جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الصلابة النفسية و علاقتها بالأمن النفسي لدى مجموعة أمهات أطفال المصابين بالتوحد

دراسة ميدانية ل 15 حالة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة

هادف حسيبة

لأستاذة المشرفة

أ.د. تواتي مريم

السنة الجامعية 2020-2021

شكر وتقدير

لا البحث، هذا بإتمام على من الذي أولا لله والشكر الحمد
بالشكر أتقدم أن إلا يسعني
كلمة أو بحرف وتعليمي توجيهي في ساهم من لكل والعرفان
الأستاذة بالذكر وأخص ربي، أ أو
القيمة ارشاداتها و توجيهاتها على "مريم تواتي" المشرفة.
هذا مناقشة قبولهم على المناقشة لجنة أعضاء أشكر كما
البحث.
الذين المحكمين الأساتذة جميع إلى بشكري وأتقدم
ود هول جامعة من ريهم، أ بب أفادوني
تامدة .وزو تيزي .معمري.
إلى والعرفان والتقدير الشكر بجزيل أتقدم أن يفوتني كما
البيداغوجي النفسي المركز
في المساعدة يد لي وقدموا أبوابه لي فتح الذي "بتدميت
ذهنيا المعاقين الأطفال » .البحث
التوحد أطفال وأسر أولياء إلى الخاص بشكري أتقدم كما
من ساهم من كل وأشكر
بعيد من أو قريب

الإهداء

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله

إلى روحي التي لم أجدل أملها ووفيت بعهدي لها

إلى من غمرتني بحنانها وأنارت قلبي بفيض دعائها

إليك "أمي"

إلى من شقي من أجل أن يفتح لي درب الحياة

إلى من إنتظر وأمل هذا النجاح بفارغ الصبر

إليك "والدي"

إلى إخوتي وأخواتي كل بإسمه وإلى خالتي "وريدة" وزوجها "حميد" وجميع عائلتي

من

من قريب ومن بعيد

إلى سليم الذي قدم لي كافة أشكال الدعم لمساعدتي في تخطي الصعوبات وإنجاز

هذا العمل

شكرا

إلى كل من علمني وساندني ودفعني دفاعا للجهاد طوال مشواري الدراسي

لو قضيت عمري في الشكر سأقول في آخر المطاف أني لم أوفه.

HASSIBA

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك بالقيام بدراسة ميدانية في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا "بتدميت"، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الصلابة النفسية والأمن النفسي لديهن، والتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات التوحدين بالمركز النفسي البيداغوجي لأطفال المعاقين ذهنيا "بتدميت"، تعزى إلى عامل سن الأم وسن الإبن المصاب وجنسه.

ولتحقيق الأهداف المذكورة إعتمدت الطالبة الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، حيث تكونت عينة الدراسة من **(15)** أم من أمهات الأطفال المتوحدين، وذلك باستخدام مقياسي: الصلابة النفسية ل **(مخيمر2002)**، والأمن النفسي ل **(بركات 2012)**، اللذان تم التأكد من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات)

وتم التوصل إلى النتائج التالية:

"عدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصلابة النفسية ومستوى الأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد في كل الفئات المدروسة".

الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية، الأمن النفسي، التوحد.

Résumé de l'étude en français :

La présente étude visait à identifier la relation entre la rigidité psychologique et la sécurité psychologique des mères d'enfants. Autisme, en menant une étude sur le terrain au Centre psycho-éducatif pour les enfants handicapés mentaux a" **Tadmait** ,«**L'étude** visait également à détecter leur niveau de ténacité psychologique et de sécurité psychologique, et à vérifier les différences.

Statistiquement significatif entre la ténacité psychologique et la sécurité psychologique des mères autistes au centre psychiatrique pédagogie pour les enfants handicapés mentaux à "**Tadmait** ,» **Attribué** au facteur de l'âge de la mère, de l'âge du fils et du sexe.

Pour atteindre ces objectifs, l'étudiant-chercheur de cette étude s'est appuyé sur l'approche descriptive qui a été élaborée. L'échantillon de l'étude de 15 mères d'enfants autistes, utilisant deux échelles : la rigidité psychologique « **d'Ahmed Mekhimer 2002** » et la sécurité psychologique « **Barakat 2012** », dont les propriétés psychométriques ont été confirmées (honnêteté et persistance).

Les conclusions suivantes ont été tirées :

"Absence de corrélation statistiquement significative entre le niveau de rigidité psychologique et le niveau de sécurité psychologique des mères d'enfants autistes dans toutes les catégories considérées".

Mots clés : Ténacité psychologique, sécurité psychologique, autisme.

مقدمة:

خلق الإنسان إجتماعيا بالفطرة، محبا للتواصل مع الأخرين، بحيث سخر له الحواس الخمس والعقل الذي يفكر به لمساعدته على التعبير عن أفكاره وما يجول بخاطره من خلال القول والفعل والعمل، ولكن نرى في بعض الأحيان أن هناك مشاكل وعقبات تعيق هذا الإنسان عن التعبير والتواصل مع الأخرين. سواء لفقد بعض الحواس أو إضطراب الأحاسيس.

كما نجد أنفسنا أحيانا في أعداد متزايدة من الأمراض العصبية و العقلية و النفسية، هذه الأمراض التي تعرف بخطورتها و طول أمدها و حاجتها إلى المتابعة الطبية لفترات طويلة قد تمد إلى طول العمر، إضافة إلى آثارها النفسية و الإجتماعية التي تثقل كاهل المريض و أسرته، وتعرضهم لضغوط نفسية تحرمهم من متابعة العيش في ظل ظروف طبيعية مستقرة، وبما أن الصحة النفسية لا تقل أهمية عن صحة الجسد أو العقل في ظل التطورات و التغيرات التي يعيشها الإنسان في مختلف مجالات الحياة، من مشكلات و ضغوطات مختلفة أثر ذلك على طبيعته المستقرة و حياته الهادئة، فالحياة مليئة بالمشكلات والتجارب الصادمة ولا يوجد فرد تخلو حياته من هذه الإضطرابات.

فتعتبر مرحلة الطفولة من المراحل الأساسية التي يكون فيها الطفل أكثر قابلية للتعلم وتعديل السلوك، فقضية الطفولة من أهم القضايا الشائعة في وقتنا الحالي، حيث حظيت الكثير من الدراسات بالإهتمام بها ومشكلات الطفل وحقوقه في مراحل حياته المختلفة. بالإضافة إلى الإضطرابات المتنوعة التي تخص هذه الفئة.

وقد حظيت الإضطرابات إهتمام العديد من الباحثين، لأنه غالبا ما تمتد هذه الإضطرابات إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة والأقارب وحتى الجيران خصوصا الأم، لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدا إذ كان مصابا باضطراب التوحد لأنهما من أعقد الإضطرابات وأصعبها لما تتسم به من الإنغلاق والنمطية ولما تتطلبه من رعاية خاصة

وتكفل مستمر، وهذا ما يجعل الأم في حيرة بين المسؤوليات على الملقاة عاتقها في الكثير من الأحيان إلى التنازل في أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري.

فالأم تحملا العبء الأكبر في الرعاية والإحتواء إضافة إلى الضغوط المنزلية...، لذلك فإن إخبار الأم أن إبنها من ذوي الإحتياجات الخاصة يجعلها تعيش في مرحلة صدمة، خاصة وإن كانت الإعاقة ظاهرة جسديا أو على الصحة بشكل غير مباشر.

ألا أن إنجاب طفل مصاب بالتوحد يمكن أن يكون له تأثير على الأسرة. خاصة وأن الأطفال المصابين بالتوحد فئة يصعب دمجها في الأقسام الخاصة كما هو الحال بالنسبة لفئة أطفال الإعاقة العقلية البسيطة، وهذا الوضع يجعل أمهات أطفال التوحد في حيرة وقلق أي الجهات المعنية بالتكفل بأبنائهن المتوحدين، يضيف إليه الشعور بانعدام الأمن حول مستقبل أطفالهن الذي قد يسبب القلق والتصور السلبي لمهارات الأمومة.

بحيث يعتبر التوحد إضطراب إنفعالي وإجتماعي، ينتج من عدم القدرة على فهم المتغيرات الإنفعالية خاصة بالتعبير عنها بالوجه واللغة.

وهو من أشد الإعاقات وأكثرها غموض وصعوبة، بحيث أن المصاب بالتوحد يعجز في إكتساب الإستقلالية، حيث نجد آباء وأمهات الأطفال ذوي إضطراب التوحد يمران بمستويات عالية من الضغوط النفسية غير تلك التي يتعرض لها والدي أطفال الإعاقات الأخرى، وبالإضافة في تزايد تكلفة الخدمات الصحية والتعليمية لذوي إضطراب التوحد.

ومن العوامل النفسية التي تساعد أمهات أطفال التوحد في التوافق مع المواقف المختلفة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، توصلت الباحثة "**كوبازا**" إلى أن الصلابة النفسية هي التي تكمن وراء إحتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية، فإن الأم التي تتمتع بالصلابة

النفسية تستخدم إستراتيجيات المواجهة بفعالية، وهذا يدل على أن الأم تتمتع بمستوى عال من الثقة النفسية مما ينتج عنه أن يكون الموقف الصادم أقل تهديدا.

وبما أن الضغوط تظهر لدى أمهات أطفال التوحد، نجد أنهن يعانين الكثير من الآلام والخوف بحيث أن الخوف هو مصدر لكثير من العلل والمتاعب في الأمن النفسي، فهو تحرر المرء من الخوف مهما كان مصدره ولا شك أن الشعور بالأمن من أهم شروط الصحة النفسية، كما يعد من أهم مقومات الحياة للأمهات أطفال التوحد لأنهن يشعرن بعدم الإستقرار والقلق من المستقبل المجهول حيال أولادهن، وقد تترك مثل هذه الأحداث آثارها في شخصية الفرد وخاصة أمهات أطفال التوحد حيث تعد المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة متميزة عن غيرها من الصعوبات.

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث بتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات تحت عنوان: "**الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات اطفال المصابين بالتوحد**"، سعيا إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والأمن النفسي وتأثيرهما على حدة الحدث الضاغط على الأمهات.

ونظرا لأهمية الموضوع وسعيا لتحقيق أهدافه تم تناول الدراسة في جانبين أساسيين هما:

أولا.الجانب النظري: إشتمل على أربعة فصول(4) وهي:

-الفصل التمهيدي: وإحتوى على الإطار العام للدراسة، وتم فيه طرح الإشكالية وصياغتها وفرضيات الدراسة، وكذا أهمية الدراسة أهدافها، وتحديد مفاهيم الدراسة.

-الفصل الأول: بعنوان الصلابة النفسية وتطرقنا فيه إلى: تطور مفهوم الصلابة النفسية، تعريفها، بعض المصطلحات المقاربة لمفهوم الصلابة النفسية، النظريات المفسرة لها، أبعادها، خصائصها، وأهمية الصلابة النفسية.

-الفصل الثاني: جاء بعنوان الأمن النفسي وتناول: مفهوم الأمن النفسي، علاقته ببعض المفاهيم، والنظريات المفسرة له، خصائصه، العوامل المؤثرة في الأمن النفسي، أساليب تحقيقه، أهدافه، ولآثار المترتبة عن إنعدامه.

-الفصل الثالث: تناول التوحد بلمحة تاريخية عن الإضطراب وتعريف التوحد ونسبة إنتشاره والنظريات المفسرة له، بالإضافة إلى الأسباب والأعراض الأساسية والمحاكات التشخيصية والفارقية لهذا الإضطراب، وكذا علاج التوحد، وإستجابة الأم وأهمية دورها في حياة الطفل التوحدي.

ثانيا. الجانب التطبيقي: وتم تناوله في فصلين:

الفصل الرابع: تم فيه إستعراض منهجية الدراسة الميدانية من حيث الدراسة الإستطلاعية،

وكذا الدراسة الأساسية المتمثلة في منهج الدراسة ومجالات الدراسة وأدواته، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس: وتم فيه عرض وتحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات بالإضافة إلى الإستنتاج العام وإقتراحات وتوصيات وخاتمة.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهمية الدراسة

4-أهداف الدراسة

5-تحديد مصطلحات الدراسة

1 الإشكالية:

وجود إبن في الأسرة أمر يتشوق الوالدين له، فهو يجلب السعادة للأسرة بصفة عامة وللأم بصفة خاصة. ويبنون عليه الكثير من الآمال والتوقعات والأحلام، فأمنية أي أسرة أن يلد الإبن مثالي يتمتع بالصحة والكمال والجمال والذكاء، وبالأخص الأم حيث تعتبر عملية الحمل وإنجاب طفل من أهم الأحداث التي تمر بها.

(Herve benomy, 2003 ,p51)

بحيث يترجم الوالدين الطفل المستقبلي أي الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما، يحققان من خلالها رغباتهما الغير المشبعة حيث يتوقعان دائما الكمال والسواء لطفلهما، هذه التوقعات توضع في المحك أثناء المواجهة مع واقع وحقيقة الطفل بعد الولادة.

وتقول" **Phillipo lejeuneأن** " غالبا ما يستبدلون الطفل الخيالي بالطفل الواقعي عند الولادة "، فيعد ميلاد طفل يتمتع بالصحة الجسمية العقلية والنفسية نعمة كبيرة للأبوين، ويجسد تحقيقها لتوقعاتهما لكن قد يحدث أن يكون الطفل مصابا بإعاقة أو إضطراب يعيق نموه في جوانب مختلفة سواء كانت عقلية، نفسية جسدية، إذ يذكر **(Jordan، 1991)** أن هناك توقعات يحتفظ بها الأباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة فإذا ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة فاجعه للآباء. **(جميل،1998، ص58)**

فالأم منذ بداية العمل تتصور وتتخيل طفلها في أحسن الصور البدنية، والنفسية والعقلية، وتخطط لمستقبله وطريقة تربيته، وفي هذا الصدد كتب العديد من الباحثين حول تصورات الأم عن المولود المنتظر وهي فترة العمل إذ يقول"**Deutch**" أن الأم تتصور الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الفضائل وجميع المواهب.

(H.Deutch, 2008, P187)

وفي نفس السياق يؤكد كل من ماركوس "**Marcos**" وفريد "**Freud**" أن الأم تتصور إبنها في قمة الجمال والذكاء. **(marcos, 1973, p 193)**

بحيث ترى الأم أن الطفل المنتظر سيكون مفعما بجميع الفضائل وجميع المواهب. وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه سيكون طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة، **(H.Deutch,2008,P237)** وأحيانا قد تصبح هذه المخاوف أو الأفكار المؤلمة حقيقة، وتتفاجئ الأم بولادة طفل غير عادي، وغالبا ما يثير هذا الإكتشاف مشاعر يمتزج فيها الخوف و الأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والإحباط والحرج. وهنا يعتبر الأولياء أن المشروع الذي يربطهم بطفلهم إهتز إلى الأبد، وعليه قد تدفن جميع رغباتهم (التمدرس، الإستقلالية، الحياة المهنية العاطفية) **(صحراوي 1975)**، فليس من السهل على الانسان أن يتحمل مسؤولية الأبوة أو الأمومة وذلك لأنهما من أعقد المسؤوليات وخصوصا إذا ما أصبح الإنسان أبا أو أما لطفل غير عادي.

وتعتبر اللحظة التي يتم فيها إكتشاف إعاقة في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، وتعد أهمية هذه اللحظة من حيث أنها تقود إلى تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والإجتماعية، والإقتصادية وحتى السلوكية لكل فرد من الأسرة.

(ماجد السيد عبيد, 2002، ص146)

فيصاب الوالدين بصدمة أليمة عندما يبلغهما أن إبنهما يعاني من إعاقة عقلية. فيتولد لدى هذه الأسرة الشعور بالضغط، والإحباط والقلق والحزن، فتراودهم جملة من التساؤلات عن منشأ هذه الإعاقة. **(السيد حلاوة،2001، ص79)**

وخاصة أن إضطراب التوحد يعتبر من الإضطرابات الأكثر صعوبة، من حيث تأثيرها السلبي على الطفل وقابليته للتعلم، والإندماج مع الاخرين أو الإستقلال عنهم، أو تحقيق النضج الإجتماعي، وتتمثل أيضا الصعوبات فيما يكتنف هذا الإضطراب من غموض سواء

على مستوى التشخيص أو على مستوى فهم الأسرة لها وأسلوب التعامل مع الطفل، حيث لا يوجد إتفاق العلماء إلى الآن على الأسباب الحقيقية المؤدية إلى هذا الإضطراب.

(جواهره وباش،2004،18)

فالتوحد بطبعه يصيب الأطفال دون الثلاث سنوات، وهو عمر اللعب الجماعي والتفاعلي، والبدء بتكوين بيئة ثانية وهي بيئة الأصدقاء والساحة والشارع، ولكن وبدون سابق إنذار يلاحظ على الطفل التوحد وعدم القدرة على اللفض والبكاء أو الضحك، وبدون سبب وغيرها من الأعراض وإمكانية جعلهم يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع، إضافة إلى مساعدة الأسرة وإعانتها على التعايش مع المتوحد بأقل ضغط وتوتر نفسي يقع على العائلة. وهذا بسبب بعض الأعراض التي تصبح ليس من السهل التعايش معها (كالبكاء لساعات طويلة في منتصف الليل بدون سبب). **(جواهره وباشا ،18,2014)**

والمصابين بهذا الإضطراب يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الإجتماعي والعناية بالذات، وهذا ما يجعلهم يمثلون فئة متميزة عن غيرها من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة، بحيث يجعلهم في حاجة إلى التدخل والرعاية الدائمة من طرف العامة وخاصة الأم، إذ يبقى الطفل في تبعية طويلة ومدى الحياة لها، وهذا ما يجعل الأم تشعر بالضعف واليأس والقلق على حالة إبنها.

بحيث يواجه والدي الطفل المصاب بإضطراب التوحد العديد من الصعوبات بسبب عدم إستجابة الطفل المتوحد. فهما يحتاجان إلى مساعدة لإختراق الحاجز الذي يعزل الطفل عمن حوله، ويحتاجون إلى المساعدة لتسهل لهم التفاعل المستمر مع الطفل، فخصائص الطفل التوحدي جزء من حياة الوالدين فبعض الأطفال يتصفون بخصائص تعتبر معوقة لأدوار الوالدين أو تمثل ضغطا إضافيا على دورهما. فالوالدين غالبا ما تنتابهم ردة فعل نفسية، خاصة الأم.

حيث تنعزل الأم عن المجتمع نتيجة إنشغالها باحتياجات الطفل الإعتمادي. الذي يحتاج إلى قدر كبير من الرعاية عن الطفل العادي، كما تمثل كاهل أسرته المجهود الزائد والإستلزامات المادية التي يتطلبها العلاج والتأهيل ،بالإضافة إلى إحساسها بعدم قدرة طفلها على التعامل والتفاعل مع الأخرين ورفاقه في نفس السنة ، إضافة إلى مشاكل التأثر الدراسي والمشاكل التي تنتج أثناء وجوده مع الأخرين, كل هذا يساهم في ظهور أعراض الضغط والقلق والإكتئاب ، فقد تشعر الأم بالذنب أو المسؤولية في إنجاب هذا الطفل، وعدم الثقة في المستقبل وفقدان الإهتمام بالكثير من أمور الحياة، كما يجعلها تشعر باضعف و القلق على حالة إبنها. **(ناديه ابراهيم ابو السعود،2009، ص12)**

كون أن هذا الإضطراب يعتبر من أعقد المشكلات التي تواجه جميع المجتمعات في العالم، ونظرا لإنتشاره المتزايد في الآونة الأخيرة ولكثرة الدراسات حوله سنسلط الضوء على جانب قليل التناول ألا وهو، "الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد"، وهذا ما يتوافق مع الدراسات التالية:

دراسة **(ليندا شغوره، 1989)** ودراسة **(بارت التباسي)** اذ توصلت أن أمهات الأطفال المعاقين يشعرون بالضغوط النفسية، وهن أكثر تشاؤما من أمهات الأطفال العاديين في تفاعلهن مع البيئة **(عبد المنعم،1995،85،)**

كما نجد بعض الدراسات التي إهتمت بالحالة النفسية لأم الطفل التوحدي، وأشار كل من "**ولسون**" و "**وانج**" إلى أن أمهات الأطفال التوحدين يعانين من الإكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين **(الرزيقات،2004، ص342)**، وأبعد من ذلك " **ناهد حويسر**" إن ما تعانيه أمهات التوحدين يكون مؤلما إلى درجه أنهن يمرن بمرحلة إنكار الذات، وعدم التصديق والحزن، وقد يتولد لدى الأم شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة. ويسيطر عليها الشعور بالإحباط والإضطهاد، فهي تترقب إبتسامة أو علامة حب بينما تصدم بعدم رغبته في التواصل معها. **(المكانين، 104،2006)**

وكما تنطوي إعاقة الطفل على تحديات متنوعة بالنسبة للأسرة، فالإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط لكنها تؤثر في جميع أفراد الأسرة خاصة الأمهات، ومن الواضح أن أولياء الأطفال المعاقين يتحملون المسؤوليات التى يتحملها كل الآباء والأمهات في المجتمع، ويواجهون أيضا تحديات خاصة ويتحملون أعباء إضافية بسبب حالة الإعاقة.

فتأثير الصلابة النفسية يتمثل في دور الوسط بين التقييم المعرفي للفرد، للتجارب الصادمة والضاغطة، وبين الإستعداد والتجهيز للإستراتيجيات المواجهة، فتلك الألية يفترض أنها تقوم على تخفيض كمية الضغوط النفسية للتجارب التي يمر بها الفرد، كما تساعد الصلابة النفسية في التعامل مع الضغوط بفعالية.

بحيث أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم التقيم وإستراتيجيات المواجهة بفعالية، وهذا يشير أن لدى ذلك الفرد مستوى عالي من الثقة النفسية وهكذا فإن ذلك الفرد يقدر الموقف الضاغط بأنه أقل تهديدا، ثم يعيد بناءه إلى شيء أكثر إيجابية.

(مدحت ،174،2010)

وقد تمت دراسة الصلابة النفسية بشكل معمق في أعمال "**سوزان كوبازا**" بهدف معرفة المتغيرات التي تكمن وراء إحتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وقد أطلقت "**كوبازا**" سلسلة من الدراسات، بينت نتائجها أن الصلابة النفسية تساعد الأفراد على الإحتفاظ بصحهم النفسية والجسمية بالرغم من تعرضه للأحداث الضاغطة. ويتمتع الأفراد من ذوي الصلابة النفسية بخصائص مميزة، فشعورهم بالإلتزام والقدرة على ضبط الأمور والإستعداد بقبول التحدي، يجعلهم يقيمون أحداث الحياة الضاغطة بطريقة أفضل من الأشخاص الذين لا يتسمون بالصلابة النفسية، لذلك فإنهم يتخذون تدابير أكثر كفاءة من مواجهة هذه الأحداث ودمجها في مجريات الحياة، والتعلم منها ما يمكن أن يستفيدوا في المستقبل، والمحافضة على صحتهم النفسية والجسدية والأمن النفسي بالرغم من تعرضهم لأحداث ضاغطة. **(خنفر 2014، ص10)**.

فالأمن النفسي يعتبر من الحاجات الضرورية التي لابد من إشباعها لدى أمهات أطفال التوحد، وإذا لم تشبع الحاجة إلى الأمن لدى الأمهات فإن ذلك يشعرهم بالتهديد.

ومن هذا السياق إهتم العديد من علماء النفس بدراسة دوافع السلوك الإنساني والتي من بينها الدافع إلى الأمن، ومن أشهر هؤلاء العالم "**إبراهيم ما سلو**" الذي قسم الدوافع السلوك الإنساني إلى خمسة دوافع وجعلها تنتظم في شكل هرمي قاعدته الأساسية هي الحاجات الفيزيولوجية، تليها مباشرة الحاجة إلى الأمن، ثم الحاجة إلى الحب، والحاجة إلى تقدير الذات، ثم الحاجة إلى تحقيق الذات، ولقد أشار "**أريكسون**" إلى أن الحاجة إلى الأمن هي أول الدوافع النفسية الإجتماعية، التي تحرك السلوك الإنساني وتوجهه نحو غايته. وإذا أخفق المرء في تحقيق حاجته التي هي الأمن فإن ذلك يؤدي إلى عدم القدرة على التحرك والتوجه نحو تحقيق الذات والفشل في تحقيق الذات قد يؤدي إلى اليأس. **(جبر 1996،91)**

وكما يعد كذلك من الحاجات الهامة لبناء الشخصية الإنسانية، حيث أن جذوره تمتد إلى الطفولة وتستمر حتى الشيخوخة عبر المراحل العمرية المختلفة، وأمن المرء يصبح مهددا إذا ما تعرض إلى ضغوط نفسية وإجتماعية، لا طاقة له بها في أي مرحلة من تلك المراحل، مما قد يؤدي إلى الإضطراب النفسي، لذا فإن الأمن النفسي يعد من الحاجات ذات المرتبة العليا للإنسان لا يتحقق إلا بعد تحقق الحاجات الدنيا. **(جبر 1996، ص80)**

وتبدو الحاجة إلى الأمن النفسي في النواحي الجسمية والعقلية، فالطفل يأوي إلى والدته يريد أن يتغذى ويأمن من البرد والحر وغير ذلك. والحاجة إلى الأمن العقلي تبدو في خوف الطفل من كل غريب ورغبته في تفحصه ومعرفته إذا أمكن، حتى يتيسر له بناء على ذلك أن يطمئن إليه، أو يبتعد عنه نهائيا، فالرغبة في الأمن أكيدة ولا يتقدم الطفل بسهولة في ميدان ما، إلا إذا إطمئن إليه، وشعر بالأمن نتيجة تفهم الموقف، أما فقدان الأمن يترتب عليه تكوين الكراهية لمصدر الفقدان وتوجيه النزاعات العدائية له والعدل والظلم

(القوصي،1975،ص91)، فكان لابد من البحث والتعرف على وسائل تعينه على الشعور بالأمن و الطمأنينة و مواجهة الأخطار المحدقة به أثناء سيره في هذه الحياة.

(صالح الصنيع 1993، ص31)

وعليه جاءت دراستي تتمحور حول أمهات أطفال التوحد من خلال الصلابة النفسية والأمن النفسي لديهن، وتمت صياغة التساؤلات على النحو التالي:

- **التساؤل العام :**

-هل توجد علاقة إرتباطية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات اطفال المصابين بالتوحد؟

- **التساؤلات الجزئية:**

1) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم؟

2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل؟

3)هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل؟

4)هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم؟

5)هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل؟

6)هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل؟

2 فرضيات الدراسة:

-الفرضية العامة:

لا توجد علاقة إرتباطية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

-الفرضيات الجزئية:

1) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم.
2) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال اضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل.
3) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل.
4) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم.
5) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل.
6) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل.

3-أهمية الدراسة:

أهمية الموضوع في حد ذاته الصلابة النفسية والأمن النفسي، خاصة في عصر تفشت فيه الأمراض الإجتماعية والنفسية التي يفتقد فيها الشعور بالأمن والطمأنينة.

تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على الحالة النفسية التي تعيشها أمهات أطفال التوحدين، وكيفية مواجهة الوضعيات الضاغطة التي تتعرض لها في حياتها اليومية، حيث أنه من المتعارف أن العبء كبير في تربية هذه الفئة من الأطفال، ورعايتهم في كثير من المجتمعات من بينها المجتمع الجزائري.

لذا تحاول هذه الدراسة التعرف على طبيعة علاقة الصلابة النفسية بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحدين.

4-أهداف الدراسة :

لكل عمل أو بحث أهداف يسعى الباحث إلى تحقيقها، ونحن في هذا الموضوع سطرنا عدة أهداف تتمثل فيما يلي:

1- الكشف عن الحالة النفسية لأمهات أطفال التوحدين.

2- البحث عن الآثار النفسية الناتجة عن وجود طفل متوحد في العائلة بالأخص الأم.

3- لفت الإنتباه لهذه الشريحة من المجتمع، ومدى إنتشار هذا الإضطراب فيه ومدى تأثيره السلبي على الامهات.

4- التعرف على طبيعة علاقة الصلابة النفسية بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين.

5- التحقيق من وجود علاقة بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحدين.

6- فحص نمط العلاقة بين المتغيرات.

5-مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

1-الصلابة النفسية : *Hardines*

الصلابة النفسية سمة من سمات الشخصية. تحدد الطريقة التي يفسر بها الفرد الأحداث والمواقف الضاغطة، وهي تعمل على الحساسية من آثارها السلبية والفرد الصلب نفسيا القادر على مواجهة الضغوط ومقاومتها، وقدمت "**سوزان كوبازا**" مصطلح الصلابة النفسية، وإفترضت أنها العامل الأساس والأهم في الوقاية من آثار الضغوط النفسية على الفرد.

وهي قدرة أمهات أطفال التوحد على تحمل ظهور الصادرة من أبنائهم وتحمل مسؤوليتهم، بحيث هي القدرة العالية على المواجهة الإيجابية للضغوط وحلها، ومنع الصعوبات المستقبلية لتحقيق الإنجاز والتفوق. ويتم قياسها باستخدام مقياس الصلابة النفسية المستخدم في الدراسة.

التعريف الإجرائي:

- **الصلابة النفسية:** هي قدرة أمهات أطفال التوحد علي تحمل الضغوط النفسية الصادرة من أبنائهم، وخاصة عندما يتعلق الأمر بالصعوبة في التواصل، ويتم قياسها باستخدام مقياس الصلابة النفسية ل:(**"مخيمر2002"**)

2-الأمن النفسي : Psychological *Security*

هو الطمأنينة أو الإنفعالية وهو الأمن الشخصي أو أمن كل فرد على حدة، وهو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضمونا وغير معرض للخطر، وهو محرك الفرد لتحقيق أمنه وترتبط الحاجة إلى الأمن إرتباطا وثيقا بغريزة المحافظة على البقاء.

الأمن النفسي هو شعور الفرد بالطمأنينة النفسية، من خلال شعورهم بالكفاءة والثقة بالنفس، والرضا عن الذات، وتقبلها والقناعة، بإشباع القدر الكافي من الحاجات العضوية والنفسية المختلفة، والتحرر من الآلام النفسية، وتحقيق المقدر الكافي من التوافق مع الذات والبيئة المحيطة، ومقدار سكينة النفس عند تعرضها للأزمات والقدرة على مواجهه تلك الأزمات.

وهو شعور أم الطفل المصاب باضطراب التوحد بحالة من الطمأنينة والإرتياح والإستقرار. وأنها مقبولة ومحبوبة من قبل الأخرين، ويتم معرفة ذلك من خلال الدرجة التي تحصل عليها من مقياس الأمن النفسي المستخدم في الدراسة.

التعريف الإجرائي:

-**الأمن النفسي:** هو شعور أمهات أطفال التوحد بالرضا والقناعة وعدم الخوف على وضع إبنهم ومستقبله، والعيش بطمأنينة وإستقرار نفسي دائم، ويتم قياسه باستخدام مقياس الأمن النفسي ل: (**«ماسلو" والذي عمل على إختزاله "بركات2012"**)

3- التوحد : *Autism*

المقصود بالتوحد في هذا البحث، هو الإضطراب أو المرض المصحوب الذي يصيب الأطفال في سن مبكرة ما بين **(2-3)** السنوات، حيث يتميز بالإنطواء وضعف الإتصال الإجتماعي أو إنعدامه وكذا لغته إضافة إلى السلوك النمط.

التعريف الإجرائي:

-**أمهات أطفال التوحد:** هم الأمهات المتبعات من طرف مختصين في" المركز البيداغوجي النفسي للأطفال المعاقين ذهنيا " بتدميت «، **لتدريبهم** على كيفية تعاملهم مع أبنائهم والقيام بنشاطات يومية تساعدهم على التواصل معهم.

الفصل الأول

الصلابة النفسية

1-تطور مفهوم الصلابة النفسية

2-مفهوم الصلابة النفسية

3-الصلابة النفسية وبعض المفاهيم

4-النظريات المفسرة للصلابة النفسية

5-أبعاد الصلابة النفسية

6-خصائص الصلابة النفسية

7-أهمية الصلابة النفسية

-خلاصة الفصل

-تمهيد :

الصلابة النفسية إحدى أهم المتغيرات الإيجابية التي تجعل الفرد قادرا على مواجهة الظروف الضاغطة ومقاومتها والتغلب عليها، وقد كشفت الدراسات النفسية الحديثة أن الأشخاص ذوي المستويات المنخفضة من الصلابة النفسية يميلون لأن يكونوا أكثر معاناة من الضيق النفسي بالمقارنة مع ذوي المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية، بحيث تعتبر من أهم العوامل التي من ورائها يحتفظ الإنسان بصحته النفسية والجسمية رغم تعرضه للضغوط النفسية كالقلق والإكتئاب.

وفي هذا الجزء يتم التطرق إلى موضوع الصلابة النفسية من خلال تحديد مفهومها، أبعادها، أهميتها، خصائصها، النظريات المفسرة لها، وعلاقتها ببعض المفاهيم.

1- تطور مفهوم الصلابة النفسية:

الصلابة النفسية مفهوم حديث نسبيا تزامن ظهوره مع بروز علم النفس الإيجابي عام **1980**. وقد تبلور هذا المفهوم نتيجة لأعمال عدد من علماء النفس أمثال "**ادلر**" و "**يونج**" و "**ماسلو**" و "**فرانكل**" و "**كوبازا**" و "**مادي**". وتعرض الفقرات الآتية التطور التاريخي لمفهوم الصلابة النفسية.

وهذا مايتوافق مع عدة دراسات بحيث يري **(ألفريد أدلر، 1870-1937)** أن صلابة الشخصية تمثل كفاح الفرد من أجل التفوق الذي عنده، والهدف النهائي الذي يسعى إليه كل الناس. ومن وجهة نظر "**أدلر**" فإن الإنسان تحركه توقعاته أكثر مما تحركه خبراته الماضية، لأن الأهداف والتطلعات التي يضعها الفرد لنفسه ولغيره هي التي توجه مشاعره وإنفعالاته وسلوكياته الراهنة. وأشار إلى أن القصور في قوة الإرادة، وأسلوب الحياة، والشعور بالنقص، كل ذلك يؤدي إلى شعور الفرد بالعجز النفسي. كما أكد أن مصطلح قوة الإرادة مرادف لمصطلح الصلابة النفسية. التي تمثل حافزا قويا لحل المشكلات والأزمات التي يصادفها الفرد في حياته. وهي التي تحدد كيفية مواجهته لهذه المواقف الصعبة وطريقة تعامله معها. **(مكي، وحسن،2010ص321)**.

وكما أشارت دراسة **(كارل جوستاف يونج،1875-1961)** إلى أن الأفراد يستمرون في التحسن نحو المستقبل للأمام وللأعلى، وهذا ما أسماه التحقيق الأسمى، الذي يجعل الفرد يتعايش مع تجارب الأحداث ويتوقع حدوثها، لأن نظرة الفرد إلى المستقبل تحدد تحركاته في تحقيق وجوده الذاتي. وقد ميز " **يونج**" الشخص القوي الصلب بأنه يحاول أن يتطور ويتغير نحو الأفضل، أما الشخص العاجز فهو الشخص الذي يتحرك إلى الوراء، ويبقى حبيس الماضي، ويتوقف عن الحركة والتطلع نحو المستقبل. وما يزيد الفرد صلابة ويجعله أكثر قدرة على تغيير الأوضاع هو مواجهتها من خلال التوجه نحو

المستقبل والمساندة والمشاركة والتعاون والإلتزام وتحمل المسؤولية. **(المرجع نفسه، ص361)**.

بحيث تم ظهور مصطلح الصلابة النفسية لأول مرة في إطار بحثي منظم من طرف **(كوبازا، (1971)**، التي إشتقت مصطلح الصلابة النفسية نتيجة تأثيرها بالفلسفة الوجودية، وتفسيرات علماء النفس الوجوديين، وعلى رأسهم **(فكتور فرانكل،1948-1962)**. وتركز الوجودية " **Existentialisme«في** تفسير سلوك الإنسان على المستقبل، لا على الماضي، وترى أن دافعية الفرد تنبع من البحث المستمر عن المعنى والهدف من الحياة. وتقوم الوجودية على مبدأ أساسي هو "الوجود في العالم"، وتعتبر أن الإنسان يعيش في عالم معقد، ويسعى دائما للبحث عن وجوده في الحياة من خلال إيجاد معنى لهذا الوجود. وخلال بحثه عن معنى لحياته، يتخذ قرارات متعددة تعد الحجر الأساس لكل شيء في حياته. **(kaur, 2011, p320)**

فا "**فرانكل**" **يعد** من زعماء المدرسة الوجودية، الذي برزت إسهاماته في مجال العلاج بالمعنى"**Oligothérapie**" الهادف إلى مساعدة الفرد على إيجاد معنى له في الحياة، ليستطيع أن يعيش وينجز ويحقق أهدافه المستقبلية. ويعتقد " **فرانكل**" أن معظم مشكلات الإنسان هي مشكلات لها معنى، فلكل فرد مهمة ورسالة في الحياة ومن يمتلك سببا يعيش من أجله، فإنه يستطيع غالبا أن يتحمل بأي طريقة.

(كفافي، والنيال، وسالم،2010ص18-19).

وكما أضاف " **فرانكل**" أن الإنسان الذي لا يستطيع إكتشاف معنى لحياته، سيعيش خبرة الإحباط الوجودي التي تعد من وجهة نظره المصدر الرئيسي للسلوك الغير السوي. والرغبة في إيجاد المعنى، تعني كفاح الكائن البشري لإيجاد سبب أو شيء من المنطق لمشكلات وجوده. ولا يمكن إيجاد هذا المعنى إلا من خلال الخبرة والقيم. ولا يمكن إكتشاف هذه القيم إلا من خلال ممارسة العمل وحب الآخرين ومواجهة الفرد لمعاناته وتحملها،

فالبشر قادرون على مواجهة الظروف الصعبة وتحويل حوادث الحياة المجهدة إحتمالات وفرصا لمصلحتهم، وهم وحدهم القادرون على إختيار قراراتهم وسلوكهم في أي وقت.

(كفافي، والنيال، وسالم 2010، ص7)

2- مفهوم الصلابة النفسية :

تقدر حاليا الدراسات التي تقوم على تناول الصلابة النفسية ما يقارب **(600)** دراسة تمت إنجازها حول العالم، فعلى ما يبدو لقد أصبحت الدراسات التي تعني بالإتجاهات الصلبة والأفعال كطريقة لتعامل بفعالية مع أهداف الحياة، موضوعا مقنعا بين علماء النفس كما يرتبط بالمهنيين وهذا ما يتوافق مع الدراسات والأبحاث التالية:

(Maddi ,S,2006,P 126)

بحيث جاء في تعريف "**كوبازا**" **(Kobasa.1979)** بأن الصلابة النفسية هي: مجموعة سيمات تتمثل في إعتقاد أو إتجاه عام لدى الفرد في فعاليته وقدرته على إستغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة والشاقة إدركا غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو إيجابي وتتضمن ثلاث أبعاد: الإلتزام، التحكم، والتحدي. **(محبوب حنان، 2012، ص 14)**

وكما نرى في تعريف آخر قدمته "**كوبازا**" للصلابة النفسية سنة **1979** هي: عندما يختبر الفرد درجة عالية من الضغوط من دون أن يصاب بأمراض نفسية وجسمية ويمتلك بناءا شخصيا قويا، يتمثل بدرجة عالية من الضبط والإلتزام والتحدي.

(Kobasa, P3, 1979)

وكما توصل كل من «**كوبازا**" و "**مادي**" **(1979، Kobasa وMaddi)** إلى أن الصلابة النفسية هي إحدى المتغيرات الشخصية الإيجابية، التي من شأنها مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي والجسمي الذي ينتج عن التعرض للضغوط، حيث أن غياب

الصلابة النفسية يقلل من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط وتزيد الشكاوى البدنية، ويعبر مفهوم الصلابة النفسية عن قدرة التحمل التي تعكس نمطا معرفيا وإنفعاليا وسلوكيا من المقاومة للارهاقات، فهي سمة شخصية يمتلكها الفرد بحيث تساعده على مواجهة ضغوط الحياة والعمل بإيجابية. **(نصر علا دراب، 2014، ص 1)**

في حين تذهب "**سمين**" **(Simine,1995)** إلى الإعتقاد بأنها : قدرة الشخص على مواجهة ظروف و أحداث الحياة الضاغطة و المهددة، و التعامل معها من دون تعرض صحته النفسية و الجسمية إلى الإضطراب الذي قد يحدث نتيجة لتلك الأحداث".

