية.

نظريته شددت على أن الإنسان لا يملك "ذاتاً واحدة"، بل مجموعة من الذوات التي تختلف حسب السياق والمرحلة الحياتية. وأشار إلى أن القيمة التي يمنحها الإنسان لذاته ترتبط بدرجة نجاحه في المجالات التي يعتبرها مهمة في حياته، ما يعني أن الذات ليست فقط داخلية، بل اجتماعية ومتحركة

ما يلفت النظر في طرح ويليام جيمس هو جرأته الفكرية في زمن لم تكن فيه النفس الإنسانية تُدرس بمعزل عن الدين أو الفلسفة المجردة. تقسيمه بين "الذات كموضوع" و"الذات كذات" سابق لعصره، ويُشبه إلى حد كبير التفريق المعاصر بين الهوية والسرد الذاتي والوعي بالذات. كما أن اعترافه بتعدد الذوات يعكس فهماً ناضجاً ومعقداً للنفس البشرية، يُسبق حتى نظريات الهوية الحديثة. شخصياً، أرى أن هذه النظرية لا تزال تحتفظ بقيمتها العملية اليوم، لأنها تمنح الإنسان شرعية التعدد والتغير، وتحرره من فكرة "الثبات النفسي" التي قد تكون عبئاً أكثر من كونها فضيلة. ( James, W, 1890 ).

من هنا نرى أن نظرية الذات المتعددة ذكية وواقعية، لأنها تعترف بأن الإنسان ليس شخصية واحدة ثابتة، بل يتكون من عدة "ذوات" تظهر حسب السياق: الذات المهنية، الذات العاطفية، الذات الخائفة، الذات الطموحة... إلخ). هذا يعكس تعقيد النفس البشرية بشكل صادق.



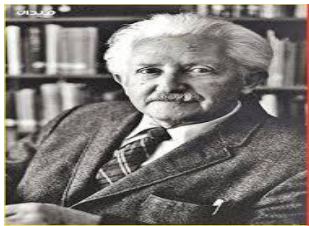
لكن في نفس الوقت، قد تُستخدم كذريعة للهروب من المسؤولية أو تبرير التناقضات، إذا لم تكن مقرونة بوعي ذاتي عميق يميز بين الأدوار والدوافع الحقيقية.

### 3.5 نظرية (GORGE HERBET MEAD) – التفاعل الرمزي (1934)

استطاع (جورج ميد) أن يُبلور الأفكار الأساسية للنظرية الرمزية على نحوٍ مُتقن، فقد كان نتاج عمله كتاباً جمعه تلاميذه بعد وفاته، حصيلة المحاضرات التي كانوا يحضرونها ويدونون فيها أفكاره ومعتقداته، وحمل الكتاب اسم (Mind, Self and Society, 1934) ، حيث كان جورج ميد يعتبر التنشئة الاجتماعية خلاصة عملية التفاعل أولاً مع الآخر ذي الدلالة ثم مع الآخر العام؛ فالطفل في مرحلته الأولى يكون سلوكيات جديدة داخل ألعابه، وفي مرحلته الثانية أن يبلور سلوكياته بطريقة ابداعية نحو الدور الذي يلعبه كما يفهمه، حيث يكون الدور من اختياره وفقاً لميوله ورغباته، وفي مرحلة متقدمة ينتقل الطفل من طريقة اللعب الحر إلى طريقة اللعب المنظم؛ فحين يريد الطفل لعب كرة القدم مثلاً يجب عليه احترام قواعد وقوانين معينة للعبة، وأخذ أدوار ومواقع محددة خاصة بها، فكل عنصر في الفريق له علاقة بما يطلق عليه جورج ميد الآخر المعمم أو الآخر العام

يركز ميد على أن مفهوم الذات يتشكل من خلال التفاعل الاجتماعي، حيث يتطور عبر استيعاب وجهات نظر الآخرين عن الفرد (Mead, 1934, G. H.). (نقلاً عن مختار، أسماء (2023). بحث شامل حول نظرية التفاعلية الرمزية في الإعلام)

من هنا تظهر نظرية جورج (هربرت ميد) كيف تتشكل الذات اجتماعياً عبر التفاعل الرمزي، وهو إسهام جوهري يعيد تصور الهوية كعملية مستمرة لا ككيان ثابت. شخصياً، أقدر عمق تركيزه على البعدين "أنا" و "الذات" كدليل على أهمية الحوار الداخلي و الخارجي في بناء الذات.



### 4.5 نظرية (E. ERIKSON) – الهوية وتطور الذات (1950):

يربط (إريكسون) تطور مفهوم الذات بمراحل النمو النفسي والاجتماعي، حيث تتشكل الهوية الذاتية خلال فترة المراهقة وتطور نظريته حول النمو النفسي الاجتماعي انطلاقاً من ملاحظاته السريرية وتأثره بالتحليل النفسي الفرويدي، لكنه وسّع التركيز ليشمل العوامل الاجتماعية

والتقافية ودورها الحاسم في تشكيل الذات والهوية عبر مراحل الحياة. لقد رأى أن الإنسان كائن يتطور باستمرار في علاقة ديناميكية مع المجتمع، وأن الذات ليست بنية ثابتة، بل هي نتيجة سلسلة من الأزمات والتحديات التي تنشأ في سياقات عمرية مختلفة.

تتكوّن نظرية إريكسون من ثماني مراحل نمائية، تمتد من الطفولة المبكرة حتى الشيخوخة، وفي كل مرحلة يواجه الفرد صراعًا نفسيًا اجتماعيًا (psychosocial crisis) يكون له تأثير مباشر على بنائه النفسي وهويته. النجاح في تجاوز هذا الصراع يؤدي إلى ترسيخ "فضيلة نفسية" (psychosocial strength) تُثري الهوية، بينما الفشل قد يترك أثرًا سلبيًا يتراكم على مراحل النمو التالية.



الشكل رقم (03) يمثل مراحل النمو الثمانية لنظرية الهوية وتطور الذات لاريكسون.

تُعد مرحلة المراهقة النقطة المركزية في هذه نظرية، حيث يمر الفرد بما يُعرف بـ أزمة الهوية. في هذه المرحلة، يكون الشخص أمام تحدٍ وجودي يتمثل في بناء تصوّر متماسك عن الذات يشمل المعتقدات، القيم، الاتجاهات، والانتماءات. وإذا لم يتمكن الفرد من تحقيق هوية واضحة، فقد يعاني مما يُسميه (إريكسون) تمييع الهوية (Role Confusion)، ما يؤدي إلى صعوبات في اتخاذ القرارات، بناء العلاقات، أو رسم مسار مهني وحياتي واضح. ويرى صاحب النظرية أن الهوية ليست "نتيجة"، بل هي عملية مستمرة، تتفاعل مع السياق الاجتماعي والثقافي، وتُعاد صياغتها مع كل أزمة أو انتقال في حياة الإنسان.

ما يميز هذه النظرية ليس فقط شموليتها أو امتدادها على مدى الحياة، بل واقعيته النفسية والوجودية. فبدلاً من تقديم نموذج مثالي أو متجمد لتطور الإنسان، تعترف النظرية بأن كل مرحلة من الحياة تحمل إمكانية للنمو أو الفشل، وأن كل أزمة هي في حقيقتها فرصة لبناء الذات.

وتركز على الهوية كمشروع مستمر، وليس كحالة تُكتسب مرة واحدة وتنتهي. في زمن أصبح فيه الحديث عن "الأزمات الوجدانية" و"الضياع النفسي" شائعاً، تُقدم هذه النظرية إطاراً متماسكاً لفهم هذه التجارب لا كمؤشرات مرضية، بل كمحطات طبيعية في طريق تطور الذات.

و الاعتراف بوجود صراع في كل مرحلة ليس تشاؤماً، بل إدراك أن الذات تُبنى من خلال المواجهة، وليس التجنب. وهذه الرؤية تمنح الإنسان كرامة التجربة، وشرعية الإخفاق، وتفتح باب الأمل للنمو المستمر حتى في أقصى مراحل العمر. (E.ERIKSON.1950)

من وجهة نظري، هذه النظرية تُضيء جانباً مهماً، وهو أن إيذاء الذات قد يكون صرخة وجودية مرتبطة بأزمة هوية خاصة في مرحلة مثل المراهقة أو الانتقال بين أدوار حياتية، حين يشعر الشخص بأنه "لا يعرف من هو"، أو يفشل في تكوين هوية مستقرة.

لكن في المقابل، النظرية تقترض أن التطور يحدث ضمن مراحل شبه مرتبة، وهذا يتجاهل الفوضى الفعلية التي يعيشها الإنسان. إيذاء الذات لا يسير وفق مراحل، بل ينفجر غالباً بشكل غير متوقع، ويتجاوز النموذج التنموي الكلاسيكي



### 5.5 نظرية (Bandura, A) - نظرية التعلم الاجتماعي (1986):

في عام 1986، قدم (ألبرت باندورا) نظريته الشهيرة في التعلم الاجتماعي، التي تعتبر نقطة تحول في فهم كيفية اكتساب الإنسان للسلوك والمعرفة. بخلاف النظريات السلوكية التقليدية التي ركزت فقط على التعزيز والعقاب،

جاءت هذه النظرية لتقول شيئاً مختلفاً وأكثر تعقيداً: الإنسان يتعلم من خلال الملاحظة.

يفترض صاحب النظرية أن التعلم لا يشترط حدوثه عبر التجربة المباشرة، بل يمكن أن يحدث فقط بمراقبة

الآخرين، ومتابعة سلوكياتهم، وعواقب تلك السلوكيات. وهذا ما أسماه "التعلم بالملاحظة" أو "النمذجة".

في إحدى أشهر تجاربه، تجربة "دمية بوبو"، لاحظ الأطفال شخصاً بالغاً يضرب دمية بشراسة. بعد المشاهدة، قام

الأطفال بتقليد نفس السلوك العدواني. هذه النتيجة عززت فكرة (باندورا) بأن التقليد لا يتم فقط بتقليد الفعل، بل

بفهم نتائجه وتفسيرها داخلياً. ومن هنا جاء مفهومه الأساسي "التعلم ضمن سياق اجتماعي معرفي".

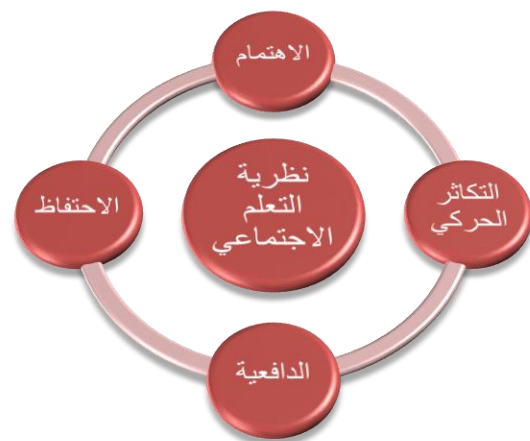
وسّع (باندورا) المفهوم وأضاف ما يُعرف بـ "الفاعلية الذاتية (Self-Efficacy)"، أي اعتقاد الفرد بقدرته على

إحداث تأثير في محيطه. وهذا المفهوم أصبح حجر زاوية في علم النفس التطبيقي، خاصة في التعليم والعلاج

النفسي.

النظرية تعتمد على أربع عمليات رئيسية:

1. الاهتمام: لا يمكن تعلم شيء إذا لم ينتبه الشخص للسلوك.
2. الاحتفاظ: لا بد من تخزين السلوك في الذاكرة.
3. التكاثر الحركي: القدرة على إعادة إنتاج السلوك.
4. الدافعية: وجود حافز داخلي أو خارجي لتكرار السلوك.



الشكل يمثل أعمدة النظرية لبتعلم الاجتماعي

تعد نظرية (باندورا) من النظريات القليلة التي دمجت بين السلوك والمعرفة والعاطفة في آن واحد. هي واقعية وتتسجم مع ما نراه يوميًا: الأطفال يقلدون أهلهم، والمراهقون يتأثرون بالمشاهير، والبالغون يتعلمون من زملائهم. ما يميزها أنها تُعطي أهمية للدور العقلي في التعلم، فلا تختزل الإنسان في مجرد ردود فعل.

نستنتج أنها نظرية قوية، خاصة في عصر التكنولوجيا والاتصال، حيث أصبح "النموذج" في كل مكان. فإن فهم

هذه النظرية اليوم ليس فقط مهمًا بل ضروريًا، خصوصًا في التربية والتعليم والإعلام (A.BANDORA.1986)

فالنظرية هنا مفيدة لفهم كيف يتعلم الإنسان سلوك إيذاء الذات من خلال التقليد أو البيئة مثل رؤية محتوى على الإنترنت، أو التفاعل مع أشخاص يمارسونه.

لكنها تقف عند حدود "كيف" يحدث السلوك ولا تصل إلى "لماذا" العميق. تفسيرها ميكانيكي، وكأن الإنسان آلة تلتقط السلوك فقط دون معاناة داخلية أو رمزية.

ففي رحلة فهم الذات، نجد أن كل نظرية من النظريات الاجتماعية تسلط ضوءًا على زاوية مختلفة من هذا الكائن المعقد الذي نسميه "الإنسان".

نظرية التعلم الاجتماعي (لباندورا) تضع الذات في سياق اجتماعي نشط، حيث لا تتشكل فقط من التجارب المباشرة، بل من مراقبة الآخرين. الذات هنا ليست كيانًا مغلقًا، بل تتشكل من تفاعل مستمر مع النماذج الاجتماعية، وتُبنى تدريجيًا عبر التقليد، التأمل، والاختيار الواعي للسلوك.

أما نظرية الهوية وتطور الذات (مثلما نجد عند إريك إريكسون)، فهي تركز على أن الذات تمر بمراحل تطور عبر الزمن، كل مرحلة تحمل تحديًا، وصراعًا داخليًا، يشكل اللبنة التالية في بناء هوية الفرد. الذات هنا كرحلة نمو، من سؤال "من أنا؟" إلى "ما دوري؟" و"ما قيمتي؟".

نظرية التفاعل الرمزي (كما عند جورج هيربرت ميد) تنظر إلى الذات باعتبارها نتاجًا للتفاعل الاجتماعي الرمزي. نحن نصبح "نواتًا" عندما نتعلم كيف يرانا الآخرون، ونتفاعل مع تلك التصورات. اللغة، الرموز، والمواقف تلعب دورًا محوريًا في تشكيل صورة الذات. الذات إذاً ليست مستقلة، بل تولد داخل شبكة من المعاني المشتركة.

نظرية الذات المتعددة تقترح أن الإنسان لا يحمل ذاتًا واحدة ثابتة، بل عدة نوات تتغير حسب السياق. هناك ذات مهنية، ذات اجتماعية، ذات عاطفية... وكلها حقيقية. هذه النظرية تنسف فكرة "الذات الواحدة المتماسكة"، وتستبدلها بذات مرنة، تتفاعل وتتبدل حسب الظروف.

وأخيرًا، النظرية الإنسانية، كما نجدها عند (كارل روجرز)، ترى أن الذات تسعى بطبيعتها إلى النمو وتحقيق الإمكانات. هنا تُقدّم الذات ككائن جوهريًا طبيعيًا، يبحث عن التمكين، القبول، والاتساق بين ما يشعر به داخليًا وما يظهره خارجيًا.

فكل نظرية قدمت بُعدًا من أبعاد الذات، من كونها كائنًا متعلّمًا، متطوّرًا، متفاعلًا، متعدد الأوجه، وحتى ساعيًا لتحقيق ذاته. وبعيدًا عن التعقيد الأكاديمي، فإن فهم هذه النظريات يُظهر بوضوح أن الذات ليست شيئًا نمتلكه ببساطة، بل شيئًا نبنيه كل يوم، من خلال ما نراه، ما نعيشه، ومن خلال علاقتنا بالآخرين وبأنفسنا.

## 6. أهمية مفهوم الذات:

و في تصور كارل روجرز، الذات هي البناء المنظم للإدراك والخبرات الشخصية، وهي تتكون تدريجيًا من خلال التفاعل مع البيئة. يرى روجرز أن الإنسان يسعى دائمًا لتحقيق ذاته، وهذا السعي لا ينجح إلا إذا كان هناك انسجام بين مفهومه عن نفسه وخبراته الواقعية. من هنا، تصبح الذات عاملًا حاسمًا في الصحة النفسية، ويؤدي اضطرابها إلى القلق والصراع الداخلي. أما (ماسلو)، فقد أدرج "تحقيق الذات" في قمة هرم الحاجات الإنسانية، مؤكدًا أن الإنسان لا يبلغ التوازن أو الرضا الداخلي إلا عندما يحقق ذاته ويُفعل قدراته الكامنة. فالذات، في نظر (ماسلو)، ليست مجرد تصور ذهني، بل طموح دائم نحو الاكتمال والنمو. من جهة أخرى، طرح جورج كيللي الذات كمنظومة من التفسيرات أو "البنية المعرفية" التي يصوغها الفرد لفهم العالم من حوله. الذات تتكون من طريقة الفرد في تفسير الأحداث والعلاقات، وتؤثر هذه التفسيرات في سلوكه ومواقفه. الذات هنا تُبنى عقليًا ومعرفيًا من خلال التجربة والخبرة. أما (كوميس) فقد ركّز على أن الإدراك الذاتي - أي كيف يرى الفرد نفسه - هو المتغير الحاسم في تحديد سلوكه. إذا أدرك الفرد نفسه على نحو إيجابي، انعكس ذلك على سلوكه وثقته وتفاعله مع محيطه. أما الإدراك السلبي للذات، فيقود إلى الانسحاب أو العدوان أو الشعور بالعجز.

فأهمية مفهوم الذات من خلال هذا التكامل تتضح في كونه:

أساسًا للنمو النفسي والإنساني ومرآة للتفاعل مع الواقع إطارا لفهم الخبرات والتصرفات ومحركا داخليا للسلوك الإيجابي أو السلبي فكلما كان مفهوم الذات إيجابيًا ومتوازنًا، كلما كان الفرد أكثر قدرة على التكيف، أكثر وعيًا بإمكاناته، وأكثر صحة نفسية وسلوكًا ناضجًا (محي الدين توك، ص72، 1981).

## ثانياً إيذاء الذات.

### 1. مفهوم إيذاء الذات:

هو سلوك يلجأ إليه بعض الأفراد لإلحاق الأذى الجسدي بأنفسهم عن قصد، من دون وجود نية انتحارية مباشرة. يشمل هذا السلوك أفعالا مثل الجرح بألة حادة، الحرق، ضرب الرأس، خدش الجلد، أو خياطة الجروح دون تخدير. الهدف عادة ليس الموت، بل التنفيس عن مشاعر داخلية مؤلمة أو الشعور بشيء ملموس عند الشعور بالفراغ أو الخدر العاطفي. (حسن مصطفى عبد المعطي، ص186).

### 2. تعريف إيذاء الذات.

يعتبر سلوك إيذاء الذات من أكثر المشكلات السلوكية إزعاجاً وخطورة لدى أطفال التوحد، حيث هذا السلوك يتضمن إيذاء الطفل جسدياً لنفسه ويشبه الإيذاء الذاتي سلوكاً كالإثارة الذاتية من حيث أن كالم نيماً يشمل قيام الشخص بأنماط من الاستجابات المتشابهة على نحو متكرر إلا أن الإثارة الذاتية لا تتطوي على إيذاء الجسد كما هو الحال بالنسبة لسلوك إيذاء الذات ويتكون سلوك إيذاء الذات في أغلب الأحيان من مجموعة من الاستجابات المتكررة والتي تشمل ضرب الرأس والحائط أو الأرض أو الأثاث، صفع الوجه، جذب الشعر، خلع الحاجبين، ضرب الذات بالأشياء الحادة كالسكاكين، حرق الذات، خدش الجسم والجرح، القفز من أماكن عالية، وتتنوع الأضرار الناتجة عن سلوك إيذاء الذات فبعض الأطفال، يسببون لأنفسهم أضرار خفيفة وآخرون يسببون أضرار خطيرة وعادات مستديمة (FACULTY.MU.EDU.SA) في شكل السلوك الفوضوي مثل سلوك إيذاء يظهر الأطفال التوحديين إفراطاً سلوكياً شديداً الذات فيقومون بالعض والضرب وغيرها من المحاولات المؤدية للذات، وعندما يفشل الطفل التوحدي في تطوير مهارات تواصل لفظية أي عدم القدرة على التواصل أو التعبير عما يشعر به فهذا يؤدي إلى إحباطه فيصاب بالغضب والهيجان أو العدوان أو إيذاء الذات غالباً ما يكون السلوك العدواني عند الطفل التوحدي موجه نحو الذات ليخفف من شعور القلق والتوتر ويحدث هذا عند عدم قدرته على التعامل المشترك والتفاعل الاجتماعي فيقوم بإيذاء ذاته أو إيذاء الآخرين أو عندما يحدث لو تغيير في النمط السلوكي الذي اعتاده كل يوم، و يعتبر إيذاء الذات عدوان يهدف إلى إيذاء الذات لإيقاع الضرر و بها وتتخذ صورة إيذاء النفس أشكال مختلفة

تشير دراسات وبستر وآخرين إلى أن أكثر من 65 % من التوحديين عدوانياً اتجاه الذات أو الآخرين فيعضون أو يضربون أنفسهم .

الأطفال التوحديين يظهرون سلوكاً تدميراً وفي بعض الحالات يكون السلوك تدميراً حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة سيلان الدم (مصطفى نوري القلش، ص 34)

### 3. الأشكال الشائعة لإيذاء الذات.

#### 1.3 إيذاء الذات المسموم:

يُعد إيذاء الذات المسموم، مثل ابتلاع مواد سامة أو غير صالحة للأكل، من السلوكيات الخطرة التي قد تظهر عند بعض الأطفال المصابين بطيف التوحد، خصوصاً الذين يعانون من إعاقات ذهنية شديدة أو صعوبات في التواصل. وغالباً ما يكون هذا السلوك ناتجاً عن اضطرابات حسية، أو وسيلة للتعبير عن الألم أو التوتر، أو لجذب الانتباه. ويتطلب هذا النوع من السلوك تدخلاً سلوكياً متخصصاً وتحليلاً وظيفياً لفهم أسبابه، مع توفير بيئة آمنة للطفل. (عبد الفتاح، محمود. (2023).

#### 2.3 إيذاء الذات الجسدي:

يشكل سلوك إيذاء الذات واحداً من أكثر الاضطرابات السلوكية إزعاجاً وخطورة، وذلك لتعدد صورته وأشكاله وصعوبة وضعها تحت فئة واحدة من فئات التصنيف، لذلك يلاحظ مدى اختلاف الباحثين فيما بينهم حول أشكال هذا السلوك (أحمد عبد المطلب، 2012، ص 10).

وتختلف أشكال هذا السلوك من فرد لآخر، وتتفاوت حدتها ودرجاتها لذا يترتب عليها أضرار خطيرة قد تصل في بعض الأحيان إلى الانتحار والموت (يوسف، كريمة، 2019، ص 65).

ومن أشكال سلوك إيذاء الذات الجسدي أيضاً تجريح الجلد وحرقه، تكسير العظام، ضرب الرأس أو العضو يعتبر الإيذاء الجسدي نادر الحدوث، حيث يشمل قلع أحد العينين، أو إخصاء الأعضاء التناسلية أو بتر أحد الأطراف، فيرتبط هذا النوع الخطير من إيذاء الذات بحالات الذهان مثل الفصام، التخلف العقلي، أو حالات التسمم عن طريق تناول المخدرات، أو قد تكون الدوافع لأسباب جنسية، أو دينية كعقاب جسدي على ذنب ارتكبه الفرد سواء أكان دينياً أو جنسياً و يأتي هذا السلوك بدافع الرغبة في تطهير النفس، أو الروح ويعطي مرتكبو إيذاء الذات الجسيم تفسيراً غالباً ما يكون دينياً أو جنسياً أو استجابة لهلوسات سمعية أو بصرية أو جسدية حسية، كما أنه قد يتصل برغبة بعض الأفراد في إخصاء أعضائهم التناسلية بدافع التحول الجنسي (مهدي، 2019، ص 10).

أما حسن (2006) فقد قسم أشكال إيذاء الذات إلى:

### 1.2.3 السلوك الانتحاري:

يختلف إيذاء الذات عن الانتحار لأنه لا يهدف إلى الموت، ويقسم إيذاء الذات إلى إيذاء الذات المتعمد (مباشر) وغير المتعمد (غير المباشر). أما علي (2011) فقد قسم أشكال إيذاء الذات إلى قسمين هما:

#### 1.1.2.3 إيذاء الذات المتعمد: ومن أشكاله:

- قطع الجلد وما تحته من أنسجة بواسطة آلة حادة، ويعتبر من أكثر أشكال إيذاء الذات شيوعاً.
- حرق الجسم بواسطة النار وعود ثقاب، ويستخدم بعض الأشخاص المواد القابلة للاشتعال وأكثر الأماكن استهدافاً الأيدي والسيقان.
- يعتمد الفرد المؤذي لذاته إزالة الطبقات الملتهمة من سطح الجرح بإدخال إبرة أو إزالة خيط الجرح لإعادة فتحه من جديد.
- ضرب الرأس بأشياء حادة وصلبة.
- إلقاء الجسم من مكان عال لإحداث كسور، وقد يحدث الكسر باستعمال مواد ثقيلة كالمطرقة.

#### 2.1.2.3 إيذاء الذات غير المتعمد: ومن أشكاله:

- استخدام الكحول والعقاقير المفرط، اضطرابات في الأكل و الإقدام على المهام الخطرة على الجسم، و إهمال الصحة.
- أما (باتسون وكاهام) (Pattison&Kaham /1984-1983) ، فيرى أن مسألة إيذاء الذات تقع في ثلاث مكونات أساسية وهي:

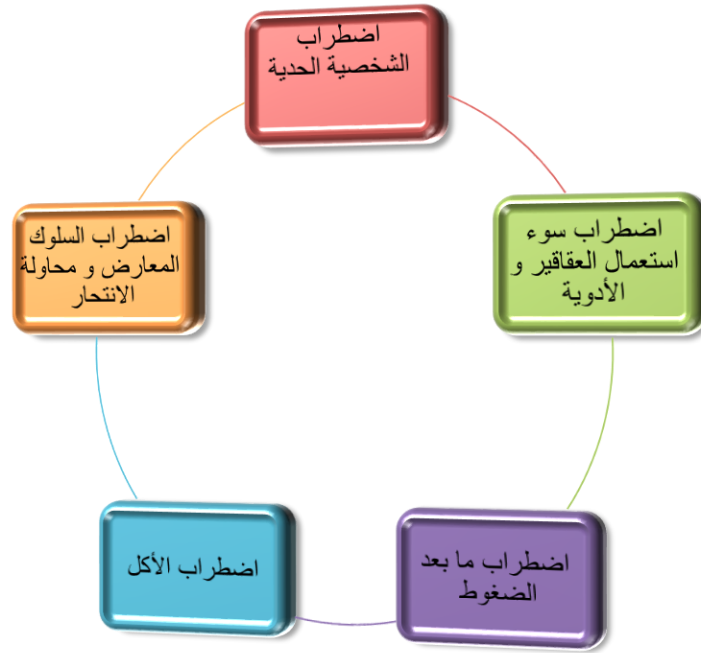
\***المباشرة:** وهي وجود نية لإحداث الأذى ومدى إدراك الفرد لمستوى الألم الذي يحدثه لنفسه والمقصود به إحداث الألم مع الإدراك الكامل لذلك.

\***الخطورة:** وهي مبدأ الرغبة في الموت نتيجة مثل هذه السلوكيات، والنتيجة النهائية في المستقبل القريب التي قد تصل إلى الموت.

\***التكرارية:** وهي مدى تكرار الفرد لسلوك إيذاء الذات ويعتبر القيام بها مرة واحدة أمر بسيطاً مقايسة بتكرارها لأكثر من مرة (أيمن، محمد الأمين، 2021-2020، ص25).

وسلوك إيذاء الذات يوصف بأنه ظاهرة سلوكية شائعة في المراهقة وتتزامن بعدد من الاضطرابات السلوكية والنفسية وهي:

الشكل يوضح الاضطرابات السلوكية المصاحبة لسلوك إيذاء الذات



#### 4. أسباب إيذاء الذات:

تتعدد الأسباب وتتداخل فيما بينها، خاصة إذا ما كانت الظاهرة نفسية، وعليه نجد أن يحمل في طياته أسباباً اضطراب إيذاء الذات عديدة نذكر منها ما يلي:

##### 1.4 الشعور بالذنب:

إن مشاعر الذنب تتبع مع اقترافهم خرق لقواعد السلوك وكذلك من الشعور بالمسؤولية عن إهانات متخيلة أو من الشعور العام بعدم الجدارة... ويصبح الموقف خطيراً أكثر عندما يعبر بعض الناس عن حبهم لهؤلاء بسبب سلوكياتهم إن الذين يشعرون بالذنب ويلمون أنفسهم على أية مشكلة أو فشل ويتحدثون مع أنفسهم دائماً بعبارة سالبة، وكذلك يعتبر هؤلاء أنفسهم مسؤولين عن غضب وعدم راحة وتهيج الآخرين وعندما يقال لهم بأن ذلك ليس غلطتهم فإنهم لا يصدقون ذلك، ويفكرون فقط بأن الآخرين يحاولوا أن يكونوا لطيفين معهم لأنهم سلفاً يشعرون بالذنب ( العزة و عبد الهادي، 2005، ص259).

##### 2.4 إسقاط الغضب على الذات:

توصلت الكثير من الدراسات إلى نتائج عديدة تشير إلى وجود ارتباط جوهري بين كل من إيذاء الذات والغضب المتجه للداخل الذي يعم الأفراد، مما يوضح مدى قدرة الغضب المتجه للداخل على حدوث إيذاء الذات. وللغضب اتجاهان كما ذكرهما الباحثان (Tanck & Robbins، 1997) غضب موجه ضد الآخرين وغضب موجه ضد الذات (القاسم و آخرون، 2000، ص120).

#### 3.4 الشعور بالعجز والضعف:

إن الشعور المستمر بالعجز والضعف قد يؤدي إلى أفكار إنتحارية كطريقة للهروب من موقف لا أمل فيه ويأس (القاسم و آخرون, 2000, ص159).

وأحيانا إن الشعور باليأس و العجز يعبر عنه بإحدى حركات الإثارة الذاتية "Self-Stimulation" مثل ضرب الرأس أو القيام ببعض أنواع السلوك التي تدل على إيذاء الذات, وكأن ذلك يعني بأنهم غير عاجزين عندما يقومون بتلك الأفعال (حمد عبد الرحيم, 2011, ص34).

#### 4.4 رد فعل على خسارة شيء عظيم:

إن موت أو رحيل فرد هام يترك في شخصيتهم رد فعل عاطفي كبير وإنهم يعتبرون الخسارة جرح كبير وأنهم سوف يصبحون غير قادرين على تنفيذ النشاطات اليومية, وكذلك إن الاستمرار في المصاعب الاجتماعية يقودهم إلى عدم احترام الذات و إلى فقدان الثقة بالنفس (حمد عبد الرحيم, 2010, ص36).

#### 5.4 الحصول على الإنتباه والحب والشفقة أو الانتقام:

قد يظهر البعض مشاعر الحزن أو إيذاء الذات من أجل الحصول على انتباه وتعاطف الأشخاص المهمين في حياتهم وخاصة عندما تكون هذه الوسيلة الوحيدة أو الأقوى للحصول على ذلك (القاسم وآخرون, 2000, ص159).

#### 6.4 رد فعل على التوتر:

إن التوتر هو شعور معارض أو معاد بين الفرد ومشاعره الداخلية وغالبا ما يكون مصحوبا بمؤشرات جسمية مثل العرق وشد للعضلات وزيادة ضربات القلب وعدم الشعور بالراحة. (عبد الهادي و العزة, 2005, ص262). الذين يعانون على نحو متكرر من المشاعر السلبية تفاعلهم مع الآخرين يطورون حاجة للتحرر من التوتر وقد يقومون بشد شعرهم أو بخدش أنفسهم عند الشعور بالتوتر أو الإرهاق. ولذلك فهم عندما لا يتمكنوا من السيطرة على التوتر بطريقة مناسبة فإنهم يقومون باستخدام إيذاء أنفسهم كطريقة للتخلص من الشعور بالتوتر الشديد والمستمر مما يجعلهم يشعرون بالراحة (شيفر وميلمان, 1989, ص171-172).

#### 5. النظريات المفسرة لإيذاء الذات.

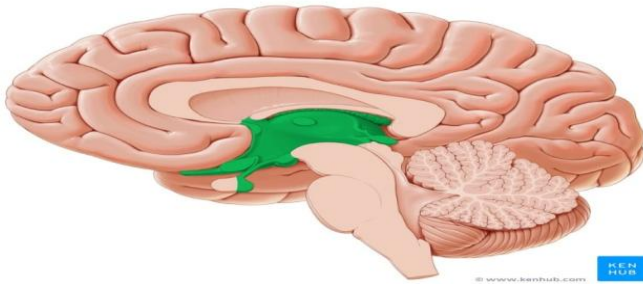
##### 1.5 النظرية البيولوجية :

تهتم هذه النظرية بالعوامل البيولوجية في الكائن الحي كالصبغيات والجينات الوراثية والهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللامركزية والغدد الصماء والتأثيرات البيوكيميائية والأنشطة الكهربائية في المخ التي تساعد في ظهور سلوك العدوان على الذات أو على الآخرين. (د. بول مترو الحربي, 2003, ص59).

وقد ذكر (جاكوب ورفاقه 1995) أن الرجال الذين لديهم كرموسوم (Y) زائد (XYY) بدلا من (XY) لديهم نزعات عدوانية على الذات أو الآخرين، وهذا النوع من الخلل في الكروموسومات يمثل نسبة قليلة لا تتجاوز واحد من كل ألف مولود و هؤلاء يكون لديهم نزعة وميل إلى العدوان على الذات أو على الآخرين والذي يمكن أن يكون وراثي المنشأ ( أحمد معوض , 1999ص396).

وتستند هذه النظرية في تفسيرها لإيذاء الذات على افتراض أساسي مفاده أن ميل الفرد لإيذاء ذاته يرجع أساسا إلى استعداد فطري بيولوجي لدى الفرد، وأن هناك علاقة بين إيذاء الذات والتكوين العضوي الفيزيقي للجسم، سواء من حيث الشكل أو من حيث الكفاءة الوظيفية لأجهزته المختلفة مثل المخ والجهاز العصبي ( حسن المغربي، 1974، ص77).

ويعتقد أصحاب هذه النظرية أن منطقة الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني لدى



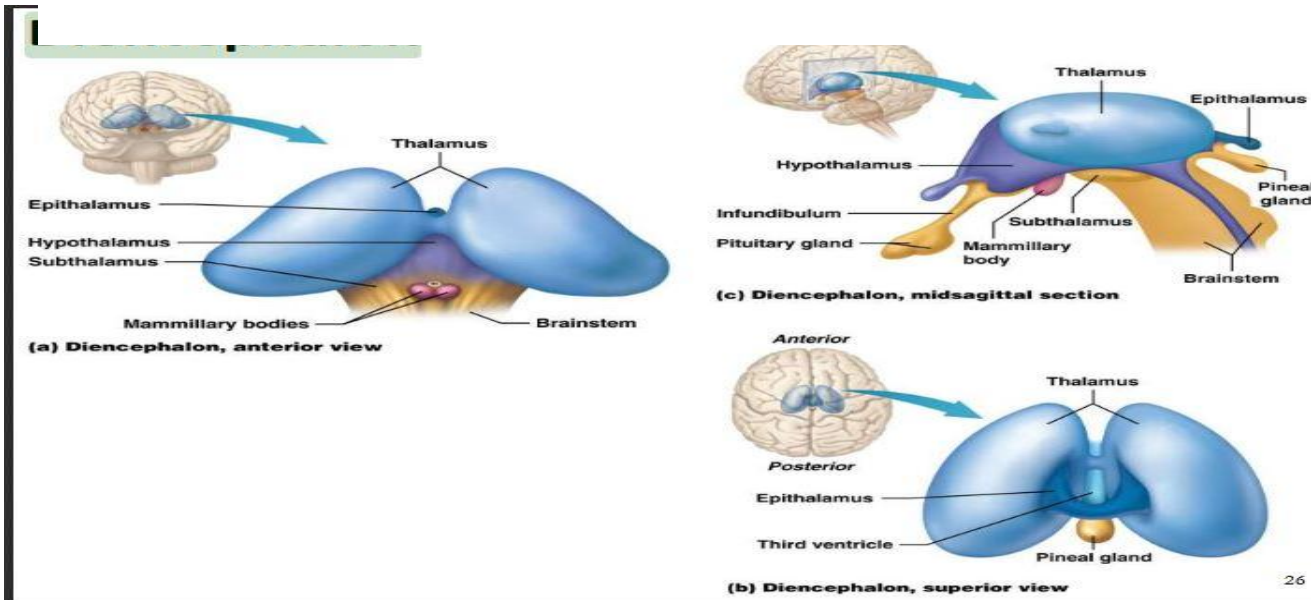
الإنسان، وأثبتت التجارب أنه في حال استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ يؤدي إلى خفض التوتر و الغضب، ويحدث عكس ذلك عندما تستثار منطقة (hypothalamus) وهي منطقة صغيرة في أسفل المخ باستخدام التيار الكهربائي فإن ذلك يؤدي

إلى ظهور السلوك العدواني على الذات أو على الآخرين (نادر أحمد جرادات، 1996، ص8)..

و نجد دور الفص الجزيري في الاضطرابات العصبية والنفسية العصبية:

- **القلق:** وجدت الدراسات وجود علاقة بين قشره الجزيرة والقلق والخوف لكن دورها لا يزال غامضا.
- **الإدمان:** كشفت الدراسات نشاط يحدث في الفص الجزيري عند استهلاك المخدرات والرغبة الشديدة في تناولها، كما وجدت الدراسات أن المرضى الذين يعانون من إصابات في قشرة الجزيرة تعطل إدمانهم لتدخين السجائر. لكن تحتاج نحتاج لمزيد من الدراسات لمعرفة إذا كانت التغييرات الموجودة في قشرة الجزيرة هي التي تسبب الاستعداد للإدمان أم أن إدمان المخدرات هو الذي يغير من وظيفة الجزيرة.
- **الاكتئاب:** وجدت الدراسات تشريح شاذ بالجزيرة لدى مرضى الاكتئاب .
- **الفصام:** وجدت الدراسات انخفاضا في حجم المادة الرمادية وانخفاضا في سمك قشرة الجزيرة لدى مرضى الفصام والتي تتقدم مع زيادة المرض، وانخفاضا في عدد الخلايا العصبية وحجم الخلايا الدبقية.
- **التوحد:** تم تحديد ضعف نشاط على مستوى الجزيرة في مرض التوحد بالجزيرة الأمامية اليمنى.

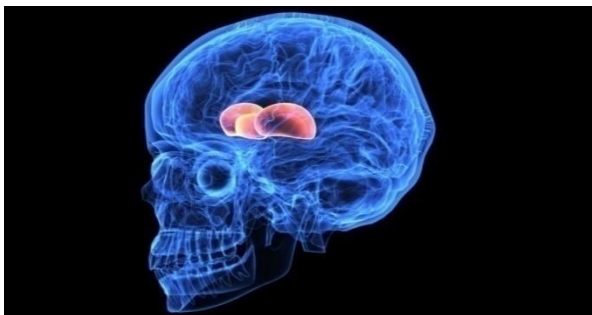
المخ البيني/ العميق/ المتوسط/ الديونسيفالون Diencephalon :



ويتكون من ثلاثة أقسام، هي:

- المهاد/ السرير البصري أو التلاموس. **Thalamus**
- ما تحت المهاد/ ما تحت السرير البصري أو الهيبوتالاموس. **Hypothalamus**
- ما فوق المهاد/ ما فوق السرير البصري : **Epithalamus** والذي يحتوي على مراكز الشم والغدة الصنوبرية التي تفرز هرمون الميلاتونين والذي له دور في تنظيم دورات النوم/ الاستيقاظ.

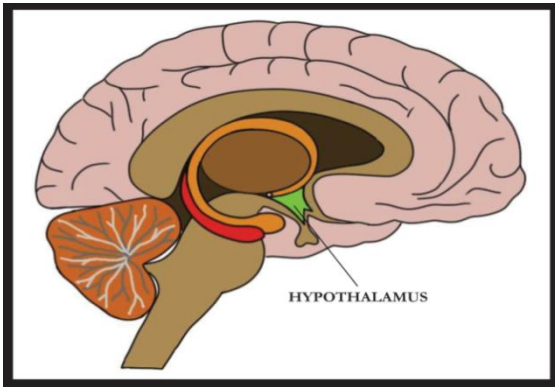
- المهاد:



هو عبارة عن كتلة بيضاوية الشكل تتكون من المادة الرمادية، تقع أسفل نصفي الكرتين المخيتين، ويعد المهاد ممرّ تمر من خلاله التنبيهات الحسية الصاعدة إلى نصفي الكرتين المخيتين ما عدا التنبيهات الشمية (حيث يعد المهاد محطة توصيل المعلومات البصرية إلى منطقة الإبصار في الفص الخلفي للقشرة المخية، وأيضاً محطة لتوصيل المعلومات السمعية إلى منطقة السمع في الفص الصدغي للقشرة، وممر لتوصيل المعلومات الذوقية والشمية لفص الجزيرة).

كما أنه مركز الإحساس بالألم والحزن والسعادة ومركز الأفعال الانعكاسية النفسية كالضحك والبكاء. كما وجد أن للمهاد دور مهم في اتخاذ القرار (هو نقطة اتصال بين الدارات عندما يحضر الدماغ لاتخاذ القرارات وتعلم قواعد دعما للمنطقة الجبهية) له دور في عملية التركيز كما وجد أن له دور في توجيه الانتباه وتركيز الانتباه نحو الصور البصرية.

- ما تحت المهاد:



يتألف ما تحت المهاد من منطقة صغيرة من المادة الرمادية، يقع تحت المهاد وهو أصغر حجماً منه. إن مسالة تنظيم البيئة الداخلية للجسم تقع خصوصاً تحت مسؤولية الهيبوتالاموس، وباختصار يقوم الهيبوتالاموس بالوظائف التالية: يقوم بالتحكم في وظيفة الجهاز العصبي السمبثاوي والباراسمبثاوي. كما

يحتوي على مراكز تنظيم الجوع والنوم والعطش ودرجة حرارة الجسم 37 درجة، وتوازن الماء، وضغط الدم، والسلوك الجنسي. ويشارك في تنظيم إفراز الغدة النخامية إذ أنه ينتج هرمونين: هرمون الاوكسيتوسين والهرمون المانع لادرار البول/ الفاسوبرسين Vasopressin أين يتم تخزينهما في الفص الخلفي من الغدة النخامية، كما يعمل أيضاً على ضبط الغدة الدرقية.

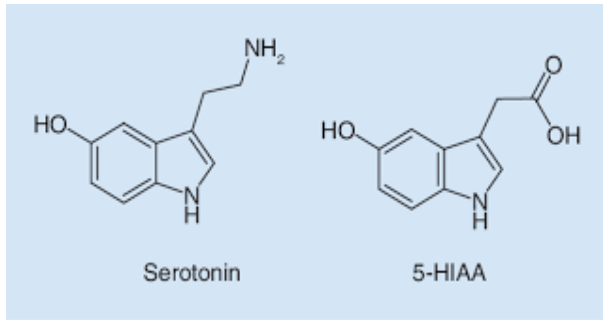
وبالتالي فهو يعمل كوسيط بين الجهاز العصبي والغدد الصماء.

وتؤكد هذه النظرية أن سلوك إيذاء الذات قد يرتبط باختلال في بعض الإفرازات أو المواد الكيميائية الناقلة مثل "السيروتونين" إذ أجرى "سيمون ومساعدوه, Simon,al.et, 1992" دراسة حول تأثير "السيروتونين" ووجدوا أن انخفاضه يؤدي إلى اضطراب

في الشخصية والسلوك, عدوان, و سلوكيات معادية المجتمع فضلا عن سلوكيات إيذاء الذات. (2006 Swainp06).

ويرى (وينشل وستانلي), (1991 Stanley & Winchel), (1991), بأن مستويات هرمون "السيروتونين" (Serotonin) الواطئة، والتي تحدث نقصاً في حامض "هيدروكسي إندولستيك" (5-Hydroxyindoleacetic) (Hydroxindoleacetic-5)

والذي يرمز له اختصاراً (5-HIAA)، في السائل المخي الشوكي، والمعروف اختصاراً (CSF)، وهذا النقص يسبب اختلالاً في ناقلات الإيعاز العصبية، والذي يرتبط بإيذاء الذات (26p. Daniels & Jones, 1996).



وإن هذا الخلل الوظيفي الذي يحصل لدى الأفراد يجعلهم يملكون سمات منها الاندفاعية والغضب والعوانية ويبدو ذلك لديهم بظهور تهيج ظاهري يترجم إلى صراخ ورمي الأشياء وتحطيمها بقوة، وقد يكون التهيج داخلي عن طريق إيذاء النفس وإلحاق الضرر بها، وإن درجة الضرر الذاتي مرتبطة بالخلل الوظيفي للسيروتونين. (كاظم جهاد، 2009، ص35).

وترى هذه النظرية أيضاً أن زيادة إفراز الغدة الدرقية لهرمون الثيروكسين (Theroksen) واضطراب جارات الغدة الدرقية يؤدي إلى اضطرابات سلوكية حادة مثل توتر الأعصاب وسرعة الهيجان الإنفعالي مما يؤدي إلى ظهور العدوان والسلوك المؤذي للذات (نادر أحمد جردات، 1996، ص17).

من هنا نرى أن النظرية البيولوجية تقدم تفسيراً مهماً لإيذاء الذات، خاصة فيما يتعلق باضطراب كيمياء الدماغ، مثل انخفاض السيروتونين أو خلل في تنظيم الانفعالات عبر الجهاز العصبي. الفكرة أن الشخص قد لا يكون "مختلاً" نفسياً بقدر ما أن جسده نفسه عاجز عن تنظيم انفعالاته بشكل طبيعي. وهذا يفسر لماذا بعض الأشخاص يستجيبون بشكل فعال للعلاج الدوائي. لكن هذه النظرية تظل جزئية، لأنها تركز على الجانب العضوي وتغفل السياق النفسي والاجتماعي.

## 2.5. نظرية التحليل النفسي.

يرى فرويد (Freud) وهو رائد مدرسة التحليل النفسي بأن العدوان عبارة عن طاقة تبني داخل الفرد وتعتبر عن نفسها خارجياً على شكل تعد عن الآخرين أو الممتلكات، أو داخلياً على شكل إيذاء الذات (محي الدين توفيق، 2005، ص246).

وهو سلوك يوجه نحو الغير والهدف منه إلحاق الضرر والأذى النفسي والمادي وقد يوجه نحو الذات فيلحق الضرر بها. (أديب الخالدي، 2009، ص104).

كما يرى أيضاً أن السلوك العدواني ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، حيث يسعى الفرد إلى التدمير سواء اتجاه نفسه أو تجاه الآخرين، حيث أن الطفل يولد بدافع عدواني، وتتعامل هذه النظرية كذلك مع السلوك العدواني باستجابة غريزية وطرق التعبير عنها متعلمة، فهي تقول بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني أو الحد منه من

خلال الضوابط الاجتماعية أو تجنب الإحباط، ولكن ما نستطيع عمله فقط هو تحويل العدوان وتوجيهه نحو أهداف بناءة بدلاً من الأهداف التخريبية والهدامة. (خولة أحمد، 2000، ص189).

ويؤكد فرويد بأن العدوان يوجد من اللحظة الأولى في حياة الأفراد (حمد عبد الرحيم، 2011، ص41).

وتخدم غريزة الحياة الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس البشري، أما غريزة الموت فإن العدوان يعد تعبيراً لها حيث تسعى هذه الغريزة إلى العدوان سواء باتجاه الذات أو باتجاه الآخرين (حمد عبد الرحيم، 2011، ص41).

ويظهر العدوان على الذات خلال أنماط السلوك فيأخذ صورة الموقف الذي يتضح فيه في تعدد ويتنوع تبعاً للحدث أو الموقف، فالشخص الذي يبدي الكثير من العدوان نحو الأشخاص الآخرين أو باتجاه ذاته يبدو العدوان واضحاً في النزعة السادية فهي سلوك عدواني موجه نحو الخارج وتقبله نزعة عدوانية موجهة نحو الداخل، الذات هي النزعة (المازوشية)، (أديب الخالدي، 2009، ص104).

وأكد (فرويد) إلى أن نزعة العدوان موجودة في كل نفس بشرية ولكن (الليبيدو) القوة الغريزية تقوم بتحديدتها والتخلص منها في توجيه عدوانها الأكبر إلى الخارج، ولكن قد يحدث إلى أن تتضافر عوامل داخلية وخارجية تؤدي إلى توجيه نزعة العدوان نحو الذات. (عبد الرحمن بدوي، 1993، ص157).

ويشير إلى مصطلح آخر وهو "الإنقلاب على الذات" والذي يعني أن يكون الفرد عدوانياً ضد نفسه، وسبب ذلك كما يرى هو فشل الفرد في تحقيق هدف لا يمكنه الاستغناء عنه (حمد عبد الرحيم، 2011، ص42).

ويلخص (فرويد) آرائه بقوله أن الشخص الذي يحاول إيذاء نفسه يقع تحت تأثير انفعال عدواني "سادي" أخفق في التعبير عن نفسه لظروف اجتماعية مانعة، فانعكس إلى الداخل على الذات نفسها ليحاول إيذائها. (منى الدباغ، 1986، ص37).



وترى (ملاين كلاين) أن العدوان غريزة فطرية لدى الكائن

البشري وقبل أن تتحول هذه الغريزة

إلى مصدر إيذاء للإنسان ينجح الكائن البشري بالسيطرة

عليها من خلال (الأنا) الموجودة منذ

الولادة وهي غريزة منتظمة وتأخذ بالتكامل مع التطور

الجسمي والنفسي للإنسان، إلا أن غريزة الموت تهدد (الأنا)

مما يولد ضغطاً ناتج عن الميل نحو العدوان على الذات أو على الآخرين التي تثيره غريزة الموت. (سامي محمد ملحم، 2002، ص36).

من هذا المنظور، إيذاء الذات يفسر كصراع داخلي غير واع، غالباً ما يكون مرتبطاً بمشاعر الذنب أو الغضب المكبوت. في رأيي، هذا التفسير يعمق الفهم النفسي للسلوك، خاصة عند الأشخاص اللي عندهم تجارب طفولة معقدة أو علاقات مضطربة. لكنه أحياناً يغرق في الرمزية والتأويل، وابتعد عن الحلول العملية السريعة.

### 3.5. نظرية السلوكية:

تعد النظرية السلوكية من أبرز الاتجاهات التي فسرت السلوك الإنساني من خلال مفاهيم التعلم، معتبرة أن السلوك . سواء كان سويًا أو غير سوي . هو نتيجة مباشرة للتفاعل بين الفرد وبيئته، ويُكتسب عبر عمليات التكييف والتعزيز. ويُعد سلوك إيذاء الذات، في هذا السياق، استجابة مكتسبة تخدم وظيفة معينة للفرد، وليس مجرد عرض لاضطراب نفسي داخلي.

من رواد هذه النظرية:

**جون واطسون (John B. Watson)** مؤسس المدرسة السلوكية، ركز على دراسة السلوك الظاهري ورفض التفسيرات النفسية الداخلية، مؤكداً أن السلوك قابل للقياس والتعديل عبر الخبرة.

**إيفان بافلوف (Ivan Pavlov)** وضع أسس التكييف الكلاسيكي، حيث يُربط مُثير محايد بمثير طبيعي لإحداث استجابة متعلمة. يُفسر ذلك كيف يمكن لظروف أو أحداث معينة أن تثير تلقائياً سلوك إيذاء الذات.

**إدوارد ثورنديك (Edward Thorndike)** صاحب "قانون الأثر"، الذي ينص على أن السلوكيات التي تُتبع بنتائج مُرضية يُرجح تكرارها، وهو ما ينطبق على التعزيز المرتبط بسلوك الإيذاء.

**بورهوس ف. سكينر (B.F. Skinner)** طور التكييف الإجرائي وركز على دور التعزيز الإيجابي والسلبي في تشكيل السلوك، وهو حجر الأساس لفهم كيف يعزز إيذاء الذات نتيجة لنتائجه المباشرة.

**ألبرت بندورا (Albert Bandura)** أضاف مفهوم التعلم بالملاحظة، حيث قد يتعلم الفرد سلوك الإيذاء من خلال مشاهدة نماذج اجتماعية، خاصة عندما يرى أن هذا السلوك يؤدي إلى نتائج مرغوبة كالحصول على الدعم أو الانتباه.

فقد يفسر السلوك كرد فعل لمحفز داخلي (مثل التوتر الشديد أو القلق) أو خارجي (مثل الرفض أو الإهمال). عندما يؤدي هذا السلوك إلى تخفيف المشاعر السلبية (كالقلق أو الغضب أو الفراغ)، فإنه يتعزز عبر التعزيز السلبي، أي أن السلوك يستمر لأنه يقلل حالة نفسية غير مرغوبة.

في حالات أخرى، قد يُعزز السلوك عبر التعزيز الإيجابي، كأن يلاحظ الفرد أن إيذاءه لنفسه يجذب انتباه المحيطين به أو يدفعهم لتقديم الرعاية والدعم.

على المدى الطويل، يتحول هذا السلوك إلى نمط تلقائي يُستخدم كوسيلة لتنظيم بديلة للمشاعر، رغم طبيعته المؤذية.

كما قد يُكتسب السلوك من خلال النمذجة، خاصة في البيئات التي ينتشر فيها هذا النمط بين الأقران أو في وسائل الإعلام.

نستنتج أن النظرية السلوكية أن سلوك إيذاء الذات ليس عشوائياً أو مَرَضِيّاً في جوهره، بل هو سلوك هادف له وظيفة نفسية أو اجتماعية، ويتم تعزيزه بفعل نتائجه. من هنا، يُعد التحليل الوظيفي لهذا السلوك خطوة أساسية في العلاج، من خلال تحديد المثيرات، والتعزيزات، واستبدال السلوكيات الضارة بأخرى أكثر تكيفاً. (منى الجابر 1998ص123).

بالاستناد إلى النظرية السلوكية، إيذاء الذات هو سلوك متعلم ناتج عن التعزيز، سواء كان إيجابياً (كجلب الاهتمام أو الراحة) أو سلبياً (كالهروب من مشاعر مؤلمة أو مواقف ضاغطة). الشخص لا يؤذي نفسه من فراغ، بل لأن هذا الفعل ارتبط عنده بتخفيف مؤقت للضغط أو الألم النفسي، مما يجعله يتكرر.