(مكي لطيف غازي، حسن براء محمد، 2011، ص 358)

وكما عرفها "**سيد أحمد البهاص**" **سنة (2002)** الصلابة النفسية على أنها: "إدراك الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها، فهي تعمل كوقاية من العواقب الجسمية والنفسية للضغوط، وتساهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالنهك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط".

وكما أشار كذلك **(الحواجري، 2004)** إلى أن الصلابة النفسية هي:" العامل الذي يميز بعض الأفراد بمقدرتهم على مجابهة الضغوط وتحملها مقارنة بالآخرين، حيث أن أفضل المتكيفين للضغوط هم الأشخاص الذين لديهم سمات شخصية يطلق عليها "الشخصية الصلبة"، وهي تسمية الأشخاص الذين لديهم إلتزام عالي ويستمتعون بعملهم وأسرهم وأصدقائهم، والذين يملكون الإحساس بالسيطرة على الأمور والذين يمتلكون الحساس بالقدرة على مجابهة التحديات. **(حنصالي مريامة، 2013، ص 122)**

وجاء **(Brooks,2005)** في تعريفه بأنها: "قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية و القدرة على التكيف مع التحديات و الصعوبات اليومية، و التعامل مع الإحباط و الأخطاء و الصدمات النفسية، و المشاكل اليومية، لتطوير أهداف محددة و

واقعية لحل المشاكل و التفاعل بسلاسة مع الآخرين. ومعاملة الآخرين باحترام وإحترام الذات". **(الجهني عبد الرحمن، 2011، ص 210)**

كما ذهب كل من "**حمادة لؤلؤة**" و "**عبد اللطيف حسن**"، إلى تعريف الصلابة النفسية بأنها: "مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة، والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية. حيث تساهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة، الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقته الظروف الضاغطة".

(حمادة لؤلؤة، عبد اللطيف حسن، 2002، ص 233)

بينما يرى "**كندر**" **(Kinder،2005)** أن الصلابة النفسية هي: "نموذج مؤلف من المواجهة الفعالة، وسلوكيات الصحة الإيجابية، والمساندة الإجتماعية النشيطة، وهي تتألف من" الإلتزام والتحكم والتحدي" التي تعمل معا كمؤشر جيد للصحة".

(Kinder, R.A ,2005,p 68)

كما يشار إلى الصلابة النفسية أنها عبارة عن مواجهة تحويلية، لأنها تنطوي على عملية تحويل الظروف الضاغطة إلى ظروف قابلة للحل من خلال" الإلتزام، التحكم والتحدي. , **(wong p.and, l., 2006,16)**

وهذا ما ورد في تعرف **(**"**كوبازا**" **و** "**كهوفابي**"**،2005)** المواجهة التحويلية بأنها: أساليب التكيف النفسية والسلوكية الأساسية للمقاومة، وتشمل ثلاث خطوات رئيسية هي:

1. توسيع في الرؤية أو وجهة النظر: إذ تنشأ عملية المواجهة التحويلية على المستوى العقلي، ومن ثم يساعد التحليل الشامل على تحمل الوضعيات الضاغطة، وعليه فإن إكتساب رؤية معارضة للخضوع (أي الإستسلام للحدث الضاغط) يسمح للفرد بتفسير الوضعية بشكل واضح وبالتالي محاولة إيجاد حلول لها.

2. تعميق الفهم: فبمجرد وضوح الرؤية ومواجهة المواقف بطريقة موضوعية يبدأ الفرد في البحث عن حل للمشكلة، بهدف تقييم الطرق التي يساهم من خلالها سياق الحدث والعوامل الشخصية في تفسير الظروف الضاغطة، ومن ثم يصبح الفرد قادرا على تحديد أي السلوكيات يمكن إتخاذها لتصحيح الوضع.

3. إتخاذ قرار فعلي: بمعنى القدرة على إكتساب نظرة ثاقبة لرؤية الجانب الإيجابي فيما يحدث مع إتخاذ إجراءات حاسمة لحل المشكل بطريقة أفضل، وباكتساب الرؤية الواضحة والفهم المعمق من خلال الجانب العقلي لعملية المواجهة، يصبح الفرد على إستعداد لوضع إستراتيجية قصد التعديل الإيجابي للضواغط.

(بلوم محمد، حنصالي مريامة، 2013، ص 277)

في هذا السياق أشارت **(Kobasa)** سنة **(1982)** بأن مفهوم الصلابة النفسية يتشابه مع مفاهيم أخرى مثل:

-مفهوم الفاعلية الذاتية **((Self-efficacy** ل "**باندورا**"

- مفهوم التماسك **(Sense of coherence)** ل "**أنتونفسكي**" والصلابة النفسية مثلها مثل المفاهيم السابقة تنشأ من خلال نماذج والدية (إجتماعية) تتسم بالصلابة النفسية.

(عبد العزيز مفتاح محمد، 2010، ص 130)

ولتوضيح هذا التشابه سوف نوضح الإرتباط القائم بين الصلابة النفسية والمفاهيم المشابهة لها. قبل ذلك سوف نتطرق إلى بعض المفاهيم المشتقة من المفهوم العام للصلابة النفسية في العنصر الموالي، أما فيما يخص النقد الموجه لها في كونها مركب ثلاثي يجمع بين مفاهيم ومتغيرات نفسية، تجدر دراستها على حدي حسب ما ذهب إليه بعض الباحثين فسوف نوضح ضرورة توفر المكونات الثلاثة للصلابة النفسية المتمثلة في "الإلتزام، التحكم، والتحدي".

3-الصلابة النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم:

3-1-مفهوم قوة الأنا :

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية للصحة النفسية، وتثير قدرة الأنا إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية، حيث يرى الكثير من العلماء أن هناك متصلا يقع في أحد أطرافه قوة الأنا حيث يقع في الطرف الآخر قطب العصابي.

(راضي، 2008، 43)

ويبين **(فرج عبد القادر، 1993)** على أنها قدرة الشخص على تحقيق التوافق والتي يتخذها دليلا على الصحة النفسية، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح، وقوة الأنا تمثل طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف الغير المواتية.

كما يوجد تداخل بين مفهومي الصلابة النفسية وقوة الأنا مع بعضهما، حيث أن قوة الأنا تعمل على تدعيم صلابة الفرد النفسية إتجاه الأحداث الضاغطة، وأن الصلابة تعمل جاهدة لوقاية الفرد من وطأة الإضطراب النفسي والجسدي عند الأزمات والشدة، وهذا ما وضحته دراسة **(برنارد، 1996)** والتي إستهدفت التعرف على العلاقة بين الأنا والصلابة النفسية وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل وبين سوء التوافق والحالة الصحية، وأجريت الدراسة على عينة بلغت 89 طالبا جامعيا أسفرت عن وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية وقوة الأنا وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل وبين القدرة على التوافق والحالة الصحية الجيدة. **(المنشاوي، 2006، 13)**

ويتضح من ذلك أن قوة الأنا تتمثل في قدرة الفرد على إستمارة كافة المصادر النفسية والمادية والإستراتيجيات العقلية المتاحة لديه، من أجل التوافق مع نفسه والآخرين، ممن حوله ومواجهة الضغوط والشدائد بفاعلية. **(راضي، 2008، 43)**

3-2-الفاعلية الذاتية:

هي إحدى المتغيرات الوسيطة بين إدراك الفرد الأحداث الضاغطة وبين مواجهة الفرد لها ويعرفها **(باندورا، 1982)** على أنها إعتقاد الفرد على كفاءته واقتداره، وتمكنه من قيمته الذاتية، مما يعطيه شعور بالثقة بالنفس، والقدرة على التغلب على مشكلاته والتحكم في أمور حياته، تصبح الفاعلية الذاتية في نفس الوقت مؤشرا لقدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بكفاية وإقتدار وثقة وتمكن، والوظيفة الأساسية للفاعلية الذاتية هي تمكين الفرد من التحكم والتنبؤ بأحداث حياته.

ويتكون الشعور بالفاعلية الذاتية في الطفولة المبكرة، من خلال إدراك الطفل بأنه مقبول وينال إستحسان الآخرين، لاسيما الوالدين، والقبول والإستحسان من قبل الوالدان يجعلان الطفل يشعر بالقيمة والكفاية والإقتدار، فإذا صاحب القبول والقيمة والكفاءة والإقتدار تشجيع من الوالدين للطفل على المبادرة والإستكشاف يتكون لدى الطفل الشعور بالكفاءة الجسدية والإجتماعية واللغوية، ويتجلى ذلك في اللعب مع الأخرين وحل المشكلات والضغوط وهذا ما أشارت إليه **(مسكتين، 1997)** التي إستهدفت الكشف عما إذا كانت الصلابة النفسية ووجهة الضبط والوعي بالبيئة الأسرية تنبئ بالتباين في النزعة التفاؤلية، وأجريت الدراسة على عينة بلغت 250 طالبا تقع في الفئة العمرية من 18 إلى 34 سنة وأسفرت الدراسة على أن الصلابة النفسية كانت منبئا جيد للتباين في التفاؤلية وأن وجهة الضبط قد أسهمت في إرتفاع كل من التفاؤلية والصلابة النفسية كما أن الوعي الأسري يسهم في إرتفاع التفاؤلية، كما توصلت الدراسة أيضا أن إتحاد كل من الصلابة النفسية ووجهات الضبط وفهم البيئة الأسرية تمثل 43 من التباين في النزعة التفاؤلية ويشير **(باندورا، 1989)**

إلى أن الفاعلية الذاتية لا تؤثر على انفعال الرفد وسلوكه ودافعيته فحسب، ولكنها تلعب دورا مهما في نجاح الفرد وفشله وفي صحته وفي مرضه، وفي هذا يجسد نموذج" **باندورا**" العلاقة بين إعتقاد الفرد في فاعليته وإدراكه للأحداث الضاغطة من ناحية، وبين القلق والإكتئاب من ناحية أخرى، فشعور الفرد بعدم الفاعلية والكفاية تجعله يبالغ في تفسير الخطر الكامن في الموقف مع الشعور بعدم القدرة على مواجهة هذا الخطر مما يجعل الفرد أكثر قلقا، بينما الشعور بعدم الفاعلية وعدم القيمة يجعل الفرد يشعر بعدم القدرة على السيطرة على مجرى أحداث حياته، وبالتالي يفشل في المواجهة ومع الفشل المتكرر يكون العجز حيث يدرك أن أي مجهود يقوم به في مواجهة الأحداث الضاغطة هو مجهود عديم الجدوى والقيمة فيكون الإكتئاب، وهنا يتفق "**باندورا** "مع "**الرامسون**" في نظرية العجز المكتسب ومع **روتر** في مصدر الضغط وقد ميز "**باندورا**" بين معنيين للفاعلية.

< الفاعلية الذاتية المتوقعة:

وتعني شعور الفرد بقدراته أو عجزه عن القيام بسلوك معين، أو إنجاز ما يضمن هذا الشعور درجة من الثقة والشعور بالقدرة على التحكم.

< الفاعلية الذاتية المرجعية:

وهي إعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج، وبالرغم من أن مفهوم الفاعلية الذاتية يحمل الثقة بالنفس وأدراك القدرة على التحمل في الظروف الحياتية، كما يختص بتزويد الأفراد ببعض المهارات الخاصة، لكنه لم يرق لمستوى السمة أو الخصلة الثابتة في الشخصية، ومن ثم فهو يتميز عن مفهوم الصلابة النفسية في إحتياج الفرد له ولظهوره في جميع المواقف الحياتية التي لا تستدعي بالضرورة أن تكون لها صفة الضغط.

ويتصف الأشخاص ذو المستوى المرتفع من فعالية الذات بالثقة بالذات والمثابرة والإصرار على بلوغ الهدف، بغض النظر عما يواجهون من عقبات ومشكلات، ووفقا

"**لباندورا** "فإن مرتفعي فعالية الذات غالبا يتوقعون النجاح مما يزيد من مستوى دفعتهم لتحقيق أفضل أداء ممكن للوصول إلى حلول جيدة، لما يتعرضون للمشكلات مقارنة بالأشخاص منخفضي الفعالية الذاتية يتوقعون الفشل في مختلف المهام التي يضطلعون بها، مما يؤدي إلى إنخفاض مستوى الدافعية في الأداء ،مما سبق يتضح أن الفعالية الذاتية تتمثل في إدراك الفرد أن لديه قدرات ومهارات وإستعدادا تشخصية، يمكنه توظيفها بفاعلية لمواجهة الشدائد والضغوط و الأحداث المؤلمة.

3-3-مفهوم تقدير الذات:

تقدير الذات هو أحد أهم متغيرات الشخصية، والتي تمثل وقاية أو حصانة في مواجهة الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد.

فإدراك الفرد لقيمته الذاتية وكفايته، لا يعتبر فقط أهم متغير في قدرة الفرد على المواجهة الناجحة للضغوط فحسب، ولكنه يعتبر أهم متغير في حياة الفرد وشخصيته على الإطلاق، ويظل هذا المتغير يؤثر في سلوك الفرد طول حياته أنه لا يمكن دراسة العلاقة بين تقدير الذات والقدرة على المواجهة الناجحة للضغوط، دون النظر إلى طبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين، فإذا كان الوالدان يتمتعان بتقدير ذات عال وشعور بالقيمة وتتسم علاقتهم بأبنائهم بالدفء والقبول والإحترام فمن الأرجح أن يشعر الطفل أنه محبوب وذو قيمة مما يجعله أكثر إقتدار وفعالية في مواجهة الضغوط، بل أن الشعور بالقيمة والإقتدار يجعلان الفرد يشعر بالثقة والقدرة على النجاح.

كما أن تقدير الذات يؤثر في تقدير الفرد للضغوط وقدرته على تحملها ومواجهتها، كما أشار سميث إلى أن إدراك الطفل للحب والإحترام والإهتمام واعطاء حرية التعبير والمناقشة يجعله أكثر قدرة على المواجهة، بينما إدراك الطفل عدم القبول أو عدم الحب يجعله يشعر بعدم الفاعلية وعدم القيمة والكفاية.

ويعرفه **(رورنبرج، 1978)** بأنه اتجاهات الفرد الشاملة سالبة أم موجبة نحو نفسه، ويعني به الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال إتجاهات الفرد عن نفسه، والتقدير للذات يعني أن الفرد يعتبر نفسه ذا قيمة وأهمية، بينما يعني تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن نفسه أو رفضها أو إحتقارها.

(عبد الله، 1991، 30)

تعريف تقدير الذات يركن إلى مدى إعتزاز الفرد بنفسه أو مستوى تقييمه لنفسه من المواقف العادية. **(أبو ندى، 2007، 20)**

وأشار **(RUTTER, 1990)** إلى أن العلاقة الطيبة بين الوالدين والطفل، تجعله يشعر بالأمن مما يؤدي إلى شعوره بالقيمة والثقة التي تمثل احد مصادر وقاية الفرد من أثر الأحداث الضاغطة، وتساعد الفرد على التحدي ومواجهة الضغوط، ويقصد به تقويم الفرد العام لذاته فيما يتعلق بأهميتها، ويشير التقدير الإيجابي للذات الى مدى قبول الفرد لذاته وإعجابه بها، وإدراكه لنفسه على أنه شخص ذو قيمة وجدير باحترام الأخرين وتقديرهم، أما التقدير السلبي للذات فيشير إلى عدم قبول المرء لنفسه وخيبة أمله فيها وتقليله من شانها وشعوره بالنقص عند مقارنته بالآخرين، وغالبا ما يرى الفرد فسه في هذه الحالة على أنه ليس له قيمة او أهمية. **(سلامة، 1988، 20)**

3-4-المناعة النفسية:

أن مفهوم فرضي يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر وغضب وسخط وعداوة وإنتقام أو أفكار ومشاعر يأس وعجز وإنهزامية وتشاؤم، كما تمد المناعة النفسية الجسم بمناعة إضافية تنشط أجهزة المناعة.**(راضي،44،2008)**

4-النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

تعرض الباحثة لأبرز النظريات التي تناولت موضوع الصلابة النفسية بالبحث والتفسير.

أ-نظرية " كوبازا" Kobasa

قدمت الباحثة الأمريكية "سوزان "**كوبازا**" مصطلح الصلابة النفسية للمرة الأولى عام 1979 في مقالة بعنوان "أحداث الحياة الضاغطة، الشخصية والصحة: تحقيق للصلابة النفسية"، وهي ترى أن تعرض الأفراد للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، فالحياة مليئة بالصعوبات والعقبات والنكسات والظروف الصعبة، والأفراد لا يستطيعون تجنب الفشل أو الإحباط أو الشعور بالاغتراب، ولا يمكنهم الهروب من متطلبات التغير في النمو الشخصي في أي مرحلة من مراحل الحياة المعاصرة. **(Kobasa, 1982, p.707)**

وقد صاغت "**كوبازا**" نظريتها في الصلابة النفسية من خلال إعتمادها على نتائج سلسلة من الدراسات التي أجرها في أعوام **(1989، 1982، 1973، 1989)**، وهدفت إلى معرفة المتغيرات النفسية، والإجتماعية، التي تكمن وراء إحتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية على الرغم من تعرضهم للضغوط. وقد أجريت هذه الدراسات على عينات متباينة الأحجام والنوعيات من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا، ومن المحامين، ورجال الأعمال. فقد أجرت "**كوبازا**" عام **(1982)** دراستها الأساسية بعنوان "الصلابة النفسية وعلاقتها بتخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية".

وقد هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر الصلابة النفسية ومكوناتها، في تخفيف وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية. وتكونت عينة الدراسة من عينات متنوعة من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا والمحامين ورجال الأعمال. وقد بلغ عدد أفراد العينة **(ن-209)** بمتوسط عمر بلغ **40** عاما.

وتم تطبيق مقياس الصلابة النفسية من إعداد "**كوبازا**"، وأحداث الحياة الحرجة من إعداد " **هولمز وراهي**"، ومقياس الصحة والمرض من إعداد "**وايل، وما سودا، وهولمز**"،

ومقياس حالة الإستعداد الوراثي في الشخصية، ومقياس مصدر الضبط، ومقياس الإغتراب عن الذات وعن العمل لقياس الإلتزام، ومقياس الأمن ومقياس المعرفية.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة، لا تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد فقط، بل تمثل مصدرا للمقاومة والصمود والوقاية من الأثر الذي تحدثه هذه الأحداث في الصحة الجسمية، في مقابل الشعور بالإغتراب، والتحكم في مقابل الضعف، والتحدي في مقابل الشعور بالتهديد، ووجود ارتباط دال بين بعدي الإلتزام، والتحكم، والإدراك الإيجابي والواقعي للأحداث الحياتية الشاقة، وكذلك أساليب التعايش الفعالة. كما أشارت النتائج إلى دور بعض المصادر الإجتماعية في الوقاية من الإصابة بالإضطرابات، كالمساندة الإجتماعية في محيط الأسرة ولكن مع إقترافها بعدد من المصادر الشخصية كالصلابة النفسية. **(Kobasa,1982.p709-715)**

لقد إقترحت "**كوبازا**" نظرية متقدمة في مجال الوقاية من المرض النفسي والجسمي، بعد أن لاحظت أن بعض الناس يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة على الرغم من تعرضهم لكثير من الإحباطات والضغوط، وأن كثيرا من الأفراد لا يمرضون بسبب تعرضهم للضغط النفسي. وقد إفترضت أن السبب الكامن وراء ذلك هو الصلابة النفسية التي تخفف من آثار الأحداث الضاغطة على الفرد، فالأفراد ذوو الصلابة النفسية المرتفعة يواجهون الضغوط دون أن يتعرضوا للإصابة بالمرض النفسي أو الجسمي. وقد عملت "**كوبازا**" على تأكيد فروض نظريتها حيث توصلت إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة هم الأكثر صمودا ومقاومة وإنجاز، وضبط داخليا ونشاطا وواقعية. **(Kobasa, 1984, p.66)**

وقد تأثرت "**كوبازا**" بالإتجاه المعرفي" **للازاروس**" **(1970Lazarus)** الذي يرى أن أحداث الحياة الضاغطة مهمة في تحديد أسلوب تكيف الإنسان، فتقييم الفرد لقدراته بشكل سلبي وإعتبارها ضعيفة وغير ملائمة للتعامل مع المواقف الصعبة، أمر شعره بالتهديد، ومن ثم يؤدي به إلى الشعور بالإحباط.

كما تتفق "**كوبازا**" مع "**لازاروس**" في أن الجو الأسري القائم على الإحترام والتواصل والتقدير والتشجيع، يجعل الطفل يشعر بالأمان والقيمة الذاتية ويجعله أكثر تحملا للمسؤولية وأكثر قدرة على تحقيق أهدافه في مراحل حياته.

كذلك تأثرت **كوبازا**" بأعمال "**ماكوبي**" **(Maccoby ،1980)**، التي أوضحت دور البيئة الأسرية في تكوين سمة الصلابة النفسية، فالعلاقات الأسرية التي تتسم بالدفء والقبول والإهتمام بالطفل والثقة فيه والإحترام والتقدير، تنمي لديه الإعتقاد بأن خبرات النجاح والفشل ترجع لعمله وبجهوده ومدى مثابرته وتحديه للأحداث الشاقة التي تحيط به.

(العيافي، 2016، ص ص 14-15)

وقد فسرت "**كوبازا**" و"**مادي**" الأسباب التي تجعل من الصلابة النفسية مصدرة للتخفيف من حدة الضغوط، وأشارا إلى أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية أكثر مقاومة للأمراض التي تسببها الضغوط، ويرجع ذلك إلى أسلوب تفكيرهم التكيفي الذي يؤدي إلى خفض مستوى الإثارة الفسيولوجية لديهم. بالمقابل، تقود الأحداث الضاغطة إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي" ***Autonomic Nervous System"***، ويؤدي الضغط المزمن إلى الإرهاق الذي يترافق مع الأمراض الجسمية والإضطرابات النفسية. وهنا يتضح دور الصلابة النفسية في تعديل هذه العملية الدائرية التي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق،

ويتم ذلك من خلال طرق متعددة:

- تعدل الصلابة من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.

- تؤدي الصلابة إلى أساليب مواجهة نشطة.

- تؤثر الصلابة في أسلوب المواجهة من خلال تأثيرها في الدعم الاجتماعي.

- تغير الصلابة العادات الصحية مثل اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة، وهذا ما يؤدي إلى تقليل الإصابة بالأمراض الجسمية. **(المفرجي، والشهري، 2008)**

وهكذا، توصلت "**كوبازا**" **Kobasa** إلى عدد من النتائج التي ساعدها على صياغة أسس نظريتها في الصلابة النفسية، وهي:

– إن التعرض لأحداث الحياة الشاقة أمر ضروري وحتمي لإرتقاء الفرد ونضجه الإنفعالي والنفسي والاجتماعي.

– إن الشخصية التي تتسم بالصلابة النفسية لديها مستوى عال من القدرة على تحمل الآلام والمشاق والصمود والتوافق والتعامل مع ضغوط الحياة المختلفة.

– إن الصلابة النفسية مكتسبة أكثر منها فطرية بناء على نتائج الدراسات التي أجرتها، والتي تضمنت مقابلات عن تاريخ الحياة المبكرة للموظفين المشاركين.

(المشعان، 2011، ص 50).

وقد أوردت "**كوبازا**" مجموعة من المتغيرات التي تساعد على ظهور الصلابة النفسية وتعزيزها، وهي: الوراثة، والتدين، والدعم النفسي والإجتماعي، والمستوى الإقتصادي المرتفع، والرعاية الطبية، والتعلم الاجتماعي، والنموذج الإيجابي. وهي ترى أن الصلابة النفسية تنشأ في مرحلة الطفولة، حيث يتعرض الفرد للخبرات المتنوعة التي تشكل شخصيته وتعزيزها.

. (Kobasa, 1979, pp. 2-3)

وتجدر الإشارة إلى تشابه بين مفهوم الصلابة النفسية الذي قدمته "**كوبازا**" **(1979)** ومفهوم "حس التماسك"**Sense of Coherence** " الذي قدمه (**أنتونوفسكي**".

(Antonovsky, A1979) ، الذي انطلق بدوره من السؤال المحوري التالي : لماذا يبقى بعض الأفراد أصحاء، بغض النظر عن المواقف الضاغطة والمصاعب الحادة، في حين لا يتمكن الآخرون من ذلك؟

وقد بينت نتائج دراسات "**أنتونوفسكي**" أن السبب وراء ذلك يكمن في أن بعض الأفراد يمتلكون ما يسمى " **حسن التماسك** "، الذي يتكون من ثلاثة مكونات أساسية هي:

القابلية للفهم، والإستيعاب، والقابلية للتأثير والإمتلاء. بالمعنى. إلى جانب أنهم يتمتعون بمصادر مقاومة عامة (**Resistance Resources GRRs General**) مثل المال، والذكاء، وتقدير الذات، والتوجيه الصحي الوقائي، والدعم الإجتماعي، والأساس الثقافي .

(Eriksson & Lindström, 2007)

خلاصة القول، أن "**كوبازا**" **Kobaza** بينت الصلابة النفسية بأنها إستعداد صحي في الشخصية يتضمن ثلاثة مكونات، هي: الإلتزام، والتحكم، والتحدي. والشخص الصلب نفسية هو الذي يرى الحدث الضاغط على أنه ذو معنى ومثير للإهتمام (الإلتزام)، ويرى نفسه قادر على تغيير الأحداث (التحكم)، كما يدرك التغيير على أنه أمر طبيعي وفرصة للنمو (التحدي). وأكدت "**كوبازا**" أن السمات المعرفية للصلابة تساعد الفرد على إدراك الأحداث الضاغطة وتفسيرها بطريقة أقل تمديدة وأكثر تفاؤلا، وهذا ما يخفف من آثارها الخطيرة عليه. وتتمثل :

الآليات السلوكية للصلابة النفسية في تعزيز أساليب التعامل مع الضغوط، ومواجهتها بفعالية، والتفاعل معها تفاعلا إيجابية بهدف تحويلها إلى فرص للتعلم والنمو.

(Kalantar, Khedri, Nikbakht & Motvalian, 2013, p.68)

ب-نظرية "مادي" Maddi

ظهرت التصورات الأولى للصلابة النفسية عام 1967 في أعمال عالم النفس الأمريكي "**سيلفاتور مادي**" **Maddi**

– وهو الأستاذ المشرف على "كوبازا" في الدكتوراه. وقد برزت كتاباته عن "الهوية المثالية والشخصية السابقة للمرض*"The Premorbid Personality & deal Identity"*

حين برهن أن الحالات المزمنة من فقدان المعنى والإغتراب في الوجود الإنساني أصبحت من الملامح النمطية للحياة الحديثة، والتغيرات في الثقافة والمجتمع، والتطور التكنولوجي، حيث أصبح لدى الناس هويات يتم تحديدها بناء على أدوارهم الإجتماعية.

(Maddi, 1967, pp.312-314)

يتصف "**مادي**" بإسهاماته الكبرى في مجال الصلابة النفسية، وكانت البداية عندما أجرى مع طلابه في جامعة شيكاغو، دراسة طولية امتدت **12** عاما **(1981-1993)** في شركة "بيل" للهاتف **IBT**. ففي عام **1981** قررت الشركة تخفيض عدد موظفيها إلى النصف، ونتيجة لذلك واجه من بقي من الموظفين تغيرات في التوصيف الوظيفي، وفي أهداف الشركة وفي المشرفين عليهم في العمل. وقد قام "**مادي**" وفريق بحثه بدراسة عميقة على عينة من **(400)** فرد قبل تخفيض عدد الموظفين وبعده. وقد أظهرت النتائج أن ثلثي أفراد العينة يعانون من تراجع في الأداء والمهارات القيادية، وإضطرابات صحية مثل النوبات القلبية، والسكتة القلبية، والبدانة، والإكتئاب، وتعاطي المخدرات نتيجة التعرض للضغط الشديد وأحيانة الوفاة في بعض الحالات. بالمقابل، فإن الثلث الآخر من العينة، ضم الموظفين الذين تعرضوا للضغوط الشديدة وللتغيرات الحادة ذاتها التي تعرض لها زملاؤهم الموظفون، إلا أنهم حافظوا على صحتهم وعلى أدائهم الجيد وشعروا بحماسة متجددة.

. (Maddi, 2002, pp.173-175)

وهنا برز التساؤل الآتي: ما السبب الذي أدى إلى اختلاف هاتين المجموعتين؟ وفي إطار رده على هذا التساؤل،

وجد "**مادي**" أن الأفراد الذين إستمروا وواجهوا الضغوط، قد حافظوا على ثلاثة إعتقادات أساسية ومهمة ساعدتهم على تحويل هذه الضغوط من محنة إلى فرصة للحياة، وهذه الإعتقادات هي المفاتيح الثلاثة المتمثلة في:

الإلتزام والتحكم والتحدي. فقد قادهم الإلتزام للسعي بجد على خوض الأحداث التي تحدث بدلا من تحبها والشعور بالعزلة، كما قادهم التحكم إلى مواجهة الصراع ومحاولة التأثير في النتائج، وذلك بدلا من السلبية والإستسلام والضعف، كذلك قادهم التحدي إلى إدراك التغيرات الناتجة عن الضغوط سواء أكانت إيجابية أم سلبية على أنها فرص جديدة للتعلم، وكل ذلك يؤدي إلى النضج

(Maddi, Khoshaba, Persico, Lu, Harvey & Bleecker, 2002, pp. 73-83)

إن مستوى الصلابة النفسية هو الذي يحدد كيف نستجيب لضغوط الحياة، فالفروق التي ظهرت بين الموظفين في شركة "بيل" للهاتف أكدت الملامح الأساسية الثلاثة التي تكون الصلابة النفسية: (الالتزام، والتحكم، والتحدي)، والتي برزت خصائص الأساليب مواجهة الضغوط، وتم اختبارها وتقييمها في مجالات متعددة تشملت إدارة الأعمال

والحروب والمدارس والعيادات الطبية، وأثبتت فعاليتها في مساعدة الأفراد على الإزدهار خلال الأوقات الصعبة

(Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico & Brow, 2006, pp.576-591)

خلاصة القول، أن "**مادي**" **Maddi** يرى أن الصلابة بناء شخصي مكون من ثلاثة أبعاد متداخلة ومتفاعلة: فالشخص الملتزم يبقى منخرطا فيما يقوم به، ودائما ما يجد الطريقة الأفضل لتحويل خبرته إلى خبرة مثيرة للإهتمام وذات معنى، والشخص ذو التحكم المرتفع يبحث عن التأثير في المعطيات الصعبة الناجمة عن الضغوط، ويتعلم الشخص ذو التحدي المرتفع من خبراته. وتكون هذه الأبعاد الثلاثة المكونة للصلابة النفسية تركيب يزود الفرد بالشجاعة من أجل تحويل الظروف الضاغطة من مصائب إلى فرص للنمو الشخصي.

ج-نموذج بارتون:

"**بول بارتون** " " **Bartone** " كولونيل متقاعد في الجيش الأمريكي وباحث في المركز الوطني للتكنولوجيا والأمن القومي في معهد الدراسات الإستراتيجية الوطنية بكلية الدفاع الأمريكية. وباعتبار أنه باحث في مجال علم النفس العسكري، فقد ركز "**بارتون**" في أبحاثه على فهم الإستجابات الصلبة تجاه الضغط النفسي وقياسها لدى الجنود، وتحديد المؤشرات الحيوية الكامنة، وتطبيق هذه المعرفة على تحسين برامج التنمية البشرية.

كما أجرى "**بارتون**" الكثير من الدراسات والأبحاث التي أسهمت في تطوير نظرية الصلابة النفسية بشكل كبير، مستند إلى النظرية التي وضعتها " **كوبازا**" و" **مادي**"، وتبني المفاهيم المرتبطة بهذه النظرية، وإستند إليها في أبحاثه النفسية في المجالات العسكرية والأمنية والتنظيمية. وقد اعتمد "بارتون" تعريف "كوبازا" و"مادي" للصلابة النفسية بأنها تركيب ثلاثي في شخصية الفرد يمكن إكتسابها وتعزيزها، مشيرا إلى أن تعزيز الصلابة النفسية يؤدي إلى تحقيق مستوى مرتفع من الصحة ومن الأداء، بالإضافة إلى الوقاية من المشكلات المرتبطة بالصحة والضغط النفسي . **(Bartone, 1999, p.80)**

وإنطلق "**بارتون**" من مبدأ مفاده أن الأفراد في الوقت الحالي يعملون في بيئات معقدة ومتغيرة، وهذا ما يؤدي إلى مستويات متزايدة من الضغط النفسي، التي تؤدي بدورها إلى إصابة كثيرين مشكلات صحية ومهنية. وفي المقابل، يبقى آخرون أسوياء وأقوياء وصامدين تحت الضغط النفسي. والتساؤل المطروح هنا هو ذاته التساؤل الذي إنطلقت منه "كوبازا" و "مادي": ما الذي يؤدي بهؤلاء الأفراد إلى الصمود تحت وطأة الضغوط؟ وبهدف الإجابة عن هذا التساؤل، أجرى "**بارتون**" سلسلة أبحاث في الأكاديمية العسكرية الأمريكية وعدد من الكليات الحربية الأوروبية، وأظهرت النتائج أن الجنود الذين إتصفوا بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية أظهروا قدرات مرتفعة ومميزة. وتفسير ذلك أنه كلما إرتفع مستوى الصلابة

النفسية، إزدادت قدرة الجنود على خوض المعارك وأداء المهام ومواجهة الضغوط دون أن يظهروا آثار صحية سلبية رغم وطأة ضغوط الحروب والعمليات القتالية.

(Bartone, 2008, pp.79-80)

ويؤكد «**بارتون**" أن الصلابة النفسية سمة من سمات الشخصية التي تميز الأشخاص الذين يحافظون على صحتهم تحت الضغوط عن الأشخاص الذين تظهر لديهم مشكلات صحية تحت الشروط الضاغطة ذاتها. فالأشخاص ذوو الصلابة النفسية يمتلكون حسا قوية بالحياة، وإلتزاما، وشعور أكبر بالسيطرة، وإنفتاحا أكثر للتغيير. إنهم يفسرون الخبرات الضاغطة على أنها مظهر عادي من مظاهر الوجود، وجزء مثير من الحياة. وهم يتميزون بالشجاعة في مواجهة الخبرات الجديدة وكذلك في مواجهة الإحباطات وخيبات الأمل، ويميلون إلى المنافسة، ويمتلكون كفاءة عالية وصمودة قوية عند الإستجابة للظروف الضاغطة. **(Sandvik et al., 2013,p.710)**

ويرى "**بارتون**" أن الأفراد ذوي المستويات العالية من الصلابة النفسية يظهرون إلتزام أعظم، ويمتلكون حتنا عالية بالالتزام تجاه الحياة والعمل، وينخرطون بنشاط في الأحداث التي تجري حولهم، وهذا يعني أن الحياة بالنسبة إليهم ذات معنى وذات قيمة وتستحق أن تعاش. كذلك يتميزون بالتحكم وهو الإعتقاد في القدرة على الإختيار والتأثير في المستقبل، إلى جانب التحدي وهو إتجاه للتغيير في الحياة باعتبارها أمر مثيرة وممتعة، ويستمتعون بالمواقف الجديدة والتحديات، ويتمتعون بالحماسة ومتلكون دافعية داخلية، ويخلقون المعنى الخاص بهم. وقد أكد "**بارتون**" وجود خصائص نفسية تسهم في إيجاد الصلابة النفسية وتعزيزها، إلى جانب عوامل أخرى تؤثر على الطريقة التي يتصرف بما الأفراد ويستجيبون بما للمواقف. وتمكن تصنيف هذه العوامل إلى عوامل فردية مثل: الخلفية الإجتماعية، والظروف الأسرية، وشخصية الفرد، وخبراته السابقة، ومستوى الذكاء، والصحة الجسمية،

إضافة إلى عوامل مرتبطة ببرامج التدريب والتربية التي تؤثر في الأفراد بطرق متعددة، إلى جانب عوامل مهنية وتنظيمية ومجتمعية. **(Bartone, 2012, pp.2-3)**

وقد أطلق "**بارتون**" فكرة قائمة على إعتبار الصلابة النفسية "نظرة للعالم" **Worldview** أكثر منها سمة من سمات الشخصية، وبعد ذلك إطارا أكثر عمومية يستطيع الأشخاص إعتماده وتفسير خبرات حياتهم بأكملها. وهكذا تكون الصلابة النفسية نمط عاما من الوظائف التي تتضمن المظاهر المعرفية، والإنفعالية، والسلوكية، التي تميز الأشخاص الذين يبقون أصحاء وأسوياء تحت وطأة الضغط النفسي. **(Bartone, 2012, p.4)**

إلى جانب ذلك، أورد "**بارتون**" فكرة مهمة عن الصلابة النفسية باعتبارها عامة وقائية ضد الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي، وهي ما إتفق العلماء على تسميتها "**سيكو بيولوجية الصلابة**" ذلك أن الضغط النفسي -الإجتماعي عامل خطر لنشأة المشاكل الصحية وتطورها، ومن ضمنها أمراض الشريان التاجي للقلب الذي يعد السبب الأول المؤدي إلى الوفاة في العالم. فإلى جانب الكثير من عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، مثل: البدانة، والنظام الغذائي، والعادات الصحية الخاطئة، يبرز عامل الضغط النفسي كعامل أساسي في هذه الأمراض. **(Bartone, 2009, pp.424-428)**

وقد قام علماء النفس بالبحث عن هذه المتغيرات وإتضح لهم دور الصلابة النفسية في الوقاية من أمراض القلب. وظهر عدد كبير من الدراسات في هذا المجال، منها على سبيل المثال دراسة "**هوارد وزملاؤه**". **Howard et al** التي أظهرت أن الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة يستجيبون فسيولوجية أقل من غيرهم للضغط النفسي.

(Bartone, 2008, pp.78-81)

كما أظهرت نتائج دراسات أخرى أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يتمتعون بجهاز مناعة متين وصلب، مثل دراسة "**دولبيه**" **وزملائه (2001). Dolbier et al** عن العلاقة بين الصلابة النفسية وبين مستويات الهورمونات والناقلات العصبية الكيميائية، والتي

بينت نتائجها وجود ارتباط وثيق بين مستوى الصلابة النفسية وكفاءة عمل جهاز المناعة.

(Sandivik et al, 2013, p708)

خلاصة القول، أن "**بارتون**" **Bartone** قد إستنتج أن الصلابة تتعدى كونها سمة من سمات الشخصية لتكون تركيبة أكثر شمولا: إنها أسلوب أو نمط يميز الشخصية ويتضمن خصائص معرفية وانفعالية وسلوكية وبيولوجية. هذا النمط العام من الصحة والأداء يؤثر في الطريقة التي يرى بها الفرد نفسه والتي بواسطتها يتفاعل مع العالم المحيط به.

(بن الطاهر وبهياني،2016، ص314)

5-أبعاد الصلابة النفسية:

تكونت أبعاد الصلابة النفسية من خلال الدراسات التي أجرتها كوبازا وتوصلت إلى الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية وهي (الإلتزام، التحكم، والتحدي).

وقد أضيف إلى هذه الأبعاد بعدين من قبل بعض الباحثين أمثال **(راضي، 2008)** و **(عودة، 2010)** هما الصبر وبعد الإيمان بالقضاء والقدر التي يتناسبان مع البيئتان العربية والإسلامية.

أولا: الإلتزام *Commitment*:

ويعرف الإلتزام بأنه: تبني الفرد أقيم ومبادئ ومعتقدات وأطراف محددة، وتمسكه بها، وتحمله المسؤولية إتجاه نفسه ومجتمعه، وهذا يعكس مستوى الصلابة النفسية للفرد.

(عودة، 2010 :86).

كما أنه يعكس إتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديده لأهدافه وقيمه في الحياة وتحمله المسؤولية، وأنه يشير أيضا إلى إعتقاد الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يؤديه لذاته أو للجميع. **(جيهان وحمزة 2002)**

وقد أشارت" **كوبازا** و**مادي** و**بكسيتي** "إلى أن الإلتزام الشخصي أو النفسي يضم كلا من:

أ-الإلتزام تجاه الذات: وهو " اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديده لأهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديده لاتجاهاته الإيجابية على نحو تميزه عن الآخرين".

ب -الإلتزام تجاه العمل: وهو إعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له وللآخرين، وإعتقاده بضرورة الإندماج في محيط العمل وبكفاءته في إنجاز عمله، وضرورة تحمله مسؤوليات العمل والإلتزام بنظمه". **(Kobasa, Maddi, Pacceatti ،1985)**

وقد تناول **أبو ندى (2007)** الإلتزام وصنفه في ثلاثة جوانب هي:

1.الإلتزام الديني : وهو التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والإمتناع عن إتيان ما نهى الله عنه.

2. الإلتزام الخلقي: وهو إعتقاد الفرد بضرورة الإستمرار في علاقاته الشخصية.

3. الإلتزام القانوني: والذي إرتبطت طبيعته ببعض المهن، وميزت محددات طبيعة تلك المهن.

ثانيا: التحكم *Control*:

يعد التحكم بأنه إعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث ويتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، ويتضمن القدرة على إتخاذ القرارات، والإختيار بين البدائل، وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة. **(مخيمر،1997، 15).**

ثالثا: التحدي *Challenge*:

وهو البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية وعرفته "**كوبازا** "على أنه إعتقاد الفرد بأن التغيرات المتجددة في أحداث الحياة هي أمر طبيعي بل حتمي لا بد منه لإرتقائه، أكثر من كونها تهديدا لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية. **(Kobasa ،1983)**

كما يمثل إعتقاد الشخص أن ما يحدث من تغيير على جوانب حياته، هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على المبادأة وإستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والإجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية ويظهر التحدي في إقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهة المشكلات ويتبين من ذلك أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو ضارة، باعتبارها أمور طبيعية لابد من حدوثها لنموه وإرتقائه، مع قدراته على مواجهة المشكلات بفاعلية، وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة. **(راضي، 2008، ص30).**

6-خصائص الصلابة النفسية:

ويمكن أن نلخص خصائص أو سمات ذوي الصلابة النفسية فيما يلي:

6-1-خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

لا شك أن هناك العديد من الخصائص التي يتمتع بها ذوي الصلابة النفسية وقد قام العديد من العلماء والباحثين منهم **تايلر** بالتعرض لهذه الخصائص كما يلي:

/ الإحساس بالإلتزام أو النية لدفع النفس للانخراط في اي مستجدات تحدث لهم / الإيمان (الإعتقاد بالسيطرة أي إحساس الشخص بأنه نفسه هو سبب الحدث الذي حدث في حياته وأنه هو الذي يستطيع أن يؤثر على بيئته.

/ التحدي وهو الرغبة في إحداث التغير، ومواجهة الأنشطة الجديدة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص انتماء .

وتوصلت "**كوبازا**" من خلال دراستها عام 1979 إلى وجود نمط من الشخصية يعرف بنمط الشخصية شديدة الإحتمال الصلبةوهو الذي يشجع على التكيف البناء مع الأحداث

الضاغطة، كما توصلت إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة بالرغم من تعرضهم للضغوط كانوا أقل مرضا كما أنهم يتسمون بأنهم أكثر صمودا، ومقاومة، وإنجازا وسيطرة، وضبطا داخليا، وقيادة وقدرة وإقتدارا، ومبادأة، ونشاطا ودافعية..**(kobasa1979)**

وتوصلت" **كوبازا** "من سلسلة دراستها المتعددة **(1983.1982.1979)** وكذلك مادي وآخرون **(1998)** إلى أن أهم الخصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة وهي:

• وجود نظام قيمي وديني لديهم يقيهم من الوقوع في الإنحراف أو الأمراض أو الإدمان
• وجود أهداف في حياتهم ومعاني يتمسكون بها ويرتبطون بها.

• الإلتزام والمساندة للأخرين عند الحاجة.

• المبادأة والنشاط.

• المثابرة وبذل الجهد والقدرة على التحمل والعمل تحت الضغوط.

• القدرة على الإنجاز والإبداع.

• الميل للقيادة.

• القدرة على الصمود والمقاومة.

• التفاؤل والتوجه الإيجابي نحو الحياة.

• القدرة على إتخاذ القرارات والإختيار بين بدائل متعددة.

• الهدوء والقدرة على التنظيم الإنفعالي والتحكم في الإنفعالات.

• إدراك التحكم الداخلي.

• التحكم المعرفي أي القدرة على التفسير والتقدير للأحداث الضاغطة.
• الإعتماد بأن النجاح في الحياة يعود للعمل والمجهود وليس للصدفة أو الحظ أو الظروف.

• القدرة على تحقيق الذات.

• شعور عالي بالثقة وتقدير الذات.

• يتسمون بإتقان العمل والدراسة.

• الواقعية والموضوعية في تقييم الذات والأحداث ووضع الأهداف المستقبلية.

• الإستفادة من خبرات الفشل في تطوير الذات.

• الإهتمام بالبيئة والمحافظة الفعالة في الحفاظ عليها.

• توقع المشكلات والإستعداد لها.

• القدرة على التجديد والإرتقاء.

• الشعور بالرضا عن الذات.

• إعتبار أن الأحداث الضاغطة أمر طبيعي وليس تهديدا لهم.

• الممارسات الصحية (نظام غذائي، ممارسة الرياضة، عدم التدخين ... الخ)

• تزداد صلابتهم النفسية مع التقدم في العمر فهي في حالة نمو مستمر.

• إقتحام المشكلات لحلها وعدم انتظار حدوثها.

• الرغبة في استكشاف البيئة ومعرفة ما يجهلونه.

• الصحة الجسمية. **(صديم، 2012، ص 20)**

وهناك حقائق أخرى تشير إلى أن الأشخاص الذين يتصفون بالصلابة النفسية يكونون أكثر مقاومة وإنجازا وضبطا داخليا ومبادأة ونشاط تلقائيا وكذلك أكثر مرونة وواقعية وأقل إضطرابا مقارنة بالأشخاص الأقل صلابة نفسية، حيث يكونون أكثر عرضة للإصابة

بالإضطرابات ويشعرون بالعجز عندما يقعون تحت تأثير الأحداث الضاغطة أي أنهم كما تشير نتائج بعض الدراسات أعلى في الضبط الخارجي وأكثر ضعفا في الضبط الداخلي

فالصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف إلى حد كبير من تأثيرات الأحداث الضاغطة أو الأزمات النفسية الطارئة وان العلاقة بين الصلابة النفسية والإضطراب هي علاقة عكسية، فالأشخاص الأكثر صلابة نفسية عند مواجهتهم للمواقف الصعبة والحرجة أو المهددة يكونون أقل عرضة من الإصابة بالاضطرابات ولديهم الإمكانية الاستمرارية عملية التوافق مع متطلبات الحياة على عكس الأشخاص ذوو الصلابة النفسية الضعيفة . **(الخالدي، 2009، ص 46)**

6-2-خصائص الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة:

بخلاف ذوي الصلابة المرتفعة نجد أن الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة يميلون إلى أن يجدوا أنفسهم والبيئة من حولهم مملة، وليس لها معنى ومهددة ويشعرون بالضعف في مواجهة القوى الساحقة (الغامرة) معتقدين أن الحياة أفضل حينما تتضمن تغييرات ليست مهددة، ويميلون إلى أن يكونوا سلبيين في تفاعلهم مع البيئة، فحينما تقع الأحداث المسببة للتوتر يكون لديهم حساسية ضعيفة للتقييم المعرفي المتفائل والفعل الحاسم اللذين يحولان الأحداث، وتكون الأحداث الضاغطة خالية من التأثير المتعمد على الصحة لأن شخصيات هؤلاء الأفراد غير قادرة على تخفيف الصدمة. **(الدامر ،2014، ص 29).**

وترتبط الصلابة النفسية بأمور عدة هي:

- إمكانيات الفرد الشخصية، وقدرته على التعلم من الخبرة القادمة.
- نظرة الفرد إلى الوضع القائم على أنه تحد وفرصة للنمو والتطور.
- نظرة الفرد إلى الوضع القائم على أنه أزمة وشيء مزعج.

ومن العوامل المساعدة على زيادة الصلابة النفسية:

•تصور الفرد لمعنى الوضع القائم.

• مقدار الدعم الخارجي الذي يتلقاه الفرد. **(الدليمي وآخرون،2012، ص 203).**

7-أهمية الصلابة النفسية:

تعد الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية الأساسية، التي تقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلا وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما وتعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والإضطرابات النفسية.

وقد قدمت "**كوبازا**" عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد وفي هذا الخصوص ترى كل من "**مادي** و**كوبازا**" أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع، تؤدي إلى إستثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية وإضطرابات نفسية، وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق ويتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة و تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال و تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الإجتماعي. وتقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة، وهذه بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية. **(حمادة وعبد اللطيف، 2002).**

وقد أكدت البحوث أهمية إدراك الأحداث في الشعور بالضغوط من عدمه، فقد وجد كل من (**رودوالت** و**زون** ،**zun & rodwalt**") أنه بمقارنة الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة

بأقرانهم ذوي الصلابة المنخفضة وجدوهم يميلون أكثر للنظر إلى أحداث الحياة الماضية على أنها كانت إيجابية وكانت لديهم القدرة على التحكم فيها.

ووجد **مادي** و**كوبازا** أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الإستفادة من أساليب مواجهتهم للضغوط بحيث تفيدهم في خفض تحديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها إلى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها. **(عودة,2010)**

ويؤكد ("**الليرد** و**سميث 1989 Smith & Allerd** ") أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما نتج عنها من إنحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي، وأن لديهم أيضا مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل صلابة والتي تعرف بالإلتزام والسيطرة والتحدي. التي ترجع إلى التفاؤل وهي سمة من شأنها أن تقي الآثار الجسدية المتعددة للضغط. كما تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية فالأفراد الأكثر صلابة عندهم كفاءة ذاتية أكثر ولديهم قدرات إدراكية من ناحية أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل ضغطا ولديهم استجابات تكيفية أكثر. ومما سبق يتضح أن الصلابة النفسية تنشئ جدار دفاع نفسي للفرد يعينه على التكيف البناء مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة، وتخلق نمطا من الشخصية شديدة الإحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط وتخفف من آثارها السلبية، ليصل إلى مرحلة التوافق، وينظر إلى الحاضر والمستقبل بنظرة ملؤها الأمل والتفاؤل، وتخلو حياته من القلق والإكتئاب وتصبح ردود أفعاله مثالا للإستحسان.

خلاصة الفصل:

إن للصلابة النفسية قدرة على إنشاء جدار دفاع نفسي يعين الفرد على التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة، وتجعل منه شخصية قوية شديدة الإحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط قادر على التحكم في مشاعره وحل مشكلاته، وله القدرة على "الإلتزام والتحدي ليصل إلى مرحلة التكيف والتوافق مع المعايير الإجتماعية داخل مجتمعه، وتدعم إحتفاظ الفرد بالصحة النفسية والعقلية، كما يساهم الأمن النفسي في في الحفاظ على هذه الأخيرة، وهذا ما سنوضحه ونتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثاني

الأمن النفسي

-تمهيد

1-مفهوم الأمن النفسي

2-الأمن النفسي وبعض المفاهيم

3-النظريات المفسرة للأمن النفسي

4-خصائص الأمن النفسي

5-العوامل المؤثرة في الأمن النفسي

6-أساليب تحقيق الأمن النفسي

7-أهداف الأمن النفسي

8-الآثار المترتبة عن إنعدام الأمن النفسي

-خلاصة الفصل

تمهيد

يعد الأمن النفسي أحد مظاهر الشعور النفسي الإيجابي وأول المؤشرات الدالة على الصحة النفسية، كما تعتبر الحاجة إلى الأمن النفسي من أهم الضروريات التي يسعي الإنسان إلى توفيرها من أجل البقاء، والتي تقف وراء إستمرارية عجلة الستوك البشري، وهو مطلب لجميع الأفراد في ظل شعورهم بالأمن النفسي من مختلف الجوانب.

والأمن النفسي هو الطمأنينة النفسية والإنفعالية، وهو الأمن الشخصي أو أمن كل فرد على حدة، والشخص الآمن نفسيا هو الذي يشعر أن حاجاته مشبعة، وأن مطالب نموه محققة وأن المقومات الأساسية لحياته غير معرضة للخطر، والإنسان الآمن نفسيا يكون في حالة توازن أو توافق نفسي.

بنوع من التفصيل سنحاول الخوض في متغير الأمن النفسي في هذا الفصل. نفتحه بمفهوم الأمن وخصائصه والنظريات المفسرة له، ثم العوامل المؤثرة في الأمن النفسي وأساليب تحقيقه ثم نتناول الآثار المترتبة عن إنعدام الأمن النفسي وكمحطة أخيرة نضع خلاصة لهذا الفصل.

- **الأمن النفسي:**

تعد الحاجة إلى الأمن النفسي من أهم الحاجات النفسية، ومن أهم دوافع السلوك البشري طوال الحياة من الطفولة إلى الشيخوخة، كما تعتبر من أهم الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسي السوي والتوافق النفسي والصحة النفسية للفرد.

(زهران، 1989، 297)

ويرى **(الحفني، 1994، 770)** أن الحاجة إلى الأمن هي حاجة سيكولوجية، جوهرها السعي المستمر للمحافظة على الظروف التي تضمن إشباع الحاجات البيولوجية والسيكولوجية. **(الحفني، 1994، 770)**

في حين يؤكد **(ناصر، 1994، 15)** على أن حاجة الأمن من أهم حاجات الإنسان. وإنها محور نشاط السلوك الإنساني بحيث يسخر الإنسان كل قواه وإمكاناته العضلية والجسدية لإشباع تلك الحاجة، وشعور الإنسان بالحاجة إلى الأمن يسيطر عليه، ويحدد آرائه، وفلسفاته، ونظراته لما حوله من البيئة المحيطة، وأنه يعيش للأمن وحده باحثا عنه، فكل ما في الوجود يعد أقل أهمية من الأمن. **(ناصر، 1994، 15)**

كما يؤكد **(زهران، 1979، 297)** أن الحاجة إلى الأمن هي محرك الفرد لتحقيق أمنه ولدرء الخطر عنه، وترتبط الحاجة إلى الأمن إرتباطا وثيقا بغريزة المحافظة على البقاء. **(زهران، 1979، 297)**

وتعد الحاجة إلى الأمن كالحاجات الفسيولوجية حاجة أولية من حيث نشأتها، فهي تظهر في المراحل الأولى من حياة الفرد حيث يألف إشباع تلك الحاجة منذ الطفولة وفقا لروتين حياته اليومية، و إذا ما طرأ تغير على هذا الروتين بحيث يؤدي إلى حدوث إضطراب في إشباع حاجته إلى الأمن فإن ذلك يثير إنفعال الخوف و القلق لدى الشخص، أما الأشخاص الذين يعانون من التهديد اللاشعوري للأمن بحكم ما تعرضوا له من ظروف

خلال حياتهم فإنهم يلجأون إلى القيام بتصرفات تعويضية يحمون بها أنفسهم ضد أخطار مجهولة لا سند لها من حقيقة ولا مبرر لها من واقع.

(موسوعة علم النفس الشاملة، 1999، 23، 24).

ويرى **(زهران، 1977، 201)**. أن الحاجة إلى الأمن تتضمن الحاجة إلى الأمن الجسمي، والصحة الجسمية، والحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي، والحاجة إلى البقاء حيا، والحاجة إلى الشفاء من المرض أو الجرح، و الحاجة إلى الحياة الأسرية الأمنة المستقرة السعيدة، و الحاجة إلى الحماية ضد الحرمان من إشباع الدوافع، و الحاجة إلى المساندة في حل المشكلات الشخصية. **(زهران، 1977، 201)**.

ويؤكد **(راجح، 1977، 1، 114)** على أن الشعور بالأمن حاجة هامة لجميع الأشخاص في جميع المراحل العمرية، فالطفل في حاجة ماسة للأمن في مرحلة الطفولة نظرا لضعفه و قلة حيلته و تحقق هذه الحاجة لديه عن طريق إشباع حاجاته الفسيولوجية، و أن يكون موضع عطف وود و إهتمام من قبل والديه، و أن يقوما بوضع الحدود السليمة لسلوكياته، كما أن المراهق في حاجة ماسة للشعور بالأمن في تلك المرحلة التي تعد المرحلة الإنتقالية إلى الإعتماد على النفس، و التي يرغب فيها الفرد في الإستقلال عن أسرته التي تمده بالسند الروحي و التوجيهي. كما أنه يخشى في تلك المرحلة من طغيان دافعة الجنس، و إفلات الزمام من يده؛ لذا فإن المراهق في تلك المرحلة في أمس الحاجة إلى صديق أو مرشد أو جماعة ينتمي إليها، أو عقيدة دينية تشعره بالأمن.

كما تبدو حاجة المسنين إلى الشعور بالأمن، والإنتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه كبيرة، خاصة بعد إحساسهم بالضعف و إقتراب الأجل والشعور بالوحدة وخاصة إذا ما إنفصل أولاده وأهله من حوله، وذلك عندما ينشغلون بمطالب الحياة مما قد يؤدي إلى شعورهم بأنه إنسان غير مرغوب فيه. **(قناوي، 1987، 70، 71)**

وترى **(دافيدوف، 1997، 441)** أن الحاجة إلى الأمن، و البعد عن الخطر، و الشعور بالحماية تظهر بمجرد إشباع الحاجات الفسيولوجية؛ حيث يرغب الأطفال في إتباع طريقة محدودة روتينية يمكن الإعتماد عليها في حياتهم، بينما يسعى البالغين الكبار إلى الحصول على مراكز ووظائف أكثر إستقرارا، و إلى تكوين المدخرات، و قد يقرأ الأفراد الديانات ووجهات النظر الفلسفية لتنظيم حياتهم ومنحها الشعور بالأمن.

(دافيدوف، 1997، 441)

ويشير **(محمد و مرسي، 1986، 89)** إلى أن إشباع الحاجة إلى الأمن و الطمأنينة في جميع مراحل الحياة ضروري للنمو النفسي السوي و التمتع بالصحة النفسية، فقد تبين من دراسات كثيرة أن الأشخاص الأمنين متقائلون، سعداء، متوافقون مع مجتمعهم، مبدعون في أعمالهم، ناجحون في حياتهم، بينما كان الأشخاص غير الآمنين قلقين متشائمين، معرضين للإنحرافات النفسية و الأمراض السيكوسوماتية. **(محمد و مرسي، 1986، 89)**

وتتعدد صور الحاجة إلى الأمن في زماننا الحاضر، فالإنسان في حاجة إلى أنه يشعر بالأمن على نفقة عيشة في صورة توفير مستوى إقتصادي معين .و إلى أن يشعر بالأمن على حقه في إبداء رأيه و التعبير عن نفسه في مواجهة السلطة الحاكمة ،وفي حاجة إلى الشعور بالأمن في مواجهة غيره من الأفراد بأن يحترموا حقوقه و حريته الشخصية و ألا يتدخلوا فيما لا يعنيهم في شؤون غيرهم. **(الزحيلي، 1993: 146)**.

وقد إعتبرت **(مليكة، 1989، 32)** أن تحقيق الأمن متطلب ضروري لجميع الأفراد في أماكن عملهم، ويتعلق ذلك بتوفير جميع وسائل الأمن والأمان في مواقع عملهم، أي متطلبات الأمن الصناعي، وضمان تحقيق دخل مناسب، وتأمينات إجتماعية، وصحية والضمانات المتعلقة بحقوق الموظف...إلخ.

يتضح مما سبق أن الحاجة إلى الأمن النفسي تعتبر من أهم الحاجات النفسية، و من أهم دوافع السلوك والتي تنشأ منذ اللحظات الأولى في حياة الفرد، و تستمر عبر المراحل العمريه المختلفة من الطفولة و حتى آخر ا لحظات في حياة الفرد، و أن الفرد بحاجة ماسة لعقيدة دينية صلبة يستمد منها الشعور بالأمن عبر تلك المراحل، و لا تنحصر الحاجة إلى الأمن في الجانب المادي فقط بل تتعداه إلى الجوانب المعنوية (من حرية شخصية و فكرية..إلخ)، كما أن الإنسان بحاجة إلى الأمن في شتى أماكن تواجده في البيت، والعمل، و المدرسة..إلخ.

ويرى الباحث: أن رجل الإسعاف في أمس الحاجة إلى إشباع الحاجة إلى الأمن والطمأنينة من خلال الإحساس بالحماية من الأخطار والشعور بالود والمحبة تجاه الآخرين، والشعور بالإهتمام والتقدير من قبلهم، وبتوفير كافة عوامل الأمن المادية والمعنوية له من حماية شخصية من الأخطار والتهديد، وأجر يتناسب مع الأخطار التي يتعرض لها، وتأمين إجتماعي وصحي، وحرية شخصية وفكرية تتيح له التعبير عن آراءه وأفكاره، الأمر الذي يعينه على القيام بواجبه في الميدان على أكمل وجه، ويمده بالقدرة على العطاء وحسن التصرف في كافة الأحوال. **(مليكة، 1989، 32)**

1-مفهوم الأمن النفسي:

يعد مفهوم الأمن النفسي من المفاهيم المركبة في علم النفس، و يتداخل في مؤشراته مع مفاهيم أخرى مثل الطمأنينة الإنفعالية، الأمن الذاتي، التكيف الذاتي، الرضا عن الذات،مفهوم الذات الإيجابي، التوازن الإنفعالي ... إلخ، كم يتبادل في الواقع عندما يكون الحديث عن مستواه في الدراسات النفسية مع مفاهيم الفلق، الصراع، الشعور بعدم الثقة، توقع الخطر، الإحساس بالضغط، الإحساس بالعزلة... إلخ لدرجة يصعب معها توضيح حدوده بجلاء **(أسعد، 1999،5)**

ويقال للأمن النفسي أيضاً الأمن الإنفعالي والأمن الشخصي والأمن الخاصر و السلم الشخصي **(زهران، 1989 ،296)**

ويعد مفهوم الأمن النفسي من المفاهيم الأساسية في مجال الصحة النفسية:

بحيث عرفه **(زهران، 1989 ،697)** أن الأمن النفسي هو الطمأنينة الإنفعالية والنفسية، وهو الأمن الشخصي، وهو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضموناً وغير معرض للخطر مثل الحاجات الفسيولوجية، والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إحترام الذات، والحاجة إلى تحقيق الذات و أحياناً يكون إشباع الحاجات بدون مجهود و أحياناً يحتاج إلى السعي و بذل الجهد لتحقيقه.

وكما يرى **(زهران، 1989، 697)** أن الشخص الآمن نفسياً هو الذي يشعر أن حاجاته مشبعة وأن المقومات الأساسية لحياته غير معرضة للخطر، و الإنسان الأمن نفسياً يكون في حالة توازن و توافق أمني، و بعكس الأمن النفسي عدم الأمن و الخوف من الخطر و التهديد.

ويتفق **(الدسوقي، 1990 ،169)** في تعريف الأمن النفسي مع "**زهران**" فيرى أن معنى الأمن النفسي هو الأمن الإنفعالي"**Emotional security**" وهي حالة يحس فيها المرء بالسلامة والأمان وعدم التخوف والإشفاق على المستقبل ،وهي حال يكون فيها إشباع الحاجات وإرضاءها مكفولان، و يكون أحياناً إشباع تلك الحاجات بدون جهد، وغالبا يحتاج إلى المجاهدة المعقولة، والتي سوف تجلب الرضى وهو إتجاه مركب من تملك النفس بالثقة بالذات والتيقن من أن المرء ينتمي إلى جماعات إنسانية لها قيمتها.

في حين يرى **(الحفني، 1993، 70)** أن الأمن النفسي ينبع من شعور الفرد بأنه يستطيع الإبقاء على علاقات مشبعة ومتزنة مع الناس ذوي الأهمية الإنفعالية في حياته،

وهو بذلك ينظر إلى الأمن النفسي من الجانب الإجتماعي دون غيره . **(الحفني، 1993، 70)**

والأمن النفسي عند **(توماس ،W. I. Thomas)** و**(الدسوقي، 1990 169)** هي أحد المطالب الأساسية و أصل المحافظة على بقاء النوع البشري، إذ يقرر المهتمون بالصحة النفسية أحياناً أن مدار صحة العقل هو الشعور بالأمن الإنفعالي في علاقات ما بين الأشخاص.

ويعرف (**الكناني، 1988 93**) أنه مقدار ما يحتاج إلية الفرد من حماية لنفسه، ووقايتها من الظروف التي تشكل خطراً عليه مثل التقلبات المناخية، والطبيعية، و الأوبئة، والأمراض، والحروب، وعدم الإستقرار السياسي، والإقتصادي، والإجتماعي، و التقليل من القلق المرتفع المصاحب للمستقبل المجهول سواء فيما يتعلق بدراسته، أو عمله، أو مأكله، أو ملبسة. (**الكناني، 1988 93**)

بحيث عرفه **(ماسلو 15،1983)** بأنه شعور الفرد بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين و له مكانة بينهم، ويدرك أن بيئته صديقة ودودة غير محبطة يشعر فيها بندرة الخطر و التهديد و القلق. **(ماسلو 15،1983)**

ويشير **(لأجبر1995، 86)** إلى أن الأمن النفسي هو مفهوم معقد. نظراً لتأثره بالتغيرات التكنولوجية و الإجتماعية و الإقتصادية السريعة و المتلاحقة في حياة الإنسان خاصة في الفترة المعاصرة، لذلك فدرجة شعور المرء بالأمن النفسي ترتبط بحالته الصحية و علاقاته الإجتماعية ومدى إشباعه لدوافعه الأولية و الثانوية، لذا فإن الأمن النفسي يتكون من شقين :

-**الأول داخلي:** يتمثل في عملية التوافق النفسي مع الذات ،أي قدرة المرء على حل الصراعات التي تواجهه و تحمل الأزمات و الحرمان .

-**الثاني خارجي:** و يتمثل في عملية التكيف الإجتماعي، بمعنى قدرة المرء على التلاؤم مع البيئة الخارجية و التوفيق بين المطالب الغريزية و العالم الخارجي و الأنا الأعلى.

ويتفق (**سعد، 19 ،1999**) مع" **جبر**" في نظرته إلى الأمن النفسي بأنه مفهوم مركب. فيرى أن الأمن النفسي يعد ظاهرة تكاملية، تراكمية ،نفسية ،فلسفية ،كمية ،إنسانية:

-**نفسية:** أي ظاهرة تحتاج إلى قدر معين من الطاقة النفسية.

-**معرفية فلسفية:** ويقصد بها أن الأمن النفسي يتحدد بالقيمة المعرفية للأشياء والموضوعات المهددة للذات.

- **إجتماعية:** أي تتأثر بالظروف الإجتماعية، والنسيج الإجتماعي، وبعملية التنشئة الإجتماعية.

-**كمية:** بمعنى أن الأمن النفسي هو ظاهرة قابلة للقياس.

-**إنسانية:** إن الأمن النفسي سمة إنسانية يشترك فيها جميع أبناء البشر بشتى مراحلهم العمرية، ومستوياتهم الثقافية، والإجتماعية، والمعرفية. **(لأجبر1995، 86)**

2-الأمن النفسي وبعض المفاهيم النفسية:

2-1-الأمن النفسي والقلق:

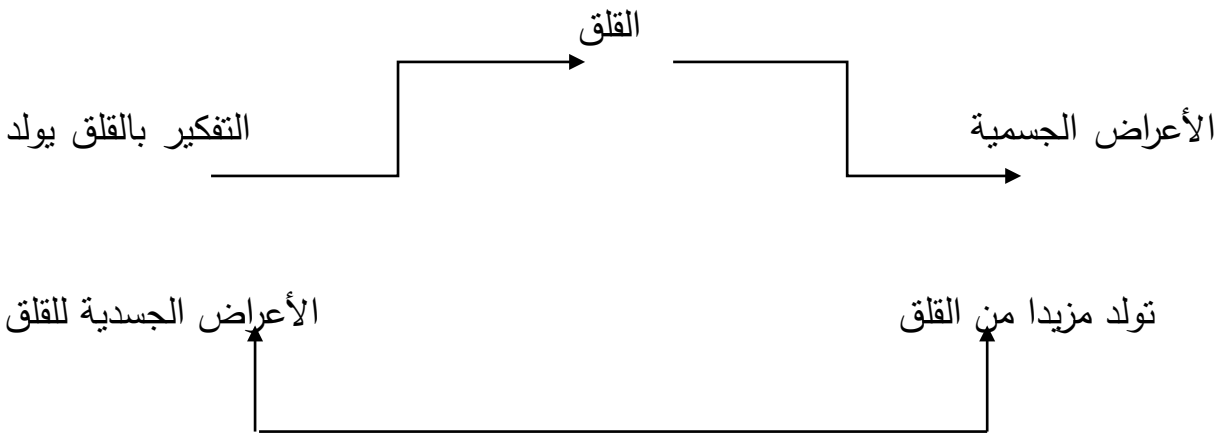
أشار **(Dalton, 1961)** و**(دواني و ديراني ،1984 ،48)** إلى أن القلق الذي يسبب للفرد إضطرابات نفسية متعددةو يعد مصدرا هاما من مصادر عدم الشعور بالأمن التفسي، و يتوقف على مدى إستجابة الفرد للخطر الذي يهدده؛ فالإستجابة للخطر بطريقة من الطرق (كالهروب الدفاعي، أو الهجوم الإيجابي) قد لا يسبب القلق النفسي الفرد، ولكن إذا عجز الفرد عن الإستجابة للخطر بسلوك غير منتظم فإنه قد يصاب بالقلق النفسي الذي قد يستفحل ليصل إلى درجة كبيرة لا يستطيع الفرد أن يقاومه، ويصبح ملازما له في حياته.

وبيين الطبيب النفسي "**نورمان كاميرون**"، "**وهربرت**" و**(آغا، 1988، 16)** أن تعلم الأطفال القلق؛ من خلال قيام أباءهم بالتعامل معهم بطريقة توحي بأن هؤلاء الأطفال أهل للثقة، ويمكن الإعتماد عليهم لذلك فإنهم يتعرضون لصعوبات الراشدين قبل النضج اللازم وأن إفتقارهم للخبرة الكافية، وعلم بلوغهم مستوى النضج اللازم لتلك الأعباء يؤدي إلى عدم شعورهم بالأمن النفسي.

وكما عريفه "**القريطي،1998**" بأنه: "حالة إنفعالية مركبة غير سارة تمثل إنطلاقا أو مزيجا من مشاعر الخوف المستمر و الفزع و الرعب و الإنقباض، نتيجة توقع شر وشيك الحدوث" **(أفرغ،2005،ص12)**

وأنه خوف من حدوث شيء في المستقبل أو توقع خطر دون موضوع، وعليه فلقلق يمكن أن يتحول إلى حلقة مفرغة كما يبينه الشكل رقم **(01)**.

شكل رقم (01): يمثل الحلقة المفرغة للقلق



المرجع (منكري،2013، ص10)

فالقلق النفسي نتيجة مواقف الحياة المختلفة يعد من المهددات الرئيسية للأمن النفسي في حياة الفرد، ويمكن للقلق أن يهدد الإنسان و ينشر التعاسة في حياته و حياته و حياة المحيطين به وهذا لايمنع أيضا أن الدرجة المتوسطة للقلق تعتبر طاقة محركة ودافعة للفرد من أجل تحسين الأداء و الإنتاج. **(السهلي،2007 ص،22)**

2-2-الأمن النفسي والتوتر:

ترى **(جودة، 1998، 18)** أن التوتر هو عبارة عن ظاهرة نفسية ناجمة عن المواقف الصاغطة والمؤثرة والتي تهدد حاجات الفرد، ووجوده يتطلب منه نوعا من إعادة التوافق عبر تغيرات جسمية ونفسية و سلوكية.

في حين يرى **(سويف، 1928، 62)** أن التوتر هو "الأساس الدينامي الذي يكمن وراء الشعور بتهديد الطمانينة أو بتهديد أي اقزان قائم بالنسبة للشخص ككل، أو لجانب من جوانبه و ما يترتب على ذلك من تحفر للقضاء على هذا التهديد.

وهذا يعني أن هناك علاقة وثيقة بين الأمن النفسي و التوتر، حيث يتضح مما سبق أن التوتر الذي يصيب الفرد ينشأ عن ضغوط نفسية مهددة لحاجات الأفراد، ومن ضمن تلك الحاجات الحاجة إلى الأمن، كما يتضح أن أساس شعور الفرد بعدم الأمن و الطمانينة ينشأ من خلال إختلال التوازن في الجهاز النفسي لديه.

2-3- الأمن النفسي و التوافق:

التوافق النفسي هو عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة بالتغير والتعديل، حتى يحدث توازن بين الفرد و بيئته و أبعاد التوافق هي:

3-1-التوافق الشخصي: و يتضمن السعادة مع النفس و الرضا عن الذات، و إشباع الدوافع الداخلية الأولية و الفطرية و الثانوية و المكتسبة ،و يعبر عن سلم داخلي حيث لا صراع داخلي. و بتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة.

3-2-التوافق الإجتماعي: و الذي يتضمن السعادة مع الأخرين و الإلتزام بأخلاقيات المجتمع، ومسايرة معاييره الإجتماعية و الإمتثال لقواعد الضبط الإجتماعي و تقبل التغير الإجتماعي السليم ،و العمل لخير الجماعة و السعادة الزوجية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الإجتماعية.

3-3-التوافق المهني: ويتضمن الإختبار المناسب للمهنة والإستقرار علما وتدريبا لها، والدخول فيها والإنجاز والكفاءة والإنتاج والشعور بالرضا والنجاح. **(زهران، 1978، 41).**

ويؤكد **(جبر، 1995، 86)** من خلال تعريفه للأمن النفسي أن الأمن النفسي يتضمن مكونان محورهما التوافق مع الذات: المتمثل بقدرة المرء على حل الصراعات التي تواجه و تحمل الأزمات و الحرمان، والتوافق الإجتماعي: المتمثل في قدرة المرء على التلاؤم مع البيئة الخارجية ،و التوفيق بين المطالب الغريزية و العالم الخارجي، و الأنا الأعلى.

فالتوافق بأنواعه الشخصي والإجتماعي والمهني يعد محور شعور الفرد بالأمن النفسي.

2-4- الأمن النفسي و التوازن الانفعالي:

يشير **(مرسي، 15،1984)** إلى وجود علاقة وطيدة بين الأمن النفسي والإتزان الإنفعالي، فهو يرى أن الإتزان الإنفعالي هو عبارة عن "الإطمئنان والإستقرار للفرد من خلال تنمية الشخصية السوية، كما يرى **(مطوع، 1996: 243)** أن التوازن النفسي هو الطريقة التي تساعد الفرد على خفض التوتر و إشباع الدافع، و العودة إلى الحالة التي تتوازن فيها مشاعره مع المنبهات الخارجية التي يدركها و يكون تفكيره و شعوره و سلوكه غالبا، منسقا في إنسجام مع مفهومه لذاته و دافعيته لإنجاز بعض المهمات الأخرى و باتجاهه نحو المواقف الصعبة التي يقدم عليها.

2-5- الأمن النفسي والثقة بالنفس:

ترتبط الثقة بالنفس إرتباطا وثيقا بالشعور بالأمن والطمأنينة النفسية، فهي ترتبط بإحساس الفرد بالسعادة، والسعادة هي حالة نفسية من الإرتياح و ترتكز بصفة أساسية على الإحساس بالطمأنينة النفسية والثقة بالنفس ،وليس من الممكن أن يحس شخص بالطمأنينة إلا إذا توفرت لديه الثقة بالنفس وأكثر من هذا فإن الثقة بالنفس هي الدرع الواقي للطمأنينة، فمن يفتقر إلى الثقة بالنفس ويكون عرضة في أية لحظة للإضطراب والشعور بأن كل شيء يتربص به ويتأمر عليه، ويتوعده بكل ما يؤدي إلى تمزيق وصاله . **(أسعد، د.ت، 48).**

ويرى **(زهران، 1987، 295)** أن الأمن يتضمن الثقة بالنفس والهدوء والطمأنينة النفسية ،نتيجة للشعور بعدم الخوف من أي خطر أو ضرر.

2-6-الأمن النفسي ومفهوم الذات:

بحيث يشير **(الزعبي، 1992 ،71)** إلى أن درجة الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية تزداد عند الأفراد كلما كانت المفاهيم عن الذات أكثر إيجابية، وتزداد مشاعر الخطر والتهديد والقلق عند الأفراد الذين يعانون من مفاهيم سلبية عن ذواتهم، كما أوضحت الدراسة التي قام بها **(حسين، 1987)** في الرياض أن هناك فرقا في درجة الأمن النفسي بين مجموعات مفهوم الذات ،وأن ذوي الدرجات المرتفعة في مفهوم الذات والتي تعبر عن مفهوم إيجابي عن الذات يكونون أكثر شعوراً بالأمن النفسي من ذوي الدرجات المتوسطة والمنخفضة.

في ضوء ما سبق يتضح مدى العلاقة بين مفهوم القلق والتوافق والتوازن الإنفعالي، والثقة بالنفس، ومفهوم الذات، ومفهوم الأمن النفسي، ومدى التفاعل بينها، فالأمن النفسي يشير إلى التحرر من مشاعر القلق النفسي، وإلى التوافق مع الذات وتقبلها والتوافق مع الآخرين والإتزان الإنفعالي وتكوين مفهوم إيجابي عن الذات، وجميع تلك المفاهيم تشير إلى الصحة النفسية التي يعبر عنها الشعور بالأمن النفسي، ويرى الباحث أن شعور رجل الإسعاف بالقلق أو إفتقاره إلى الثقة بالنفس والإتزان الإنفعالي أو الذات الإيجابية أو التوافق

الشخصي والإجتماعي، يؤثر سلبا على مستوى الأداء المهني لديه، فكيف لمن يشعر بالقلق أن يواجه الأخطار ويستطيع أن يتخذ القرارات والقيام بإنقاذ الأرواح في المواقف الخطرة.

2-7-الأمن النفسي والصحة النفسية:

يرى **(خليل، 2002، 10)** أن بناء الصحة النفسية ترتكز على دعامتين أساسيتين هما الإطمئنان النفسي و المحبة من المهد إلى اللحد ،وهي مسيرة الحياة عند علماء النفس و التي تبدأ من الطفولة و تنتهي بالشيخوخة، بمعنى أن الإطمئنان و المحبة يسيران مسير تهما في النفس البشرية بين شاطئين، شاطئ الإطمئنان في الطفولة و شاطئ الأمن و الأمان في الشيخوخة ،و هذه المرحلة تستغرق العمر كله.

ويؤكد **(مرسي، 1978)** **(محمد ومرسي، 1986، 89)** على أن إشباع الحاجة إلى الأمن ضروري للنمو النفسي السوي والتمتع بالصحة النفسية في جميع مراحل الحياة ،فقد تبين من دراسات عديدة أن الأشخاص الآمنين متفائلون، سعداء، ومتوافقون مع مجتمعهم ومبدعون في أعمالهم وناجحون في حياتهم، في حين كان الأشخاص الغير آمنين قلقين ومتشائمين، معرضين للإنحرافات النفسية والأمراض السيكوسوماتية.

ويشير **(ملحم، 2001، 41)** إلى أن الشخص السوي يتصف بتقديره لذاته و إدراكه لقيمتها ،و بالشعور بالأمن و الطمأنينة النفسية و بتقديره الواقعي لنواحي قوته و ضعفه، وعلى منزلته التي تستطيع بلوغها و على ما هو متوقع و على عزمه و تصميمه أثناء عملية النضج. .

ويؤكد **(كفافي، 1995، 29)** على أن الشعور بالأمن و الطمأنينة النفسية من سمات الفرد السوي، و هذا لا يعني أن الشخص السوي لا ينتابه القلق و لا يشعر بالخوف ولا يخبر الصراع، بل إنه يقلق عندما يتعرض لما يثير القلق، و يخاف إذا ما تهدد أمنه، و يخبر الصراع إذا واجه بعض مواقف الإختيار الحاسمة، أو بعض المواقف التي تعارض فيها المشاعر، و لكنه في كل الحالات السابقة يسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل

المشكلة و إزالة مسببات التهديد والصراع و يحسم الأمر باتخاذ القرار المناسب في حدود إمكاناته، فالشعور بالأمن النفسي و الطمأنينة هو القاعدة الأساسية في حياة السوي الانفعالية، وفي المقابل فإن الخوف و القلق والصراع هي المشاعر التي تشكل أرضية الحياة الإنفعالي لغير السوي خاصة العصابي الذي يكون دائم القلق و تتحكم فيه المخاوف و تستبد به المشاعر الدونية و النقص.