فالحل من المنظور السلوكي يكمن في كسر هذا الارتباط: نحد من التعزيز، ونربط سلوكاً بديلاً صحياً بنفس الوظيفة (التفيس أو السيطرة). بالتالي، التركيز يكون على تعديل البيئة والاستجابات، مش فقط على النوايا أو العواطف.

#### 4.5 النظرية المعرفية:

حسب النظرية المعرفية فإن إيذاء الذات جزء من التشوهات المعرفية، ويقوم الفرد بهذا السلوك عن اقتناع تام ومن دون استشارة (أيمن، محمد الأمين، 2002، ص32).

ويعتقد رواد هذه النظرية "رون بيك" و"رلبرت أليس" ورفاقهم بأن ذلك العامل المعرفي يلعب دوراً إذا أهمية أكثر من العوامل البيولوجية، حيث يظهر أثر التعلم بشكل واضح على سلوك العدوان

على الذات وعلى الآخرين وذلك من حيث التكرار والشكل و الموقف الذي يظهر فيه، وهذا يؤكد

أن الأفراد الذين تتعطل أجزاء من أدمغتهم لأي سبب من الأسباب يظهرون درجة من العدوان أكثر من الأفراد العاديين. (عدس وتوق، 2005، ص248).

ويركز أصحاب هذا الاتجاه على أساس أن كثير من الإستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات خاطئة يكونها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، فالأفراد الذين يجلبون

المشكلات لأنفسهم نتيجة للطريقة التي يفسرون بها المواقف التي تواجههم. (الرشيدي وآخرون، 2001، ص479).

وعموماً تشير هذه النظرية إلى فئات عديدة من الأبنية تتعلق بالأسلوب الذي يتمكن الفرد من

خلاله أن يدرك، ويشعر، ويخبر العالم، وقد اتضح أن الأفراد الذين تصدر عنهم سلوكيات تدل على الإضطراب السلوكي وخاصة العدوان على الذات أو على الآخرين لديهم تشوهات وقصور في عمليات معرفية متعددة، ولا تعد أوجه التصور هذه بمثابة انعكاسات للأداء الوظيفي العقلي، وعلى الرغم من أن العمليات العقلية منتقاة مثل الإسترجاع وتجهيز المعلومات ترتبط بالأداء الوظيفي العقلي، فإن أثرها قد تم تحديده منفصلاً واتضح أنه يسهم في حدوث التوافق السلوكي (آلان كازدين / ترجمة عادل عبد الله محمد، 2000، ص164).

لذلك ترى هذه النظرية أن العدوان ضد الذات أو ضد الآخرين لا تتم إثارته فقط عن طريق أحداث البيئة، ولكنه يثار أيضاً عن طريق الأسلوب الذي يتم به إدراك هذه الأحداث. (كازدين، 2000، ص165).

فمن منظور النظرية المعرفية، يُفسَّر سلوك إيذاء الذات باعتباره نتيجة مباشرة لتشوهات معرفية وأفكار تلقائية سلبية يحملها الفرد عن ذاته والعالم المحيط به. وفقاً لهذا الإطار النظري، فإن الأفكار تلعب دوراً مركزياً في تشكيل المشاعر والسلوك؛ وبالتالي، فإن التقييمات المعرفية الخاطئة (مثل "أنا عديم القيمة"، "لا أستحق الراحة"، أو "الألم الجسدي أقل قسوة من الألم النفسي") تُسهم في خلق مشاعر اليأس والقلق والذنب، مما يدفع الفرد إلى اعتماد إيذاء الذات كآلية للتفيس أو لاستعادة الإحساس بالسيطرة. فإن التدخل العلاجي الفعال من المنظور المعرفي يركّز على تعديل هذه البنى المعرفية المختلفة، من خلال تمكين الفرد من التعرف على أفكاره التلقائية، فحصها نقدياً، واستبدالها بتفسيرات أكثر واقعية وتكيفاً. ويُعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أكثر الأساليب فعالية في هذا السياق، نظراً لقدرته على كسر العلاقة السببية بين التفكير السلبي وسلوك إيذاء الذات.

من هنا نرى أن النظرية المعرفية تقدم إطاراً متكاملًا لفهم إيذاء الذات، لا كسلوك معزول، بل كعرض لمشكلة أعمق على مستوى البناء المعرفي للفرد، الأمر الذي يجعل من إعادة هيكلة الأفكار والمعتقدات حجر الأساس في عملية العلاج والتعافي.

بالنظر إلى سلوك الأنا (الذات)، يمكن تبني مقاربة تكاملية تجمع بين النظرية البيولوجية، والتحليل النفسي، والنظرية المعرفية، والسلوكية، بما يتيح فهماً أكثر شمولية وتعقيداً للسلوك الإنساني. من وجهة نظر شخصية قائمة على تأمل في هذه النظريات، أرى أن كل واحدة منها تسلط الضوء على بُعد جوهري في تشكل الأنا، غير أن أيًا منها لا يكفي بمفرده لتفسير السلوك الإنساني في شموليته وتعقيداته النفسية والبيولوجية والمعرفية والاجتماعية.

النظرية البيولوجية تقدم الأساس العصبي والبيولوجي لسلوك الأنا، موضحة كيف تؤثر العوامل الجينية والناقلات العصبية والبنية الدماغية على الاستجابات والانفعالات، وهو جانب لا يمكن إنكاره خاصة عند دراسة السلوك الانفعالي أو الاضطرابات النفسية.

أما التحليل النفسي، فيغوص في الديناميات اللاواعية، والصراعات الداخلية، ودور الطفولة والتنشئة المبكرة، مؤكداً أن الأنا تتوسط بين مطالب "الهو" والواقع والمثل الأعلى، وهي في صراع دائم يتطلب آليات دفاع نفسية. هذا العمق التحليلي لا يقدمه أي نموذج آخر، لكنه يظل نظرياً وصعب القياس.

النظرية المعرفية تضيف بُعداً ضرورياً يتمثل في كيفية معالجة الفرد للمعلومات، وتفسيره للواقع، وبناءه للمعنى، ما يساهم في تشكيل مفاهيم الذات والتوقعات والسلوكيات المرتبطة بها. هذه النظرية تُبرز كيف أن الأنا لا تقتصر على الاستجابة بل تُشارك في البناء الواعي للواقع.

أما السلوكية، ورغم تركيزها على المثيرات والاستجابات القابلة للملاحظة، فإنها تضع أساساً مهماً لفهم التعلم، والتكيف، وتعديل السلوك، مما يجعلها أداة فعالة في التدخلات العلاجية.

من هذا المنظور، فإن سلوك الأنا لا يمكن فهمه إلا كمحصلة لتفاعل معقد بين البنية البيولوجية، والديناميات اللاواعية، والعمليات المعرفية، والسياق السلوكي. هذا التداخل يُحتم اعتماد نموذج تكاملي، يتجاوز الجمود النظري نحو رؤية مرنة وعابرة للحدود، تُمكن من مقارنة السلوك الإنساني بأدوات متعددة المستويات، تجمع بين الفهم والتحليل، والتفسير، والتدخل الفعال.

## 6. علاقة إيذاء الذات بالاضطرابات النفسية الأخرى.

تشير العديد من الدراسات الحديثة إلى أنّ سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD) لا يُمكن فهمه بمعزل عن الاضطرابات النفسية المصاحبة، حيث يلعب كل من القلق، الاكتئاب، اضطراب الوسواس القهري، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) دوراً مهماً في نشأة هذا السلوك أو تعزيزه. فقد بيّنت أبحاث متعددة أن نسبة ظهور سلوك إيذاء الذات ترتفع بشكل ملحوظ عند الأطفال التوحديين الذين يعانون من اضطرابات القلق، نظراً لصعوبة التأقلم مع المتغيرات الحسية والبيئية، ما يؤدي إلى توتر داخلي شديد يتم تفرغته من خلال سلوكيات إيذاوية. (White et al, 2009)

أما فيما يتعلق بالاكتئاب، فإن الأطفال القادرين جزئياً على إدراك نواتهم ولكنهم غير قادرين على التعبير عن مشاعرهم لفظياً، غالباً ما يعبرون عن هذا الصراع الداخلي عبر سلوكيات إيذاوية جسدية (Mazefsky et al 2013) كما أشارت دراسات أخرى إلى وجود علاقة بين اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) وسلوكيات الإيذاء لدى فئة من التوحديين، حيث تلعب الاندفاعية ونقص مهارات التنظيم الذاتي دوراً كبيراً في انبثاق السلوك الإيذاوي، خصوصاً في لحظات التوتر أو الإحباط. (Murray et al., 2009)

فسلوك إيذاء الذات ليس مجرد جرح يُحدث في الجلد، بل هو صرخة صامتة لجسد يحاول التعبير عما تعجز الكلمات عن قوله. من الناحية السريرية، لا يمكن النظر إلى سلوك إيذاء الذات كحالة معزولة، بل هو في الغالب مؤشرٌ على اضطراب نفسي أعمق، يتجلى في صورة جسدية عندما تشمل القنوات النفسية والتعبيرية المعتادة. في هذا السياق، يظهر سلوك إيذاء الذات كنقطة التقاء بين عدد من الاضطرابات النفسية، التي تتقاطع جميعها في فشل الفرد في تنظيم انفعالاته، أو تحمّل الألم النفسي، أو التعامل مع هوية متصدعة. دعونا نسرده، بتفصيل وتحليل، كيف يظهر إيذاء الذات كعرض متكرر في بعض من أبرز هذه الاضطرابات:

### 1.6. الاكتئاب: الجلد كمساحة للعقاب

في حالات الاكتئاب، تتلبس الذات شعورًا عميقًا بالدونية وانعدام القيمة. يبدأ الحديث الداخلي بالتكرار: "أنا عديم الفائدة، لا أستحق"، ثم تتطور هذه القناعات إلى سلوك جسدي يعكس الرغبة في العقاب، أو على الأقل، في الشعور بشيء ملموس في وجه الخدر العاطفي. الإيذاء هنا ليس وسيلة للفت الانتباه، بل فعل داخلي مغلق لا يراه الآخرون في كثير من الأحيان. هو محاولة لفرض وجودٍ ما، ولو من خلال الألم. وعلى عكس ما قد يُفترض، فإن هذه السلوكيات لا تكون دائمًا انتحارية، بل هي وسيلة للتهدئة المؤقتة.

### 2.6. اضطرابات القلق: حين يصبح الجرح هو لحظة الصمت الوحيدة

في اضطرابات القلق، لا يتوقف الذهن عن العمل، تتسارع الأفكار كآلة لا تتوقف. في القلق العام، هناك توقّع دائم للأسوأ؛ في القلق الاجتماعي، هناك مراقبة ذاتية مفرطة وشعور متضخم بالحرج والخزي. كل هذا يراكم توترًا داخليًا حادًا لا يجد متنفسًا.

في لحظة يأس، يأتي الإيذاء كفعل مهدئ: الدم ينزل، فيسكت الرأس، وينطفئ القلق للحظات. وهنا يتحول الإيذاء إلى إستراتيجية "تنظيم ذاتي" غير فعّالة لكنها فورية الأثر.

### 3.6. اضطراب الشخصية الحدية: الجرح كندبة على الهوية

ربما لا يظهر سلوك إيذاء الذات بشكل صارخ ومتكرر في أي اضطراب كما في اضطراب الشخصية الحدية. في هذا النمط، الهوية نفسها هشّة، والعلاقات عاصفة، والمشاعر لا يمكن احتواؤها. ولذا يصبح الجسد هو المسرح الوحيد القادر على استقبال هذا الفيض العاطفي العنيف.

الحدّي لا يجرح نفسه فقط لأنه غاضب أو حزين؛ بل يجرح ذاته حين يشعر بأنه لم يعد موجودًا، أو حين يخاف أن يُنسى، أو حين يريد أن "يرى" ألمه أمام عينيه. الإيذاء هنا هو فعل رمزي مفعم بالدلالة، وهو وسيلة تواصل مأزومة مع الآخر ومع الذات.

#### 4.6. اضطرابات الأكل: بين الجوع والجوع، من يتحكم بمن؟

في اضطرابات الأكل، يكمن جوهر المعاناة في السيطرة: على الجسد، على الطعام، على الرغبة. لكن حين يفلت زمام هذا التحكم - سواء بسبب نوبة نهم أو بسبب "الإفراط في الأكل" - يظهر الإيذاء كوسيلة لاستعادة الشعور بالهيمنة.

الإيذاء الجسدي في هذه الحالة يوازي الإفراغ القسري (كالقيء)، كأنه استمرار لنمط سلوكي قهري قائم على معاقبة الجسد الذي خرج عن الطاعة.

#### 5.6. اضطراب ما بعد الصدمة: الألم يعيد تشكيل الحدث

عند من يعانون من صدمة نفسية - خاصة الاعتداء الجسدي أو الجنسي - قد يظهر إيذاء الذات كنوع من إعادة تمثيل للحدث، أو تحويلٍ للألم النفسي إلى جسدي يمكن "التحكم فيه". وقد يُستخدم الجسد هنا كـ "درع" أو "حاجز" - فالجرح يمنح الفرد وهماً بأنه يسيطر على ما لا يُحتمل.

أحياناً، يتحول الإيذاء إلى طقس متكرر بعد كل نوبة ذكريات اقتحامية (Flashback)، كأن المريض يقول: "إذا لم أخرج نفسي، سأنفجر". (النجار، صفوت فرج، 2017).

من منظور سريري، يمكننا القول إن إيذاء الذات هو سلوك عرضي متعدد الوظائف، تتغير معانيه النفسية من اضطراب إلى آخر، لكن القاسم المشترك بينها جميعاً هو:

وجود ألم نفسي داخلي شديد لا يُحتمل

فشل في تنظيم المشاعر أو التعبير عنها.

اللجوء إلى الجسد كوسيط بديل للتعامل مع العجز العاطفي.

وإذا ما أهمل هذا السلوك، أو تم تبسيطه باعتباره مجرد "تمرد مراهقين"، فإنه قد يتحول مع الوقت إلى مقدمة لمحاولة انتحار فعلية.

#### 7. تشخيص إيذاء الذات :

رغم أن بعض الأشخاص قد يطلبون المساعدة، فإن مشكلة إيذاء النفس يكتشفها أفراد العائلة أو الأصدقاء في بعض الأحيان. أو قد يلاحظ الطبيب أثناء الفحص الطبي الروتيني مؤشرات المرض، كالندوب أو الإصابات الحديثة. لا يوجد اختبار محدد لتشخيص مشكلة إيذاء النفس. ويعتمد التشخيص على التقييم البدني والنفسي. وقد تحال إلى أحد الاختصاصيين في الصحة العقلية الذين يتمتعون بخبرة في علاج حالات إيذاء النفس للتقييم. إذ يتحدث هذا الاختصاصي مع الحالة حول حياته وأفكاره ومشاعره وأنماطه السلوكية.

قد يقيم اختصاصي الصحة العقلية أيضًا حالتك بحثًا عن أي حالات مرضية أخرى تتعلق بالصحة العقلية قد تكون مرتبطة بإيذاء النفس، كالاكتئاب أو اضطرابات الشخصية. و يتم التشخيص بمختلف الأدوات و المقاييس حسب الحالة مثل : مقياس إيذاء الذات و الملاحظة .

### 8. الفئات الأكثر عرضة لإيذاء الذات :

خاصة الأطفال المصابين بطيف التوحد إيذاء الذات هو سلوك يتضمن إلحاق الشخص الأذى بنفسه، مثل الكدمات أو الجروح. هذا السلوك شائع بين بعض الفئات، بما في ذلك:

الأشخاص ذوو الإعاقة الذهنية: يعاني العديد من ذوي الإعاقة الذهنية من سلوكيات إيذاء الذات، وقد يكون ذلك نتيجة لصعوبات في التواصل أو التعبير عن الاحتياجات.

الأشخاص المصابون باضطراب طيف التوحد: يُلاحظ سلوك إيذاء الذات لدى بعض الأفراد المصابين بالتوحد، وقد يكون ذلك بسبب عوامل فيسيولوجية أو اجتماعية.

الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى: مثل اضطرابات الشخصية أو الاكتئاب، حيث يمكن أن يكون إيذاء الذات وسيلة للتعامل مع المشاعر السلبية.

بالنسبة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، تشير الدراسات إلى أن سلوك إيذاء الذات قد يكون مرتبطًا بشدة الاضطراب. ففي دراسة أجريت على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك إيذاء الذات بناءً على شدة الاضطراب، بينما لم تكن هناك فروق بين الذكور والإناث في هذا السلوك. (حمد عبد الرحيم، 2000 ص 36).

### 9. الإستراتيجيات المساعدة للحد من إيذاء الذات.

#### 1.9. التدخلات الدوائية.

إيذاء الذات هو سلوك متعمد يلحق فيه الفرد الأذى بجسده دون وجود نية للانتحار. ينتشر هذا السلوك بشكل خاص بين المراهقين والأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب، واضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات طيف التوحد. تختلف أساليب التدخل حسب الأسباب والدوافع، ومن بينها العلاج الدوائي الذي يهدف إلى تقليل التوتر، العدوانية، أو الأعراض المرتبطة بالسلوك المؤذي للذات (المركز الاستشفائي الفرنسي نيس 2001 )

### 1.1.9 أنواع التدخلات الدوائية:

#### مضادات الاكتئاب (Antidepressants)

تُستخدم في الحالات التي يرتبط فيها إيذاء الذات بالاكتئاب أو اضطرابات المزاج، مثل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) (Fluoxetine و Sertraline) تظهر هذه الأدوية فعالية في تقليل السلوكيات المؤذية من خلال تحسين المزاج وتقليل الأفكار السلبية

#### مضادات الذهان (Antipsychotics)

مثل ( Risperidone و Aripiprazole) تُستخدم غالبًا عند وجود سلوك عدواني أو اضطرابات مثل طيف التوحد أو اضطراب الشخصية الحدية. أظهرت بعض الدراسات أن هذه الأدوية تقلل من تكرار السلوكيات العدوانية وإيذاء الذات، خاصةً لدى الأطفال المصابين بالتوحد

#### مثبتات المزاج (Mood Stabilizers)

مثل ( Lithium و Valproate) تستخدم في الحالات التي تترافق مع اضطراب ثنائي القطب أو اضطراب الشخصية الحدية، حيث تساعد على استقرار المزاج وتقليل الاندفاعية المرتبطة بإيذاء الذات

#### البنزوديازيبينات (Benzodiazepines)

تُستخدم بحذر لتقليل القلق والتوتر السريع، لكنها قد تُسبب الاعتماد ولا يُنصح باستخدامها لفترات طويلة

### 2.1.9 فعالية التدخلات الدوائية:

رغم أن التدخلات الدوائية قد تقلل من تكرار أو شدة إيذاء الذات، إلا أنها غالبًا ما تكون أكثر فعالية عندما تُستخدم إلى جانب العلاج النفسي مثل العلاج السلوكي المعرفي الجدلي (DBT) أو العلاج السلوكي لذلك يُوصى دومًا بالعلاج المتعدد التخصصات. (2022). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

### 2.9 العلاجات النفسية:

#### 1.2.9 العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) :

##### مفهوم العلاج السلوكي المعرفي

(CBT) هو علاج مبني على أسس علمية وتهدف إلى مساعدة المرضى في التعرف على أفكارهم السلبية وغير الواقعية (أو المشوهة) وتغييرها من أجل تحسين شعورهم وسلوكهم. يستخدم هذا العلاج مجموعة متنوعة من التقنيات لمساعدة الأفراد على مواجهة التحديات النفسية بشكل أكثر توازنًا وواقعية. و من هذا المنطلق سنتناول المبادئ الأساسية لهذا البرنامج على النحو التالي:

### 1.1.2.9. العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات

في CBT ينظر إلى أن الأفكار تؤثر بشكل مباشر على المشاعر والسلوكيات. على سبيل المثال، إذا كان الشخص يعتقد أنه سيفشل في مهمة معينة، قد يشعر بالقلق أو الاكتئاب وقد يتجنب القيام بتلك المهمة

### 2.1.2.9. الأفكار التلقائية

هي أفكار سريعة وفورية تتشكل بناء على تجارب سابقة وتؤثر على كيفية تفسير المواقف. الهدف في CBT هو التعرف على هذه الأفكار وتحدي صحتها.

### 3.1.2.9. الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية:

تشمل تقنيات مثل:

إعادة الهيكلة المعرفية: تعديل الأفكار السلبية وتحويلها إلى أفكار أكثر إيجابية وواقعية.  
التعرض: مواجهة المواقف أو الأشياء المخيفة بطريقة تدريجية للتقليل من القلق.  
التدريب على حل المشكلات: تعلم كيفية التعامل مع المشاكل اليومية بشكل أكثر فعالية.

### 4.1.2.9 الفئات المستهدفة في العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج السلوكي المعرفي فعال للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والقلق اضطرابات الشخصية اضطرابات الطعام مثل فقدان الشهية أو الشره المرضي اضطرابات الوسواس القهري (OCD) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

### 5.1.2.9 مميزات العلاج السلوكي المعرفي

قصير المدى: يتم عادة في 12-20 جلسة، مما يجعله فعالاً من حيث التكلفة.  
موجه نحو حل المشكلات: يركز على حل المشكلات الحالية بدلاً من الغوص في ماضي الشخص.  
فعالية مثبتة علمياً: تم إجراء العديد من الدراسات التي تثبت فعالية CBT في معالجة مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية

### 6.1.2.9 التقنيات الأساسية للبرنامج

تحدي الأفكار السلبية: يقوم المعالج مع المريض بالتعرف على الأفكار السلبية المتكررة (مثل "لن أنجح في هذه المهمة") والعمل على تعديلها

التحليل السلوكي: تحليل العوامل التي تؤدي إلى السلوكيات غير المرغوب فيها، ثم البحث عن طرق لتغييرها

التعرض: لتقليل الخوف، يتم تعريض المريض تدريجيًا للمواقف التي يتجنبها حتى يصبح قادرًا على مواجهتها دون قلق مفرط

التمرينات المعرفية: تتضمن كتابة الأفكار السلبية وتحليل صحتها، ثم استبدالها بأفكار أكثر توازنًا  
الفعالية

أثبتت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية على سبيل المثال:

أثبتت الدراسات أنه فعال في تقليل أعراض الاكتئاب والقلق و أظهرت الأبحاث أن له تأثير طويل الأمد في تخفيف أعراض اضطرابات الوسواس القهري والقلق الاجتماعي، ويعد طريقة علاجية فعالة وعلمية تساعد الأشخاص على تغيير أنماط تفكيرهم السلبية وتحسين جودة حياتهم. بفضل طبيعته الموجهة نحو حل المشكلات والقصيرة المدى يعد من أكثر أساليب العلاج النفسية انتشارًا واستخدامًا حول العالم. (Beck, A. T. (2011).

### 2.2.9 العلاج بالتحليل السلوكي التطبيقي (ABA) ببرنامج لوفاس

اتفق (بير وريسي وسكينر 1953 ) على أن تحليل السلوك التطبيقي هو الدراسة العلمية للسلوك، وعلى وجه الخصوص، فهو العلم الذي يسعى إلى استخدام إجراءات تعديل السلوك الصادقة تجريبيًا من أجل مساعدة الأشخاص والأفراد في تنمية المهارات ذات القيمة الاجتماعية . وأكد (هيوارد وكوبر) (1987) أن علم السلوك بدأ رسميًا في عام (1938) وذلك عندما قام (سكينر) بنشر كتابه الشهير (سلوك الكائنات)، وكان تحليل السلوك التطبيقي آنذاك يقوم على تحسين السلوكيات المحددة والملاحظة، وقد قام تحليل السلوك التطبيقي على ثلاثة أركان: الوصف والتقدير والتحليل.

وأشار (جينسن وسينكلر) إلى أن تحليل السلوك التطبيقي هو العلم الذي يتضمن إجراءات مشتقة من مبادئ السلوك، والتي يتم تطبيقها لتحسين سلوكيات دالة اجتماعيًا بطريقة منظمة، ولذلك لا ينبغي أن ننظر إلى تحليل السلوك التطبيقي على أنه أسلوب تدخل خاص، بل إنه علم شامل يقدم خدمات إرشادية وعلاجية لإعداد برامج التدخل الفعالة .

وفي تقرير صادر عن مركز كامبردج للدراسات السلوكية

أكد فيه أن المدخلات ( Center for Behavior Studies Cambridge ) ( 2003 )

البرامج العلاجية السلوكية التي تقوم على تحليل السلوك التطبيقي تبنى على بحث وتقييم تفصيلي لنقاط القوى والضعف والاحتياجات والظروف الحياتية للفرد.

هذا وبعد استخدام العلاج السلوكي مع أطفال الأوتيزم أنه لم يبدأ إلا في الستينات من القرن الماضي، حيث أشارت رابية إبراهيم (2003) إلى أن التدخل السلوكي والمتمثل في تحليل السلوك التطبيقي ABA لم يدا مع

أطفال الأوتيزم إلا في بحوث الوفاز Lovass في الستينات، حيث كان أول من استخدم التحليل السلوكي مع الأطفال التحديين ، وقام بعمل بحوث كثيرة أثبتت جدوى هذه الطريقة مع الأوتيزم، وقام آنذاك بنشر عدة كتب ومؤلفات يأتي على رأسها الكتاب الشهير The ME Book حيث قام بشرح الخطوان المتبعة في التطبيق وكيفية استخدام التحليل التطبيقي للسلوك مع أطفال الأوتيزم. وذكر عثمان فراج (2002) أن برنامج لوفاز هم هو برنامج قائم على نظرية التحليل السلوكي والاستجابة الشرطية وهو برنامج تعليمي للتعدين السلوكي للأطفال التوحديين

وذكر (نيكوبولس (2006) Nikopoulos) أن الإيضاحات الأولى الفعالية استخدام تحليل السلوك التطبيقي في تحسين حالة أطفال المصابين بالتوحد قد تم تقديمها في بداية الستينات مع دراسات (فيرستر Ferster 1961) حيث قام (فيرستر 1966) بتطبيق المبادئ السلوكية على أطفال المصابين بالتوحد، موضحاً أن الزيادات والنواقص السلوكية الملحوظة في هذه الفئة من الأطفال كانت إجرائية وتحكمت فيها العواقب البيئية المعززات) وبالتالي فإن أساليب التكيف الإجرائي مثل التعزيز الإيجابي كانت لها تأثيرات إيجابية واستطاعت تعديل كثير من السلوكيات في تلك الفئة، كما أحدث برنامجهم القائم على تحليل السلوك التطبيقي تأكيداً تجريبياً للمكاسب الهائلة التي ينالها أطفال المصلبين بالتوحد حين تعرضهم لعلاج قائم على تحليل السلوك التطبيقي. واتفق رومانسزيك وماتهيوس (1999) مع أندرسون ورومانسزيك/Romanczyk & matthews) على أن المدخل السلوكي القائم على تحليل السلوك التطبيقي الخاص بالأطفال المصابين بالتوحد يتضمن بروتوكولاً يحوي العناصر التالية:

1. التحليل والقياس ويتضمن تحديد السلوك المراد وتعريفه ومن ثم بناء نظام موضوعي لقياس تكرار أو مدة الوقوع (الحدوث)
2. تقييم حالة الطفل ويتضمن التقييم الوظيفي بعناية والذي يشير بدوره إلى عملية التأكد التجريبي للمتغيرات الضابطة التي تدعم أن تعوق التعبير عن السلوك
3. تطوير المنهج الفردي ويتضمن وضع تسلسل للأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى نتيجة للتقييم، والذي يعكس الأولويات الجماعية لكل الأفراد المشتركين في التدخل العلاجي ( الوالدين، الطفل، مقدم العلاج) وتطبيقه على مستوى النمو الحالي للطفل.

انتقاء المعززات واستخدامها وتتضمن تنفيذ تقييم مستمر لتحديد المعززات الوظيفية التي تزيد من الدافعية للتعلم دعم التعميم: ويتضمن وضع خطة تفصيلية محددة حتى يتم التعبير عن المهارات الجديدة المكتسبة في ظل ظروف معينة وأماكن مختلفة وفي غياب العلاج.

انتقاء أساليب التدخل ويتضمن انتقاء الأسلوب والمدخل العلاجي الخاص بالمهارات المحددة والسلوكيات الخاصة بكل فرد على حدة.

وفي السياق نفسه اتفق أيضا كل من ريشمانوجرين (2001). على أن تحليل السلوك التطبيقي الخاص بالتدخل العلاجي مع الأطفال التوحديين يركز على تدريس وحدات سلوكية يمكن قياسها بطريقة منتظمة، فكل مهارة لا يظهرها طفل التوحدي تتجزأ إلى خطوات صغيرة وتكون البداية مع الطفل عن طريق تقديم مثير سابق ومن ثم تقديم كل خطوة من البرنامج بشكل فعال، ففي البداية يتم استخدام محفز لكي يبدأ الطفل سلوكا معيناً، وعندما تحدث الاستجابات المستهدفة يتم تقديم المعززات بشكل متنوع وتكرر فرص التعلم مرات عديدة حتى يؤدي الطفل الاستجابة في ظل غياب المعززات ومن الجدير بالذكر هنا أن مشاركة الوالدين هي عنصر أساسي وجوهري لأي برنامج سلوكي، فالعلاج السلوكي القائم على المنزل ينتج تغييرات سلوكية وتنموية للطفل بشكل أكبر، وكذلك يزود الوالدين بمعرفة تلك المهارات التي ينبغي تقديمها للطفل والكيفية التي يمكن من خلالها تقديم تلك المهارات بشكل أكثر فعالية مما يؤدي بدوره إلى حدوث تأثير إيجابي وفعال على أفراد الأسرة ككل والمتتبع لتاريخ تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال التوحد يلاحظ امتداد هذا التاريخ أكثر من أربعين عاما من التجارب والمحاولات التي كان هدفها تحسين حالة هؤلاء الأطفال، فلقد أحصى (مانسون ورفاقه (1996) Watson et al ما يزيد عن 550 دراسة استخدمت تحليل السلوك التطبيقي مع أطفال التوحد في الفترة من (1960 إلى 1995). ولما كانت المبادلة للتفاعل الاجتماعي هي أكثر الأشياء فقدا في التوحد، حظي هذا الجانب بالعديد من التدخلات العلاجية المختلفة القائمة على فنيات تحليل السلوك التطبيقي، فتعددت الاستراتيجيات والمداخلات وفقاً لوجهة نظر أصحابها وإن كانت جميعها مبنية على التحليل السلوكي، فظهر ما يعرف بالتدخل من خلال القرين كما فعل (ديسالفو وأسولد (2002) Disalvo & Oswald)، والقصاص الاجتماعية كما في دراسة (ديل ورفاقه

(Delta (200)، والنمذجة بالفيديو كما فعل شير ورفاقه. (2001) Sherer et al.

وخلاصة القول، تقوم فلسفة تحليل السلوك التطبيقي للتوحد على تطبيق مدى واسع من الاستراتيجيات السلوكية الناجحة لخفض الزيادات السلوكية ولتحسين النواقص السلوكية الموجودة لدى أطفال التوحد، و تعد مجالات ضعف الانتباه والنشاط الزائد والتواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر المجالات التي نالت نجاحا باستخدام هذا البرنامج مع أطفال التوحد.

## 10. التوحد و إيذاء الذات

يعاني أطفال اضطراب التوحد من اضطرابات سلوكية تقف عائقاً أمامهم وتجعلهم عاجزين عن ممارسة الحياة اليومية و التعايش مع المجتمع مثل غيرهم من الأطفال العاديين، ومن السلوكيات التي يعاني منها الأطفال ذوى

اضطراب طيف التوحد سلوك إيذاء الذات، حيث يسلك الطفل سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع والذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد. (خالد إبراهيم وآخرون، 11ص، 2018).

فمن هذا المنطلق نجد أن هذه الاضطرابات تعكس في الواقع خلافاً معيناً في السلوك بشقيه الموجه من الفرد نحو الخارج، والذي يعبر في واقع الأمر عن الاضطرابات السلوكية، والموجه من الفرد نحو الداخل، والذي يعبر عن الاضطرابات الانفعالية فهذا يدل على ما قد يتعرض له الفرد من ضغوط مختلفة فتجعل الأمر بذلك يتجاوز سريعاً العتبة الفارقة التي تمثل ذلك الحد الفاصل لمدى قدرته على تحمل مثل هذه الضغوط والإحباطات فضلاً عما يلعبه الجانب البيولوجي من دور بارز في حدوث هذه الاضطرابات السلوكية. (عادل عبد الله، 2006 ص6)

## خلاصة

يُعد إيذاء الذات سلوكًا متعمدًا يلحق فيه الفرد الأذى بجسده دون نية انتحارية واضحة، وغالبًا ما يظهر هذا السلوك في شكل جروح، خدوش، حروق أو ضرب للنفس، ويشيع ظهوره في مرحلة المراهقة، خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في التنظيم الانفعالي أو تجارب صادمة سابقة. يمثل هذا السلوك آلية نفسية بديلة للهروب من مشاعر مؤلمة، كالغضب أو الحزن أو الفراغ العاطفي، أو وسيلة للتعبير عن معاناة داخلية يصعب الإفصاح عنها لفظيًا. وقد فسرت مختلف النظريات النفسية هذه الظاهرة من زوايا متعددة، حيث تنظر نظرية التنظيم الانفعالي إلى إيذاء الذات كوسيلة لتقليل التوتر أو السيطرة على المشاعر الغامرة، بينما ترى النظرية المعرفية السلوكية أن السلوك الإيذائي هو نتيجة مباشرة لأنماط تفكير مشوهة وضعف في مهارات التأقلم، يتعزز بفعل الارتياح اللحظي الناتج عنه. من جهة أخرى، تسلط نظرية التعلق الضوء على أثر غياب الأمان العاطفي المبكر والتعرض للإهمال أو الإساءة، فيما تشير نظرية التعلم الاجتماعي إلى تأثير النمذجة والمحيط في اكتساب هذا السلوك. وعلى مستوى التشخيص، أدرج الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 إيذاء الذات ضمن الحالات المشمولة بالدراسة تحت اسم "إيذاء الذات غير الانتحاري (NSSI)"، ويشترط لتشخيصه تكرار السلوك خلال ستة أشهر على الأقل، وغياب النية الانتحارية، مع وجود دافع تنظيمي انفعالي أو تواصلية واضح، وتأثير ملموس في الأداء الوظيفي أو النفسي للفرد. أما من حيث العلاج، فتُعد المقاربة متعددة الأبعاد ضرورية، حيث يُظهر العلاج السلوكي الجدلي (DBT) فعالية كبيرة من خلال دمج لتقنيات السلوك المعرفي مع مكونات التقبل الذاتي، كما يُستخدم العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لتعديل الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالإيذاء. وبالنسبة للتدخلات الدوائية، فقد تُستخدم مضادات الاكتئاب (SSRIs) في حال وجود اكتئاب أو قلق مرافق، إلى جانب مثبتات المزاج أو مضادات الذهان عند وجود اندفاعية أو اضطرابات بالشخصية. إن فهم سلوك إيذاء الذات لا يكتمل دون تحليل السياقات النفسية والاجتماعية التي ينشأ فيها، إذ يُعد مؤشرًا على اضطراب أعمق يتطلب تدخلاً متخصصًا يركز على بناء مهارات تأقلم صحية وتنظيم انفعالي فعال.

## الفصل الثالث: التوحد

1. تمهيد
2. تعريفات التوحد
3. نسبة انتشار التوحد
4. أسباب و اثر اضطراب التوحد
5. المظاهر العامة للتوحد
6. النظريات المفسرة لاضطراب التوحد
7. الأشكال الاكلينكية
8. التشخيص الفارقي
9. التوحد وعلاقته باضطراب الطفولة
10. مقاييس تشخيص التوحد
11. البرامج التربوية و العلاجية المقدمة لأطفال التوحد
12. الخلاصة

## تمهيد

يعد اضطراب التوحد (Autism Spectrum Disorder) أحد الاضطرابات النمائية العصبية التي أثارت اهتمام الباحثين في العقود الأخيرة، نظراً لتعدد مظاهره السلوكية والمعرفية وتأثيره العميق على جوانب الحياة الاجتماعية والتواصلية لدى الأفراد المصابين به. ومع تزايد نسب التشخيص عالمياً، بات من الضروري إعادة النظر في المنظومات التربوية، النفسية والاجتماعية التي تتعامل مع هذه الفئة، ليس فقط لفهم طبيعة الاضطراب وتشخيصه، بل أيضاً لوضع مقاربات شاملة تمكّن من تأهيل الأفراد المصابين وتحقيق اندماجهم الفعلي في المجتمع. يأتي هذا الفصل في سياق البحث العلمي الراهن لفهم التوحد من زاوية متعددة التخصصات، تتقاطع فيها المعرفة النفسية، العصبية، التربوية والاجتماعية، وذلك بهدف بلورة تصور متكامل يعزز من ممارسات التدخل المبكر، والدعم الأسري، والتأهيل التربوي المستند إلى الأدلة.

### 1. تعريف التوحد

تعددت وتنوعت تعاري هذا لاضطراب بشكل كبير، لكن معظم الدراسات تصفه على انه حالة من العزلة وهنا نتطرق إلى بعض التعاريف التي قام بها الباحثون. ونعرض بعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بتسميات مختلفة

#### 1.1.1. التعريف اللغوي

التوحد هو انطواء مرضي للطفل في عالمه الداخلي مع فقدان الاتصال بالواقع واستحالة الاتصال مع الآخرين (le petit Larousse illustré p8 2009)

#### 2.1. التعريف الاصطلاحي:

هو اضطراب في النمو العصبي للإنسان يؤثر بشكل شديد على تطور وظائف العقل في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل واللغة/ المهارات الاجتماعية/ القدرة على التخيل/. ويظهر ذلك عادة من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

#### حسب ليو كانلر

ويعتبر (ليو كانلر/leo kalner) أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفولي المبكر وذلك عام (1943)، وقد عرف أن أطفال التوحد الطفولي بأنهم يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر التالية: صعوبة في التواصل وتكوين العلاقات مع الآخرين، الاضطراب الشديد في السلوك وأحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب، العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع، ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية، الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية، الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل، اضطرابات في المظاهر الحسية العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع. (سوسن شاكر جلبي، 2013 ص 13)

• اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام كلياً أو امتلاك اللغة البدائية ذات النعمة الموسيقية.

• انخفاض في مستوى الذكاء ويستنتج من التعري السابق أن التوحد يصيب الأطفال..... (نقلا عن: سوسن شاكر الجلبي، ص 15، 2005).

وحسب (هولين) (1995) فيعرف التوحد على انه "مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل،

والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي، بالإضافة إلى نزعة انسحابية انطوائية، وانغلاق على الذات مع جمود انفعالي عاطفي ". (هولين 1995 ص09).

### حدد ولف Wolf

أن التوحديين هم اللذين يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا، قصورا في اللعب الاجتماعي والتحميل، الإصرار على الروتين آليا لما يسمعون والرفض للتغيير.

### عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعاقين الأمريكي IDEA

التوحد على انه "إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى التفاعل الاجتماعي، والتي تظهر قبل 3 سنوات، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح، والطفل هنا لا يقبل التغيير. (أسامة فاروق مصطفى، كامل الشريبي ص2011،05)

ويعرف التوحد كما في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM5) للاضطرابات العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسي:

انو اضطراب نمائي يتميز بعجز أو قصور نوعي يظهر في مجالين نمائين هما :  
التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط متكررة محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة التي تظهر في فترة مبكرة من النمو، وتم تصنيفه في DSM5 كأحد الاضطرابات النمائية (مباركة ميدون، يمينة خالدي، ص03)

من خلال التعاريف المقدمة يمكن القول إن التوحد اضطراب نمائي يظهر خلال الثالث سنوات الأولى ويعتبر من الاضطرابات النمائية يؤثر على جوانب النمو للطفل، حيث يعاني من عجز في اللغة، خلل في العمليات المعرفية (الفهم، الذاكرة، الذكاء، الإدراك...الخ) حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على الفهم كالطفل العادي، ويعاني أيضا من النسيان بالإضافة إلى الأعراض الأخرى المتمثلة في: (الانطواء، العدوان، السلوك النمطي)، حيث أن الطفل التوحدي يعاني من العدوان والغضب الشديد الذات يؤثر عليه وعلى الأفراد المحيطين به، بالإضافة إلى حبه للعزلة والحفاظ على الروتين.

### تعريف الجمعية الوطنية (الأمريكية) للأطفال التوحديين (NSAC 1978)

بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية:

النمو، الاستجابة الحسية للمثيرات، اللغة والكلام، القدرات المعرفية، التعلق والانتماء للناس والتعلق بالإحداث والمواضيع (ابراهيم احمد عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص30)

تعريف الرابطة الأمريكية للطب النفسي:

التوحد هو اضطراب نمائي و ليس انفعالي انه حالة غير عادية لا يقيم فيها الطفل أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا، وهو مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي يكون سلوكه ناجم عن تلف في الدماغ أو في حالة يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف و يمكن أن يصاب الأطفال التوحديين من أي مستوى من الذكاء، فقد يكون هؤلاء الأطفال طبيعيين جدا أو مختلفين الاضطراب السلوكي الانفعالي (احمد يحي خولة 2000، ص 203 )

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

اضطراب نمائي الذي يظهر في فترة الثلاثين شهر (30) من الولادة، حيث نجد اضطراب على مستوى كل من:

نسبة النمو والتطور وما يتبعها/ الاستجابة للمثيرات الحسية /النطق واللغة والقدرات المعرفية والاجتماعية والتفاعلية /القدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء (ابراهيم احمد عبد الله فرج الزريقات، ص54، 2004) ويصف يحي الرخاوي والتوحد الطفولي (2003) بأنه "نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءا من أمه وإن كان ينجح ي عمل علاقات جريئة مع الأشياء المادية بالتالي يعاق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي" (نقلا عن: الجلبي 2005 ص14 ص 19).

زكريا الشربيني

بأنه اضطراب التعلق التفاعلي ويظهر هذا الاضطراب بصورة شل الطفل بإقامة علاقة مع الأم أو الاستجابة لها بأي شكل من الأشكال مثل الابتسام أو المحاكاة (الشربيني 2001 ص160)

2. نسبة الانتشار في العالم عامة وفي الجزائر خاصة :

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات العميقة في مرحلة الطفولة، ومعدت انتشاره في ازدياد، بمعدلات انتشار التوحد 15 % لكل 10.000 مولود وهم 20 اطفال لكل 10.000 طفل (أسامة فاروق مصطفى، كامل الشربيني، 2011، ص07)

وأشار كل من العالمان **Middels et Lotter (1966)** إلى أن من بين الأعمار (8-9-10 سنوات) هناك (4-5) أطفال مصابين بالتوحد الطفولي ولكل عشر آلاف طفل، وأثبتت دراسة **Aarhus** التي

أجريت في الدنمارك نفس النتائج عام 1970.

أما **Pratt Cathy** المسؤولة عن مركز انديانا للتوحد أشارت أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد الطفولي من (5-15) حالة لكل عشرة آلاف حالة .

وفي عام (2002) عقد المؤتمر الوطني لمتوحد في أمريكا وأشارت الدكتورة **Bristol Marie** إلى أن حالات التوحد الطفولي يمكن توزيعها كما يلي:

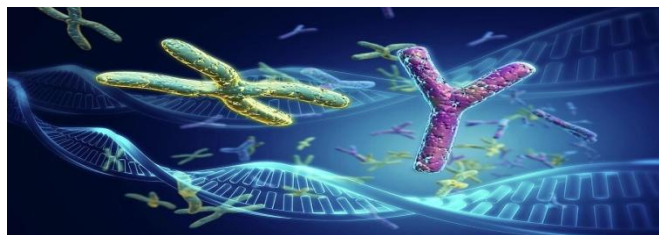
هناك 1 من كل 100 حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي وهناك 1 من 500 حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد يتضمن أعراض:

أشارت دراسة **Lotter (1967)** بأن 25% من الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي يصنفون ضمن فئة التخلف العقلي البسيط و(56%) ضمن فئة التخلف العقلي الشديد، واكتشف باحثون آخرون أن خصائص متشابهة ومختلفة بين التوحد الطفولي والإعاقات الأخرى وخاصة فيما يتعلق بالنمو اللغوي والاضطرابات في السمع والبصر وبعض مظاهر التخلف العقلي (سوسن شاكر الجلي ص 13، 2013). وأشارت الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور غالبا ما تكون أكبر منها لدى الإناث وقد لاحظ (كانر) زيادة الذكور أربع مرات في مجموع الأطفال ممن لديهم أعراض توحدية كلاسيكية، أما في دراسة (ميدل سكس) فكانت النسبة اقل بصورة طفيفة من ثالثة أطفال ذكور في مقابل طفلة واحدة كما ان عدد الأطفال الذكور كان الأكثر من بين مجموعة الأطفال ذوي الملامح التوحدية ولو أن هذا الفرق ليس ملحوظاً بنفس القدر الموجود في فئة الأطفال التوحدية الكلاسيكية. (سوسن شاكر الجلي ص 07).

### 3. الأسباب المؤدية للتوحد :

#### 1.3 العوامل الوراثية:

تتقل المورثات الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى أطفالهم كاللون الطول الشكل وغيرها، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها ومعرفة مكانها على خريطة الكروموزومات ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث هو السبب في حدوث التوحد، كما أن القصة المرضية لا تعطي دليلا على وجود التوحد وتسلسله في العائلة. (أسامة أحمد البطانية وآخرون ص 596، 2007)



الشكل (12): الكروموسومات (X Y)

### 2.3 العوامل البيولوجية:

تتصدر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة، أثناءها وبعدها وتعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها لمشكلات أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين، تعرضها للزيف قبل الولادة أو في حالة كبرها في السن، وذلك يمكن أن يؤدي إلى إصابة الجنين بتشوهات تظهر عند الولادة ( Rita Jordon et Al p 03 1999 )

### 3.3 العوامل النفسية:

ويذكر "بيتلهايم" Bettelheim أن التوحد الطفولي يتطور استجابة للمشاعر الجد سلبية التي يظهرها الوالدين، فالطفل يرى أمه بأنها العالم المحيط به وأن الطفل قاسي وعدواني بالتالي يستجيب لهذا العالم المهدد بالانطواء حول نفسه باعتبار الانطواء وسيلة تكيف الطفل مع محيطه. ( Lebayer Marion ) p37/1985

### 4.3 عوامل إدراكية وعقلية:

يرى هذا المنظور أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي، حيث أشارت دراسة (ألين Aliene) أن الطفل التوحدي يعاني من انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدراتهم على الإدراك بالإضافة على اضطرابات في اللغة (محمد أحمد الخطاب 2009 ص 42 ).

### 5.3 أسباب بيوكيميائية:

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضا في ثلث أطفال متخلفين عقليا إلى درجة شديدة وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين السروتونين المرتفع بالدم ونقص في السائل النخاع وجود أن هناك عدم توافق صناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا. (سوسن شاكر مجيد 2007 ص 57).



شكل (13): هرمون السيروتونين.

### 6.3 أسباب إدراكية ونفسية

يذكر العالم بيتيلهايم (1967) bettelheim أن الطفل قد يسحب مع الواقع ويعاني من التوحد مع طفل أصغر يأخذ اهتمام الوالدين خاصة الأم، إذ تتصرف عن الطفل الأكبر للنظر في احتياجات الطفل الصغير مما يجعل الطفل الكبير يشعر بالغيرة والحرمان وعدم الاكتراث به، فالطفل التوحدي يتعرض لانفعالات حادة وهناك من يرى أن التوحد سببه مرض الفصام في الطفولة، وتظهر مع تزايد العمر أعراضه الكاملة لهذا الاضطراب في المراهقة وعدم التدخل يؤدي إلى التوحد (إيهاب محمد خليل ص 58، 2009).

### 7.3 الفيروسات والتطعيم:

أوجد العلماء علاقة بين إصابة الأم ببعض الالتهابات الفيروسية وإصابة التوحد ومن هذه الالتهابات هي الحصبة الألمانية وتضخم الخلايا الفيروسي والتهاب الخلايا الفيروسي ويرى البعض أن التطعيم ويرى البعض أن التطعيم قد يؤدي إلى الأعراض التوحدية بسبب فشل الجهاز المناعي في إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات كاللقاحات ما يجعلها قادرة على إحداث تشوهات في الدماغ، لكن لم تعتمد هذه الفرضية من قبل المراكز العلمية (ميرسيل موس ص 1999 85).

### 4. الكشف المبكر لحالات التوحد:

تصلب الطفل عندما يحمل ومحاولة الإفلات /يبدو كما لو انه أصم ولا يسمع /فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها /قصور أو التوقف في النمو والقدرة على الاتصال اللغوي وقد تختلف هذه الأعراض من شخص إلى آخر وبدرجات متفاوتة (ميرسيل موس 1999 ص 305)

### 1.4 الإشارة المبكرة للتوحد:

يمكن التعرف على الطفل التوحدي وذلك من خلال الإشارات المبكرة لهذه الاضطرابات قبل (03) سنوات المتمثلة بمايلي

#### 1.1.4. من 00 إلى 06 أشهر:

الطفل هادي تماما لا يبكي ابتداء حيث يجعل أبويه ينسونه/غياب الكلام (المناغاة 03/02 شهر)  
/غياب التواصل البصري والمتابعة بالنظر/ اضطراب النوم /غياب الابتسامة ابتداء من الشهر الثالث 03 مع وجه جاف.

#### 2.1.4 من 06 إلى 12 شهر:

تؤكد الإشارات السابقة من خلال علاقة الطفل مع أمه/ إظهار عدم الرغبة بالذهاب الى الأم عندما تمد بذراعيها لتمسكه/ رفض التواصل/محاولة النطق.

#### 3.1.4 من 12 إلى 24 شهرا:

غياب اللغة/ ظهور مخاوف حادة ومنظمة بشكل غير عادي والتي تظهر خاصة خلال العام الثاني كالخوف

من الضجيج وبالأخص الآلات الكهرومنزلية

#### 5. المظاهر العامة للتوحد:

تبدأ ملاحظة الأعراض في السنة والنصف من العمر، والمعروف أن التوحد له ثلاث أعراض رئيسية: ضعف العلاقات الاجتماعية/ ضعف الاهتمام في الناحية اللغوية/ الاهتمامات والنشاطات المتكررة. يمكن تقسيم الأعراض العامة التي يظنها الأفراد التوحديين إلى خمسة مجالات رئيسية هي:

#### 1.5 التفاعل الاجتماعي وفيه نجد:

##### 1.1.5 عدم التواصل البصري مع الآخرين

فقد يتجاهل الطفل التوحدي الأشياء التي هي عادة ما يحب الأطفال رؤيتها ، ويبهر في ضوء معين أو بريق أو ورقة أو شيء يلف ويدور، وعندما يكون الأطفال صغاراً قد ينظرون إلى الأشخاص والأشياء بالمظهر العام وليس عن طريق التفاصيل الدقيقة ، وهذا يقود إلى احتمال أن الأطفال يستخدمون جزءاً من النظر أو العين للنظر إلى الحركة أو المظهر العام ومن المثير أن تعرف أن بعض الأطفال التوحديين ينزلون الدرج أو يركبون الدراجة بدون أن يظهر أنهم يرون إلى أين يسيرون ، وكذلك قد يجدون طريقهم في الظلام بسهولة كما في النور ، وقد أوضح العديد من الأطباء النفسيين أن الأطفال التوحديين عكس الأطفال العاديين فهم لا يركزون نظرهم على الأشياء أو الأشخاص لمدة طويلة ولكن يعطون نظرة سريعة ثم يحولون نظرهم ، وهذا يعطي الانطباع أن الطفل التوحدي يتحاشى عمداً النظر إلى وجوه الأشخاص وخاصة العين ، ويظهر الطفل التوحدي اهتمام متأخر بالصور ولكنه عندما يبدأ يهتم بالصور فهو يهتم بجزء محدد منها (سميرة السعد 34ص 1997)

### 2.1.5 اللعب

يختلف لعب الأطفال التوحديين عن لعب غيرهم من الأطفال حيث يعانون من مشكلة في اللعب الرمزي والأفكار التمثيلية ، وفي التخيل كما أن لعبهم يفتقر إلى الابتكار والتجديد ، وعدد ألعابهم أقل وأقصر وقتاً من المعتاد ، وطريقتهم في اللعب غير عادية تتمثل في الاستخدام العدواني للألعاب وظهور الاستئثار الذاتية ويضفون على الألعاب الصفات الحيوية ولا يميزون اختلافها عن الناس فقد يستمرون بإطعامها ، ووضعها في الفراش للنوم ، ويضفون عليها الحواس مثل الذوق واللمس والشم والحيوية والتسليم والاهتزاز ويتعاملون معها بطريقة واقعية جداً وبعيدة عن الخيال ويشعرون بالقلق والارتباك من هذه الألعاب وكأنها أشياء حقيقية رغم تقدمهم بالعمر الزمني ( الشيخ ذيب 2005 ، ص12)

### 1.3.5 عدم فهم المشاعر

يلاحظ على طفل التوحد ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه وأبيه وأهله والغرباء. بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد ولا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه و لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه إلى وجهه لا يستمتع بوجود الآخرين و لا يشاركونهم اهتماماتهم و لا يحب أن يشاركوه ألعابه لكونه يحب أن يلعب لوحده دون إزعاج ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين. وأيضاً لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال) ويقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبيدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون ( أبو العزائم 2003)

### 4.1.5 اللغة

كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى أطفال التوحد فقد يردد الطفل ما يسمعه، وفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة (المصاداة/ Echolalia) والحديث التلغرافي والخلط في ترتيب الكلمات، أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة (سوسن شاكر الجلي 2005، ص34).

يعاني جميع الأفراد التوحديين بلا استثناء من مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أو غير لفظي ويمكن تلخيص مشكلات التواصل اللفظي بما يلي:

أ. (50%) أفراد غير ناطقين حيث لا يطورون الكلام، ويظهرون البكم والصمم لبعض الكلمات.

ب. (25%) يطورون لغة بشكل غير طبيعي وغير وظيفي.

ت. (25%) يطورون مهارات اللغة الطبيعية مع ظهور بعض المشكلات في ذلك (الشيخ نيب ص2005،15)

ويتجلى اضطراب الاتصال عند الطفل التوحدي:

ا. الاتصال المتمركز حول الذات.

ب. اضطراب اللغة اللفظية.

ج. ظهور وسائل الاتصال غير اللفظية وتنقسم إلى:

1. اللغة الجسدية (البدنية)

2. أنماط ووسائل أخرى للاتصال (منشقيير 2000 ص107).