كما يشير **(جبل، 2000 ،49)** إلى أن الصحة النفسية الجيدة تؤدي إلى شعور الفرد بالأمن والطمأنينة؛ نظرا لما يتمتع من إستقرار في حياته بعيداعن القلق والتوتر والمخاوف، ولديه القدرة على التعامل مع دوافعه في إشباعها،

يتضح مما سبق أن الشعور بالأمن النفسي من أهم الدعائم التي ترتكز عليها الصحة النفسية، وأنه من السمات المميزة للسلوك السوي الذي لا ينفي الشعور بالقلق والخوف والصراع بصورة متوقعة من أجل إزالة مصادره ومسبباته والعودة إلى حالة الإتزان النفسي، لذا يتضح أن الأمن النفسي لا يكون ثابتا مطلقا وإنما يميل إلى الثبات النسبي حسب الظروف المحيطة.

3- النظريات المفسرة للأمن النفسي :

1- نظرية التحليل النفسي:

يرى"**Sigmund Freud 1939/1856**" المختص النمساوي أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاث قوى**(الهو، الأنا، الأنا الأعلى)** متصارعة فيما بينها على أقتسام الطاقة النفسية المتاحة، ويعتمد الشعور بالأمن النفسي على قوة الأنا وقدرتها على التوفيق بين مطالب الهو وضوابط الأنا الأعلى، وبالتالي حل الصراع الذي ينشأ بين هذه المكونات بعضها ببعض وبينها وبين الواقع.

وقد أقام "**Freud**" نظريته على أساس الصراع الغريزي القائم بين غرائز الهو ونواهي الأنا الأعلى، والشعور باللأمن هو نتاج قلق الأنا الأعلى من أن تقهر بغرائز الهو.

وعبر مراحل نمو الشخص تنتقل الطاقة النفسية وفق معيار زمني محدد إلى مناطق مختلفة من الجسم، ومن خلال التثبيت في المرحلة النمية أو الأستية أو القضيبية أو بلوغ المرحلة الجنسية، يتضح نمط الشخصية وخصائصها، وبذلك فإن عدم الشعور بالأمن هو نتيجة للحرمان والكبت في الطفولة، وبسبب تثبيت الشخص على أدوار معينة.

أما "**Anna Freud**" في كتابها « ***Le Moi et les mécanismes de défense***» فحددت الوضعيات التي تدل على عدم الأمن وتستدعي الدفاع في:

1.الخوف من الأنا الأعلى الذي يرفض خروج نزوة ما إلى الشعور، مما يجعل الأنا يقاومها.

2.الخوف من المحيط ومحرماته، مما يجعل الطفل يقاوم ويخاف من بعض النزوات، وهنا يخضع الأنا لمبدأ الواقع.

3.التصدي لقوة بعض النزوات خاصة في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

(Anna Freud , 1968)

أما "**Adler 1937/1870**"فأكد أن الإنسان يحركه الشعور الإجتماعي ومشاعر الإنتماء، والذات نظام شخصي صارم يؤكد تميز الشخصية، فكل شخص هو صياغة فريدة من الدوافع والسمات والإهتمامات، كما جعل الشعور مركز الشخصية، والشخص السوي هو الذي يستطيع التحرر من تأثير التخيلات والأوهام ويواجه الواقع عندما تتطلب الضرورة ذلك، أما العصابي فيعيش في جو يفتقر إلى الأمن والسكينة لعدم وضوح الأهداف بوصفها جوهر الفكر الذي يوقظ الشعور الإجتماعي والإنفعالات، والشخصية السوية في نظره هي التي تعمل على تفعيل علاقاتها بالعمل الإجتماعي النافع.

(عبد الحميد وحسين سالم، 2006).

من جانب آخر نجد"**Freoom**"يؤكد على الجانب الإجتماعي، ويرى أن شعور الطفل بالأمن والإنتماء يتحقق من خلال التوحد مع الوالدين والإعتماد عليهم، وأن إنفصاله عنهم يمثل تهديدا لكيانه وهدما للشعور بالأمن وباعثا للشعور بالخطر والعجز والقلق، وأن إعتماد الوسائل الدفاعية هو مؤشر على فقدان الشعور بالأمن والإستقرار الذي يعد من متطلبات الصحة النفسية. **(عبد الحميد وحسين سالم، 2006، 150)**

أما "**Salivan**" فيفترض نوعين من الحاجات تدفع الناس نحو السلوك هي حاجات الأمن والحاجات البيولوجية، كما يؤكد على دور العلاقات الشخصية والثقافية في تشكيل الشخصية، ويرى أن مشاعر عدم الأمن والقلق لدى الشخص تشوه إدراكه للواقع كما تؤثر على النمو السوي لشخصيته.

2 –النظرية السلوكية:

يخالف السلوكيون أنصار التحليل النفسي، إذ يركزون في وصف الشخصية على مبدأ مثير / إستجابة، ويقللون من تأثير العوامل التكوينية والبيولوجية، إذ يرون الإنسان جهازا آليا يأتي باستجابة لإستثارة معينة.

ويتبنى مؤيدو هذا الإتجاه إفتراض الإقتران الفوري كشرط أساسي لحصول إرتباط "مثير إستجابة" كما في نظرية جثري، في حين يؤكد "**Hell**"على التعزيز أو الثواب الذي يصحب الإستجابة، أما"**Watson**"فيرى أن القلق والخوف (الذين يعدان من مهددات الأمن والطمأنينة) يرتبطان بالمعززات والإشتراطات التي يتعرض لها الشخص.

أما "**Eysenek**" فيؤكد على الجانب الوراثي والتكويني في تحديد إستجابة الشخص المهددات الأمن النفسي، فبعض الأشخاص لديهم قابلية الإستجابة السلبية للمثيرات المحيطة أكثر من غيرهم. **(عبد الحميد وحسين، 2006)**

وبالتالي يرى السلوكيون أن الشعور بالأمن عدم الأمن النفسي هو نتيجة التكيف الخاطئ الذي يبدأ في السنين الأولى، وأن الشعور بالأمن النفسي يتم باكتساب عادات التفاعل الإجتماعي ومواجهة المواقف والتوافق معها.

3 –النظرية المعرفية:

أكثر ما يركز عليه المعرفيون هو العمليات الإدراكية والأنشطة العقلية والذاكرة بدلا من ملاحظة السلوك الظاهر كما هو الحال لدى السلوكيين، فيؤكدون على كيفية بناء المعرفة وليس المعرفة نفسها، كما يعبر المعرفيون أن الشخص الفاقد للشعور بالأمن يحاول أن يحمل الآخرين مسؤولية ذلك منكرا الواقع وجاعلا له نظاما ومعنى بأسلوبه الخاص يمكنه من السيطرة عليه، ويؤكدون على أهمية التقييمات المعرفية في الشعور أوعدم الشعور بالأمن النفسي، مقللين من دور الوراثة ومعتبرين التهديدات والضغوط التي يتعرض لها الشخص من المتغيرات المعجلة بعدم الشعور بالأمن، وتحدد تقويمات الشخص للتهديد على أساس الخبرات السابقة التي بدورها تشتت الإنتباه كونها إرتباطات قديدية، وتدرك المثيرات بشكل مربك لأداء الشخص ولوظائفه الإنفعالية .

وينظر"**Piajet**" إلى الإنسان باعتباره جزءا من بيئته معتمدا في ذلك على المخططات «**Schémas**» وهي البني العقلية المتكونة وراثيا أو قوانين محددة تنظم معالجة المعلومات والسلوك، كما تتكيف وتتغير وفقا للإرتقاء المعرفي وتعمل بوصفها إطارا تأويليا وإدراكات توجيهية لتجارب الإتصال مع البيئة، ويكون الإضطراب وعدم الشعور بالأمن نتيجة لخبرات الطفولة السيئة التي يطور الشخص خلالها مخططات تكون فيها الذات والعالم والمستقبل في رؤية سلبية. **(عبد الحميد وحسين سالم، 2006، 154)**

4 –النظرية الإنسانية:

ظهر في منتصف القرن العشرين كرد فعل على السلوكية والتحليل النفسي، بزعامة: « **Abraham Harold , Maslow 1908/ 1970** » وقد إهتم الإنسانيون بالجانب

الروحي فضلا عن الجوانب الفسيولوجية والنفسية والإجتماعية، معتبرين الإنسان مالكا للإرادة والجهد لتحقيق ذاته، مؤكدين على ضرورة إحترام الإنسان كوحدة كلية.

ومن جانبه يرى"**Rogers**" أن إستجابة الشخص للبيئة تتحدد تبعا لمدركاته الشعورية والخبرات التي حولها إلى صور رمزية، لذلك فالإستجابة هنا قد تأتي بحسب ما يدركه الشخص وليس بالضرورة كما هي في الواقع، ويعتقد "**Rogers**" أن بعض الخبرات تأخذ صورا رمزية مشوهة وينسحب عليها سلوك غير مناسب، إذ أن سعة الإختلاف بين الذات المدركة والواقع الخارجي تؤدي إلى إحساس الشخص أنه مهدد (عدم الشعور بالأمن)، مما يدفعه للإستعانة بميكانيزمات الدفاع وينحو سلوكه نحو الصرامة والقلق.

كما وضع "**Wiliam Blatez**"نظريته في الأمن من خلال ملاحظاته لنمو الأطفال إذ يشير إلى أن الحاجات الفطرية التي يولد الأطفال مزودين بها كالجوع والعطش والراحة والتي تتطلب الإشباع، وعندما تعاق عملية إشباعها فإن الطفل يكون في حالة من الأمان «***Insécurité***»وينظر "**Blatez** " إلى هذا النوع من اللأمان على أنه طبيعي يمكن للشخص تجنبه بطريقة إتكالية عندما يستعين بالآخرين، محققا الأمان الإتكالي الناشئ من إفتراض وجود الأشخاص الذين يعتمد عليهم في إشباع حاجاته دائما، ولأجل النمو السوي لابد من الأمان المستقل الذي يتطلب تعلم مهارات تساعد على الإستقلال عن الآخرين والثقة في النفس والإعتماد عليها. **(عبد الحميد وغسان، 2006: 155)**.

وقدم " **Maslow**" إفتراضات عن أن الإنسان خير بفطرته، مناهضا أولئك الذين إفترضوا أن الغرائز شريرة ولا بد من ترويضها بالتنشئة الإجتماعية والتدريب. ومؤكدا على ضرورة تجاوز دراسة العصابيين إلى دراسة الأشخاص الذين حققوا ذواتهم وإمكاناتهم، لأن ذلك ما سيؤدي إلى نمو العلم وإنتعاشه وشموليته.

ويضع " **Maslow**" أربعة إفتراضات تحكم نظريته كما يلي:

1-أن دوافع السلوك مصدرها الحاجات غير المشبعة، أو التي لم يتسنى للشخص إشباعها.

2-أن لكل إنسان حاجات معقدة مترابطة ومرتبة في شكل هرمي متدرج من الحاجات الأقوى إلى الأقل قوة.

3-أن الحاجات التي تحتل المراتب الدنيا من الحرم يجب أن تشبع أولا، قبل أن يكون للحاجات التي تحتل المراتب العليا من الحرم تأثير على سلوك الإنسان.

4-السبل والطرق التي تشبع الحاجات العليا تفوق في عددها السبل والطرق التي تشبع الحاجات الدنيا. **(محمد حمادات، 2008، 264)**.

وقد لاقت نظرية "**Maslow**" في التنظيم الهرمي للحاجات قبولا واسعا، موفقا بين المدرسة الوظيفية النفسية

والمدرسة الكلية، وكذا الدينامية لدى "**Freud وAdler**" كما أشار "**الإزيرجاوي**" أن **Maslow** " إستفاد من نظريتي « **Moray et Albert** » في الشخصية، حيث إفترض عملية إنتظام الحاجات بشكل هرمي.

ويتفق "**Porter**"مع "**Maslow**" حول أثر وأهمية الحاجات الإنسانية وخالفه في ترتيبها، حيث وضع الحاجة إلى الأمن في مقدمة الحاجات، معتبرا أنها تشمل أمورا عدة منها العدالة والدخل المادي المناسب والتقاعد، كما أضاف" **Porter**" الحاجة إلى الإستقلال كحاجة مستقلة. **(عبد الحميد وغسان، 2006، 156)**.

وقد صنفت الحاجات بصورتها النهائية بسبعة مستويات، وضمن هذا الترتيب الهرمي تحكم الحاجات المختلفة علاقة دينامية، فعلى الرغم من قوة الحاجات الفسيولوجية في درجة إلحاحها على الإشباع، إلا أن توق وعدس يريا أن حاجات أعلى قد تسيطر على سلوك الشخص بسبب الحرمان الشديد من الإشباع، وهذا يؤدي إلى أن تطغى على سلوك الشخص بغض النظر عن موقعها في الحرم. **(عبد الحميد وغسان، 2005)**

وعن"**Maslow**": «أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته الفيسيولوجية والنفسية حسب أولوياتها » **(الداهري، 2008، 16)**

وفيما يلي تفصيل لتدرج هذه الحاجات:

-حاجات تحقيق الذات.

-الحاجات الجمالية.

-الحاجات المعرفية : الرغبة في المعرفة والفهم والإستكشاف.

-حاجات تقدير الذات : الإحترام والسلطة والمكانة، والثقة بالنفس.

-الحاجات الاجتماعية : الحاجة للإنتماء والحب، والعضوية في جماعة... إلخ.

-حاجات الأمن والأمان : الحاجة إلى الشعور بالأمن والسلامة والبعد عن الخطر.

-الحاجات الفيسيولوجية الأساسية : كالحاجة إلى الماء، والهواء والغذاء... إلخ.

شكل رقم (02) هرم الحاجات كما رتبه

"Maslow"

شكل رقم (2): هرم الحاجات كما رتبها *"MASLOW "*

(محمد حسن حمادات،2008)

أ-الحاجات الفسيولوجية:

وتحتل الصدارة في قائمة الحاجات الإنسانية وهي ذات علاقة بالتكوين البيولوجي والفسيولوجي للإنسان كالحاجة للغذاء والهواء والماء والجنس، وهي الحاجات التي تحفظ التوازن الحيوي للجسم البشري قصد المحافظة على الدورة الطبيعية لحياة الإنسان، هي البداية في الوصول لإشباع حاجات أخرى، كما أنها عامة لدى الجنس البشري ويكمن الإختلاف في درجة الإشباع المطلوبة لكل شخص حسب حاجته.

(مدحت أبو النصر، 2008)

ولكن إشباع الحاجات الفسيولوجية لا يكفي للمحافظة على البقاء وحفظ النوع، إنما يظهر مستوى آخر من الحاجات والذي يعتبر ضروريا لحياة الإنسان.

ب -حاجات الأمن والأمان:

يعتمد تحقيقها على مقدار الإشباع المحقق من الحاجات الفسيولوجية، وهي مجموعة من الظروف التي ينبغي توفرها في البيئة المحيطة بالشخص لتسهل تفاعله الإجتماعي وتساعده على البقاء، وتتضمن الحاجة إلى الأمن الجسمي والنفسي وكذا الإطمئنان الداخلي والثقة في الآخرين، وهي حاجات نفسجسدية وكل جانب منها يؤثر على الجانب الآخر. **(حامد زهران، 1995).**

والشخص المتوافق السوي، هو مكتف في حاجاته الأمنية، كما أن المجتمع المستقر والمطمئن، هو الذي يضمن الأفراده أكبر قدر من الإحساس بالأمن، وضياع هذا الأمن "حرب، أمراض، جرائم..." هو محرك فعال لظهور الإضطرابات. وعن**(Maslow 2008)**: «إننا عندما سدد شخصا ما أو بجرح مشاعره فإننا نكون بذلك مصدرا لخلق المرض النفسي لديه» **(محمد بني يونس، 2007: 284).**

وقد تصدرت الحاجة إلى الأمن قائمة الحاجات النفسية في دراسة "**عطية 1994**"، التي أجراها على 193طالبا ثانويا من الجنسين بمدينة الإسكندرية، بهدف التعرف على الحاجات

النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية، وقد إستخدم أداتين من إعداده أحدهما للحاجات النفسية. **(جميل الطهراوي، 2007)**.

ويمكن القول إن حاجات الأمن والأمان تمثل حجر الزاوية في الحاجات الإنسانية، حيث يعتمد إشباع كل الحاجات على مدى إشباع الحاجة للأمن والأمان، والتي يؤدي عدم فقدانها إلى الإختلال في إشباع كل الحاجات التي تبدو أقل أهمية من الأمان.

وباعتبار الإنسان إجتماعي بطبعه يميل للتفاعل مع الآخرين تأثيرا وتأثرا في الحالات السوية، فإن النجاح في تحقيق التفاعل الإجتماعي يقتضي الإرتقاء بالشخصية من خلال تحقيق نوع آخر من الحاجات يتمثل في:

ج –الحاجات الإجتماعية:

يرى" **Maslow** "أن الشخص إذا أشبع حاجاته الفسيولوجية وحاجات الأمن بشكل مرض ومقبول، فإن حاجاته الإجتماعية تبدأ بالظهور، كالحاجة للحب والصداقة والإنتماء، وأي إختلال في إشباع الحاجات سواء من حيث الأسلوب أو الدرجة يؤدي إلى سوء تكيف إجتماعي يظهر في علاقات الشخص وتفاعله الإجتماعي. كما يشير**(مدحت أبو النصر ،2008)** إلى أن التعاون والتلاحم الذي يظهره أفراد فرقة عسكرية عند مواجهتهم لخطر محدق، مقارنة بالخوف الذي يبدو على شخص وحيد في موقف مشابه يظهر لنا بوضوح أهمية الإنتماء لجماعة في تحديد سلوك الشخص. **(Maslow, 2008)**

د –حاجات تقدير الذات:

ويسلك الشخص للإرتقاء وضمان المكانة الإجتماعية في المجتمع من خلال تحقيق الإشباع لهذه الحاجات، فالشخص يحتاج للشعور بالإحترام داخل المجتمع الذي يعيش فيه. **(سامي ملحم، 2000)** كما يحتاج كل الأشخاص إلى الإحساس بالإحترام والتقدير من خلال الأهمية التي يحسون بما بين الآخرين، وتقوم على إفتكاك إحترام مستحق من الآخرين. **(Maslow, 2008 ،66)**

ويقسم "**Maslow**" حاجات تقدير الذات إلى قسمين:

1-الرغبة في القوة، والإنجاز، والرغبة في الإستقلالية والحرية.

2-الرغبة في السمعة الحسنة وكسب تقدير الآخرين والمكانة الإجتماعية.

(أبو النصر، 2008،90)

هـ -الرغبة في المعرفة والفهم:

يرى" **Maslow**" «أن حاجات الفهم والمعرفة أكثر وضوحا عند بعض الأشخاص من غيرهم، فعندما تكون هذه الحاجات قوية سيرافقها رغبة في الممارسة المنهجية القائمة على التحليل والتنظيم والبحث في العلاقات». **(محمد حسن حمادات، 2008)**

وتمثل الرغبة في إكتساب المعلومات والشغف المعرفي والفهم وحب الإستطلاع والمغامرة، وتظهر واضحة في النشاطات الإستكشافية والرغبة في إستيضاح الغموض الذي يصادفه الشخص في مواقف الحياة والفضول الذي يصبغ سلوك الأشخاص، وهذا ما أشار إليه " **Schilder**" في حديثه عن أنشطة حب الفضول والمعرفة. **(Maslow, 2008)**

و -الحاجات الجمالية:

ترتبط بالإحساس الجمالي والإرتياح للأشياء الجميلة والخيال والتناسق والنظام. ويأتي في قمة هرم الحاجات الإنسانية حسب "**Abraham Maslow**"، ولا نعرف عن هذه الحاجة إلا القليل، لدى بعض الأشخاص الحاجات الجمالية هي حقا أساسية، ونلاحظها خاصة لدى الأطفال الأسوياء هذه الرغبة تحضر في كل الثقافات وفي كل العصور حتى لدى رجل الكهوف. **(Maslow, 2008)**

ز -الحاجة إلى تحقيق الذات:

وتعتبر من أرقى الحاجات التي يسعى الشخص لإشباعها، بتحقيق طموحاته العليا في أن يكون ما يريد حيث يصل إلى درجة تميزه عن غيره، ويصبح له كيانه الخاص، يقول

Maslow : «أن الحاجة إلى تحقيق الذات هي رغبة الشخص في أن يكون ما يود أن يكونه، وما يمكنه أن يكونه». **(مدحت أبو النصر، 2008، 90)**

وينظر "**Maslow**" إلى الحاجات الإنسانية على أنها حاجات متمفصلة ومتموصلة ومتدرجة من حيث الأولوية، مع أن الإنسان قد يسعى لإشباع نوعين أو أكثر من هذه الحاجات في نفس الوقت، وفشل الشخص في إشباع حاجاته الأساسية هو ما يوقعه في دوامة الأمراض العصابية. **(محمد بني يونس، 2007)**.

4-خصائص الأمن النفسي :

تناولت البحوث والدراسات من بينهم **(أقرع، 2005؛ الخضري، 2003)**، الأمن النفسي من جوانب متعددة وأظهرت نتائج عينة من تلك البحوث والدراسات أهم خصائص الأمن النفسي على النحو التالي:

-يتحدد الأمن النفسي بعملية التنشئة الإجتماعية وأساليبها، من تسامح وعقاب وتسلط وديمقراطية وتقبل ورفض وحب وكراهية، ويرتبط بالتفاعل الإجتماعي والخبرات والمواقف الإجتماعية في بيئة آمنة غير مهددة.

- يؤثر الأمن النفسي على التحصيل الدراسي للطلبة وفي الإنجاز بصفة عامة.

- المتعلمون والمثقفون أكثر أمنا من الأميين.

- شعور الوالدين بالأمن النفسي في شيخوختهم يرتبط بوجود الأولاد وبقيمهم.

- الذين يعملون بالسياسة يشعرون بالأمن أكثر من الذين لا يعملون بها.

- نقص الأمن النفسي يرتبط إرتباطا موجبا، بالإصرار والتشبث بالرأي والجمود العقائدي دون مناقشة أو تفكير.

- نقص الأمن النفسي يرتبط بالتوتر، وبالتالي بالتعرض لأمراض القلب وإضطرابات نفسية.

5- العوامل المؤثرة في الأمن النفسي:

إن ما يهدد الأمن النفسي هو كل ما من شأنه أن يؤدي ويكون نتيجة لحالة الشعور بالنبذ وعدم المحبة والعزلة والوحدة، والشعور الدائم بالتهديد والخطر، إضافة إلى إشاعة الخوف والفوضى.

1 -العوامل الإقتصادية:

حيث يعد الوضع الإقتصادي ضغطا يهدد حياة الأشخاص بالخطر، فقلة الدخل الشهري تخلق لدى الأشخاص مشاعر عدم الإطمئنان على إشباع الحاجات المعيشية والرغبات الذاتية.

2 -التغير في القيم:

تشير القيم إلى الفلسفة العامة للمجتمع، وما القيم إلا انعكاس لأسلوب تفكير الأشخاص في ثقافة معينة، فإذا حدث تغير في أشكال السلوك التي يتم اختيارها لإشباع الحاجات، فإن الشخص يتبنى قيما تعمل على تبرير السلوك غير المقبول إجتماعيا، ويحدث التغير في القيم لدى الأشخاص والجماعات نتيجة للتغير الإجتماعي السريع، فقد يبرر العدوان على أنه دفاع عن النفس مثلا.

3 -الحروب والنزاعات:

دوما تؤدي الحروب والنزاعات إلى إحداث تغيرات إقتصادية وإجتماعية تعمل على تفكيك العلاقات الإجتماعية وإرتباك الأوضاع الإقتصادية، مما يترتب عليه نشوء حاجات إنسانية جديدة وظهور أنماط من السلوك لإشباعها، نتيجة خوف الشخص من عدم قدرته على سد حاجاته الأساسية، مما يدفع الشخص نحو الجانب الإقتصادي الذي يخيم على كافة مناخي المجتمع مما يؤدي لضعف القيم الخلقية والإجتماعية والمعرفية.

4 -العوامل الثقافية والتنشئة الإجتماعية المضطربة:

تعد أساليب التنشئة الإجتماعية غير السوية من أهم العوامل المهددة للأمن النفسي، حيث سرعان ما تتحول إلى تناقضات وصراعات في عدد إستقرار الشخص وسكينته في حال مواجهته بيئات مختلفة في أنماط بنائها، فيحدث خلل في درجة إشباع حاجاته.

كما أن النزاعات الثنائية بين الدول والتي في غالبيتها نزاعات حدودية تاريخية أو تنافسية تطال الموارد الطبيعية، لطالما شكلت عائقا أمام الإستقرار الوطني وبالتالي تحديدا لأمن وإستقرار المواطنين.

إضافة إلى أن النزاعات الداخلية في أي دولة، كالتعدد العرقي ومشاكل النمو الديمغرافي والبطالة كلها تهدد الأمن القومي ومنه الأمن الشخصي. **(حسن وحسين سالم، 2006)**

6- أساليب تحقيق الأمن النفسي :

يسعى الإنسان باستمرار لتحقيق إحتياجاته في الحياة، والتي من بينها بل ومن أهمها الأمن النفسي، وكما عبر "**Blatez**" أن الشخص أولا يلجأ لتحقيق الأمان الإتكالي الناشيء من إفتراض وجود الأشخاص الذين يعتمد عليهم في إشباع حاجاته، ويقتضي النمو السوي تحقيق الأمان المستقل الذي يتطلب تعلم مهارات تساعد على تحقيق التكيف الشخصي مع المتطلبات الإجتماعية. **(عبد الحميد وغسان، 155،2006)**

كما يعتبر "**الصنيع**" أن:

*إشباع الحاجات الأولية للشخص تشكل أساسا هاما في تحقيق الأمن والطمأنينة النفسية.

* تقدير الذات وتطويرها، عن طريق إكسابها مهارات وخبرات جديدة تعينه على مواجهة الصعوبات التي تتجدد في الحياة، وكلما كانت الفاعلية الذاتية عالية لدى الشخص زاد ذلك من تقديره لذاته.

* الإعتراف بالنقص وعدم الكمال والحاجة إلى الآخرين، وهذا ما يشعره بالأمن لأنه يدرك أنه لا يستطيع مواجهة الأخطار وحده دون مساعدة الآخرين والتعاون معهم.

* التفاعل الإجتماعي والتعامل مع الواقع، فالأشخاص الإجتماعيون الواعون بالأحداث يظهرون قدرة أكبر على التعامل مع الأحداث الجارية خلال الأزمات، على عكس الأشخاص الغارقين في الأحلام والبعيدين عن الواقع.

-أما "**راجح**" فيزيد على ذلك:

* الثقة بالنفس لأنها تدعم شعور الشخص بالأمن النفسي، فأحد أسباب فقدان الشعور بالأمن هو فقدان الثقة بالنفس، والثقة في الآخرين تقوم أساسا على الثقة في النفس.

* إستمالة مشاعر الناس ومساندتهم الإجتماعية والعاطفية، فللمجتمع دور في تقديم الخدمات التي تضمن الأمن للأشخاص من خلال العدالة الإجتماعية، لأن العدل أساس الأمن. **(أقرع، 2005)**.

* ويحقق الشخص أمنه النفسي في إنضمامه إلى جماعة تشعره بهذا الأمن.

فعن(**Bates et al 1985**) حيث يرى أن الأسرة السعيدة والمناخ الأسرى المناسب وإشباع الحاجات يؤدي إلى تحقيق الأمن النفسي، وأسرة العمل والإنتماء إلى نقابة يزيد الشعور بالأمن النفسي، وهذا يعزز الإنتماء إلى الوطن.

* كما يرى "**زهران**" أن جماعات الرفاق تنمي وتدعم الأمن النفسي، ويتضح ذلك في جماعات العمل في حالات السلم والحرب، وكذا الإنتاج، حيث يظهر الأشخاص درجة مرتفعة من الأمن والسكينة. **(حامد زهران، 2003)**.

* وتحدث **(أبو شنب 1996)** أن الشخص يكون آمنا في حالة إطمئنانه على صحته، وعمله، ومستقبله ،وأولاده، وحقوقه، ومركزه الاجتماعي. **(أقرع، 2005)**.

* ويرى "**رضوان**" أنه إضافة إلى الدوافع الفطرية التي يولد الإنسان مزودا بها، والتي تضمن بقاء وإستمرارية النوع البشري ممثلة في الحاجات البيولوجية (كدافع الجوع، والجنس، ... إلخ)، فإن الإنسان يكتسب من خلال عملية التنشئة الإجتماعية، عن طريق ملاحظة مجموعة من الدوافع الثانوية، التي يختص بها الإنسان دون غيره من الكائنات الحية كالحاجة إلى الإنتماء والمودة والتقدير والأمن، والإنجاز والإستقلالية والتخلص من التوتر.

* من جهته يشير (**عويس 2003**) إلى أن الإنتماء يقوم على إشباع الحاجة إلى السكينة والطمأنينة والحب، فالكائن البشري يسعى ليكون عضوا في جماعة، والطفل يعبر عن حبه لذاته من خلال إنتمائه للعائلة، وينطلق الأطفال من هذا الإنتماء العائلي إلى الإنتماء إلى الأصدقاء والمدرسة، أو الجماعة في المدينة التي يسكنها أو جماعة في مدينة أخرى. (**أقرع، 2005**).

وربما تعد الأسرة أول وأهم رابطة إجتماعية وجدانية جعل الله سبحانه وتعالى فيها السكينة والطمأنينة والنمو السليم، حيث أنها تمثل المحيط الإجتماعي الأول الذي يحتك به الطفل، كما أن الدفء العائلي والتقبل والعواطف التي يستقيها الطفل من إهتمام والديه به وبأنشطته ودعمهم له في ميولاته من أهم العوامل المؤثرة على الإستقرار النفسي للطفل، هذا التجاوب مهم في مساعدة الطفل على تنمية تعلق آمن بالوالدين، والذي يعد بدوره عاملا مهما في النمو الإجتماعي والإنفعالي السوي لدى المراهق.

7-أهداف الأمن النفسي :

يرى (**Cheung ,2008**) أن الإنسان الذي يشعر بالأمن يسعد في عمله وينتج، ويمارس حياته الطبيعية وتختلف الحاجة إلى الأمن وخدماته من شخص إلى آخر، بالنسبة للفرد والمجتمع والدولة، فبالنسبة للفرد فإن خدمات الأمن هي الضمان لحريته، وبالنسبة للمجتمع، فهي تحافظ على سلامته من العوامل التي تهدد مقوماته النظمية، بالنسبة للدولة، فإن الأمن يحافظ على كيانها وإستقرار الحال في ربوعها. (**زهران،2002 ،42**).

وكما يرى **(Davis ,1998)** إن الأمن النفسي مسؤولية جماعية ومجتمعية تتحقق من خلال ما يلي:

– إزالة عوامل الخوف من الإجرام والإنحراف والشعور بعدم الأمن يحقق الرغبة الأكيدة في التعاون من أجل تحقيق الوقاية، والتخلص من مثل هذه الأحاسيس من خلال تطبيق مضامين الأمن الشامل .

– توعية وتثقيف الجمهور وضمان إطلاعه على الوضعية الأمنية من واقع الإحصائيات والجهود المبذولة، وما تم تحقيق من نتائج إيجابية وما تم توفيره من إمكانيات المشاركة للدعم والمؤازرة

–خلق رادع ذاتي، من خلال تنشئة المواطن وتعويده على الإلتزام بأحكام التشريعات النافذة. وتوفير عوامل التحصين الذاتي بجهد متكامل من الأسرة والمدرسة والمسجد والهيئات المجتمعية وغيرها.

إن مهمة الأمن، هي مهمة كل إنسان، وإن المسئولية عنه مسئولية جماعية، فرد كان أم جماعة، هيئة أم سلطة، وينبغي لنا جميعا أن نكون على إستعداد لإستخدامه ومناشدته بكل الوسائل والسبل حتى نتمكن من إبلاغ الرأي العام، على أهميته وإجراءات الوقاية لمنع المشكلات من أن تتفاقم فتتحول إلى صراعات، وبعبارة أخرى يجب علينا أن نوجد الأمن والسلم في القلوب وفي الثقافات، فخلق ثقافة الأمن هو مهمة الجميع الدولة، السلطة، الهيئات الإجتماعية، المدرس، المربي، وغيرهم). ولم يعد الأمن إتفاقا بين الأقوياء
أو أنه نعمة أسبغها الحق سبحانه وتعالى على بلد سعيد الحظ أو أنه وضع إجتماعي يستطيع كل فرد في أي وقت أن يسهم فيه إنما هو مهمة الجميع .**(De La Paz,2006)**

8–الآثار المترتبة على إنعدام الشعور بالأمن النفسي:

يشير **(راجح، 1977، 113)** إلى أن إنعدام الشعور بالأمن يعد من أقوى العوامل وأكثرها شيوعا للإصابة بالاضطراب النفسي.

كما إعتبر **(عبد الخالق، 2001، 85)** أن شعور الإنسان بالأمن والأمان يدفعه إلى الجد والإجتهاد، وبدون الأمن والأمان يشقى الإنسان ويضطرب ويكون عرضة للإضطراب النفسي والعقلي والأمراض السيكوسوماتية.

في حين يرى **(الزيادي، 1980، 180)** إلى أن إنعدام الشعور بالأمن قد يؤدي إلى أن يصبح الفرد عدوانيا من أجل كسب عطف الآخرين وودهم، أو قد يلجأ إلى الرضوخ والإستجداء من أجل إستعادة أمنه المفقود، فقد نجد الموظف الذي يفتقر إلى الإحساس بالأمن يسعى بكل وسيلة للحصول على رضا رئيسه، والطالب الغير آمن يسعى في الغالب بطلب التشجيع والإستحسان من أستاذه، والزوجة الغير آمنة تلح على زوجها بشدة كي يقدم لها البراهين على صدق حبه لها.

ويشير **(مرسي، 1981) و(محمد ومرسي، ،91)** إلى أن الحرمان من الأمن يختلف تأثيره على الصحة النفسية من شخص لأخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، فإذا حدث الحرمان في مرحلة الرشد فإن تأثيره السيئ قد يكون مؤقتا يزول بزوال أسبابه و توفر الأمن، وقد لا يؤثر على الصحة النفسية إذا إستطاع الشخص تغيير مطالب أمنه ولم يشعر بقلق الحرمان. أما إذا حدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة المبكرة خاصة فإنه يعيق النمو النفسي ويؤثر تأثيرا سيئا على الصحة النفسية في جميع مراحل الحياة، لأن الحرمان من الأمن يعني تهديدا خطيرا لإشباع حاجات الطفل الضرورية و هو ضعيف لا يقوى على إشباعها، فيشعر بقلق الحرمان الذي ينمي فيه سمات التوافق السيئ التي من أهمها سمات القلق و العداوة و الشعور بالذنب.

وإن فقدان إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي يؤدي إلى توليد صراع نفسي وإضطراب سلوكي في مرحلة الطفولة، وقد يؤدي إلى إضعاف ثقة الطفل بنفسه، والتردد قبل الإقدام على أي عمل أو المجاهرة بالرأي. وقد يصل الحد إلى الإنكماش والإنطواء على النفس، أو سلوك الطفل سلوكا عدوانيا نتيجة لشعوره بعدم المحبة من قبل الأفراد والبيئة التي يعيش

فيها، كما قد يسبب فقدان الطفل الشعور بالأمن فقدان الحاجات النفسية الأخرى، مما يؤدي إلى الإنحراف السلوكي للطفل لدرجة قد يصبح خطيرا على نفسه مجتمعه.

(يوسف، 85:1958)

وإعتبرت **(مليكة، 1989، 320)** أن الإنسان لا يطلب الأمن إلا إذا كان في علاقته إعتمادية يخاف فيها الحرمان التعسفي، فإذا إطمأن على وجود العدل فإنه يسلك سلوكا سويا، أما إذا شعر بالتهديد والإعتمادية فإنه يسعى إلى تحقيق ضمانات الأمن.

وكما أن الحاجة إلى الأمن تكمن في جذورها في أعماق الطفل وتنمو تدريجيا، ومن الصعب التنبؤ بما ستسفر عنه هذه الحاجة من سلوك في المستقبل، وقد يختلف ذلك من شخص إلى آخر فنجد شخصان يفتقران إلى الأمن، الأول نراه ملتزم بمعايير المجتمع بدقة وممتثل بجميع قواعده من أجل الحصول على رضا الناس، في حين الأخر قد تمرد وتزعم عصابة من المجرمين كمحاولة مرضية من جانية للعدوان على هذا المجتمع الذي حرمه من الشعور بالأمن الذي يحتاجه. **(الزياني، 1980: 185)**.

خلاصة الفصل:

الأمن النفسي يبقي من أهم المتغيرات المتحكمة في الصحة النفسية، ومن أهم ما ينظر إليه على المستوى العالمي والقومي وحتى المحلي، ينشده العالم في المؤتمرات والمحافل الدولية، وتسعي الدول لتحقيقه لشعوبها، والعائلات لأفرادها، ومن خلال ما إستعرضناه في الفصل نقول إن الشخص الآمن والمطمئن هو الذي تمكن من إشباع حاجاته الضرورية ورغباته ودوافعه، فإنه يسعي لتحقيق أهدافه وطموحاته في إطار إجتماعي مقبول، دون أن نغفل أهمية ودور الإيمان الصادق والقوي في تحقيق السكينة والإطمئنان للشخص.

ومهما قيل عن الأمن النفسي، ومهما توسعت البحوث والدراسات قصد التحكم في العوامل المؤثرة فيه، تظهر لنا الحياة الإجتماعية دوما وباستمرار، أنه ما من شخص آمن بشكل تام، خاصة مع تعقيدات الحياة المرافقة للتطورات التكنولوجية المستمرة، كما أن تعقيد الظاهرة الإنسانية يبقي عائقا أمام التحكم في العوامل المؤثرة فيها، وتحقيق الأمن النفسي يبقي أمرا نسبيا نظرا لأن أسباب التوتر والقلق ترافق الإنسان خلال كل مراحل حياته، وكما يساهم الطفل الغير العادي و نخص بالذكر الطفل التوحدي، في التأثير على هذه الأخيرة كونه من أكثر الإضطراب تعقيدا و هذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

التوحد

-تمهيد

1-تاريخ إضطراب التوحد وتطوره

2-تعريف إضطراب التوحد

3-النظريات المفسرة للتوحد

4-معدل إنتشار اضطراب التوحد

5-أسباب إضطراب التوحد

6-الأعراض الأساسية لأطفال التوحدين

7- تشخيص وعلاج إضطراب التوحد

8-إستجابة الأم لإصابة إبنها باضطراب التوحد

9- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي

-خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر التوحد من أكثر الإضطربات التطورية صعوبة و تعقيدا لتأثيراتها على مظاهر نمو الطفل المختلفة، التي تكون على المستوى الإرتقائي, اللغوي و الإجتماعي، و الحركي و في عمليات الإنتباه، و الإدراك وإختبار الوقائع, و لايتوقف تأثير إضطراب التوحد على الطفل فقط و على جوانب حياته المختلفة بل يمتد إلى الأم، التي تحاول أن تتكيف مع وضع المجتمع وتسعي لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل.

فهي التي تحمل على عاتقها هذه المسؤوليات، فهي التي تتحمل مشاكل إبنها, كما أن العناية بالطفل تعرض عليها وحدها و في ذالك صعوبة كبيرة, مما ينتج لها ضغوط نفسية تؤدي إلى حالة من التحدي و الإلتزام, للتصدي للمشكل و التعامل معه بنجاح.

ولنتمكن من فهم أكثر لهذا الإضطراب سنحاول في هذا الفصل عرض تاريخ ومفهوم التوحد، ثم معرفة معدل إنتشار التوحد، ثم التطرق على أسباب وأعراض وتشخيص التوحد، ثم نتناول خصائص ومميزات وعلاج التوحد. ثم تسليط الضوء على إستجابات ودور الأم في حياة الطفل التوحدي.

1-تاريخ إضطراب التوحد وتطوره :

يعتبر" **ليو كانر Leo Kanner**" أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام **1943 م**، حيث كان "**كانر**" يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة "هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية"، و لفت إهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر، حيث لاحظ إستغراقهم المستمر في إنغلاق كامل على الذات، و التفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس و تبعدهم عن الواقعية، بل و عن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويه أو أخوته فهم دائمي الإنطواء و العزلة، لا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه، كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حالة إنغلاق تام و بحيث يصبح هناك إستحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال حتى المتخلفين عقليا منهم.