نستطيع في نهاية هذا العرض التفصيلي لنواحي القصور الاجتماعي عند الطفل التوحدي أن تلخص سمات الطفل التوحدي كما صنفها (Johne.M) حيث يرى أن الطفل التوحدي لا يتطور اجتماعياً بخطى توازي نموه العقلي رغم قصور التطور العقلي لديه، وهو يرى ثلاث جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه وهي:

1. عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.

2. عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

3. العجز أو القصور الاجتماعي.

كما صنف المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات:

ا - التجنب الاجتماعي.

ب - اللامبالاة الاجتماعية.

ج - الفظاظة الاجتماعية (عبد الله حمد: 2002 ص 33).

## 2.5 مجال النشاطات والاهتمامات

### 1.2.5 السلوك الروتيني

بطور الأطفال المصابون بالتوحد انشغالاً مفرطاً بأشياء محددة أو بنشاطات معينة أو بالحفاظ على الروتين أو عدم الغير في البيئة، وقد يكون لديهم أشياء يتفاعلون معها بطريقة خاصة، من مثل ترتيب السيارات الصغيرة تبعاً للحجم أو اللون، وإن محاولات إقحام الطفل مع ألعاب أخرى لكسر تلك النمطية أو النظام قد ينتج عنه نوبة غضب أو عدوانية...

ومن هنا فإن الحفاظ على النشاطات الاعتيادية يستخدم عندما يشارك الطفل في أنماط غريبة من السلوك ، من مثل إتباع طريقة محددة لموقع معروف ، وتقديم الأطعمة وفقاً لترتيب معين ( كطلب سكب الحليب في وعاء قبل وضع الحبوب والملقعة فيه ) وقد ينزعج الطفل في حالة عدم إتباع هذه الأمور من جانب آخر قد تظهر علامات الضيق لدى حدوث تغيير في البيئة ، فقد يتضايق الأطفال في حالة إعادة ترتيب الأثاث ، وقد يصبر آخرون على ارتداء الملابس ذاتها يومياً ، هذا ويتعذر حالياً فهم هذا السلوك جيداً ، ومع ذلك فإنه يعتبر سمة عامة بين الأطفال المصابين بالتوحد على الرغم من توافر القليل من أساليب التداخل العلاجي لذلك باستثناء أسلوب مقاطعة الاستجابة ( كوجل 2000 ص22)

### 2.2.5. السلوك النمطي

يتميز التحدي بالسلوك النمطي Stereotype ويعني تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون أن يشعر بالملل أو التعب ، ولذلك نجده يلعب ويقلب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار دون هدف أو معنى ، أو قد يستمر في تحريك جسمه إلى الأمام والخلف بشكل مستمر ، أو ترديد بعض الكلمات عديمة المعنى بدون إدراك أو وعي لما يقوله أو أنه يحمل نفس اللعبة دائماً ويحملها ويرميها إلى الأعلى ثم يمسكها ويرميها مرة أخرى ، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير المسيطر عليها مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع ( الراوي حماد: 1999 ص25).

### 3.2.5. السلوك التخريبي وإيذاء الذات.

تحظى نماذج التفسير والمعالجة التي تراعي عوامل مختلفة بالاهتمام المتزايد، وتذهب النماذج الاجتماعية البيولوجية إلى أن الألم عبارة عن ارتكاس على عدة مستويات تلعب فيها العوامل الجسدية والنفسية التالية دوراً في:

الارتكاس الذاتي/ اللفظي للألم /الارتكاس السلوكي الحركي للألم/الارتكاسات العضوية الفيزيولوجية للألم. ويفترض ألا تشترك كل المستويات في ارتكاس ألم خاص، إذ يمكن أن يوجد ارتكاس ألم فيزيولوجي عضوي بدون أن يستجيب الطفل بصورة غير قابلة للملاحظة بالنسبة للملاحظ (برويكر وآخرون: 2003 ص110).

### 3.5 الخصائص المعرفية:

يتميز الأفراد التوحديين بعدد من الخصائص المعرفية المتباينة من فرد لآخر ولعل من أبرز هذه الصفات:

## 1.3.5 القدرات العقلية:

تقول (جيفري كاولي) في مقالة عن التوحد أن التوحديون غالباً ما يتفوقون في التنظيم (الحديث هذا عن الأطفال من الفئة الثانية ذوي المواهب) ويسجلون علامات أدنى من الذكور العاديين في امتحانات تتضمن توقع مشاعر الناس وتفسير تعابير وجوههم، لكن عندما يطلب من أحدهم إيجاد مثلث داخل تصميم معقد أو توقع حركة عصا معلقة بعثلة، يحققون نتيجة مشابهة للذكور العاديين إن لم تكن أفضل، وفي دراسة نشرت حديثاً وجد فريق بارون كوهين أن البالغين المصابين بنوع طفيف من التوحد تخلفوا عن النساء والرجال العاديين في امتحان تعاطف من 40 بند لكنهم تفوقوا على المجموعتين في استطلاع عن التنظيم (كاولي ص 50. 2003)

## 2.3.5 الانتباه والدافعية:

ويبدو هذا السلوك في عدم الاهتمام أو الاكتراث للمثيرات المختلفة التي تحدث من حولهم في البيئة فقد لا يهتمون بالحوافز أو المكافآت المختلفة التي تقدم لهم في حال قيامهم بسلوك مناسب، فهم لا يبذلون أي نوع من أنواع الدافعية لأي شيء من حولهم (الراوي حماد ص 11 1999)

## 3.3.5 المزاج والمشاعر (اضطراب الوجدان):

خلال العام الأول من عمر الطفل يعيش الطفل البشري الطبيعي حالات وجدانية بدائية، فطرية ومتقلبة كما أن المعاشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها لا تؤدي إلى ردود فعل واسعة وشاملة وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لعمر (4/3 سنوات) يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل (شاذى النابلسي 1989 ص 76).

## 4.3.5 القدرات الحس حركية:

يظهر الأطفال التوحديين قدرات حس حركية أفضل من بقية قدراتهم الأخرى إلا أن لديهم تأخر وتباين في هذا المجال، ويتمثل هذا التباين في أن بعض الأطفال التوحديين لديهم قدرة على إيجاد الأصابع المخفية أو التعامل مع الألعاب الصغيرة جداً بينما هناك بعض الأطفال التوحديين يمشون متأخرين وبشكل أخرق ويسيل لعابهم باستمرار (سوسن شاكر الجليص 2011.88)

### 5.3.5 الذاكرة:

يعاني جميع الأفراد التوحديين من مشكلات كبيرة في الذاكرة فهم وإن كانوا قادرين على تذكر الأحداث والتفاصيل البصرية إلا أنهم يحتاجون إلا تلميحات(ملقنات) لمساعدتهم على عملية التذكر والاستدعاء. (محمد أحمد عبد الله ص30، 2002)

### 6.3.5 التنبؤ:

يعاني الأطفال التوحديين من صعوبات بالغة في التنبؤ بالأحداث والوقائع اللاحقة لذلك يشعرون بالارتباط والتوتر وحالة من الفوضى نتيجة عدم قدرتهم على معرفة المستقبل وتخفض هذه الحالة عند معرفتهم بالخطوات اللاحقة (الشيخ ذيب 2005)

### 4.5 الخصائص الحسية:

يظهر الأفراد التوحديين تأخراً في اكتساب الخبرات الحسية كما يظهرون أشكالاً غير متناسقة من الاستجابات الحسية حيث تتباين من مستوى النشاط المنخفض جداً إلى مستوى النشاط المرتفع جداً والعديد منهم لا ينتبهون لأكثر من قناة حسية واحدة في نفس الوقت، ويظهر الطفل التوحدي وكأنه يعاني من مشاكل سمعية أو بصرية أو لسمية ولكنه يظهر في الوقت نفسه استجابات سريعة ويقظة لبعض المثيرات مثل الصوت الخافت أو الضوء المفاجئ مما ينافي وجود إعاقة سمعية أو بصرية لديه (الراوي حماد ص25، 1999)

ومن أبرز خصائص الأطفال التوحديين الحسية ما يلي:

### 1.4.5 المثيرات الصوتية:

يظهر بعض الأطفال التوحديين حساسية سمعية حيث يسمع أصوات حقيقية لا يسمعا الآخرون، مما قد تسبب له إزعاجاً وإدراكاً شديداً كما قد يبدو الطفل التوحدي كالأصم ففي الوقت الذي لا يستجيب فيه للأصوات المرتفعة جداً نجده يتألم وينزعج لبعض الأصوات الروتينية المعتادة مثل: نباح كلب، تشغيل محرك السيارة أو صوت جرس الهاتف أو صراخ أحد الأطفال أو تحريك المقاعد بالصف أو البيت أو صوت أمواج البحر، أو حفيف أوراق الشجر، أو تساقط المطر على السقف(الشيخ ذيب ص17، 2005).

### 2.4.5 المثيرات البصرية:

قد يبدو بعض الأفراد التوحديين أنهم لا يرون بعض المثيرات البصرية وبعضهم يخاف من رؤية بعض الألوان أو بعض أشكال الإنارة وأحياناً يحدث العكس حيث يوجد لدى بعض الأفراد حساسية بصرية تتمثل برؤية أشكال حقيقية لا يراها الآخرون(الشيخ ذيب: 2005، ص17)

تتمثل هذه الأشكال بالتفاصيل الدقيقة للأشياء والتي لا ينتبه لها الشخص العادي، لهذا نجد أن الظروف المحيطة بالطفل إذا كانت صعبة أو سريعة التغير كمحل ألعاب مزدحم هذا قد يسبب انزعاج الطفل التوحدي وبداية لغضبه وبكائه (سميرة السعد 1992ص34)

### 3.4.5 المثيرات اللمسية والذوقية والشمية:

يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أنهم يفحصون العالم من حولهم عن طريق حواسهم من الشم واللمس والذوق ولكنهم يفعلون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال تجدهم يحبون لمس الخشب الناعم والبلاستيك والفرو الناعم... الخ

الأطفال ممكن أن يتعرفوا على غيرهم بهذه الحواس، فقد يحبون شم يد والديهم وفحص وجه والديهم بلمسة خفيفة كما يفعل الأعمى، وقد ينفرون من لمسة خفيفة أو لثمة من أحد. قد يظهر التوحديين الصغار أنهم غير حساسين للبرد أو للألم (سميرة السعد: 1992 ص35)

### 6. النظريات المفسرة للتوحد:

ما هو الشيء الذي يسبب التوحد؟ هنا يكمن السر والغموض؟ هل هو مرض عصبي، أم نفسي، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة، أو بسبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام.

### 1.6 النظريات القديمة (النفسية المنشأ):

اعتقد كانر أن الوالدين، خصوصاً الأم يتحملان مسؤولية إصابة ابنهما بالتوحد لعدم تزويده بالحنان والدفء العاطفي الكافيين، وإهمالهما لطفلهما وعدم الاعتناء بتربيته مما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية ما بينه وبين أمه والرفض المتبادل بين الطرفين، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماع

وعارض الكثير من الباحثين هذه النظرية النفسية حيث أشار رتر (Rulter) إلى أن الطفل خلال الفترة الحرجة للتوحد (6.0) أشهر لا يمتلك وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له وأشارت دراسات رتر أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطيع أن يفصل بين ذاته وبين الآخرين ويستعمل الأنا كدلالة على نفسه وعلى الآخرين (الشيخ ذيب 2005ص8).

## 2.6 الفرضيات الحديثة نسبياً:

أثرت الكثير من الدراسات التي أجريت حول أسباب التوحد إلى تقديم مجموعة كبيرة من الفرضيات المحتملة للتوحد لعل أبرزها:

### 1.2.6 الفرضيات البيولوجية

أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبية المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا بيركنجي، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب (أبوالعزائم:2003: نت)

إن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي ودرست الاضطرابات الفيزيولوجية، فالتوحد كما أثبتت هذه الدراسات ناتج عن خلل عصبي وليس ناتج عن أسباب نفسية أو نفسية اجتماعية، حيث تلخصت النتائج التي وصلت إليها الأبحاث العلمية في ثلاث نظريات تتمحور حول إثبات وجود خلل ما في الجهاز العصبي الذي أدى إلى الانعزال والتخلف العقلي وعدم القدرة على التواصل اجتماعياً ولفظياً

### 1.1.2.6 النظرية الأولى: الشق الدماغى الوسطى

وتقول هذه النظرية، تراكم عند كبير من الخلايا الصغيرة في الشق الدماغى الوسطى وذلك إلى أسباني معينة أدت إلى تأخر تطوري عند الفرد من المراحل الجنينية حتى بعد الولادة مما يؤدي إلى بعض الاضطرابات السلوكية، وهناك دراسات تستخدم التصوير العصبي إشارات انخفاض مستوى الدم الذي يغذي الدماغ أي سوء نقص تروية الدماغ وتحديداً في منطقة الشق الوسطى من الدماغ عند التوحديين(ريتا مرهج ص13 2001).

وهذه الأبحاث كانت قد أرجعت الفشل في إقامة تواصل اجتماعى إلى وجود عطب في الشق الدماغى الوسطى كذلك ظهور أنماط من السلوك الاجترارية.

### 2.1.2.6 النظرية الثانية: المخيخ

أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخيخ كما أشارت دراسة (اشيموتو) التي أجراها على ( 102 ) شخص مصاب بالتوحد وذلك بمقارنتهم بعدد من الأفراد الأسوياء حيث كان قد

توصل إلى أن المخيخ لدى المصابين حجمه أصغر من الحجم الطبيعي وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ وأثبتت أن الفرق في حجم المخ بين التوحديين والأشخاص الطبيعيين يزول مع ازدياد العمر، لكن الدراسات دلت أن هناك فروق في حجم الدماغ الأوسط بين الأطفال التوحديين وبين الأسوياء والتي لا تزول مع تقدم العمر ، مما جعل الباحثين يعتقدون أن الخلل العصبي التطوري أصاب الحنين قبل الولادة وليس بعدها.

أما الخلل الموجود في العرق الدماغي فقد أثبتت الدراسات أنه يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسي والجسدي وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبي الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الانتباه والإثارة عند الأشخاص التوحديين، وبذلك فإن الخلل في المخيخ كذلك في العرق الدماغي قد يكون مقروناً بالتخلف العقلي الموجود في حالات التوحد فقد ربط (كورشين) نقص الانتباه بخلل في المخيخ (ريتا مرهج 2001 ص 14)

### 3.1.2.6. النظرية الثالثة: الدماغ الجبهي أو الكورتكس الأمامي

أشارت بعض الدراسات إلى وجود ضعف وظيفي في القشرة الدماغية للدماغ الجبهي الذي يؤدي إلى حركات تكرارية وسلوك اجتراري عند التوحديين ومما لا بد أن التوحد ينتج عن خلل في وظيفة الدماغ أو أثناء الحمل وذلك بسبب عامل ما يؤثر على دماغ الجنين أو بسبب عامل وراثي يؤثر على عملية نمو الدماغ (ريتا مرهج: 2001ص 15)

### 3.2.6. الفرضيات الأيضية

يؤكد الكثير من الباحثين أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحديين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح اللزوجة والمرونة أثناء العجين، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ويستدلون على ذلك من خلال استفراغ الطفل المستمر للحليب والاكزيما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغريبة تحت الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك / أو الإسهال المزمن واضطرابات التنفس الشبيهة بالأزمة الصدرية

ومن أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين ما يلي:

أ. حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتريا الموجودة في المعدة.

ب. زيادة الأفيون في المخ.

ج. عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت.

د. النفاذية المعدية التغيرات الطبية الحيوية التي تحدث نتيجة لذلك (العوامل الأيضية) هي زيادة تكاثر الكانديدا (الفطريات) والبكتريا في الأمعاء، وزيادة نفاذية الأمعاء ونقص الفيتامينات والمعادن وضعف التغذية بشكل عام، وضعف المناعة، ونقص مضادات الأكسدة، ونقص الأحماض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم. (الحكيم:2004: ص25).

#### 4.2.6. فرضيات الفيروسات (التطعيم)

يرى الباحثون إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماع الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض التوحدية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالتوحد خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالتوحد والمطعوم الثلاثي: مطعوم الحصبة ومطعوم ابو دغيم ومطعوم الحصبة الألمانية.

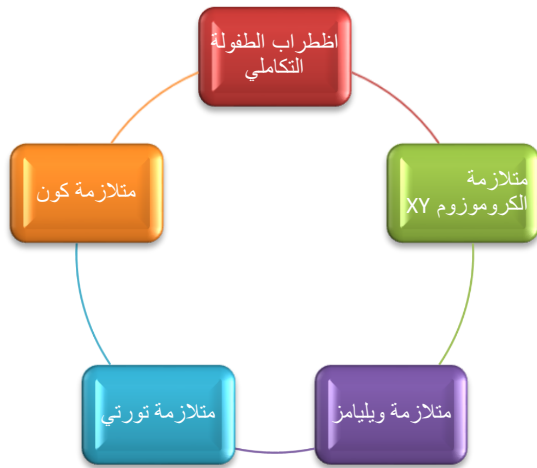
نظراً لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل مبكر في الجهاز المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات - إنتاج المضادات الكافية للقضاء على فيروسات اللقاح وبذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها (الشيخذيب 2005 ص10).

#### 5.2.6 التلوث البيئي

ونقصد به العوامل الخارجية أي تلوث البيئة بسبب المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات وغيرها من الأسباب (الحكيم ص33، 2004).

#### 6.2.6. الأدوية والعقاقير

يعتبر تناول الأم للأدوية والعقاقير أمراً غير مرغوب فيه بشكل عام، حيث قد تؤدي إلى العديد من المخاطر مثل تلف خلايا الدماغ والإصابة بالتوحد ولعل من أبرز الأدوية دواء (الشيخ ذيب ص10، 2005)



### 7. الأشكال الاكلينيكية للتوحد:

مفهوم التوحد واضح ومتعدد الأشكال  
الإكلينيكية للتوحد نجد:

### 1.7 اضطراب الطفولة التكاملية (le trouble désintégratif de l'enfance):

عادة لا يظهر الاضطراب إلى في السن

الثانية من عمر الطفل، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية، ويصاحبه مشكلة في اللغة الاستيعابية والتعبيرية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي وعدم القدرة على تطوير علاقات صداقة مع الأقران ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة، ولدى الطفل سلوكيات نمطية وتكرار للنشاطات ويصاحبه عادة تخلف عقلي شديد ولا يوجد لدى الطفل مشكلات عصبية (مصطفى نوري القمش وآخرون 2007 ص 30)

### 2.7 متلازمة كون Koon :

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا (الجمعية اللبنانية للأوتيزم 2006 ص 08)

### 3.7 متلازمة "توريتي" Tairrette :

تتصف بالحركة الإرادية كما في رمش العين وتلفظ الشفاه وهز الكتف بطريقة شاذة وغالبا ما يعاني الطفل من القلق وعدم القدرة على التركيز. (الجمعية اللبنانية للأوتيزم، 2006 ص 18)

### 4.7 متلازمة ويليامز "Williams" :

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة وهز الجسم والتعلق بالأشياء غير الطبيعية الجني الأنثوي، ويظهر في أطفال التوحد وخاصة الذكور ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط وللطفل صفات معينة مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل وغالبا تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي واضطرابات معرفية (ليسنان، 2000 ص 69).

### 5.7 متلازمة الكروموسوم:

اضطراب جنسي في الكروموسوم الجني الأنثوي، ويظهر في أطفال التوحد وخاصة الذكور ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط وللطفل صفات معينة مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل وغالبا تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت، اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي واضطرابات معرفية (ليسنان ص 2000.69)

### 8. التشخيص الفارقي:

يتضمن التشخيص الفارقي للتوحد مقارنة سلوك الطفل بسلوك الأطفال الآخرين ذو اضطرابات مغايرة يمكن أن تظهر فيها نفس الأعراض منها الإعاقة العقلية الصمم، اضطرابات معايرة إلى غير ذلك من اضطرابات فالمختص النفسي يقوم بعملية تحديد اضطرابات التي يعاني منها الطفل التوحدي فنذكر منها: (تسير كوافحة عمر فوازا 2007 ص 169).

### 1.8 الإعاقة العقلية:

إن الفرق بين التخلف العقلي والتوحد يتمثل في اختفاء الحركات النمطية المتكررة تدريجيا مع التقدم في العمر والتحسن الكبير في التجاوب مع التأهيل اللغوي والتخاطب والنضج الاجتماعي في التخلف العقلي، أما إذا لم يحدث تقدما يذكر في نتائج برامج التدريب المستمر على تنمية القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي أو زيادة الحصيلة اللغوية، فإنه قد يحصل نقص تدريجي لتلك الحصيلة التي اكتسبها في المراحل السابقة ومما يؤكد أن الحالة حالة توجد أكثر من أنها تخلف عقلي (ماجد السيد على عمارة 2005 ص 65).

### 2.8 الصمم:

يشير العلماء إلى أن الإصابة بالصمم الذي يكون في بعض الأحيان سبب في وجود البكم في حالات التوحد، تعرف في بعض الأحيان بالصمم الاختياري الذي من مظاهره أن يرفض الحديث في مرافق معينة بالرغم من توجيه الكلام إليه أسامة (محمد البطانية وآخرون: 2007 ص 607).

### 3.8 اضطراب التوحد:

لجا (الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية و العقلية /DSM-5) إلى استخدام تسمية تشخيصية موحدة تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو "اضطراب طيف التوحد حيث يتضمن هذا المسمى كالأ من "اضطراب التوحد، متلازمة أسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة

واضطراب التفكك الطفولي والتي كانت اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها، كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد. ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة ودرجة الذكاء لدى أفرادها لذا، فإن الدليل قد عمد في جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصية.

#### 4.8 اضطراب ريت:

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور اندرسون ريت (1966) باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي وقد اظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية المشي على أطراف الأصابع أرجحة الجسم ومشاكل النوم.

ونقل نسبة انتشار ريت عن نسبة انتشار حالات التوحد وتقدر ما بين (1/10.000) حالة ولادة إلى (15.000/1) حالة ولادة (الراوي حماد 1999 ص50).

#### أ. اضطراب ريت يكون في الأعراض التالية:

1. يبدو ظاهرياً سوي النمو ما قبل الولادة و حين الولادة
2. يبدو ظاهرياً سوي النمو على المستوى الحركي - النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.
3. يبدو محيط رأسه سوياً عند الولادة

#### ب. تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي:

1. بطء نمو الرأس ما بين عمر 485 شهراً
2. فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر 305 شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد).
3. فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً
4. ظهور عدم التناسق في المشية أو في حركات الجذع
5. نمو متأد تأدياً شديداً في اللغة التعبيرية والاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسي حركي

### 5.8 اضطراب الطفولة الانحلالي:

- ا. نمو سوي ظاهراً لمدة أقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي، أو لفظي مناسب للعمر، أو في العلاقات الاجتماعية، وفي اللعب، والسلوك التكيفي أيضاً.
- ب. فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريريا (قبل بلوغ سن العاشرة) وذلك في مهارتين على الأقل من المهارات التالية: اللغة التعبيرية أو الاستقبالي، المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي ضبط التغطوط أو التبول، المهارات الحركية.
- ج. شذوذات وظيفية في وظيفتين على أقل تقدير في المجالات التالية:
  1. تأذ نوعي في التفاعل الاجتماعي (أي تأذيه في السلوكيات غير اللفظية، وفشل في تنمية العلاقات مع الأنداد، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي).
  2. تأذيات نوعية في الاتصال (أي التأخر أو ضعف في اللغة المنطوقة، العجز في البدء في الكلام أو الاستمرار فيه، استخدام تكراري ونمطي للغة، فقدان اللعب المتنوع).
  3. أنماط محددة من السلوك النمطي والتكراري، والاهتمامات، والنشاطات ومن ضمنها التكاليفات الحركية والنمطية
- د. اضطراب لا يعد ضمن اضطراب نمو معمم آخر أو ضمن الاضطراب الفصامي. (الراوي حمادة 1999ص59)

### 6.8 اضطراب اسبرجر:

يعود مصطلح اسبرجر إلى الطبيب الاسترالي (هانس اسبرجر) الذي قام سنة (1944) بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي والاتصال بفئة خاصة وقد تم تسميتهم نسبة إليه واليوم يستخدم مصطلح أسبرجر من قبل جمعية الأطباء الأمريكيين ومن قبل العديد من العاملين في هذا الميدان بحيث ينظر إلى الأطفال الذين يقعون ضمن هذا المصطلح باعتبارهم فئة خاصة تختلف عن فئات الاضطرابات الأخرى (الراوي حماد: 1999 ص 52)

تظهر أعراض اسبرجر كما وردت في التصنيف التشخيصي كما يلي:

ا. إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المجالات التالية:

1. إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر عيناً إلى عين ، التعبير الوجهي، حركات الجسم والوضعيات المنظمة للتفاعل الاجتماعي
2. الإخفاق في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو

3. فقدان التفتيش التلقائي عن مشاركة المسرة، والاهتمامات أو الإنجازات مع الأشخاص الآخرين.
4. فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
- ب . أنماط متكررة محددة على الشاكلة نفسها من السلوكيات والاهتمامات والنشاطات تظهر بوحدة على الأقل من المظاهر التالية:
  - أ. الانخراط بانشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفذة تنفيذاً نمطياً وعلى الشاكلة نفسها من الاهتمام الذي يكون شاذاً إما في الشدة أو في التركيز
  - ب. الالتزام غير المرن كما يبدو ظاهرياً في أعمال روتينية غير هادفة نوعية.
  - ج. سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد (مثل لي الذراع، القذف العنيف لليد أو الأصبع، أو القيام بحركات جسمية معقدة لكامل الجسم).
  - ج. يسبب الاضطراب إعاقة هامة سريرييه في المجالات المهنية والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة
  - د. لا يوجد سريريا تأخر عام هام في اللغة (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني الجمل التواصلي المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالث)
  - هـ. لا يوجد سريريا تأخر عام هام في النمو المعرفي أو في نمو مهارات العون الذاتي المتوافقة مع السن، وفي السلوك التكيفي (عدا التفاعل الاجتماعي) وفي سلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة
  - و. المعايير لا تتطابق مع اضطراب النمو المعمم النوعي الآخر ولا مع الفصام

#### 7.8 الفروق بين الطفل العادي والتوحد:

يعاني الطفل التوحد من نمو غير طبيعي في التطور المعرفي والاجتماعي يبدأ قبل السنوات الثلاثة الأولى من العمر، نادرا ما يكون بعد الخامسة وأغلب التوحدين يظهران علامات الإعاقة منذ الولادة، والبعض يكونون ذوي نمو طبيعي، ثم يتبعه اختلال في المهارات الإدراكية والاجتماعية ومهارات التواصل خلاف عن الطفل العادي في سنة وهنا نحاول أن نقارن بين الطفل التوحد والطفل العادي

#### 8.8 السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

كثيرا ما يقوم الطفل التوحد لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل كهر الرحلين أو جسمه، أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على أو الدوران حول النفس أو إصدار نغمة أو صوت همهمة بشكل متكرر، وقد يمضي ساعات محققا في اتجاه معين أو نحو مصدر الصوت القريب أو

البعيد، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في الواقع استثارة ذاتية تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي ثم يعود إلى وحدته المفرطة والعلاقة التام وعلى عالمه الخيالي(محمد ولد طالب 2009 ص26).

### 9.8 إيذاء الذات:

قد يصدر من الطفل المتوحد سلوك عدواني متجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة والمختصين العاملين على رعايته، هذا السلوك في البداية كالعض والخدش والرفس، وقد تشكل عدوانية إزعاج مستمر لوالديه، وكثيرا ما يتجه الإزعاج نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمى أو يضرب رأسه عرض الحائط أو ببعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح، أو أورام أو قد يتكرر ضربه أو لعلمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.(محمد عنان عليوان 2007، ص45)

### 10.8 الانشغال المرضي بموضوعات معينة:

ويقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل بشكل مرضى الموضوعات أو أشياء معينة قد ينهمك الطفل التوحدي بقطعة رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة ويستمر هذا الانهماك لفترة طويلة ويشعر الطفل بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.(محمد السيد عبد الرحمان 58ص2005).

### 11.8 الشعور بالقلق الحاد:

تسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة القلق الحاد للطفل المتوحد، وذلك عند إحداث تغيير في روتين حياته اليومية، ومن ناحية أخرى أن الطفل التوحدي لا يخاف من أخطار حقيقية مثل المرور في الشارع أو الوقوف في الأماكن المرتفعة وقد ينزعج الطفل إذا فقد شيء مألوف لديه أو عند نقل أثاث غرفته من موقعها المعتاد، ويعاني الطفل التوحدي من شذوذ في الوجدان مثل التقلب الوجداني أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح(Pierre Ferrari p14/ 1999).

### 12.8 انخفاض في مستوى الوظائف العقلية:

يعاني أطفال التوحد من اضطراب في النمو العقلي، وتظهر بعض الحالات تفوقا ملحوظا من ظهور تفوق في مجالات معينة، فقد يبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية ويظهر على البعض الآخرون الأداء السوي أو القريب، ويعاني البعض الآخر من الأطفال التوحديين من ضعف في الإدراك والانتباه والوظائف العصبية، كما يكون التفكير عندهم بالصورة وليس بالكلمات ولديهم صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء معالجة

محاولات أخرى، كما يتميزون باستخدام قناة واحدة من قنوات الإحساس في الوقت الواحد (سوسن شاكر مجيد 2007ص40).

### 9. التوحد وعلاقته ببعض اضطرابات الطفولة:

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون إلى تشابه الملوك المرتبط بها مع الإعاقات الأخرى ويهمننا هنا الإشارة إلى العلاقة بين إعاقة التوحد وكل من الإعاقة العقلية وفصام الطفولة واضطرابات التواصل والاضطرابات السمعية البصرية وذلك على النحو التالي:

#### 1.9 إضطراب التوحد وعلاقتها بالإعاقة العقلية:

يعاني ( 75% 80% ) من أطفال التوحد من التخلف العقلي وأن (15-20%) يعانون من التخلف العقلي الشديد وبنسبة ذكاء اقل من 35 درجة وان أكثر من (10%) من التوحديين لديهم ذكاء أعلى من المتوسط أو شذوذ في القدرات العقلية كما أن معظم أطفال التوحد لا يستطيعون الإجابة على اختبارات الذكاء بشكل مضبوط فنجد أن أدائه جيدا في اختبارات القياس المهارات البصرية و لكن أدائه ضعيفا في اختبارات اللغوية وتفسير ذلك يعود إلى أن اختبارات الذكاء صممت على الأطفال الطبيعيين و ليس على أطفال التوحد أن مظاهرا لتوحد تشبه في بعض سلوكياتها إلى حد كبير سلوكيات الإعاقة العقلية و هذا لا بد أن تشير إلى عدد من النقاط التي ينفرد بها التوحد ويتميز عن الإعاقة العقلية.

#### 2.9 إضطراب التوحد وعلاقته بفصام الطفولة:

ينظر العديد من العاملين في الميدان النفسي إلى أن الفصام والتوحد مصطلحان الاضطراب واحد خصوصا عندما يظهران في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل ولذلك أطلق العديد منهم مفهوم فصام الطفولة للإشارة إلى الطفل المتوحد ولكن أظهرت الدراسات والأبحاث في هذا المجال أن الفرق بين الحالتين كبير جدا فالتوحد يعتبر اضطراب سلوكي أما الفصام يعتبر اضطراب ذهني (الراوي حماد ص52 1999).

#### 3.9 إضطراب التوحد وعلاقته باضطرابات التواصل

يرى العديد من الباحثين إلى أننا نتوقع وجود تشابه بين إعاقة التوحد والاضطرابات اللغوية ذلك أن اضطرابات اللغة والكلام و الجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص إعاقة التوحد و بسبب هذا التشابه فانه يتم الخلط بين التوحد و هذه الاضطرابات أحيانا و قد أشارت الدراسات إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها أطفال التوحد ولكن يمكن التمييز

بين أعراض الاضطرابيين و هذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما ، لا يظهر أطفال التوحد أية تعبيرات الفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة و قد تظهر المجموعتان في إعادة الكلام و ترديده غير أن أطفال التوحد مميزين بترديدهم للكلام و خاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر، وفي حين يخفق أطفال التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية و الرموز غير المحكية و يحاولون التواصل مع الآخرين، وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم أو القابلية للتعلم و القدرة على التعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة و مميزة بين أطفال التوحد و الأطفال المضطربين لغويا. ( شاكر الجلبي ص 58 2005).

#### 4.9 إضطراب التوحد وعلاقته بالاضطرابات السمعية والبصرية:

من بين الأعراض والسلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعيا السلوك الانسحابي والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة و هم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات أطفال التوحد مع (فارق جوهرى) هو أن السلوك الانسحابي والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك من أعراض أولية وأساسية لدى أطفال التوحد، وعلاوة على ذلك فإن أطفال التوحد لا يعانون من الصمم في الأعم والأغلب، ومن الناحية الأخرى قد يظهر الأطفال المعاقون بصريا بعض السلوكيات الدالة على الاستثارة الذاتية والحركات النمطية وهم في ذلك يشبهون ما يقوم به أطفال التوحد فضلا عن استجابة أطفال التوحد للمثيرات البصرية قد تشير إلى إصابتهم بإعاقة التوحد. (الجلبي 2005 ص 55)

#### 5.9 التوحد وعلاقته بالصرع

إن حوالي (31%) من أطفال التوحد يعانون من الصرع ويبدأ من مرحلة الطفولة أو المراهقة، ودرس باحثون الوقت الذي تظهر فيه بدايات التوحد ووجدوا أنه يبدأ عندما يقوم الجهاز العصبي بعمله ووجد أن الذين تحدث لهم النوبات الصرع غالبا ما يقل معامل ذكائهم عن (50%)، ولوحظ أن أكثر من حالات التحد يوجد لديهم تاريخ نوبات صرع ومعظم أعراض الصرع تتجلى في فقدان الوعي والتشنج والاهتزاز، والتخطيط الكهربائي بإمكانه أن يثبت ذلك.

### 6.9 الكروموسوم × الهش

إن حوالي 10% من أطفال التوحد لديهم أعراض ذلك الكروموسوم (X الهش)، ومعظمهم من الذكور، ويكون ذلك بسبب الاختلال في الكروموسومات والذي يظهر فيه النقص والهشاشة ويعاني معظم الأطفال من التخلف العقلي ومظاهر التوحد وبعض من الإعاقة الفيزيائية.

### 7.9 تصلب الأنسجة

وسبب ذلك يعود إلى الاختلالات الجينية التي تسبب النمو غير الطبيعي الأنسجة الدماغ. ويحدث ذلك الحالة واحدة لكل عشرة آلاف ولادة وحوالي ربع هؤلاء الأطفال من التوحديين (الجلبي ص 53.54 2005).

### 10. مقاييس تشخيص التوحد

تعرف المشكلات النفسية بوجه عام بأنها صعوبات في علاقات الشخص بغيره أو في إدراكه عن العالم من حوله أو في اتجاهاته نحو ذاته، أو عندما يحكم عليه الآخرون في البيئة المحيطة بأنه غير فعال أو مدمر أو غير سعيد الخ وهذا ما يحدث مع الأطفال (آدمالشناوي: 1998 ص 139)

فالتشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكميوالكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة، والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية، والسجل الطبي والتقييم العصبي ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة (ياسين فاروق ص 105 1990)

إن تشخيص التوحد بعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، والمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى، ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق::

طبيب أعصاب أخصائي/ علاج مهنيطبيب نفسي/ أخصائي علاج لغة وأمراض نطق/ أخصائي تعليمي/ طبيب أطفال متخصص في النمو. أخصائي نفسي/

كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد (أبوالعزائم: 2003:نت).

وفيما يلي عرض لأهم مراحل والاختبارات التشخيصية لاضطراب التوحد:

### 1.10 مرحلة التعرف السريع على الطفل التوحدي

وتشتمل على مرحلتين:

**أولاً:** المرحلة التي يلاحظ بها الآباء والأمهات أو ذوي العلاقة بالطفل بعض المظاهر السلوكية غير الاعتيادية وخاصة تلك المظاهر التي لا تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل وتكرار تلك المظاهر وشدتها ومن هذه المظاهر/ضعف النمو اللغوي ضعف التطور في المهارات الذكائية وضعف الجانب الاجتماعي.

**ثانياً:** مرحلة التأكد من وجود مظاهر الملوك التوحدي لدى الأطفال المشكوك بهم وذلك من خلال عرضهم على فريق متخصص من الأخصائيين ويشمل الفريق الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف بالتوحد، أخصائي القياس التربوي أخصائي علاج النطق أخصائي قياس السمع أخصائي اجتماعي ويلعب الوالدان دوراً حيوياً هاماً في عملية التشخيص وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل وأنماطه السلوكية (سوسن شاكر الجلي ص 57، 2005)

واستخدمت أدوات عديدة في تشخيص وتقييم الأطفال التوحديين ومنها اختبارات الأعراض التشخيص والتقييم النمو هو التكيف والتواصل واللغة والإدراك وبإمكان المربين والباحثين استخدامها إما للتعرف على جوانب النمو المختلفة والبيئة والعائلة وتقدير التغير في أبعاد السلوك والنمو ومدى الاستجابة للبرامج التربوية المختلفة وفيما يلي تفصيل لأهم الاختبارات.

### 2.10 المجموعة الأولى اختبارات التقييم الشخصي

#### 1.2.10 قائمة تشخيص التوحد

بنيت القائمة من قبلينيت القائمة من قبل ( لورد روتر / lord et rotter ) و تستخدم مع الأطفال و المراهقين الذين لديهم اضطرابات في النمو وأجريت أبحاث لاستخراج الخصائص السيكومترية للقائمة فاستخرج الثبات من خلال تطبيق القائمة على 10 أطفال للتوحد وبلغ متوسط أعمارهم 49 شهرا و (10) أطفال معوقين عقليا و يعانون من الضعف في اللغة و بمتوسط عمري قدره (50) شهرا ووجدوا أن الصدق الداخلي و معاملات الارتباط الداخلية كانت عالية وجيدة وأثبتت النتائج بان القائمة ثابتة وصادقة في تشخيص التحد الأطفال ما قبل المدرسة وبإمكان استخدام القائمة في البيت من خلال زيارة المعالج

الذي يبدأ بزيارة العائلة و توفر الزيارة فرصة اللقاء مع الطفل والتعرف على إحساسات العائلة و يستغرق التطبيق عدة ساعات.

### 2.2.10 استمارة الملاحظة لتشخيص التوحد قبل الكلام

بنيت الاستمارة من قبلينيت من قبل (Dyllavur et lord et rotter) وهي استمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس بإمكانهم القدرة على الكلام واستخدام اللغة وليس لديهم مظاهر التوحد. وتطبق الاستمارة على الطفل وبمساعدة أهله وهذه الأداة تزودنا بالفرصة لملاحظة المظاهر الخاصة كالسلوك الاجتماعي والانتباه والتخيل والتفاعل والمشاركة مع الاختبار واستخرجت القدرة التمييزية للاستمارة من خلال تطبيقها على أطفال التوحد العاديين (سوسن شاعر الجليبي 2005 ص60)

### 3.2.10 مقياس التقدير للتوحد الطفولي:

بني من قبل (shopller et davilliset daly) واستخدم في تحديد الأطفال المعوقين والتوحيدين الذين هم بحاجة إلى البرامج التعليمي (Teeach) وتتكون هذه القائمة من 15 فقرة وتغطي عدة جوانب منها: العلاقات مع الآخرين/العاطفة/ التقليد/ التكيف مع الآخرين/ الاستجابة البصرية/ التواصل اللفظي والغير اللفظي/ مستوى النشاط/ الانطباعات العامة.

### 3.10 مقياس تقدير التوحد

بني عام (1995) من قبل (gilliamet Hans) يستخدم من قبل المعلمين والمهنيين والعائلة في تحديد وتشخيص التوحد والمختلف الأعمار الزمنية اشتقت فقرات المقياس بالاعتماد على الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية ووضعت الفقرات في أربع مجاميع:

السلوك النمطي/ التفاعل الاجتماعي/ التواصل/ الاضطرابات النمائية

وللمقياس ثلاث درجات التي تصف وتقيس السلوك، أما الاختبار الرابع والذي يقيس الاضطرابات النمائية فهو يتضمن مجموعة من البيانات التي تشمل تطور نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى. ويتم استخراج الصدق والثبات للأداة من خلال التعرف على الارتباطات الداخلية بين الفقرات والتي تراوحت بين (0.8-0.9)

### 1.3.10 أداة التخطيط التعليمي من اجل مسح التوحد

بنيت الأداة من طرف (george and H.Helmond) وهي تعد من الأدوات الشائعة للتقويم والتخطيطي التعليمي الأطفال التوحد تكونت القائمة من 5 مكونات للتعرف على المظاهر السلوكية للتوحد من عمر

18 شهر فأكثر والمكونات هي الحواس العلاقات التعرف على أجزاء الجسم اللغة العناية الذاتية فضلا عن تقويمها للتفاعل والتواصل والتعلم وهي أداة يمكن أن يستخدمها المدرس في تقديره للمهارات والاستعدادات الأكاديمية التي يلمسها في تفاعله مع الطفل في الفصل وتقديره لمستواه التحصيلي وسلوكياته في المواقف المختلفة وفي تعاملها وموضوعياتها تثري عملية تخطيط البرنامج التعليمي الفردي وفي التخطيط اليومي للأنشطة التعليمية في الفصل وتزودنا الأداة بمخطط للقدرات و السلوك اللفظي والتفاعل الاجتماعي والمستوى التربوي ووجد أن هناك علاقات قوية ارتباطيه بين أجزاء الاختبار للتمييز بين المجموعات في مختلف المواضيع.

### 10.3.2 أدوات قياس التقدير السلوكي لأطفال التوحد والشواذ

وتستخدم للتعرف على طفل التوحد ووضعت القائمة من قبل (Rotten) وتضمن 8 مقاييس (العلاقات والروابط مع الآخرين / التواصل/ النطق/ التخاطب/ التجاوب الاجتماعي/ القدرة الحركية البدنية/ النمو النفسي العضوي) ولكن قدرة هذا المقياس على إنتاج أهداف علاجية محدودة للغاية.

### نظام ملاحظة السلوك:

وضع من قبل (Barron kohen and healen Gelberg) (في عام 1992) وتستخدم للتعرف على الطفل التوحد وليس التشخيصوتبدأ بشكل مبكر من عمر 18 شهر ويستغرق تطبيق القائمة ما بين 5-10 دقائق، وبالإمكان تطبيقها من قبل عدة أشخاص ويتم العلاج والتدخل التربوي الفعال بعد عمر 3 سنوات تحتوي القائمة على تسعة أسئلة يتم الإجابة عليها بنعم أو لا ويمكن للعائلة الإجابة عليها وهذه القائمة تقدم للمعالجين البرنامج التربوي الذي بالإمكان البدء به شهريا أو سنويا بعد وضوح جميع الأعراض ومنها:

الافتقار إلى اللعب الجماعي/ الافتقار إلى الاهتمامات الاجتماعية/ الافتقار إلى تطبيق الأوامر لافتقار إلى الانتباه/ الافتقار إلى اللعب/ الضعف في النمو الحركي.

وأثبتت دراسة عام (1996) بان فشل الطفل في ثلاث فقرات من القائمة بعمر 18 شهر فانه يعد لديه مخاطر التوحد وانه بحاجة إلى التربية الخاصة مقارنة مع نماذج التأخر في النمو.

### 10.3.3 قائمة التقييم السلوكي المختصر

وتتكون من 20 فقرة في استمارة واحدة و لكل فقرة مقياس تقديره من (5) درجات هي صفر ( لا يحدث أبدا ، 1 : يحدث أحيانا 2 : كثيرا ، 3 : كثيرا جدا 4 : دائما) ويمثل كل بند سلوكا من السلوكيات التي

تمثل أعراض التوحد و يقدر مجموع الدرجات بمقدار (65) درجة وهي أداة تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من التوحد والتخلف العقلي معا من أعمار (2-15) سنة وتملأ الاستمارة بواسطة أخصائي نفسي على أساس ملاحظة مقتلة ويستخدم النتائج في عمل التشخيص المبدئي للحالة و في وضع الخطوط العريضة للتدخل العلاجي (سوسن شاكر الجلي ص 63 2005)

#### 4.10 المجموعة الثانية

##### 1.4.10 اختبارات تقويم النمو

من الاختبارات الشائعة الاستخدام في التشخيص اضطراب التوحد ما يسمى بمقياس النمو الذي يصف عدة جوانب تتعلق بالنمو لدى الطفل ومقارنة تلك الجوانب مع ما يفترض أن يقوم به الطفل في الوضع الطبيعي وتتكون تلك المقاييس من عدة جوانب بحيث يغطي كل جانب عدة فقرات بحيث تصف كل فقرة مجموعة من السلوكيات أو الاستجابات المختلفة (الراوي حماد 57 ص 1999) وتشمل الأدوات التالية:

##### 1.1.4.10 المخطط النفسي التعليمي

صمم من قبل (shopler and marcus) ويقوم بتقييم مظاهر النمو للأطفال الذين لديهم توحد أو اضطراب في النمو ويستخدم المخطط مع الأطفال الذين هم بعمر ما قبل المدرسة أو في عمر زمني يمتد ما بين 6 أشهر ولغاية 12 سنة وتوجد صورة منه للمراهقين والكبار ويحتوي المخطط على (131) فقرة للنمو و(43) فقرة للسلوك ويتراوح الوقت لتطبيق القائمة ما بين 45 دقيقة ساعة ونصف ، ويقيس المخطط سبعة مجالات وظيفية وهي ( التقليد، الإدراك الحسي التوافق الحركي الكبير، تأزر اليد مع العين الجانب المعرفي العملي ) كما يقيس أربعة مجالات سلوكية هي العلاقات (الاجتماعية، الحسية ،اللعب، اللغة) فضلا عن قياس المهارات الوظيفية والسلوكيات وتستخدم نتائج تطبيقه في تبني الاستراتيجيات العمل مع الأطفال وأنشطة المدرس في الفصل والأبوين في المنزل.(سميرة السعد: 1992ص21)

##### 2.1.4.10 المقاييس الرئيسية للنمو الجنوب كاليفورنيا

بنيت المقاييس من قبل مركز جنوب كاليفورنيا قسم التربية والتشخيص عام (1985) وتقيس هذه المقاييس النمو المعرفي التواصل السلوك الاجتماعي القدرات العملية والجانب الحركي القدرات الحركية الدقيقة معتمدة في ذلك على مبدئين أساسيين:

نظريات النمو وخاصة نظرية بياجيه ومراحل النمو الإنساني التي وضعها بياجيه.

التقنيات التقييمية والتي تهدف إلى اختبار القدرات التقليدية والمعارية ومن الضروري التشجيع على ملاحظة الطفل في البيئة الطبيعية من أجل الوصول إلى التقييم النهائي للطفل والتعرف على قدراته في حدود مقاييس النمو

#### 3.1.4.10 قائمة النمو المبكر (لبرانكس)

بنيت في (1978) من قبل (BRANKS) وهي محكية المرجع وهي مفيدة لأغراض التقييم ولتحديد الأهداف التعليمية وللإرشاد التربوي، ويمكن للقائمة أن تقيس عدة مظاهر للنمو من الولادة وحتى عمر سبع سنوات ومن أهم المجالات التي تقيسها:

المعلومات العامة الاستيعاب النطق واللغة التحصيل الأكاديمي مساعدة الذات المهارات الحركية النفسية، وبالإمكان استخدام القائمة المكونة من (98) اختباراً فرعياً من قبل المشخصين والملاحظين ومن أجل الوصول إلى المعلومات المطلوبة ينبغي تشجيع الطفل على التكيف والاستجابة لكل ما هو موجود في البيئة (سوسن شاكر الجلي 2005 ص66).

#### 5.10 المجموعة الثالثة

#### 1.5.10 تقويم التكيف

#### 1.1.5.10 مقاييس فاينلاند للتكيف السلوكي

بني من قبل (Sybarrou palla and kichette) في عام (1948) يعتبر هذا المقياس من المقاييس الشائعة الاستخدام وخصوصاً مع حالات الإعاقة العقلية بمختلف درجاتها وهو صالح للاستخدام من عمر شهر إلى عمر 25 سنة ويتألف من 8 أبعاد رئيسية وهي:

الكفاية الذاتية، ارتداء الملابس، تناول الطعام التنشئة الاجتماعية، توجيه الذات، المهنة، الاتصال، التنقل. ويمكن أن يساعد هذا المقياس على توضيح بعض الجوانب والأبعاد لدى الطفل التوحدي ولكن يجب عدم اعتماده بشكل منفصل في الحكم على الطفل التوحدي لاعتماده على أخذ المعلومات من شخص آخر صاحب العلاقة مع الطفل التوحدي الأمر الذي يترك مجالاً لعدم الدقة والصدق في المقياس (الراوي،

حماد: 1999 ص62)

### 6.10 المجموعة الرابعة

#### 1.6.10 تقويم التواصل

وتشمل الاختبارات التالية:

#### 1.1.6.10 قائمة تطور التواصل:

بنيت من طرف (robben et b. hydric) وتقيس مهارات التواصل المختلفة وبشكل مبكرو تقيس مظاهر اللغة الاستقبالية والتعبيرية وتتضمن فقرات التقرير العائلي مع فقرات تقدير السلوك.

#### 2.1.6.10 مقياس اللغة لما قبل المدرسة:

بني من قبل (bonde and z. Man) يتكون المقياس من اختبارين معياريين وهما اختبار الاستيعاب السمعي واختبار التواصل التعبيري ويهدف الاختبارين إلى تقويم قابلية الطفل على اللغة التعبيرية والاستقبالية.

#### 7.10 مقاييس رينيل للتطور اللغوي:

بني المقياس عام (1987) وهو اختبار للغة ويطبق على الأطفال من عمر سنة إلى سبع سنوات (07/01) ويقيس المقياس اللغة الاستيعابية والتعبيرية ويستخدم بشكل واسع مع الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي، ومواد الاختبار تشمل مجموعات من الأشياء كلعب الأطفال قطع الأثاث الملابس الحيوانات صور من الحياة يتكون المقياس من جزئين هما (أ) الذي يقيس الاستيعاب اللفظي للأطفال الاعتياديين والجزء (ب) الذي صمم للأطفال المعاقين.

#### 8.10 المجموعة الخامسة: اختبارات لقياس الذكاء

وتستخدم في هذا المجال اختبارات الذكاء المعروفة والمستخدمة مع الأطفال العاديين ويقدر بناءة عليها درجة ذكاء الطفل، ويجب الانتباه أننا في تعاملنا مع الأطفال التوحديين يجب أن نركز على اختبارات الأداء غير اللفظية ، والاختبارات التي تركز أو تقتصر فقط على هذا الجانب ( الأداء غير اللفظي ) وخاصة مع الأطفال الذين لا يستطيعون الكلام ومن الاختبارات التي يمكن أن تستخدمها ما يلي : مقاييس ( وكسلر) للذكاء أطفال ما قبل المدرسة/ مقاييس القدرة الفارقة/ مقاييس وكسلر الذكاء الأطفال / اختبار ستانفورد بينيه للذكاء/ مقياس كولومبيا للنضج العقلي مقياس الذكاء غير اللفظي/ مقياس لينتر غير اللفظي/ بطارية كوفمان.(الراوي حماد ص53، 1999)

### 9.10 سلم تقييم السلوك التوحدي لدى الرضيع:

هذا السلم يسمح بتحليل اضطرابات مختلفة الوظائف عند الأطفال الصغار ومجموعها هذا السلم هو وظيفة وكل وظيفة تقييم عن طريق 05 بنود (berrin dett rojjer p102,2003)

هو عبارة عن استبيان أقترح من طرف (الورد) في سنة 1991 وهو يمثل مجموعة كبيرة من البنود تشكل 11 في المجموعة والتي تكشف جميع مؤشرات التوحد، والتي لا بد أن تجري وتملاً من طرف شخص ذو بصمة إكلينيكية وذلك عن طريق المقابلة نصف الموجهة تكون مع الآباء (برندات روجيه ص 102، 2003)

### 10.10 بطارية تقييم النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي:

وضعت من طرف (Adrian.A) سنة (1996)، وهي خاصة بالأشخاص الذين يعانون من مشاكل في النمو ما يعني أنها خاصة بالأطفال المتوحدين وهذه البطارية يقيم 16 وظيفة معرفية اجتماعية للأطفال الذين لديهم مستوى النمو لأقل من عامين. (برندات روجي ص 05. 2003)

### 11. البرامج التربوية والعلاجية المتبعة في علاج أطفال التوحد:

هناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما انه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي ما يأتي:

#### 1.11 التحليل النفسي:

كان (BRUNHO BLITIYHAM) أول من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد، وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل المستشفى أو ملحقة لها (كما هو في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نقل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغيير البيئة السكنية بالنسبة للطفل

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي وهناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشمل على مرحلتين:

**الأولى:** يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

**الثانية:** يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية (سوسن شاكر الجلي ص105، 2005).

### 2.11 العلاج السلوكي:

هذا المدخل كان له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص التوحديين وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه. وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي (سميرة السعد 23ص، 1992)

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

1. أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية الأطفال التوحد
2. تعتمد على أساسيات التعلم والتي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين
3. يمكن تعليم أطفال التوحد نماذج من السلوك التكيفي وبوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي السلوك الاجتماعي الملائم / مهارات تعلم اللغة والكلام/ مهارات متنوعة من العناية الذاتية/ اللعب بالألعاب الملائمة

المزاوجة والقراءة / المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام.(سوسنالجلي 2005 ص108)

### 3.11 التدخلات الطبية - الحيوية:

يمكن استخدام هذا النموذج البيولوجي الخاص بالتوحد لمعرفة فاعلية مختلف المعالجات الدوائية المستخدمة من عدمها، ولا يمكن هنا عرض دراسة تفصيلية لكل هذه المعالجات ولكن هناك عدد من العناصر البارزة، فليس كل الأشخاص المصابين بالتوحد مع الاضطرابات المصاحبة سواء. فلا يزال الطبيب يستند في توصياته على التجربة والخطأ وإن الأسلوب المنطقي جدا في علاج زيادة المواد المخدرة في الجسم هو استخدام دواء فعال مضاد للمواد المخدرة يتم تناوله بالفم مثل (Patrickson) مع أن التقارير لمن تكن إيجابية على مستوى العالم.

فقد أوضحت بعض الدراسات (skivo,1996) وجود أثر مفيد ملحوظ عند استعمال الدواء بجرعة مناسبة ومنخفضة وحيث أن وجود المواد المخدرة عامة ولكن ليس بصورة حصرية بالطبع يقتل السريان في الأنظمة الرئيسية في الجهاز العصبي المركزي فإن الأدوية التي تقلل السريان كثيرا (مثل الأدوية المهدئة التي تؤثر على الأنظمة الدوبامينية) يمكن القول بأنها غير مفيدة. وإن أدوية مثل (SOLIPRED/ HALOPIRRIDOL) التي تزيد من السريان الدوباميني عند استعمالها بجرعات منخفضة مناسبة يمكن أن تكون مفيدة. وأن (RESPIRIDON) سيعزز السريان (SIROTOENERGIE)(من خلال المفعول المشارك HT25) ويعزز كذلك السريان الدوباميني من خلال مفعول المقاومة (D2) ولذلك يبدو واعدًا. توجد العديد من الأدوية المشتركة الاستخدام التي يمكن التكهن بفعاليتها باستخدام هذا النموذج (SIVERI SHATOUK P12, 2005).

#### 4.11 التدريب على التكامل السمعي

وتقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بان الأشخاص المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص السمع أولاً ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون إلى موسيقى تم تركيبها بشكل رقمي ( دجيتال ) و التي تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم وبمعدل نصف ساعة و لمدة عشرة أيام متواصلة إن هذا البرنامج غير مؤذ و انه ليس من الواضح فيما إذا كان الإصغاء إلى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء إلى الموسيقى و ليس هناك إثباتات علمية بان العلاج كان ذات فائدة للطفل(شاكر الجلي ص2005، 111)

#### 5.11 العلاج التعليمي

وهو مثل التكنيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفل، ويعكس الإجرائي هذا المدخل لا يلغى كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يهتم بها. وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكار يتبع نفس القوانين وأنظمة التعليم والسلوك (سميرة السعد: 1992 ص24)

### 6.11 العلاج بالتكامل الحسي

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني و يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط و تكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل حواس الشم ، السمع ، البصر المس التوازن التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة ويقوم بعلاج هذه الأحاسيس و من ثم العمل على توازنها و لكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما انه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل المساح للمس برفق و استخدام اللمس التي تعين الطفل على الاستجابات التكيفية فضلا عن تدريب الدماغ الطفل لتكامل المدخلان المختلف الأحاسيس لقد جرب هذا البرنامج على (10) أطفال و تم إعطاؤهم (15) دقيقة من العمليات المساجية قبل النوم ، وقرأ على (10) أطفال آخرين القصص قبل النوم و بعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسنا واضحا في السلوك الاجتماعي ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر عملية من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه.(شاكر الجلي 2005ص111)

### 7.11 العلاج بالموسيقى

درست التأثيرات العملية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني، كما أن هذا البرنامج بعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية (شاكر الجلي: 2005 ص121).

### 8.11 العلاج بالحمية الغذائية

ظل أباء الأطفال المصابين بالتوحد والاضطرابات المصاحبة لسنين عديدة يستقصون في آثار الأطعمة المنزوعة (glutinet la caseine)، وعموما فقد كان هناك شك في هذه الجهود أو عدم رضا من أغلبية المختصين، وهناك أطباء ومختصوا تغذية ومدرسون ومختصون آخرون في الرعاية مستعدون لبحث هذه الأفكار لأنفسهم ولكن الآباء يميلون إلى عدم الاندفاع لمتابعة تلك التدخلات، وتقدم الدراسات الترويجية دليلا مؤيدا لفاعلية تلك التدخلات ولكن حتى ترد إجابة أخرى فإن المختصين يجدون صعوبة

في تقديم موافقة خالصة على تلك الجهود وقد أكملنا أخيراً المرحلة الإرشادية لدراسة تشمل إزالة (الغلوتين) من الغذاء (withley 1997).

ونظراً لأن العدد الكلي للأشخاص الذين يخضعون للاختبار صغير نسبياً فإنه يجب أخذ الحذر في عمل أي نتائج ختامية ولكن كان هناك تناسق وانسجام مدهش بشأن التغييرات التي ذكرها كل مدرسوا وآباء الأطفال الخاضعين للاختبار، وقد ظهرت أكثر حالات التحسن انسجاماً في تطور اللغة والقدرة على التركيز كما ظهر تحسن في أساليب النوم لدى معظم الأشخاص الذين خضعوا للاختبار.

فإن أول حالة تم فيها إعداد طبيب الوصف المواد الخالية من الغلوتين في مركز خدمة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة للتوحد كان عام (1995) وعلى الرغم من عدم حصولنا على المعلومات المناسبة فسندقر ذلك بأكثر من (50%) من الحالات التي تم إدخالها والنتائج الملحوظة لوصف هذه المنتجات بهذه الطريقة. وقد حان الوقت بوضوح للشروع في التجارب الإكلينيكية حتى يتسنى قياس فعالية تلك التدخلات وإن دراستنا الإرشادية التي تناولت استخدام أنواع مختلفة من أدوات التقدير السلوكي والنفسي إضافة إلى مراقبة صور البيبتيدات (lespeptides) (المواد الهضمية) البولية لفترة ستة أشهر تمدد إلى بحث دقيق جداً نأمل أن يقدم معلومات عن فعالية هذا النوع من التدخل.

### 9.11 العلاج باللعب

اهتم علماء النفس بتفسير ظاهرة اللعب، حيث أنه سلوك نظري وحيوي في حياة الطفل الصغير، وهو النشاط الذي لا يتم عن الكسل أو التعطل، لكنه النشاط الذي يعبر عن طريقه الطفل في التفكير والتدليل، والاسترخاء والعمل، حيث يعرفه (جان بياجيه/john piaget) بأنه الاستجابات التي يؤديها الفرد من أجل الاستمتاع الوظيفي، أما غروبيل فيعرفه بأنه نشاط تلقائي ونفسي وفي الوقت نفسه هو خيالي للحياة البشرية في مجموعة، لذلك كان مقروناً دائماً بالفرح والحرية والرضا والراحة النفسية والجسمية والسلام الكوني (جابر 1997 ص 467).

### 10.11 العلاج بالحضن (الإحتضان)

هذه الطريقة ملهمة من تجربة المعالج البريطاني (زابيلا/zabella) وطورت من طرف (وينش/ouenche) عام 1988 في الولايات المتحدة الأمريكية التي تركز التصور على أن الصعوبات العلائقية الملحوظة في اضطراب التوحد ترجع إلى القلق والاضطرابات العاطفية الداخلية في إطار صعوبات تعلق الطفل بأمه (pascal le noir, p220, 2003).

لقد عرفت هذه الطريقة العلاجية انتشارا هاما في انجلترا وإيطاليا وألمانيا وهذه التقنية تتشابه مع إعادة التربية النفسية الحركية وتتمثل في المحافظة على الاتصال الجسدي القريب بالطفل المتوحد.

لقد أظهر كل من ( زابيلا و ريشلر/**zabella et richler** / ) عام (1989) تطورت إيجابيا بحيث تم التحسين اللغوي وتخفيف التكرارات المملة وكذلك القليل من التجنب العلائقي عنده الحالات، رغم إفادة هذه الطريقة لبعض الحالات، إلا أنه ليس هناك أية دراسة تقييمية لهذه الطريقة.(محمد ولد طالب2009ص76)

## خلاصة الفصل:

تتناول هذا الفصل اضطراب طيف التوحد من منظور شامل، بدأ بعرض التأطير المفاهيمي للاضطراب، موضحاً تطوره التاريخي، وتحديده في التصنيفات العالمية مثل DSM-5 ، مع الإشارة إلى تباين حدة الأعراض بين الأفراد. ثم استعرض الفصل العوامل المساهمة في نشوء التوحد، مشيراً إلى التداخل بين الأسباب الجينية والعصبية والبيئية، مع التأكيد على محدودية التفسير الأحادي لهذا الاضطراب.

تم التطرق إلى السمات الأساسية للتوحد، خصوصاً ما يتعلق بضعف التفاعل الاجتماعي، القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، والسلوكيات النمطية المتكررة. كما تناول الفصل تحديات التشخيص، وأهمية الكشف المبكر، مسلطاً الضوء على المعايير والمقاييس المستخدمة في هذا السياق.

من الجانب التربوي، ناقش الفصل الأبعاد التعليمية المرتبطة بالأفراد المصابين بالتوحد، بما في ذلك أساليب التدخل التربوي، وأهمية تصميم بيئة تعليمية دامجة. كما تطرق إلى الدور المحوري للأسرة، وضرورة دعمها وتمكينها لتكون شريكاً فاعلاً في التدخل والعلاج.

وختم الفصل بإبراز أهمية تبني مقاربة متعددة التخصصات في التعامل مع اضطراب التوحد، تُراعي الفروق الفردية وتستند إلى أحدث الأدلة العلمية، بما يضمن تحسين جودة حياة الأفراد المصابين وتوسيع فرص اندماجهم المجتمعي.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. التذكير بالفرضيات.
2. الدراسة الإستطلاعية.
  - 1.2 أهداف الدراسة الاستطلاعية.
  - 2.2 عينة الدراسة الإستطلاعية.
  - 3.2 الحدود الجغرافية والزمانية للدراسة الإستطلاعية.
  - 4.2 مراحل الدراسة الإستطلاعية.
3. الدراسة الأساسية.
  - 1.3 منهج الدراسة الأساسية.
  - 2.3 المعاينة.
  - 3.3 زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية.
  - 4.3 أدوات الدراسة الأساسية.
4. الأساليب المستخدمة في الدراسة الأساسية.

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

في أي دراسة علمية لا يمكن الوصول إلى نتائج موثقة إلا إذا إتبعنا إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات علمية صحيحة، فوضوح المنهج يظهر في تصميمه المحكم، وتجانس العينة وسلامة تحديدها ومناسبة أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية وملائمة الأساليب الإحصائية التي يستدل بها على صحة أو عدم صحة الفرضيات التي سبق للباحث صياغتها.

كل هذه الإجراءات تساعد في الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، وهذا ما سيتم مراعاته، انطلاقاً من إتباع الخطوات الصحيحة والمنظمة وصولاً للأساليب الإحصائية المناسبة لهذه الدراسة.

لهذا للجانب التطبيقي أهمية بالغة في الدراسة الميدانية، لأنه الجانب المكمل للقسم النظري والذي من خلاله يمكن الإطلاع على أهم النتائج المتحصل عليها، كما يحاول الإجابة بطريقة منهجية على تساؤلات الدراسة، والتحقق من فرضياته.

في الأخير نستخلص أن الفصل المنهجي يعد الأساس الذي تقوم عليه الدراسة أو البحث، لأنه يمكن الباحث من الإحاطة والإلمام بالظاهرة ورصدها، وكل هذا عن طريق مجموعة من الإجراءات التي يتخذها الباحث تحقيقاً للهدف الأساسي من هذه المرحلة المتمثلة في تحصيل عينة من السلوك المدروس في شكل بيانات ومعلومات لمعالجتها في إطارها الإحصائي من أجل فرضيات الدراسة.

**1. التذكير بالفرضيات:**

تتمثل فرضيات هذه الدراسة فيما يلي:

**1.1. الفرضية الأولى:**

"المظاهر الإنفعالية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية-النفسية-بيداغوجية، هي حسب الترتيب التالي: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر".

**2.1 الفرضية الثانية:**

"توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية-النفسية-بيداغوجية".

**3.1 الفرضية الثالثة:**

"توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية-النفسية-بيداغوجية في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر)".

**4.1 الفرضية الرابعة:**

"توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية-النفسية-بيداغوجية في سلوك إيذاء الذات".

**2. الدراسة الإستطلاعية:**

قبل القيام بأي دراسة ميدانية يجب على الباحث أن يقوم بدراسة إستطلاعية للتعرف على المكان الذي سيطبق فيه الدراسة الأساسية، كونها تمكن الباحث من إستطلاع الظاهرة ووجودها في الواقع وتحديد العينة التي تخدم هذه الدراسة.

وتعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة هامة في البحث العلمي، وهي أول خطوة يلجأ إليها الباحث لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث، ويعرف مروان المجيد إبراهيم الدراسة الإستطلاعية على أنها "تلك الدراسة التي تهدف إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي" (المجيد إبراهيم، 2000، ص38).

## 1.2. أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تكمّن أهداف الدراسة الإستطلاعية فيما يلي:

- الخروج إلى الميدان للتعرف على موضوع الدراسة، والإطلاع بشكل خاص ودقيق على موضوع الدراسة.
- الإحتكاك بميدان الدراسة للتعرف بشكل أفضل على متغيرات الدراسة، وجمع المعطيات والمعلومات الضرورية لبناء الإشكالية حسب الشروط المنهجية.
- تحديد وضبط متغيرات الدراسة والمتمثلة في: المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات ضبطا دقيقا يمنع من الخلط ما هو متقارب منها.
- الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي ستأخذ بعين الإعتبار عند إختيار منهج الدراسة.
- التأكد من توفر عينة الدراسة المتمثلة في الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وغير الملتحقين بهذه المراكز .
- البحث عن الطريقة المثلى للوصول إلى عينة الدراسة والتعامل معها.
- البحث على أدوات جمع بيانات الدراسة.
- دراسة مدى صلاحية هذه أدوات.
- تتيح التعرف على صعوبات التطبيق التي قد تعرقل سير الدراسة الميدانية.

## 2.2. عينة الدراسة الإستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من:

(09) أخصائيين نفسانيين عياديين.

(10) أطفال من كلا الجنسين (02) إناث و (08) ذكور، حيث تراوحت أعمارهم بين (5 سنوات و 6) مصابين بطيف التوحد ملتحقين بـ (03) المراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

(10) - أمهات للأطفال المصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية (الأطفال المذكورين سابقا).

(10) - أطفال من كلا الجنسين (01) إناث و (09) ذكور، حيث تراوحت أعمارهم بين (5 سنوات و 6) مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، بمصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي" بوادعيسي - تيزي وزو -.

- (10) أمهات للأطفال المصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية (الأطفال المذكورين سابقاً)،

وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم(1): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب بعض المتغيرات:

النسب المئوية	التكرارات		
15%	03	اناث	الجنس
85%	17	ذكور	
15%	03	05 سنوات	السن
85%	17	06 سنوات	
100%	20	تيزي -وزو	ولاية الدراسة الإستطلاعية
25%	5	أقل من 03 سنوات	مدة المرض
75%	15	أكثر من 03 سنوات	
50%	10	الملتحقين	الإلتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية
50%	10	غير ملتحقين	

يلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن أكبر نسبة لدى أفراد العينة الإستطلاعية يمثلها الذكور، وذلك بنسبة (85%)، في حين أقل نسبة تمثلها الإناث بنسبة (15%). في حين نجد أن نسبة الذين يبلغ سنهم (5)سنوات (15%)، والذين سنهم 6 سنوات بنسبة (85%). ونجد أن كل عينة الدراسة الإستطلاعية قاطنة بولاية تيزي وزو بنسبة (100%).

كما نجد نسبة (25%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أصيبوا بإضطراب طيف التوحد أقل من (3) سنوات، بالمقابل هناك (25%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أصيبوا بإضطراب طيف التوحد أكثر من 3 سنوات.

وفيما يخص الإلتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فهناك (50%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية ملتحقين بهذه و(50%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية غير ملتحقين بها.

### 3.2. الحدود الجغرافية المكانية والزمانية للدراسة الإستطلاعية:

تمت الدراسة الإستطلاعية في ولاية تيزي وزو:

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية: تمت بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية التالية: المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة"، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون"، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف"،

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

تمت مصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسي تيزي وزو.

وقد دامت الدراسة الإستطلاعية حوالي شهرين (02)، وذلك إبتداء من شهر نوفمبر 2024 إلى غاية نهاية شهر ديسمبر 2024.

#### 4.2 مراحل إجراء الدراسة الإستطلاعية:

مرت الدراسة الإستطلاعية بعدة مراحل تتمثل في:

- المرحلة الأولى: الحصول الموافقة من الجهات الرسمية المعنية بموضوع الدراسة:

بعد الحصول على التصريحات اللازمة لإجراء الدراسة تم التواصل في نهاية شهر نوفمبر 2024 إلى غاية ديسمبر 2024، مع:

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

قامت الباحثة بالإتصال بمسؤولي المراكز الطبية النفسية البيداغوجية التالية: المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة"، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون"، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف"، حيث طلبت منهم إمكانية إجراء دراستها الميدانية في مراكزهم. مع العلم أنه تم قبول الباحثة لإجراء الدراسة في هذه المراكز.

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

قامت الباحثة بالإتصال بكل من الأخصائية النفسانية العيادية السيدة قاضي فطيمة والأخصائية النفسانية العيادية السيدة المصلىة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسي تيزي وزو، حيث طلبت منهما إمكانية إجراء دراستها الميدانية لديهما.

مع العلم أنه تم قبول الباحثة لإجراء الدراسة في هذه المصلحة.

- إدارة المستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" (مصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) واد عيسي تيزي وزو-

وتم التواصل معهم وقبولهم إجراء الدراسة الإستطلاعية لديهم وبناءً على توجيهات الأخصائيين المشرفين، تم تنفيذ مقابلات نصف موجهة مع أولياء أمور أطفال تم تشخيصهم بإضطراب طيف التوحد، وذلك داخل قسم الطب النفسي للأطفال. هدفت هذه المقابلات إلى إستقصاء السمات السلوكية الإنفعالية والعدوانية التي يُظهرها الأطفال في السياقات اليومية، من خلال تحليل نوعي للملاحظات الميدانية التي تم توثيقها أثناء اللقاءات. وقد أتاحت هذه الإجراءات فهماً أولياً لطبيعة التفاعلات الأسرية وتعبيرات الأطفال الإنفعالية ضمن بيئة طبية خاضعة للضبط.

• المرحلة الثانية: الإلتقاء بأفراد عينة الدراسة الإستطلاعية:

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

أ. تم الإلتقاء بـ (07) أخصائيين نفسانيين عياديين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية المذكورة سابقاً.

ب. تم الإلتقاء بـ (10) أطفال مصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية

(تم تشخيصهم من طرف أطباء الأمراض العقلية للأطفال).

ج. تم الإلتقاء بـ (10) أمهات لـ (10) أطفال مصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز

الطبية النفسية البيداغوجية (المذكورين سابقاً).

- بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

أ. تم الإلتقاء بكل من الأخصائية النفسانية العيادية السيدة قاضي فطيمة والأخصائية النفسانية العيادية

السيدة سالم بيمصلاحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض

العقلية "قرنان حنفي" بواد عيسى تيزي وزو.

ب. تم الإلتقاء بـ (10) أطفال مصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية

(تم تشخيصهم من طرف أطباء الأمراض العقلية للأطفال).

ج. تم الإلتقاء بـ (10) أمهات لـ (10) أطفال مصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية

البيداغوجية (المذكورين سابقاً).

• المرحلة الثالثة: التعرف على مدى إنتشار اضطراب طيف التوحد:

أما في هذه المرحلة، فقد قامت الباحثة بعدة زيارات إستطلاعية التي من خلالها تم الإلتقاء بالأخصائيين النفسانيين العياديين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وبمصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسي تيزي وزو. تم القيام في هذه المرحلة بإجراء مقابلات نصف موجهة معهم، للتحقق من وجود اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية:

أ- هل اضطراب طيف التوحد منتشر بكثرة؟

ب- ما هو سن أطفال المصابين بطيف التوحد؟

ت- ما هو جنس الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

بعد أخذ الموافقة من الإدارات تم تحديد مواعيد محددة من قبل الأخصائيين العياديين للإلتقاء بالأطفال المصابين بإضطراب، طيف التوحد وأمهاتهم، وتم ذلك من خلال إجراء مقابلات نصف موجهة معهم، والتي دارت حول الأسئلة السابقة الذكر.

كما قامت الباحثة بملاحظة هؤلاء الأطفال خلال إجراء المقابلات مع أمهاتهم.

-نتائج المرحلة الثالثة:

بينت نتائج هذه المرحلة ما يلي:

-نسبة إنتشار اضطراب طيف التوحد منذ 2014 ب (0.72%) مع تزايد ملحوظ إلى يومنا هذا وذلك حسب آخر دراسات المجرات سنة 2023 للجمعية الأمريكية للأمراض العقلية...

- أن الأطفال دون سن السادسة يعدون أكثر عرضة للإصابة بهذا الإضطراب.

- لا يقف اضطراب طيف التوحد على جنس واحد فقط فهو منتشر بين الجنسين (الذكور و الإناث).

• المرحلة الرابعة: تحديد مفاهيم الدراسة:

أما في هذه المرحلة فقد تم القيام مرة أخرى بإجراء مقابلات نصف موجهة مع مجموعة من (09) أخصائيين نفسانيين عياديين، لتحديد كل من مفهوم الإنفعالات وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية:

-ماهي أكثر الإنفعالات التي تظهر لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

-هل الأطفال المصابين بطيف التوحد لديهم سلوكيات إيذاء الذات؟

- هل هناك إختلاف بينالأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في مفهوم الإنفعالات ومفهوم إيذاء الذات؟  
كما تم إجراء مقابلات نصف موجهة مع مجموعة من أمهات (09) أخصائيين نفسانيين عياديين، لتحديد كل من مفهوم الإنفعالات وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، وذلك من خلال طرح الأسئلة التالية:

- ماهي أكثر الإنفعالات التي تظهر لدى أطفالهم ؟

- ما هي سلوكيات إيذاء الذات لدى أطفالهم؟

- نتائج المرحلة الرابعة:

أولاً: بالنسبة لمتغير "الإنفعالات":

تبين للباحثة من خلال الخطوات السابقة (حسب نتائج مقابلات عينة الدراسة الإستطلاعية) وبعد إطلاعها على الكثير من الدراسات والبحوث النظرية التي أتاحت لها حول هذا متغير، أن هذا المتغير عام لا يمكن الإحاطة به، لهذا من الأحسن أن تدرس المظاهر الإنفعالية بدل الإنفعالات.

• المرحلة الخامسة: البحث عن أدوات الدراسة:

تم في هذه المرحلة البحث عن أدوات لقياس متغيرات الدراسة: التوحد، المظاهر الإنفعالية، سلوك إيذاء الذات، وتمت هذه المرحلة من خلال الخطوات التالية:

تم فيها مايلي:

أولاً: بالنسبة لمتغير "إضطراب طيف التوحد":

تبين أن هناك العديد من المقاييس التي تقيس هذا المتغير سواء كانت أجنبية أو عربية، قديمة وحديثة، مثل: مقياس تقييم طيف التوحد في مرحلة الطفولة (CARS) (1988)، ومقياس (جيليام)، ومقياس الفحص المبكر لسمات التوحد (ESAT) بالإضافة إلى مقياس التوحد عند الأطفال دون السنتين (CHAT-M) ومقياس تشخيص إضطراب التوحد لعبد الرحيم بخيت (1999)، مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله محمد (2008)، مقياس الكشف عن إضطراب طيف التوحد خلال المراحل العمرية المختلفة لفئة التوحد، لنيرمين بنت عبد الرحمن قطب (2012) ومقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013).

وتم في هذه الدراسة الإعتماد على مقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013)، لأنه يميز التوحد عن حالات الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة والحالات العادية.

ثانياً: بالنسبة لمتغير "المظاهر الإنفعالية لدى أطفال التوحد":

تبين أن كل المقاييس التي تشخص اضطراب التوحد مثل: مقياس تقييم طيف التوحد في مرحلة الطفولة (CARS)(1988)، ومقياس (جويليام)، ومقياس الفحص المبكر لسمات التوحد (ESAT)، بالإضافة إلى مقياس التوحد عند الأطفال دون السنتين (CHAT-M) ومقياس تشخيص اضطراب التوحد لعبد الرحيم بخيت(1999)، مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله محمد (2008)، مقياس الكشف عن اضطراب طيف التوحد خلال المراحل العمرية المختلفة لفئة التوحد، لنيرمين بنت عبد الرحمن قطب (2012) ومقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013)، كلها تقيس المظاهر الإنفعالية لدى أطفال التوحد. وتم في هذه الدراسة الاعتماد على المقياس الفرعي لقياس المجال الإنفعالي لمقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013)، لأن الباحثة تعرفه جيدا وأن هناك ربح للوقت عند تطبيقه.

ثالثا: بالنسبة لمتغير "سلوك إيذاء الذات":

تبين أن هناك العديد من المقاييس التي تقيس هذا المتغير سواء كانت أجنبية أو عربية، قديمة وحديثة، مثل: مقياس سلوك التوحد (ABI) ومقياس إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي التوحد، ومقياس سلوك إيذاء الذات للأطفال التوحد من (5-10) سنوات لإيمان عبد الوهاب محمود (2015) ومقياس تقدير سلوك إيذاء الذات لدعينة من الأطفال الذاتويين من (5-10) سنوات في دولة الكويت لفرج جمال الشطي (2017) ومقياس سلوك إيذاء الذات لدي عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد من (5-10) لهيام سيد عبد الحميد سيد (2023) وتم في هذه الدراسة الاعتماد على مقياس سلوك إيذاء الذات لدي عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد من (5-10) لهيام سيد عبد الحميد سيد (2023)، لأنها الأنسب ولأنه حديث.

• المرحلة السادسة: صلاحية أدوات الدراسة:

للحكم على مدى صلاحية أدوات الدراسة قمت الباحثة بما يلي:

- تطبيق مقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013) على (20) أم (20) طفل مصاب باضطراب التوحد، منهم (10) أطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية و(10) أطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال).

- تطبيق مقياس المظاهر الإنفعالية وهو من المقاييس الفرعية لمقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013) على (20) أم ل(20) طفل مصاب باضطراب التوحد، منهم (10) أطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية ومنهم (10) أطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال).

-تطبيق مقياس سلوك إيذاء الذات من إعداد الباحثة هيام سيد عبد الحميد (2023) على (20) أم ل (10) أطفال مصابين بإضطراب طيف التوحد، منهم (10) أمهات ل(10) أطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية ومن (10) أمهات ل(10) أطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال).

#### نتائج المرحلة السادسة:

بينت نتائج هذه المرحلة أن المقاييس الثلاث (مقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013)، مقياس المظاهر الإنفعالية وهو من المقاييس الفرعية لمقياس تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013) ومقياس سلوك إيذاء الذات من إعداد الباحثة هيام سيد عبد الحميد (2023)، واضحة وملائمة

#### • المرحلة السابعة: البحث على عينة الدراسة الأساسية:

تم في هذه المرحلة البحث على عينة الدراسة الأساسية المتمثلة في أطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

وقد تم العثور على (50) طفل مصاب بإضطراب طيف التوحد ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وتم الحصول على موافقة أمهات أطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لإجراء الدراسة عليهم.

فبالنسبة للملتحقين لدينا المراكز التالية:

مركز طبي نفسي بيداغوجي (ثالويث /ازفون) ومركز النفسي البيداغوجي ( بوخالفة)، مركز طبي نفسي بيداغوجي واسيف، مركز طبي نفسي بيداغوجي (الكرمة، بومرداس) حيث قدمت إدارات هذه المراكز بمساعدة المختصين النفسانيين العياديين للباحثة عدد الأطفال مصابين بطيف التوحد المتكفلين بهم في هذه المراكز.

كما تم فيها البحث على أطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وبمساعدة أطباء وأهل وأصدقاء تم الإلتقاء بأطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية مع أمهاتهم في الأماكن التالية: "مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنفي-واد عيسي تيزي- وزو"، "مستشفى الأمراض العقلية -شراقة- الجزائر العاصمة"، إضافة إلى "مكتب مختصة نفسانية حرة"(المختصة تدالة لامية -تيزي زوز-)، وجمعية "صوت الأمل" دراع بن خدة تيزي وزو". حيث رفضت الأمهات الإلتقاء بهن في بيوتهن.

• المرحلة الثامنة:

تم في هذه المرحلة تطبيق مقياس "تشخيص اضطراب التوحد دون العمر السادسة" الذي أعده الباحث شوقي أحمد غانم (2013) (سوريا)، وتم تصميمه ليميز حالات التوحد عن حالات الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة والحالات العادية.

تم الإعتماد بشكل أساسي عند تصميم المقياس على أساس نظري يتمثل بعدد من المصادر النظرية وأدوات القياس والتشخيص التالية:

- المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع لأمراض العقلية (DSM-IV.TR) (2000) (النسخة المعدلة).

- المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس للأمراض العقلية (DSM-V) (2013).

- مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)

- قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)

- مقياس جليام

- قائمة تقدير السلوك التوحدي لنايف الزارع

- قائمة استبيان التوحد عند الأطفال (CHAT-M)

- المراجع النظرية الموجودة ضمن البحث

- الملاحظة الإكلينيكية من قبل الباحث لعدد من الأطفال الذين لديهم توحد

**أولاً: وصف المقياس:**

يتكون هذا المقياس من سبعة فروع (مقاييس فرعية) أساسية تغطي أهم مجالات تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون ست سنوات، وتتمثل وفق أدبيات اضطراب التوحد المجالات فيما يلي: الإجتماعية والتواصلية والسلوكية والإنفعالية والحسية والمعرفية ومظاهر التأخر النمائي.

ويحتوي مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون ست سنوات على (48) فقرة أساسية تشكل معايير التشخيص الأساسية، و(244) بند فرعي لكل فقرة، ووزعت الفقرات الأساسية البنود الفرعية على 7 مجالات: المجال الاجتماعي، التواصلية، السلوكية، الانفعالية، الحسية، المعرفية، ومجال التأخر النمائي، وذلك وفق الجدول التالي:

الجدول رقم(2): مجالات مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون ست سنوات وعدد الفقرات لكل مجال.

مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال دون ست سنوات			
البنود الفرعية لكل فقرة	عدد الفقرات	المجال	الرقم
40	10	الاجتماعي	1
31	9	التواصلي	2
52	8	السلوكي	3
24	6	الانفعالي	4
47	7	الحسي	5
32	7	المعرفي	6
18	1	التاخرالنمائي	7
244	48	المجموع	

ثانياً: كيفية تطبيق المقياس:

- يتم تعبئة المعلومات الخاصة بالطفل المفحوص والمعلومات الخاصة بالفاحص على استمارة تفرغ المعلومات الخاصة بالمقياس.
- يقوم الفاحص بالبدء بتطبيق مجالات المقياس وفق ترتيبها وحسب ترتيب كل فقرة إلا أنه يمكن البدء بالمجال السابع (مجال التأخر النمائي) كأول مجال.
- يتم تقييم الطفل على فقرات المقياس من قبل الفاحص من خلال قراءة كل فقرة والبنود الخاصة بها، بحيث يوجه الفاحص الأسئلة إلى الأسرة أو الشخص الذي يبدلي بالمعلومات.
- يقوم الفاحص بتسجيل وجود أو عدم وجود الفقرة أو البند من خلال إجابة الأسرة أو الشخص الذي يبدلي بالمعلومات على سؤال الفاحص.
- بناء على تكراره بوضع إشارة عند الدرجة في حال وجود البند يتم تقدير درجته التي تعبر عن تكرار هذا البند.
- في حال وجود أكثر من بند لدى الطفل تم تقديره لنفس الفقرة، يقوم الفاحص باختيار البند الذي درجته أكبر ويعتبر درجة الفقرة ككل.

ثالثاً: طريقة تصحيح وتفسير المقياس:

تم تسجيل درجة الفقرة المعتمد من قبل الفاحص على إستمارة التفرغ الخاصة بـ فقرات المقياس الحسي، المعرفي، مدى من الدرجات يتراوح ما بين (0 إلى 4) حيث تفسير كل درجة ضمن هذا المدى على النحو التالي: لكل فقرة من فقرات المجالات (الإجتماعي، التواصل، السلوكي، الإنفعالي... كما يلي:

- (0) غير موجود: لم يسبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن الحظ الطفل يؤدي هذا السلوك أبداً.
- (1) موجود نادراً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن الحظ الطفل يؤدي السلوك من 1 إلى 2 مرات كل 6 ساعات.
- (2) موجود أحياناً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن الحظ الطفل يؤدي السلوك من 3 إلى 4 مرات كل 6 ساعات
- (3) موجود غالباً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن الحظ الطفل يؤدي السلوك من 5 إلى 6 مرات كل 6 ساعات
- (4) موجود دائماً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن الحظ الطفل يؤدي السلوك 7 مرات وأكثر كل 6 ساعات

ويجب تقييم كل فقرة وتقييم البنود الخاصة بها، وفي حال لم يكن الفاحص متأكد من وضوح إجابة الأسرة أو الشخص الذي يدلي بالمعلومات على أي فقرة لسبب ما، فيتم تأجيل تقييم هذه الفقرة ومن ثم ملاحظتها أو تجربتها أدائياً من قبله علنا لطفل ومن ثم وضع الدرجة التي تناسب هذه الفقرة.

أما بالنسبة للمجال السابع (التأخر النمائي) فيتم الإجابة عليه من قبل أسرة الطفل حصراً من خلال إجابتي (نعم أو لا)، ودرجاتهما وفق التالي:

فيما يتعلق بإجابة نعم لها خيارين:

- البنود التالية: 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 2 \ 6 \ 4 \ 8 \ 2 \ 10 \ 11 \ 12 \ إذا كانت الإجابة (نعم) تأخذ درجة (0).

- البنود التالية: 12 \ 13 \ 14 \ 16 \ 18 إذا كانت الإجابة (نعم) تأخذ درجة (1).

فيما يتعلق بإجابة لا لها خيارين:

لا تأخذ درجة (0) للبنود التالية: 14 \ 12 \ 16 \ 18

لا تأخذ درجة (1) للبنود التالية: 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 2 \ 6 \ 4 \ 8 \ 2 \ 10 \ 11 \ 12 \ 13 \ 14

يمكن للفاحص أن يطلب جلسة ثانية لتطبيق أو ملاحظة بعض الفقرات والبنود التي لم يستطع تحديد درجتها بدقة، والجلسة الثانية تكون بفاصل زمني لا يقل عن 3 أيام عن الجلسة الأولى.

بعد الانتهاء من تطبيق وتقدير كامل فقرات مجالات المقياس، يقوم الفاحص بتحليل وتفسير الدرجات الخام التي حصل عليها الطفل، ومن ثم إخبار أسرة الطفلن تشخيصه النهائي فيما يخص اضطراب التوحد.

#### رابعاً: تعليمات المقياس:

يهدف هذا المقياس إلى جمع معلومات دقيقة وشاملة من مختلف جوانب حياة الطفل، مما يساعد في تحديد احتياجاته بشكل أفضل وتطوير خطة تدخل ملائمة لدعمه، لذا يرجى منكم الإجابة بصدق وموضوعية بناء على ملاحظتكم وتجاربكم الفعلية مع الطفل.

يجب أن يتم تطبيق المقياس في بيئة مناسبة خالية من المشتتات فيما يتعلق بالطفل وواسعة بحيث تسمح للطفل حرية الحركة ويوجد بها بعض الألعاب من أجل ملاحظة كيفية اللعب بها وبعض الأدوات لإختبار الطفل بها، بالإضافة يجب أن تكون البيئة مناسبة أسرة الطفل أو من يقدم المعلومات من ناحية توفير مكان مريحاً للإضاءة مناسبة، والانتباه إلى عدم ملل الأسرة من كثرة الجلوس وعدم إتباع أسلوب التحقيق معها، وتوجيه الأسئلة يتم بأسلوب مفهوم و مناسب للمستوى المعرفي والثقافي للأسرة، ويمكن تخصيص فترة استراحة أثناء التطبيق لا تتجاوز 5 دقائق.

يفضل تطبيق المقياس بالفترة ما بين التاسعة صباحاً والثالثة ظهراً، ولا يجب تطبيق المقياس في حال كان الطفل مريضاً، يجب أن ينام بشكل كافي بفترة الليل، وفي حالة بعض الأطفال الذين يأخذون أدوية لها أعراض جانبية مثل الخمول أو النوم يتم تحديد التوقيت المناسب خلال اليوم لتطبيق المقياس.

يجب على الفاحص الذي يقوم بتطبيق المقياس أن يكون على دراية وخبرة عالية بالخصائص والأعراض التي يظهرها أطفال التوحد، بالإضافة إلى إمتلاكه أساليب الملاحظة السلوكية المباشرة التي يمكن اللجوء إليها عند عدم وضوح إجابات أسرة الطفل أو عدم امتلاكها لإجابة واضحة عن فقرة أو خاصية معينة، بالإضافة يوجد بعض الفقرات بالمقياس ممكن للفاحص أن يجربها مع الطفل وخاصة الفقرات التي تتعلق بالمجال المعرفي.

يشترط في الشخص الذي يقدم المعلومات للفاحص عن الطفل، أن يكون لديه معرفة واسعة بالطفل وسلوكياته ولمدة طويلة من الوقت نسبياً، وهنا يصح أن يكون هذا الشخص الأب أو الأم، أو المعلم الذي أمضى فترة من الوقت في تعليم الطفل تقل عن (3) أشهر متواصلة.

#### خامساً: مدة تطبيق المقياس:

مدة تطبيق كامل مجالات المقياس تتراوح ما بين (40) إلى (60) دقيقة ويحتاج إلى (30) دقيقة لتحليل وتفسير الدرجات وكتابة التقرير الخاص بالطفل.

سادسا: الشروط السيكومترية للمقياس:

• بالنسبة للثبات:

تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة المقياس حيث المطلوب تعيين معامل موثوقيته إلى نصفين متكافئين وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، وقد اعتمد الباحث على إيجاد معامل موثوقية المقياس ككل ومعامل موثوقية كل مجال من مجالاته، وفق طريقة التجزئة النصفية على ثلاث معادلات هي:

- معادلة ألفا كرونباخ: وهي معادلة تعتمد على متوسط معاملات الارتباط بين البنود، ويطلق عليها معادلة ألفا كرونباخ لاختبار موثوقية أو تجانس المقياس وإتساقه الداخلي.

- معادلة سبيرمان - براون: وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي المقياس لنحصل على معامل موثوقية الاختبار ككل، وهي شائعة الاستخدام وبخاصة في اختبارات التحصيل والقدرات تحت ظروف محددة.

- معادلة جتمان: وفي هذه المعادلة يتم حساب تباين درجات النصف الأول وتباين درجات النصف الثاني وتباين درجات المقياس ككل، أي أنها تضع في الاعتبار احتمال اختلاف تباين درجات النصف الأول للمقياس عن تباين درجات النصف الثاني.

وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (3): قيم معاملات الثبات للمقياس.

مجال مقياس البحث	قيم معاملات الفا كرونباخ	النص الاول	النصف الثاني	قيم معاملات سبيرمان براون	قيم معاملات جتمان
المجال الاجتماعي	0.705	0.705	0.687	0.918	0.837
المجال التواصل	0.669	0.669	0.655	0.916	0.741
المجال السلوكي	0.657	0.657	0.637	0.856	0.768
المجال الانفعالي	0.689	0.689	0.666	0.835	0.717
المجال الحسي	0.673	0.673	0.667	0.790	0.694
المجال المعرفي	0.637	0.637	0.663	0.875	0.757
مجال التأخر النمائي	-	-	-	-	-
المجال الكلي للمقياس	0.958	0.958	0.949	0.989	0.875

## • بالنسبة للصدق:

تم استخدام إختبار موثوقية المقياس **الاتساق الداخلي** المقصود به معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمجال، بالإضافة إلى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وتعتبر كلفقرة ذو موثوقية عندما تكون لها دلالة إحصائية، وقد أثبتت نتائج موثوقية الاتساق الداخلي بأن كل فقرات مجالات المقياس كان لها دلالة عند مستوى 0.01 من ناحية ارتباط كل فقرة بالمجال التي تنتمي إليه، ومن ناحية ارتباط كل فقرة بالمجال الكلي للمقياس، وهذا يدل على موثوقية المقياس للتطبيق.

وعليه تم إستخراج عينة الدراسة الأساسية والتي بلغ حجمها (50) أم لأطفال مصابين بإضطراب التوحد، ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

وجاءت نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة مطابقة لتشخيص مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال).

**5.2 نتائج الدراسة الإستطلاعية:**

من أهم نتائج الدراسة الإستطلاعية ما يلي:

- تم التأكد من إنتشار إضطراب طيف التوحد.
- تم التأكد من أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد لديهم إنفعالات حادة.
- تم التأكد من أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يؤذون ذواتهم.
- تم صياغة الإشكالية بطريقة صحيحة من خلال فهم العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال مصابين بإضطراب طيف التوحد ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.
- تم إختيار المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي كمنهجان للدراسة الحالية، كونهما الأنسب.
- تم تحديد كل من متغيرات الدراسة الحالية بدقة من خلال تحديد مؤشراتهما.
- توصلت الباحثة إلى أن متغير "الإنفعالات" أو "المجال الإنفعالي" أنه من الصعب الإحاطة به، بل من الأحسن التطرق إلى "المظاهر الإنفعالات".
- توصلت الباحثة إلى إدراج متغير الجنس كمتغير وسيط في هذه الدراسة.
- بحثت الباحثة على أدوات تقيس بها متغيرات الدراسة فوجدت مقاييس ثلاث عينتها، وعليه تم تبني هذه المقاييس المتمثلة في: مقياس "تشخيص التوحد للأطفال التوحديين دون العمر السادسة" للباحث شوقي أحمد غانم (2013) ومقياس "المظاهر الإنفعالية" وهو من المقاييس الفرعية لمقياس

تشخيص اضطراب التوحد لشوقي أحمد غانم (2013) ومقياس "سلوك إيذاء الذات" من إعداد الباحثة هيام سيد عبد الحميد (2023).

■ تم التأكد من صلاحية المقاييس من خلال عينة الدراسة الإستطلاعية، التي أكد أفرادها أن فقرات أوبنود هذه المقاييس مفهومة وواضحة، وعليه لا تحتاج لتكييف؛ هذا من جهة ومن جهة أخرى لم تحصل الباحثة على عينة كبيرة لحساب الشروط السيكومترية لهذه المقاييس.

تم إستخراج عينة الدراسة الأساسية التي قدرت بـ(50) أم لأطفال مصابين باضطراب التوحد، ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية من مستشفيات " للأمراض العقلية " فرنان حنفي واد عيسي اولاية تيزي وزو وشراقة "الجزائر العاصمة" ، مكتب المختصة النفسية العيادية "تادالا لامية" بتيزي وزو و جمعية "صوت الأمل" ذراع بن خدة تيزي وزو. أما بالنسبة للملتحقين " تتمثل في (04) مراكز طبية نفسية بيداغوجية " " أزفون" بوخالفة" "واسيف" في ولاية تيزي وزو و "الكرمة" في ولاية بومرداس.

■ تم التدريب على تطبيق أدوات الدراسة الأساسية (مقياس "المظاهر الإنفعالية" لشوقي أحمد غانم (2013) ومقياس "سلوك إيذاء الذات" من إعداد الباحثة هيام سيد عبد الحميد (2023).

■ تم تحديد ميدان الدراسة وتم التعرف على الصعوبات المتعلقة به.

### 3. الدراسة الأساسية:

#### 3.1.3. منهج الدراسة:

المنهج عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه (زرواتي، 2012، ص16).

ويرتبط المنهج المطبق في دراسة أي ظاهرة بحثية بطبيعة الموضوع المدروس والإشكالية وكذا الفرضيات المقدمة لمعالجة الموضوع، فقد تم الاعتماد على:

المنهج الوصفي بإعتباره المنهج المناسب لذلك.

-**المنهج الوصفي:** هو المنهج الذي يعتمد على دراسة الواقع بوصفه وصفا دقيقا ويعبر عنه تفسيريا كفييا وكميا، فالكفيي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما الكمي فيعطينا وصفا رقميا للظاهرة فيعبر عن مقدار أو حجم أو درجة ارتباطها بالظواهر الأخرى (محمد عبيدات وآخرون، 191، ص 2001).

-**المنهج العيادي:**

المنهج العيادي هو المنهج الذي يعتمد على دراسة الحالة الفردية بعمق وشمولية، ويهدف إلى فهم الديناميات النفسية الداخلية للفرد، من خلال تحليل الخبرات الماضية والحالية، باستخدام أدوات مثل الملاحظة، المقابلة، ودراسة السيرة الذاتية. يركز هذا المنهج على الجوانب النوعية والفردية للحالة، ويتضمن تفسيرات نفسية معمقة للسلوك، من أجل تشخيص الحالة واقتراح التدخلات العلاجية أو التربوية المناسبة. المنهج العيادي لا يقتصر على الوصف فقط، بل يسعى إلى تفسير السلوك في سياقه الشخصي والاجتماعي، ويعد منهجاً أساسياً في علم النفس الإكلينيكي والتربوي. (مراد، يحيى (2010). ص 172-175).

### 2.3. المعايير:

#### 1.2.3. مجتمع الدراسة (المجتمع الأصلي):

ويقصد به المجتمع الذي يسحب منه الباحث عينة بحثه، وهو الذي يساعده في موضع الإهتمام في البحث والدراسة (بوعلاق، 2009، ص 15).

ويشمل مجتمع الدراسة (70) أم ل (70) طفل من المصابين بإضطراب طيف التوحد:

- الملحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية التالية: المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "الكرمة" (بومرداس).

- غير الملحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم الالتقاء بهم بمصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسى تيزي وزو، ومصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "الشراقة" الجزائر العاصمة، ومكتبة الأخصائية النفسانية العيادية السيدة تدالة لامية وجمعية "صوت الأمل" (Tighriussirem) ذراع بن خدة-تيزي وزو-.

وعليه بلغ حجم مجتمع الدراسة (المجتمع الأصلي) (70) أم لأطفال مصابين بإضطراب التوحد، ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال) ووفق نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة.

#### 2.2.3. عينة الدراسة الأساسية:

تعرف العينة على أنها عبارة عن "مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم إختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي (محمد عبيدات وآخرون، 1999، ص84).

إستخرجت عينة الدراسة الأساسية من المجتمع الدراسة وهو عبارة عن (70) أم لأطفال مصابين بإضطراب التوحد، ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال) ووفق نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة.

### 3.2.3. حجم عينة الدراسة الأساسية:

بلغ حجم عينة الدراسة الأساسية (50) أم منهم (25) أمهات لـ (25) طفل من المصابين بإضطراب طيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية ومن (25) أم لـ (25) طفل من المصابين بإضطراب طيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، الذين تم تشخيصهم جميعا من قبل من طرف مختصين (أطباء الطب العقلي للأطفال) ووفق نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة.

مع العلم أن كل حجم مجتمع الدراسة (المجتمع الأصلي) (70) استخدام في الدراسة الحالية، حيث منهم (50) أم لأطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية للدراسة الأساسية.

ومنهم (20) أم لأطفال مصابين بطيف التوحد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، للدراسة الإستطلاعية، وهؤلاء استبعدوا من عينة الدراسة الأساسية.

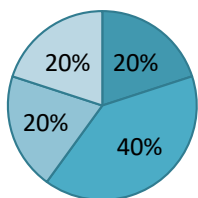
والجداول التالية توضح ذلك:

الجدول رقم (4): توزيع أفراد الدراسة الأساسية (أمهات لأطفال مصابين بطيف التوحد ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية).

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المراكز الطبية النفسية البيداغوجية
40%	10	المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة" (تيزي وزو)
20%	5	المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون" (تيزي وزو)
20%	5	المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف" (تيزي وزو)
20%	5	المركز الطبي النفسي البيداغوجي "الكرمة" (بومرداس)
100%	25	المجموع

### الأطفال المصابين بالتوحد

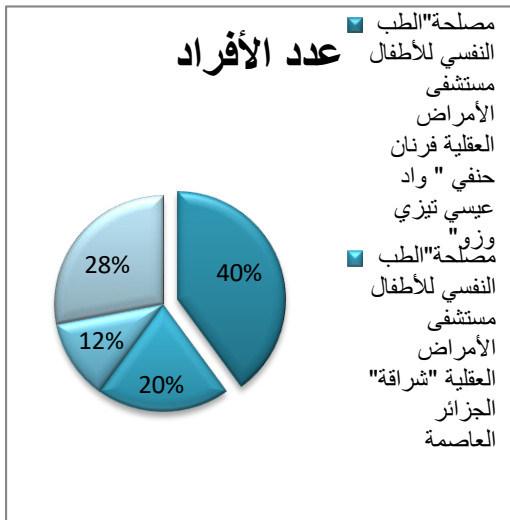
#### الملتحقين بالمراكز



- للمركز الطبي النفسي البيداغوجي "الكرمة" (بومرداس)
- للمركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف"
- للمركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون"
- للمركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة"

يلاحظ من الجدول رقم (4) والشكل رقم (4) أن عدد الأمهات اللواتي تمت الدراسة الميدانية معهن هو (10) وأطفالهن ملتحقين المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة" (تيزي وزو)، وذلك بنسبة (40%) ومن ضمن أفراد أما الفئات المتبقية فقام الأخصائيين النفسانيين بالاجابة على المقاييس نظرا لتواجدهم دائما مع الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد داخل هذه المراكز الطبية النفسية البيداغوجية. نجد أن (20%) من الأمهات، أي (5) أمهات، يترددن على مركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون" (تيزي وز)، مما يدل على أهمية هذا المركز أيضا ضمن شبكة التكفل، و (20%) من الأمهات، أي (5) أمهات، فيلجأن إلى المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف" (تيزي وزو). كما يسجل أيضا المركز الطبي النفسي البيداغوجية (20%)، أي ما يعادل (5) أمهات، و المركز الطبي النفسي البيداغوجي

"الكرمة" (بومرداس) بنسبة (20%) أي (5) أمهات يلجأن الى هذا المركز بهدف التكفل والرعاية لأطفالهن. من هنا نرى أن الجدول يشير بوضوح إلى أن عينة البحث تمثلت في (25) أما موزعات على أربع مراكز طبية نفسية بيداغوجية مختلفة، مما يعكس تنوعا في مصادر التكفل ويعزز من



مصادقية النتائج الميدانية للدراسة

الجدول رقم (5): توزيع الافراد غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية
40%	10	مصلحة "الطب النفسي للأطفال" ( Service de pédopsychiatrie ) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسى تيزي وزو.
20%	5	مصلحة "الطب النفسي للأطفال" ( Service de pédopsychiatrie ) في مستشفى الأمراض العقلية "الشراكة" الجزائر العاصمة
12%	3	مكتب الأخصائية النفسانية العيادية السيدة تدالة لامية
28%	7	جمعية "صوت الأمل" ( Tighriussirem ) ذراع بن خدة - تيزي وزو.
100%	25	المجموع

يلاحظ من الجدول رقم (5)

والشكل رقم (5) أن عدد الأمهات اللواتي تمت الدراسة الميدانية معهن هو (10) أمهات يترددن مع أطفالهن بمصلحة "الطب النفسي للأطفال" ( Service de pédopsychiatrie ) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان

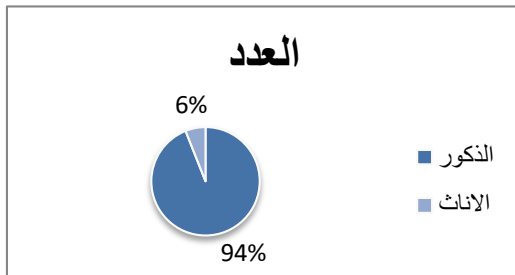
حنفي" بواد عيسي تيزي وزو، وذلك بنسبة(40%)، نجد أن 20% من الأمهات، أي 5 أمهات، يترددن على نفس المصلحة لكن بمستشفى الأمراض العقلية بالشرافة" الجزائر العاصمة، مما يدل على أهمية هذا المركز أيضًا ضمن شبكة التكفل، وإن كانت بنسبة أقل مقارنة بالمركز السابق.

أما 12% من الأمهات، أي 3 أمهات، فيلجأن إلى مكتب الأخصائية النفسانية العيادية "تادالا لامية"، من جهة أخرى، تسجل جمعية "صوت الأمل(Tighriussirem)" نسبة 28%، أي ما يعادل 7 أمهات، وهو رقم معتبر يشير إلى الدور الفعّال الذي تلعبه الجمعيات في تقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، خصوصًا في ظل الضغط الذي تعانيه المؤسسات الصحية العمومية. من هنا نرى أن الجدول يشير بوضوح إلى أن عينة البحث تمثلت في 25 أمًا موزعات على أربع مؤسسات مختلفة، مما يعكس تنوعًا في مصادر التكفل ويعزز من مصداقية النتائج الميدانية للدراسة.

### 4.2.3. طرق اختيار عينة الدراسة الأساسية:

إختيرت عينة الدراسة الأساسية بالطريقة القصدية، والتي تعتبر من المعاينات غير احتمالية التي يقصد بها سحب عينة من مجتمع البحث بإنتقاء العناصر المفيدة طبقا لنسبتهم في هذا المجتمع، ويعني هذا أن العينة كانت مقصودة حيث تتمثل في كل الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

### 5.2.3. خصائص عينة الدراسة الأساسية:



تكونت عينة الدراسة من (50) طفلا من المصابين بإضطراب طيف و(6) سنوات، منهم (25) طفلا من فئة الملتحقين بالمراكز النفسية الطبية ملتحقين بهذه المراكز، وفيما يلي عرض خصائص عينة الدراسة الأساس

■ متغير الجنس:

الجدول رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية وفقا لمتغير الجنس.

النسبة المئوية	العدد	البيانات الإحصائية المتغيرات
94%	47	ذكور
6%	03	إناث
100%	50	المجموع

يلاحظ من الجدول رقم(6) والشكل رقم(6) أن أفراد عينة الدراسة الأساسية أغلبهم ذكور حيث بلغت نسبتهم (94%)، مقارنة بالإناث اللواتي بلغن نسبتهن(06%)، وهذا يدل على أن الذكور أكثر إصابة بهذا الإضطراب من الإناث في عينة الدراسة الأساسية، وهو ما يتفق مع الدراسات العلمية للجمعية الأمريكية للأمراض العقلية حيث تشير إلى إرتفاع معدل الإصابة بين الذكور مقارنة بالإناث.

### 3.3. مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية:

تمت الدراسة الأساسية:

-بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحدالملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:تمتأربعة مراكز طبية نفسية بيداغوجيةالتالية: المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة"(تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون"(تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف"(تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "الكرمة"(بومرداس).

-بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:تمت في كل من مصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حنفي" بواد عيسى (تيزيوزو)،ومصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "الشراقة" (الجزائر العاصمة)، ومكتب الأخصائية النفسانية العيادية السيدة "تدالة لامية" (تيزي وزو) وجمعية "صوت الأمل"(Tighriussirem) ذراع بن خدة (تيزي وزو) وكان ذلك خلال الفترة الممتدة من 18 جانفي 2025 إلى غاية 27 أبريل 2025.

### 4.3. أدوات الدراسة الأساسية:

لقد تم الإعتماد في الدراسة الأساسية على مجموعة من الأدوات البحثية التي تنوعت حسب الأهداف المراد تحقيقها، ومن بين هذه الأدوات التي تم استخدامها مع أفراد عينة الدراسة الاساسية، ما يلي:

1.4.3.الملاحظة: وتعرف الملاحظة بأنها تقنية بحثية مقصودة ومنظمة، تقوم على الانخراط الواعي للباحث في مواقف طبيعية لدراسة السلوك الظاهري أو التفاعلات الإجتماعية كما تحدث فعليًا، بهدف رصدها وتحليلها في ضوء أهداف الدراسة، مع مراعاة السياق والبيئة المحيطة، دون تدخل يغير من طبيعة الموقف. (خليل عبد الرحمن، 2012 ، ص112).

### 2.4.3. المقابلة:

المقابلة هي عبارة عن موقف تفاعلي وعلاقة ديناميكية، وتفاعل بين شخصين أو أكثر تتم وفق غرض محدد ولتحقيق أهداف محددة (خالد عبد الرزاق التجار، 2008، ص 75).

وتم في هذه الدراسة الاعتماد على المقابلة العيادية التي تعرف على أنها محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي العيادي، وغايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والمساهمة في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج، وكما تختلف المقابلة الإكلينيكية عن المحادثة العادية (لويس كامل مليكة، 1992، ص 96).

وتم الاعتماد على المقابلة النصف الموجهة، وهي من أهم الوسائل المستخدمة في البحوث النفسية والاجتماعية، وتعرف المقابلة النصف الموجهة على أنها سلسلة دقيقة من المواقف التي توجه وفق خطة معينة، بهدف الحصول على معلومات محددة وفق شروط وأسس واضحة والمختص هنا يعرف نوعية البيانات التي يسعى للحصول عليها. (خليل عبد الرحمن، 2012 ص 128).

يتكون دليل مقابلة للدراسة الأساسية من المحاور التالية:

- المحور الأول: الخاص بالبيانات الشخصية.
- المحور الثاني: يتكون من سؤالين حول التشخيص والتكفل
- المحور الثالث: يتكون من 5 أسئلة حول مظاهر الانفعالية.
- المحور الرابع: يتكون من 5 أسئلة حول سلوك ابناء الذات.
- المحور الخامس: يتكون من 3 أسئلة حول التكفل بالسلوك.
- المحور السادس: يتكون من سؤالين حول التأثير على الأسرة.
- المحور السابع: يتمحور حول النظرة المستقبلية.

3.4.3. مقياس "المظاهر الإنفعالية" لشوقي أحمد غانم (2013):

أولاً: وصف المقياس:

مقياس "المظاهر الإنفعالية" هو مقياس فرعي من مقياس تشخيص اضطراب طيف التوحد لشوقي أحمد غانم (2013)، وهو يقيس المظاهر الإنفعالية لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد دون السادسة من

العمر، ويتكون من (19 بند) تتوزع على المظاهر الإنفعالية التالية:

1. مظهر الإستجابات الانفعالية: يتكون من (04) بنود.

2. مظهر الخوف: يتكون من (05) بنود

3. مظهر القلق والتوتر: يتكون من (06) بنود.

4. مظهر التعبير عن المشاعر: يتكون من (01) بند.

5. مظهر فهم مشاعر الآخرين: (03) بنود.

ثانياً: كيفية تطبيق المقياس:

- يتم تعبئة المعلومات الخاصة بالطفل المفحوص والمعلومات الخاصة بالفاحص على استمارة تفرغ المعلومات الخاصة بالمقياس.

- يتم تقييم الطفل على فقرات المقياس من قبل الفاحص من خلال قراءة كل فقرة والبنود الخاصة بها، بحيث يوجه الفاحص الأسئلة إلى الأسرة أو الشخص الذي يبدلي بالمعلومات.

- يقوم الفاحص بتسجيل وجود أو عدم وجود الفقرة أو البند من خلال إجابة الأسرة أو الشخص الذي يدلي بالمعلومات على سؤال الفاحص.

- بناءاً على تكراره بوضع إشارة عند الدرجة في حال وجود البند يتم تقدير درجته التي تعبر عن تكرار هذا البند.

- في حال وجود أكثر من بند لدى الطفل تم تقديره لنفس الفقرة، يقوم الفاحص باختيار البند الذي درجته أكبر ويعتبر درجة الفقرة ككل.

ثالثاً: طريقة تصحيح وتفسير المقياس:

تم تسجيل درجة الفقرة المعتمد من قبل الفاحص على استمارة التفرغ الخاصة بفقرات المقياس (مدى من الدرجات يتراوح ما بين (0 إلى 4) حيث تفسير كل درجة ضمن هذا المدى على النحو التالي: لكل فقرة من فقرات المقياس كما يلي:

- (0) غير موجود: لم يسبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن لاحظ الطفل يؤدي هذا السلوك أبداً.
- (1) موجود نادراً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن لاحظ الطفل يؤدي السلوك من 1 إلى 2 مرات كل 6 ساعات.
- (2) موجود أحياناً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن لاحظ الطفل يؤدي السلوك من 3 إلى 4 مرات كل 6 ساعات.
- (3) موجود غالباً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن لاحظ الطفل يؤدي السلوك من 5 إلى 6 مرات كل 6 ساعات.
- (4) موجود دائماً: سبق للشخص الذي يقدم المعلومات أن لاحظ الطفل يؤدي السلوك 7 مرات وأكثر كل 6 ساعات.

ويجب تقييم كل فقرة وتقييم البنود الخاصة بها، وفي حال لم يكن الفاحص متأكد من وضوح إجابة الأسرة أو الشخص الذي يدلي بالمعلومات على أي فقرة لسبب ما، فيتم تأجيل تقييم هذه الفقرة ومن ثم ملاحظتها أو تجربتها أدائياً من قبله علنا لطفل ومن ثم وضع الدرجة التي تناسب هذه الفقرة.

بعد الانتهاء من تطبيق وتقدير كامل فقرات المقياس، يقوم الفاحص بتحليل وتفسير الدرجات الخام التي حصل عليها الطفل، ومن ثم إخبار أسرة الطفلن تشخيصه النهائي فيما يخص المظاهر الإنفعالية

**رابعاً: تعليمات المقياس:**

يهدف هذا المقياس إلى جمع معلومات دقيقة وشاملة حول مظاهر الإنفعالية للطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد، لذا يرجى منكم الإجابة بصدق وموضوعية بناء على ملاحظتكم و تجاربكم الفعلية مع الطفل. يجب أن يتم تطبيق المقياس في بيئة مناسبة خالية من المشتتات فيما يتعلق بالطفل وواسعة بحيث تسمح للطفل حرية الحركة ويوجد بها بعض الألعاب من أجل ملاحظة كيفية اللعب بها وبعض الأدوات لإختبار الطفل بها، بالإضافة يجب أن تكون البيئة مناسبة أسرة الطفل أو من يقدم المعلومات من ناحية توفير مكان مريح الإضاءة مناسبة، والانتباه إلى عدم ملل الأسرة من كثرة للجلوس وعدم إتباع أسلوب التحقيق معها، وتوجيه الأسئلة يتم بأسلوب مفهوم ومناسب للمستوى المعرفي والثقافي للأسرة، ويمكن تخصيص فترة استراحة أثناء التطبيق لا تتجاوز 5 دقائق.

يفضل تطبيق المقياس بالفترة ما بين التاسعة صباحاً والثالثة ظهراً، ولا يجب تطبيق المقياس في حال كان الطفل مريضاً، يجب أن ينام بشكل كافي بفترة الليل، وفي حالة بعض الأطفال الذين يأخذون أدوية لها أعراض جانبية مثل الخمول أو النوم يتم تحديد التوقيت المناسب خلال اليوم لتطبيق المقياس.

يجب على الفاحص الذي يقوم بتطبيق المقياس أن يكون على دراية وخبرة عالية بالخصائص والأعراض التي يظهرها أطفال التوحد، بالإضافة إلى إمتلاكه أساليب الملاحظة السلوكية المباشرة التي يمكن اللجوء إليها عند عدم وضوح إجابات أسرة الطفل أو عدم إمتلاكها لإجابة واضحة عن فقرة أو خاصية معينة.

يشترط في الشخص الذي يقدم المعلومات للفاحص عن الطفل، أن يكون لديه معرفة واسعة بالطفل وسلوكياته ولمدة طويلة من الوقت نسبياً، وهنا يصح أن يكون هذا الشخص الأب أو الأم، أو المعلم الذي أمضى فترة من الوقت في تعليم الطفل لا تقل عن (3) أشهر متواصلة.

**سادساً: الشروط السيكومترية للمقياس:**

• بالنسبة للثبات:

تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة المقياس حيث المطلوب تعيين معامل موثوقيته إلى نصفين متكافئين وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، وقد إعتد الباحث على إيجاد معامل موثوقية المقياس ككل ومعامل موثوقية كل مجال من مجالاته، وفق طريقة التجزئة النصفية على ثلاث معادلات هي:

-معادلة ألفا كرونباخ: وهي معادلة تعتمد على متوسط معاملات الارتباط بين البنود، ويطلق عليها معادلة ألفا كرونباخ لاختبار موثوقية أو تجانس المقياس وإتساقه الداخلي.

-معادلة سبيرمان - براون: وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفي المقياس لنحصل على معامل موثوقية الاختبار ككل، وهي شائعة الاستخدام وبخاصة في اختبارات التحصيل والقدرات تحت ظروف محددة.

-معادلة جتمان: وفي هذه المعادلة يتم حساب تباين درجات النصف الأول وتباين درجات النصف الثاني وتباين درجات المقياس ككل، أي أنها تضع في الاعتبار احتمال اختلاف تباين درجات النصف الأول للمقياس عن تباين درجات النصف الثاني، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (7): قيم معاملات الثبات للمقياس.

مجلات مقياس البحث	قيمة معاملات الفا كرونباخ	النص الاول	النصف الثاني	قيمة معاملات سبيرمان براون	قيمة معاملات جتمان
المظاهر (المجال) الانفعالية	0.689	0.689	0.666	0.835	0.717

• بالنسبة للصدق:

تم استخدام اختبار موثوقية المقياس بإجراء الإتساق الداخلي التيا المقصود به معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، وتعتبر كل فقرة ذو موثوقية عندما تكون لها دلالة إحصائية، وقد أثبتت نتائج موثوقية الإتساق الداخلي بأن كل بنود المقياس كان لها دلالة عند مستوى 0.01، وهذا يدل على موثوقية المقياس للتطبيق.

جدول رقم (8): ارتباط كل فقرة من مقياس "المظاهر الانفعالية" بدرجة المجال وبدرجة المقياس الكلي.

الأبعاد	معامل الارتباط	مجموع المجال الانفعالي	المجموع الكلي
الاستجابات الانفعالية	بيرسون (R)	**0.775	**0.846
الخوف	بيرسون (R)	**0.892	**0.891
القلق والتوتر	بيرسون (R)	**0.882	**0.835
التعبير عن المشاعر	بيرسون (R)	**0.831	**0.778
فهم مشاعر الآخرين	بيرسون (R)	**0.837	**0.925

مجموع المجال الانفعالي	بيرسون (R)	1	**0.969
المجموع الكلي	بيرسون (R)	**0.969	1

#### 4.4.3. مقياس "سلوك إيذاء الذات" لهيام سيد عبد الحميد سيد (2023):

صمم مقياس "سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" من طرف الباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023)، وقدمت عملية إعداد المقياس بمجموعة من المراحل حتى توصلت الباحثة للصورة النهائية له، ومن أهم الخطوات المنهجية التي قامت بها الباحثة ما يلي:

1. إعداد إطار نظري يحتوي على خلاصة ما كتب عن ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل خاص.

2. إطلعت الباحثة - في ضوء ما توافر لديها - على التراث السيكولوجي الذي تناول سلوك إيذاء الذات ، وكذلك إطلعت علي الدراسات التي اهتمت بقياس هذا المتغير، والعديد من المقاييس المتوفرة والمتعلقة بإيذاء الذات بصفة عامة وهي:

-مقياس سلوك إيذاء الذات للطلاب العاديين والغير عاديين من (5-11) سنة (2006) لزوينب شقير .

-مقياس سلوك إيذاء الذات لأطفال التوحد من (5-10) سنوات لإيمان عبد الوهاب محمود (2015).

-مقياس تقدير سلوك إيذاء الذات لدعينة من الأطفال الذاتويين من ( 5-10 ) سنوات في دولة الكويت لفرج جمال الشطي (2017).

**أولاً: وصف المقياس:**

يتكون المقياس من (25) مفردة تقيس بنية أحادية لإيذاء الذات لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد روعي عند إعداد العبارات ما يلي:

- أن تكون العبارات واضحة وسهلة الفهم بالنسبة لأفراد العينة.
- أن تعبر كل عبارة عن البعد الذي تقيسه.
- أن تتناسب العبارات مع خصائص أفراد العينة.
- أن تراعى المستوى التعليمي والثقافي والبيئي لأفراد العينة.

**ثانياً: تصحيح وتفسير المقياس:**

تم وضع أمام كل مفردة مقياس ثلاثي (دائماً، أحياناً، نادراً)، ويتم التطبيق من خلال الأم أو المعلمة، ويضع للطفل علامة (٧) في الخانة التي تتوافق معه.

ويعطى للطفل "ثلاث درجات" إذا تم اختيار البديل "دائماً" و"درجتين" إذا تم اختيار البديل "أحياناً"، و"درجة واحدة" إذا تم اختيار البديل "نادراً".

وتتراوح درجات المقياس بين (25) - (75)، وكلما زادت الدرجة دليل على زيادة مستوى إيذاء الذات.

**ثالثاً: الخصائص السيكومترية لمقياس سلوك إيذاء الذات:**

قامت الباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023) بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغت (70) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس من صدق وثبات على النحو التالي:

**أ- مؤشرات صدق البنية لمقياس إيذاء الذات**

قامت الباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023) بحساب مؤشرات صدق البنية للمقياس إيذاء الذات باستخدام التحليل العاملي التوكيدي عن طريق برنامج (AMOS 20)، ويوضح جدول التالي معاملات الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس و النسبة الحرجة ومستوى الدلالة لتشبع كل مفردة على مقياس إيذاء الذات.

جدول رقم (9): تشبعات مفردات مقياس سلوك إيذاء الذات باستخدام التحليل العاملي التوكيدي.

المفردة	الوزن الانحداري المعياري	الوزن الانحداري	خطا القياس	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
25	0.75	0.79	0.06	13.27	0.01
24	0.77	0.76	0.06	13.66	0.01
23	0.71	0.92	0.08	12.28	0.01

0.01	11.1	0.06	0.69	0.66	22
0.01	12.74	0.07	0.84	0.73	21
0.01	13.83	0.05	0.69	0.73	20
0.01	14.36	0.05	0.77	0.79	19
0.01	13.86	0.05	0.73	0.77	18
0.01	15.4	0.06	0.9	0.83	17
0.01	10.88	0.06	0.67	0.65	16

يبين جدول رقم (9) أن جميع مفردات مقياس سلوك إيذاء الذات كانت دالة عند مستوى 0.01. وقامت الباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023) بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس إيذاء الذات، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (10): مؤشرات صدق البنية لمقياس إيذاء الذات.

المفردة	الوزن الانحداري المعياري	الوزن الانحداري	خطا القياس	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
15	0.75	0.68	0.05	13.24	0.01
14	0.74	0.72	0.06	13	0.01
13	0.7	0.67	0.06	11.97	0.01
12	0.8	0.85	0.06	14.6	0.01
11	0.76	0.76	0.06	13.44	0.01
10	0.83	1.05	0.07	15.57	0.01
9	0.84	0.89	0.06	15.63	0.01
8	0.68	0.67	0.06	11.45	0.01
7	0.78	0.82	0.06	14.05	0.01
6	0.84	1.04	0.07	15.78	0.01
5	0.72	0.72	0.06	12.56	0.01
4	0.78	0.98	0.07	14.07	0.01
3	0.81	0.97	0.07	14.85	0.01
2	0.83	0.97	0.06	15.34	0.01
1	0.83	1	-	-	-

يتضح من الجدول (10) أن جميع مفردات مقياس سلوك إيذاء الذات كانت دالة عند مستوى 0.01،

#### • الصدق التلازمي:

تم التحقق من صدق مقياس سلوك إيذاء الذات باستخدام الصدق التلازمي عن طريق ارتباط درجات مقياس سلوك إيذاء الذات بمقياس سلوك إيذاء الذات للباحثة إيمان عبد الوهاب محمود (2015)، ويمكن توضيح ما توصلت إليه الباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد من نتائج كما يلي:

بلغ معامل الارتباط بين المقياسين (0.85) وهو معامل ارتباط قوى ودال عند مستوى 0.01، والذي يؤكد الصدق التلازمي لمقياس سلوك إيذاء الذات.

• الإلتساق الداخلي:

تم حسابه عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول رقم (11): الإلتساق الداخلي لعبارات مقياس إيذاء الذات.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	**0.68	9	**0.77	17	**0.48
2	**0.64	10	**0.59	18	**0.58
3	**0.68	11	**0.70	19	**0.48
4	**0.70	12	**0.49	20	**0.52
5	**0.56	13	**0.56	21	**0.50
6	**0.47	14	**0.51	22	**0.84
7	**0.48	15	**0.39	23	**0.71
8	**0.53	16	**0.61	24	**0.78
				25	**0.52

دالة عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول رقم (11) أن جميع المفردات المقياس كانت دالة عند مستوى 0.01، والذي يؤكد لالتساق الداخلي للمقياس.

ب- ثبات المقياس

تم حساب قيمة الثبات للمقياس باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ، وطريقة التجزئة النصفية ، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول (12): قيم معاملات الثبات لمقياس سلوك إيذاء الذات.

معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية ( سبيرمان براون)
0.84	0.81

يتضح من الجدول رقم (12) أن معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات المقياس

وعليه يستنتج تبين أن مقياس سلوك إيذاء الذات للأطفال المصابين بطفيل التوحد إمتاز بصدق وثبات مناسبين.

## 5.3. كيفية إجراء الدراسة الأساسية:

أولاً: تمت الدراسة الأساسية بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، حيث أخذت الباحثة رخص للدخول إلى أربعة (04) مراكز طبية نفسية بيداغوجية التالية: المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "واسيف" (تيزي وزو)، المركز الطبي النفسي البيداغوجي "الكرمة" (بومرداس)، فأتجهت أولاً إلى المركز الطبي النفسي البيداغوجي "أزفون" (تيزي وزو) ثم إلى المركز الطبي النفسي البيداغوجي "بوخالفة" (تيزي وزو)، وهكذا...

وتم استقبالها في كل هذه المراكز بشكل جيد، حيث تحصلت على موافقة إجراء الدراسة الأساسية فيها، كما تم تقديمه للأخصائيين النفسيين العياديين والمربين، وتم الإتفاق معهم على مواعيد إجراء الدراسة الأساسية. وبعد ذلك قامت الباحثة بزيارات متكررة لهذه المراكز للبحث على عينة الدراسة.

وبفضل مساعدة الأخصائيين النفسيين العياديين في هذه المراكز تم إستخراج قائمة بأسماء الأطفال الذين شخصوا بالإصابة بإضطراب طيف التوحد من طرف الأطباء الطب العقلي في هذه المراكز وكان عددهم (35)، وتم الإتصال بأمهاتهم اللواتي قبلن إجراء الدراسة معهن.

مع العلم أن (10) منهن هم أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية (الذين تم تشخيصهم من طرف المختصين بأنهم مصابين بطيف التوحد).

وتم بعد ذلك بمساعدة مساعدة الأخصائيين النفسيين العياديين الإلتقاء بـ (25) منهن مع أطفالهن، وفي كل مرة تم الإلتقاء بأحد أو اثنين على الأكثر، وتم التطبيق عليهن أدوات المتمثلة في: ملاحظة ومقياس تشخيص التوحد (للتأكد من أطفالهن مصابين بإضطراب طيف التوحد) ومقياس "المظاهر الإنفعالية" ومقياس "سلوك إيذاء الذات".

وتم التأكد من أن هؤلاء الأطفال ووفق نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة، للمصابين بإضطراب طيف التوحد.

وتم تطبيق المقابلة العيادية بصفة فردية مع حالتين (02) في مكاتب الأخصائيين النفسيين العياديين في هذه المراكز.

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية قامت الباحثة أولاً بالبحث عن (35) أم لطفل من المصابين بإضطراب طيف التوحد غير

الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والذين تتراوح أعمارهم ما بين (5-6 سنوات)، لكي يكون هناك إنسجام بين عدد الملتحقين وغير الملتحقين، وذلك في الولايات التالية: تيزي وزو، الجزائر العاصمة، وبمساعدة الأهل والأصدقاء وجدت بعض الأمهات، لكنها لم تتمكن العمل معهن بسبب رفضهن إستقبالها في بيوتهن.

لهذا إضطرت الباحثة بفضل بعض التدخلات الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة في كل من مصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بواد عيسي تيزي وزو، ومصلحة "الطب النفسي للأطفال" (Service de pédopsychiatrie) في مستشفى الأمراض العقلية "الشرافة" الجزائر العاصمة، ومكتب الأخصائية النفسانية العيادية السيدة تدالة لامية (تيزي وزو وسط) وجمعية "صوت الأمل" (Tighriussirem) نزار بن خدة-تيزي وزو-، وبفضل مساعدة الأخصائيين النفسانيين العياديين تم إستخراج قائمة بأسماء الأطفال الذين شخصوا بالإصابة بإضطراب طيف التوحد من طرف الأطباء الطب العقلي، والذين يترددون على هذه المؤسسات، وكان عددهم (35)، وتم الإتصال بأمهاتهم اللواتي قبلن إجراء الدراسة معهن.

مع العلم أن (10) منهن هن أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية (الذين تم تشخيص أطفالهم من طرف المختصين بأنهم مصابين بطيف التوحد).

وتم بعد ذلك دائماً بمساعدة مساعدة الأخصائيين النفسانيين العياديين بالإلتقاء بـ (25) منهن مع أطفالهن، وفي كل مرة تم الإلتقاء بأحد أو إثنين على الأكثر، وتم التطبيق عليهن أدوات المتمثلة في: الملاحظة ومقياس تشخيص التوحد (للتأكد من أطفالهن مصابين بإضطراب طيف التوحد) ومقياس "المظاهر الإنفعالية" ومقياس "سلوك إيذاء الذات".

وتم التأكد من أن هؤلاء الأطفال ووفق نتائج مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد للأطفال دون عمر السادسة، مصابين بإضطراب طيف التوحد.

وتم تطبيق المقابلة العيادية بصفة فردية مع حالتين (02) في مكاتب الأخصائيين النفسانيين العياديين في هذه المؤسسات.

#### 4. الأساليب الإحصائية المستعملة:

بعد جمع البيانات تم فرزها وتفرغها في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS20) قصد معالجتها إحصائياً باستعمال العديد من الإجراءات الإحصائية الشائعة، والتي تتيح للباحثة تحليل بياناتها، وهي:

- اختبار " كولموكروف - سميرنوف " للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية.
- المتوسط الحسابي.
- الإنحراف المعياري.
- اختبار " فريدمان " للرتب، وهو اختبار لا معلمي (لابارامتري).
- معمل الارتباط بيرسون (R)
- اختبار (T) لدراسة الفروق بين الجنسين
- اختبار مان وتني (u) لدراسة الفروق بين متوسطات الرتب بين الجنسين.

## الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

### 1. عرض نتائج الدراسة

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى

1.2. عرض نتائج الفرضية الثانية

1.3. عرض نتائج الفرضية الثالثة

1.4. عرض نتائج الفرضية الرابعة

1.4.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2.4.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

### 2. مناقشة النتائج

1.2. مناقشة الفرضية الأولى

2.2. مناقشة الفرضية الثانية

2.3.. مناقشة الفرضية الثالثة

2.4. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى

2.5. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

ثانيا : عرض وتحليل نتائج الحالات

1. تقديم الحالة الأولى

2.1 عرض وتحليل مضمون المقابلة

3.1 عرض وتحليل نتائج مقياس المظاهر الانفعالية

4.1 عرض وتحليل نتائج مقياس ايداء الذات

5.1 خلاصة الحالة

2. تقديم الحالة الثانية

1.2 عرض وتحليل مضمون المقابلة

2.2 عرض وتحليل نتائج مقياس المظاهر الانفعالية

3.2 عرض وتحليل نتائج مقياس ايداء الذات

4.2 خلاصة الحالة

3. تقديم الحالة الثالثة

1.3 عرض وتحليل مضمون المقابلة

2.3 عرض وتحليل نتائج مقياس المظاهر الانفعالية

3.3 عرض وتحليل نتائج مقياس ايداء الذات

4. تقديم الحالة الرابعة.

1.4 عرض وتحليل مضمون المقابلة

2.4 عرض وتحليل نتائج مقياس المظاهر الانفعالية

3.4 عرض وتحليل نتائج مقياس ايداء الذات

4.4 خلاصة الحالة

5. خلاصة عامة للحالتين

إستنتاج عام

## 1. عرض ومناقشة النتائج:

قبل إختبار فرضيات الدراسة قامت الباحثة من التحقق من خصائص البيانات والتمثلة بـ "خاصية التوزيع الطبيعي (Normal Distribution) " من خلال تطبيق إختبار "كولموكروف -سميرنوف"، الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(13): نتائج إختبار "كولموكروف -سميرنوف" للتحقق من خاصية التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة الأساسية.

القرار	قيمة الدلالة لمحسوبة (Sig)	إختبار "كولموكروف - سميرنوف"	العينة	متغيرات الدراسة الأساسية	
يخضع للتوزيع الطبيعي	0.200	0.092	50	الإستجابات الإنفعالية	المظاهر الإنفعالية
يخضع للتوزيع الطبيعي	0.200	0.102	50	الخوف	
يخضع للتوزيع الطبيعي	0.200	0.090	50	القلق والتوتر	
لا يخضع للتوزيع الطبيعي	0.000	0.193	50	التعبير عن لمشاعر	
لا يخضع للتوزيع الطبيعي	0.010	0.145	50	فهم مشاعر الآخر	
لا يخضع للتوزيع الطبيعي	0.051	0.124	50	سلوك إيذاء الذات	

يتبين من النتائج الواردة في الجدول (13) أن بيانات متغيرات الدراسة الأساسية المتمثلة في: متغير المظاهر الإنفعالية ( التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ومتغير سلوك إيذاء الذات لا تخضع للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) وما يدعم ذلك أن كل قيم الدلالة الإحصائية (Sig) لإختبار كولموكروف -سميرنوف " (Sig) لهذه المتغيرات تساوي على التوالي: (Sig=0.000، Sig=0.001، Sig=0.051) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وهذا يعني أن بيانات متغيرات الدراسة الأساسية المتمثلة في: متغير المظاهر الإنفعالية التالية (التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ومتغير سلوك إيذاء الذات لا تخضع للتوزيع الطبيعي، وعليه لا يمكن تطبيق إختبار فرضيات الدراسة الخاصة بهذه المتغيرات إختبارات المعلمية (البارامترية)، وإنما يمكن تطبيق الإختبارات لا معلمية (اللابارامترية) مثل: إختبار (فريدمان) لدراسة الفروق في الرتب وإختبار (مان وتي) لدراسة الفروق.

يتبين أيضا من النتائج الواردة في الجدول (13) أن بيانات متغير المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر) تخضع للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) وما يدعم ذلك أن قيمة الدلالة الإحصائية (Sig) لإختبار كولموكروف -سميرنوف " (Sig) تساوي على التوالي: (Sig=0.200، Sig=0.200، Sig=0.200) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وهذا يعني أن بيانات متغير المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر) يخضع للتوزيع الطبيعي، وعليه يمكن تطبيق إختبار فرضيات الدراسة الحالية إختبارات الدلالة الإحصائية المعلمية (بارامترية) مثل: إختبار "T" لدراسة الفروق.

### 1.1 عرض نتائج الفرضيات:

#### 1.1.1 عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على:

" لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر."

**الفرضية الصّفرية:** " ليس لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر."

**فرضية البحث:** " لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر."

وتم استخدام إختبار هذه الفرضية إختبار (فريدمان) للرتب، وهو إختبار لا معلمي (لا بارامتري).

الجدول رقم (14): نتائج إختبار (فريدمان) للرتب في متغيرالمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

الترتيب	الدالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة (Sig)	قيمة كا <sup>2</sup> (x <sup>2</sup> )	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المعطيات الإحصائية المتغيرات	
									الإستجابا	المظاهر الإنفعالية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز النفسو-بيداغوجية.
3	دالة	0.05	0.000	56.243	03.00	4.404	6.32	25	الإستجابا	المظاهر الإنفعالية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز النفسو-بيداغوجية.
2					03.74	5.171	9.36	25	الخوف	
1					04.44	5.720	11.84	25	القلق والتوتر	
5					01.44	1.520	1.32	25	التعبير عنالمشاعر	
4					02.38	3.986	4.16	25	فهم مشاعر الآخر	
3	دالة	0.05	0.000	80.243	02.82	2.931	8.44	25	الإستجابا	المظاهر الإنفعالية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز النفسو-بيداغوجية.
2					03.78	3.700	11.76	25	الخوف	
1					04.84	3.936	16.08	25	القلق والتوتر	
5					01.10	1.313	2.16	25	التعبير عنالمشاعر	
4					02.46	3.792	7.28	25	فهم مشاعر الآخر	

أولاً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. يلاحظ من الجدول رقم (14) أن قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت كالتالي:

قدر المتوسط الحسابي للإستجابات الإنفعالية بـ **6.32** وبإنحراف معياري قدر بـ **4.404**، وقدر المتوسط الحسابي للخوف بـ **9.36** وبإنحراف معياري قدر بـ **5.171**، وقدر المتوسط الحسابي للقلق والتوتر بـ **11.84** وبإنحراف معياري قدر بـ **5.720**، وقدر المتوسط الحسابي للتعبير على المشاعر بـ **1.32** وبإنحراف معياري قدر بـ **1.520**، وقدر المتوسط الحسابي لفهم مشاعر الآخر بـ **4.16** وبإنحراف معياري قدر بـ **3.986**. كما يلاحظ من الجدول رقم (14) أن متوسطات الرتب للمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت كالتالي:

قدر متوسط الرتب للإستجابات الإنفعالية بـ **03.00** وقدر متوسط الرتب للخوف بـ **03.74** وقدر متوسط الرتب للقلق والتوتر بـ **04.44**، وقدر متوسط الرتب للتعبير على المشاعر بـ **01.44** وقدر متوسط الرتب لفهم مشاعر الآخر بـ **02.38**.

وقد تم حساب  $\chi^2$  لإختبار الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب للخصائص الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز النفسو-بيداغوجية؛ وعليه نجد أنها دالة لأن قيمة  $\chi^2$  قدرت بـ **56.243** وهي دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (**0.000=Sig**)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ). وعليه جاء **القلق والتوتر** في الرتبة الأولى، ثم جاء **الخوف** في الرتبة الثانية، ثم جاءت **الإستجابات الإنفعالية** في الرتبة الثالثة، ثم جاء **فهم مشاعر الآخر** في الرتبة الرابعة، وفي الأخير جاء **التعبير عن المشاعر** في الرتبة الخامسة.

وهذا يعني أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم أكثر **القلق والتوتر** ثم **الخوف** ثم **الإستجابات الإنفعالية** ثم **فهم مشاعر الآخر** وبدرجة أقل **التعبير على المشاعر**.

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. يُلاحظ من الجدول رقم (14) أن قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت كالتالي:

قدر المتوسط الحسابي للإستجابات الإنفعالية بـ 8.44، وبإنحراف معياري قدر بـ 2.931، وقدر المتوسط الحسابي للخوف بـ 11.76، وبإنحراف معياري قدر بـ 3.700، وقدر المتوسط الحسابي للقلق والتوتر بـ 16.08، وبإنحراف معياري قدر بـ 3.936، وقدر المتوسط الحسابي للتعبير على المشاعر بـ 2.16، وبإنحراف معياري قدر بـ 1.313، وقدر المتوسط الحسابي لفهم مشاعر الآخر بـ 7.28، وبإنحراف معياري قدر بـ 3.792.

كما يلاحظ من الجدول رقم (14) أن متوسطات الرتب للمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت كالتالي:

قدر متوسط الرتب للإستجابات الإنفعالية بـ 02.82، وقدر متوسط الرتب للخوف بـ 03.78، وقدر متوسط الرتب للقلق والتوتر بـ 04.84، وقدر متوسط الرتب للتعبير على المشاعر بـ 01.10، وقدر متوسط الرتب لفهم مشاعر الآخر بـ 02.46.

وقد تم حساب كاسي لإختبار الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب للمظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية؛ وعليه نجد أنها دالة لأن قيمة كاسي قدرت بـ 80.243 وهي دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.000=Sig)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وعليه جاء القلق والتوتر في الرتبة الأولى، ثم جاء الخوف في الرتبة الثانية، ثم جاءت الإستجابات الإنفعالية في الرتبة الثالثة، ثم جاء فهم مشاعر الآخر في الرتبة الرابعة، وفي الأخير جاء التعبير عن المشاعر في الرتبة الخامسة.

وهذا يعني أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم أكثر القلق والتوتر ثم الخوف ثم الإستجابات الإنفعالية ثم فهم مشاعر الآخر وبدرجة أقل التعبير على المشاعر. وعليه لم تتحقق الفرضية الأولى.

### 2.1.1. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على:

"توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) و سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

**الفرضية الصفرية:** "لا توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) و سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

**فرضية البحث:** "توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) و سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

وتم إستخدام لإختبار هذه الفرضية معاملات الإرتباط بيرسون (R) بين درجات متغير المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ودرجات متغير سلوك إيذاء الذات.

الجدول رقم (15): قيم معاملات الإرتباط بيرسون (R) بين درجات المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

المتغيرات	المعطيات الإحصائية	العينة	قيمة "ر"	قيمة الدلالة الإحصائية لـ "ر" (قيمة الدلالة المحسوبة sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>						
إيذاء الذات	الإستجابات الإنفعالية	25	0.483	0.014	0.01	دالة
إيذاء الذات	الخوف	25	0.600	0.002	0.01	دالة
إيذاء الذات	القلق والتوتر	25	0.407	0.044	0.01	دالة
إيذاء الذات	التعبير عن المشاعر	25	0.558	0.004	0.01	دالة
إيذاء الذات	فهم مشاعر الآخر	25	0.085	0.686	0.01	غير دالة
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>						
إيذاء الذات	الإستجابات الإنفعالية	25	0.589	0.002	0.01	دالة
إيذاء الذات	الخوف	25	0.231	0.267	0.01	غير دالة
إيذاء الذات	القلق والتوتر	25	0.447	0.025	0.01	دالة
إيذاء الذات	التعبير عن المشاعر	25	0.313	0.128	0.01	غير دالة
إيذاء الذات	فهم مشاعر الآخر	25	0.248	0.231	0.01	غير دالة

يُلاحظ من الجدول رقم (15) ما يلي:

أولاً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

▪ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر. فإن قيم معاملات الارتباط بيرسون (R) بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر ودرجات إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية". قدرت على التوالي: ب (ر=0.483، ر=0.600، ر=0.407، ر=0.558) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي على التوالي: (sig=0.014، sig=0.002، sig=0.044، sig=0.004)، كلها أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ).

وهذا يعني أنّه توجد علاقة بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر ودرجات إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهذه العلاقة طردية لأنّ قيم معاملات الارتباط (بيرسون) جاءت كلها موجبة.

بمعنى أنه كلما زادت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر كلما زاد إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والعكس صحيح، أي كلما قلت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر كلما قل سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

▪ فيما يخص المظهر الإنفعالي التالي: فهم مشاعر الآخر:

فإن قيمة معامل الارتباط بيرسون (R) بين درجات فهم مشاعر الآخر ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، قدرت ب (ر=0.085) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي (sig=0.686)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ).

وهذا يعني أنّه لا توجد علاقة بين درجات فهم مشاعر الآخر ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

▪ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر:

فإن قيم معاملات الارتباط بيرسون (R) بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية". قدرت على التوالي: ب (ر=0.589، ر=0.231) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي على التوالي: (sig=0.002، sig=0.025)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ).

وهذا يعني أنه توجد علاقة بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهذه العلاقة طردية لأن قيم معاملات الارتباط (بيرسون) جاءت كلها موجبة.

بمعنى أنه كلما زادت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر كلما زاد إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والعكس صحيح، أي كلما قلت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر كلما قل سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

▪ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر:

فإن قيم معاملات الارتباط بيرسون (R) بين درجات المظاهر الإنفعالية (الخوف، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية". قدرت على التوالي: ب (R=0.231، R=0.313، R=0.248) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيم الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي على التوالي: (sig=0.267، sig=0.128، sig=0.231)، كلها أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد علاقة بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر ودرجات سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

وعليه تحققت الفرضية الثانية بالنسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر.

وتحققت أيضاً بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر.

### 3.1.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على:

"توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر).

**الفرضية الصفرية:** "لا توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر).

**فرضية البحث:** "توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر).

■ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف والقلق والتوتر:

تم استخدام إختبار هذه الفرضية إختبار (T) للفروق بين متوسطات درجات متغير المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، لأن بيانات هذا الأخير تخضع للتوزيع الطبيعي.

الجدول رقم (16): نتائج إختبار "T" للفروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر.

البيانات الإحصائية		المتغيرات		العينات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة "T"	قيمة الدلالة المحسوبة "Sig"	مستوى الدلالة المعتم	الدلالة
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>											
المظاهر الإنفعالية	الإستجابات الإنفعالية	ذكور	23	06.30	04.537	-0.196	-0.059	0.953	0.05	غير دالة	
		إناث	02	06.50	03.536						
	الخوف	ذكور	23	09.00	04.862	-4.500	-1.191	0.246	0.05	غير دالة	
		إناث	02	13.50	09.192						
	القلق والتوتر	ذكور	23	11.87	05.926	-0.370	-0.086	0.932	0.05	غير دالة	
		إناث	02	11.50	03.536						
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>											
المظاهر الإنفعالية	الإستجابات الإنفعالية	ذكور	22	08.18	03.034	-2.152	-2.957	0.008	0.05	دالة	
		إناث	03	10.33	0.577						
	الخوف	ذكور	22	11.73	0.918	-0.273	-0.117	0.908	0.05	غير دالة	
		إناث	03	12.00	01.732						
	القلق والتوتر	ذكور	22	15.91	04.151	-1.424	-0.580	0.568	0.05	غير دالة	
		إناث	03	17.33	01.528						

يتبين من الجدول رقم (16):

أولاً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

■ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر.

- أن قيم المتوسط الحسابي للذكور (الأطفال الذكور المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، قدرت على التوالي بـ ( $X=06.30$ ،  $X=09.00$ ،  $X=11.87$ ) ، بينما قدرت قيم المتوسط الحسابي للإناث (الأطفال الإناث المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر على التوالي بـ ( $X=06.50$ ،  $X=13.50$ ،  $X=11.50$ )؛ أي بفروق جاءت على التوالي: (-0.196، -4.500

$T = -0.059$ ،  $T = -1.191$ ،  $T = -0.086$ ، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق نجد أنها غير دالة لأن قيم  $T$  ( $T = -0.117$ ،  $T = -0.580$ ) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنَّ قيم الدلالة المحسوبة Sig تساوي ( $Sig = 0.953$ ،  $Sig = 0.246$ ،  $Sig = 0.932$ ) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha = 0.05$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر.

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

■ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر.

- أن قيم المتوسط الحسابي للذكور (الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، القلق والتوتر، قدرت على التوالي بـ ( $X^- = 11.73$ ،  $X^- = 15.91$ )، بينما قدرت قيم المتوسط الحسابي للإناث (الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، القلق والتوتر، على التوالي بـ ( $X^- = 12.00$ ،  $X^- = 17.33$ )؛ أي بفروق جاءت على التوالي: ( $-0.273$ ،  $-1.424$ )، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق نجد أنها غير دالة لأنَّ قيم  $T$  ( $T = -0.117$ ،  $T = -0.580$ ) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنَّ قيم الدلالة المحسوبة Sig تساوي ( $Sig = 0.908$ ،  $Sig = 0.568$ ) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha = 0.05$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، القلق والتوتر.

- أن قيمة المتوسط الحسابي للذكور (الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في الإستجابات الإنفعالية قدرت بـ ( $X^- = 08.18$ )، بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للإناث (الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في الإستجابات الإنفعالية بـ ( $X^- = 10.33$ )؛ أي بفرق يساوي ( $-2.152$ )، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه دال لأنَّ قيمة  $T$  ( $T = -2.957$ ) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنَّ قيمة الدلالة المحسوبة Sig تساوي ( $Sig = 0.008$ ) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha = 0.05$ ).

وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في الإستجابات الإنفعالية، وذلك لصالح الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

بمعنى أن الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم إستجابات إنفعالية أكثر من الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

▪ فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

تم استخدام لإختبار هذه الفرضية إختبار مان وتني (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر، لأنها لا تخضع للتوزيع الطبيعي.

الجدول رقم (17): نتائج إختبار مان وتني (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

المعطيات الإحصائية المتغيرات		العينة	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة إختبار مان وتني (U)	قيمة Z	قيمة الدلالة المحسوبة (Sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدالة
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>									
الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.	التعبير عن المشاعر	ذكور	23	12.74	17.000	-0.633	0.527	0.05	غير دالة
		إناث	02	16.00					
فهم مشاعر الآخر	فهم مشاعر الآخر	ذكور	23	13.63	8.500	-1.469	0.142	0.05	غير دالة
		إناث	02	05,75					
<b>الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية</b>									
غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.	التعبير عن المشاعر	ذكور	22	12.89	30.500	-0.215	0.830	0.05	غير دالة
		إناث	03	41.50					
فهم مشاعر الآخر	فهم مشاعر الآخر	ذكور	22	12.25	16.500	-1.417	0.156	0.05	غير دالة
		إناث	03	18.50					

أولاً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

يُلاحظ من الجدول رقم (17) أن قيم متوسطات الرتب للذكور (الأطفال الذكور المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) قدرت في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر بـ (12.74، 13.63)، بينما قدرت قيم متوسطات الرتب للإناث (الأطفال الإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر بـ (16.00، 5.75)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق نجد أنها غير دالة لأن كل من قيم إختبار ماي وتني (U) (U=17.000، U=8.500)، وقيم Z (Z=0.633، Z=-1.469) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن

قيم الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.527=Sig، 0.142=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر. بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية فإن لديه نفس المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. يُلاحظ من الجدول رقم (17) أن قيم متوسطات الرتب للذكور (الأطفال الذكور المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) قدرت في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر بـ (12.89، 12.25)، بينما قدرت قيم متوسطات الرتب للإناث (الأطفال الإناث المصابات بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر بـ (13.83، 18.50)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق نجد أنها غير دالة لأن كل من قيم إختبار ماي وتتي (U) (16.500=U، 30.500=U)، وقيم Z (-0.215=Z، -1.417=Z) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيم الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.830=Sig، 0.156=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) فإن لديه نفس المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

#### 4.1.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على:

" توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في سلوك إيذاء الذات.

الفرضية الصفرية: " لا توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في سلوك إيذاء الذات."

فرضية البحث: " توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية"، في سلوك إيذاء الذات."

تم استخدام لإختبار هذه الفرضية إختبار مان وتي (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في متغير سلوك إيذاء الذات لأن بيانات هذا الأخير لا تخضع للتوزيع الطبيعي.

الجدول رقم (18): نتائج إختبار مان وتي (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

الدالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة (Sig)	قيمة Z	قيمة إختبار مان وتي (U)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	العينة	المعطيات الإحصائية المتغيرات
الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية								
غير دالة	0.05	0.422	-0.803	15.000	12.65	291.50	23	ذكور
					17.00	34.00	02	إناث
الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية								
غير دالة	0.05	0.966	-0.042	32.500	12.98	285.50	22	ذكور
					13.17	39.50	03	إناث

أولاً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. يُلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيمة متوسط الرتب للذكور (الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) قدرت في إيذاء الذات بـ (12.65)، بينما قدرت قيمة متوسط الرتب للإناث (الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في سلوك إيذاء الذات بـ (17.00)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه غير دال لأن كل من قيمة إختبار ماي وتي (U) (15.000=U)، وقيمة Z (Z=-0.803) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.422=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في سلوك إيذاء الذات.

بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) فإن لديه نفس درجة في سلوك إيذاء الذات.

ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. يُلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيم ومتوسط الرتب للذكور (الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) قدرت في سلوك إيذاء الذات بـ (12.98)، بينما قدرت قيمة متوسط الرتب للإناث (الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في سلوك إيذاء الذات بـ (13.17)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه غير دال لأن

كل من قيمة إختبار ماي وتتي (U) (32.500=U)، وقيمة Z (Z=0.042-) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنَّ قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.966=Sig) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ( $\alpha=0.05$ ). وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في إيذاء الذات.

بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فإن لديه نفس درجة سلوك إيذاء الذات.

### 2.1. مناقشة نتائج الفرضيات:

#### 1.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال تحليل نتائج الفرضية الأولى التي مفادها: " لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية أولاً ثم الخوف ثانياً ثم القلق والتوتر ثالثاً ثم التعبير عن المشاعر رابعاً وفي الأخير فهم مشاعر الآخر".

وتم إستخدام إختبار هذه الفرضية إختبار (فريدمان) للرتب، وهو إختبار لا معلمي (لا بارامتري).

وبعد المعالجة الاحصائية تبين أن قيمة إختبار ( فريدمان) بلغت (56.243) عند مستوى الدلالة ( $a=0.05$ ) وهي دالة احصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة ( $sig=0.000$ ) وهي أصغر من الدلالة المعتمدة ( $a=0.05$ ) لدى فئة الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

وأما بالنسبة للأطفال الغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وجدنا أن قيمة إختبار ( فريدمان) بلغت (80.243) عند مستوى الدلالة ( $a=0.05$ ) وهي دالة احصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة ( $sig=0.000$ ) وهي أصغر من الدلالة المعتمدة ( $a=0.05$ ).

فبالإعتماد على هذه النتائج تبين إختبار (فريدمان) للرتب في متغير المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت عكس ما توقعته الباحثة إفتراضاً حيث جاء أول مظهر من المظاهر الإنفعالية هو مظهر القلق والتوتر الذي أخذ الرتبة الأولى، ثم جاء مظهر الخوف في الرتبة الثانية، ثم جاء مظهر الإستجابات الإنفعالية في الرتبة الثالثة، ثم جاء مظهر فهم مشاعر الآخر في الرتبة الرابعة، وفي الأخير جاء مظهر التعبير عن المشاعر في الرتبة الخامسة.

وهذا يعني أن الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم أكثر القلق والتوتر ثم الخوف ثم الإستجابات الإنفعالية ثم فهم مشاعر الآخر وبدرجة أقل التعبير على المشاعر.

بمعنى أنهم يظهرون مستويات مرتفعة من القلق والتوتر، تليها الخوف، ثم الإستجابات الإنفعالية، في حين يظهرون قدرة محدودة على فهم مشاعر الآخرين، ويعانون بدرجة أكبر من ضعف في التعبير عن هذه المشاعر، وهذا التسلسل الإنفعالي المتدرج يعكس تفاعلاً مركباً بين العوامل العصبية والمعرفية والسياقية المرتبطة ببيئة الطفل.

ويمكن تفسير ارتفاع مستويات القلق والتوتر لدى هؤلاء الأطفال من خلال نموذج فرط الإثارة العصبية (Hyperarousal Model)، حيث يعاني هؤلاء الأطفال من نشاط مفرط في الجهاز العصبي الذاتي، مما يجعلهم أكثر عرضة للقلق والتوتر في البيئات ذات المتطلبات التنظيمية العالية، كالتالي توفرها المراكز النفسية التربوية (Wood & Gadow, 2010).

كما أن التعرض المستمر للمثيرات الحسية والاجتماعية المكثفة في هذه المراكز قد يفاقم من مشاعر القلق ويزيد من حدة التوتر، خصوصاً لدى الأطفال الذين يعانون من حساسية مفرطة تجاه الأصوات أو التغيرات البيئية المفاجئة (الهواري عبد العزيز، 2019).

ولا تتماشى نتيجة هذه الفرضية مع ما جاءت به نظرية الضغط البيئي (Environmental Stress Theory)، فيما يخص الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، حيث ترى أن البيئة المنظمة والصارمة (كما في المراكز النفسية التربوية)، قد تفرض مطالب نفسية واجتماعية تفوق قدرة الطفل على التكيف، ما يؤدي إلى ارتفاع في الضغط النفسي والإنفعالي؛ في المقابل فإن الأطفال غير المدمجين في هذه المراكز قد يعيشون في بيئة أسرية أقل صرامة تنظيمية، وربما أقل إثارة حسية، ما يسهم في تقليل حدة القلق والتوتر (White et al., 2009).

وقد جاء الخوف في المرتبة الثانية في المظاهر الانفعالية لدى هؤلاء الأطفال ( الملتحقين وغير الملتحقين..... )، وتعدى هذه النتيجة إلى ما تُشير إليه نظرية الحساسية الزائدة للمثيرات الحسية (Sensory Over-responsivity Theory) والتي تؤكد بأن الأطفال المصابين بالتوحد يتفاعلون بشكل مبالغ فيه مع المثيرات المحيطة، مما يجعلهم أكثر عرضة لمشاعر الخوف والإنزعاج في مواقف لا تُعتبر مخيفة بالنسبة للأطفال النمطيين (Ben-Sasson et al., 2009).

ولم تتفق نتيجة هذه الفرضية مع ما طرحه كل من Varela (فاريللا) وNiditch (نيديتش) فيما يخص الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، حيث يرا أن الابتعاد عن المواقف الاجتماعية المتكررة، كالتفاعل اليومي مع جماعات من الأطفال أو الخضوع لبرامج علاجية تتطلب مواجهة مستمرة، قد يقلل من المثيرات المسببة للخوف، خاصة إذا ما أدمجوا بيئة تعليمية علاجية عالية المطالب. ذلك يتماشى مع ما تطرحه نظرية التكيف التلقائي (Passive Coping) التي تفترض أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

يطورون إستراتيجيات تكيف قائمة على الإنسحاب أو العزلة، والتي تقلل من مستوى التوتر والخوف بشكل سطحي، دون معالجة جذرية للأعراض (Niditch & Varela, 2012)

وفي حين جاءت الإستجابات الإنفعالية في الرتبة الثالثة، وهذه النتيجة تتفق مع نظرية ضعف التنظيم الإنفعالي (Emotion Dysregulation Theory) والتي تشير إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد غالباً ما يفتقرون إلى إستراتيجيات فعالة لتنظيم مشاعرهم، ما يؤدي إلى نوبات غضب، بكاء غير مبرر، أو انفعالات غير متناسبة مع الموقف (Mazefsky et al., 2013)

أما فيما يتعلق بانخفاض قدرة هؤلاء الأطفال على فهم مشاعر الآخرين، فإن هذه النتيجة تتماشى مع نظرية العقل (Theory of Mind)، والتي تقترض وجود عجز أساسي لدى أطفال التوحد في تفسير نوايا الآخرين أو إدراك الحالات الذهنية والانفعالية لديهم. وقد أظهرت عدة دراسات أن هذا القصور يؤدي إلى ضعف في التفاعل الاجتماعي، ويفسر جزءاً كبيراً من الصعوبات في التقمص الوجداني أو الاستجابة التعاطفية (Baron-Cohen, 1985).

أخيراً، فإن انخفاض مستوى التعبير عن المشاعر لدى هؤلاء الأطفال يمكن فهمه في ضوء ما يُعرف (الأليكسيثيميا) (Alexithymia)، وهي حالة تتمثل في ضعف القدرة على توصيف المشاعر أو التعبير عنها لفظياً أو غير لفظياً، والتي تزداد انتشاراً لدى الأفراد المصابين بالتوحد. ويُعزى ذلك إلى خلل في المعالجة العصبية المرتبطة بالمناطق المسؤولة عن الوعي الذاتي والانفعالي، مثل القشرة أمام الجبهية والجزير (Bird & Cook, 2013)

في حين فيما يتعلق بفهم مشاعر الآخرين والتعبير عنها، فقد حافظت هذه المتغيرات على موقعها كأضعف المهارات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، مما يعيد التأكيد على مركزية نقص نظرية العقل (Theory of Mind) والعجز التعبيري الإنفعالي (Alexithymia) كمكونين ثابتين في التوحد، بغض النظر عن السياق البيئي أو درجة التدخل العلاجي. وتشير الأدبيات إلى أن غياب التدخلات المختصة يزيد من ترسيخ هذه الصعوبات، إذ أن فهم المشاعر والتعبير عنها لا يتحسن تلقائياً مع الزمن، بل يحتاج إلى تدريب مباشر. (Baron-Cohen et al 2000; Bird & 2013) Cook

وعلى العموم لأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، قد يُظهرون درجة أقل من الإضطراب الإنفعالي الظاهر، إلا أن ضعف التنظيم الإنفعالي لا يزال قائماً، لكن بصيغة "مجموعة" أو "داخلية" (Internalized) حيث لا تُعبّر الإنفعالات بوضوح بل تُكبت أو تتحول إلى أعراض جسدية أو إنسحابية، وهذا ينسجم مع نتائج دراسات متعددة أشارت إلى أن غياب البرامج المنظمة لا يعني تحسناً حقيقياً في الصحة الإنفعالية، بل قد يخفي صعوبات غير مرئية (Mazefsky et al. 2013)

بالتالي، تبرهن النتائج الإحصائية على أنه لا توجد فروق بين الأطفال الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البداغوجية في ترتيب المظاهر الإنفعالية وبناء على ما سبق، فالإلتحاق بالمراكز لا يعني بالضرورة تحسناً وظيفياً، بل يعكس في الغالب إنسحاباً من مواقف مثيرة للإنفعال، مما يخفض من حدة الأعراض الظاهرة دون علاجها. وتشير هذه النتائج إلى ضرورة تصميم تدخلات منزلية أو مجتمعية مرنة تستهدف تنظيم الإنفعالات وفهم المشاعر دون إيقال الطفل بمثيرات تفوق قدرته على التكيف، وهذا الطرح مدعوم بكل من الأدبيات العلمية المعاصرة والنظريات النفسية النمائية، ما يعزز من وجهة النظر التي تبرز أهمية التدخل المهني المبكر والمنهجي في دعم النمو النفسي والانفعالي لأطفال طيف التوحد.