ومنذ عام **1943م** إستخدمت تسميات كثيرة ومختلفة على سبيل المثال فصام الطفولة المبكرة، أو اجترارية الطفولة المبكرة، ذهان الطفولة، النمو الغير السوي، نمو "أنا" غير سوي.

ومن الناحية التاريخية إستخدام مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عرف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة، وفي ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح التوحد كوصف لصفة الإنسحاب لدى الفصاميين. ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كإسم للدلالة على إضطراب التوحد بأكمله.

وعلى الرغم من أن " **كانر**" قام برصد قيم لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها، التي تميزها عن

غيرها من الاعاقات في عقد الأربعينيات فإن الإعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" أو "التوحد" أو "الإجترار" في اللغة العربية، لم يتم إلا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من "الفصام الطفولي"، و ذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية **(DSM2)** و لم يتم الإعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا في عام **1980م** حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة

(DSM3) و التي فرقت بوضوح بين الفصام و التوحد، حيث أكدت أن التوحد ليست مجرد حالة مبكرة من الفصام. وربما يرجع هذا الخلط الى وجود بعض الأعراض المشتركة من الإنطواء والإتكفاء على الذات، والإنعزالية ولكن الواقع أن الإختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما ذلك أن حالات التوحد تخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الضلالات. **(عبد الرحمان سليمان، 2000، ص 08-09).**

وفي عام **1975م** عندما روجع تعريف الولايات المتحدة عن الإعاقات النمائية، فإن التوحد ضم إلى تلك الإعاقات.

وفي عام **1980م** عندما روجع النظام الفيدرالي مرة أخرى فإن التوحد أخرج من تصنيف الإضطرابات الإنفعالية الشديدة. وقد حدث هذا التغير بسبب الخلط القديم بين التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية **(عبد الرحمان سيد سليمان، 2000 ص).**

2.1-التطور التاريخي لدراسة التوحد:

يمكن تتبع التطور التاريخي للتوحد على النحو التالي:

1.2.1-فترة الخمسينيات والستينيات:

كان التركيز في تلك الفترة المبكرة من عمر التوحد على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على أنه متلازمة محددة، إلا أن الملحوظ بأن التركيز في هذه المرحلة لم

يكن على كيفية إدراك التوحد بقدر ما كان على كيفية مقارنته بغيره من الإضطراب، وفي تلك المرحلة توصلت البحوث إلى أن هناك ثلاثة مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين، والتي إشتملت على الإخفاق في تطوير علاقات إجتماعية، وتأخر وإضطراب لغوي وسلوكيات إستحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي. وفي هذه المرحلة كان هناك العديد من الدلائل والمعالم المهمة، منها على سبيل المثال وحسب ما أشارت إليه دراسات المستوى الرئيسي للقدرة على المقاسة والمستوى العام من الكفاءة اللغوية والطبيعية المميزة للقدرات التي أشار إليها التقييم النفسي أما بالنسبة إلى علاقات المهارات اللفظية والتسلسلية، والتي أدت هي الأخرى إلى إستنتاج أن العيب الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، بل في عناصر محددة منها: كالتجديد والفهم السريع وإجراء التدخل فقد كان ضعيفا.

ولا شك أن مثل هذه النتائج أدت إلى التحول مع مرور الوقت من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية، ومن ذلك على سبيل المثال: إستخدام مبادئ التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الأطفال التوحديين، والمعالم المهمة في هذه المرحلة أيضا: إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برنامج علاجية لتشجع وتسهل النمو الإجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف

(عبد الرحمان سيد سليمان، 2000، ص 21).

2.2.1-مرحلة السبعينات وبداية الثمانينات:

ما يميز هذه الفترة هو وجود معلمين رئيسيين هما:

1-الممارسة الإكلينيكية والبحوث. والتي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر أدوات التقييم من المقابلة الشخصية للتوحد وغيرها.

2-التعرف على مدى أنواع الصعوبات في التوحد و ومستوياتها، حيث ظهر الإهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الإضطرابات النمائية العامة، في الوقت الذي إستمر فيه

الإهتمام موجها نحو العيوب العامة، وفي الوقت الذي إستمر فيه الإهتمام موجها نحو العيوب السلوكية و إمكانية إرتباطها ببعض أشكال أمراض الدماغ المكتسبة. و ما يميز هذه المرحلة أيضا أن الإضطرابات اللغوية لقيت إهتماما ملحوظا فيها، بحيث تم إستنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة إضطراب نمائي للغة الإستقبالية، إنما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة.

والأمر الآخر الذي شهدته هذه المرحلة هو الإهتمام بالمشكلات الطبية للتوحد، وهذا يتضح من ظهور العديد من الأبحاث والدراسات التي رأت أن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة، أما أكثر ما ميز هذه المرحلة فهو البحث في الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد.

وشهد عقد الثمانينات من القرن الماضي إقتراحات مفادها أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في القدرات، الأمر الذي أدى إلى التعاطف معهم، والشعور بأن العيوب الإجتماعية والإنفعالية هي الأساس. ومن ثم تركز الإهتمام في القدرة على إدراك أدلة والمشاعر أو وجهات نظر الآخرين وأن المشكلة هي الإخفاق في تطوير علاقات إجتماعية ومهارات تواصلية.

ونتيجة لذلك فقد ركز الإهتمام بالإستراتيجيات السلوكية والتربوية، ولخصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدما أفضل في الأوضاع المنضمة، إضافة إلى ذلك، فقد توجه الإهتمام أيضا في هذه المرحلة إلى تعليم مهارات مجددة، في حين ما زال الإهتمام ببحث القصور أو ضعف التعميم من المواقف التعليمية في المدارس وغيرها إلى مواقف أخري، ضعيفا ومع هذا الإهتمام تأسست برامج تهتم بتحليل سلوك الطفل جنبا إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية الإجتماعية للأطفال التوحديين، مثل برنامج تيش **TEACCH** و برامج العلاج المستندة على المنزل. **(عبد الرحمان سيد سليمان ،2000، ص22).**

3.2.1-أواخر الثمانينات وبداية التسعينات:

في هذه الفترة ظهر الإهتمام بدراسة العوامل الجينية وأثرها في التوحد، فالدراسات في البلدان الاسكندينافية وبريطانيا. أضهرت أدلة تشير إلى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح، وما زالت الغالبية العظمى. من إخوة الأطفال التوحديين ممن ليست لديهم توحد، وكما يشير **(الزريقات 21)** يظهر عكس الملحوظات التي تقوم باشتراك جينات عديدة.

كما ظهرت في هذه المرحلة عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد والشذوذ الطبي المحددة. كما أظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي، والمدى الواسع للإصابات خلال مرحلة قبل الولادة وما بعدها، إلا أن العلاقة ظلت غير واضحة، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية، وإرتباطها بالملاحظة، كما شهدت هذه المرحلة إهتماما بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم.

4.2.1 -أواخر التسعينيات:

شهدت هذه الفترة من القرن الماضي تطورا للنتائج الجينية، كما أظهرت إهتماما بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جدا، والعلاقة بين التوحد وإضطرابات الجوانب الإجتماعية للغة المتصلة بالمعنى.

كما إمتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية، التي تشارك مع تشخيص التوحد بالإضافة إلى التغيرات الكبيرة في الأساليب العلاجية، وتوجيه الإهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية. كما تم الحديث أيضا في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى فوائد وإحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين.

(عبد الرحمان سيد سليمان، 2000، ص 23 -24).

2-تعريف إضطراب التوحد :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الإتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير الإضطراب ومن بينها مايلي:

2-1-لغة : التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية، حيث تنقسم هذه الكلمة إلى قسمين ***autos*** بمعنى النفس أو الذات و***ism*** بمعنى العالة غير السوية أو الإنغلاق. وبهذا يعني المصطلح أن المصابين بالتوحد يحملون نفسا غير سوية، "الإنغلاق على الذات". **(فاروق الشربيني، 2011، ص26).**

كما حدد مصطلح التوحد في معجم علم النفس بأنه المتجه نحو الذات.

(تركي جمال، 2004).

2-2-إصطلاحا: عرفه كانر" ***kanner"*** بأنه أولائك الأطفال اللذين يظهرون إضطرابا في أكثر من المظاهر الآتية:

-صعوبة تكوين الإتصال والعلاقات مع الآخرين.

- إنخفاض في مستوى الذكاء.

- العزلة والإنسحاب الشديد من المجتمع.

- الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل.

- الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية.

- إضطرابات في المظاهر الحسية.

- إضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو إمتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.

- ضعف الإستجابة للمثيرات العائلية.

- الإضطراب الشديد للسلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب. **(سوسن شاكر مجيد، 2010، ص 23 -24).**

- بحيث عرفه كل من **Dunlap وKoegenl:** أن التوحد هم أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة، وتظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك غير الإعتيادي وتظهر عليهم العلامات الآتية:

- الإفتقار إلى اللغة المناسبة.

- الإفتقار إلى السلوك الإجتماعي الملائم.

- العجز الشديد في الحواس.

- إضطرابات شديدة في الجانب الإنفعالي.

- أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر.

- إنخفاض المستوى الوظيفي للذكاء. **(سوسن شاكر مجيد، 2010، ص 24-25).**

2-3-تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين:" ***National society for children Autistics":***

على أنه عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الى 30 شهرا، ويتضمن الإضرابات التالية:

- إضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.

- إضطرابات في الإستجابات الحسية للمثيرات.

- إضطرابات في التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث.

- إضطراب في الكلام واللغة والمعرفة. **(حي خولة، 2000، ص 28).**

2-4-تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: " ***American psychiatric association"*** التوحد بأنه حالة تفشي إعاقة في النمو تتسم بضعف شديد في العديد من مجالات النمو، بما في ذلك تنمية المهارات التفاعلية الإجتماعية، ومهارات الإتصال مع وجود أنماط مقيدة، ومتكررة، ونمطية من السلوك والإهتمامات والأولويات والأنشطة.

(psychiatric association,2000,p110 American)

كما يعرفه "**ريتشارد وماثيو**" "**Matthew& Richard**" بأنه إضطراب إرتقائي عام يتميز بقصور التفاعل الإجتماعي، وقصور التواصل ومدى محدود من الأنشطة والإهتمامات، وأنماط شاذة من السلوك والأنشطة، وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثين من العمر وقد إستخدمت الدراسة الحالية مصطلحي التوحديين والذاتويين وهما بمعنى واحد.

(Richard & Matthew, 2002، p23)

3-النظريات المفسرة لإضطراب التوحد :

3-1-نظرية التحليل النفسي :

فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى إضطرابات ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم النفسي "**برونو بيتلهيم** " أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين، ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة.

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية يسهم في حدوث الإضطراب. ويؤكد ذلك "**ليو كانر**" إلى أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال يعود إلى عدم نضج وتطور الأنا وهذا يحث في الحالتين التاليين:

– نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل.

– نتيجة المناخ النفسي للشيئ الذي يعيش فيه الطفل.

كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الإنفعالي و الوسواسية، و العزول عن الآخرين، و الذكاء و الميل إلى النمطية، و نتيجة لهذا الجمود العاطفي و الإنفعالي في شخصية الوالدين و المناخ الأسري، عامة يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالإستشارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة، و من هنا يظهر الأساس المرضى الذي يكون نتيجة فشل **(أنا)** الطفل في تكوين إدراكه للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، فالطفل التوحدي لم تسن له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه. وتأكد ذلك دراسة **أو** "**جورمان**" بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل ووالديه قد تكون أحد أسباب إعاقة التوحد، فالطفل يعاني من التوحد من هجر الأم له وطول فترة غيابه، وقد ترجع الإعاقة الى عدم قبول كل من الأم والطفل الإقامة علاقة عاطفية بينهما.

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة "**ميريلا كياراند**" على أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل، كما يبرز مدى إحتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية، ويشبعون إحتياجاته، كما يساعدونه على إتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية.

(لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، ص 33).

ويرى عمر الخطاب خليل أن أنصار وجهة النظر هذه يؤكدون على الخبرات الأولى في حياة الطفل، لما لها من تأثير على مراحل نموه وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد تكون الأسباب القوية للإضطرابات، خاصة الإنفعالية مما يؤدى إلى إنسحابه وعزلته داخل أسواره الذاتية.

وعلى الجانب الأخر رفض البعض هذه الآراء وذهبوا إلى أن التوحد عامل مستقل عن الآباء ولا يرتبط بوجود الأم أو غيابها، وأن خبرات الطفل خلال مراحل حياته لا تسبب المرض، وأنها ليس كل آباء الأطفال المصابين بالتوحد تنقصهم القدرة على حب أطفالهم.

وتتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومنهم دراسة **(عمر بن الخطاب خليل 1994)** حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا بين شخصيات آباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على إستخبار إيزيك للشخصية، وأيضا أكدت نتائج دراسة «**الديمير ومكادوا** " **Mcodo & «Demeyer**" على أن شخصية آباء الأطفال التوحديين لا تختلف عن شخصية وسمات آباء الأطفال المضطربين باضطرابات أخرى، وأن أمهات الأطفال التوحديين لديهم نفس المشكلات النفسية.

وهكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم تسببوا في إصابة طفلهم بالتوحد.

(لمياء عبد الحميد بيومي، 2008، ص 33).

3-2-النظرية السيكوديناميكية :

1-تركز هذه النظرية على الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، وتؤكد على حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عنه إصابة الطفل بالإضطراب النفسي الشديد، ويضع أصحاب هذه النظرية المسؤولية على المعاملة الوالدية الشاذة، وبالذات معاملة الأم.

2-قد تستعمل الأم طفلها لملىء فراغها، وتعتبره شيأ تمتلكه وموجود لها لا لنفسه.

3-رابطة التعلق بين الأطفال التوحديين ووالديهم تكون معطلة أو معوقة.

4-خوف الطفل وإنسحابه من الجو الأسري، وإنعزاله بعيدا عنهما وإنطوائه على نفسه.

5-تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة.

6-تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي، مما يشجعه على الإنغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله.

ولقد أسهم عمل الطبيب النفسي "**ليو كانر**" مكتشف إعاقة التوحد في دعم الموقف أن التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية، منها إتجاهات الأباء ومعاملتهم لأطفالهم، وأن الأطفال التوحديين كانوا معرضين منذ البداية إلى البرود الأبوي، والإستحواذي، ونوع آلي من الإهتمام بالإحتياجات المادية فقط.

ومن المؤكد أن قول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينات أن التوحد سببه معاملة الوالدين للطفل وخاصة الأم، هو قول عار عن الصحة تماما وليست له علاقة بالتوحد. **(أسامة فاروق مصطفى كامل الشربيني، 2011، ص 57).**

3-3-النظرية النفسية المعرفية (نظرية العقل) :

تعد نظرية العقل من النظريات التي إكتسبت شهرة في الآونة الأخيرة، وهذه النظرية هي إمتداد للنظرية المعرفية في التوحد ،وظهور مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة "**ولمان**" "**Wellman 1992** "لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد و خارجه، و تقول أن الطفل التوحدي غير قادر على التنبؤ و شرح سلوكيات الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، في حين نجد الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص و إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين، و بالتالي فالأطفال التوحديون يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم و ما هو موجود في عقول الآخرين.

وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادرا على عزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه فهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، ربما يمكن رد هذا القصور

في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والإجتماعي لدى الطفل التوحدي، الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم.

ويمكن توضيح تطور نظرية العقل في الأطفال الأسوياء و الذين يتقدمون بطريقة سوية، و تطور هذه النظرية لدى الأطفال التوحديين، تشتق نظرية العقل في مرحلة الطفولة المبكرة أو مع الطفل الرضيع، و تستمر في النمو في مرحلة الطفولة أوآخر مرحلة الطفولة، و في مرحلة الطفولة فإن الأطفال ينمون بطريقة سوية، و يبدون الرغبة في التفاعل مع الأفراد الآخرين فهؤلاء يشتركون إجتماعيا بطريقة نشيطة و فعالة، و يظهرون القدرة على إظهار الأحداث من منظور الأفراد الأخرين بطريقة أولية في غضون عشرة شهور من العمل، كما أن الإهتمام المشترك هو مفتاح لمهارة أساسية في نمو نظرية العقل، و يبدأ بزوغه من 9 – 12 شهرا من العمر. وكلما بدأ الطفل منهمكا في الإهتمام المشترك للأشياء مع شخص آخر فهو عندئذ من الممكن أن يحملق في الطفل الآخر.

ويستمر نمو هذه المهارات لدى الطفل في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية، عندما يحفز الطفل من خلال المشاركة في اللعب التخيلي، وفي التواصل الإجتماعي مع الأطفال الآخرين.

ويظهر الطفل في عامه الثالث إهتماما مكثفا في اللعب التظاهري أو الإدعائي، وهذا يدل ضمنا على أن الأطفال في هذا المدى العمري لديهم القدرة على تشكيل أو صياغة ما وراء التمثيلات للأحداث، والتي تمثل خطوة هامة في نمو هذه النظرية ويبدي الأطفال مقدرة متزايدة على التنظيم الإنفعالي في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية، ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه الزيادة في المقدرة تعزى إلى فهم الطفل للإنفعالات أو إلى عوامل أخرى.

والمعلم المهم لدى الطفل في هذه المرحلة يكون نمو اللغة حيث يتمكن الطفل ما بين السنة الأولى والسنة الثانية من إكتساب أنماط اللغة، والقدرة على تفهم مشاعر الناس الآخرين ورغباتهم، وهذا يمكنهم من فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم وإدراكاتهم، وفي عمر الرابعة يتمكن الطفل النامي من فهم أن لدى الآخرين معتقداتهم وأفكارهم والتي تحدد سلوكياتهم.

(أسامة فاروق مصطفى كامل الشربيني، 2011، ص 57 -59).

ولا ريب في أن الطفل الذي ينمو في بيئة إجتماعية ثرية سوف يختبر قدرة أكبر على فهم معتقدات وأفكار الآخرين مقارنة بالطفل الذي نشأ في بيئة فقيرة بالمثيرات أو تكون أقل ثراء، كما أن الفروقات الثقافية من الممكن أن تؤدي إلى فروقات مهمة في كيف يفهم الأطفال الحالات العقلية المحددة.

كما أن نمو النظرية يمكن رؤيتها في إطار المحاكاة أو التقليد، ويمكن إبراز أهمية اللعب الإدعائي باعتباره أحد العوامل الهامة في هذا الإطار، وأن البيئة تترك آثار واضحة من حيث الفرص المتاحة للعب الإدعائي.

وفي هذا الصدد إنتهت نتائج دراسة "**بارون كوهين ،Baron-cohen 1985**"

والتي أجريت على **20** طفلا توحديا في مهمة المعتقد الخاطئ إلى فشل **80** من الأطفال التوحديين في المهمة، وتبرز هذه الدراسة أن أكثر الملامح وضوحا في التوحديين تكون في الأداء التواصلي والإجتماعي المنخفض، الذي يفسر العجز في نظرية العقل لدى التوحديين وأن لديهم قصورا كبيرا في نمو نظرية العقل، كما أنهم لا يصلون إلى نفس المستوى الذي يحققه أقرانهم الأسوياء، والأطفال التوحديين لديهم عجز واضح في الإهتمام المشترك مع الأشخاص الآخرين، و يبدون صعوبات بالغة في مواقف المحادثة، و المبادأة بالحديث إلى الآخرين، و الإنهماك في محادثات تبادلية و الإستمرار في المحادثة.

ويتطلب التواصل الفعال في الحساب ما يعرفه المتحدث عن المستمع والتي تشمل المعرفة والمشاعر والحالات العقلية الأخرى.

فالطفل التوحدي الذي لديه تمثيل ذهني عن تناول الشخص للمثلجات من الممكن لديه صعوبة في إستنتاج شيئ مثل هذا.

وهذا العجز على تشكيل ما وراء التمثيلات يشير إلى الخلل في المقدرة على فهم الأفكار والمعتقدات لنفسه وللآخرين، وفي الغالب تعزى إلى نوع من عمي العقل.

(أسامة فاروق مصطفى كامل الشربيني، 2011، ص 57 -59).

إن العجز الإجتماعي عند الأطفال التوحديين ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم. فالمشكلات الإجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الإجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل، ويعتقد أكثر الباحثين أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعوق الوالدين والقدرة على تفسير المثيرات، والتعامل مع العالم المحيط.

3-4-نظرية التعلم الإجتماعي :

ترى نظرية التعلم الإجتماعي أن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الإجتماعي، والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي النوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلبا على قدرته على النمو الاجتماعي.

وفي الحالات الشديدة يعاق التواصل الإجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق. وعلى هذا فإن الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء، والقصور في قدرة الفرد على المشاركة في تبادلات إجتماعية مثل سلوك التحية أو الفشل في تكوين علاقات الأقران السوية. وتطوير السلوك الإجتماعي السوي في مرحلة الطفولة والإستمرار في العلاقات الإجتماعية غير السوية في الحياة، والقصور

في بناء علاقات إجتماعية والمعرفة المكتسبة والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد.

3-5-نظرية التكامل الحسي :

من إعداد" **فيشر** و**موراي** ،**Murray & Fisher 1991**"، والتي تبنى على فهم علاقات السلوك والمخ. وتحاول هذه النظرية تفسير الأداء الحسي العادي وعمليات إختلال التكامل الحسي، وإرشادات فنية للتدخل وأساس التكامل الحسي والتدخلات العلاجية الحسية الأخرى التي نبعت من خلال العلوم العصبية. ولهذا فإن هذه المعرفة العصبية تتمدد وتتسع، وهذه النظرية تبني على أن الخبرات التي يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ والأداء من الممكن أن تكون تكيفيا أو لا تكيفي.

(أسامة فاروق مصطفى، كامل الشربيني، 2011، ص 61).

على الرغم من أن النظريات المفسرة للتوحد مفيدة بصورة عامة، إلا أنها لا تقدم وصفا دقيقا للخبرة أو تجربة التوحد الحقيقية (التوحد كما تعيشه الحالة المصابة به). وهنا فإن السير في التجارب الشخصية التي يعيشها الأفراد ذوي إضطراب التوحد أو تلك التي تكتب عنهم، تزودنا بنافذة فريدة التجربة التوحد كما تتجسد في الحياة الفعلية الشخصية للمصابين به.

4- معدل إنتشار التوحد :

نتيجة الإهتمام المتزايد بهذا الإضطراب، ونتيجة لظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد. فإن هناك إتفاق على أن نسبة ظهور هذا الإضطراب أخذ في التزايد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (**20/25 حالة من10.000**) لكل حالة ولادة حية. (**القمش، 2010، ص 238**).

إلا أن "**كانر**" أشار في كتاباته أكثر من مرة أن إنتشار التوحد لدى الأطفال محدد للغاية. وأنها حالات نادرة ولكن في الواقع أن تبريره أو دليله على هذا الرأي لا يعتمد على أساس علمي ثابت. فقد بني رأيه هذا على أساس أنه في عام **1957** وخلال **19** عام من عمله في عيادته، لم يصل عدد الحالات التي تقدمت للفحص إلى حوالي **150** حالة في قارة أمريكا الشمالية (**165** مليون مواطن آنذاك)، بمعنى أن هناك **7** حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب النفسي التي يرأسها كانت المركز الطبي الوحيد الذي ذاعت شهرته في تشخيص التوحد. كما ذكر عام **1962** أي أنه من بين **10** حالات أحيلت إليه لم يثبت سوى أن حالة واحدة فقط هي من حالات التوحد المؤكدة.

(فراج، 1996، ص 89).

وقد بينت دراسات أخرى أن النسبة تكاد تصل إلى (**1 من 500 حالة**) ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (**500.000**) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال طيف التوحد، من ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل نسبة إلى (**4 من 1**) ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوب بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (**1 من2**) أي أنثي مقابل ذكران.

ويظهر التوحد في مختلفا لطبقات الإجتماعية والمستويات الثقافية، كما بينت الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون التوحد تصل من **10% –80%**. وهؤلاء يظهرون شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذوذ لدى البنين والبنات، ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير إلى خلل في الدماغ الأوسط والذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي، ويلعب دورا خاصا في الإنتباه للمثيرات البصرية والسمعية، علاوة على

التحكم في حركة العينين والتآزر والتوازن وضبط الشعور والوعي والنوم واليقظة. **(القمش، 2010، ص 238)**.

وفي عالمنا العربي تشير **(سميرة السعد 1996)** إلى أن التوحد يصيب شخص واحد في كل **(10.000)** شخص وأشار **(فراج 1996)** إلى أنه في مصر يعاني من التوحد ما بين **(100 –200)** ألف مصاب.

وفي المؤتمر العربي السادس للطب النفسي الذي عقد عام **1994** وفي مصر، تم الإشارة إلى أن **2%** تقريبا من السكان الذين يصنفوا كمعاقين عقليا، أو أن لديهم إضطرابات سلوكية وإنفعالية يكونوا مصابين بالتوحد أو مجالات مشابهة له.

(أمين، 1999، ص 78).

وتعرض هدى أمين **2001** لبعض الدراسات والأبحاث الحديثة التي أشارت إلى أن التوحد يحدث فيما يقرب **10 –15** طفل، من بين**10.000** طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة الأمريكية.

ويذكر (سليمان **2002**)أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة **(1 –2500)** من بين الأطفال. وقد تظهر بشكل تدريجي كما قد تظهر بشكل فجائي بين عمر سنتين وثلاث سنوات، بعد أن يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نموا طبيعيا. **(سليمان 2002)**.

ووفقا لأحدث الإحصائيات التي نشرها الإتحاد القومي للدراسات وبحوث التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام **2003** ،فإن نسبة إنتشار التوحد قد إرتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسط **1/2500** حالة ولادة، بعد أن كان قبل ذلك مباشرة وفقا لتلك الإحصائيات التي نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد في عام **1999**، وقد بلغت **4–5** أفراد لكل عشرة آلاف ولادة وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى

أن اضطراب التوحد تجاوز متلازمة أعراض داون في الترتيب، بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه وبذلك أصبح إضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات إنتشارا ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة.

(عادل، 2004، ص 90).

من خلال العرض السابق وما تراه "**سميرة السعد**" يتضح لنا أن الإختلاف وتضارب نسب الإنتشار يعود سببه لإختلاف أسلوب التشخيص المستخدم، وطبيعة عينة البحث أو الدراسة وعوامل أخرى ذات علاقة بالجينات أو البيئة.

أما (**إسبونيهم SPONIHIHEM،1998**): فيشير إلى أن التضارب في معدلات إنتشار التوحد يعتمد إلى حد كبير على البلد الذي تتم فيه الدراسة المسحية، فتتراوح من **2** لكل **10.000** في ألمانيا. إلى معدل مرتفع في اليابان ويصل إلى (**16 في كل 1000**)، ويرى أن الأسباب الممكنة لهذا التفاوت والتضارب.

تكمن في المحكات التشخيصية والمسحية في كل بلد. وتعتقد الباحثة أن نسب إنتشار هذه المدونة في نتائج الدراسات أقل بكثير من الحالات الموجودة بالفعل، ويرجع السبب في ذلك للغموض الذي يحيط بالإعاقة بكافة جوانبها، وحداثة الدراسات المهتمة بكشف هذا الغموض.

ونحن في مجتمعنا العربي بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التشخيصية، التي توفر لنا المعلومات أساسية تفيد في إحصاء هذا الإضطراب. ومعرفة مدى إنتشاره في الوسط الجزائري بالتالي وضع برامج تدريبية يديرها كوادر ومؤطرين بارعين في هذا المجال.

(إسبونيهم SPONIHIHEM،1998)

5-الأسباب والمداخل التفسيرية لإضطراب التوحد :

إن الأبحاث والدراسات التي أجريت في مجال التوحد. لم تتوصل بشكل نهائي إلى تحديد العوامل المسببة لهذا الإضطراب، وهذا يرجع إلى عدم وجود عرض معين أو مباشر، وإنما يظهر هذا الإضطراب على شكل زملة من الأعراض والتي تختلف من طفل إلى آخر من حيث شدتها ونوعيتها.

ومنذ زمن قدمت" **كانر**"، عدة نظريات حاولت أن تعطي تفسيرات لهذا الإضطراب الغامض، ومن بين النظريات التي كانت سائدة في فترة الخمسينات والستينات "نظرية الأم الثلاجة" و التي مفادها أن إضطراب التوحد ما هو إلا نتيجة إنسحاب أو هرب نفسي، لما يدركه الطفل من اللامبالاة في علاقته بأمه، و أنه ينتمي لبيئة باردة عاطفيا. إلا أن هذه النظرية لاقت المعارضة من طرف المهتمين بهذا الشأن، باعتبار أن هناك آباء لأطفال مصابين بالتوحد ولا تنطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية المرضية، بالإضافة إلى أن الأطفال التوحديين غير عاديين منذ الميلاد من حيث الناحية النفسية. إلا أن الأبحاث الحالية الحديثة أثبتت أن التوحد ناتج عن إصابة عصبية، وأن النظرية الأكثر شيوعا في الوقت الحالي هي " النظرية البيولوجية" **و** التي تشير إلى أن التوحد قد يكون نتيجة إصابة عصبية أو خلل وظيفي في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يظهر نمو غير سوي، إلا أن طبيعة و أسباب هذا النمو الغير سوية مازالت موضع جدل لدى العلماء و الباحثين.

ويشير **(الإمام والجوالدة،2010، ص94)** إلى أنه يمكن أن يكون أحد هذه العوامل البيولوجية سببا في إصابة الدماغ بهذه الإختلالات:

. العوامل الجينية.

. العوامل العصبية والتشريحية.

. العوامل الفيروسية.

. العوامل الكيميائية الحيوية. الشذوذ الأيضي. **(الإمام والجوالدة،2010، ص94)**

1-العوامل الجينية :

أظهرت الدراسات التي أجريت حول التوائم وجود فرصة أكبر لأن تصاب التوائم المتماثلة بالتوحد من التوائم الغير متماثلة، فالتوحد ينتشر بنسبة **96%** بالنسبة للتوائم وبنسبة **27%** بين أزواج التوائم الأخوية **(مصطفى والشربيني، 2011، ص 38)**، ويمكن أن يكون التوحد وراثيا، إذ يخمن بعض الباحثين أن ما بين **3-20** جين قد ترتبط بالتوحد. **(الإمام والجوالدة ،2010، ص94)** إلا أنه لم يتم التعرف على الجين المسبب للتوحد، وهل هو جين واحد أم عدة جينات؟ وهل هذه الجينات توجد في كروموزوم واحد أم تتجمع في عدة كروموزومات؟، فرغم وجود إجتهادات في هذا الشأن، إلا أنها لم تصل لحد الآن إلى كيفية التعامل مع هذه الجينات، حيث توجد ثورة علمية تستخدم طرقا حديثة في العلاج بالجينات وقد يكون الأفراد التوحد نصيب كبير في هذه الثورة. **(الإمام والجوالدة، 2011، ص 83)**

وهناك إستدلالات تقترح أن مناطق في الكروموزوم **(2)** و **(17)** قد تتضمن الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، والكروموزوم **(7)** و **(16)** لهما دور في تحديد إمكانية إصابة الطفل بالتوحد **(مصطفى والشربيني، 2011، ص40)**

2-العوامل العصبية التشريحية :

لقد دعمت الأدلة العلمية إفتراض أن التوحد ما هو إلا نتيجة عيوب في الجهاز العصبي المركزي، فمعظم الخصائص التي تميز الطفل التوحدي (مثل إعاقة تطور اللغة، والسلوك الحركي الشاذ، والخمول، ومستوى الإستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية) تكون مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي المركزي، بالإضافة إلى أن الفحوصات الطبية تظهر بعض الحركات الشاذة أحيانا مثل يلان اللعاب والنشاط الزائد،

وقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون هذه الإشارات العصبية. **(المغلوث، 2006، ص 57، 58)**.

كما أن الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي التي تقارن بين الأشخاص التوحديين والعاديين، وجدت بأن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد، وقد ظهرت هذه الزيادة في كل من الفصوص: القفوي، الجداري والصدغي. ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية. وعلى الرغم من أن أسباب هذا الكبر غير معروفة، فإنه من الممكن أن يظهر ازدياد أنسجة المخ الغير عصبية مثل الخلايا الجليالية " ***Glial cells"*** أو الأوعية الدموية. وبالرغم من أن هذه البيانات لم يتم التعرف عليها بصورة دقيقة باعتبارها عجز تشريحي لدى التوحديين، فإن الفص الصدغي يعتبر منطقة حرجة من شذوذ المخ بالنسبة الإضطراب التوحد. **(خطاب، 2005، ص 45، 46)**.

ويحاول الأطباء والمختصون في هذا المجال تطوير الأبحاث على دماغ الحيوان قبل وبعد ولادته، للتوصل إلى توضيح ما لهذا الشذوذ الحاصل في دماغ التوحدي والذي يعتبر مانعا في تطوير مهاراته المعرفية والإدراكية والاجتماعية. كما تتمحور جهود المختصين في هذا المجال حول التركيز بشكل أفضل على الدورات الكهربائية الحاصلة في الدماغ، والتي تنشئ الطبائع الإنسانية كاللغة والعاطفة والإدراك والتكيف مع الآخرين، والتي تبدو مختلفة تماما في دماغ التوحدي عن غيره من العادين. إضافة إلى ذلك، فإن علم الأعصاب يضع التوحد في المقدمة، إذ يركز المختصون في هذا المجال على كيفية التفاعل الديناميكي لمناطق الدماغ، وكيفية نشوء تشوه في السلوك الإنساني.

(صندقلي، 2012، ص75).

3-العوامل الفيروسية :

يشير **(Ratajczak ،2011,74)** إلى أن الإلتهابات و العدوى الفيروسية لها صلة سببية في تطور السلوك التوحدي، و التي تشمل: **إلتهاب الدماغ الناجم عن الحصبة ˘والحصبة الألمانية الخلقية˘ فيروس الهربس البسيط˘ النكاف˘ الحماق، الفيروس المضخم للخلايا ، فيروس الشبح** ، بالإضافة إلى ذلك، فإن فيروس الحصبة و النكاف تسبب إلتهاب الدماغ و الذي يمكن أن يؤدي إلى إضطراب التوحد في وقت لاحق.

ويضيف **(الكردي، 2005، 34)** في هذا الشأن، على أن هناك نظرية تفيد بأن فيروس يصيب الطفل قبل الولادة وهو جنين، وعندما يولد الطفل يبدو طبيعية عند الولادة، إلا أن الفيروس يكون كائنا في الطفل وينشط عند تعرض الطفل لصدمة معينة، إضافة إلى أن برنامج التطعيم وخاصة جرعة الحصبة والتلوث البيئي قد تكون سبب لحدوث التوحد، أو بسبب أو التقدم التكنولوجي في الولادة، وهناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم تاريخ مرضي بالإصابة بالحساسية، وضيق التنفس. **(الكردي، 2005، 34)**

4-العوامل الكيميائية الحيوية. الشذوذ الأيضي:

يؤكد **(Joshi et al ,2002 ,P 7)** بأنه و على الرغم من أن البحوث التي إهتمت بالتوحد في هذا المجال قد ركزت على مستويات السيروتونين ، إلا أنه مؤخرا تم إشراك العوامل الكيميائية الحيوية الأخرى والتي تشمل هذه الأحماض الأمينية والأحماض العضوية، ونظائرها دورة كريبس، الميلاتونين، دوري، الإندورفين، وأملاح / البيروفات،

الدبقية بيفي البروتين الحمضية، والكاتيكولامينات. وقد وضعت العديد من الدراسات الحديثة تركيزها في هذه المناطق، في محاولة لتوفير مزيد من التبصر التي قد تفسر

الإختلافات في المستويات لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، لتحديد علامات من شأنها أن تساعد في وقت مبكر جدا تشخيص مرض التوحد، وتطوير مناهج التمثيل الغذائي للتدخل. **(joshi et al,2002,p72)**

6-الأعراض الأساسية للأطفال التوحديين :

من خلال مراجعة للأدبيات والدراسات التي تتناول إضطراب التوحد. وجدت الباحثة أن الأطفال التوحديين يظهرون مجموعة من السلوكات المترابطة يستدل عليها من خلال أنماط السلوك الملاحظ، إضافة إلى مجموعة من الخصائص والقدرات تختلف من حالة إلى أخرى تبعا للعمر وتفاوت القدرات الإدراكية، والتطور اللغوي، وطبيعة وكم الخبرات وسرعة التدخل المبكر، وهذا ما يعبر عنه بدرجة شدة الإضطراب عند الطفل التوحدي، ويتميز التوحد بمجموعة من الأعراض والخصائص التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص، تتمثل فيما يلي:

1-ضعف التفاعل الإجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الإجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث أن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقي الحب والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لإنفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنة لا يطلب من أحد الإهتمام به، وإذا ما إبتسم فإنما يكون الأشياء دون الناس، ويضيف كل من **(خطاب ،2005، 15)**؛ **(وزيتون، 2003، 20)** أن الطفل التوحدي يعاني من وحدة شديدة، وعدم إستجابة للآخرين، ناتج عن عدم القدرة على فهم اللغة وإستخدامها بشكل سليم، وقصور شديد في الإرتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الإندماج مع المحيطين به، وعدم إستجابته لهم، وميله الدائم للتوحد بعيدة عنهم، ومقاومته محاولاتهم التقرب منه أو معانقته.

وتشير **الحلبي (2005، 50)** إلى أن القصور في السلوك الإجتماعي لدى أطفال التوحد يمكن تحديده في ثلاثة مجالات هي:

أ. التجنب الإجتماعي:

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الإجتماعي حيث يتهرب هؤلاء الأطفال من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

ب. اللامبالاة الإجتماعية: يوصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الإجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

ت. الإرباك الإجتماعي:

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل الإفتقار إلى التفاعل الإجتماعي من أبرز أسباب الفشل في إستمرار علاقاتهم مع الآخرين.

وقد أكدت ما سبق دراسة **(Gilson, 2000)** التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقليا في المواقف، والتفاعلات الإجتماعية، والسلوك الإنسحابي، من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الإجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الإجتماعية، والأكثر إنسحاب من المواقف والتفاعلات الإجتماعية، وذلك قياسة بأقرانهم المتخلفين عقليا.

وكذلك دراسة **(Carpenturi،Morgan & 1996)** التي إستهدفت التعرف على السلوك الإجتماعي، والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقليا، وقد بينت نتائجها أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التبادل، والتواصل البصري بالعين، والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقليا. وتتفق مع هذه النتائج دراسة **(Ganzalea, 1997)** إذ أشارت إلى

أن الأطفال التوحديين في حاجة ماسة للبرامج العلاجية. لأنهم أكثر الأطفال من ذوي الإحتياجات الخاصة الذين يعانون من حدة في بعض الإضطرابات السلوكية، ولأنهم أيضا أقل تعلقة بالأم من أقرانهم المتخلفين عقلية، حيث لم يفضلوا صوت الأم بل أنهم كانوا يفضلون الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الإنسحاب من المواقف الإجتماعية، وذلك بشكل دالي قياسا بأقرانهم المتخلفين عقلية الذين كانوا يفضلون صوت الأم.

ويشير الباحثون إلى أن "الانسحاب من المواقف الإجتماعية واحد من الأعراض المتداولة عن الطفل التوحدي، كما أكدت نتائج دراسات كل من **(عبد الله (2002)**؛ (و**بخش 2002)**؛ (و**عمارة 2005)** على أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية، وعدم التفاعل الإجتماعي، والسلبية تجاه الآخرين، فهم يظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أي لقاءات عائلية، كما أن لديهم قصورة شديد في الإستجابة للمثيرات البيئية، وضعف عام في المجالات الإجتماعية، بينما يرى بعض الباحثين أن الإنسحاب لا ينطبق على جميع الحالات، وهذا ما أكدته دراسة **(عبد القادر، 1997)** بأن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، ويحبون الألعاب التي تتطلب إتصالا بدنية، بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه، ويستمتع بمعانقته، وإحتضانه له، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقا حادة إذا غاب عن حياتهم شخص مألوف لديهم.