وعليه فإن نتائج الدراسة تدعم التوجهات النظرية الحديثة وتتسجم مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، مما يعزز من موثوقية النموذج التفسيري المقترح ويبرز أهمية التدخلات التي تستهدف التنظيم الانفعالي وفهم المشاعر كأولويات في البرامج النفسية الموجهة لهذه الفئة.

### 2.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على: "توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية (الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية".

أولاً: مناقشة نتائج الفرضية الثانية بالنسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

تبين بعد المعالجة الإحصائية أننا نتائج معاملات الارتباط (بيرسون) بين متغيرات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ).

وهذا يعني أنه توجد علاقة بين درجات المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر ودرجات إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهذه العلاقة طردية لأن قيم معاملات الارتباط (بيرسون) جاءت كلها موجبة.

بمعنى أنه كلما زادت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر كلما زاد إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. والعكس صحيح، أي كلما قلت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر كلما قل إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة حسب دراسة Weiss (ويس) وآخرون (2014) التي أشارت إلى أن ضعف التنظيم الإنفعالي يساهم بشكل ملحوظ في هذه السلوكيات. فالأطفال الذين يعانون من إستجابات إنفعالية غير منظمة وغير متناسبة

مع الموقف يلجؤون إلى إيذاء ذاتهم كطريقة لتنظيم مشاعرهم الداخلية والتخفيف من التوتر أو الألم النفسي، وتعزز هذه الفكرة نظرية التنظيم الذاتي التي تشير إلى أهمية السيطرة على الإنفعالات لتجنب السلوكيات الضارة (Weiss et al.2014).

كما تدعم هذه النتيجة دراسة Mazefsky وآخرون (2013) التي أظهرت أن اضطرابات في تنظيم الخوف تعد من العوامل التي تزيد من احتمالية ظهور السلوكيات المؤذية للذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Mazefsky et al.2013).

كما بينت نتائج هذه الفرضية أن الأطفال الذين يعانون من مستويات عالية من القلق والتوتر هم أكثر ميلاً لسلوكيات إيذاء الذات، حيث تعمل هذه السلوكيات كآلية للتنفيس عن الضغط النفسي الناتج عن هذه الإنفعالات. وتدعم هذه النتائج الدراسة التي أجراها Kerns (كيرنس) وآخرون (2015)، والتي أظهرت أن القلق المرتفع لدى أطفال التوحد، خاصة ذوي القدرات اللغوية المحدودة، يرتبط بزيادة احتمالية ظهور سلوكيات إيذاء الذات (Kerns et al.2015).

وأشارت أيضاً نتائج هذه الفرضية أن هناك علاقة بين الخوف وسلوك إيذاء الذات لدى هؤلاء الأطفال، وهذا ما لاحظته الباحثة خلال فترة التربص الميداني أن الأطفال الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الخوف يكونون أكثر عرضة للإنخراط في سلوكيات إيذاء الذات دفاعاً عن أنفسهم بطريقة عدوانية أو رفض المربين الجدد المتواجدين داخل الصف ويعود ذلك ربما لتعلقهم الشديد بأمهاتهم. ويُفسر ذلك ضمن إطار نظرية التنظيم الإنفعالي التي تؤكد أن ضعف التحكم في المشاعر السلبية مثل الخوف يمكن أن يؤدي إلى ردود فعل سلوكية مضطربة، كوسيلة للتنفيس أو محاولة التكيف مع الشعور بالخوف.

كما أظهرت نتائج هذه الفرضية أن هناك علاقة طردية بين التعبير عن المشاعر وسلوك إيذاء الذات لدى هؤلاء الأطفال، وهذا يدل على أن الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعبير عن مشاعرهم يكونون أكثر عرضة لتراكم المشاعر السلبية التي قد تتجلى في سلوكيات إيذاء الذات. هذا يرتبط بنظرية العجز العاطفي (Alexithymia)، التي توضح أن ضعف القدرة على التعرف والتعبير عن المشاعر يؤدي إلى تراكم الضغط النفسي، مما يزيد من احتمالية اللجوء إلى السلوكيات المؤذية كآلية تعويضية، وتؤكد ذلك دراسة كل من Cook (كوك) و Bird (بريد) (2013)، التي ربطت بين العجز العاطفي وسلوكيات إيذاء الذات لدى أطفال التوحد. (نقلاً عن: بن ناصر آمنة، 2021)

أما فيما يخص العلاقة بينهم مشاعر الآخر وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية فجاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). وهذا يعني أنه لا توجد علاقات بينهم مشاعر الآخرين وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

وهذا يشير إلى ضعف تأثير هذا المتغير على سلوك إيذاء الذات، مما يعني أن ضعف القدرة على إدراك وفهم مشاعر الآخرين، وهي سمة رئيسية لإضطراب طيف التوحد وفقاً لنظرية العقل (Mindblindness) لكل من Baron (براون) وCohen (كوهين) (1995)، فلا يعد عاملاً مؤثراً بشكل مباشر في ظهور سلوكيات إيذاء الذات لدى هذه الفئة.

وقد أيدت هذه الفكرة دراسة Jones (جونس) وآخرون (2018) التي وجدت أن ضعف نظرية العقل لا يتنبأ بسلوكيات الإيذاء الذاتي بنفس القدر الذي تتنبأ به المتغيرات الإنفعالية الأخرى، مما يشير إلى أن الدوافع الداخلية والإنفعالية تلعب الدور الأبرز في هذا السياق.

**ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثانية بالنسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:**

**فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الاستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر:**

**تتضح النتائج كالتالي:**

تبيّن النتائج أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، القلق والتوتر وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وقد كشفت المعالجة الإحصائية عن وجود علاقات دالة إحصائياً في المظاهر الإنفعالية التالية، وهذه العلاقة طردية لأن قيم معاملات الارتباط (بيرسون) جاءت كلها موجبة.

بمعنى أن كلما زادت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر كلما زاد سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والعكس صحيح، أي كلما قلت المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر كلما قل سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

ويمكن إرجاع النتيجة الخاصة بالعلاقة بين الإستجابات الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات إلى ما لاحظته الباحثة خلال الدراسة الإستطلاعية حيث لاحظت الأطفال غير الملتحقين بالمراكز يعانون من انفجارات إنفعالية غير موجهة كالغضب، الصراخ، التحطم، أو ردود أفعال مبالغ فيها يكونون أكثر عرضة للإنخراط في سلوكيات إيذاءية كرد فعل بديل عن التنظيم أو التعبير السليم.

وهذا ما تؤكدته نظرية "التنظيم الإنفعالي" للباحث Gross (فروس) (1998) التي ترى أن غياب المهارات التكيفية في التعامل مع الإنفعالات يوّد سلوكيات بديلة، قد تكون مؤذية للذات، خاصة في حالات الإحباط أو العجز عن التواصل (Gross, 1998).

وفي نفس السياق أوضحت دراسة العصيمي (2020) أن غياب الدعم التربوي والعلاجي لدى أطفال التوحد يعمق من اضطراب الإستجابات الإنفعالية، ويدفع الطفل للبحث عن "قناة تفرغ" تكون في الغالب عبر سلوك مؤذ للنفس (العصيمي، 2020، ص 187-204).

في حين يمكن إرجاع النتيجة الخاصة بالعلاقة بين القلق والتوتر وسلوك إيذاء الذاتوهي دالة إحصائيًا، وهذا يعني أنه توجد علاقة طردية بين القلق والتوتر إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

بمعنى أنه كلما زاد القلق والتوتر كلما زاد سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجيةوالعكس صحيح، أي كلما قل القلق والتوتر كلما قل سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

وهذا يشير إلى أن مشاعر القلق والتوتر الناتج عن المواقف غير المألوفة، أو البيئة الإجتماعية الغير آمنة، ترفع من احتمال ظهور سلوكيات إيذاء الذات. وهذا أمر متوقع، خاصة في غياب تدخل نفسي منظم أو تدريب مهارات المواجهة، وتدعم دراسة Attwood (أتوود) (2006) هذا الطرح إذ بينت أن القلق والتوتر عند الأطفال المصابين بالتوحد، إذا تُرك دون معالجة أو تفرغ مناسب، يتحوّل إلى سلوكيات نمطية أو عدوانية قد تشمل الذات (Attwood, 2006).

كما بينت نتائج هذه الفرضية أنه لا توجد علاقة بين المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن الخوف لدى هؤلاء الأطفال لا يعد مؤشرا مباشرًا لسلوك إيذاء الذات، وربما لأن الخوف عند غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لا يعبر عنه بوضوح، بل يكبت أو يحول إلى إنسحاب؛ كما أن بعض هؤلاء الأطفال قد لا يملكون حتى الوعي الكامل بمصدر الخوف نتيجة لغياب التوجيه العلاجي، ويدعم هذا التوجه ما أشار إليه Mazefsky (مازفسكي) وآخرون (2014) إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد الذين لا يملكون آليات فعالة لتفسير أو التعبير عن مشاعر الخوف قد يظهرون عليه أعراض انسحابية بدلاً من السلوكيات العدوانية أو المؤذية (Mazefsky, et al, 2014, p p 835-847).

كما النتيجة التي تنص على أنه لا توجد علاقة بين التعبير عن المشاعر وسلوك إيذاء الذات يمكن إرجاعها إلى أن عدم إرتباط غيب القدرة على التعبير عن المشاعر بشكل قوي بسلوك إيذاء الذات لدى غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، إلى أن الطفل أساسًا لم يطور أنماطًا تعبيرية إنفعالية، فتصبح حالته أقرب إلى الإنسحاب أو التجنب بدلًا من المواجهة أو السلوك الظاهر، وهذا ما أظهرته دراسة سامية عبد الرحمن (2018) التي تؤكد أن أطفال التوحد الذين لا يحصلون على تدريب على التعبير العاطفي يكونون أكثر ميولًا إلى الصمت أو الإنطواء بدلًا من التصرف الخارجي (سامية عبد الرحمن، 2018، ص ص 95-120).

وبينت أيضا نتيجة هذه الفرضية ضعف العلاقة بين فهم مشاعر الآخرين وسلوك إيذاء الذات، وهذه النتيجة جد منطقية لأن فهم مشاعر الآخرين يعتبر من المهارات الإجتماعية المعقدة، التي تتأثر أكثر بالتفاعلات الإجتماعية والمواقف الجماعية، وليس لها تأثير مباشر على السلوك الإنفعالي الداخلي المرتبط بإيذاء الذات، وهذا ما توضحه نظرية العقل (Theory of Mind) التي صاغها Baron-Cohen (1995) والتي تفرق بين ضعف القدرة على فهم

الآخرين (كعامل إجتماعي معرفي) وبين السلوك الإنفعالي الذاتي (Baron-Cohen, 1995).

ومنه يستنتج أن الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر هما العاملان الأكثر إرتباطا بسلوك إيذاء الذات عند غير الملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية، ما يعكس أهمية التدريب على التحكم الإنفعالي والقدرة على المواجهة. وتبرر هذه النتائج إلى الحاجة الماسة في تدخل علاجي تكاملي لهؤلاء الأطفال، حيث تسهم المرافقة النفسية والتربوية في تعديل السلوك، تنظيم الإنفعالات، والحد من سلوك إيذاء الذات.

وقد جاءت متغيرات مثل التعبير عن المشاعر، وفهم مشاعر الآخرين، والخوف، بعلاقات ضعيفة أو غير دالة إحصائياً لدى غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهو ما يعكس قصوراً في النضج الإنفعالي والإجتماعي لديهم، نتيجة غياب التوجيه المهني القائم على برامج تنمية المهارات.

وتتسق هذه النتائج مع ما طرحته نظرية التنظيم الإنفعالي لـ (Gross 1998) ، التي تؤكد أن الأفراد الذين يتلقون تدخلا علاجيا منتظما يتمكنون من تطوير آليات صحية لتنظيم مشاعرهم، ما ينعكس إيجابيا على سلوكهم العام، ويقلل من السلوكيات المؤذية للذات. كما تدعم نظرية العقل لـ (Baron-Cohen 1995) هذه الفروقات، إذ تشير إلى أن فهم مشاعر الآخرين يعد مهارة معرفية إجتماعية تتطور ضمن بيئة تعليمية منظمة، وهو ما يفسر ضعف هذا الجانب لدى غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

كما كشفت نتائج هذه الفرضية عن تباين واضح في طبيعة العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بهذه المراكز يتمتعون بدرجة أعلى من التنظيم الإنفعالي، حيث إرتبطت بعض المظاهر الانفعالية، مثل الخوف والتعبير عن المشاعر والقلق والتوتر والإستجابات الإنفعالية بسلوك إيذاء الذات بشكل دال إحصائياً، ما يعكس قدرة هؤلاء الأطفال على ترجمة إنفعالاتهم الداخلية إلى سلوك خارجي يمكن رصده وتفسيره ضمن إطار التدخل العلاجي الذي يتلقونه.

في المقابل، أظهرت نتائج الأطفال المصابين بهذا الإضطراب منغير الملتحقين بهذه المراكز أن العلاقة الأقوى كانت بين الإستجابات الإنفعالية والقلق والتوتر وسلوك إيذاء الذات، وهو ما يشير إلى أن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى المهارات التكيفية في التعامل مع إنفعالاتهم، ويعانون من إنفجارات إنفعالية غير موجهة، تميل إلى العنف إزاء الذات في ظل غياب الدعم النفسي والتربوي.

أما بالنسبة للقلق والتوتر وعلاقته بسلوك إيذاء الذات لدى هذه الفئة، يؤكد أن غياب البيئة العلاجية يزيد من حدة التوترات الداخلية، دون أن يتوفر إطار مناسب لتفريغها.

بناء على ما سبق، فإن الإلتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية يعد عاملا وقائيا ذو أهمية بالغة في تحسين التوازن الإنفعالي للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، وتقليل احتمالية لجوئهم لسلوكيات مؤذية للذات. كما تعكس هذه النتائج ضرورة تعميم هذه المراكز، وتوسيع برامجها، وتوفير الدعم الكافي لضمان إستفادة أكبر عدد ممكن من الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، خاصة في المراحل العمرية المبكرة التي تسمح بتعديل السلوك والوقاية من الإنحرافات النفسية طويلة المدى (نبيل العبسي، 2016).

### 3.2.1. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على "وجود فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر"

أولا: مناقشة الفرضية الثالثة بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

تبين من خلال المعالجة الإحصائية لهذه الفرضية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث) المصابين بطيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، في المظاهر الإنفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، بمعنى أن هذه النتيجة تشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الإستجابات الإنفعالية، ما يعني أن إلتحاقهم بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية قد ساهم في تقليص الفجوة بين الجنسين في كيفية تنظيمهم للإنفعالات أو التعبير عنها، فهذا يتماشى مع نظرية التعلم الإجتماعي لـ Bandura (باندورا) (1977) التي تفترض أن التفاعل الإجتماعي والتدريب السلوكي يساهمان في تعديل أنماط السلوك والإنفعالات، فعندما يتعرض الأطفال بغض النظر عن الجنس، لتدخلات منظمة في المراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فإنهم يتعلمون إستراتيجيات مشتركة لتنظيم الإستجابات الإنفعالية، ما يفسر غياب الفروق بينهم (Bandura, 1977).

وهذا ما أكدته الدراسة التي أجريت من قبل كل من Koenig (كوينق) و Scahill (سكهيل) و Dombeck (دومباك) (2002)، أن التدريب الإجتماعي والسلوكي المكثف في البيئات المهيكلة يقلل من الفروقات الجنسية في أنماط الإنفعال لدى أطفال التوحد (Koenig, Scahill, & Dombeck, 2002, p111-128).

كما تشير النتيجة فيما يخص متغير الخوف أن هذا الأخير لا يختلف بين الذكور والإناث الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، مما يدل على أن البيئات الموجهة تربويا ونفسيا تساعد الأطفال على تطوير فهم وإستجابات أكثر إتزاناً إتجاه المثيرات المخيفة، بغض النظر عن الجنس.

فمن المنظور النظري، تتوافق هذه النتيجة مع نظرية إزالة "التحسس" (Systematic Desensitization) ضمن المدرسة السلوكية، والتي تشير إلى أن التعرض التدريجي للمثيرات المخيفة في بيئة آمنة وتحت إشراف مختص يخفف من حدة الإستجابات الإنفعالية المفرطة، ويقلل الفروق بين الأفراد، وأيدها الاتجاه دراسة Pfeiffer (بفيفر) وآخرون (2011) التي وجدت أن الخوف لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يتناقص تدريجياً عند مشاركتهم في برامج العلاج الوظيفي والسلوكي داخل المؤسسات التربوية المتخصصة، دون فرق ملحوظ بين الجنسين في نتائج التحسن (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Sheppard & Henderson, 2011, pp76-81).

ونفس الشيء بالنسبة لمتغير القلق والتوتر التي بينت النتائج إلى عدم وجود فروق فيبين الجنسين فيه، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن البرامج النفسية قد تكون فعالة في المراكز لأنها تقدم آليات دعم نفسي متوازنة بين الذكور والإناث، لهذا لا يختلف القلق والتوتر لدى الجنسين، فهذا يتسق مع نموذج التعامل مع التوتر لدى كل من Lazarus (لازارويس) و Folkman (فلوكمان) (1984) الذي يوضح أن الموارد المتاحة (مثل الدعم النفسي، التعليم العاطفي، الإرشاد الجماعي) تلعب دوراً حاسماً في خفض مستويات التوتر بغض النظر عن الفروقات الفردية مثل الجنس، إذا كانت الخدمات المقدمة موحدة وفعالة، فإن الأثر سيكون مشابهاً على الأطفال من كلا الجنسين. (نقلاً عن نبيل العبسي، 2016)

وبدراسة White (وايت) وآخرون (2009) كانت داعمة لهذا المنظور، فقد أظهرت أن العلاج المعرفي السلوكي المطبق في المراكز النفسية على الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد أدى إلى تخفيض مستويات القلق بشكل موحد لدى الذكور والإناث (White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009, pp 216-229).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثالثة بالنسبة للأطفال المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

بينت نتائج هذه الفرضية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، القلق والتوتر.

فيما يخص متغير القلق والتوتر تشير نتيجة هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث فيه، وهذا يدل بأن كلا الجنسين يواجهان مستويات مشابهة من القلق في ظل عدم الإلتحاق بمراكز متخصصة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Mazefsky (مازفسكي) وآخرون (2013) التي وجدت أن أعراض القلق لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد لا تختلف جوهرياً بين الذكور والإناث، بل تتأثر أكثر بعوامل مثل البيئة، ودرجة الدعم الأسري، والمواقف اليومية المحفزة للتوتر (Mazefsky, et al, 2013).

وفيما يخص متغير الخوف بينت نتيجة هذه الفرضية بوضوح أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث فيه، ما يدل على تشابه طرق إستقبال أو تفسير المثيرات المخيفة أو غير المألوفة، فهذه النتيجة تتوافق مع ما أورده نظرية المعالجة الحسية في التوحد (Sensory Processing Theory) حيث أن العديد من الأطفال المصابين بالتوحد يواجهون صعوبات في تفسير المثيرات الحسية أو التغيرات المفاجئة، ما قد يؤدي إلى شعور بالخوف، إلا أن هذه التجربة قد لا تختلف كثيرا بين الجنسين، وتدعم هذه الفكرة دراسة Kerns (كرنس) وآخرون (2014) التي أظهرت أن إستجابات الخوف لدى الأطفال المصابين بالتوحد غالبا ما تكون غير متميزة بين الذكور والإناث، ولكنها تعتمد أكثر على مستوى الإضطراب الحسي أو الروتين البيئي (Kerns, Kendall, Zickgraf, Franklin, Miller, 2014, pp364-377).

في حين فيما يخص متغير الإستجابات الإنفعالية أكدت نتيجة هذه الفرضية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية فيه. وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في الإستجابات الإنفعالية، وذلك لصالح الأطفال الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

بمعنى أن الأطفال الإناث المصابين بطيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لديهم إستجابات إنفعالية أكثر من الأطفال الذكور المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهذه النتيجة لا تتماشى مع ما أشارت إليه نظرية التنظيم الإنفعالي لـ Gross (1998) والتي تؤكد أن الأفراد المصابين بإضطرابات نمائية مثل التوحد يواجهون صعوبات في التحكم بإستجاباتهم الإنفعالية، وأن الذكور غالبا ما يظهرون إستجابات أكثر اندفاعا، بينما تميل الإناث إلى كبح أو إخفاء الإنفعالات (In: Samson, Hardan, Podell., Phillips, & Gross, 2012, pp343-352).

وكذلك لا تتماشى هذه النتيجة مع دراسة Samson (سامسن) وآخرون (2012) التي توصلت إلى أن الإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد يظهرون إستجابات إنفعالية أكثر هدوءا مقارنة بالذكور. (نقلا عن: عبد الله العامري، 2018). -فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر وفهم مشاعر الآخر: تم إستخدام إختبار مان ويتي (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر، لأنها لا تخضع للتوزيع الطبيعي.

وتوصلت الفرضية الثالثة فيما يخص المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر وفهم مشاعر الآخر، أنه لا يوجد فروق بين الجنسين فيهما عند كل من الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين

الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بطيف التوحد الملتحق وغير الملتحق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فإن لديه نفس المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخر.

وبناءً على هذه النتيجة يمكن القول إن الفروق بين الذكور والإناث في التعبير عن المشاعر غير معنوية إحصائياً. وتشير هذه المعطيات إلى أن الجنس لا يشكل عاملاً فارقاً في التعبير الإنفعالي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، وهو ما قد يعزى إلى طبيعة البرامج العلاجية والتربوية التي تقدمها هذه المراكز، فغالبا ما تركز هذه البرامج على تنمية المهارات الإجتماعية والإنفعالية بصورة منهجية وشاملة دون تمييز بين الذكور والإناث، مما قد يساهم في التقليل من الفروقات المرتبطة بالجنس في هذا المجال. وتتماشى هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Harmsen (هرمسن) (2019) التي بينت أن الإنخراط في التدخلات النفسية-التربوية منظمة من شأنه أن يعزز التعبير الإنفعالي لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، ويقلص الفجوات المحتملة بين الجنسين في هذا الجانب (Harmsen, 2019, pp 512-526).

كما أشار Cohen-Baron (2009) في إطار نظريتهما حول "التعاطف والتنظيم المعرفي" (Empathizing-Systemizing Theory)، إلى أن الفروقات النوعية في التعبير الإنفعالي بين الجنسين قد تكون أقل وضوحاً في البيئات التي توفر دعماً مكثفاً وموجه التطوير المهارات الإجتماعية والإنفعالية.

وبالتالي، يمكن الإستنتاج أن عدم دلالة الفروق بين الجنسين في هذا المتغير تحديداً يعكس دوراً محورياً للمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في تعزيز التوازن الإنفعالي بين الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد.

**فيما يخص متغير فهم مشاعر الآخرين** فتشير هذه النتائج إلى أن الفروق بين الذكور والإناث فيه ليست ذات دلالة إحصائية، ما يعني أن كلا الجنسين يظهران مستوى متقارب من القدرة على فهم مشاعر الآخرين ضمن سياق البيئة العلاجية والتربوية المنظمة. ويمكن تفسير هذا التماثل في الأداء بين الجنسين في ضوء الأثر المحتمل للتدخلات الطبية النفسية والبيداغوجية المقدمة داخل المراكز، والتي غالباً ما تتضمن تدريبات خاصة على التمييز الإنفعالي، قراءة تعابير الوجه، وفهم الإشارات الإجتماعية، وهي مكونات أساسية في بناء القدرة على التعاطف وفهم مشاعر الآخرين. وبما أن هذه البرامج تطبق بشكل موحد على جميع الأطفال بغض النظر عن الجنس، فمن المرجح أن تؤدي إلى تقليص الفروقات النوعية المرتبطة بالجنس.

وتدعم هذه النتيجة ما ذهب إليه دراسة Harmsen (2019) والتي أشارت إلى أن إلتحاق الأطفال المصابين بالتوحد ببرامج تربوية علاجية منظمة يساهم في تحسين مهارات الفهم الإجتماعي والإنفعالي على نحو متوازن بين الذكور والإناث، كما أوضح Baron-Cohen (2002) ضمن نظريته المعروفة بـ "نظرية التعاطف والتنظيم المعرفي"

(Empathizing-Systemizing Theory) أن الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد رغم ميولهم التنظيمية العالية، يمكن تحسين قدراتهم التعاطفية عبر تدريب منظم وممنهج، وقد تؤدي بيئة الدعم التربوي إلى تخفيف الفروقات المفترضة بين الجنسين في هذه الجوانب (نقلا عن: عبد الله العامري، 2018).

وبالتالي، يفهم من هذه النتيجة أن البيئة الداعمة داخل المراكز الطبية النفسية البيداغوجية تؤثر بشكل إيجابي على تنمية مهارات الفهم الإنفعالي لدى الجنسين على حد سواء، مما يؤدي إلى تلاشي الفروقات التقليدية المرتبطة بالجنس في هذا السياق.

#### ثانياً: بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بهذه المراكز

فيما يخص متغير "تعبير عن المشاعر" دلت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين فيه. بناءً على ذلك، تشير النتائج إلى تماثل مستوى التعبير عن المشاعر بين الذكور والإناث في هذه الفئة، وعدم وجود فروق بينهما من الناحية الإحصائية.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة حسب الإطلاع نظري للباحثة على أنها مؤشر على محدودية تطور مهارات التعبير الإنفعالي لدى الأطفال المصابين بالتوحد خارج أطر الدعم المؤسسي المنظم، إذ تظهر النتائج أن غياب البرامج التربوية النفسية المكثفة قد يؤدي إلى تثبيت أو إبقاء الفروقات الإنفعالية بين الجنسين عند مستويات منخفضة نسبياً وغير متميزة. بمعنى آخر عدم إلحاق الأطفال بمراكز نفسية تربوية لا يفضي إلى تطور ملحوظ أو فروق نوعية بين الجنسين، مما قد يعكس نقصاً في التعزيز المنهجي لتلك المهارات عبر بيئة مدروسة.

وتتسق هذه النتائج مع ما أشار إليه كل من Attwood (2007) وHowlin وآخرون (2004)، حيث أكدوا على أن غياب التدخلات المتخصصة غالباً ما يترك الأفراد المصابين بإضطراب طيف التوحد في وضعية تطوير طبيعي غير كاف فيما يخص المهارات الإنفعالية والإجتماعية، دون أن تظهر فروق واضحة بين الجنسين في هذا المجال (مرودة خليل، 2020).

أما فيما يخص تحليل النتائج فهي كالتالي:

وفيما يخص متغير "فهم مشاعر الآخرين"، بينت النتائج أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين فيه، بمعنى أنه تشير هذه النتيجة إلى أن الذكور والإناث غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية لا يختلفون من حيث القدرة على تفسير أو فهم مشاعر الآخرين، ما يعني أن كلا الجنسين يواجهان صعوبات متقاربة في هذا الجانب من الإدراك الإجتماعي، وهو ما يعد سمة مشتركة بين الأطفال المصابين بالتوحد.

وتدعم هذه النتيجة ما طرحته دراسة كل من Golan, Baron, Cohen (2006) والتي أكدت أن القدرة على فهم المشاعر لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد تكون عادة منخفضة عموماً، وأن غياب التدخل المنظم يبقي هذه المهارات في مستوى ضعيف بين الذكور والإناث، وعليه فإن عدم دلالة الفروق بين الجنسين في الجوانب

الإنفعالية لدى المصابين بإضطراب طيف التوحد، لا تتبلور بشكل واضح إلا عند وجود تدخل تربوي-علاجي ممنهج، بينما في غيابه تبقى هذه القدرات محدودة ومقاربة بغض النظر عن الجنس. (Golan & Baron, Cohen, 2006)

فعند مقارنة الأطفال المصابين بطيف التوحد من الذكور والإناث في متغيري "تعبير عن المشاعر" و"فهم مشاعر الآخرين"، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، سواء في فئة الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية أو غير الملتحقين بها. غير أن دلالة هذا التماثل تختلف جوهرياً بين الفئتين. ففي حالة الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، يعكس غياب الفروق بين الذكور والإناث أثر البرامج النفسية والتربوية المنتظمة التي تقدم داخل هذه المؤسسات، حيث تعزز هذه البرامج تنمية المهارات الإنفعالية والاجتماعية بشكل متوازن وشامل، مما يساهم في تقليص الفروقات النوعية المحتملة بين الجنسين في التعبير عن المشاعر وفهم مشاعر الآخرين، هذا التماثل يفهم هنا على أنه مؤشر على التحسن العام والمتوازن الناتج عن تدخل منهجي وفعال.

أما في حالة الأطفال غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، فإن غياب الفروق بين الجنسين لا يدل على تحسن، بل يعكس في الغالب قصورا مشتركا في تنمية المهارات الإنفعالية والاجتماعية، وهو ما يعزى إلى غياب البيئة العلاجية الداعمة والتدخل التربوي المنظم. في هذا السياق، يصبح التماثل بين الجنسين تماثلا في محدودية المهارات، وليس في تطورها. وبالتالي، فإن تشابه النتائج الإحصائية في كلا الفئتين يخفي وراءه دلالتين متباينتين: ففي حين يعكس التماثل لدى الملتحقين تقدما تربويا متوازنا، يشير عند غير الملتحقين إلى استمرار الضعف العام في الجوانب الإنفعالية والاجتماعية لدى الجنسين معا.

#### 4.2.1. تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه "توجد فروق بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بطيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في سلوك إيذاء الذات. وقد تم استخدام إختبار هذه الفرضية إختبار مان وتي (U) للفروق بين متوسطات الرتب للجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية)، في متغير سلوك إيذاء الذات لأن بيانات هذا الأخير لا تخضع للتوزيع الطبيعي.

أولا: مناقشة الفرضية الرابعة بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:

يلاحظ من نتيجة الفرضية الرابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في سلوك إيذاء الذات.

بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية فإن لديهم نفس درجة سلوك إيذاء الذات.

ويمكن إرجاع هذه النتيجة على ضوء الأدبيات التي تشير إلى أن البرامج التربوية والبيداغوجية المتخصصة التي تقدمها هذه المراكز قد تسهم في تنظيم السلوك وتوفير إستراتيجيات بديلة للتعبير عن الإنفعالات أو الإستجابة للتوتر، بغض النظر عن الجنس، وهذا ما أكدته دراسة كل من Matson (ماتسون) و Rivet (ريفت) (2008) فإن البيئة التعليمية المنظمة والتدخلات السلوكية المدروسة تساعد على خفض معدلات السلوكيات التكرارية والعنيفة، بما في ذلك إيذاء الذات، ولا سيما عندما تكون هذه البرامج فردية ومتكيفة مع إحتياجات الطفل.

كما أن النظرية السلوكية (Behavioral Theory) تفسر سلوك إيذاء الذات كوسيلة للتعبير عن الإحتياجات أو الهروب من مواقف مثيرة للضغط، وفي حال توفير بيئة مدعمة سلوكيا، فإن هذه السلوكيات تتضاءل تدريجيا نتيجة التعزيز التفاضلي للسلوكيات البديلة (Matson & Rivet, 2008).

**ثانيا: مناقشة الفرضية الرابعة بالنسبة للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية:**

بينت نتيجة الفرضية الرابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين (الأطفال الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية) في سلوك إيذاء الذات .  
بمعنى أنه مهما كان نوع جنس الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية فإن لديهم نفس درجة سلوك إيذاء الذات.

وهذه النتيجة قد تشير إلى أن غياب البرامج التربوية الممنهجة لا يؤدي بالضرورة إلى ظهور فروق واضحة في سلوك إيذاء الذات بين الجنسين، وهذا ما تؤكدته دراسة كل من McClintock (ماككلينتوك) و Hall (هال) و Oliver (أوليفر) (2003) التي بينت أن سلوكيات إيذاء الذات لدى المصابين بإضطراب طيف التوحد ترتبط غالبا بشدة الإضطراب ومستوى الأداء العقلي أكثر من إرتباطها بالمتغيرات الديموغرافية مثل الجنس. إضافة إلى ذلك، ترى النظرية العصبية-النمائية (Neurodevelopmental Theory) أن بعض أشكال إيذاء الذات قد تنبع من خلل في معالجة الحواس أو ضعف التنظيم الذاتي، وهي سمات عصبية مشتركة لدى كل من الذكور والإناث المصابين بإضطراب طيف التوحد، مما يفسر غياب الفروق بين الجنسين في هذا السلوك (إيذاء الذات).

وبصفة عامة تشير النتائج إلى أن متغير الجنس لا يمثل عاملا مؤثرا في سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، سواء كانوا ملتحقين أم غير ملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية. ويمكن تفسير ذلك بكون سلوكيات إيذاء الذات ذات طبيعة نمائية-عصبية وسلوكية لا تتأثر بشكل مباشر بالإختلافات الجنس في هذه الفئة، بقدر ما تتأثر بشدة الأعراض ووجود تدخلات علاجية مناسبة.

## 1.2. عرض ومناقشة نتائج الحالات:

## 1.1.2. عرض الحالة الأولى:

الحالة الأولى هي " أسماء " أم الحالة (نسيم) البالغ من العمر (05) سنوات، مشخص بأنه مصاب بإضطراب طيف التوحد وملتحق بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي منذ سنة.

## 1.1.1.2. تقديم الحالة:

أسماء امرأة تبلغ من العمر 35 سنة، متزوجة وموظفة ذات مستوى دراسي جامعي وأم لأربعة (04) أطفال ولا تعاني من أي سوابق مرضية.

## 2.1.1.2. عرض مضمون المقابلة:

إلتقينا مع " أسماء " في " المركز الطبي النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية والبصرية " بوخالفة-تيزي وزو".

قدمت نفسي كطالبة في علم النفس وشرحت لها الهدف من مقابلتها الذي يتمحور حول فهم سلوك الطفل بشكل أفضل، وأكدت لها أن ما تقوله من المعلومات سيبقى سري، وستستخدم في إطار البحث العلمي فقط، وعليه وافقت على المشاركة معنا في هذا العمل العلمي وهو ما ساعد على السير الحسن للمقابلة.

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة " أسماء"، أول شيء لاحظته أن الحالة كانت تنظر إلى ابنها كثيرا عند التكلم حول نفسها وعن طفلها الذي كان بجانبها في القاعة وتنتظر الأسئلة ويلاحظ أنها كانت في حالة قلقه وكانت تشد قميصها بشدة، وكانت تهز رجلها، لتبدأ بالتجواب معنا بدأنا الحديث حول الطفل وكيف كانت أول ظروف حملها، وفي هذه الأثناء كان الطفل يتناول قطعة خبز ويقوم بهز أرجله فوق الكرسي، أوضحت الأم أن فترة الحمل مرت في ظروف غير مستقرة إلى حد كبير، والحمل كان غير متوقع وغير مرغوب فيه وقد شعرت بحالة من القلق والتوتر منذ معرفتها بالحمل حسب قول الحالة " لالا مكنتش واجدة للحمل هذا جاني صعب و مقدرتلوش و كان عندي 3 دراري تسما جا هكا برك " .

وأكدت الحالة أنها لم تدون تسجيل أي مضاعفات صحية حادة أو سوابق مرضية وحاولت الإجهاض عدة مرات لكن لم تتم عملية الإجهاض لأسباب معينة التي لم تدلي بها الحالة فإستنادا لقولها " سييت نطيحوا بصح محبش تقول حسيت يخرجلي هكا، وثاني خممت في عفايس وحد خرين" وكانت نظراتها حزينة ومليئة بالندم إلى حد ما. أما بالنسبة إلى الولادة تمت في ظروف عادية دون تعقيدات سواء لها أو للمولود، كما أكدت أن الحمل كان غير مرغوبا فيه، وجاء في سياق غير إستقراري نفسي، حيث كان المولود غير منتظرا وغير مرحبا به من قبل الأسرة كما تحدثت الأم عن السنوات الأولى من حياة طفلها، مشيرة إلى أن تطوره لم يكن طبيعيا تماما، فقد لاحظت بعض المؤشرات المثيرة للقلق، لا سيما في جانب التواصل والنطق.

وبدأت تظهر عليه أولى العلامات غير النمطية في نهاية السنة الثالثة عند تغيير الطعام الخاص به، حيث أصبح الطفل يصرخ ويبكي بشدة عند تغيير الطعام وأحيانا أخرى يميل إلى العض و الخدش أن لم يتحصل على ما يريده وكما يميل إلى الجري لعدة ساعات حسب قولها " علابالك نكره كيجي وقت الماكلة علا خاطرش ولا يخرب الدنيا علينا" لازم منبدلوش الماكلة لي يحبها يحب بزاف حاجة حلوة " وليت نديرلوا رايو و نزيد نطيب للعائلة حجا أخرى" .

أما بالنسبة للتجاوب مع مناداته ويكتفي فقط بالمناعة ويفتقر إلى التواصل البصري، هذه العلامات دفعتها إلى استشارة مختصين حسب قولها " و الله غير صحبتي لي فاقتلوا كانت تعطلوا ميردش كامل حتى جبت حلو راح يجري ولا يضحك بهيستيريا و قاتلي جيبه للسبيطار نشوفوه بحكم هي طبيبة أطفال و كيما كان الحال لقاو عنود توحيد " ، وتم تشخيص حالة في سن (04) (أربعة سنوات ) بالتوحد بشكل رسمي بعد سلسلة من التقييمات الطبية والنفسية.

وأكدت الأم لاحقا ظهور سلوكيات إيذاء الذات، حيث لاحظت أن طفلها يلجأ إلى ضرب رأسه بالملقعة أو عض نفسه، خاصة في لحظات التوتر أو الغضب أو عند فشل محاولاته في التعبير عن رغباته أو تغيير الطعام لديه. وتكررت هذه النوبات في مواقف معينة، خصوصا عند تغيير الروتين أو في الأوساط المليئة بالمشغلات الحسية منذ التشخيص، شرعت الأسرة في عملية التكفل، حيث التحق الطفل المركز الطبي النفسي البيداغوجي للإعاقة العقلية والبصرية" بوخالفة-تيزي وزو".

وبدأ في تلقي حصص منتظمة مع إشراف فريق متعدد التخصصات.. حسب قول الحالة " جبتو لينا لبوخالفة لينا ليتبع مع les psychologues و قالولي كيفاش لازم نتعامل معاه و خطرات مام باباه يورولو كيفاش لازم يتعامل معاه و عندنا عام ملي بدنا أنا و راجلي و وليدي traitement psychologique "

وذكرت الأم أنها تحاول احتواء الطفل في هذه اللحظات، إما بالكلام الهادئ أو بالحضن الجسدي، وأحيانا تحاول تشتيت إنتباهه إلى نشاط آخر، حسب قولها " نسيي دايما نديرلوا واش يحب المهم يسكت " كما لاحظت أن هناك عوامل تزيد من حدة هذه السلوكيات مثل الإرهاق، الجوع، أو الأصوات المرتفعة، في حين أن الهدوء والروتين المنتظم يساهمان في التخفيف من حدتها حسب ما أدلت به الحالة أن " ميحبش ككيون بزاف الزوش يحب يقعد وحدوا خطرات يلعب مع خاوتوا".

وقد تلقى الطفل تدخلات سلوكية متخصصة، شملت برامج تعديل السلوك وبعض الأنشطة الموجهة، وقد لمست الأم تحسنا تدريجيا " كيراني نتبع معاه حسيت روجي bien, mieux qu'avant " لكن السلوك لا يزال قائما بشكل متقطع.

أشارت أيضا إلى أنها تلقت بعض التوجيهات من طرف المختصين، لكنها عبرت عن حاجتها إلى دعم أوسع وتكوين مخصص يمكن أن يعينها على التعامل مع الحالة بشكل أكثر فعالية. كما بينت أن هذا السلوك أثر بشكل واضح على الحياة العائلية، حيث أصبح الجو مشحونا أحيانا بالتوتر والقلق، وتقلصت بعض الأنشطة الجماعية واللقاءات الأسرية حسب ما قالتها الحالة " توحشت اللمة بلا مشاكل بلا عياط بلا هدره " وكانت تنظر إلى ابنها كدليلا على أنه المشكلة في عدم إرتياحها في الوسط العائلي. وهذا حسب قول الأخصائية النفسانية التي إسقبلتها من قبل وتعرفت على الحالة بشكل أوضح.

من الناحية النفسية، عبرت الأم عن مشاعر مختلطة بين الحزن والإرهاق، لكنها تحاول التماسك قدر المستطاع" خلاص راني غير نطبع ونزيد بزاف المشاكل عييت وحدي راجلي ميشوفش قاع فيا ولا يعاونني بصح واش نقول هدي هي هكا ولا أكثر"، ثم أخذت نفسا عميقا و تنهدت. وهنا نلاحظ أن الأم بدأت تسترخي وتتجاوب معنا بإبتسامات متقطعة.

كما عبرت الأم عن معاناة واضحة ترتبط بالجو العائلي، حيث أشارت إلى أن وجود طفلها التوحيدي أصبح له أثر مباشر على سير الحياة اليومية داخل الأسرة. ذكرت أن التوتر والقلق أصبحا سمة متكررة، وأحيانا طاغية، على العلاقات داخل البيت، وأن عددا من الأنشطة العائلية واللقاءات الأسرية تقلصت بشكل ملحوظ، بفعل صعوبة التفاعل أو تنظيم الوقت. من منظورها، أصبحت تشعر أن "ابنها هو المشكلة"، وأن ارتباكها وعدم ارتياحها داخل هذا الوسط يعود بالأساس إلى وجوده، وهو ما يعكس نوعا من الإسقاط غير الواعي الناتج عن تراكم الضغوطات النفسية، فهذا التصور الذي تبنته الأم يعكس ما تشير إليه نظرية التعلق (John Bowlby)، من أن غياب التفاعل الآمن والمريح بين الطفل ومقدم الرعاية خاصة في الحالات التي يعاني فيها الطفل من صعوبات تواصلية أو حسية يؤدي إلى خلل في نمط العلاقة الانفعالية، مما يدفع الأم إلى تأويل المشكلات من زاوية تحمل الطفل وحده مسؤولية المعاناة. وبدل أن يكون الطفل موضوعا للتفهم والتقبل، يتحول إلى رمز للضغط والتعب.

من جهة أخرى، يتقاطع هذا التفسير مع مفاهيم نظرية الضغط الأسري (McCubbin & Patterson)، والتي تذهب إلى أن الأسرة لا تتأثر فقط بالحدث الضاغط، بل بكيفية تأويل هذا الحدث داخليا. حين تدرك الأم أن مشكلتها في الطفل ذاته، لا في التحديات المحيطة بوضعه، يصبح الضغط مضاعفا، ويصعب التكيف معه. وعبرت الأم أيضا عن مشاعر متداخلة، تجمع بين الحزن والإرهاق، والشعور بالخذلان. لكنها، رغم ذلك، أشارت إلى محاولتها "التمثل قدر المستطاع"؛ أي أنها تسعى إلى التماسك، والاحتواء الداخلي لما يحدث، دون أن تفجره في محيطها. هذا السلوك يمكن فهمه من خلال ما طرحه بيون (Bion) في مفهوم الاحتواء (Containment)، حيث تحاول الأم أن تحتفظ بالتوتر داخلها، أن تحمله، لكنها لا تجد دائما أدوات فعالة لتفريغه بطريقة صحية. وهو ما يفسر ظهور ملامح إنهاك نفسي واضح.

وحسب قول الأخصائية النفسانية أن ما تعيشه الأم لا يعكس ضعفا شخصيا، بل حالة إنسانية مركبة ناتجة عن تفاعل متداخل بين عوامل داخلية (مشاعر الأم وتوقعاتها) وخارجية (غياب الدعم الأسري والاجتماعي). تشير الحالة بوضوح إلى أهمية تمكين الأمهات في وضعيات مشابهة من أدوات التكيف النفسي الصحي، وتوفير مساحات للتفريغ العاطفي والدعم النفسي المنتظم.

حسب الأم ترى أن حالة الطفل أثرت بشكل كبير على النظام العائلي، فقد أوجدت نوعا من الخلل في توزيع الأدوار والمسؤوليات داخل الأسرة. الأم، التي تعد المحور الأساسي في حياة الطفل، تتحمل عبء الرعاية والمتابعة بمفردها تقريبا. صرحت خلال الجلسة بأنها أصبحت تشعر وكأنها فقدت حياتها الشخصية، وأنها نادرا ما تهتم بنفسها أو تتجز أي نشاط خاص بها.

كما أكدت بقولها "علابالك وليت منتهلش في روجي وليت نلبس برك وراجلي مولاش قاع يخزر فيا كيما قبل شكيت لقي مرا وحدخري وليت منرقد مانوض للخدمة والله وليت منعرف واش ندير خلاص كاش نهار يحاوزوني

" هذا الشعور ترافق مع ضغوط نفسية كبيرة، تجلت في أعراض التعب المزمن، القلق، اضطرابات النوم، ونوبات من البكاء الصامت وتكاثرت شكوكها حول حياتها الشخصية مع زوجها على أساس أنه يخونها. أما بالنسبة للأب، رغم تواجده في البيت، يبدو بعيدا عن الطفل، ويبرر ذلك بضعف المعرفة حول التوحد، وأحيانا يرفض تصديق أن الأمر مزمن ويحتاج إلى تدخل طويل الأمد.

أما الأخوات، فيبدن تجاوزًا متفاوتًا، بين التعاطف أحيانًا، والنفور أو الغيرة من الإهتمام المفرط الذي يحظى به الطفل من طرف الأم، حسب قول الحالة " ولادي لخرين خطرات يلعبوا معاه خطرات يخلوه وحدوا "، كل هذا أدى إلى اختلال الانسجام الأسري، وتراجع جودة الحياة داخل البيت.

ومن خلال الجلسات النفسية الموجهة للأم، ظهرت بوضوح مشاعر معقدة ومربكة، تتنوع بين الحزن، الغضب، الشعور بالذنب، وجدل الذات وأحيانًا العجز، عبّرت أكثر من مرة عن سؤالها المتكرر: "زعمًا أنا هي السببة؟" أو "كان نقدر نشوف ونفيق من قبل؟"، ما يدل على وجود نوع من الإنكار الداخلي للواقع رغم وعيها العقلي به. ورغم هذا، فإن الأم أظهرت درجات عالية من الصبر والتحمل والمثابرة، وهذا ما شجع على استثمارها كطرف فعّال في الخطة العلاجية. كما أبدت قابلية كبيرة للتعلّم وتطبيق التوصيات، رغم الإرهاق الجسدي والنفسي الظاهر عليها. حسب ما أدلت به الأخصائية النفسانية.

أما بالنسبة للرؤية المستقبلية للحالة بالرغم من كل الصعوبات الأم تبدي رغبة قوية في رؤية تقدم ملموس لدى الطفل، وتطمح إلى أن يتحكم تدريجيا في سلوكياته المؤذية، ويكتسب مهارات تواصل بسيطة تسمح له بالتعبير عن رغباته، وتخفف من نوبات الإنهيار. كما تطمح إلى دمج مستقبلًا في مركز مدرسي متخصص على الأقل في إطار الدمج الجزئي " ان شاء الله يبرى وندخلوا يقرى مع الاخرين ويتعلم".

من جهة أخرى، تعمل على أن يجد الطفل نوعًا من الإستقلالية في بعض المهام اليومية، مثل الأكل، النظافة، واللعب المنظم. " نتمنى يولي يعرف ياكل وحدوا يعرف يغسل وحدوا يلعب كما هو كيما كيما لخرين "وثاني العيلة يتولهولوا مايعايرونيش بيه يفهموا على الأقل واشنوا هو هذا المرض وليدي مريض ماشي مهبول"أعربت عن أملها في أن يتم توعية المجتمع والأسرة الموسعة أكثر باضطراب التوحد، حتى يخف الضغط الاجتماعي عليها وعلى الطفل.

ورغم كل التحديات، فإنها ما تزال متمسكة بالأمل في تحسن وضعية ابنها، وتتطلع إلى مستقبل يتمكن فيه من تطوير قدراته والتكيف بشكل أفضل مع محيطه، "هي صح الدنيا صعبة بصح ان شاء الله تتسقم الحالة وان شاء الله يبرى "

رغم ما عبرت عنه الأم من إنهاك وضغط نفسي، إلا أن خطابها تخلله أمل واقعي في تحسن وضع طفلها تطمح إلى أن يطور تدريجيا مهارات ضبط السلوك والتواصل البسيط، مما يخفف من نوبات الانهيار وهو ما يتماشى مع مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) الذي يركز على تعديل السلوك وتعزيز الوظائف التواصلية.

كما عبرت عن رغبتها في دمجها جزئياً في مؤسسة تعليمية متخصصة، وهو ما يعكس تصوراً مطابقاً لـ (نظرية الدمج التربوي) التي تدعو إلى إدماج الأطفال ذوي الاحتياجات ضمن بيئات مرنة داعمة.

في موازاة ذلك، تسعى الأم إلى تنمية إستقلالية الطفل في مهامه اليومية مثل الأكل والنظافة واللعب، وهو ما يتناغم مع نظرية التعلم الاجتماعي لـ (باندورا)، حيث يتعلم الطفل من خلال التفاعل والملاحظة في بيئة مشجعة. ورؤيتها لا تقتصر على الطفل فقط، بل تمتد للمحيط، إذ تأمل في توعية الأسرة والمجتمع باضطراب طيف التوحد لتخفيف الضغط الاجتماعي، بما ينسجم مع مبادئ نظرية النسق الأسري التي ترى أن أي تغيير فعلي يتطلب تعديلاً في البيئة المحيطة.

كما أكدت على أهمية مشاركة الآباء في التأهيل، لا الاقتصار على الأمهات، بما يتماشى مع نموذج الرعاية الأسرية التشاركية. (Family-Centered Practice)

ورغم كل التحديات، يظهر في خطابها ما تصفه نظرية (الأمل لـ Snyder) بكونه أملاً فعالاً: أهداف واضحة، مسارات ممكنة، ودافع للاستمرار، ما يعزز من فرص التكيف الإيجابي على المدى الطويل.

### 3.1.1.2. عرض وتحليل النتائج المقياس:

أولاً: عرض وتحليل النتائج مقياس "المظاهر الانفعالية":

الجدول رقم (19): الدرجة التي تحصلت عليها الحالة الأولى على مقياس "المظاهر الإنفعالية".

المظهر	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادراً	موجود أحياناً	موجود غالباً	موجود دائماً
1	الاستجابات الانفعالية	-	-	-	-	-
	يضحك، يصرخ والأم، الأخرى في حالة غضب	-	1	-	-	-
	يبكي عندما تكون الأم، الأخرى في موقف مفرح	-	1	-	-	-
	يظهر انفعالات مبالغ فيها كنبوات الضحك والبكاء دون سبب واضح	-	-	2	-	-
2	يتحول سريعاً من طفل هادئ إلى طفل ملئ بالغضب	-	-	-	3	-
	الخوف	-	-	-	-	-
	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف	-	-	-	-	4
	يخاف من أشياء عادية لا تشكل خطراً أو تستوجب الخوف	-	-	-	-	4
3	يخاف من أي بيئة جديدة أكثر من أقرانه	-	-	-	-	4
	لا يميز المواقف التي تخفي وراءها مخاطر حقيقية	-	-	-	-	4
	لا يبالي بالأصوات العالية	-	1	-	-	-
	القلق والتوتر	-	-	-	-	-
4	يتوتر في البيئة الجديدة أكثر من أقرانه	-	-	-	-	4
	يتوتر عندما يقابل أشخاص جدد أو لا يظهر عليه أي تأثير عند مقابلة الأشخاص الجدد	-	-	-	-	4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالاماكن المزدحمة، الصاخبة	-	-	-	-	4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالاماكن المغلقة، الضيقة	-	-	-	3	-
5	لا يتوتر في حال تركه والداه وذهبا	-	-	2	-	-
	يثار دون سبب واضح	-	-	2	-	-
	التعبير عن المشاعر	-	-	-	-	-
	لا يعبر عن مشاعره، الفرح، الحزن	-	-	-	3	-
5	فهم مشاعر الآخرين	-	-	-	-	-
	يصعب على الطفل الاحساس بما يحسه الآخرون	-	-	-	-	4
	لا يلتزم بالمعايير الاجتماعية في موقف ما وفق مشاعر الآخرين الساندة	-	-	-	-	4
	في ذلك الموقف	-	-	-	-	-
لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	-	-	2	-	-	

الرقم	الفقرة/ البنود	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	المجموع
1	الاستجابات الانفعالية					07
2	الخوف					17
3	القلق و التوتر					19
4	التعبير عن المشاعر					03
5	فهم مشاعر الآخرين					10
						56

إنطلاقاً من الجدول رقم (19) نستطيع أن نلاحظ وجود إختلال واضح في الجوانب المختلفة المرتبطة بالعالم العاطفي والانفعالي لديه. أول ما يلفت الانتباه هو الارتفاع الشديد في درجة القلق والتوتر (56/19)، وهو ما يدل على أن الطفل يعيش في حالة دائمة من التوتر النفسي، خصوصاً في البيئات الجديدة أو في مواجهة أشخاص غير مألوفين، هذا التوتر المستمر يعكس صعوبة في التكيف مع المتغيرات، وعدم الإحساس بالأمان في المواقف الجديدة، وهو أمر شائع لدى أطفال التوحد نظراً لحاجتهم الشديدة للروتين والثبات وهذا حسب ما فسرتة الأخصائية النفسانية العيادية.

يأتي بعد ذلك الخوف بدرجة مرتفعة (56/17)، مما يشير إلى أن الطفل يظهر ردود فعل خوف مفرطة، سواء في مواقف حقيقية تستدعي الحذر، أو حتى في مواقف عادية لا تشكل خطراً فعلياً. هذا يعكس وجود حساسية مفرطة تجاه المحيط وصعوبة في تقييم مستوى التهديد، وهو ما يُعزز من حالة القلق العام التي يعيشها.

أما الإستجابة الانفعالية فجاءت بدرجة (56/7)، وهي درجة منخفضة نسبياً، ما يعني أن الطفل غالباً ما يظهر إستجابات إنفعالية غير متوازنة أو محدودة للمثيرات الإنفعالية في البيئة، قد يبكي أو يضحك دون سبب واضح، أو ينتقل من حالة هدوء إلى نوبة غضب بشكل مفاجئ أو تبدل في التفاعل العاطفي فهذه التقلبات تدل على ضعف في القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم بها أو إدراكها.