2-القصور اللغوي:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كل من **(ريتا جوردن** و**ستيوارت بيول 2007، 2)** أن الأطفال التوحديين لديهم نقص واضح في اللغة، والإتصال اللفظي، وغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين؛ فهناك

مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه وإستخدامها، والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لإستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ، والجوانب العملية للمعني.

ويرى **(عمارة 2005، 31)** أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام، وفي نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضا إستخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية وترديد ما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي بسبب الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، والإتصال اللفظي غير الطبيعي من حيث الإشارات أو التعبيرات الوجهية، وكذلك **(تشير الحلبي 2005، 33)** أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة تؤثر على التواصل لديهم.

من هذه المشكلات:

2-1-المصاداة:

تعتبر المصاداة من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين، وتعرف **(الحلبي 2005، 33)** المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه توة وفي نفس اللحظة وكأنه صدي لما يقال.

ويعرفها الشخص **(والدماطي 1992، 30)** بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد اللاإرادي لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم، وتعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشديد. وتؤكد دراسة **(رتر ،Rutter, 1998)** أن الأطفال التوحديين يعانون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل آلي مع ضعف في الإنتباه، ونقص التواصل اللغوي، وصعوبة في التواصل مع

الآخرين، ويذكر(**سليمان 2006، 20**) أن الطفل التوحدي يكرر الكلمات والجمل، وهذا الترديد والتكرار من أبرز خصائص التوحديين حيث لا يتعلمون اللغة أبدا.

2-2-الإستخدام العكسي للضمائر:

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين، حيث يتم إستخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي" ويستعمل "أنا" حين يود أن يقول "أنت". ويؤكد **(سليمان وآخرون 2003، 10)** أن الطفل التوحدي يستبدل الضمير "أنا" بالضمير "أنت"، فعلى سبيل المثال يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي هل تريد البسكويت، فتكون إجابة الطفل، أنت أريد البسكويت وما إلى ذلك، وهذا ما أكدته نتائج دراسة **(خليل 1999، 64)** من أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من عدم القدرة على إستخدام الضمائر كأن يلقب الآخر ب "أنا" ويلقب نفسه ب "أنت".

وكما جاءت نتائج دراسات كل من **(حلواني، 1999، 15)**؛ **(زيدان، 2006، 20)**؛ **(مليكه، 1998، 33)**؛ **(باظة، 2003، 45)**؛ **(فراج، 1999، 27)**؛ **(سلامة، 2005، 16)** تشير إلى أن الأطفال التوحديين لديهم قصور واضح في النمو اللغوي، مما يقلل من التواصل اللفظي، مع تكرار المقاطع أو الجمل والكلمات دون إعتبار للمعنى، والإستجابة للكلام بطريقة غير طبيعية، وقدراتهم اللفظية تعد منخفضة جدا.

2-3-السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة، ويمكن لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وتلك السلوكيات والأنشطة والإهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك؛

مما قد يؤدي إلى إستثارة من حولهم، وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم.(**السعد، 1998، 32**).

ويشير (**الشخص 2003، 30**) إلى أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية، مثل الإستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة بصورة غير عادية (التكرار)، والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة، واللزمات الحركية النمطية المتكررة، والإنشغال بأجزاء الأشياء لا بالشيء كله.

ويعرف (**عبد الحميد وكفافي 1990، 30**) السلوك النمطي بأنه السلوك المنمط أو المقلوب، وهو سلوك جامد غير مرن، يتم بغض النظر عن التغير في السياق والنتائج التي ينبغي أن تؤدي إلى تعديلات في كيفية تصرف الفرد، أي أنه سلوك يتبع نمط واحدة متكررة. (**عبد الحميد وكفافي 1990، 30**)

ويشير (**موسى 2002، 18**) إلى أن الطفل التوحدي يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز إلى أعلى أو أسفل، والمشي على أطراف الأصابع، والدوران دون الإحساس بالدوخة، وتحدث هذه الحركات حين ينظر الطفل التوحدي إلى شيء يشد إنتباهه. (**موسى 2002، 18**)

ويضيف (**عمارة 2005، 32**) أن الطفل التوحدي كثيرا ما يقوم بأداء حركات معينة لفترات طويلة، ويستمر في أدائها بتكرار متصل، كا رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر، وقد يقضي ساعاتي محلقا في إتجاه معين، أو نحو مصدر صوت، أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو الساعة الدقاقة، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية إستجابة لمثير معين؛ بل هي في واقع الأمر إستثارة ذاتية

تبدأ أو تنتهى بشكل مفاجئ تلقائية، ثم يعود الطفل التوحدي إلى وحدته المفرطة، أو إنغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به. **(عمارة 2005، 32)**

وتتفق دراسة **(وولف Wolf, 2005)** مع هذا الرأي، فتقول أن الطفل التوحدي يمارس أنواعا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي، أما نتائج دراسة **(بيكلين Biklen, 2002)** فقد أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن:

1-حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.

2-إيذاء النفس بشكل مستمر.

3-هوس الرتابة وعدم إحتمال التغيير.

4-صدى كلامي.

5-رفة العينين ونغز متكرر، رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

وقد أرجعت دراسة **(ترينبيير Trenpeypeier, 1996)** هذا السلوك النمطي المتكرر إلى:

1-إرتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي.

2- إتباع الطفل مثل هذه السلوكيات لجذب الإهتمام.

3-الإعتراض على تغيير برنامجه أو روتينه اليومي.

4-عدم القدرة على الملائمة بين السلوك والموقف.

5-خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وحجمها.

6-تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

2-4-عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يرى **(عبد الحميد وكفافي 1995، 267)** أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدوية (تناولية) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين، مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية، تلك الوظيفة التي أوضحها "**جان بياجي**" على أنها تظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من الحياة.

(عبد الحميد وكفافي 1995، 267)

واللعب الإلهامي هو نمط من اللعب يسود في الطفولة المبكرة. حيث يصبح نشاط اللعب لدى الطفل مرتبطة بالتعبير الحر عن إنفعالاته، بما فيها من مشاعر سلبية، وعدوانية مكبوتة يسقطها على اللعب دون خوف من عقاب.

وتذكر **(مليكه 1998، 273)** أنه في السنوات الأولى من الحياة، يكون اللعب الإستطلاعي المألوف غالبا في حده الأدنى، ويتناول التوحدي اللعب والموضوعات غالبا بأسلوب يختلف عن الإستخدام المقصود، فمثلا قد يلف الطفل عجلة لعبة عربية لفترة طويلة من الزمن دون أن يحركها يمينا أو يسارا، أو دون أن يحاول تسيير العربة على الأرض. وتشير **(باظة 2003، 25)** إلى أن الأطفال التوحديين يظهر عليهم، في سن ما قبل المدرسة، نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي، مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام، والطفل التوحدي لا يشترك في اللعب الجماعي، ويفضل اللعب الفردي، وإذا إشترك في اللعب الجماعي فإنه يتعامل مع الأطفال الآخرين دون مشاعر متبادلة.

وتتفق مع هذا الرأي نتائج دراسة **(Romanczyk, 1999)** في أن الأطفال المصابين بالتوحد، في سن ما قبل المدرسة، يظهر لديهم نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي، يشمل اللعب بالدمى ولعب الدور واللعب المسرحي، ويكون اللعب

تكرارية بسيطة لدى الأطفال التوحديين الذين تتوفر لديهم القدرة على اللعب؛ فالأطفال المصابون بالتوحد نادرا ما يبحثون عن شركاء للعب، كما يكون اللعب غير تفاعلي.

(Romanczyk, 1999)

ويذكر **(سليمان 2006، 30)** أن لعب الأطفال التوحديين يكون في نطاق محدود تماما، فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تثمي اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي أو تطوره، الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحديين خلال ممارسة اللعب مفتقرة إلى الإبداع والتجديد والتخيل، في حين يبدأ الأطفال العاديون إستخدام خيالهم في اللعب إبتداء من سن **18** شهر، حيث يلعب الطفل بكوب ورق يستخدمه على أنه قبعة، وترى **(مايلز 1996، 30)** أن الطفل التوحدي لا يلعب بطريقة تخيلية، وهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية، وأيضا تؤكد نتائج دراسة **(زيدان 2006، 15)** أن الطفل التوحدي يفتقر إلى اللعب التخيلي أو التلقائي، وهو لا يبادر إلى اللعب التظاهري.

2-5-البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد أنهم لا يستجيبون لمحاولة الحب والعناق، أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحدة، ولا يهتم بأن يكون وحيدة أو في صحبة الآخرين، فضلا عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات إنفعالية وعاطفية مع الآخرين **(سليمان، 30.2002)**

ويذكر **(عبد الرحيم 1990، 45)** أيضا أن الأطفال التوحديين لديهم نقص واضح في الإستجابة للآخرين، وفشل في الإستجابة لمحاولات التدليل، ونقص في الإنتباه إلى الآخرين وعدم إلتقاء عينه بعيونهم، واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة. **(عبد الرحيم 1990، 45)**

ويشير **(فراج2002، 56)** إلى أن كثيرا من الآباء يشكون من عدم إكتراث أطفالهم التوحديين مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب أو تجاوبهم معها، أو محاولات تدليلهم وتقبيلهم أو مداعبتهم؛ وربما لا يظهرون إهتماما بحضورهم أو غيابهم، وقد تمضي ساعات طويلة والطفل التوحدي في وحدته، لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، وتنقصه في كلامه النغمة الإنفعالية والقدرة التعبيرية. **(فراج2002، 56)**

ويقرر **(عبد المعطي 2001، 564)** أن كل الأطفال التوحديين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين، ويظهرون فشلا في نمو التعاطف، وهذا ما أكدته نتائج دراسة **(بدر 1997، 52)** من أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك، وإذا ضحك فضحكه لا يعبر عن فرح لديه، والبعض لا يعانق حتى أمه، والبعض لا يظهر أي مظاهر إنفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح، مع عدم الإستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة، وقد يقلد الآخرين في بعض التغيرات الإنفعالية دون فهم أو تفاعل.

وقد قامت **(عبد القادر 2002، 50)** بدراسة فعالية إستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الإنفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم، إستهدفت إستثارة إنفعالات الطفل وعواطفه، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته وإختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به. وقد بينت نتائجها حدوث إنخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والإنفعالات السلبية، وتفاعلا أفضل بين الوالدين وطفلهما. **(عبد القادر 2002، 50)**

2-6-ظهور أعراض التوحد قبل سن الثالثة:

يتفق معظم الباحثين على أن إضطراب التوحد يحدث مبكرة خلال العامين الأولين من حياة الطفل، وقبل ثلاثين شهرا على الأكثر، ويستمر مدى الحياة، ويصيب على

الأقل **(5)** أطفال من بين كل **(1000)** طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور به **(3-4)** أضعاف الإناث. **(عبد الله، 2002، 46)**.

ويذكر **(القريطي ،2001، 65)** أن إضطراب التوحد يبدأ عادة خلال ثلاث السنوات الأولى من العمر، وتبدأ الأعراض في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل حدة الطبع، وضعف التغذية و مشكلات في النوم، ويمكن أن تظهر هذه الأعراض من العام الأول، أو بعده، وعدم نمو اللغة بشكل طبيعي من أولى الأعراض، وهو أمر يمكن أن يلاحظه الآباء، حيث يظهر الأطفال بداية طبيعية للغة بين الشهرين الثاني عشر والرابع عشر، إلا أن اللغة لا ترتقي إلى أبعد من ذلك، كما تظهر أعراض التوحد الأخرى، وتشمل الإضطراب الإجتماعي وظهور سلوكيات نمطية تكرارية. **(القريطي ،2001، 65)**

ويتفق مع ذلك كل من **(عبد الرحيم 1983 289)**، **(والأشول 1987، 112)**، على أن ما يميز إعاقة التوحدية عما سواها هو أنها تبدأ في الطفولة المبكرة بصورة واضحة، وأن لها خصائص وسمات معينة تميزها عن الإعاقات الأخرى.

وكذلك تشير نتائج دراسة **(حمودة 1998، 10)** إلى أن الطفل التوحدي الأصغر سنا (في مرحلة الطفولة المبكرة). يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض أكثر وضوحا. **(حمودة 1998، 10)**

2-7-نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

على الرغم من أن الطفل التوحدي يظل مستغرق فترة طويلة في سلوكيات نمطية، إلا أنه يثور أحيانا في سلوك عدواني موجه إلى ذاته.

وقد أشارت دراسة **(Ellis, 1990)** إلى أن الطفل التوحدي يقوم بربط يده ثم يقوم بفكها أو يظل يضرب وجهه بيده أو يقوم بإيذاء نفسه، كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوجه الطفل التوحدي عدوانه وإيذاءه إلى

الغير، فقد يضرب طفلا آخر دون سبب، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة كي يبقى وحيدا.

كما إتفق (Jordan, 1995, 38)، (**وعبد الرحيم، 1990، 58**)، (**والخطيب وأخرون 1998، 40**) على أن سلوك إيذاء الذات هو سلوك عدواني موجه نحو النفس، أو نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته، أو أصدقاء الأسرة، أو المتخصصين في رعايته وتأهيله، ويتميز هذا السلوك بالبدائية؛ كالعض والخدش والرفس، وقد تشكل عدوانيته إزعاجا مستمرة لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة، أو عدم النوم ليلا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس، أو بعثرة أشياء على الأرض، أو إلقاء أدوات من النافذة، أو سكب الطعام على الأرض، إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين، وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يحمي نفسه، أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث ما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، وقد يتكرر ضربه نفسه، أو لطم وجهه بإحدى يديه أو كلتيهما.

ويذكر كل من (**فراج 1999، 121**)، (**وونج 1996، 76**) أن الأطفال التوحديين يظهرون حزنهم في نوبات غضب شديد، أو حركات معينة كاله إلى الأمام والوراء، أو القفز صعودا وهبوطا، أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه، وكثيرا ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو إستيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.

ويضيف (**الفوزان 2000، 14**) أين أطفال التوحد قد تظهر على بعضهم سلوكيات غريبة تلفت النظر، مثل القرع على قطعة أو كتاب بأصابعه، ويدور أشياء بيده، وكذلك بعضهم قد يقوم بعض أظافره أو أظافر أحد الآخرين.

ويؤكد (**عكاشة 1992، 95**) ما سبق من أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات ونوبات غضب في المزاج والعدوان وإيذاء النفس.

كما تؤكد نتائج دراسة (**الحلبي 2000، 165**) على أن الأطفال التوحديين يعانون من الضحك والصراخ والبكاء دون سبب، ومن السلوك العدواني تجاه الآخرين وإيذاء ذاتهم.

2-8-إنخفاض مستوى الوظائف العقلية:

يشير (**تركي 2006، 130**) إلى أن حوالي (**40%**) من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (**55**) درجة، وحوالي (**30%**) يتراوح معامل ذكائهم ما بين (**50-70%**)، ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي (**20%**) من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي، ودراسة سجلات معدلات الذكاء الأطفال التوحد يعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي، ومهارات التفكير المجرد، مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة.

ووجد أن بعض أطفال التوحد لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلى درجة غير عادية، فالذاكرة غير العادية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحيانا تكون الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة على الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرأون.

وتؤكد دراسة (**شاش Shash, 1993**) على أن أداء الأطفال التوحديين في بعض الإختبارات العقلية في مقياس وكسلر للذكاء، تكون عادية بل قد يكون مرتفعة في بعض الأحيان.

ويضيف (**سليمان 2000، 125**) أن أطفال التوحد يعانون من إضطرابات في النمو العقلي، وتظهر بعض الحالات تفوقا ملحوظا مع ظهور تفوق في مجالات معينة، ويبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائية إلى معرفة

طرق تشغيل الإنارة، كما قد يجيدون عمليات حل الأدوات والأجهزة وتركيبها بسرعة ومهارة فائقين، وقد يبدي بعض الأطفال تفوقه في مهارة موسيقية كا العزف وفي إستخدام الأدوات الموسيقية، وهذا ما أكدته دراسة (**وزوريك Wzorek, 1994**) فعلى الرغم من وجود بعض من المهارات الإستثنائية لدى الأطفال التوحديين، حيث تكون عادية في بعض الأحيان وفوق العادي في أحيان أخرى، إلا أن لديهم عيوبة إدراكية عامة، ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه، ولكن لا يمكن القول أن لديهم جمودة إدراكية. ويشير (**سليمان ،2006، 145**) إلى أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في الإدراك، والإنتباه، والوظائف العصبية.

وأكدت ذلك نتائج دراسة (**Burack, 1994**) على أن الأطفال التوحديين لديهم قصور شديد في الإنتباه وخاصة الإنتباه الإنتقائي، فهم لا يستطيعون تركيز إنتباههم على شيء محدد ضمن أشياء متعددة.

كما أكد ذلك أيضا دراسة (**Israel & ,Nelson , 1991**) حيث هدفت دراستهما إلى التعرف على إضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدي مثل نقص الإنتباه وضعفه، ونقص التواصل مع الآخرين من خلال مجموعة من الأطفال التوحديين؛ حيث أظهرت النتائج أن الطفل التوحدي يعاني من ضعف شديد في الإنتباه ونقص التواصل.

وتؤكد نتائج دراسة (**عبد المعطي 2001، 756**) أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في مدى الإنتباه وإنعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما.

3-قصور في أداء بعض المهارات الإستقلالية والحياتية:

يتفق كل من (**فراج 1999**)؛ و(**عمارة 2005**) على أن الطفل التوحدي لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية ،التي يستطيع الأطفال العاديون أداءها ممن هم في نفس سنه ومستواه الإجتماعي والإقتصادي، ففي سن (**5**) أو (**10**) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل في نفس عمره

الزمني سنتان أو أقل، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه؛ بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وإرتدائها، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه، وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم الأخطار التي يتعرض لها أو تقديرها، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق.

ويؤكد **(عبد العزيز 1999، 80)** أن الطفل التوحدي من الممكن أن يشرب سوائل كثيرة بطريقة غير منتظمة، كما أن لديه عدم إنتظام في الأكل واللبس والنوم، كما يوجد لديه عدم إستقرار في وزن الجسم زيادة أو نقصانة ويقتصر طعامه على أنواع معينة، كما نجده مستيقظا بشكل متكرر ليلا ويصاحب ذلك هز الرأس وإرجاعها بشكل متكرر.

وأثبتت نتائج دراسة **(عبد المعطي 2001، 95)** أن الطفل التوحدي لديه مشكلات في الطعام والتغذية والشراب، كما أن إضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين.

4-ضعف الإستجابة للمثيرات الخارجية:

يؤكد كل من **(فراج 1999، 56)**؛ و**(عبد العزيز 1999، 190)** على أن أطفال التوحد يبدون كما لو أن حواسهم عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فإذا مر شخص بالقرب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه؛ فإنه يبدو كأنه لم ير أو يسمع، أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر، وغالبا ما يظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقصا في الإستجابة للمثير الحسي بكل أشكال المثير البصري، والسمعي، واللمسي، والألم، ونجد أنهم يمكن أن يتجاهلوا بعض الإحساسات مثل الألم، والحرارة، والبرودة بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين، ويتجنبون أن يلمسهم أحد، وأحيانا يظهرون إنبهاره ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه مع الضوء والروائح.

وأكدت **(وينج1996)** أن الأطفال التوحديين يعانون من عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقديرهم المخاطر التي يتعرضون لها المرة تلو الأخرى، على الرغم من ضرر يلحقهم أو إيذاء يصيبهم.

كما أن الأطفال التوحديين يعانون من شذوذ في الإدراك، فكثيرا ما يستجيبون بطرق غريبة، وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية، لكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي يسمعها الآخرون بصعوبة أو يغلقون آذانهم تحسبا لسماع أصوات مرعبة.

ويرى **(خليل 1991، 295)** أن الطفل التوحدي لديه مشكلة في الإدراك، فهو يستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى، ولديه صعوبات في الإدراك البصري والسمعي واللمس والشم والتوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت، كما أن الطفل التوحدي لديه صعوبات في التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة، والإرتفاع بمستوى القدرة الإدراكية.

(خليل 1991، 295)

ويؤكد **(كامل 2003، 92)** أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم إتساق أو إنتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس، وصعوبة الإحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى، والتفكير بالصور وليس بالكلمات، كما أنهم يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت نفسه كالسمع فقط أو الإبصار... إلخ. **(كامل 2003، 92)**

ويشير **(Creak, 2003)** إلى أن بعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة إكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم، أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف، أو تقريبها إلى العين، والبعض الآخر قد يثبت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه، وبعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل تجاهل الأصوات، ورفض

النظر إلى الأشياء أو الناس، وإنتفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

7-التوحد حسب التصنيف :DSM-5-TR

-يبدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الإجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الإستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه إنفعالاته والفشل في نمو أو تطوير علاقات مع الأقران.

-العجز عن التواصل يرى غالبا في الأطفال التوحديين وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة والعجز عن المبادئ أو في تعزيز المحادثة والسلوك النمطي والإستخدام المتكرر للغة وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة الثمانية.

-ظهور أنماط من السلوك النمطي في الأنشطة التي يؤديها وفي إهتماماته وهذه الأنماط تشمل الانشغال بوحدة أو أكثر من الأنماط المقيدة للسلوك النمطي وتمسكه غير المرن بأعمال محددة أو طقوس أو الإنشغال بأجزاء من الموضوعات.

(julien Daniel et marc et all 2005: 81-86).

1-مفهوم الإضطرابات النمائية الشاملة: (*PDD*)

هي حالات إضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والإنفعالية والإجتماعية، أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلبا مستقبلا على بناء الشخصية، وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة إصطلاح طيف التوحد.

وتتميز الإضطرابات النمائية الشاملة باختلالات كيفية في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود وتعطي متكرر من الإهتمامات والنشاطات، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف، وتنتشر بنسبة **(10-15)** طفلا في كل عشرة آلاف.

ويتخذ مصطلح الإضطرابات النسائية الشاملة أساسا للتشخيص الرسمي للأفراد الذين يشاركون التوحديين في عدة من الخصائص، لكنهم يعجزون عن الوفاء بكافة المحكات لهذا التشخيص. ويتضمن مصطلح***(PDD)***: التوحد ومتلازمة إسبرجر، و التوحد اللانمطي (الإضطراب النسائي الشامل غير المحتد ***(PDD-Not Otherwise***) ***Nos Pervasive Developmental Disorders Specified*** و زملة ريت، و الإضطراب التحللي أو التفككي. **(مصطفي، أسامة فاروق: 21)**.

2-المعايير التشخيصية:

إعتمدت عملية فهم وشرح التوحد في الماضي على قوائم من النقاط التي تستخدم في تشخيص هذا العرض التوحد)، والذي كان يطلق عليه في تلك الفترة «شيزوفرينيا الطفولة»، ولقد نظر إلى هذه النقاط (النقاط التي تشير إلى جانب النمو غير العادي أو السلوك غير العادي) على أنها نقاط وصفية تصف الملامح الأساسية الظاهرة في التوحد. لذا فإنه لا يوجد وصف واضح يحدد الملامح التي تستخدم في تشخيص التوحد، والسمات الأخرى التي تصاحب التوحد، ولكنها معايير غير أساسية، وبعيدا عن الشكوك التي تحوم حول طبيعة هذه النقاط نفسها، فإن هذا يؤدي إلى موقف مريك وغير معقول عندما يوجد طفلان من أصحاب التوحد يتم تشخيصهما كأصحاب توحد ولا توجد سمة مشتركة بين هذين الشخصين. **(جوردن ريتا، بيوا ستيوارت 2007)**.

3-مثلث الإعاقات:

هناك صعوبات في تعريف التوحد كأعراض متزامنة بسبب العديد من مشكلات النمو المصاحبة. ولقد إفترض "**Kanner**" أن كل أطفال التوحد يتمتعون بالذكاء، ولكن هناك مظاهر التأخر الواضح في النمو جاء نتيجة لإصابتهم بالتوحد، ومن المؤسف أن نقول إن هذه واحدة فقط من الحقائق المختلفة المرتبطة بالتوحد والتي أخطأ فيها "**Kanner**"؛ فالأفراد أصحاب التوحد يشبهون "**Rainman**" في الفيلم المشهور؛ فعملية

التأخر في النمو عملية نادرة جدا لدى أطفال التوحد، ويرجع التأخر في النمو لدى نسبة كبيرة من أطفال التوحد إلى صعوبات تعلم إضافية أغلبها شديدة. وفي الحقيقة كلما كانت صعوبات التعلم شديدة كلما كانت الإصابة بالتوحد أشد. وبالإضافة إلى ذلك فإنه من الصعب عزل أو التأثيرات الناجمة من التوحد عن التأثيرات الناجمة من صعوبات التعلم الحادة.

ولقد وجد "**جودي جولد**" و "**لورنا وينج**" بعد دراسة عينات من الطلاب أصحاب التوحد. أن هناك تجمعات من الخصائص يمكن أن تزودنا بمعايير لتشخيص التوحد، وهذه الخصائص عرفت باسم الإعاقات الثلاثية للتوحد والتي حددتها "**لورنا وينج**" في:

أ-الإعاقة الإجتماعية:

وتتلخص في التأخر الشديد في النمو الاجتماعي و خاصة في نمو العلاقات الشخصية، و هذه الإعاقات حددت في متصل يتراوح من أولئك الذين يمثلون المفهوم التقليدي في التوحد في عزلتهم وتوحدهم وانسحابهم إلى أصحاب التوحد الذين يستجيبون بطريقة سلبية عند الاحتكاك بالآخرين ولا يستطيعون التفاعل مع الغير إلى الصحاب – التوحد دوي النشاط السلبي) أو الذين يبحثون عن اهتمام الآخرين بهم ولكنهم لا يستطيعون التعامل مع الآخرين، فطفل التوحد عادة ما يبدأ من أحد اطراف هذا المتصل بالانسحاب التقليدي ويصل إلى مرحلة النشاط السلبي مع إستمرار نمره أثناء التعامل معه في سن العاشرة.

ب-الإتصال واللغة:

يوجد لدى أصحاب التوحد نفس اللغة والإتصال النفسي وغير اللفنى، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال أصحاب التوحد الساعة كبير. فهناك فئة تعاني من مشكلات لغوية / تعليمية حادة، الأمر الذي يترتب عليه عدم إستخدام أصحاب هذه

الفئة من أطفال التوحد اللغة المنطوقة وعدم نمو اللغة المنطوقة لدى هذه الفئة من الأطفال وفي جانب آخر، وتوجد فئة أخرى من الأطفال أصحاب التوحد تنمو لديها المهارات اللغوية، وتسكلهم مهارات النطق والقوات من تعلم اللغة الأصلية. وبغض النظر عن مستوى كفاءة طفل التوحد في اللغة المنطوقة توجد عنا مشكلات في كل جوانب الإتصال لدى أصحاب التوحد فهنالك مشكلات ترتبط بفهم وإستخدام تعبيرات الوجه والإيماعات التحذيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط تقيم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى الجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ والجوانب العملية للمعنى، وترتبط الجواب العملية للمعنى بالفهم الإجتماعي للغة، ونظرا لأن الجوانب العملية للمعنى تمثل عليه المال أكثر من كونها عملية لقرية لذا فهي تؤثر في التوحد.

ج-التفكير والسلوك:

صاحب التوحد صلب في التفكير والسلوك، ويفتقر إلى الخيال، يتميز بالسلوك المكرر الذي يعدت على السلط مكررة من السلوك. كما يسم بنقص شديد في الإبتكار، ويفتقد إلى اللعب الإبتكاري، ويلعب بطريقة عفوية تلقائية. ولكن عندما يترب طفل التوحد على اللعب بسبح محددا بالنساء اللعب التي شاهدها أثناء التدرب الله ولا يستطيع الإبتكار في اللعبة، ولو بدرجة قليلة، ويستطيع طفل التوحد الأكثر قدرة أن يظهر نوعا من التخيل ولكنه خيال محدود، ولا يستطيع أن يستر بين العمال والواقع، ويتمثل ذلك في عدم قدرته على التمييز بين الصورة العقلية الناجمة من النخيل والشيء الحسني الحقيقي.

ولتشخيص التوحد يجب ربط التشخيصي ببداية أو مستهل الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل، على الرغم من أن "**لورنا وينج**" ترى أن هناك حالات توحد لها بداي متأخرة.

8-التوحد حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية: *CIM-10*

إن معايير تشخيص التوحد في **CIM-10** هي نفسها تقريبا معايير التشخيصي في **DSM-5**، مع ملاحظة فقط أن التوحد في **CIM-10** أطلق عليه إسم التوحد الطفولي (**julien Danhel: 86**)، ومن جهة أخرى، فإنه رغم عدم الوضوح التصنيفي لمتلازمة ريت ومتلازمة إسبرجر إلا أن المعلومات المتوفرة في حينه، إعتبرت كافية لإدراج هاتين المتلازمتين ضمن الإضطرابات النمائية الشاملة باعتبارهما إضطرابات معينة. (**عكاشة أمحمد، إشراف 1999: 18**)

9-التوحد حسب التصنيف: *DSM-4*

يعتبر هذا التصنيف مرجعية تشخيصية لكثير من المهني الصحة، كما يشكل أيضا أداة للبحث والإحصاء تعتمد عليها مؤسسا الصحية العمومية، والجديد في هذه الطبعة من التصنيف هو إستبعاد معايير في تشخيص التوحد، والحالات المرتبطة به كانت تستخدم منذ عقود عديدة. فقد إستخدمت أول طبعة من هذا الدليل سنة **(1952)** مصطلح فصام الطفولة للدلالة على التوحد، ثم أصبح مفهوم تشخيص التوحد بعد ذلك بتقدر مع ظهور كل طبعة جديدة من هذا الدليل، وكل تحديث يظهر لمفهوم التوحد يجلب معه جدل ومناقشات وتناقضات مختلفة، وهو الأمر الذي لم تكن التغيرات الحديثة في معايير تشخيص التوحد التي ظهرت مع هذه الطبعة الأخيرة في ماي **(2013)** لتكون بمعزل عنه، أما المعايير الأساسية التي تضمنها هذا الدليل الأخير في تشخيص التوحد فهي:

1-إستمرار صعوبات التواصل والتفاعل الإجتماعي في مختلف السياقات، والتي تظهر أو يعبر عنها كالتالي:

- قصور في التعاملى الإجتماعي الإنفعالي.
- قصور في سلوكات التواصل عبر اللفظي المعتمدة في التفاعلات الإجتماعية.

- قصور في النمو، وفي الإحتفاظ بالعلاقات وفهمها.

2-مجال السلوكات والإهتمامات والنشاطات محدود جدا وتكراري، وذلك كما تتجلى أو يعبر عنها في:

- أنشطة حركية، إستخدام الأشياء، أو إصدار أصوات بشكل نمطي أو تكراري.
- الإصرار على التماثل، وإستمساك جامد بالمألوف أو بمظاهر طقوسية في السلوكات اللفظية والغير اللفظية.
- إهتمامات جد محدودة ومركزة مع حد غير طبيعي من الشدة والتركيز.
- ردود فعل غير طبيعية إزاء المشيرات الحسية أو إهتمامات غير إعتيادية بالمظاهر الحسية في المحيط.

3-الأعراض يجب أن تظهر خلال الفترة المبكرة من النمو (لكن لا تتجلى بوضوح إلا عندما تصبح المهارات المحدودة غير قادرة على الإستجابة لمقتضيات المحيط أو علما تصبح بعد ذلك مقنعة بفعل الإستراتيجيات المكتسبة).

4-الأعراض تحدث أنواعا من القصور الكبير من وجهة النظر السريرية في المجال الإجتماعي، والمهني، أو أيضا في مجالات وظيفية أخرى.

5-الإعاقة الذهنية (إضطراب النمو العقلي) أو تأخر عام في النمو. ولا يفسر جيدا هذه الإضطرابات (**Dilip, all2013: 50-58**)

وكغيرها من الطبعات السابقة، واجهت هذه الطبعة إنتقادات مختلفة أثيرت من طرف جامعيين ومجموعات البحث بخصوص التغييرات السابقة وإنعكاساتها على الميدان الإكلينيكي، والإنتقاد الأكثر حدة وهو فيما يتعلق بمفهوم إضطراب طيف التوحد إذ أن محدودية المعايير الجديدة في تشخيصه يمكن أن تشكل عائقا في تشخيص حالة بعض الأفراد على أنهم مصابين بالتوحد، وبالتالي لا يصلون إلى الخدمات التي هي في حاجة إليها.

10-الإختلافات الجوهرية بين التصنيف: DSM-5 والتصنيف DSM-4

1-إختلاف في التعريف:

في التصنيف **DSM-5** المنشور عام **(1994)** عرف التوحد والإضطرابات المصاحبة على أنه إضطرابات شاملة في النمو، بينما في هذا التصنيف تم إستبدالها بمفهوم إضطرابات طيف التوحد. والتي تم تبويبها في فئة أوسع هي الإضطرابات العصبية النمائية.

2-الأنواع الفرعية للتوحد:

في التصنيف **DSM-5** تتضمن فئة الإضطرابات النمائية الشاملة خمسة أنواع فرعية للتوحد: إضطرابات التوحد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحد اللانمطي (الإضطراب النمائي الشامل غير المحدد)، و زملة ريت، و إضطراب المنقولة التحللي أو التفككي، بينما تم في التصنيف الحالي تم دمج كل من: إضطرابات التوحد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحد اللانمطي، و الإضطراب التحللي لتصبح كلها ذات مسمى واحد هو: إضطرابات طيف التوحد، في حين تم التخلى نهائيا عن زملة ريت .و هذا التصنيف لا يميز بين هذه الأنواع الفرعية و لكنه يحدد ثلاث مستويات من حدة الأعراض و كذلك مستوى الدعم اللازم.

3 – الأعراض السريرية:

في التصنيف **DSM-5** تميز التشخيص بوجود ثلاثة أعراض أساسية **(مثلث الأعراض)**:

- إضطراب التبادل الإجتماعي
- إضطراب اللغة والتواصل
- مجال إهتمامات ونشاطات محدود وتكرارى.

أما في هذا التصنيف فلم يبقى إلا على فئتين من الأعراض:

- إضطرابات التواصل الإجتماعي (وفيها أدمجت المشكلات الإجتماعية ومشكلات التواصل مع بعض).
- سلوكات محدودة وتكرارية. وهاتان الفئتان من الأعراض تتضمنان نفس العناصر كما في التصنيف **DSM-5** باستثناء تغييرين مهمين:
- إضطرابات اللغة وتأخر اللغة لم تعد متضمنة في هذه الفئة من الأعراض في التصنيف **DSM-4**.

– العرض السريري: الحساسية غير الإعتيادية للمنبهات الحية التي لم تظهر في التصنيف **DSM-5** أصبحت في التصنيف **DSM-4** متضمنة في فئة السلوكات التكرارية.

4 – بداية التوحد:

التغيير الآخر الحاصل هو إستبدال المعيار التشخيصي الوارد في التصنيف **DSM-5** الذي ينص على أن أعراض التوحد يجب أن تظهر قبل سن**(36)** شهرا بالتعريف الفضفاض الموالي: الأعراض يجب أن تكون موجودة منذ الطفولة الأولى لكن يمكن ألا تظهر بشكل كامل إلا عندما تعجز المهارات المحدودة عن الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية

5 – التشخيص الفارقي:

أدرج التصنيف **DSM- 4** معيارا تشخيصيا جديدا في فئة إضطرابات اللغة، و هو إضطراب التواصل الإجتماعي، و تستبقي المعايير التشخيصية لهذه الفئة الفرعية على بعض المعايير الموجودة في فئة الإضطرابات النمائية الشاملة التصنيف**DSM-5** ومن ذلك أن الأطفال الذين تم تشخيص إضطراب التواصل الإجتماعي عندهم، يوجد لديهم

على مستوى إهتمامات العناية بالذات كما يوجد لديهم في الإستخدام الإجتماعي للتواصل اللفظي و غير اللفضي، و بناء على زيادة وجود إهتمامات وسواسية و سلوكات تكرارية يتم إستبعاد إحتمال تشخيصي الإضطرابات على أنه إضطراب إجتماعي في التواصل، و عليه فقد أصبح الآن وجود السلوكات التكرارية عاملا حاسما في بناء تشخيص فارقي التوحد.

5-1-مبررات التعديلات الواردة في التصنيف: *DSM-4*

أن التعديلات التي أدخلت على تشخيص التوحد في التصنيف **DSM-4** مدعومة بالبحوث العلمية. ففيما يتعلق باستبعاد مختلف الفئات التشخيصية الفرعية في الإضطرابات النمائية الشاملة ال تصنيفDSM-5نجده يستند إلى دراسات تؤكد على ما يلي:

-أن التميز المعمول به بين الفئات الفرعية في ال تصنيفDSM-5يتغير على مر الزمن.

- العمل بنظام الفئات الفرعية التشخيصية يمكن أن يتغير حسب البيئة الذي يتم فيها التشخيص (مثلا يمكن تماما تشخيص طفل ما على أنه مصاب بمتلازمة أسبرجر في بيئة وأنه مصاب باضطراب التوحد في بيئة أخرى).

- الإختلافات في الكفاءات الإجتماعية والمعرفية بين الفئات الفرعية يتحدد أفضل من خلال مفهوم الخط المستمر عنه بفئات فرعية متمايزة.

- ندرة الأدلة العلمية التي تدعم الإختلافات المسجلة بين الأخطار الوراثة عند الأفراد المصابين باضطراب التوحد وغيرهم من الأفراد المصابين بمتلازمة إسبرجر (مثلا، هناك دراسات أجريت على إخوة وأخوات الأطفال المصابين بالتوحد بينت أن نسبة سيادة إضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر بين الإخوة كانت تقريبا هي نفسها). وبالمثل، جاءت البحوث البيولوجية (مثلا باستخدام المعلمات الحيوية، التصوير العصبي

الوظيفي، وإختبارات قياس الرؤية) تحمل أدلة قليلة حول وجود فرق واضح في خطر الوراثة بين الأفراد الذين ينتمون إلى فئة أو أخرى من فئات التشخيص السابقة.

وأما بخصوص ما أولاء ال تصنيف4 –**DSM**من أهمية خاصة لوجود السلوكات التكرارية وما أولاء من أهمية لاستبعاد معايير اللغة، فإنه يستند إلى دراسات حديثة تؤكد ما يلي:

– السلوكات التكرارية، وبما في ذلك الإستجابات الحسية غير الإعتيادية، تحدث في مرحلة مبكرة من مراحل نمو الطفل التوحدي،

– وعلى النقيض من صعوبات اللغة، فإن السلوكات التكرارية تدخل فعلا ضمن المعايير التي تعتبر مميزة التوحد.

وأخيرا هناك فئة تشخيصية جديدة خاصة باضطراب التواصل الإجتماعي أضيفت إلى ال تصنيف4 –**DSM**بناء على أن بعض الأطفال يمكن أن يعانوا من حالات قصور في التوظيف الإجتماعي للتواصل، دون أن تظهر عندهم، رغم ذلك، سلوكات تكرارية ولو بصورة محدودة.

5-2-الفحص والتشخيص:

يكون الفحص السريري والعصبي واجبا عند مواجهة أي إشتباه في وجود إضطراب التوحد، وهذا بالإضافة إلى الفحوص التكميلية التي تتضمن المسح المقطعي العصبي والتصوير بالرنين المغناطيسي والتخطيط الكهربي الدماغ، وفحوص الصبغيات مع البحث في هشاشة الصبغي X، والبحث عن أي شذوذات بيولوجية (إستقلاب الفينيل آلانين، إستقلاب البورينات، إستقلاب الكالسيوم، معايرة النواقل الكيميائية العصبية في البول...). ولعل ما يأتي يؤكد على أن تشخيص التوحد ليس إجراء هينا، وأنه ليس إجراء من غير عواقب.

5-2-1التشخيص الفارقي:

يجب البحث حسب الحالات من أجل الكشف عن وجود محتمل لكل مما يلي:

-تأخر عقلي مصحوب بفرط النشاط و إضطرابات في السلوك، وهنا تكون المهارات العلائقية عادية واللغة سليمة وجيدة، كما أن مهارات التقليد واللعب والمحاكاة تكون طبيعية. أما الحركات النمطية فهي منعدمة أو مختلفة جدا (الإهتزاز، حركات الرأس) كما لا يوجد إنعزال توحدي حقيقي، وأخيرا يبقى التواصل العاطفي والإجتماعي في صورته الطبيعية، ويجب الإنتباه أن هناك خطأ شائع ساد منذ مدة طويلة، وذلك حين إعتبرت حالات التأخر العقلي المصحوبة باضطرابات في السلوك أو باضطرابات قلق أو بفرط نشاط حركي بمثابة ذهانات.