وتشير نظرية أليكسثيميا إلى وجود صعوبة في التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وأن الأشخاص الذين يسجلون درجات منخفضة في الاستجابة الإنفعالية هم غالباً ما يظهرون خصائص هذه النظرية.

وقال تايلور (1997) الأفراد ذوو الاستجابة الانفعالية الضعيفة يميلون إلى تجنب الانفعالات أو تجاهلها، وهو ما يرتبط غالباً باضطراب طيف التوحد.

فيما يتعلق بـ التعبير عن المشاعر، فالدرجة (3) تعد من أخفض الدرجات، وهي دلالة واضحة على أن الطفل يواجه صعوبة كبيرة في التعبير عن مشاعره سواء كانت إيجابية أو سلبية. قد لا يظهر الفرح في اللحظات السعيدة، ولا يعبر عن الحزن عند تعرضه للأذى، وهذا الصمت العاطفي قد يُفسر على أنه انغلاق داخلي أو عدم وعي بالمشاعر.

وحسب النظرية الاجتماعية العاطفية يعد التعبير العاطفي المنخفض مرتبط بعدم القدرة على بناء علاقات إجتماعية سليمة أو مشكلات في التنظيم العاطفي والإنخراط الإجتماعي خاصة عند الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد.

وأخيراً، جاءت درجة فهم مشاعر الآخرين (10) في المستوى المتوسط، ما يعني أن الطفل يُعاني من صعوبات ملحوظة في إدراك ما يشعر به الآخرون، وقد لا يستجيب لانفعالات من حوله بطريقة مناسبة. هذه الصعوبة تؤثر

سلبًا على تفاعله الاجتماعي وتواصله مع الآخرين، كما تُشير إلى وجود خلل فيما يُعرف بنظرية العقل (Theory of Mind)، وهي القدرة على تفسير وتوقع سلوك الآخرين بناءً على مشاعرهم.

بصورة عامة، تعكس هذه النتائج أن الطفل يُعاني من اضطراب انفعالي واضح يتسم بالقلق، والخوف، وضعف في التعبير والتواصل العاطفي، ما يستدعي تدخلاً نفسياً متخصصاً يهدف إلى تطوير المهارات الانفعالية والاجتماعية لديه.

ثانياً: عرض وتحليل نتائج مقياس "سلوك إيذاء الذات":

الجدول رقم(20): الدرجة التي تحصلت عليها الحالة الأولى على مقياس "سلوك إيذاء الذات".

البدائل			عبارات مقياس إيذاء الذات	
نادرا	أحيانا	دائما		
		3	يجري باتدفاع دون وعي	1
		3	يطرق رأسه بيده	2
	2		يشد مناطق متفرقة باليد	3
	2		يشد شعره بإحدى أو كلتا يديه	4
		3	يطرق رأسه بالجدار	5
	2		يجرش أسنانه بشدة	6
1			يسير على أطراف الأصابع	7
1			يقفز ويثب فالمكان	8
		3	يخربش أو يقرص نفسه	9
		3	يعض نفسه (كالمعض على ظهر اليد و الإبهام و الذراع)	10
	2		يضرب نفسه أسفل الذقن	11
	2		يضرب نفسه في الصدر	12
	2		يضرب الأرض بقدمه	13
	2		لا يشعر بالألم عند تعرضه لأذى ما ( الحروق، الجروح، الرضوض)	14
		3	يعدو ( يشعر بالعدوانية) عند حدوث اللمس الغير متوقع	15
		3	يتهور و لا إدراك للخطر	16
		3	يحك جلده بيده أو الجدار أو بأشياء أخرى	17
1			يقشر الجروح	18
1			يحفر بالجلد ( يصنع جرح بالجلد)	19
1			يرمي نفسه على الأرض بون سبب	20
	2		يقفز من الأماكن المرتفعة	21
1			يجرد ملابسه	22
	2		يصطدم الآخرين أو الأشياء و الجدران	23
1			ينام على الأرض عاريا ( خاصة فصل الشتاء)	24
		3	يهتز، و يتعلق و يور سريعا و يصفق	25
75/52			المجموع	

تشير نتائج الملاحظة السريرية والمقياس المعبر عن سلوك إيذاء الذات لدى الطفل إلى وجود سلوكيات متكررة بدرجة (3: دائما)، كضرب الرأس، العض، أو الخدش الذاتي، ما يعكس اضطراباً انفعالياً داخلياً حاداً يجد الطفل صعوبة في التعبير عنه بشكل سليم.

كما لوحظت بعض السلوكيات التي ظهرت بدرجة (2: أحيانا)، مثل جذب الشعر أو ضرب الجسد بالأثاث، مما يدل على أن السلوك قد يتفاقم في مواقف الضغط أو التحفيز الزائد (Overstimulation) أو كرد فعل لعجز الطفل عن التواصل.

هذا النمط المتكرر من الإيذاء الذاتي يُعد وسيلة غير لفظية للتعبير عن الإنزعاج أو الألم أو الحاجة، ويعكس في كثير من الأحيان قصوراً في مهارات التعبير الانفعالي والتنظيم الذاتي.

ونرى أن الطفل يمتلك (75/27) درجة للإجابة (غالباً) لسلوك إيذاء الذات و (75/18) درجة لإجابة (أحياناً) و (75/07) للإجابة (نادراً) من هنا نرى أن الطفل يعاني من السلوك إيذاء الذات.

**4.1.1.2. خلاصة الحالة:**

تُشير نتائج مقياس المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات إلى أن الطفل، الذي تم تشخيصه بطيف التوحد منذ عام وتم إدماجه في الوسط الطبي النفسي البيداغوجي منذ سنة، يُعاني من مجموعة من الإضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تؤثر على تكيفه داخل الفصل وتواصله مع المحيطين به.

فيما يخص الدرجات التي تحصل عليها في مقياس "المظاهر الإنفعالية" توزعت بنسبة كبيرة ضمن فئة "غالباً" (27 درجة/75)، ما يدل على أن السلوكيات الانفعالية غير المتكيفة تتكرر بشكل شبه دائم، تليها فئة "أحياناً" (18 درجة/75)، فيما سُجّلت فقط (75/7) درجات ضمن فئة "نادراً".

هذا التوزيع يعكس أن هذه الصعوبات ليست عارضة بل أصبحت جزءاً من نمط تعامل الطفل اليومي، مما يتطلب انتباهاً خاصاً.

فعلى المستوى الانفعالي والسلوكي سجّل الطفل (7) درجات في بند الإستجابات الانفعالية، ما يدل على وجود صعوبة ملحوظة في ضبط الانفعالات؛ إذ يُظهر الطفل نوبات من الانزعاج أو الاندفاع يصعب التنبؤ بها، وهو أمر شائع في حالات طيف التوحد خاصةً في ظل ضعف الفهم العاطفي والمرونة السلوكية.

أما في بند الخوف، فقد بلغت الدرجة (17)، وهي نسبة مرتفعة تشير إلى وجود مشاعر دائمة من التوجس أو عدم الأمان، سواء تجاه البيئة التربوية أو التفاعلات اليومية، مما قد يدفعه إلى الإنسحاب أو مقاومة التغيير.

كما سجّل الطفل (19) درجة في القلق والتوتر، وهي أعلى درجة ضمن المقاييس الفرعية، وتُظهر حالة من القلق المزمن الذي قد يرتبط بالمثيرات الحسية، التغييرات المفاجئة في الروتين، أو صعوبات الفهم والتواصل.

في مقابل ذلك، أظهر الطفل ضعفاً واضحاً في التعبير عن مشاعره (3 درجات فقط)، ما يعكس صعوبة في استخدام اللغة أو السلوك للتعبير عن الحالات الداخلية، وهو ما يزيد من احتمال التصرفات الانفعالية أو الانسحابية.

أما على مستوى فهم مشاعر الآخرين، فقد سجّل (10) درجات، ما يشير إلى وجود محدودية في القدرة على قراءة الإشارات الاجتماعية، كتعبير الوجه أو نبرة الصوت، وهو ما يُعد سمة نمطية في اضطراب طيف التوحد ويؤثر على جودة التفاعل الإجتماعي.

من هنا نستنتج أن الطفل المُدمج منذ سنة، يُظهر نمطاً من الإضطرابات الإنفعالية الواضحة، يتسم بإرتفاع في مؤشرات القلق، الخوف، وصعوبة في التعبير عن الذات وفهم الآخر.

هذه المعطيات تؤكد الحاجة إلى تدخل علاجي نفسي وسلوكي مكثف ومبكر، مع ضرورة مواءمة بيئة القسم وفقاً لحاجاته الخاصة، وتوفير دعم فردي منتظم من قبل مختصين في التربية الخاصة، مع خطة متابعة دقيقة تركز على تطوير المهارات الإجتماعية والإنفعالية تدريجياً وهذا ما تؤكدُه الأخصائية النفسانية العيادية.

## 2.1.2. عرض الحالة الثانية:

الحالة "كريمة" أم للطفل (محمد) البالغ من العمر (06) سنوات، المشخص منذ سنة بأنه مصاب بإضطراب كيف التوحد، وهو ملتحق بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي".

## 1.2.1.2. تقديم الحالة:

كريمة امرأة تبلغ من العمر 45 سنة، مطلقة وغير عاملة وذات مستوى دراسي متوسط، وأم لطفل ولا تعاني من أي سوابق مرضية.

## 2.2.1.2. عرض ومضمون المقابلة:

التقينا مع الحالة «كريمة» في "المركز الطبي النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية والسمعية" بوخالفة-تيزي وزو"، قدمت نفسي كطالبة في علم النفس وشرحت لها الهدف من مقابلتها الذي يتمحور حول فهم سلوك الطفل بشكل أفضل وستبقى كل المعلومات سرية واستخدامها يبقى علمي فقط، فقبلت للمشاركة معنا في هذا العمل العلمي وهو ما ساعد على السير الحسن للمقابلة.

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة، أول شيء لاحظته أن الحالة كانت هادئة، وتتنظر إلى ابنها بتعاطف حيث كان بجانبها في القاعة، بدأنا الحديث حول الطفل وكيف كانت أول ظروف حملها وهي تنظر دائما الى طفلها الذي كان يلعب بعجلة السيارة ويمشي داخل القاعة، أوضحت الأم أن فترة الحمل مرت في ظروف مستقرة، والحمل كان متوقع ومخطط له والطفل مرغوب فيه وقد شعرت بحالة من الفرح منذ معرفتها بالحمل حسب قول الحالة "انا تزوجت عن حب شحال فرحت ملي عرفت بلي راني بالجوف متخيليش، ومكنتش نشرب الدوا كان الحمل عادي، كنت نحب بزاف راجلي بصح dommage الحب ميوكلش كلش"، بمعنى أن الحالة كانت مبتهجة و سعيدة جدا لمعرفتها بالحمل وأنها تزوجت عن حب، وأكدت لنا الحالة أن لم تدون تسجيل أي مضاعفات صحية حادة وأنها كانت تنتظر مولودها بفارغ الصبر حسب قولها "كنت كل ليلة نهدر معاه نقولوا وقتاش تجي للدنيا نشوفك".

أما بالنسبة إلى ظروف الولادة تمت في ظروف عادية دون تعقيدات سواء لها أو للمولود، كما أكدت أن الحمل كان مرغوباً فيه، وجاء في سياق مستقر لحالتها النفسية، حيث كان المولود الأول في العائلة. كما تحدثت الأم عن السنوات الأولى من حياة الطفل، مشيرة إلى أن تطوره كان طبيعياً تماماً، لكن مع مرور الوقت لاحظت بعض المؤشرات الصغيرة المثيرة للقلق، لا سيما من جانب التواصل والنطق.

وبدأت تظهر أولى العلامات النمطية في نهاية السنة الثالثة عندما توقف عن المغناة و الإستجابة، حيث أصبح الطفل على حسب ما وصفته الحالة يبكي بشدة عندما لا يحصل على لعبته المفضلة "عجلة السيارة" و أحيانا أخرى يميل إلى العض و الضرب و الخدش أن لم يتحصل على ما يريده و كما يميل إلى اىذاء نفسه دون مراعات الجروح حسب قولها "علابالك كان normal après تبدل ولى يبكي بزاف surtout كي مايلقاش joué تاعوا قداموا ولا تنحيهلوا، des fois نقول نبدلوا joué mais impossible zéro chance، يدير حالة يولي يعض في روحوا حتى يرقد ولا نمدهالوا باش يسكت، مسكين وليدي"، بمعنى أن نسبة التجاوب عند مناداته فهو يكتفي فقط بالمناغة ويفتقر إلى التواصل السمعي. فهذه العلامات دفعتها إلى استشارة مختصين حسب قولها "بابا شيخي الله يرحموا هو لي قالي ديه للطبيب بحكم هو يخدم فالسبيطار كان حنين معنا عكس عجوزتي الله يعطيها الطاعون هي لي طلقنتي قاتلي نجبلوا مرا لتجيب صحاح ماشي كيما نتي جبيلنا مهبول" وهتا كانت الحالة تكتم دموعها ثم تنهدت و قالت "اييه ياربي مزالني نحب راجالي ان شاء الله نولوا كيف كيف"، بمعنى أن تم

تشخيص حالة التوحد بشكل رسمي بعد سلسلة من التقييمات الطبية والنفسية من طرف الفريق الطبي المختص لسنة حسب قولها وأكدت الحالة أن جد الطفل كان حنون مع إنها وهو الذي ساعدها في إكتشاف مرض ابنها، كما أيدت قولها أن أم زوجها هي السبب في طلاقها وعلامات الحزن باديتا على وجهها ومازالت تأمل أن تتصالح الأمور في المستقبل.

وأكدت الحالة على حد قولها ظهور سلوكيات إيذاء الذات، حيث لاحظت أن طفلها يلجأ إلى ضرب رأسه أو عض نفسه، خاصة في لحظات التوتر أو الغضب أو عند فشل محاولاته في التعبير عن رغباته أو تغيير اللعبة لديه. وتكررت هذه النوبات في مواقف معينة، خصوصاً عند تغيير الروتين أو في الأوساط المليئة بالمشغولات الحسية. منذ التشخيص، شرعت الأسرة في عملية التكفل، حيث التحق الطفل بالمركز الطبي النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية والسمعية "بوخالفة-تيزي وزو" وبدأ في تلقي حصص منتظمة مع إشراف فريق متعدد التخصصات.

حسب قول الحالة " جبتوا لهننا ولى يتبع مع les psychologues وقالولي كيفاش لازم نتعامل معاه و خطرات مام باباه يورولو كيفاش لازم يتعامل معاه و عندنا عام ملي بدنا أنا و طليقي و وليدي traitement psychologique "بمعنى أنها بدأت في تلقي الحصص العلاجية و الإرشادية هي و طليقتها، كما أكدت الحالة أنها تحاول إحتواء الطفل في هذه اللحظات، إما بالكلام الهادئ أو بالحضن الجسدي، وأحياناً تحاول تشتيت إنتباهه إلى نشاط آخر، حسب قولها " نسيي دايمنا نديرلوا واش يحب المهم يفرح وليدي و ميبكيش ".

كما لاحظت أن هناك عوامل تزيد من حدة هذه السلوكيات مثل الإرهاق، الجوع، أو الأصوات المرتفعة، في حين أن الهدوء والروتين المنتظم يساهمان في التخفيف من حدتها حسب ما أدلت به الحالة أن " ميبكيش ككيون بزاف الغاشي يحب يقعد وحدوا خطرات يلعب مع جدوا لي هو بابا".

وقد تلقى الطفل تدخلات سلوكية متخصصة، شملت برامج تعديل السلوك وبعض الأنشطة الموجهة، وقد لمست الأم تحسناً تدريجياً " كيراني نتبع معاه حسيت روجي bien, mieux qu'avant " لكن السلوك لا يزال قائماً بشكل متقطع.

أشارت الأم أيضاً إلى أنها تلقت بعض التوجيهات من طرف المختصين، لكنها عبرت هنا عن حاجتها إلى دعم أوسع وتكوين متخصص يمكن أن يعينها في التعامل مع الحالة بشكل أكثر فعالية.

كما بيّنت أن هذا السلوك أثر بشكل واضح على الحياة العائلية مما أدى الطلاق حيث أصبح الجو مشحوناً أحياناً بالتوتر والقلق، وتقلصت بعض الأنشطة الجماعية واللقاءات الأسرية " توحشت اللمة مع راجلي، والله كان يحب وليدوا يماه لي بعداتوا الله لا تربحها " بمعنى كانت تنتظر إلى أم زوجها على أنها السبب في طلاقها والمشكلة في عدم بقائها في الوسط العائلي.

من الناحية النفسية، عبرت الأم عن مشاعر مختلطة بين الحزن والإرهاق، لكنها تحاول التماسك قدر المستطاع " خلاص راني غير نطبع ونزيد بزاف المشاكل عييت وحدي، واش نقول هدي هي هكا ولا أكثر".

ثم أخذت نفساً عميقاً وتنهتت، وهنا نلاحظ أن الحالة بدأت في تقبل الوضع الراهن. وصرّحت الحالة خلال الجلسة بأنها أصبحت تشعر وكأنها فقدت حياتها الشخصية، وأنها نادراً ما تهتم بنفسها أو تُجز أي نشاط خاص بها، كما أيدت بقولها "علاياك وليت منتهلش في روجي نتييري برك منرقد مليح ما نوض

مليح المهم خلينا"، بمعنى هذا الشعور ترافق مع ضغوط نفسية، تجلت لنا في الشكوى من أعراض التعب المزمن، القلق، اضطرابات النوم، ونوبات من البكاء الصامت وتكاثرت مشاكلها في الحياة الشخصية مع زوجها إلى حد الطلاق.

أما بالنسبة للأب حسب ما قالته لنا الحالة، رغم طلاقه، فهو متأثر بالحالة الإنفعالية للطفل، ويبرر ذلك في مجيئه الى المركز لكي يتابع مع ابنه، لكن في جلسات غير كافية حسب قول الأم "أنا حبيت نولوا كيف كيف هذا ماشي طفل عادي ويحب باباه بزاف"، وهنا الحالة بدأت بالبكاء وقمنا بمسايرتها حتى إسترخت ثم واصلنا الحديث معها.

وتبين لنا خلال المقابلة أن الجلسات النفسية الموجهة للأم، أظهرت بوضوح المشاعر المعقدة والمربكة، التي تتنوع بين الحزن، الغضب، الشعور بالغضب من أم زوجها، وأحياناً العجز، عبّرت أكثر من مرة عن سؤالها المتكرر: "عجوزتي هي السبة" أو "كان نقدر نشوف ونفיק من قبل بلي يكون عندي طفل هكا علاه يعني قاع الناس عندها ولادها مراض غير حنا؟"، ما يدل على وجود نوع من التأنيب الداخلي مع الواقع.

ورغم هذا، فإن الأم أظهرت درجات عالية من الصبر والتحمل والمثابرة، وهذا ما شجع على إستثمارها كطرف فعّال في الخطة العلاجية، كما أبدت قابلية كبيرة للتعلّم وتطبيق التوصيات، رغم الإرهاق الجسدي والنفسي الظاهر عليها.

أما بالنسبة للرؤية المستقبلية للحالة فبالرغم من كل الصعوبات، تبين لنا أن الأم تُبدي رغبة قوية في رؤية تقدم ملموس لدى الطفل، حسب قولها "ان شاء الله يبيري و ندخلوا يقرى مع الاخرين يلوكان نص نهار ويتعلم ويولي يهدر كيما بكري"، بمعنى أنها تطمح إلى أن يتحكم تدريجياً في سلوكياته المؤذية، ويكتسب مهارات تواصل بسيطة تسمح له بالتعبير عن رغباته، وتخفف من نوبات الإنهيار، كما تطمح إلى دمج مستقبله في مركز مدرسي متخصص على الأقل في إطار الدمج الجزئي.

وأكدت لنا الأم أنها تعمل على أن يجد الطفل نوعاً من الإستقلالية في بعض المهام اليومية، مثل الأكل، النظافة، واللعب المنظم، "نتمنى يولي يعرف ياكل وحدوا يعرف يغسل وحدوا يلعب كما هو كيما كيما لخرين" وثاني العيلة يتولاهولوا مايعايرونيش بيه يفهموا على الأقل واشنوا هو هذا المرض وليدي حبيبي مسكين مريض ماشي مهبول"، بمعنى أنها تأمل في أن يتم توعية المجتمع والأسرة الموسعة أكثر باضطراب طيف التوحد، حتى يخف الضغط الإجتماعي عليها وعلى الطفل.

ورغم كل التحديات، فإنها ما تزال متمسكة بالأمل في تحسن وضعية ابنها، وتتطلع إلى مستقبل يتمكن فيه من تطوير قدراته والتكيف بشكل أفضل مع محيطه، "هي صح الدنيا صعبة بصح ان شاء الله تتسقم الحالة وأن شاء الله يبيري ونولوا عايلة كيما بكري"

على الرغم من معاناة الأم من تجربة الطلاق وإستمرار إرتباطها العاطفي بطفليها، إلا أنها تبدي مرونة نفسية مرتفعة، وتظهر تمسكاً واضحاً بالأمل في تحسن حالة ابنها. تعكس رؤيتها المستقبلية إيماناً بقدرته على التحكم في سلوكياته المؤذية، والدمج الإجتماعي، وتقليل نوبات الإنهيار. هذا التوجه يتماشى مع ما طرحته نظرية الأمل ل Snyder من حيث قدرة الأفراد على وضع أهداف مستقبلية واقعية، وبناء مسارات لتحقيقها، والحفاظ على

الدافعية رغم التحديات. كما يتقاطع ذلك مع نظرية المرونة الأسرية لـ Walsh ، حيث تعد الأم نموذجاً لأفراد الأسرة الذين يسعون إلى إيجاد المعنى وسط الأزمات، ويستمررون في تقديم الدعم رغم الأوضاع الصعبة. كما أنهينا المقابلة مع الأم وشكرناها على الجهود التي بذلتها معنا وعلى المعلومات التي أفادتنا بها.

3.2.1.2. عرض وتحليل نتائج المقاييس:

أولاً: عرض وتحليل نتائج مقياس "المظاهر الانفعالية":

الجدول رقم(21): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " كريمة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية".

رقم	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادراً	موجود أحياناً	موجود غالباً	موجود دائماً
1	الاستجابات الانفعالية	-	-	-	-	-
	يضحك، يصرخ والأم، الأخرى في حالة غضب	-	1	-	-	-
	يبكي عندما تكون الأم، الأخرى في موقف مفرح	-	1	-	-	-
	يظهر انفعالات مبالغ فيها كنبوات الضحك والبكاء دون سبب واضح	-	-	-	3	-
	يتحول سريعاً من طفل هادئ الى طفل ملئ بالغضب	-	-	-	3	-
2	الخوف	-	-	-	-	-
	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف	-	-	-	-	4
	يخاف من أشياء عادية لا تشكل خطراً أو تستوجب الخوف	-	-	-	-	4
	يخاف من أي بيئة جديدة أكثر من أقرانه	-	-	-	-	4
	لا يميز المواقف التي تخفي وراءها مخاطر حقيقية	-	-	-	-	4
3	لا يبالي بالأصوات العالية	-	1	-	-	-
	القلق والتوتر	-	-	-	-	-
	يتوتر في البيئة الجديدة أكثر من أقرانه	-	-	-	-	4
	يتوتر عندما يقابل أشخاص جدد أو لا يظهر عليه أي تأثير عند مقابلة الأشخاص الجدد	-	-	-	-	4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المزدحمة، الصاخبة	-	-	-	-	4
4	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المغلقة، الضيقة	-	-	-	3	-
	لا يتوتر في حال تركه والداه وذهبا	-	-	2	-	-
	يثار دون سبب واضح	-	-	-	3	-
	التعبير عن المشاعر	-	-	-	-	-
	لا يعبر عن مشاعره، الفرح، الحزن	-	-	-	3	-
5	فهم مشاعر الآخرين	-	-	-	-	-
	يصعب على الطفل الإحساس بما يحسه الآخرون	-	-	-	-	4
	لا يلتزم بالمعايير الاجتماعية في موقف ما وفق مشاعر الآخرين الساندة في ذلك الموقف	-	-	-	-	4
	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	-	1	-	-	-

الرقم	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادراً	موجود أحياناً	موجود غالباً	المجموع
1	الاستجابات الانفعالية					08
2	الخوف					17
3	القلق و التوتر					20
4	التعبير عن المشاعر					03
5	فهم مشاعر الآخرين					09
	المجموع					56

إنطلاقاً من الجدول رقم (21) نستطيع أن نلاحظ وجود إختلال واضح في الجوانب المختلفة المرتبطة بالعالم العاطفي والإنفعالي لديه. أول ما يلفت الإنتباه هو الإرتفاع الشديد في درجة القلق والتوتر (56/20)، وهو ما يدلّ على أن الطفل يعيش في حالة دائمة من التوتر النفسي، خصوصاً في البيئات الجديدة أو في مواجهة أشخاص غير مألوفين، هذا التوتر المستمر يعكس صعوبة في التكيف مع المتغيرات، وعدم الإحساس بالأمان في المواقف الجديدة، وهو أمر شائع لدى أطفال التوحد نظراً لحاجتهم الشديدة للروتين والثبات.

يأتي بعد ذلك الخوف بدرجة مرتفعة (56/17)، مما يشير إلى أن الطفل يظهر ردود فعل خوف مفرطة، سواء في مواقف حقيقية تستدعي الحذر، أو حتى في مواقف عادية لا تشكل خطراً فعلياً. هذا يعكس وجود حساسية مفرطة تجاه المحيط وصعوبة في تقييم مستوى التهديد، وهو ما يعزز من حالة القلق العام التي يعيشها. أما الإستجابة الإنفعالية فجاءت بدرجة (56/8)، وهي درجة منخفضة نسبياً، ما يعني أن الطفل غالباً ما يظهر إستجابات إنفعالية غير متوازنة أو محدودة، قد يبكي أو يضحك دون سبب واضح، أو ينتقل من حالة هدوء إلى نوبة غضب بشكل مفاجئ، هذه التقلبات تدل على ضعف في القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم بها. فيما يتعلق بـ التعبير عن المشاعر فالدرجة (56/3) تُعد من أخفض الدرجات، وهي دلالة واضحة على أن الطفل يواجه صعوبة كبيرة في التعبير عن مشاعره سواء كانت إيجابية أو سلبية. قد لا يظهر الفرح في اللحظات السعيدة، ولا يعبر عن الحزن عند تعرضه للأذى، وهذا الصمت العاطفي قد يُفسر على أنه انغلاق داخلي أو عدم وعي بالمشاعر.

وأخيراً، جاءت درجة فهم مشاعر الآخرين (56/9) في المستوى المتوسط، ما يعني أن الطفل يعاني من صعوبات ملحوظة في إدراك ما يشعر به الآخرون، وقد لا يستجيب لانفعالات من حوله بطريقة مناسبة. هذه الصعوبة تؤثر سلباً على تفاعله الاجتماعي وتواصله مع الآخرين، كما تُشير إلى وجود خلل في ما يُعرف بنظرية العقل (Theory of Mind)، وهي القدرة على تفسير وتوقع سلوك الآخرين بناءً على مشاعرهم. بصورة عامة، تعكس هذه النتائج أن الطفل يُعاني من اضطراب إنفعالي واضح يتسم بالقلق، والخوف، وضعف في التعبير والتواصل العاطفي، ما يستدعي تدخلاً نفسياً متخصصاً يهدف إلى تطوير المهارات الانفعالية والاجتماعية لدى الطفل.

#### ثانياً: عرض وتحليل نتائج مقياس إيذاء الذات:

الجدول رقم(22): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " كريمة" على مقياس "سلوك إيذاء الذات".

الرقم	مقياس إيذاء الذات		
	العبارات		
1	3	نادرا	يجري باتدفاع دون وعي
2	3	نادرا	يطرق رأسه بيده
3	2	نادرا	يشد مناطق متفرقة باليد
4	2	نادرا	يشد شعره بإحدى أو كلتا يديه
5	3	نادرا	يطرق رأسه بالجدار
6	2	نادرا	يجرش أسنانه بشدة
7	3	نادرا	يسير على أطراف الأصابع
8	2	نادرا	يقفز ويشب فالمكان
9	3	نادرا	يخربش أو يقرص نفسه
10	3	نادرا	يعض نفسه (كالعض على ظهر اليد و الإبهام و الذراع)
11	2	نادرا	يضرب نفسه أسفل الذقن
12	2	نادرا	يضرب نفسه في الصدر
13	3	نادرا	يضرب الأرض بقدمه
14	3	نادرا	لا يشعر بالألم عند تعرضه لأذى ما ( الحروق، الجروح،الرضوض)
15	3	نادرا	يعدو ( يشعر بالعدوانية) عند حدوث اللمس الغير متوقع
16	3	نادرا	يتهور و لا إدراك للخطر
17	3	نادرا	يحك جلده بيده أو الجدار أو بأشياء أخرى
18	3	نادرا	يقشر الجروح
19	3	نادرا	يحفر بالجلد ( يصنع جرح بالجلد)
20	1	نادرا	يرمي نفسه على الأرض بون سبب
21	2	نادرا	يقفز من الأماكن المرتفعة

1			يجرد ملبسه	22
	2		يصطدم الآخرين أو الأشياء و الجدران	23
1			ينام على الأرض عارياً ( خاصة فصل الشتاء)	24
		3	يهتز، و يتعلق و يور سريعا و يصفق	25
75/61			المجموع	

تشير نتائج الملاحظة السريرية والمقياس المعبر عن سلوك إيذاء الذات لدى الطفل إلى وجود سلوكيات متكررة بدرجة (3: دائماً)، كضرب الرأس، العض، أو الخدش الذاتي، والتصفيق والجري دون إنقطاع ويقشر الجروح ولا يبالي. ما يعكس اضطراباً انفعالياً داخلياً حاداً يجد الطفل صعوبة في التعبير عنه بشكل سليم. كما تم ملاحظة بعض السلوكيات التي ظهرت بدرجة (2: أحياناً)، مثل جذب الشعر أو ضرب الجسد بالأثاث، مما يدل على أن السلوك قد يتفاقم في مواقف الضغط أو التحفيز الزائد (Overstimulation) أو كرد فعل لعجز الطفل عن التواصل.

هذا النمط المتكرر من الإيذاء الذاتي يُعد وسيلة غير لفظية للتعبير عن الإنزعاج أو الألم أو الحاجة، ويعكس في كثير من الأحيان قصوراً في مهارات التعبير الانفعالي والتنظيم الذاتي. ونرى أن الطفل يمتلك (75/42) درجة للإجابة غالباً لسلوك إيذاء الذات و(75/16) درجة للإجابة أحياناً و (75/03) للإجابة نادراً من هنا نرى أن الطفل يعاني من السلوك إيذاء الذات.

**4.2.1.2. خلاصة الحالة:**

تشير المعطيات السابقة إلى أن الطفل، وهو في سن مبكرة (6 سنوات) وضمن برنامج دمج تربوي منذ عام، يُظهر نمطاً سلوكياً وانفعالياً يتسم بالاضطراب وعدم التوازن، ويتجلى ذلك من خلال نتائج مرتفعة في كل من مقياسي المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات.

فيما يخص الإستجابات الإنفعالية، اتضح وجود مستوى مرتفع جداً من القلق والتوتر (56/20)، إضافة إلى ارتفاع الخوف (56/17)، في مقابل انخفاض ملحوظ في قدرات التعبير عن المشاعر (56/3) وفهم مشاعر الآخرين (56/9)، ما يشير إلى معاناة الطفل من اضطراب في التنظيم الإنفعالي، وصعوبة في إدراك الإنفعالات والتفاعل معها، سواء على المستوى الذاتي أو الاجتماعي، كما أن الاستجابة الإنفعالية العامة (56/8) جاءت منخفضة، مما يدعم هذا التوصيف.

أما في مقياس إيذاء الذات، فقد كشفت النتائج عن سلوكيات مثيرة للقلق، حيث سجلت 75/42 درجة ضمن فئة "غالباً"، وهي إشارة إلى تكرار سلوكيات إيذاء الذات بشكل مستمر أو شبه يومي. كما أن 75/16 درجة ظهرت في فئة "أحياناً"، وهو ما يعكس وجود سلوكيات متوسطة الحدة لكنها قائمة، في حين سُجلت فقط 75/3 درجات في فئة "نادراً".

هذه النتائج مجتمعة توضح أن سلوك إيذاء الذات حاضر بقوة لدى الطفل، ويُحتمل أن يكون مرتبطاً بعدم قدرته على التعبير عن الضيق النفسي أو المطالبة باحتياجاته بطريقة ملائمة. وتشير المؤشرات إلى أن الطفل يعاني من حالة تداخل بين اضطرابات إنفعالية وسلوكيات مؤذية للنفس، غالباً ما تكون تعبيراً غير مباشر عن القلق أو نتيجة عجزه عن التواصل الفعال.

كما أن البيئة البيداغوجية، رغم كونها بيئة دمج، قد لا تكون كافية وحدها لضبط هذه الأنماط السلوكية دون تدخل داعم متخصص.

وبناء على تحليل الحالة، نجد أن المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الطفل المصاب بطيف التوحد مرتفعة بشكل ملحوظ، سواء في البيئات العلاجية أو خارجها، وحسب (ريتشارد لازاروس) في نظريته حول "التقييم المعرفي"، فإن الإنفعالات لا تنشأ بشكل تلقائي من الحدث نفسه، بل من الطريقة التي يُقِيم بها الفرد هذا الحدث. بالنسبة للطفل في هذه الحالة، قد يواجه مواقف يشعر فيها بالعجز أو تهديد نفسي، وهو ما يدفعه إلى استخدام سلوكيات مثل إيذاء الذات كوسيلة للتعامل مع تلك المشاعر المتضاربة، كما يشير (لازاروس) إلى أن مثل هذه السلوكيات غالبًا ما تكون محاولات للتكيف مع بيئة مشحونة عاطفيًا، حيث يظل الطفل في حالة من "التهديد الإنفعالي"، مما يعزز السلوكيات المؤلمة كوسيلة للتعبير أو التخفيف من الشعور بالعجز، فإن تعزيز الدعم النفسي للأطفال في المراكز النفسية البيداغوجية قد يساعد في إعادة تقييمهم الانفعالي لهذه المواقف، وبالتالي تقليل السلوكيات الضارة من خلال تدخلات معتمدة على التقييم المعرفي لاحتياجاتهم العاطفية (Lazarus, 1991).

### 3.1.2. عرض الحالة الثالثة:

الحالة "نورة" أم للطفل (ياسن) البالغ من العمر (05) سنوات المشخص منذ سنة بأنه مصاب بإضطراب طيف التوحد، وغير ملتحق بأي مركز طبي نفسي بيداغوجي.

### 1.3.1.2. تقديم الحالة:

الحالة "نورة" امرأة تبلغ من العمر 30 سنة، متزوجة مأكثة بالبيت وأم لطفل وذات مستوى دراسي جامعي ولا تعاني من أي سوابق مرضية

### 2.3.1.2. عرض ومضمون المقابلة:

إلتقينا مع الحالة "نورة" في "مستشفى الأمراض العقلية" فرنان حنفي- واد عيسي - تيزي وزو، قدمت نفسي كطالبة في علم النفس وشرحت لها الهدف من مقابلتها الذي يتمحور حول فهم سلوك الطفل بشكل أفضل وستبقى كل المعلومات سرية وإستخدامها يبقى علمي فقط، وقبلت المشاركة معنا في هذا العمل علمي وهو ما ساعد على السير الحسن للمقابلة.

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة، أول شيء لاحظته أن الحالة كانت هادئة و متفائلة، وتتنظر إلى إبنتها بتعاطف حيث كان بجانبها في القاعة.

بدأنا الحديث حول الطفل وكيف كانت أول ظروف حملها وهي تتنظر دائما إلى طفلها الذي كان يمص إصبعه ويقوم برجليه فوق الكرسي، أوضحت الحالة "نورة" أن فترة الحمل مرت في ظروف مستقرة ، والحمل كان متوقع ومخطط له والطفل مرغوب فيه وقد شعرت بحالة من الفرح منذ معرفتها بالحمل حسب قول الحالة " nekk »  
 « zewdjagh s thayri akked wergaziw ferhagh mi zrih imaniw s thadisth "، بمعنى أن الحالة "نورة" كانت مبتهجة وسعيدة جدا لمعرفة الحمل وأنها تزوجت عن حب، وأكدت لنا الحالة "نورة" أن لم تدون تسجيل أي مضاعفات صحية حادة وأنها كانت تنتظر مولودها بفارغ الصبر حسب قولها " ligh ttkhemimegh mlmi " « ara dilal ferhegh atas yess »

أما بالنسبة إلى ظروف الولادة تمت في ظروف عادية دون تعقيدات سواء لها أو للمولود، كما أكدت أن الحمل كان مرغوباً فيه، وجاء في سياق مستقر لحالتها النفسية، حيث كان المولود الأول في العائلة.

كما تحدثت الحالة "نورة" عن السنوات الأولى من حياة الطفل، مشيرة إلى أن تطوره كان طبيعياً تماماً، لكن مع مرور الوقت لاحظت بعض المؤشرات الصغيرة المثيرة للقلق، لا سيما من جانب التواصل والنطق.

وبدأت تظهر أولى العلامات النمطية في نهاية السنة الثالثة عندما توقف عن المغاناة والإستجابة، حيث أصبح الطفل على حسب ما وصفته الحالة "نورة" يبكي بشدة عندما لا يحصل على لعبته المفضلة "حبل" وأحياناً أخرى

يميل إلى البكاء بشدة إن لم يتحصل على ما يريده وكما يميل إلى إيذاء نفسه دون مراعات الآخرين حسب قولها

**thezridh ur ihmil ara akk win ara thisamin negh adisami amrar swachu yle3ev, yettrou " kanadikath idharn-is di lqa3a , nughal uthnettla3aj ara yak nettajath wahdes , mi ara yellaz**

« aditrou mi yerwa adisoussem »، بمعنى أن نسبة التجاوب عند مناداته ضعيفة فهو يكتفي فقط بالمناغاة

ويفتقر إلى التواصل البصري، فأخت زوجها التي دفعتها إلى إستشارة طبيب مختص حسب قولها

**ttalwesthiwayinan mim yes3a attan amer ahath ur issel ara awith ar tvivsakin iwighth ar tviv pédiatre aked psychiatre naniyid belli yes3a attan akki n l'autismethura assaki assegas si mi**

« idina tviv belli yes3a attan akki »، بمعنى أن تم تشخيص حالة التوحد بشكل رسمي بعد سلسلة من

التقييمات الطبية والنفسية من طرف الفريق الطبي المختص لسنة حسب قولها و أكدت الحالة "نورة" أن عمة الطفل

كانت حنونة مع ابن أخيها وهي التي ساعدتها في إكتشاف مرض ابنها.

و أكدت الحالة "نورة" على حد قولها ظهور سلوكيات إيذاء الذات، حيث لاحظت أن طفلها يلجأ إلى ضرب رأسه

أو ضرب أرجله على الأرض، خاصة في لحظات التوتر أو الغضب أو عند فشل محاولاته في التعبير عن رغباته

أو تغيير اللعبة لديه، وتكررت هذه النوبات في مواقف معينة، خصوصاً عند تغيير الروتين أو في الأوساط المليئة

بالمثيرات الحسية، منذ التشخيص لم تشرع الأسرة في عملية التكفل، حسب قول الحالة " deg wasmi thnepi "

« assegas aya ur nughal ara yettghimi kan gokham »، بمعنى انها لم تبدأ في تلقي الحصص العلاجية.

كما أكدت الحالة "نورة" أنها تحاول إحتواء الطفل في هذه اللحظات، إما بالكلام الهادئ أو بالحضن الجسدي،

وأحياناً تحاول تشتيت انتباهه إلى نشاط آخر حسب قولها " ttedoughas kan di levghi daya kan achu "

« yettzidi mi ara yellaz negh mi ara yehlek negh yella attas n soth »، كما لاحظت أن هناك عوامل

تزيد من حدة هذه السلوكيات مثل المرض، الجوع، أو الأصوات المرتفعة، في حين أن الهدوء والروتين المنتظم

يساهمان في التخفيف من حدتها، ولم يتلقى الطفل أي تدخلات سلوكية متخصصة إلى حد الآن.

أشارت الحالة "نورة" أيضاً إلى أنها لم تتلقى أي توجيهات بعض التوجيهات من طرف المختصين أو الاطباء

وحيث أصبح الجو مشحوناً أحياناً بالتوتر والقلق، وتقلصت بعض الأنشطة الجماعية واللقاءات الأسرية

« ughalagh ur zmiregh ara ad rezfegh kouless dawal fellas miskin ,guman ath djen »

«tranquil» بمعنى أنها لم تعد تريد الزيارات العائلية لسبب الحديث اليومي على ابنها والتي إلتمست له عذر ولا

تريد أن يزعجه في الوسط العائلي.

من الناحية النفسية، عبّرت الحالة "نورة" عن مشاعر مختلطة بين الحزن والإرهاق، لكنها تحاول التماسك قدر المستطاع " **ayigh deg wawal ayigh deg sen meskin mmi ulach achu senyekhdemiwaken athkfun** " **.swawal , vezaf sbhan allah ula dnetta d ruh machi taghawsa**

وصرّحت الحالة "نورة" خلال الجلسة بأنها أصبحت تشعر وكأنها فقدت حياتها الشخصية، وأنها نادرا ما تهتم بنفسها أو تنجز أي نشاط خاص بها، كما أيدت بقولها " **ur thelagh ara deg imaniw serhaghas yakeli i** " **« dounith ula dargaziw ulachih daki di fransa iyettayach** » بمعنى هذا الشعور ترافق مع ضغوط نفسية ، تجلت لنا في الشكوى من أعراض التعب المزمن، القلق، وتكاثرت مشاكلها في الحياة الشخصية مع زوجها الذي يعيش في فرنسا.

أما بالنسبة للأب حسب ما قالته لنا الحالة "نورة" فهو متأثر بالحالة الإنفعالية للطفل، لكنه بعيد عنه، وتبين لنا خلال المقابلة أن الجلسات النفسية الموجهة للأب، أظهرت بوضوح المشاعر المعقدة والمربكة، التي تتنوع بين الحزن، الغضب، وأحيانا العجز كونها تواجه المشكلة لوحدها لأن زوجها مغترب.

ورغم هذا، فإن الحالة "نورة" أظهرت درجات عالية من الصبر والتحمل والمثابرة، وهي تبحث على من يساعدها، وأكدت أنها ستلتزم بتطبيق كل التعليمات والتوصيات، رغم الإرهاق الجسدي والنفسي الظاهر عليها.

أما بالنسبة للرؤية المستقبلية للحالة "نورة" فبالرغم من كل الصعوبات، تبين لنا أنها تُبدي رغبة قوية في رؤية تقدم ملموس لدى الطفل حسب قولها " **insha allah adafegh anida ara thawigh iwaken adi3acher arrach** , " **« asyekkes wattan** » بمعنى أنها تطمح إلى أن تدمج في مركز من المراكز الطبية النفسية البيداغوجية وأن يتحكم تدريجيا في سلوكياته المؤذية، ويكتسب مهارات تواصل بسيطة تسمح له بالتعبير عن رغباته، وتخفف من نوبات الانهيار.

وأكدت لنا الحالة "نورة" أنها تعمل على أن يجد الطفل نوعا من الإستقلالية في بعض المهام اليومية، مثل الأكل، النظافة، واللعب المنظم " **saramegh dakken mmi adyughal adyissin amek ara yecc ara ysew amek** " **.ara yla3ev ttmenigh athwaligh yettla3av akked wiyadh**

كما أنها تأمل في أن يتم توعية المجتمع والأسرة الموسعة أكثر باضطراب طيف التوحد، حتى يخف الضغط الاجتماعي عليها وعلى الطفل.

ورغم كل التحديات، فإنها ما تزال متمسكة بالأمل في تحسن وضعية لإبنها، وتتطلع إلى مستقبل يتمكن فيه من تطوير قدراته والتكيف بشكل أفضل مع محيطه حسب ما أكدته الأخصائية النفسانية العيادية، " **desseh yew3er** " **"lhal ma3na akka ilaq anetef iwaken ungheli ara sima ara dyass wergaziw**

وفي الأخير قمنا بإنهاء المقابلة مع الأم وشكرناها على الجهود التي بذلتها معنا وعلى المعلومات التي أفادتنا بها.

3.3.1.2. عرض وتحليل نتائج المقياس:

أولاً: عرض وتحليل نتائج مقياس المظاهر الانفعالية:

الجدول رقم(23): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نورة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية".

رقم	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	موجود دائما
1	الاستجابات الانفعالية	0				
	يضحك، يصرخ والأم، الأخرى في حالة غضب	0				
	يبكي عندما تكون الأم، الأخرى في موقف مفرح					
	يظهر انفعالات مبالغ فيها كنبوات الضحك والبكاء دون سبب واضح	4				
2	يتحول سريعا من طفل هادئ الى طفل ملئ بالغضب	4				
	الخوف					
	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف					4
	يخاف من أشياء عادية لا تشكل خطرا أو تستوجب الخوف					4
	يخاف من أي بيئة جديدة أكثر من أقرانه					4
	لا يميز المواقف التي تخفي وراءها مخاطر حقيقية					4
	لا يبالي بالأصوات العالية	0				
	القلق والتوتر					
3	يتوتر في البيئة الجديدة أكثر من أقرانه					4
	يتوتر عندما يقابل أشخاص جدد أو لا يظهر عليه أي تأثير عند مقابلة الأشخاص الجدد					4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المزدحمة، الصاخبة					4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المغلقة، الضيقة		1			
	لا يتوتر في حال تركه والداه وذهبا		1			
	يثار دون سبب واضح	4				
4	التعبير عن المشاعر					
	لا يعبر عن مشاعره، الفرح، الحزن					3
	فهم مشاعر الآخرين					
5	يصعب على الطفل الاحساس بما يحسه الآخرون					4
	لا يلتزم بالمعايير الاجتماعية في موقف ما وفق مشاعر الآخرين السائدة في ذلك الموقف					4
	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	0				

الرقم	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	المجموع
1	الاستجابات الانفعالية					08
2	الخوف					16
3	القلق و التوتر					18
4	التعبير عن المشاعر					03
5	فهم مشاعر الآخرين					08
	المجموع					53

أظهرت نتائج الجدول رقم (23) أن الطفل البالغ من العمر ست سنوات، وغير مدمج من خلال التقييم الإنفعالي له، أن هذه النتائج تعكس تحديات واضحة في التعامل مع مشاعره ومحيطه الاجتماعي، حيث سجل في مظهر الإستجابات الإنفعالية درجة (8/ 56)، مما يشير إلى قدرة محدودة على التفاعل العاطفي مع المواقف المختلفة، ويُترجم ذلك إلى ضعف في التعبير عن الانفعالات والتجاوب معها.

وحصل الطفل في مظهر الخوف على درجة (16/ 53)، مما يدل على شعور مرتفع بالخوف إتجاه مواقف قد لا تثير القلق عند أقرانه، ويرجع ذلك غالبًا إلى حساسية مفرطة للتغيرات المفاجئة أو المواقف غير المتوقعة. أم في مظهر القلق والتوتر، فقد سجل الطفل درجة (18/ 53)، وهي درجة عالية تدل على توتر داخلي مستمر قد يظهر من خلال حركات متكررة أو سلوكيات إنسحابية، ما يؤثر على أدائه وتفاعله في بيئته العائلية.

وفي مظهر التعبير عن المشاعر، جاءت النتيجة الأدنى حيث حصل على (53/3)، ما يعكس صعوبة كبيرة في إيصال مشاعره بالكلام أو الإشارات غير اللفظية، وقد يؤدي ذلك إلى ظهور سلوكيات غير ملائمة كرد فعل على الضيق النفسي.

أما في مظهر فهم مشاعر الآخرين، فحصل الطفل على درجة (53/8) مما يشير إلى ضعف نسبي في القدرة على قراءة المشاعر والاستجابة لها، وهو ما يحد من فرصه في تكوين علاقات إجتماعية ناجحة. بناءً يتضح على هذه النتائج أن الطفل يحتاج إلى دعم مستمر وأن يلتحق بمركز طبي نفسي بيداغوجي بهدف تقليل من القلق والتوتر الذي يعاني منه، وتعزيز مهارات التعبير والإنخراط الإجتماعي، لضمان تكيف أفضل ونجاح أكبر ضمن بيئة الدمج التي يتواجد فيها.

ثانياً: عرض نتائج مقياس إيذاء الذات:

الجدول رقم(24): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة "نورة" على مقياس "سلوك إيذاء الذات".

الرقم	مقياس "سلوك إيذاء الذات" العبارات	البدائل		
		دائما	أحيانا	نادرا
1	يجري بالندفاع دون وعي	3		
2	يطرق رأسه بيده	3		
3	يشد مناطق متفرقة باليد			1
4	يشد شعره بإحدى أو كلتا يديه			1
5	يطرق رأسه بالجدار			1
6	يجرش أسنانه بشدة			1
7	يسير على أطراف الأصابع			1
8	يقفز ويثب فالمكان		2	
9	يخربش أو يقرص نفسه	3		
10	يعض نفسه (كالعض على ظهر اليد و الإبهام و الذراع)	3		
11	يضرب نفسه أسفل الذقن	3		
12	يضرب نفسه في الصدر			1
13	يضرب الأرض بقدمه	3		
14	لا يشعر بالألم عند تعرضه لأذى ما ( الحروق، الجروح،الرضوض)	3		
15	يعدو ( يشعر بالعدوانية) عند حدوث اللمس الغير متوقع	3		
16	يتهور و لا إدراك للخطر	3		
17	يحك جلده بيده أو الجدار أو بأشياء أخرى			1
18	يقشر الجروح			1
19	يحفر بالجلد ( يصنع جرح بالجلد)			1
20	يرمي نفسه على الأرض بون سبب			1
21	يقفز من الأماكن المرتفعة			1
22	يجرد ملبسه			1
23	يصطدم الآخرين أو الأشياء و الجدران		2	
24	ينام على الأرض عاريا ( خاصة فصل الشتاء)	3		
25	يهتز، و يتعلق و يور سريعا و يصفق	3		
المجموع		75/49		

تشير نتائج الملاحظة السريرية والمقياس المعبر عن "سلوك إيذاء الذات" لدى الطفل إلى وجود سلوكيات متكررة بدرجة (3: دائما)، كضرب الرأس، العض، أو الخدش الذاتي، ما يعكس اضطراباً انفعالياً داخلياً حاداً يجد الطفل صعوبة في التعبير عنه بشكل سليم.

كما لوحظت بعض السلوكيات التي ظهرت بدرجة (2: أحيانا)، مثل جذب الشعر أو ضرب الجسد بالأثاث، مما يدل على أن السلوك قد يتفاقم في مواقف الضغط أو التحفيز الزائد (Overstimulation) أو كرد فعل لعجز الطفل عن التواصل.

هذا النمط المتكرر من إيذاء الذات يعد وسيلة غير لفظية للتعبير عن الإنزعاج أو الألم أو الحاجة، ويعكس في كثير من الأحيان قصورًا في مهارات التعبير الإنفعالي والتنظيم الذاتي.

ونرى أن الطفل يمتلك (75/33) درجة للإجابة غالبًا لسلوك إيذاء الذات و(75/4) درجة للإجابة أحيانا و(75/12) للإجابة نادرًا من هنا نرى أن الطفل يعاني من السلوك إيذاء الذات.

#### 4.3.1.2. خلاصة الحالة:

تشير نتائج التقييم إلى وجود تحديات إنفعالية وسلوكية واضحة ومعقدة تؤثر بشكل مباشر على قدرة الطفل على التكيف .

سجل الطفل على مقياس "المظاهر الإنفعالية" درجات تدل على ضعف ملحوظ في الإستجابات الإنفعالية (53/8)، وهو ما يعكس محدودية تفاعله العاطفي مع المثيرات اليومية، مما قد يُعيق تواصله الفعّال مع محيطه. في المقابل، سجل مستويات مرتفعة في مظهر الخوف (53/16) ومظهر القلق والتوتر (53/18)، مما يؤكد أن الطفل يعيش حالة من التوتر المزمن والحساسية المفرطة إتجاه المواقف التي قد تبدو بسيطة أو طبيعية عند الأطفال الآخرين. أما في مظهر التعبير عن المشاعر (53/3)، فيُظهر الطفل عجزًا شديدًا في القدرة على إيصال مشاعره سواء بالكلام أو الإشارات، وهو ما قد يؤدي إلى تصعيد سلوكيات غير ملائمة كرد فعل على هذا العجز، مثل الإنسحاب أو العدوان.

وفيما يتعلق بمظهر فهم مشاعر الآخرين، فقد حصل على درجة (53/8)، مما يشير إلى ضعف نسبي لكنه قابل للتطوير مع التدخل المناسب.

من الجانب السلوكي، كشفت نتائج مقياس "سلوك إيذاء الذات" عن مستوى مرتفع وخطير حيث بلغت درجة السلوك غالبًا (75/33) درجة، مقابل (75/4) درجات للإجابة أحيانًا و(75/12) درجة للإجابة نادرًا، وهذا يعكس تكرارًا مستمرًا لسلوكيات إيذاء الذات، ما يشكل مؤشرًا على أن الطفل يعاني من ضغوط داخلية شديدة لا يجد لها منفذًا صحيًا للتعبير، ويستخدم إيذاء النفس كآلية للتكيف أو طلب المساعدة.

وتؤكد النتائج على وجود حالة إنفعالية وسلوكية مركبة تتميز بإضطراب في التنظيم الإنفعالي، توتر وقلق مزمنين، عجز في التعبير والتواصل، مصحوب بسلوكيات إيذاء الذات متكررة وشديدة الخطورة.

هذه الصورة السريرية تستدعي تدخلًا متخصصًا ومكثفًا يشمل:

1. برنامج علاج نفسي سلوكي مكثف يركز على تقليل القلق وتنظيم المشاعر، مع متابعة دقيقة لسلوكيات إيذاء الذات.

2. تدريب مهارات التعبير الإنفعالي والتواصل البديل باستخدام وسائل بصرية أو تقنية لتقليل الإحباط الناتج عن صعوبة التعبير.

3. إشراف مستمر داخل بيئة الدمج لضبط السلوكيات المؤذية، وضمان بيئة صافية داعمة وآمنة.

4. دعم أسري وتربوي مستمر لتزويد الأسرة والمدرسة بأدوات التعامل الفعال مع التوتر والسلوكيات الانفعالية.
5. التدخل المبكر والمستدام لمنع تفاقم الحالة وتحسين جودة حياة الطفل.
- فمن خلال النتائج نستطيع القول أن الطفل يعاني من حالة إنفعالية وسلوكية تحتاج إلى فريق متعدد التخصصات لتقديم دعم شامل يتناول الجوانب الانفعالية، السلوكية، التعليمية والاجتماعية لضمان تحقيق أفضل النتائج في بيئته العائلية. وهذا ما أكدته الأخصائية النفسانية بعد إتمام المقابلة العيادية.

#### 4.1.2. عرض الحالة الرابعة:

الحالة "نصيرة" أم الطفل (يوغورطا) البالغ من العمر (06) سنوات المشخص منذ سنة بأنه مصاب بإضطراب طيف التوحد، وهذا الطفل غير ملتحق بأي مركز طبي نفسي بيداغوجي.

#### 1.4.1.2. تقديم الحالة:

الحالة "نصيرة" امرأة تبلغ من العمر 57 سنة، متزوجة أم لطفل مأكثة بالبيت، مستواها الدراسي ابتدائيولا تعاني من أي سوابق مرضية.

#### 2.4.1.2. عرض ومضمون المقابلة:

إلتقينا مع الحالة "نصيرة" في مكتب الأخصائية النفسية العيادية السيدة تدالة لامية(مدينة تيزي وزو وسط)، قدمت نفسي كطالبة في علم النفس وشرحت لها الهدف من مقابلتها الذي يتمحور حول فهم سلوك الطفل بشكل أفضل، وأكدت لها أن ما تقوله من المعلومات سيبقى سري، وستستخدم في إطار البحث العلمي فقط، وعليه وافقت على المشاركة معنا في هذا العمل العلمي وهو ما ساعد على السير الحسن للمقابلة.

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة "نصيرة"، أول شيء لاحظته أن الحالة كانت هادئة وتنتظر الأسئلة، لتبدأ بالجواب، بدأنا الحديث حول الطفل وكيف كانت أول ظروف حملها وهي تنظر الى الأرضية داخل القاعة بدت وكأنها شاردة الذهن، وأوضحت أن فترة الحمل مرت في ظروف مستقرة، والحمل كان متوقع ومخطط له والطفل مرغوب فيه وقد شعرت بحالة من الفرح منذ معرفتها بالحمل وأنها لم تتزوج في سن مبكرة، فتزوجت في

سن 47 سنة حسب قولها **ur zwidjeh ara af zik lhal ma3na vghigh aqrur akki nighas khersoum**

« **ad ye3mer irebiw , ferhegh yess khila dgha hala waki is3igh** »، بمعنى أن الحالة كانت مبتهجة

وسعيدة جدا لمعرفة بالحمل وكانت تنتظر مولودها بكل سعادة، وأكدت لنا الحالة "نصيرة" أنها لم تدون تسجيل

أي مضاعفات صحية حادة وأنها كانت تنتظر مولودها بفارغ الصبر حسب قولها " **ligh ttkhemimegh mlmi**

« **ara dilal ferhegh atas yess yerna ligh normal ur chigh ara thaqachin n tadisth** »

كما أكدت أن الحمل كان مرغوباً فيه، وجاء في سياق مستقر لحالتها النفسية، حيث كان المولود الأول في

العائلة. أما بالنسبة إلى ظروف الولادة فقد تمت في ظروف عادية دون تعقيدات سواء لها أو للمولود.

كما تحدثت الحالة "نصيرة" عن السنوات الأولى من حياة الطفل، مشيرة إلى أن تطوره كان طبيعياً تماماً، لكن مع

مرور الوقت لاحظت بعض المؤشرات الصغيرة المثيرة للقلق، لا سيما من جانب التواصل والنطق.

وبدأت تظهر أولى العلامات النمطية في نهاية السنة الثانية من عمر الطفل، حيث أصبح هذا الأخير على حسب

ما وصفته الحالة، يبكي بشدة عندما لا يحصل على الإهتمام وأحيانا أخرى يميل إلى البكاء بشدة إن لم يتحصل

على ما يريده مثل إطفاء الأنوار أو تغييره للعبة العجين حسب قولها "ur ihemel ara ma thens thafath ihemel koulas thafath yetiqi mayeghleggh wekham sakin ad ichenou , yerna yessen ad yechnou , thikwal » **ad ttadhsa wahdes asthinidh yettwali lmalayek sbhan allah** ، بمعنى أن الطفل يتغير أسلوبه في المعاملة عند حصوله على الإهتمام ويبدو سعيدا للغاية وأحيانا يبدأ في الغناء، وحسب ما أدلت به الحالة فإن ابنها يجيد الغناء وتقول أن ابنها يبتسم لوحده كثيرا كأنه مع "الملائكة" وأيدت ذلك بتعجبها ودهشتها من ذلك السلوك ظنا أنه يرى الملائكة.

أما بالنسبة إلى تشخيص إصابته بطيف التوحد، أكدت لنا الحالة "نصيرة" أن حماتها هي التي كانت السبب في إكتشاف ذلك، وأكدت أنها جدة حنونة مع حفيدها وهي التي ساعدتها في إكتشاف مرض ابنها، حسب قولها " **ttamgharth-iw isifaqen thenayid belli aqrur akki dlmouhal am netta amwiyadh yellawachu ithikhosen deg iman-is ilaq athnawi ar umejay anwali dachu thyughen , akka igella lhal niwwith assegas nouthni khedmenas les analyses wamek ighdenan belli agrud akki is3a ayen iwumi .** "qaren lautisme achu machi am wiyadh yezmzer adikchem ar lakoul adighar

وبعد ذلك حسب الحالة "نصيرة" تم تشخيص طفلها بالتوحد بشكل رسمي بعد سلسلة من التقييمات الطبية والنفسية من طرف الفريق الطبي المختص منذ سنة وذلك في مكتب المختصة النفسية تادالا لامية بمساعدة تقييمات الطبيبة المختصة في طب الأطفال.

وأكدت الحالة "نصيرة" على حد قولها أن لطفلها سلوكيات إيذاء الذات، حيث لاحظت أنه يلجأ إلى ضرب الأشياء ببعضها أو ضرب أرجله على الأرض، خاصة في لحظات التوتر أو الغضب أو عند فشل محاولاته في التعبير عن رغباته أو تغيير ستائر المنزل وأواني تقديم الطعام، وتكررت هذه النوبات في مواقف معينة، خصوصا عند تغيير الروتين أو في الأوساط المليئة بالمشغلات الحسية.

وحسب الحالة "نصيرة" لم تشرع الأسرة في عملية التكفل منذ أن تم تشخيص ابنها بالتوحد وذلك منذ سنة، " deg » **wasmi thnepi assegas aya ur nughal ara yettghimi kan gokham** ، بمعنى أن ابنها لم يبدأ في تلقي الحصوص العلاجية.

كما أكدت الحالة "نصيرة" أنها تحاول إحتواء الطفل في لحظات إيذاء الذات، إما بالكلام الهادئ أو بالحضن الجسدي، وأحيانا تحاول أن تبدأ بالغناء ويقلدها ويغني معها، فحسب قولها " **ttedoughas kan di levghi daya kan achu yettzidi mi ara yellaz negh mi ara yehlek thikwal chenoughas yett3awadedh yidi** " **ichenoud yidi, yerna issen adigheni yifiyi aheq sidi rebi haha**

كما لاحظت أن هناك عوامل تزيد من حدة هذه السلوكيات مثل المرض، الجوع، أو الأصوات المرتفعة، في حين أن الهدوء والروتين المنتظم يساهمان في التخفيف من حدتها وأحيانا أخرى شنت إنتباهه بالغناء وأكدت لنا الأم أنه يغني أفضل منها وضحكت على ذلك التصريح.

وأشارت الحالة "نصيرة" أيضا إلى أنها لم تتلقى أي توجيهات من طرف المختصين أو الأطباء. وصرحت أيضا أن الجو الأسري أصبح مشحونا أحيانا بالتوتر والقلق، وتقلصت بعض الأنشطة الجماعية واللقاءات الأسرية " **ughalagh ur zmiregh ara ad rezfegh kouless dawal fellas meskin ,guman ath** «

« **djen tranquil** »، بمعنى أنها لم تعد تريد الزيارات العائلية لسبب الحديث اليومي على ابنها والتي إلتصت له عذر ولا تريد أن يزعجه في الوسط العائلي.

ومن الناحية النفسية، عبّرت الحالة "نصيرة" عن مشاعر مختلطة بين الحزن لأنها لا تستطيع أن تغير ابنها إلى الأفضل والإرهاق، لكنها تحاول التماسك قدر المستطاع " **Ayigh desseh ayigh achkou ulach achu ara**

، ثم أخذت نفسا عميقا و تهتت. **skhedmegh ulach achu ara vedlegh akka hakda wella ktar**

و صرحت الحالة "نصيرة" خلال الجلسة بأنها أصبحت تشعر وكأنها فقدت حياتها الشخصية، وأنها نادرا ما تهتم بنفسها أو تنجز أي نشاط خاص بها، كما أيدت بقولها " **ur thelagh ara deg imaniw serhaghas yakeli i**

، بمعنى هذا الشعور يترافق مع ضغوط نفسية، تجلت لنا في الشكوى من أعراض التعب المزمن، القلق... **dounith ula dargaziw meskin ikhdem ayen iwumi yzmer daya**

أما بالنسبة للأب حسب ما قالته لنا فهو متأثر بالحالة الإنفعالية للطفل، ويعمل ما بوسعه لإسعاد ابنه.

وتبين لنا خلال المقابلة أن الجلسات النفسية الموجهة للأب، أظهرت بوضوح المشاعر أنها تتفائل وتتمنى أن يشفي ابنها. ورغم هذا، فإن الحالة "نصيرة" أظهرت درجات عالية من الصبر والتحمل والمثابرة، وهذا ما شجع على استثمارها كطرف فعال تحسن حالة ابنها. كما أبدت قابلية كبيرة للتعلم وتطبيق التوصيات من طرف الحماة وكل ما يقال لها أنه من الممكن أن يشفي ابنها، رغم الإرهاق الجسدي والنفسي الظاهر عليها.

أما بالنسبة للرؤية المستقبلية فبالرغم من كل الصعوبات، تبين لنا أن الحالة "نصيرة" تبدي رغبة قوية في رؤية تقدم ملموس لدى الطفل، حسب قولها " **insha allah adafegh anida ara thawigh iwaken adi3acher** » **arrach , asyekkes wattan** ، بمعنى أنها تطمح إلى أن تدمج في مركز من المراكز الطبية النفسية البيداغوجية وأن يتحكم تدريجيا في سلوكياته المؤذية، ويكتسب مهارات تواصل بسيطة تسمح له بالتعبير عن رغباته، وتخفف من نوبات الانهيار.

وأكدت لنا الحالة "نصيرة" أنها تعمل على أن يجد الطفل نوعا من الإستقلالية في بعض المهام اليومية، مثل الأكل،

والغسل أي النظافة الشخصية والتغيرات الموجودة فيه " **incha allah ad as yekkes ahran inna yes3a mi** " **ara vedlegh decor goukham negh Imakla ad yissin ad sired ifasnis akked iman-is mi ara yekchem adi sired i les toilettes akken saramegh ad ikchem er lekoul ad yissin amek ara ygher**

، بمعنى أنها تأمل في **khas chituh zrigh belli yehrech surtou lehsavath khfif wallah insha allah**

أن يتعلم ابنها مهارات شخصية تساعده في حياته اليومية وأن يتم دمج في إحدى المؤسسات التربوية النفسية وتأمل في أن يتعلم مهارات حسابية لأنه يجيد الحسابات وذكي حسب قولها.

ورغم كل التحديات، فإنها ما تزال متمسكة بالأمل في تحسن وضعية ابنها، وتتطلع إلى مستقبل يتمكن فيه من تطوير قدراته والتكيف بشكل أفضل مع محيطه، " **desseh yew3er lhal ma3na akka ilaq anetef iwaken**

**ungheli ara**

وقد إنهينا المقابلة مع الحالة "نصيرة" وشكرناها على المجهودات التي بذلتها معنا وعلى المعلومات التي أفادتنا بها.

3.4.1.2. عرض وتحليل نتائج المقياس:

أولاً: عرض وتحليل نتائج مقياس "المظاهر الإنفعالية":

الجدول رقم (25): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نصيرة" على مقياس "المظاهر الإنفعالية".

رقم	الفقرة/ البنود	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	موجود دائما
1	الإستجابات الإنفعالية	0	0	0	0	0
	يضحك، يصرخ والأم، الأخرى في حالة غضب	0	0	0	0	0
	يبكي عندما تكون الأم، الأخرى في موقف مفرح	0	0	0	0	0
	يظهر انفعالات مبالغ فيها كنبوات الضحك والبكاء دون سبب واضح	0	0	0	0	0
2	يتحول سريعا من طفل هادئ الى طفل ملئ بالغضب	0	0	0	0	0
	الخوف	0	0	0	0	0
	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف	0	0	0	0	0
	يخاف من أشياء عادية لا تشكل خطرا أو تستوجب الخوف	0	0	0	0	0
3	يخاف من أي بيئة جديدة أكثر من أقرانه	0	0	0	0	0
	لا يميز المواقف التي تخفي وراءها مخاطر حقيقية	0	0	0	0	0
	لا يبالي بالأصوات العالية	0	0	0	0	0
	القلق والتوتر	0	0	0	0	0
4	يتوتر في البيئة الجديدة أكثر من أقرانه	0	0	0	0	0
	يتوتر عندما يقابل أشخاص جددا أو لا يظهر عليه أي تأثير عند مقابلة الأشخاص الجدد	0	0	0	0	0
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المزدحمة، الصاخبة	0	0	0	0	0
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالأماكن المغلقة، الضيقة	0	0	0	0	0
5	لا يتوتر في حال تركه والداه وذهبا	0	0	0	0	0
	يثار دون سبب واضح	0	0	0	0	0
	التعبير عن المشاعر	0	0	0	0	0
	لا يعبر عن مشاعره، الفرح، الحزن	0	0	0	0	0
5	فهم مشاعر الآخرين	0	0	0	0	0
	يصعب على الطفل الاحساس بما يحسه الآخرون	0	0	0	0	0
	لا يلتزم بالمعايير الاجتماعية في موقف ما وفق مشاعر الآخرين	0	0	0	0	0
	الساندة في ذلك الموقف	0	0	0	0	0
5	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0

الرقم	الفقرة/ البنود	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	المجموع
1	الإستجابات الإنفعالية	0	0	0	0	16/08
2	الخوف	0	0	0	0	20/04
3	القلق و التوتر	0	0	0	0	24/24
4	التعبير عن المشاعر	0	0	0	0	04/01
5	فهم مشاعر الآخرين	0	0	0	0	12/12
	المجموع	0	0	0	0	76/49

إنطلاقاً من الجدول رقم (25) نستطيع أن نلاحظ نمطاً إنفعالياً وسلوكياً مختلفاً عند الطفل غير الملحق بأي مركز طبي نفسي بيداغوجي، ويتضح ذلك من خلال النقاط التي تحصل عليها على مقياس "المظاهر الإنفعالية". حيث تحصل في مظهر الإستجابة الإنفعالية على (76/8) درجة، تظهر قدرة متوسطة على التفاعل العاطفي، وهو أمر شائع في حالات اضطراب طيف التوحد، ما يعني أن الطفل لا يظهر تفاعلات عاطفية طبيعية أو متناسقة مع المواقف المحيطة.

في حين تحصل في مظهر الخوف على (76/4) درجة التي تدل على مستوى منخفض جداً، مما يدل على أن الطفل لا يعبر عن خوفه أو أن إستجاباته إتجاه المواقف المخيفة ضعيفة، وهذا قد يعكس نوعاً من الإنفصال الإنفعالي أو عدم إدراك المواقف التي تتطلب رد فعل خوف طبيعي.

وفيما يخص مظهر القلق والتوتر (76/24) درجة، وهي مرتفعة جداً، وتشير إلى حالة توتر وقلق شديد مستمر، قد يكون سبباً رئيسياً في صعوبة الطفل في التكيف مع البيئة وعدم القدرة على التعامل مع الضغوط أو التغيرات. وتحصل في مظهر التعبير عن المشاعر على (76/01) درجة، وهي أدنى درجة ممكنة، تدل على عجز شبه كامل في التعبير عن المشاعر، سواء بالكلام أو بالإشارات غير اللفظية، ما يزيد من احتمالية ظهور سلوكيات إنفعالية غير مناسبة كرد فعل على هذا العجز.

كما تحصل في مظهر فهم مشاعر الآخرين على (76/12) يعد مؤشراً شديداً للدلالة على قصور حاد في القدرة على التعبير الإنفعالي. هذه الدرجة المنخفضة لا تعني فقط أن الطفل لا يفصح عن مشاعره، بل تشير إلى وجود حاجز داخلي عميق يمنعه من تمثيل الإنفعال أو إخراجه بطريقة مفهومة للآخرين، يمكن تفسير هذا المظهر من خلال عدة أطر نظرية. أبرزها هو ما تشير إليه نظرية ضعف التمثيل العقلي Theory of Mind Deficit ، والتي تفترض أن الطفل المصاب بالتوحد يواجه صعوبة في فهم أن للآخرين حالات ذهنية وإنفعالات مستقلة، مما يؤثر بدوره على قدرته على ترميز مشاعره الخاصة وتوجيهها نحو الآخر بطريقة تواصلية.

يضاف إلى ذلك ما توضحه نظرية Alexithymia (عسر التوصيف العاطفي)، وهي حالة شائعة بين الأفراد لإضطراب طيف التوحد، حيث يظهر الفرد قصوراً واضحاً في التعرف على مشاعره، أو وصفها، أو تمييزها عن الحالات الفيزيولوجية الأخرى (مثل التوتر أو الإرهاق)، ما يترجم في السلوك بصمت عاطفي أو تعبيرات منقوصة، مشوشة، أو حتى غائبة تماماً.

وهنا، يصبح غياب التعبير الإنفعالي ليس فقط علامة تشخيصية، بل حاجزاً أساسياً في بناء العلاقات الإجتماعية، وتشكيل الهوية الإنفعالية، وضبط التفاعل مع المحيط. هذا القصور يضعف من قدرة الطفل على طلب الدعم، أو على الاستجابة للآخرين، ما يعمق عزلته ويزيد من فرص نوبات الإنهيار السلوكي عند تعذر التواصل الإنفعالي.

### ثانياً: عرض نتائج مقياس "سلوك إيذاء الذات":

الجدول رقم(26): الدرجات التي تحصل عليها طفل الحالة " نصيرة " على مقياس "سلوك إيذاء الذات".

الرقم	مقياس "سلوك إيذاء الذات" العبارات	البدائل		
		دائماً	أحياناً	نادراً
1	يجري باتدفاع دون وعي			1
2	يطرق رأسه بيده			1
3	يشد مناطق متفرقة باليد			1
4	يشد شعره بإحدى أو كلتا يديه			1
5	يطرق رأسه بالجدار			1
6	يجرش أسنانه بشدة			1
7	يسير على أطراف الأصابع			1
8	يقفز ويثب فالمكان		2	
9	يخربش أو يقرص نفسه			1
10	يعض نفسه (كالمعض على ظهر اليد و الإبهام و الذراع)			1
11	يضرب نفسه أسفل الذقن			1
12	يضرب نفسه في الصدر			1
13	يضرب الأرض بقدمه	3		
14	لا يشعر بالألم عند تعرضه لأذى ما ( الحروق، الجروح، الرضوض)			1
15	يعدو ( يشعر بالعدوانية) عند حدوث اللمس الغير متوقع	3		
16	يتهور و لا إدراك للخطر	3		

1			يحك جلده بيده أو الجدران أو بأشياء أخرى	17
1			يقشر الجروح	18
1			يحفر بالجلد ( يصنع جرح بالجلد)	19
1			يرمي نفسه على الأرض بون سبب	20
1			يقفز من الأماكن المرتفعة	21
1			يجرد ملايسه	22
	2		يصطدم الآخرين أو الأشياء و الجدران	23
1			ينام على الأرض عاريا ( خاصة فصل الشتاء)	24
		3	يهتز، ويتعلق و يدور سريعا ويصفيق	25
	75/29		المجموع	

تشير نتائج الملاحظة السريرية والمقياس المعبر عن "سلوك إيذاء الذات" لدى الطفل إلى أن أغلب الإجابات كانت ببديل (نادرا) حيث تحصل الطفل فيه على الدرجة (75/19)، وهذه الدرجة تدل على أن هذا الطفل ليس لديه سلوك في حين تحصل الطفل في بديل (أحيانا) على الدرجة (75/4) وهي تدل على عدم إختيار هذا البديل، الذي يتمثل في سلوكياتمثل: جذب الشعر أو ضرب الجسد بالأثاث، كما تحسلفي بديل (دائما) على الدرجة (75/12) التي تدل على وجود سلوكيات كضرب الرأس، العض، أو الخدش الذاتي، ما يعكس اضطرابا انفعاليا داخليا يجد الطفل صعوبة في التعبير عنه بشكل سليم.

أن الطفل يمتلك (75/12) درجة للإجابة غالبا على مقياس "سلوك إيذاء الذات"، وهذا يدل على أن الطفل لا يميل إلى التصرفات العدوانية يميل إلى الخمول و هذا حسب النظرية البيولوجية التي تقول أن كلما قلت نسبة هرمون الدوبامين و السيروتونين قل النشاط لدى التوحيدي. وعليه تحصل هذا الطفل على مقياس "سلوك إيذاء الذات" (75/29)

#### 4.4.1.2. خلاصة الحالة:

تشير النتائج إلى وجود خلل إنفعالي وإجتماعي بنيوي، يتجلى في الإنخفاض الحاد في الإستجابة الإنفعالية (75/8)، التعبير عن المشاعر (76/1)، وفهم مشاعر الآخرين (76/12). هذه المؤشرات تتوافق بوضوح مع ما تقدمه نظرية العجز في التمثيل العقلي (Theory of Mind Deficit) التي طورها (Baron-Cohen 1995)، حيث يرى أن الأطفال على طيف التوحد يفتقرون إلى القدرة على إسناد الحالات الذهنية (كالرغبات والمعتقدات والمشاعر) إلى الذات والآخرين، مما يفسر ضعف إدراكهم للإنفعالات وفشلهم في التفاعل العاطفي السليم. يعزز هذا النمط أيضا من خلال ما تفسره نظرية الألكسيثيميا (Alexithymia Theory)، التي ترى أن عجز الطفل عن التعبير عن مشاعره (76/1) لا ينبع فقط من صمت سلوكي، بل من نقص داخلي في الوعي العاطفي والتفريق بين الإنفعالات والحالات الجسدية، كما أوضح (Taylor et al. 1997). هذا يترك الطفل مع طاقة إنفعالية غير مفسرة وغير مفرغة، ما ينعكس في أنماط سلوكية أخرى أكثر اضطرابا.

وعلى الرغم من إنخفاض درجة الخوف (76/4)، فإن تسجيل القلق والتوتر بمستوى متوسط (76/24) يعكس وجود توتر داخلي مزمن، غالبا ما يبقى غير مرئي سلوكيا بسبب ضعف التعبير، كما تفسره نظرية المعالجة الإنفعالية عند ذوي التوحد (Attwood, 2007)، حيث تكون الإنفعالات حاضرة بقوة داخلية ولكنها لا تجد مخرجا تعبيريا واضحا بسبب الخلل في إدراك الذات والتعبير.

فيما يخص سلوك إيذاء الذات، فإن تكرار ظهوره بدرجات متفاوتة (نادرا: 19، غالبا: 12، دائما: 12) يشير إلى وجود سلوك انفعالي تعويضي، وهو ما تدعمه نظرية التنظيم الانفعالي لـ (Gross 1998) حيث يرى أن غياب أدوات التخفيف المعرفي والتعبيري للمشاعر، مثل الحوار الداخلي أو التعبير اللفظي، يدفع الفرد إلى استخدام وسائل بديلة - جسدية أو سلوكية - للتنفيس عن التوتر أو الألم العاطفي.

كما تجسد نتائج الطفل نمطا إنفعاليا إجتماعيا مضطربا يركز على قصور في إدراك المشاعر، ضعف في التعبير عنها، ومحدودية في فهم مشاعر الآخرين، كما تفسره نظرية العجز في التمثيل العقلي ونظرية الألكسيثيميا. ويؤدي هذا القصور إلى تراكم التوتر الداخلي وظهور سلوكيات تعويضية مثل إيذاء الذات، انسجاما مع نموذج التنظيم الانفعالي. بناء على ذلك، تبرز الحاجة إلى تدخل يستهدف تنمية الوعي العاطفي، تدريب مهارات التعبير الانفعالي، وتعزيز الإستراتيجيات السلوكية للتنظيم الذاتي، والدعم المتخصص، والبيئة الحاضنة التي يمكن أن تشكل جميعها فرصا حقيقية لمساعدته على تخطي هذه الصعوبات وتحقيق تكيف أفضل في محيطه اليومي؛ ويتم ذلكم خلال ما يلي:

1. ضرورة توفير تدخل علاجي متخصص يركز على تخفيف القلق والتوتر من خلال أنشطة موجهة تساعد على تنظيم الانفعالات.
2. إدراج الطفل في برامج تدريبية تهدف إلى تنمية مهارات التعبير الانفعالي، باستخدام وسائل بديلة كالصور، اللعب التعبيري، والتواصل غير اللفظي.
3. تقديم بيئة تعليمية آمنة ومطمئنة، تقلل من الضغوط الخارجية وتعزز الشعور بالاستقرار والثقة.
4. رصد ومتابعة سلوكيات إيذاء الذات وتوثيقها بدقة مع التدخل السريع عند تصاعدها.
5. العمل على تدريب الطفل على قراءة مشاعر الآخرين والإستجابة لها من خلال مواقف اجتماعية مبسطة وتفاعلية.

تمحورت الدراسة الحالية حول المظاهر الإنفعالية وعلاقتها بإيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين وغير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية، التي تتراوح أعمارهم ما بين (5-6) سنوات، وتم إتباع المنهج الوصفي التحليلي والعيادي (دراسة حالة) لملائمته لموضوع البحث، كما تم القيام بالدراسة الإستطلاعية للتأكد من ملائمة وصلاحيّة الأدوات المختارة للبحث، والتي تمثلت في مقياسين " مقياس المظاهر الإنفعالية " ومقياس " إيذاء الذات"، وعليه تم طرح السؤال التالي: ما طبيعة العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وعلاقتها بإيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟ وكيف يختلف هذا الإرتباط تبعاً للاتحاق أو عدم الالتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية؟

أظهرت نتائج الدراسة تفاوتاً في ترتيب المظاهر الإنفعالية بين الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وغير الملتحقين بها، مما لا يدعم الفرضية الأولى كما وضعت. إذ تبين أن القلق والتوتر جاء في المرتبة الأولى لدى كلا المجموعتين، وليس الإستجابة الإنفعالية كما إفتترضت الفرضية، تلاه الخوف، ثم الإستجابات الإنفعالية، وهو ما يشير إلى أولوية الإنفعالات المرتبطة بالضغط والقلق لدى هذه الفئة، بغض النظر عن الإنخراط في الدعم المؤسسي.

أما بالنسبة للفرضية الثانية، فقد تم تأكيدها جزئياً. ظهرت علاقة واضحة بين المظاهر الإنفعالية المختلفة لدى الأطفال سواء الملتحقين أو غير الملتحقين، إلا أن الارتباط كان أشمل لدى الأطفال الملتحقين، مما يشير إلى أن التواجد في هذه المراكز قد يسهم في تبلور أو تنظيم بعض الإنفعالات بشكل أوضح، في حين كان الارتباط محدوداً لدى غير الملتحقين، واقتصر على مظاهر محددة مثل القلق والتوتر والإستجابة الإنفعالية.

بالنسبة للفرضية الثالثة المتعلقة بالفروق بين الجنسين، لم تسفر النتائج عن فروق دالة إحصائية في معظم المظاهر الإنفعالية المدروسة، سواء لدى الملتحقين أو غير الملتحقين، بإستثناء فروق ظهرت في الإستجابة الإنفعالية لصالح الإناث غير الملتحقات، مما قد يشير إلى حساسية إنفعالية أعلى لديهن في غياب الإطار الداعم للمراكز. بالمقابل، لم تسجل فروق دالة في التعبير عن المشاعر أو فهم مشاعر الآخر، مما يوحي بتقارب كبير في هذه الجوانب بين الجنسين.

وأخيراً، لم تؤكد النتائج الفرضية الرابعة، حيث لم تسجل فروق دالة إحصائية في سلوك إيذاء الذات بين الذكور والإناث، سواء الملتحقين أو غير الملتحقين بالمراكز، مما يعكس أن هذا النمط السلوكي قد يكون أكثر ارتباطاً بالعوامل الفردية أو شدة الإضطراب، وليس بالجنس أو بالالتحاق بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

فالإستنتاج الإجمالي لهذين المقياسين والمقابلات المنجزة إتضح أن ليس كل الحالات الأربعة (04) غير متوافقة لدنيا حالتين مثلتا نقص في شدة السلوك الإيذائي وذلك بفضل عدة عوامل ساعدت هذه الحاليتين من هذه الفئة على الإندماج الاجتماعي منها:

✓ الكفالة النفسية التي إستفادت منه الحالات وأولياء الأمور على مستوى المؤسسات الطبية النفسية البيداغوجية .

✓ مساهمة المحيط الطبي النفسي البيداغوجي بما فيهم الطاقم الإداري والبيداغوجي التربوي من المدراء، أخصائين في طب الأطفال، الأخصائين النفسانيين والمربين، في مساعدة هذه الفئة (الأطفال المصابين بالإضطراب طيف التوحد، والإعاقات الذهنية الأخرى) على الإندماج في الوسط العلاجي التربوي (المراكز الطبية النفسية البيداغوجية).

ومن هنا يتم إستخلاص مدى فعالية وأهمية البرامج التربوية العلاجية في تخفيف وتعديل السلوكيات الغير سوية، والمساعدة على تطوير المهارات سواء الأكاديمية أو النفسية والعقلية وكما تساهم في مساعدة هذه الفئة على الإعتماد على النظافة الشخصية والتعامل مع الآخرين كما تعمل هذه البرامج على مساعدة أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أبنائهم من ذوي الإعاقات. ولهذا يجب القيام بكفالة معمقة ومستمرة قصد المساهمة على تجاوز الصدمات والتعامل مع الواقع بكل هدوء.

## خاتمة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد، من خلال مقارنة بين فئتين: "الأطفال الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية والأطفال غير ملتحقين بها"، ولتقديم قراءة علمية للظاهرة المدروسة، تم الإعتماد على المنهج الوصفي من جهة لتحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرات (المظاهر الإنفعالية وسلوك إيذاء الذات)، والمنهج العيادي "دراسة الحالة" للملائمة موضوع البحث، نظرًا لخصوصية فئة الأطفال التوحديين وضرورة التعمق في فهم السياق الفردي والنفسي لكل حالة على حدة.

كما تم الإعتماد على أدوات قياس كمية ونوعية على حد سواء: مقياس تشخيص إضطراب طيف التوحد لأطفال دون السادسة للباحث غانم أحمد شوقي (2013) ومقياس المظاهر الإنفعالية لقياس المشاعر مثل القلق التوتر، الخوف، الإستجابات الإنفعالية، فهم مشاعر الآخرين والتعبير عن المشاعر، للباحث غانم أحمد شوقي (2013)، ومقياس سلوك إيذاء الذات لقياس شدة وتكرار السلوكيات الإيذاية للباحثة هيام سيد عبد الحميد سيد (2023).

كما أعتد في هذه الدراسة على تطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة مع (04) أمهات بحضور الأخصائيين النفسانيين، بهدف دعم المعطيات الكمية وتوضيح السياقات السلوكية والانفعالية المصاحبة لكل حالة. كما تم إجراء دراسة استطلاعية أولية لاختبار صلاحية الأدوات ومناسبة تطبيقها على الفئة المدروسة. وذلك عبر استخدام منهج وصفي تحليلي ومنهج عيادي (دراسة حالة)، بما يلائم خصوصية الفئة المدروسة.

شملت عينة الدراسة (50) طفلاً مصاباً بإضطراب طيف التوحد منهم (25) طفل من فئة الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية و(25) طفل من فئة غير ملتحقين بهذه المراكز، وتم الإعتماد على المقياسين وقد توصلت الدراسة الحالية إلى نتائج مفصلة على ضوء الفرضيات الأربعة التالية:

**أولاً: الفرضية الأولى** افترضت أن ترتيب المظاهر الإنفعالية لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، سواء الملتحقين أو غير الملتحقين بالمراكز، سيكون كالتالي: الاستجابة الإنفعالية، ثم الخوف، ثم القلق والتوتر، فالتعبير عن المشاعر، وأخيراً فهم مشاعر الآخرين. غير أن الفرضية لم تتحقق، إذ أظهرت النتائج أن:

لدى **الملتحمين**، جاء القلق والتوتر أولاً، يليه الخوف، ثم الاستجابة الانفعالية، ثم فهم مشاعر الآخرين، وأخيراً التعبير عن المشاعر.

ولدى **غير الملتحمين**، جاء الترتيب متماثلاً تقريباً: القلق والتوتر، الخوف، الاستجابة الانفعالية، فهم مشاعر الآخر، وأخيراً التعبير عن المشاعر.

**ثانياً: الفرضية الثانية** التي افترضت وجود علاقة بين المظاهر الانفعالية (الاستجابات الانفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، وفهم مشاعر الآخر) وسلوك إيذاء الذات، فقد تحققت جزئياً:

لدى **الملتحمين** بالمراكز، وجدت علاقة دالة بين سلوك إيذاء الذات وكل من الإستجابة الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر.

بينما لدى **غير الملتحمين**، اقتصرَت العلاقة الإحصائية الدالة على الاستجابة الانفعالية والقلق والتوتر فقط.

**ثالثاً: الفرضية الثالثة** التي تنص على وجود فروق بين الجنسين الذكور والإناث المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحمين وغير ملتحمين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية في المظاهر الانفعالية) الاستجابات الانفعالية، الخوف، القلق والتوتر، التعبير عن المشاعر، فهم مشاعر الآخرين) ، لم تتحقق. فقد بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين الأطفال الذكور والإناث المصابين باضطراب طيف التوحد الملتحمين بالمراكز النفسية البيداغوجية في المظاهر الانفعالية التالية: الإستجابات الإنفعالية، الخوف، القلق والتوتر.

كما تبين أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين لغير الملتحمين بهذه المراكز في المظاهر الإنفعالية التالية: الخوف، القلق والتوتر. على غرار وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين ( الذكور والإناث) في المظهر الإنفعالي المتمثل في الإستجابات الإنفعالية من غير الملتحمين، وذلك لصالح الإناث المصابات بهذا الإضطراب.

أما في ما يخص التعبير عن المشاعر وفهم مشاعر الآخرين نستنتج انه لا توجد فروق دالة إحصائية لكلا الجنسين ذكور وإناث سواء الملتحمين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية وغير الملتحمين بها بمعنى انه مهما كان نوع جنس الطفل المصاب بهذا الإضطراب فان لديه نفس المظاهر الإنفعالية التالية: التعبير عن المشاعر وفهم مشاعر الآخرين.

رابعًا، أما بالنسبة للفرضية الرابعة التي تفترض وجود فروق بين الجنسين في سلوك إيذاء الذات، فقد لم تتحقق كذلك، إذ لم تسجل فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث المصابين باضطراب طيف التوحد سواء في فئة الأطفال الملتحقين أو غير الملتحقين بالمراكز الطبية النفسية البيداغوجية.

فتشير هذه النتائج بوضوح إلى أهمية المرافقة النفسية التربوية المنتظمة في ضبط الإنفعالات لدى الأطفال التوحديين والحد من السلوكيات إيذاء الذات، كما تؤكد أن العوامل النفسية الداخلية والإنفعالية تلعب دوراً أكثر حسماً من متغيري الجنس أو التحاق الطفل بالمركز فقط.

انطلاقاً من نتائج الدراسة التي بينت أهمية المظاهر الإنفعالية، ولاسيما القلق والتوتر، في علاقة سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، يقترح ويوصى بما يلي:

- ضرورة تعزيز البرامج النفسية والبيداغوجية المتخصصة في تنظيم الانفعالات داخل المراكز النفسية البيداغوجية، مع التركيز على تقنيات تخفيف القلق والتوتر، لما لهما من أثر واضح على تقليل سلوكيات إيذاء الذات.
- تبني استراتيجيات علاجية معرفية سلوكية (CBT) معدلة تناسب احتياجات الأطفال المصابين بالتوحد، لتعزيز مهارات التعبير الانفعالي والتعامل مع الضغوط النفسية بشكل بناء.
- تدريب الأخصائيين النفسيين والتربويين العاملين مع هذه الفئة على التعرف الدقيق للمؤشرات الانفعالية الغير لفظية، خصوصاً لدى الأطفال ذوي صعوبات في التعبير اللغوي، بهدف التدخل المبكر والفعال.
- تفعيل دور أولياء الأمور في دعم ومتابعة حالة أطفالهم نفسياً وانفعالياً، من خلال حملات توعوية وبرامج إرشادية تشجع على الالتحاق بالمراكز النفسية البيداغوجية وأهمية الاستمرارية في العلاج.
- اعتماد آليات تقييم دورية لمظاهر الانفعال وسلوك إيذاء الذات في المؤسسات التربوية والعلاجية، لتوفير بيانات مستمرة تمكن من وضع خطط تدخل فورية وقائمة على الأدلة.
- تعزيز التعاون بين الفرق العلاجية والتربوية داخل المراكز لضمان التكامل بين الجانب النفسي والعلاجي من جهة، والجانب التربوي من جهة أخرى.
- تشجيع البحوث المستقبلية التي توسع نطاق الدراسة لتشمل عوامل بيئية واجتماعية وأسرية، لاستجلاء المزيد من المتغيرات التي تؤثر في إيذاء الذات لدى أطفال طيف التوحد.

# قائمة المراجع

### قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم عبد الله زريقات (2018): اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص و العلاج). دار وائل للنشر، عمان.
2. أحمد، أ.، أبو النيل، ه.، & عجوه، م. (2022). إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية التربية النوعية بجامعة المنوفية، <https://journals.ekb.eg>.
3. أسامة فاروق (1990): سيكولوجية الأطفال الغير العاديين، الزهران للنشر و التوزيع ، لطبعة الاولى للنشر والتوزيع ، المملكة الأردنية الهاشمية.
4. أسامة محمد البطانية (2007): اضطرابات السلوك الفوضوي ما بين التشخيص والعلاج .
5. بدوي، عبد. الرحمن (1993): مدخل الى علم النفس، دار العلم للنشر و التوزيع، بيروت لبنان.
6. بركات محمد خليفة (1978) : عيادة العلاج النفسي و الصحة النفسية: دار العلم بيروت لبنان، الطبعة الثانية.
7. بن عبد الله، ك. (2022). صعوبة تقييم وتشخيص أطفال التوحد في المراكز النفسية التربوية للأطفال المتخلفين ذهنياً. المجلة الجزائرية للعلوم النفسية ، <https://asjp.cerist.dz/en/article/230698> .
8. تيسير مفلح كوافحة (2007): علم النفس التربوي وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة.
9. جابر، ع. (2020). التحليل الوظيفي للسلوك وتطبيقاته في تعديل سلوك الأطفال التوحديين. مجلة العلوم النفسية والتربوية.
10. جاسم، ر. (2020). دور المهارات الانفعالية في تحسين سلوك الأطفال ذوي التوحد. مجلة العلوم التربوية والنفسية.
11. الجلبي سوسن شاكر. (2005): التوحد الطفولي ، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه . الطبعة الأولى مؤسسة علاء الدين للنشر و التوزيع ، دمشق، سوريا.
12. الجمعية اللبنانية للأوتيزم. (2006). بيروت، لبنان.
13. حامد عبد لسلام زهران (1995): علم النفس الطفولة و المراهقة: جامعة عين شمس، مصر، الطبعة الخامسة.
14. حسن، نجلاء مصطفى. (2016). تنمية مهارات فهم المشاعر والتعبير عنها لدى أطفال التوحد باستخدام برنامج قائم على اللعب الرمزي. مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
15. حمدي، ع. (2020). تقييم فعالية البرامج النفسية في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين. مجلة البحوث النفسية
16. حمود، ع. (2019). تحليل السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين في بيئات تعليمية مختلفة. مجلة التربية الخاصة.
17. الخالدي، س. (2021). سلوك إيذاء النفس لدى التوحديين وطرق علاجه. موقع النجاح [article-5673](https://www.ibrashidacademy.net/2016/01/blog-post_45.html) .
18. رشيد، إ. (2016). برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين مجلة [https://www.ibrashidacademy.net/2016/01/blog-post\\_45.html](https://www.ibrashidacademy.net/2016/01/blog-post_45.html) .
19. الزغول، عماد عبد الرحيم (2006): نظريات التعلم مكتبة النور للنشر و التوزيع، عمان الأردن
20. سالم، م. (2021). أثر التدخلات النفسية في تحسين المهارات الانفعالية للأطفال التوحديين. مجلة التربية وعلم النفس.

21. سامي محمد ملحم (2002): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن.
22. سهير كامل أحمد (2001): التوجيه و الإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
23. شريف، ن. (2019). أثر العلاج السلوكي المعرفي في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. مجلة العلوم النفسية والتربوية.
24. شريف، ن. (2021). تأثير البرامج التربوية على تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين. المجلة العربية للتربية الخاصة.
25. عادل، ك. (2020). العلاقة بين التعبير الانفعالي والسلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مجلة العلوم الاجتماعية.
26. عبد الرحمن سيد سليمان (2005): الإدارة التربوية و مهجية تطبيقها، القاهرة، المطبعة العمرانية للأوفست، مصر.
27. عبد الرحمن، ه. (2021). تأثير البيئة التعليمية على السلوكيات الانفعالية للأطفال التوحديين. مجلة التربية الخاصة.
28. عبد الله، سامي محمد. (2018). فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية لدى أطفال التوحد. مجلة التربية الخاصة والتأهيل.
29. عبد الله، ع. (2020). دور المراكز النفسية البيداغوجية في التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة. رسالة ماجستير، جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل - <https://theses-algerie.com/2839096191555778/memoire-de-jijel-master/universite-mohammed-seddik-ben-yahia---jijel/>
30. العبدالله، ه. (2000): نظريات في فهم علم النفس المعرفي و تطبيقاته، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
31. العبدلي، م. (2019). دراسة مقارنة في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. رسالة ماجستير، جامعة المسيلة <https://repository.univ-msila.dz>
32. العبيدات، (2001): التربية وعلم النفس، القاهرة، مصر.
33. عمارة، م. س. ع. (2005): الطفل الذاتوي بين الغموض و الشفقة والفهم والرعاية، بيروت
34. عيسى، ن. (2020). سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين وعلاجه. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.
35. غالي، م. (2022). السلوكيات الانفعالية وتأثيرها على التفاعل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين. مجلة العلوم النفسية العربية.
36. غانم، ف. (2019). العلاقة بين المظاهر الانفعالية وسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال التوحديين. مجلة دراسات الطفل، (2)7، 85-65.
37. فاضل، ن. (2022). استراتيجيات تعديل السلوك الانفعالي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة العلوم النفسية، (1)20، 83-65.
38. فايد حسين (2003): الاضطرابات السلوكية، تشخيصها أسبابها، علاجها جامعة حلوان، الطبعة الأولى.
39. فخري الدباغ (1986): التوحد بيروت لبنان، الطبعة الثانية.

40. فوزي، م. (2022). إيذاء الذات سلوك عند التوحديين. طبيب دوت كوم <https://www.tbbeb.net>.
41. القذافي محمد رمضان (1997): علم النفس الطفولة و المراهقة، المكت الجامعي الحديث، الاسكندرية، مصر.
42. الكعبي، ر. (2019). التدخلات النفسية لعلاج السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
43. لطفي، س. (2020). تأثير البرامج العلاجية في تقليل سلوك إيذاء الذات لدى التوحديين. مجلة العلوم الطبية النفسية.
44. محمود، د. (2019). دور الأسرة في دعم الأطفال التوحديين داخل المراكز النفسية البيداغوجية. مجلة الأسرة والتنمية.
45. المركز الاستشفاء الفرنسي. (2001) [نيس] ، فرنسا.
46. مروان، أ. (2022). الفروق في السلوك الانفعالي بين أطفال التوحد الملتحقين بالمراكز النفسية البيداغوجية وغير الملتحقين بها. مجلة العلوم التربوية.
47. يونس، ع. (2020). اضطرابات السلوك عند التوحدي: أشكال، معالجة، أنواع، خطة علاجية. موقع النجاح <https://www.annajah.net -article-13667>.
48. محي الدين توك (1981).
50. حسن مصطفى عبد المعطي ايذاء الذات (2005).
51. جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي (1995): معجم علم النفس والطب النفسي ، دار النهضة العربية، القاهرة.

### قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

52. Mazefsky, C. A., Pelphrey, K. A., & Dahl, R. E. (2013). The need for a broader approach to emotion regulation research in autism. *Child Development Perspectives*.
53. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*.
54. Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., et al. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
55. Evans, D. W., Gray, F. L., & Leckman, J. F. (2005). The rituals, fears and phobias of young children: Insights from development, psychopathology and neurobiology. *Child Psychiatry and Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-004-3480-7>.

56. Vasa, R. A., Mazurek, M. O., Mahajan, R., Bennett, A. E., Bernal, M. P., Nozzolillo, A. A., & Arnold, L. E. (2014). Assessment and treatment of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Pediatrics*,. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0810>
57. Berth, K., Johnson, C., Smith, L., & Le Cavalier. (1999).
58. Wood, D. L. (2009).
59. National Research Council. (2001),National Academies Press.
60. Discard & Cote, (1690).
61. Freud, S. (1923).
62. Ericsson, K. A. (1968).
63. Rogers, C. R. (1989).
64. Brandet, R. (2003).
65. Marcos, (1987).
66. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
67. Swin, (2006).
68. Jonas & Daniel, (1996).
69. Faculty of Education – University of Mauritius. (n.d.).<https://www.sa.edu.mu/faculty>
70. White, (2009).
71. paul Ekman (1992).
72. Francois et zullino, (2004)
73. Marten, Robin (2003): *The relationship between joint attention and maternal of child attachment in families of children with Autism. A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of doctor of psychology in Psychology, University of Missouri- Columbia.*

74. Maston, J.: Sevin, J.; Fridley, D. and Love, S. R. (1990): Increasing Spontaneous language in there autistic children. *Journal of Applied Behavior Analysis*.
75. Matson, J. and Boisjoli, J. (2009): The token economy for children with intellectual disability and/or autism: A review. *Research in Developmental Disabilities*.
76. Matson, J. L., Benavidez, D. A., Stabinsky Compton, L., Paclawski, T. and Baglio, C. (1996): Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Disabilities*.
77. Quill, K. Gurry, S. and Larkin, A. (1989): Daily Life Therapy: A Japanese model for educating children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
78. Quill, K. A. (1995): Visually cued instruction for children with autism and pervasive developmental disorders. *Focus on Autistic Behavior*
79. Rapin, L. (1996): Neurological examination.? In L. Rapin (ed.) *Preschool Children with Inadequate Communication: Developmental Language Disorder, Autism, Low IQ*. London: MacKeith Press.
80. Rutgers, A. Marinus H. Van IJzendoorn, J. Bakermans-Kranenburg, and Sophie, H. (2007): Autism and attachment: The Attachment Q-Sort. *Autism*.
81. Rutten, M. and Evans, K. (1999): Emerging Interactive art therapy. Paper in Conference Autism 99, UK.
82. Rutter, M. (1978): Concepts of Autism: A review of research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
83. Skinner, B. F. (1953): *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.  
(<http://forum.stop55.com/109560.html>)
84. Smith, I. and Bryson, S. (1998): Gesture imitation in autism I: Nonsymbolic postures.

الملاحق

الجدول: مقياس "المظاهر الإنفعالية".

المظهر	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	موجود دائما
1	الاستجابات الانفعالية	-	-	-	-	-
	يضحك، يصرخ والام، الاخرى في حالة غضب	0	1	2	3	4
	يبكي عندما تكون الام، الاخرى في موقف مفرح	0	1	2	3	4
	يظهر انفعالات مبالغ فيها كنوبات الضحك والبكاء دون سبب واضح	0	1	2	3	4
	يتحول سريعا من طفل هادئ الى طفل ملئ بالغضب	0	1	2	3	4
2	الخوف	-	-	-	-	-
	يظهر عدم خوفه من المخاطر التي تستوجب الخوف	0	1	2	3	4
	يخاف من أشياء عادية لتشكّل خطرا أو تستوجب الخوف	0	1	2	3	4
	يخاف من أي بيئة جديدة أكثر من أقرانه	0	1	2	3	4
	لا يميز المواقف التي تخفي وراءها مخاطر حقيقية	0	1	2	3	4
	لا يبالي بالأصوات العالية	0	1	2	3	4
3	القلق والتوتر	-	-	-	-	-
	يتوتر في البيئة الجديدة أكثر من أقرانه	0	1	2	3	4
	يتوتر عندما يقابل أشخاص جدد أو لا يظهر عليه أي تأثير عند مقابلة الأشخاص الجدد	0	1	2	3	4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالاماكن المزدحمة، الصاخبة	0	1	2	3	4
	يتوتر الطفل عندما يتواجد بالاماكن المغلقة، الضيقة	0	1	2	3	4
	لا يتوتر في حال تركه والداه وذهبا	0	1	2	3	4
	يثار دون سبب واضح	0	1	2	3	4
	التعبير عن المشاعر	-	-	-	-	-
4	لا يعبر عن مشاعره، الفرح، الحزن	0	1	2	3	4
	فهم مشاعر الآخرين	-	-	-	-	-
	يصعب على الطفل الاحساس بما يحسه الآخرون	0	1	2	3	4
	لا يلتزم بالمعايير الاجتماعية في موقف ما وفق مشاعر الآخرين السائدة في ذلك الموقف	0	1	2	3	4
5	لا يستجيب الطفل للمديح اللفظي والعاطفي	0	1	2	3	4

الجدول: تفريغ بيانات مقياس المظاهر الإنفعالية.

الرقم	الفقرة/البند	غير موجود	موجود نادرا	موجود أحيانا	موجود غالبا	المجموع
1	الاستجابات الانفعالية					
2	الخوف					
3	القلق و التوتر					
4	التعبير عن المشاعر					
5	فهم مشاعر الآخرين					
	المجموع					

الجدول: مقياس "سلوك إيذاء الذات".

البدائل			عبارات مقياس إيذاء الذات	
نادرا	أحيانا	دائما		
1	2	3	يجري باندفاع دون وعي	1
1	2	3	يطرق رأسه بيده	2
1	2	3	يشد مناطق متفرقة باليد	3
1	2	3	يشد شعره باحدى أو كلتا يديه	4
1	2	3	يطرق رأسه بالجدار	5
1	2	3	يجرش أسنانه بشدة	6
1	2	3	يسير على أطراف الأصابع	7
1	2	3	يقفز ويثب فالمكان	8
1	2	3	يخريش أو يقرص نفسه	9
1	2	3	يعض نفسه (كالعض على ظهر اليد و الإبهام و الذراع)	10
1	2	3	يضرب نفسه أسفل الذقن	11
1	2	3	يضرب نفسه في الصدر	12
1	2	3	يضرب الأرض بقدمه	13
1	2	3	لا يشعر بالألم عند تعرضه لأذى ما ( الحروق، الجروح، الرضوض)	14
1	2	3	يعدو ( يشعر بالعدوانية) عند حدوث اللمس الغير متوقع	15
1	2	3	يتهور و لا إدراك للخطر	16
1	2	3	يحك جلده بيده أو الجدار أو بأشياء أخرى	17
1	2	3	يقشر الجروح	18
1	2	3	يحفر بالجلد ( يصنع جرح بالجلد)	19
1	2	3	يرمي نفسه على الأرض بون سبب	20
1	2	3	يقفز من الأماكن المرتفعة	21
1	2	3	يجرد ملبسه	22
1	2	3	يصطدم الآخرين أو الأشياء و الجدران	23
1	2	3	ينام على الأرض عاريا ( خاصة فصل الشتاء)	24
1	2	3	يهتز، و يتعلق و يور سريعا و يصفيق	25
75/75			المجموع	

## دليل المقابلة العيادية

### مقدمة

نشكر الأم على تعاونها ونشرح لها أن هذه المقابلة تهدف إلى فهم سلوك الطفل بشكل أفضل وستبقى كل المعلومات سرية

### البيانات الشخصية للحالة:

الاسم:

الجنس:

حالة مدمجة  حالة غير مدمجة

مدة التشخيص:

التاريخ المرضي:

### البيانات الشخصية لأم الحالة

الإسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي: لم تدرس  ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

الحالة المدنية: متزوجة  مطلقة  أرملة

المهنة: موظفة  لا تعمل  متقاعدة

عدد الأولاد:

## المحور الأول: التعرف على الحالة العائلية

كيف كانت فترة الحمل والولادة؟ هل كانت هناك مضاعفات؟  
هل هو طفل مرغوب ام لا.

## المحور الثاني: تطور نمو الطفل

كيف كان تطور الطفل في السنوات الأولى (الحركة، اللغة، اللعب)؟  
متى لاحظتم أول مرة سلوكات غير عادية؟ ماهي؟

## المحور الثالث : التشخيص والتكفل

متى وأين تم تشخيص حالة التوحد؟  
كيف تم التكفل بالطفل؟

## المحور الرابع: سلوك إيذاء الذات

متى لاحظتم سلوك إيذائي لأول مرة؟  
ما نوع السلوك الذي يظهرها طفلك؟  
في أي ظروف أو مواقف يظهر هذه المعاملات غالبًا؟  
كيف تتعاملون معه أثناء هذه الانفعالات؟  
هل لاحظتم عوامل تزيد أو تخفف من هذه السلوكيات؟

## المحور الخامس: التكفل بالسلوك

هل تلقى الطفل تدخلات متخصصة لعلاج هذا السلوك الايذائي؟  
كيف ترين فعالية هذه التدخلات؟

هل تلقيت أنت كأم توجيهات أو تدريبًا حول كيفية التعامل مع طفلك حول سلوكياته الانفعالية؟

## المحور السادس: أثر السلوك على الأسرة

كيف أثر هذا السلوك الانفعالي على الحياة العائلية؟  
كيف تشعرين أنت شخصيًا اتجاه هذه الوضعية؟

## النظرة المستقبلية

ماهي نظرتك حول المستقبل؟

نشكر الأم مجددًا على وقتها وثقتها، ونؤكد لها أن كل المعلومات ستظل سرية