-حالة صمم ولادي عميق أو حالة حبسة من النوع الإستقبالي والتي تصيب خاصة اللغة، ولمن دون أن تمس في أساسا العلاقات غير اللفظية، العلاقات العاطفية وكمون القدرة العقلية الذي يمكن قياسه في مجال الأداء، وهنا يكشف جهاز قياس السمع، والمكونات السمعية المستشارة عن وجود قصور حسي في حالة الصمم هذه. وأخيرا فإنه من الممكن أن يتزامن وجود الإضطرابين معا: الصمم والبكم، وبخصوص تشخيص الحبسة من النوع الاستقبالي فإنه من الممكن أن يكون صعبا، ولكن هذا النوع من الحبسة لا يؤثر على مهارات لغة الإشارة، ولا على العلاقة من خلال النظر، واللعب، والتقليد، والألعاب الرمزية.

-الحبسة المكتسبة المتزامنة مع الصرع، والتي تتطابق عادة مع الجدول الإكلينيكي الذي تم توصيفه من طرف (**لاندو** (**Landau**) و (**كليفتر**)(**Kieffner**)، وهي غالبا ما تصيب الأطفال الكبار الذين كان نموهم قبل ذلك طبيعيا، والذين يفقدون اللغة في مجالات الإستقبال والتعبير، وهؤلاء يكون مخطط الدماغ الكهربي عندهم مضطرب جدا (يتميز غالبا بشذوذات في المناطق الجدارية).

-ظروف فقدان السند يمكن أن تتجلى في جداول سريرية تتشابه مع تناذر التوحد، والإكتتاب الطفولي، ومن جهة أخرى ينبغي التفريق بين حالات الحرمان الأمومي، والإستشفاء، وسوء المعاملة، والتوحد. فهذه الحالات تختلف عن التوحد من حيث مظاهر رد الفعل للظروف المحيطة، كما أنه في هذه الحالات هناك دائما نوع من الإتصال المتبقي أفضل مما هو عليه في التوحد، وهناك خصوصا قابلية التحسن السريع (من عدة أيام إلى عدة أسابيع) بمجرد أن يوضع الطفل في ظروف أفضل.

5-2-2- التشخيص السببي:

لقد أصبح بنظر في الوقت الراهن إلى تناذرات التوحد على إعتبار أنها تمثل إضطرابا عميقا في تكامل وبناء الإدراكات؛ حيث لا يصل الأفراد إلى حالة من الوعي المنسجم مع المعالي والدلالات. ذلك أن نوعية نمط التوحد تمثل إضطرابا معرفيا يعتبر هو المسؤول عن الإضطراب العام في النمو العقلي، ويعود ذلك الإضطراب المعرفي إلى عدة عوامل:

2-1-العوامل الوراثية:

تأتي هنا الأمراض الوراثية أو الجينية المعروفة التي يمكن أن تؤدي إلى إضطراب التوحد: الفينيل كيتونيريا، متلازمة الصبغي س الهش، وبعض إضطرابات تثلث الصبغي(**21**).

ففيما يتعلق باضطرابات التوحد الحقيقي أو النقي – غير متزامنة مع أعراض أخرى- من نوع توحد"**كانر**" تشير دراسات(**روتر**)(**Reutter**) في بريطانيا ودراسات (**ريتفو**)(**Ritvo**) في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تطابق دال في التوحد عند التوائم المتشابهة، مقارنة مع التوائم المتآخية، كما يلاحظ أيضا تواتر أكثر دلالة لوجود التوحد عندما نضم إلى ذلك طيف إضطرابات اللغة.

كما أنه لم يكشف في أسر التوحديين عن وجود أي إستعدادات للإصابة بالتوحد أو الفصام، إلا أن خطر الإصابة بهذا الإضطراب يتضاعف بنسبة خمسين(**50**) مرة إذا كان قد أصيب به أحد ذوي القرابة من الدرجة الأولى، وتتميز إضطرابات التوحد وراثيا عن ذهانات الطفولة التفككية (أو أمراض فصام الطفولة). ومع أنه يوجد في الواقع تطابق أكثر دلالة بين التوائم المتشابهة في الإصابة بالذهان مقارنة مع التوائم المتآخية، إلا أننا نجد سوابق عائلية في عدد ذي دلالة من الحالات وهو ما لا يوجد في حالات التوحد. وأخيرا يجب أن يستبعد من مجموع صفات التوحد طيف من الإضطرابات الشائعة عند الفرد التوحدي، وعلى وجه الخصوص إضطرابات اللغة.

2-2-العوامل المرضية في مرحلة الجنين الصغير والجنين الكبير:

من الأمراض التي غالبا ما يتم العثور عليها في أصل الإصابة بتناذرات التوحد نجد: الحصبة الألمانية ***Rubéole***، داء المقوسات ***Toxoplasmose***، الفيروس المضخم للخلايا ***Cytomegalovirus***، داء الأورام للنساء المنتشرة (التصلب الدرني لبورنفيل، مرض ريكلينجهاوزن) تناذر (ويست) و (لينوكس – غاسطو).

وأما بخصوص العوامل العاطفية والعلائقية، فقد أصبح من المعترف به حاليا أن إضطرابات التوحد ليست ذات منشأ نفسي. إنها تظهر في مرحلة جد مبكرة وغالبا في أسر تتميز بأنها ذات سلوكات طبيعية، كما أنها لا يمكن أن تتبدل نتيجة تغيير المحيط أو نتيجة العلاجات الطبية النفيسة الإجتماعية، وأخيرا فهي تتمايز جيدا عن الجداول السريرية لإكتئاب الأطفال الإرتكاسي، والحرمان العاطفي، وسوء المعاملة، عند الأفراد من نفس الأعمار؛ إذ أن هذه الأخيرة حساسة للتغييرات في المحيط وللعلاجات الطبية النفسية الإجتماعية. ومن ناحية أخرى، فإن فئات آباء الأطفال التوحديين لا تظهر عليهم أي خصائص ثقافية إجتماعية مميزة، أو أي إضطرابات محددة. لكن في المقابل،

يمكن أن يستشعر هؤلاء الآباء صعوبات ثانوية خلال مراحل نمو الطفل: ندم، إكتئاب، آزمات أسرية، صعوبات تعلم مع إخوة الطفل التوحدي....

(canoui et autre 1994: 273-275).

8-إستجابة الأم لإصابة إبنها بالتوحد:

هناك عدة ردود أفعال ممكنة حول تطور الأم، وحول تطور معرفتها بأن طفلها يعاني من مشكلات في الوقت الذي تعتاد فيه على الفكرة، إلا أن غالبية الأمهات يمرون بنفس المراحل التالية:

- مرحلة الصدمة:

رد فعل نفسي، يحدث للأم حيث لا تستطيع تصديق أن الطفل غير عادي.

-الإنكار:

من الإستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب أو مؤلم، وهو وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم للتخفيف من القلق الناتج عن الصدمة.

-الحداد والحزن:

وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا. كونه يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

-الخجل والخوف:

يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأمهات لنظرات الآخرين، خاصة المقربين منهن تجاه إصابة إبنهن.

-الغضب والشعور بالذنب:

محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط .وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات (الشعور بالذنب) او موجه لمصادر خارجية (كالطبيب). **(رغدي، 2018 ص 64).**

-الرفض أو الحماية الزائدة:

المواقف الرافضة للطفل. وتعرضه للإهمال وإساءة الآخرين، والحماية المفرطة تولد الإعتمادية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

-التكيف والتقبل:

وبعد كل المعاناة السابقة لا تجد الأم مفرا من تقبل الأمر الواقع والإعتراف بإصابة إبنها، لكن من المهم أن تصل الأم لهاته المرحلة بسرعة لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الإستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية. **(رغدي، 2018 ص 65).**

9-أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي:

يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية والرعاية التي تمد بها الطفل. ومع إتفاق العلماء أيضا على أهمية الأسرة وأثرها في تنشئة الطفل الإجتماعية فإنهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الرئيسي في عملية التنشئة...،كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة إلى الشعور بالأمان الذي يهيئه إلى التوافق النفسي والإجتماعي، ويحفظ توازنه النفسي ويؤكد إستقراره وهو في هذا يحتاج إلى الحب والقبول والإستقرار كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان والطمأنينة. وهذه العناصر يستنبطها الطفل ممن يحيطون به وبصفة خاصة الأم.

هذا لأن الحب والأمان الذي يجده الطفل مع أمه يؤثر على نموه الإنفعالي والجسمي والعقلي، ومن هنا يتضح لنا أهمية الدور الذي تلعبه الأم في رعاية وتحقيق الصحة النفسية لأطفالها. **(بنوية، 2003 ص46)**

وتعتبرالأسرة ككيان لكل فرد فيه مهامه ومسؤولياته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في أغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة، كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن إهتمام الأم بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من إهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، كل ذلك ينعكس على الأسرة.

وهنا يأتي الإحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سويا، ومساعدة الأب للأم على تخطي الصعاب وعدم تحميلها فوق قدراتها البدنية والنفسية. **(شناني، 2018 ص53).**

تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة طفلها، فأول غذاء يحصل عليه من الأم وهي التي تسهر على رعايته وحمايته والإعتناء به، وتوفير المأكل الصحي والملبس النظيف...، ولذا يقع على عاتقها رعاية شئونه منذ ولادته وتولي إشباع حاجاته، ونظرا للإحتياج الشديد للطفل ذي الإحتياجات الخاصة للسند فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم، ويرجع ذلك لعلاقة الإلتصاق بينها وبينه. ولذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية وتمثل مصدر للإشباع المادي والنفسي لديه. **(التوبي، 2010 ص18)**

خلاصة الفصل:

يعتبر التوحد من أشد و أخطر الإضطرابات لأنه إضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية للطفل، منها الجانب المعرفي، و الإجتماعي، و اللغوي، و الإنفعالي، حيث يتميز الطفل التوحدي بخصائص معينة تجعله يختلف على الطفل العادي من حيث السلوكات و طريقة التعامل، و قد ترجع أسبابه غلى أسباب نفسية أو وراثية، أو بيولوجية، أو كميائية، وما يجعل هذا الإضطراب خطير هو صعوبة شخصيته و تحديد ما إن كان الطفل يعاني من التوحد أو إضطراب آخر، كما تكمن أهمية تشخيصه في علاجه ووضع برامج علاجية من أجل مساعدة الطفل التوحدي سواء بالعلاج النفسي أو الطبي أو السلوكي أو غيرها من العلاجات، و كدالك مساعدة الأسرة في تقبل هذا الإضطراب و محاولة التكيف و التعامل مع الطفل التوحدي خاصة الأم التى تتأثر أكثر من هذا الإضطراب و تجد نفسها معرضة للضغط النفسي.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1-الدراسة الإستطلاعية

2-الدراسة الأساسية

3-مجموعة البحث

4-أدوات الدراسة

5-الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

تمهيد:

كما هو معلوم لا يخلو أي بحث في مجال علم النفس من الدراسة الميدانية، فالهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي إعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذا البحث. فبعد الإلمام بالدراسة النظرية التي تناولنا فيها تحديد الإشكالية، الفرضيات، الأهداف و الأهمية و الدراسات السابقة، بالإضافة إلى الفصول الصلابة النفسية و الأمن النفسي و التوحد.

و منه سنتطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الميدانية التي تعتبر جانبا هاما في أي بحث، و سنتناول فيها الدراسة الإستطلاعية و الأساسية، والمنهج المستخدم، مكان الدراسة ، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة و الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة.

أولا-الدراسة الإستطلاعية :

تعد الدراسة الإستطلاعية بخطواتها العلمية البوابة الأولى إلى الجانب الميداني، فالحاجة إلى إجرائها تعتبر خطوة منهجية أساسية بما تتضمنه من أهداف، وكذا وصف للعينة التي أجريت عليها الدراسة، ووصف لأدوات القياس التي تم إستخدامها، إضافة إلى الوقوف على بعض الأخطاء و الهفوات التي قد تؤثر على مصداقية و موضوعية الدراسة و نتائجها، ثم ضبطها فعزلها وقت إجراء الدراسة الأساسية.

قام الباحث بإجراء دراسة إستطلاعية حيث يلجأ العديد من الباحثين قبل الإستقرار على خطة البحث و تنفيذها بشكل كامل إلى القيام بالدراسة الإستطلاعية و التي على عدد محدد من الأفراد، و يتم من خلالها تحقيق الأهداف التالية:

حيث هدفت الدراسة الإستطلاعية إلى:

1- إستكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة.

2- التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة على العينة المختارة (أمهات أطفال التوحد).

3- التعرف على مدى فهم عينة الدراسة لمحتوى المقياس (مقياس الصلابة النفسية) و مقياس (الأمن النفسي) أو إجراء التعديلات اللازمة لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

4- الوقوف على أهم العراقيل و الصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبيل الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية.

5- إكتساب خبرة التطبيق.

6- تزويد الباحث بتغذية راجعة أولية حول مدى صلاحية الفرضيات البحثية التي يراد إختيارها لإجراء تعديلات عليها.

تم من خلال الدراسة الإستطلاعية القيام بزيارة ميدانية للمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا "بتدميت" ،على عينة قصدية متكونة من 15 أم لطفل شخص بإصابته بالتوحد، قصد التعرف على "علاقة الصلابة النفسية بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال المصابين بالتوحد".

وبعد حصولنا للموافقة لطلبنا في المركز قمنا بتطبيق مقياسين، الصلابة النفسية "**لأحمد محمد مخيمر2002**" والأمن النفسي "**لبركات2012**".

وهذا قصد التعرف على مدى ملائمة البنود لأفراد مجموعة الدراسة، ومدى مناسبتها للموضوع المراد دراسته.

وتم الشروع في الدراسة الإستطلاعية خلال السداسي الثاني من السنة الدراسية 2020-2021 وهدا خلال المدة الزمنية الممتدة من 18-04-2021 إلى غاية 23-05-2021 بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بمدينة " بتدميت" بولاية تيزي وزو، فقد تم إستقبالنا، وإرشادنا إلى أقسام الأطفال المتوحدين، حيث إلتقينا بالأخصائية القائمة بالتكفل بهم، وهي التي برمجت مواعيد لنا للقيام بتوزيع المقايس على مجموعة البحث.

وكان ذلك صعبا نظرا لصعوبة قبول طلبنا من قبل المركز و أمهات أطفال التوحد، وذلك عائد للظروف الصحية الصعبة التي تمر بها البلاد إثر وباء كورونا، وكذلك صعوبة إقناع الأمهات بلإجابة على الأسئلة، بحيث هناك من رفضن مباشرة أخذ الإستبانة.

2-الدراسة الأساسية:

2-1منهج الدراسة :

إن إختيار المنهج المستخدم للدراسة يعتبر أمر تحدده طبيعة مشكلة البحث التي نريد دراستها، ويقصد بمنهج البحث الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة ما وتفسيرها

ووصفها والتحكم فيها والتنبؤ بها، كما يتضمن المنهج ما يستخدمه الباحث من أدوات مختلفة للوصول إلى ذلك الهدف. **(فؤاد البهي السيد، 1975، ص 123)**

وهو الطريق المؤدي إلى الكشف عن حقيقة بواسطة مجموعة من القواعد لتحديد العمليات للوصول إلى نتيجة معلومة. **(فوزي عبد الخالق وآخرون، 2007، ص 76).**

وإعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي الإرتبطي، الذي يلائم طبيعة الموضوع الذي نحن بصدد دراسته وهو الصلابة النفسية و علاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والذي يعرفه الباحث هوني **(Houny)** في مجال العلوم الإجتماعية على أنه المنهج الذي يجب أن يكون مقتصرا أو مختصا لبحث الظواهر والوقائع بما أنه يتضمن دراسة الحقائق الوصفية لمجموعة من الأوضاع. **(صلاح مصطفي 1982)**

وفي مجال علم النفس فيعرف على أنه كل استقصاء ينصب على دراسة ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما قائمة الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها، وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تعليمية نفسية أو اجتماعية.

(عبد الجليل الزوبعي وآخرون، 1974، ص.51).

فهذا المنهج لا يقف عند حدود وصف الظاهرة موضوع البحث فقط، ولكنه يذهب أبعد من ذلك، فهو يحلل، يفسر، يقارن، ويقيم أملا في التوصل إلى ما تزيد به رصيد المعرفة عن تلك الظاهرة، فهو الطريقة التي ترتبط بظاهرة ما قصد وصفها وصفا دقيقا، وتفسيرها تفسيرا علميا، ويعتمد في ذلك على جميع البيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة باستخدام الملاحظة أو المقابلة أو الإختبارات بما يتلاءم مع الموضوع.

(عمار بوحوش وآخرون، 2001، ص.118).

فهو طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية محددة، والبحوث، الوصفية تبحث حاضر الحوادث والأشياء مهما

كان نوعها ومجالها، لغرض فهم هذا الحاضر وتوجيه مستقبله بالتحديث، أو التصحيح، أو التعديل أو باقتراح بدائل أخرى لتجربتها وتقرير إمكانية تبنيها لتطوير الحاضر.

(أماني محمد عبد الناصر، 2006، ص.72)

ويعرف المنهج الوصفي الإرتباطي بأنه: " المنهج الذي يهتم بدراسة العلاقات بين الظواهر و تحليلها و التعمق فيها لمعرفة الإرتباطات الداخلية في هذه الظواهر و كذالك الإرتباطات الخارجية بينها و بين الظواهر الأخرى". **(عبيدات، د ت،19)**

2-2-مجموعة البحث و كيفية إختيارها:

تم إختيارمجموعة البحث المتوافرة لأمهات أطفال التوحد حسب المرحلة العمرية للأم(أقل من 40سنة- 40سنة و أكثر) وجنس الطفل التوحدي(ذكر، أنثي)، وسنه

(أقل من10 سنوات_ 10سنوات وأكثر) في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا "بتدميت" في الفترة الممتدة ما بين(18-04-2021)

(23-05-2021) للسنة الجامعية(2020-2021).

وقد تم إختيار هذه المجموعة بطريقة مقصودة-أم لطفل شخص بإصابته بالتوحد- حيث قدر عدد أفرادها ب (15) أم وذلك لصعوبة الوصول للعينة التي تتكون من (25) أم ، ويعود ذلك لعدم حضور أغلب الأمهات للمركز و عدم تقبل بعضهم للمشاركة، وتم إسترجاع (15) مقياس وقد تم إختيار هذه العينة من المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا رقم (1) بمدينة" تدميت" في الفترة الممتدة ما بين(18-04-2021) (23-05-2021) للسنة الجامعية(2020-2021)

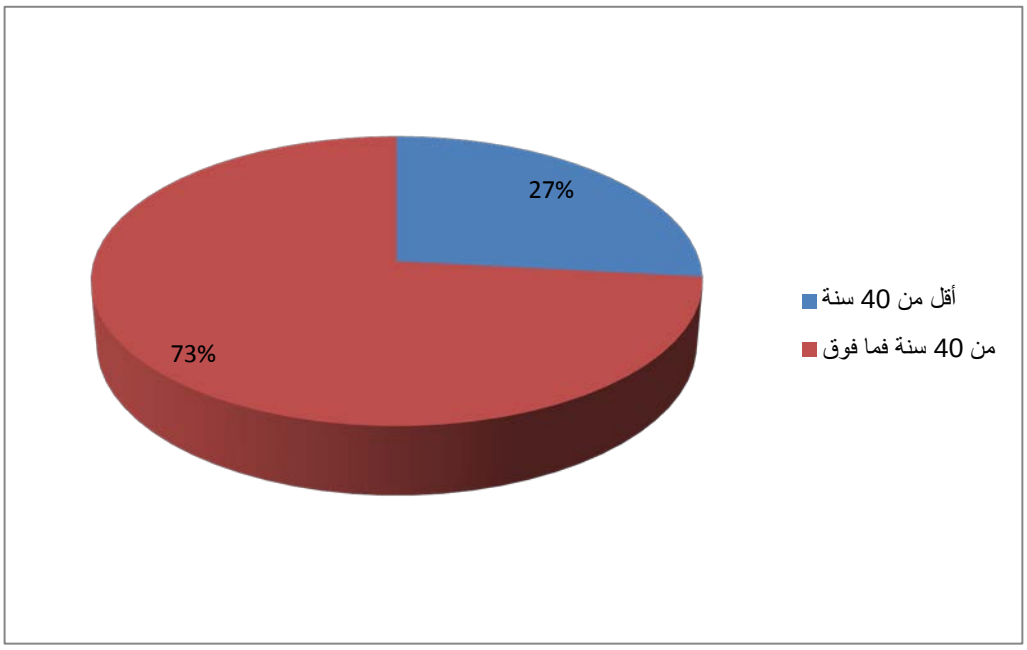
كما تجدر الإشارة إلى أنه تم عرض أدوات الدراسة على عدد معتبر من المحكمين ذوي الكفاءة العالية، من جامعة مولود معمري تيزي وزو ، وذلك قبل إستخدام تلك الأدوات في جمع البيانات من العينة المقصودة، وفيما يلي توضح أفراد العينة حسب المتغيرات المدروسة.

-خصائص العينة من حيث سن الأم:

الجدول رقم (01) يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير سن الأم

التوزيع / سن الأم	التكرار	النسبة
أقل من 40 سنة	04	%26.70
40 سنة فما فوق	11	%73.30
المجموع	15	%100

من خلال الجدول أعلاه رقم (01) وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة و البالغ عددهم إجمالا(15) فردا، نلاحظ أن الأمهات اللواتي يتراوح سنهن (أقل من40 سنة) بلغ (4) بنسبة مئوية قدرت ب (26.70%) و قدر عدد الأمهات اللواتي يتراوح أعمارهن من (40 سنة فما فوق) ب(11) بنسبة مئوية قدرت ب (73.30%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



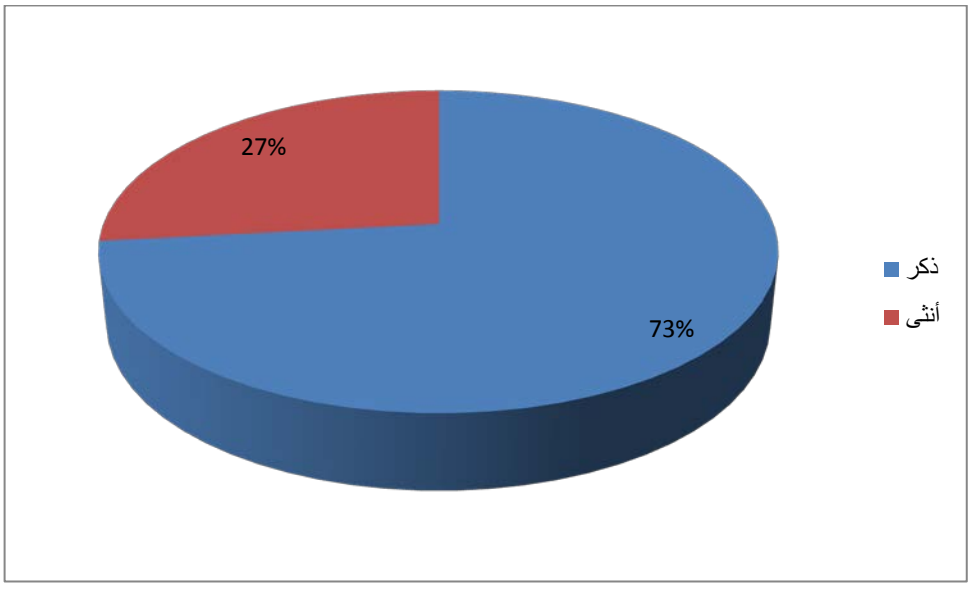
الشكل رقم (01) دائرة نسبية توضح توزيع مفردات العينة تبعا لمتغير سن الأم

خصائص العينة من حيث جنس الطفل:

الجدول رقم(02) يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس الطفل

التوزيع / الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	11	%73.30
أنثى	04	%26.70
المجموع	15	%100

من خلال الجدول أعلاه رقم(02) وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة و البالغ عددهم إجمالا (15) فردا، نلاحظ أن عدد الذكور بلغ (11) فرد بنسبة مئوية قدرت ب(73.30%) بحيث بلغ عدد الإناث(4) فرد بنسبة مئوية قدرت(26.70%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



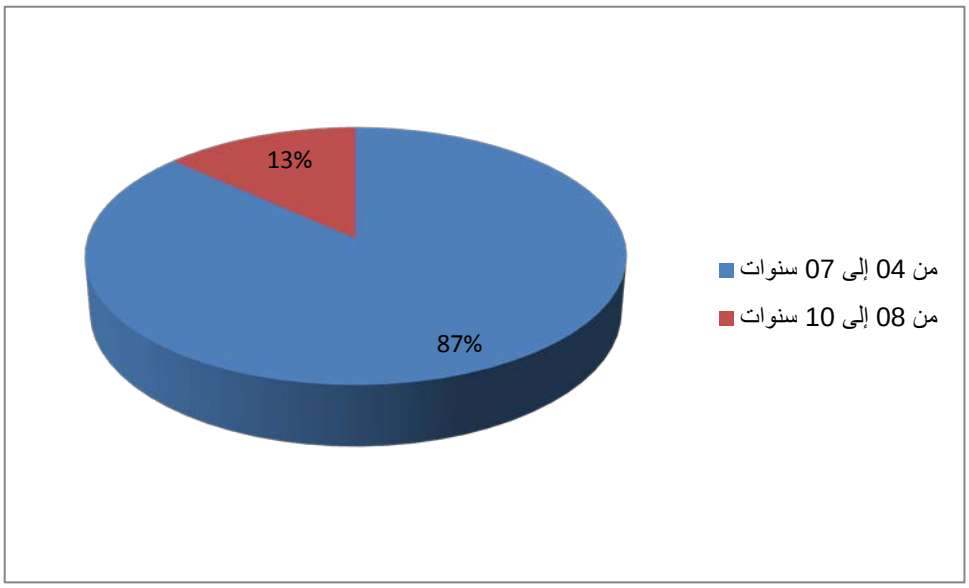
الشكل رقم (02) دائرة نسبية توضح توزيع مفردات العينة تبعا لمتغير جنس الطفل

خصائص العينة من حيث سن الطفل:

الجدول رقم (03) يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب المتغير سن الطفل

التوزيع / سن الطفل	التكرار	النسبة
من 04 إلى 07 سنوات	13	%86.70
من 08 إلى 10 سنوات	02	%13.30
المجموع	15	%100

من خلال الجدول أعلاه رقم(03) و بالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة و البالغ عددهم إجمالا (15) فردا، نلاحظ أن عدد الأطفال ذوي الأعمار من(4إلى7 سنوات) بلغ (13) فرد بنسبة مئوية قدرت ب (86.70%) و قدر عدد الأطفال ذوي الأعمار من(8 إلى 10سنوات) بلغ (2) بنسبة مئوية قدرت ب(13.30%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (03) دائرة نسبية توضح توزيع مفردات العينة تبعا لمتغير سن الطفل

4- أدوات الدراسة :

للقيام بجمع المعلومات و المعطيات حول الدراسة الحالية، تم الإعتماد على أداتين بحث كان الهدف من الأداة الأولى قياس الصلابة النفسية أما الأداة الثانية فهو قياس الأمن النفسي لدي عينة الدراسة المتمثلة في أمهات أطفال إضطراب التوحد، و قد تم تبني الأداة الأولى (الصلابة النفسية) "**مخيمر2002**" و الأداة الثانية (الأمن النفسي) "**لماسلو**" وعمل على إختزاله "**بركات2012**".

أولا_ مقياس الصلابة النفسية:

أ-وصف المقياس:

قامت الباحثة بقياس الصلابة النفسية لأفراد العينة من خلال مقياس الصلابة النفسية التي أعدها" **عماد محمد دخيمر2002**" تتكون في الصل من (47) بندا موزعة على ثلاثة أبعاد هي: (الإلتزام ويقيسه 15 بندا-التحكم ويقيسه15بندا- التحدي ويقيسه-16بندا) فصار عدد البنود في المقياس (48) بندا بعد أن أضاف الباحث معمرية البند (47) إلى البنود الخاصة بالتحكم عند تقنينه على البيئة الجزائرية سنة (2012).

ب-تصحيح المقياس:

يجاب على هذه البنود بأسلوب تقريري ، وتصحح إجابات المفحوص ضمن أربعة بدائل هي: لاوتنال صفر- قليلا وتنال درجة واحدة – متوسط وتنال درجتين- كثيرا وتنال ثلاثة درجات. وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين (0-144)، إرتفاع الدرجة يعني إرتفاع الصلابة النفسية. **(معمرية ،2012ص 76)**.

ولتحديد مستويات مقياس الصلابة النفسية المطبق في الدراسة وتبعا لطريقة لييكرت الثلاثية حيث نقوم بحساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاثية حسب العمليات الحسابية التالية: (أكبر بديل–أقل بديل) عدد المستويات المطلوب (3–0)|3=1

الجدول(04) مستويات الصلابة النفسية

المتوسط الحسابي	المستوى
1–0	منخفض
2–1	متوسط
3–2	مرتفع

ج–ثبات المقياس:

الجدول رقم (05) يوضح قيم ألفا كرونباخ مقياس الصلابة النفسية

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الصلابة النفسية	48	.6090

من خلال الجدول أعلاه رقم(05) نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ لجميع فقرات مقياس الصلابة النفسية بلغ القيمة 0.609، وتدل هذه النتائج على ثبات المقياس، ومنه نستنتج أن مقياس الصلابة النفسية صادق وثابت وجاهز للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

ثانيا_ مقياس الأمن النفسي:

قام الباحث باستخدام مقياس الشعور بالأمن النفسي "**لماسلو**" وقام باختزله "**بركات2012**" والمستخدم في البيئة الفلسطينية. حيث تكون المقياس بصورته الأولية من (35) بندا، موزعة على مجال واحد هو الشعور بالأمن النفسي.

أ- صدق المقياس:

قمنا بحساب صدق المقياس الأمن النفسي الذي عمل على إختزاله" **بركات 2012**" عالى عينة دراستنا بطريقتين:

1-صدق المحكمين (صدق المحتوى):

عرضنا المقياس على مجموعة من المحكمين تتكون من 5 أستاذة من ذوي الخبرة والإختصاص في مختلف تخصصات علم النفس (علم النفس العيادي، علم النفس الصحة). كما جاء في الملحق رقم (01):

-5 أساتذة من جامعة "مولود معمري"، تيزي وزو

وذلك للتأكد من ملائمة كل فقرة من فقرات الإختبار للمجال الذي وضعت فيه، وملائمة صياغة كل فقرة لغويا ووضوحها بالنسبة للمبحوث، وكذلك ملائمة كل فقرة من فقرات الإختبار لمستوى المبحوث، وإبداء أية ملاحضات أخرى بشكل عام، وبعد جمع آراء المحكمين كان هناك إتفاق بينهم على صلاحية الإستبانة ومقروئيتها، باستثناء بعض التعديلات اللغوية في الفقرات التالية (3،5،11،19،23)، وإستقر عدد الفقرات بعد التحكيم على 35 فقرة.

2-الصدق الذاتي:

تم حساب الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

معامل الصدق الذاتي = معامل الثبات

الصدق الذاتي = 0,871

= 0.933

ب-ثبات المقياس:

الجدول رقم (06) يوضح قيم ألفا كرونباخ مقياس الأمن النفسي

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الأمن النفسي	**35**	**0.871**

من خلال الجدول أعلاه رقم(06) نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ لجميع فقرات مقياس الأمن النفسية بلغ القيمة 0.871، وتدل هذه النتائج على ثبات المقياس، ومنه نستنتج أن مقياس الأمن النفسي صادق وثابت وجاهز للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

5-الأساليب الإحصائية:

تم إستخدام :

-النسب المئوية.

-التكرارات.

-الإنحراف المعياري.

-المتوسط الحسابي.

-الإحصاء الإستدلالي حيث تم إستخدام:

-معامل إرتباط بيرسون".

-معادلة "ألفا لكرونباخ".

لدراسة الفروق.**T-TEST**-مقياس

خلاصة الفصل:

من خلال ما تقدم من هذا الفصل مكن لنا أن نستفيد منه في فهم وإستيعاب المنهج المستخدم في هذه الدراسة، وكذا الأدوات والوسائل العلمية التي تم الإستعانة بها في جمع المعلومات والبيانات، التي في ضوئها سيتم التحقق من فرضيات الدراسة كما هو مبين في الفصل القادم.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1-عرض وتحليل النتائج على ضوء الفرضيات

2-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

3-إستنتاج عام

4-خاتمة

5-إقتراحات وتوصيات

عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة: جاء نص الفرضية العامة كالآتي:

"لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد". ولمعرفة ذلك تم الإعتماد على معامل الإرتباط " بيرسون" لتحديد العلاقة بين الصلابة النفسية والأمن النفسي وبعد المعالجة بنظام **(22.Spss)** تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (07) يوضح معامل الإرتباط بيرسون بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة الدراسة.

حجم العينة	متغيرات الفرضية	معامل إرتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية	الدلالة المعتمدة	القرار الإحصائي
15	الصلابة النفسية	-0.177	0.527	0.05	غير دالة إحصائيا
	الأمن النفسي				

يوضح الجدول أعلاه رقم(07) أن معامل إرتباط "**بيرسون**" بلغت قيمته td 0.177- في حين أن قيمة مستوى الدلالة تساوي 0.527، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه نقبل الفرضية التى تنص على عدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

تفسير ومناقشة الفرضية العامة: بعدما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام معامل الإرتباط "**بيرسون**" والموضحة في الجدول رقم **(07)**،

الذي هو خاص بمعامل الإرتباط بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الصلابة النفسية والأمن النفسي، جاءت النتائج المتحصل عليها لتشير إلى أنه " لا توجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

وبالتالي تحققت الفرضية العامة في الدراسة الحالية، ومن خلال النتائج النهائية للتساؤل العام يتضح أن سبب عدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد قد يعود لعوامل نفس–بيداغوجية.

كما تجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة الحالية تتماشي مع دراسة(عبد الناصر غربي2017) التي تناولت كذلك بدورها نفس مجموعة ومتغيرات دراستنا الحالية و توصلت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الأمن النفسي والصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، وكما توصلت دراسة(عبد الله،2008)، و التي توصلت بدورها إلى أنه لا توجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية و الأمن النفسي لدى عينة طلاب و طالبات الجامعة، وهو ما يتوافق مع دراستنا الحالية ، كما توصلت دراسة (أبوعودة2006) لا توجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الأمن النفسي وبعض المتغيرات . لدى طلاب الجامعة، وتؤكد دراسة (Mitchell.1989)، والتي توصلت بدورها أنه لا توجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وأحداث الحياة.

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الأولى: جاء في نص الفرضية الجزئية الأولى كالآتي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال التوحد تبعا لمتغير سن الأم، (أقل من 40سنة، 40سنة فما فوق)"، وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وكذلك إختبار قيمة **(t-test)** لدلالة الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(08) يوضح دلالة إختبار"t-test" لقياس الفروق في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين تبعا لمتغير سن الأم.

سن الأم	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
أقل من 40 سنة	04	107.00	6.83	0.508	0.620	0.05	غير دالة احصائيا
40 سنة فما فوق	11	109.81	10.17				

يوضح الجدول أعلاه رقم (08)خلال أن المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال التوحدين في مقياس الصلابة النفسية (الأقل من 40سنة) بلغ 107.00 بانحراف معياري قدره 6.83، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات أطفال التوحد في مقياس الصلابة النفسية (40سنة فما فوق) 109.81 بانحراف معياري قدره 10.17و نلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 0.508 في حين أن قيمة مستوى الدلالة **(sig)** تساوي 0.620، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى: بعدما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام قيمة **(t-test)**، الموضحة في الجدول رقم (08) الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية تبعا لمتغير سن الأم (أقل من 40سنة، 40سنة وأكثر)، جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال التوحدين في الصلابة النفسية حسب متغير سن الأم (أقل من 40سنة، 40سنة وأكثر)".

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أمهات الأطفال التوحدين سواء كن في سن (أقل من 40سنة، أو 40سنة وأكثر) جميعا يتعرضن لأحداث صادمة وضاغطة ويعانين جراء تواجد أحد الأبناء مصاب باضطراب التوحد ويواجهن صعوبات ومشاكل، وهذا يعني أن الفئات العمرية ليس مؤثر في الصلابة النفسية لدى هؤلاء الأمهات، كما يمكن أن نفسر ذلك أيضا بأن إنجاب طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة-التأكيد على إضطراب التوحد – لا يقتصر على فئة عمرية محددة، بل يمكن لأي أم وفي أي مرحلة عمرية كانت أن تنجب طفل مصاب بالتوحد.

وتتوافق هذه الدراسة مع دراسة (كنا،2012)، التي توصلت بدورها إلى أنه لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية لدى المسنين وهو مايتوافق مع دراستنا، وكما توافقت مع دراسة **(أبو سمهدانة، 2006)** التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية تعزى لمتغير لعمر المرأة.

ومن خلال ملاحظاتنا للأمهات في المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا تبين لنا أنه لا توجد فروق في السمات الشخصية مثل التفاعل الإجتماعي بين الأمهات

بالنظر للسن فنجد كل الأمهات يجلسن مع بعض دون تفريق في العمر أو الحداثة أو نوع المرض.

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثانية: جاء في نص الفرضية الجزئية الثانية كالآتي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل (الذكور، الإناث)" وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، وكذلك إختبار قيمة **(t-test)** للدلالة على الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) يوضح دلالة إختبار(t-test) لقياس الفروق في الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
ذكر	11	108.36	10.34	0.474	0.643	0.05	غير دالة احصائيا
أنثى	04	111.00	06.00				

يوضح الجدول أعلاه رقم (09)أن المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال التوحدين في الصلابة النفسية (الأطفال الذكور) بلغ 108.36 بانحراف معياري قدره 10.34، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال التوحدين في مقياس الصلابة النفسية (الأطفال الإناث) 111.00 بانحراف معياري قدره 06.00 و نلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 0.474 في حين أن قيمة مستوى الدلالة **(Sig)** تساوي 0.643، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية: بعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام قيمة(**t–test**) والموضحة في الجدول رقم (09)، الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية تبعا لمتغير جنس الطفل، جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال التوحدين في الصلابة النفسية حسب متغير جنس الطفل (الأطفال الذكور، الأطفال الإناث)".

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أمهات الأطفال التوحدين سواء كن أمهات لأطفال ذكور أو لأطفال إناث، جميعا يتعرضن لإحباط وكآبة وصدمات نفسية وضغط وتوتر نفسي، ولا توجد فروق بينهما إنطلاقا من حقيقة أن كلا الجنسين يشتركان في نفس الإضطرابات وفي نفس الخصائص السلوكية والإنفعالية وكذا الإجتماعية (المشار إليها في الفصول النظرية).

كما يمكن القول أن دافع الأمومة له دخل في ذلك فغريزة الأمومة لا تفرق بين إبنها الذكر أو الأنثى فهي تفرح لفرحه، وتحزن و تقلق إن أصابه مكروه أو تأذى، و من هنا يمكن القول أن جنس الطفل التوحدي لا يعتبر متغير مؤثر في الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد.

وفي حقيقة الواقع لم تتطرق دراسات الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد التي تم التوصل إليها في دراستنا، إلى دراسة فروق الصلابة النفسية بحسب جنس الطفل إلا أن دراسة (**الرفاعي، 2003**) تحت عنوان الصلابة النفسية متغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الظاغطة وأساليب مواجهتها توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى الصلابة النفسية.

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة: جاء نص الفرضية الجزئية الثالثة كالآتي:

"لا توجد فروق ذات دلاة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل (من 4إلى7سنوات، من8إلى10سنوات)»، **للتأكد** من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، وكذلك إختبار قيمة**(t-test)**

لدلالة الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح دلالة إختبار(t-test) لقياس الفروق في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين تبعا لمتغير سن الطفل.

سن الطفل	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
من 04 إلى 07 سنوات	13	108.92	2.68	0.148	0.885	0.05	غير دالة احصائيا
من 08 إلى 10 سنوات	02	110.00	8.48				

يوضح الجدول أعلاه رقم(10) أن المتوسط الحسابي لأمهات أطفال إضطراب التوحد في مقياس الصلابة النفسية(الأطفال من4إلى7سنوات) بلغ 108.92 بانحراف معياري قدره2.68 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات أطفال إضطراب التوحد في مقياس الصلابة النفسية (الأطفال من8إلى10سنوات)110.00 بانحراف معياري قدره 8.46، ونلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 0.148 في حين أن قيمة مستوى الدلالة

(Sig) تساوي 0.885، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: بعدما تمت المعالجة الإحاصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام **(t-test)** والموضحة في الجدول رقم **(10)**، الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية تبعا لمتغير سن الطفل، جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات أطفال إضطراب التوحد في الصلابة النفسية حسب متغير سن الطفل (من4إلى7سنوات، ومن8إلى10سنوات)".

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أمهات أطفال إضطراب التوحد سواء كن أمهات لأطفال في سن(4إلى7سنوات،أومن8إلى10سنوات)"،جميعا يمرن بتجارب مؤلمة و صادمة وحالات حزن ألم إحباط و ضغوطات من الصعوبة تفاديها و تجاهلها ولا توجد فروق بينهما حسب سن أطفالهن، من جهة أن الأم تهتم بكل تفاصيل أبنائها في جميع مراحل حياتهم بدءا من الطفولة إلى المراهقة إلى الشباب، و حتى بعد أن يكونوا أسرة خاصة، فكيف لأمهات أبنائهم من ذوي الإحتياجات الخاصة في طليعتهم إضطراب التوحد، ونفسيره كذلك بأهمية دور الأم في حياة الطفل و العلاقة بين الأم و الطفل فدورها لا يقتصر على توفير الغذاء و الرقابة وتإنما تقدم معه ما هو أهم من ذلك ألا وهو الحب و العطف و الحنان و إشعاره بذلك، و الأمر كذلك في المراهقة و الذي يتجلى أكثر بالمصاحبة وكذلك لها دور أساسي أيضا في مرحلة الرشد، و كما ذكر **(بنوتة لطفي،2000)** أن الطفل في مطلع عمره بحاجة إلى الإرتباط و التعلق التام بشخص، وبسبب الدور البيولوجي للأم في إطعام الطفل و رعايته الجسمية فمن المحتم أن تصبح هي ذلك الشخص الذي يتم الإرتباط به.

كما أن رؤية أو مشاهدة بعض أمهات أطفال التوحد للإستغلال وسوء المعاملة التي يتعرضون لها الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، سواء كانوا صغار أو كبار في السن من طرف الأشخاص الأخرين السيئين المحيطين بهم والذين ليس لديهم أدنى شفقة، يزيد من حزنها وألمها على إبنها لأنه يعتبر شخص آخر بالنسبة للآخرين. ومن هنا يمكن القول إنه حتى إن أدركت الأم أن إبنها التوحدي سواء كان في عمر أقل أو أكبر لايستجيب لتفاعلها وحوارها معه.

في حقيقة الواقع في حقيقة الواقع هناك ندرة نسبية للدراسات في الصلابة النفسية لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل المتوصل إليها في هذه الدراسة، إلا أن دراسة **(دراسة عيسي2014)** بعنوان الصلابة النفسية وعلاقته بضغوط الحياة لدى العاملين توصلت إلى عدم وجود فروق في الصلابة النفسية تبعا لمتغير السن.

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة: جاء نص الفرضية الرابعة كالآتي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم (الأقل من40سنة، و40سنةفما فوق)"، للتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، وكذلك **(t-test)** لدلالة الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح دلالة إختبار(t-test) لقياس الفروق في الأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم.

سن الأم	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
أقل من 40 سنة	04	76.25	4.57	1.732	0.107	0.05	غير دالة احصائيا
40 سنة فما فوق	11	87.09	11.96				

يوضح الجدول أعلاه رقم(11) أن المتوسط الحسابي لأمهات أطفال إضطراب التوحد في مقياس الأمن النفسي (الأقل من40سنة) بلغ76.25 بانحراف معياري قدره 4.57 بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات أطفال إضطراب التوحد في مقياس الأمن النفسي (40سنة فما فوق) بلغ87.09 بانحراف معياري قدره 11.96، ونلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 1.732 في حين أن قيمة مستوى الدلالة **(Sig)** تساوي 0.107، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الأم.

تفسير و مناقشة الفرضية الرابعة: بعدما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام **(t-test)** و الموضحة في الجدول رقم **(11)**، الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الأمن النفسي تبعا لمتغير سن الأم(الأقل من40سنة، و40سنة فما فوق) جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد في الأمن النفسي حسب متغير سن الأم(الأقل من40سنة،40سنة فما فوق)"، حيث أن الأمن النفسي لا يختلف

باختلاف سن هؤلاء الأمهات سواء كانت الأم أقل من 40سنة أو من40سنة فما فوق، و عليه يمكن أن يعود ذلك لعوامل عدة تساهم في ذلك (إجتماعية، نفسية، إقتصادية...)فجميعا لها دور حتى إن كانت بنسب قليلة ومتفاوتة.

إضافة إلى أن أمهات أطفال التوحد الأقل من 40سنة واللواتي لازلن قادرات على الإنجاب لديهن خوف و قلق بشأن إنجاب أطفال آخرين لديهم نفس الإضطراب، وحتى في حالة إنجاب طفل سوي بعد الطفل التوحدي يكون لدهن خوف و عدم الإحساس بالأمان من أن يكتسب التوحد من أخيه(خوف و توتر ومراقبة حريصة لسلوكيات الطفل السوي)، أما فيما يخص الخوف وعدم ا لإحساس بالأمن النفسي حول مستقبل الطفل التوحدي لدى أمهات في سن 40سنة فما فوق فهن يتميزن بما يسمى بالخبرة الفردية، حيث أشار (**pierre –Etienne Caza**) إلى دراسة أجرتها (**Catherine Des Rivières–Pigeon**) " الأمهات في محنة" رفقة فريقها على 15 عائلة لديهم طفل مصاب بالتوحد كان الهدف منها هو تنفيذ جميع مهام الوالدين لمدة أسبوع لرعاية طفلهما، يقول "الأمر يتطلب خبرة لرعاية طفل مصاب بالتوحد وأن الأمهات طورن هذه الخبرة لأن أطفال التوحد لديهم روتين صارم ومتطلبات خاصة" وهذا يفسر لماذا لا يمكن للأم أن تترك طفلها لأشخاص لا يعرفون هذه المتطلبات بنفس قدر معرفتها.

وفي حقيقة الواقع لم تتطرق دراسات الأمن النفسي لأمهات أطفال التوحد إضطراب التوحد التي إستطاعت الطالبة التوصل إليها، إلى دراسة فروق في الأمن النفسي بحسب سن الأم، إلا أن دراسة (**أمينة بن مستهل 2013**)، على عنوان الأمن النفسي وعلاقته بكفاءة الأداء لدى أخصائي قواعد البيانات في مدارس محافظة ظفر توصلت إلى أنه لا توجد فروق في الأمن النفسي تبعا لمتغير السن للفئات العمرية (25سنة فأقل،26–35–36–45).

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة: جاء نص الفرضية الجزئية الخامسة كالآتي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل (الذكور، الإناث)"، وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، وكذلك إختبار **(t-test)** لدلالة الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (12) يوضح دلالة إختبار(t-test) لقياس الفروق في الأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لجنس الطفل.

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
ذكر	11	83.00	9.82	0.659	0.522	0.05	غير دالة احصائيا
أنثى	04	87.50	16.46				

يوضح الجدول أعلاه رقم(12) أن المتوسط الحسابي لأمهات أطفال المصابين باضطراب التوحد في مقياس الأمن النفسي (الأطفال الذكور) بلغ 83.00 بانحراف معياري قدره 9.82، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات أطفال المصابين باضطراب التوحد (الأطفال الإناث) بلغ 87.50 بانحراف معياري قدره16.46 و نلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 0.659 في حين أن قيمة مستوى الدلالة **(Sig)** تساوي 0.522، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير جنس الطفل.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة: بعدما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام **(t-test)** والموضحة في الجدول رقم **(12)**، الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الأمن النفسي تبعا لمتغير جنس الطفل، جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في الأمن النفسي حسب متغير جنس الطفل (الأطفال الذكور، الأطفال الإناث).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أمهات الأطفال التوحدين سواء كن أمهات لأطفال ذكور أو إناث لديهن مخاوف و بشأن أطفالهم المصابين بالتوحد بحيث يرى "**ما سلو**" أهمية الشعور بالأمن النفسي في هذا العالم الذي يتصف بالحروب و الكوارث و الأزمات الإقتصادية و إنتشار البطالة و الخوف من المستقبل لأن الأمن النفسي هو شعور الفرد بأنه محبوب و متقبل من الأخرين و له مكان بينهم، و هذا ما يجعل الأم في حالة قلق و توتر و عدم الشعور بالأمان بحيث ترى أن إبنها مهدد من طرف البيئة المحيطة به، فسواء كن أمهات لأطفال ذكور أو إناث فهن يخفن من نظرة المجتمع لهم وكيفية معاملتهم. وقد يرجع هذا القلق والتوتر الذي تتعرض له باستمرار وعدم إحساسها بالأمان إلى الخوف من عدم التكفل الجيد لإبنها في المراكز، وقد يبرر ذلك بعد طفلها عليها لأسبوع كامل.

كما نرى أن الخدمات التوجيهية والإرشاد لأمهات أطفال التوحد التي تقدم في أغلب المراكز والتي عادة ما ترتكز على الأم هي واحدة لأمهات أطفال الذكور والإناث، من منطلق أن برامج التأهيل للأطفال المصابين بالتوحد في المراكز التأهيلية أيضا واحدة لكلا الجنسين كونهم يشتركان في نفس خصائص الإضطراب.

ومن هنا يمكن القول أنه سواء كان الطفل المصاب ذكر أو أنثى لا يشكل فرق في الأمن النفسي لديها.

وتتوافق هذه الدراسة مع دراسة (**المفدي1994**) التي توصلت بدورها إلى عدم وجود فروق في الحاجة إلى الأمن النفسي تعزي لمتغير الجنس، ودراسة (**الخليل 1991**) التي توصلت نتائجها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي تعزي للجنس. ودراسة (**أحمد عاطف أبوعرة2017**) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة تعزي لمتغير الجنس.

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية السادسة: جاء نص الفرضية الجزئية السادسة كالآتي: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل (من4إلى7سنوات ومن 8إلى10سنوات)"، وللتأكد من ذلك تم حساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري، وكذلك إختبار(**t-test**) لدلالة الفروق كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح دلالة إختبار(t-test) لقياس الفروق في الأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل.

سن الطفل	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T-test	قيمة (Sig)	الدلالة المعتمدة	القرار الاحصائي
من 04 إلى 07 سنوات	13	84.30	12.08	0.089	0.930	0.05	غير دالة احصائيا
من 08 إلى 10 سنوات	02	83.50	9.19				

يوضح الجدول أعلاه رقم(13) أن المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد في مقياس الامن النفسي (الأطفال من4إلى7سنوات)بلغ 84.30 بانحراف معياري قدره12.08، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد

في مقياس الأمن النفسي (الأطفال من8إلى10سنوات)83.50 بانحراف معياري قدره9.19 ونلاحظ أن قيمة إختبار **(t.test)** تساوي 0.089 في حين أن قيمة مستوى الدلالة **(Sig)** تساوي 0.930، وهو مستوى أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لأمهات أطفال إضطراب التوحد تبعا لمتغير سن الطفل.

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة: بعدما تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها باستخدام **(t-test)** والموضحة في الجدول رقم **(13)**، الذي هو خاص لدراسة الفروق بين درجات أفراد العينة على مقياس الأمن النفسي تبعا لمتغير سن الطفل، جاءت النتائج لتشير إلى "عدم وجود فروق بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في الأمن النفسي حسب متغير سن الطفل (من4إلى7سنوات أومن8إلى10سنوات).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أمهات الأطفال التوحدين سواء كن أمهات لأطفال(من4إلى7سنوات أومن8إلى10سنوات).جميعا لديهن مخاوف حيال أطفالهن المصابين بالتوحد، و الخوف من تعرض إبنهما للرفض من قبل الآخرين المحيطين به (العالم الخارجي) و خاصة في الوقت الذي كثر فيه إنتشار هذا الإضطراب مما يجعلها في توتر و عدم الإحساس بالأمن وضغط مستمر حيال مستقبل إبنها، كون الأم ترافق إبنها في جميع مراحل حياته وتشاركه في جميع تجاربه كونها الشخص المقرب لإبنها بالأخص لو كان هذا الطفل مصاب باضطراب التوحد، وبالرغم من تواجد المراكز المتكفلة بطفلها إلا أنها تخاف من عدم إكتسابه للمهارات و التوجيهات المقدمة، بحكم أن الطفل التوحدي يعاني من قصور لغوى، بصرى (التواصل المباشر) وكما يعاني من صعوبة الإندماج (التفاعل الإجتماعي) وهذا مايجعلها تقلق و تخاف عليه من هذه الناحية، إضافة إلى ذلك أنها تتعرض لمواقف تهديد مستمر وصراع حاد كونها تفكر

دائما حول مصير إبنها في المستقبل، وخاصة أن الظروف المعيشية في الآونة الأخيرة أصبحت صعبة جدا.

ومن هنا يمكن القول إنه مهما كان عمر الأبناء فالأم دائما تهتم بكل تفاصيلهم في جميع مراحل حياتهم، خاصة إن كان طفل غير عادي.

وفي حقيقة الواقع لم تتطرق دراسات الأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد المتوصل إليها في هذه الدراسة حسب متغير السن إلا إن دراسة **(الحرفي2014)** الأمن النفسي وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى طلبة الجامعة، توصلت أنه لا توجد فروق في الأمن النفسي حسب متغير السن.

3-إستنتاج عام:

من خلال المعطيات النظرية و التطبيقية للدراسة التي قمنا بها ، من أجل الكشف عن علاقة الصلابة النفسية بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحدين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا "بتدميت"، على عينة متكونة من (15) حالة لأمهات أطفال المصابين بالتوحد، كما إعتمدنا على فرضيات جزئية تمثلت في معرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد حسب متغير (سن الأم، جنس الطفل، سن الطفل)، كذالك معرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى هؤولاء الأمهات حسب متغير (سن الأم، جنس الطفل، سن الطفل)، وقدإخترنا أمهات أطفال إضطراب التوحد نظرا للدور الذي تقوم به الأم من أجل تحقيق حاجيات طفلها التوحدي و لكونها الشخص الأقرب إليه. وتم تطبيق مقياسي الصلابة النفسية "**مخيمر2002**" والأمن النفسي "**بركات2012**" باستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي، وفي ضوء المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة و التأكد من تحقيق الفرضيات المعتمدة في هذه الدراسة، و من عدم تحقيقها فإننا و بعد تحليل النتائج للجداول نستنتج ما يلي:

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير سن الأم.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير سن الطفل.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير جنس الطفل.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير سن الأم.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير سن الطفل.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حسب متغير جنس الطفل.

-عدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

وفي الأخير وبناءا على ما تقدم يمكن القول أن البحث الحالي إستطاع الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الفرضيات.

-خاتمة:

يعتبر التوحد من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا. نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط، بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض إبنها وضعيات ومسؤوليات جديدة. وهذا ما يجعلها تحاول التكيف معه، ففشل الأم في تحقيق التكيف وعجز قدراتها وإمكانياتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل حياتها غير متزنة ومتوافقة وخالية من الأمن.

ولهذا أردنا من خلال دراستنا التعرف على الآثار الناجمة التي تحدثها إصابة الطفل بالتوحد على الأمهات، والعوامل النفسية التي تساعد الأمهات على تجاوز هذا الحدث الضاغط عن طريق كشف الصلابة النفسية والأمن النفسي.

لذا فإن التطرق إلى موضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد، صار من الضرورة لما يتطلبه هذا الموضوع من فهم أكثر وتوضيح لمسبباته و أنواعه ونتائجه على الأفراد، ونظرا لما يميز هذه الفئة من مميزات شكلية واضحة وقصور نمائي وعقلي دائم، مما يجعل الأمهات يعشن في كآبة و صدمات نفسية ، وتوتر وقلق مستمر ويمرن بتجارب مؤلمة وتدهور حالتهن الصحية، وتختلف حدته من أم لأخرى على حسب كيفية إدراكها و نضرها لإبنها المصاب و كذلك على حسب تركيبتها النفسية ، ما يجعلها تتعامل مع هذه التأثيرات بأساليب مواجهة مختلفة تختلف تبعا لعدة متغيرات منها شدة إدراكها للصلابة النفسية لديها و الأمن النفسي ، و كذلك سن الإبن المصاب و جنسه، وسن الأم .

فقد توصلت نتائج هذه الدراسة بالإعتماد على أدوات قياس الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أم الطفل التوحدي، حيث توصلت إلى عدم وجود علاقة إرتباطية بين الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى أمهات أطفال إضطراب التوحد، بحيث أن عدم

وجود الصلابة النفسية لديهن لا يؤثر في تواجد الأمن النفسي والعكس صحيح، نظرا لعدم وجود علاقة تأثير وتأثر بينها.

فعدم قدرة الأمهات على مواجهة الأحداث الصادمة والضاغطة ودمجها في مجريات الحياة اليومية، وإختلال التوازن لديها، لا يمك إرجاعه إلى عامل الأمن النفسي، فهناك أمهات يتسمن بالصلابة النفسية إلا أنهن يعانين من الخوف والقلق والتوتر جراء التفكير في مستقبل إبنهم وكيفية مواجهته للعالم الخارجي.

وكما نرى ذلك في الأمن النفسي، حيث يتعرضن لمخاوف حيال أمن إبنهن، ورغم ذلك لديها إستعداد بقبول التحدي ومواجهة الأحداث الضاغطة ودمجها في مجريات الحياة.

ونظرا لما توصلنا إليه في دراستنا يمكن القول أن إرتفاع مستوي الصلابة النفسية و الأمن النفسي أو إنخفاضهما لا يرجع ذلك إلى تأثيرمتغير في الآخر (عدم وجود علاقة تأثير و تأثر)، إنما قد يرجع إلى تأثير عوامل أخرى، كقبول أو رفض الطفل من قبل الأسرة و المحيط الخارجي، بحيث يأثر ذلك سلبا أو إيجابا على صلابة الأم، وكذلك توفر المراكز البيداغوجية المتكلفة بهذه الفئة ، كونها تقدم برامج تدريبية للقدرة على التحسين،إلا أن هناك أطفال لا يستطيعون إكتساب هذه المهارات، وذلك يؤثر سلبا أو إجابا في أمن أمهات هذه الفئة .

وما يمكن إستخلاصه في النهاية هو أن موضوع الأطفال المصابين بالتوحد يبقي من المواضيع الهامة خاصة لإنتشاره المتزايد في الآونة الأخيرة لذا نأمل أن تجرى حوله في المستقبل سلسلة من الدراسات والأبحاث المعمقة نظرا أنه لحد الآن هناك غموض حول هذا الإضطراب.

-إقتراحات:

في ضوء الدراسة يمكن الخروج بالإقتراحات والتوصيات التالية:

.إجراء ندوات علمية تبصر أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بمفهوم الإصابة وأسبابها والنتائج المترتبة عليها ومخاطرها كي نحد منها.

.تنظيم دورات تحسيسية للأمهات للتعريف أكثر بهذا الإضطراب والأعراض الخاصة به لمساعدة الأمهات على فهمه.

.التكفل النفسي بأمهات الأطفال المرضى عموما وأم الأطفال المصابين بااتوحد خصوصا.

.تقديم الإقتراحات والإرشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل التوحدي وأمه وكذا الحفاظ على الصلابة النفسية للأم من خلال النصائح والتوجيهات.

.توفير وتعزيز الدعم والمادي والمعنوي لهذه الفئة من الأمهات، لما لها من أثر في تحسين شعورهن وتنمية وتقوية الصلابة النفسية لديهن.

.تقديم برامج إرشادية توعوية نحو الوعي الغذائي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

.إنشاء مراكز بيداغوجية أخرى نظرا لتزايد عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد بكثرة بحيث توجد مراكز قليلة فقط تهتم بهذه الفئة.

.يمكن تناول نفس موضوع الدراسة بصيغ وطرق أخرى للتوسع في هذا الموضوع وفيما يلي جملة من المواضيع المقترحة للدراسة والبحث:

.علاقة الصلابة النفسية بالحرمان العاطفي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد (المطلقات)

.علاقة الصلابة النفسية بقلق المستقبل لدى عينة أمهات أطفال التوحد.

قائمة المراجع

مراجع باللغةالعربية:

1. . المغلوث فهد (2006): التوحد: كيف نفهمه ونتعامل معه، الرياض، إصدرات مؤسسة الملك خالد الخيرية
2. . تركي جمال، شبكة العلوم النفسية العربية، المصطلحات النفسية، شبكة الانترنيت، 2004.
3. . تيسا جيتنس و مورين أرونس (2005): المرجع في التوحد، دليل للأسرة والمتخصصين في التشخيص والعلاج، ترجمةالكردي السيد عبد اللطيف، فلسطين، دار الكتاب الجامعي.
4. . سوسن شاكر مجيد (2010): التوحد، اسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، جامعة بغداد، اد بيونو للطباعة و النشر، عمان، الأردن.
5. . عبد الرحمان سيد سليمان(1999: الذاتوية : "**اعاقة التوحد لدى الأطفال**". مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، الطبعة الأولى.
6. . محمد أحمد (٢٠٠٥): **سيكولوجية الطفل التوحدي**، تعريفها تصنيفها أعراضها تشخيصها أسبابها التدخل العلاجي. دار الثقافة، عمان.
7. .اسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني(2011):التوحد : الاسباب، التشخيص، العلاج،ط1،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان.
8. .اسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني(2011):التوحد : الاسباب، التشخيص، العلاج،ط1،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان.
9. .أقرع إباد محمد نادي (2005). **الشعور بالأنا النفسي وتأثره ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية**، رسالة ماجستير، غير منشورة، دامعة النجاح، ظبي.

10. .الأغا كاظم وفي (1988). القلق والتجهيز الدراسي، مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية، المجلد 4، العدد 14، جامعة دمشق، دمشق.
11. .الأمام محمد صالح و الجوالدة فؤاد عيد (2010): **التوحد ونظرية العقل**، ط1، عمان، دار الثقافة.
12. .الحارث عبد الحميد حسن غسان حسين سالم (2006). **علم النفس الأمني**، الدار العربية للعلوم، لبنان.
13. الحلبي، سوسن شاكر (٢٠٠٥): التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه. مؤسسة علاء الدين، دمشق، سوريا.
14. الحنفي عبد المنعم (1994)، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، ط4، مكتبة مدبولي، القاهرة.
15. .الخصري، حماد عاشور (2003). **الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظات غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. .الداهري صالح حسن أحمد (2008). **أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية** والانفعالية، دار الصفاء للنشر والتوزيع.
17. .الدسوقي، كمال (1990). ذخيرة علوم النفس، المجلد 2، مؤسسة الأهرام، القاهرة.
18. .الزحيلي قهبة (1993). **مدخل إلى نظرية الأمن والإيمان**، مؤسسة الريالة، بيروت.
19. .الزيادي محمود (1980). **أسس علم النفس العام، مكتبة الأنجلو مصرية**، القاهرة.
20. .السيد عبد الحميد سليمان (2003). **تشخيص صعوبات التعلم والإدراك البشري**، "تشخيص وعلاج"، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
21. .الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، .... أكزمة، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية.

22. .العيافي أحمد (2013). **الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة في محافظة الليث،** (رسالة ماجستير غير منشورة) قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.

23. .المشعان عويد (2011). **علاقة الصلابة النفسية بالشكاوي البدنية والأمر والإنبساط لموظفين من الجنسين في القطاع الحكومي،** مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

24. .المكانين هشام عبد الفاتح عطيسوي (2009). **أسرة ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة واحتياجاتها التدريبية،** دار يافأ العلمية، عمان، الأردن.

25. .المنبع صالح (1995). **دراسات في التأهيل الإسلامي لعلم النفس،** ط1، دار علم الكتب، الرياض.

26. .جبر (1995). نظريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.

27. .جبر محمد (1996). بعض المتغيرات الديمقراطية المرتبطة بالأمن النفسي، مجلة علم النفس، السنة العاشرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

28. .جميل حسن الطاهراوي (2007). **الأمن النفسي لدى طلبة الجامعات في محافظة غزة وعلاقته باتجاهاتهم نحو الإنسحاب الإسرائيلي،** مجلد 15، غزة.

29. .جودة أمال عبد القادر (1989). **مستوى التوتر النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، غزة.

30. .حمادات محمد حسن محمد (2008). **السلوك التنظيمي والتحديات المستقبلية في المؤسسات التربوية،** ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.

31. .حمادة، لولوة وعبد اللطيف، حسن (2002). **الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة،** مجلة دراسات نفسية 12 (12).

32. .حنفي فتيحة (2014). **الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرباح**، ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

33. .خطاب محمد أحمد (2005): **سيكولوجية الطفل التوحدي**، عمان، دار الثقافة.

34. .خير محمد يوسف (2002). أولادنا والصحة النفسية، ط1، جهاد للنشر والتوزيع، عمان.

35. .دوافي كمال، وديرابي عبد (1983). **العلاقة بين النمط القيادي والشعور بالأمن، مجلة دراسات العلوم التربوية**، المجلد 12، العدد 11، عمان، الجامعة الأوروبية.

36. .راجع أحمد عران (1977). **أصول علم النفس العام**، ط11، دار المعارف بمصر، القاهرة.

37. .راضي زيبن (2008). الصلابة النفسية **لدى أمهاب شهداء إنتفاضة الأدب وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

38. .زهران (1989). **الأمن النفسي دعامة للأمن القومي العربي**، مجلة دراسات تربوية، مجلد 4، عدد 19، القاهرة، عالم الكتب.

39. .زهران حامد (1977). **علم النمو، الطفولة والمراهقة**، عالم الكتب: القاهرة.

40. .زهران حامد (1989). **الأمن النفسي دعامة الأمن القومي.**

41. .زهران حامد عبد السلام (2003). **دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي،** ط1، علم الكتب، ناشرون وموزعون، القاهرة.

42. .زهران، حامد عبد السلام (2002). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد– النفسي، مصر.

43. .زيتون، كمال عبد الحميد (٢٠٠٣): التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة. عالم الكتب، القاهرة.

44. .سعد علي (1999). **القلق النفسي، مجلة الشريعة**، العدد 394.

45. .صالح المنبع (1993). **استراتيجيات الأمن النفسية في الأزمات**، مجلة الأمن، العدد السادس، المملكة العربية السعودية.

46. .صندقلي هناء ابراهيم (2012): التوحد: اللغز الذي حير العلماء، بيروت، دار النهضة العربية.

47. .عباس مدحت (2010). **الصلابة النفسية كمبني يخفف الضغوط النفسية والسلوك العدواني لدى معلمي المرحلة الإعدادية**، مجلة كلية التربية بأسيوط.

48. .عبد الحميد، جابر وكفافي علاء الدين (١٩٩٥): معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

49. .عبد الخالق أحمد (2001). **أصول الصحة النفسية**، ط4، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

50. .عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٨٣): **قضايا ومشكلات في الكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين النظرية والتطبيق**. دار القلم، الكويت.

51. .عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٩٠): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين والتربية الخاصة**، الجزء الثاني، ط4، دار العلم، الكويت.

52. .عبد القادر، نادية (١٩٩٧). **الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

53. .عبد اللطيف، حسن، وحادة لولة (2002). **الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة**، دراسات نفسية 12. 229. 272.

54. .عبد المنعم الخفي (1995). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، مكتبة مدبولي، ط1، القاهرة.

55. .عبدالله، سهير محمود أمين (٢٠٠٢): **فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد**. مجلة كلية التربية، جامعة حلوان، العدد (4)، مجلد8، أكتوبر.

56. .عكاشة، أحمد (١٩٩٢): **الطب النفسي المعاصر**. ط ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

57. .عماره، ماجد السيد (٢٠٠٥): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة

58. .عودة محمد (2010). **الخبرة الصامدة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الدوجة بقطاع غزة،** رسالة ماجستير غير منشورة، طلبة التربية الجامعة الإسلامية، غزة.

59. .قناوي صدي (1987). **سيكولوجية المسنين،** مركز التنمية البشرية للمعلومات، الجيزة.

60. .كفافي علاء (1982). مقياس بارون لقوة الأنا، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

61. .كفافي، علاء الدين، والنيال، مايسة، وسالم، سهير (2010). علم النفس الايجابي، الإسكندرية، الفتح للطباعة والنشر.

62. .لندال دافيدوف (1998). مدخل علم النفس، ط4، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.

63. .ماجدة السيد عبيد (2002). **تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة،** مدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار هناء للنشر والتوزيع، مكتبة المعهد الوطني للتدريب التربوي، عمان.

64. .محمد السيد خلاوة، د. بدر كمال (2001). **رعاية المعوقين سمعيا وبصريا،** المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

65. .محمد كامل (2003). **علم النفس المدرسي ودوره في تقديم الخدمات النفسية،** ط1، مكتبة إبن سينا، القاهرة.

66. .مرسي سيد عبد الحميد (1981). **النفس المطمئنة،** مكتبة وهبة، القاهرة.

67. .مرسي، سيد عبد الحميد (1980). **الشخصية السوية،** ط1، مكتبة وهبة، القاهرة.

68. .مصطفى فاروق أسامة و الشربيني السيد كامل (2011):التوحد الأسباب التشخيص العلاج، ط1، عمان دار المسيرة.

69. .مكي لطيف، وحسن براءة (2010). **صلابة الشخصية وعلاقتها بتقدير الذات لدى المتمدرسين في الجامعة،** مجلة البحوث التربوية والنفسية 31. 353. 403.

70. .ملكية لويس كامل (1989). **سيكولوجية الجماعات والقيادة،** الجزء 6، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

71. .منصور حازم (2009). **قوة التحجر النفسي، سلسلة محاضرات علم النفس الرياضي، الأكاديمية الرباطية العراقية، كلية العلوم التربية الرياضية،** جامعة بغداد، مرهم عبر شبكة الأنترن.

72. .موسوعة علم النفس الشاملة (1999). المجلد 8.

73. .نادية إبراهيم أبو السعود (2009). الطفل التوحدي في الأسرة، مؤسسة حورس الدولية، الإسكندرية، مصر.

74. .ناصر إسلام (1994). في درب حنيفة اليمان، سلسلة الوعي الأمني الإسلامي، مطابع منصور، غزة.

75. .يحي، خولة(2000): **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية،** ط1، عمان، الأردن، دار الفكر.

76. .يوسف أحمد (1958). **أسس التربية وعلم النفس،** ط3، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

77. .يوسف مصطفى (1968). التطرف كأسلوب للإستجابة، مكتبة الأنجلو، مصرية، القاهرة.
78. الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسيتين في سياق العمر، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة، القاهرة.
79. .مخيمر عبد (1997). الصلابة النفسية والمبادئ الاجتماعية، متغيرات وسيطة في العلاقة بين الضغوط وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، المجلة العربية للدراسات النفسية(7).
80. .ملحم سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

مراجع باللغة الأجنبية:

1. -ABRAHAM Maslow (2008). Devenir le meilleur de soi-même, besoins fondamentaux motivation et personnalité, traduit de l'américain par Nicclaireff. Deuxième larage.
2. -ALLORD. K. D & Smith, T.W (1989), "The hardy personality and psychological responses to evaluative threat", Journal of personality and social psychology, so (1), 257,266.
3. American psychiatric association (2000) : diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 4 th edition, Washington DC,
4. -ANNA Freud (1968). Le moi et les mécanismes de défense, PUF, Paris.

5. -BARTONE (1999), Hardiness protects against ouron-related stress in army service forces, consulting psychology journal.
6. -BARTONE, P.T (2009), Academic stress and health, exploring the moderating role of personality hardiness, Scandinavian Journal of Educational Research.
7. -BARTONE, P.T (2012), Social and organization influences on psychology hardiness how leaders cam increase stress resilience, Bartone security I informatics, Retrieved 3/1/2016 from http://www.security-informatics.com/ content/1/1/21.
8. -BARTONE, P.T (2016). Institute for national strategic studies, National defense university, Retrieved 12/12/2015 from http://inss.ndu.edu, media/Biographies/ Article view/ Article/ 571511/ paul-5- bartom.
9. -BARTONE, P.T. Roland, R.R, Picano. J.J & Williams. T.J (2008), Psychological hardiness predicts success in US army special forces candidates. International journal of selection and assessment.
10. -Burack, J. (1994). Selective Attention Deficits in Persons with autism : Preliminary evidence of an inefficient attentional lens. Journal of Abnormal Psychology, Vol. (103), No. (3), pp. 30-43.
11. -Carpenturi & morgan (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and no autistic retarded children, Journal

of Autism and Developmental Disorders, Vol. (26), No. (6), pp. 611-620.

12. -Cheung. C. R & Acbride Change.C (2008). Relation of perceived maternal parenting style, practice, and learning motivation ti academic competence in Chinese children, meril palmer quarterly.

13. -Davis. G. A & Rimm, S.B (1998). Education of the grifted and talented (4 th edition) Boston : Allyn and Bacon.

14. -De la paz, S & Gaaham. S. (2006). Explicitly reaprecal in the classroom : overcoming obstacles and making modifications, journal of educational psychologie.

15. -Ellis, K. (1990). Professional perspective and practice. London : Chapman & Hall.

16. -Erikson. M & Lindstrom, B (2007), Antoncvsky's sense of coherence and its relation with quality of life: a systematic review, journal of epdemal & community health.

17. -Ganzalea L. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer. Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Vol. (12), No. (1), pp. 2-14.

18. -Gillson. (2000). Autism and social behavior Bethesda M.D.. Autism Society of America.

19. -Helen V. Ratajczak (2011) : Theoretical aspects of autism :Causes-A review. Journal of Immunotoxicology, 8(1) : 68-79

20. -Helène Dentsch (2008), La psychologie des femmes, enfance et adolescence, La psychanalyse, Presses universitaires de France.

21. -Herite Benony (2003). Alimentation et transmission mère enfant, Paris, Nathan.

22. -Indu Joshi, Maire Percy, and Ivan Brown (2002) Advances in understanding causes of autism and effective interventions, Journal on depvelopmental disabilities, Volum 9, No 2. P 1 28.

23. -Kalantar. J. Khedi, L. Nukbakht. A & Motvalina, M (2013), Effect of psychological hardiness craning en mental health of students international journal of academic research in business and social séances.

24. -KOBASA, S & Pucceti, M (1983), "Personnality and social ressources in stress residence", Journal Abnormal psychology, 45 (4) 839.880.

25. -KOBASA, S.C (1979). Stressful life event personality, and health ; an inquiry into hardiness journal of personality and social psychology.

26. -KOBASA, S.C, Maddi, S.R, Pacceatti, M.c & Zola. M.A (1985), "Effectiveness of hardiness, excerxcice and social support as resources against illness", Journal of psychosomatic research, (29), 525, 533.

27. MADDI S.R (2002), the story hardiness, twenty years of the origin, research and practice, consulting psychology journal.

28. MADDI, S.R (1967). The existential neurosis, journal of abnormal, psychology.

29. -MADDI, S.R (2006). Hardiness the courage to grow from stresses, journal of positive psychology.

30. -MADDI, S.R, Khoshaba, Persico.M, Lu. J. Havey. R & Bleecker, F (2002). The personality construct of personality and psychopathology, journal of research in personality.

31. -MADDI. S.R, Harvey. R, Khoshaba. D.Lu & Persico.M & Borow. M (2006). The personality construct of hardiness, III Relationship with repression, innovativeness, authorization and performance, journal of personality.

32. -Romanczyk, P. (1999). Play interactions family members towards children with autism, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. (9), No. (3), pp. 1 10.

33. -Sandivik.A. M. Bartone, P.T, Hystad, S.H. Philipe, T.M, Thayer, J.F. Johnson. B.H (2003), Psychological hardiness

perdicts newomnological responses to stress, psychology, health medicine 18.705.713.

34. –Sandvir A. M Bartone, P. T. Hytad. S.H. Phillips, T.M. Theyer. J.F & Johnsen, B. H (2013), Psychological hardiness predicts neurommunological responses to stress psychology. Health & medicine.

35. –Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1993). On the Power of Positive Thinking : the Benefits of Being Optimistic. Current Direction in Psychological Science, Feb 2, (1), 26–30.

36. –Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. Focus on Autism and Developmental Disorders, Vol. (11), No. (3), pp. 2 13.

37. –Wolf, S. (2005). Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. ––E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies, London disciplines. Oxford : Pergamon Press.

38. –Wzorek, M. (1994). Script representation of event knowledge in high functioning individuals with autism. Dissertation Abstracts International, Vol. (55), No. (4),pp. 205–225

الملاحق

ملحق رقم (01)

أسماء المحكمين

م	إسم المحكم	درجته العلمية	مكان العمل
1	بلخير رشيد	أستاذ محاضرة	جامعة تامدة
2	لعقاب مليكة	أستاذة محاضرة	جامعة تامدة
3	طايبي حكيم	أستاذ محاضرة	جامعة تامدة
4	موهاب زينة	أستاذة محاضرة	جامعة تامدة
5	هاشيم طاوس	أستاذة محاضرة	جامعة تامدة

ملحق رقم (2):

ورقة تحكيم مقياس

الأمن النفسي

بسم الله الرحمان الرحيم

الموضوع: تحكيم أداة الدراسة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته.

أستاذنا الفاضل

أنا طالب جامعي في صدد التحضير لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي بعنوان " **الصلابة النفسية وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد**".

ونظرا لما عرف عنكم من معرفة وسعة إطلاع في مجال البحث والمنهجية البحثية، أرجوا الفضل بتحكيم فقرات أدوات الدراسة المرفقة، والإفادة حول مناسبة كل منها في قياس ما وضعت لقياسه ضمن بيئة الدراسة ومجتمعها، إضافة إلى وضوحها وسلامتها صياغة ودلالة.

مع بالغ شكري وتقديري

الطالبة: هادف حسيبة

ملحق رقم(3) مقياس الأمن النفسي في صورته الأولية

الرقم	الفقرات	درجة الموافقة على الفقرة				
		موافق بشدة	موافق	إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أشعر بأني أحصل على ما أستحقه في الحياة.					
2	أحس مراراً بالسرور مع من حولي.					
3	أفكر بأن الطلاب يحبونني كمحبتهم للآخرين.					
4	لا ينتابني قلق لمدة طويلة نتيجة لظروف أتعرض لها.					
5	يمكنني أن أكون مرتاحاً مع نفسي.					
6	أنا على وجه العموم شخص غير أناني.					
7	لا ينتابني بشكل متكرر شعور بالوحدة.					
8	أشعر بأني أقوم بواجباتي على أحسن وجه.					
9	من عادتي أن أتقبل نقد أصدقائي بروح طيبة.					
10	لا تثبط عزيمتي بسهولة.					
11	أشعر عادة بالود نحو معظم الناس.					

12	كثيرا ما أشعر بأن هذه الحياة تستحق أن أعيشها.					
13	أنني على وجه العموم متفائل.					
14	لا يُجرح شعوري بسرعة.					
15	أشعر بالارتياح بهذا العالم.					
16	يشعر الآخرون بالارتياح معي.					
17	لا أخاف على مستقبلي.					
18	أتصرف على طبيعتي باستمرار.					
19	أشعر عموماً بأنني طالب محظوظ.					
20	أعتقد أن طفولتي كانت سعيدة					
21	لي الكثير من الأصدقاء المخلصين.					
22	أشعر بالارتياح في معظم الأحيان.					
23	أشعر بالسعادة في مكان إقامتي					
24	لا أقلق بشأن سوء حظي في المستقبل					
25	لا ينتابني شعور بالانزعاج من الناس					
26	أشعر عادة بالرضا والاكتفاء					

27	مزاجي غير متقلب ومستقر انفعالياً					
28	أشعر بأنني موضع احترام الناس على وجه العموم					
29	أستطيع السيطرة على مشاعري في مواقف كثيرة					
30	لا أشعر بأن الناس يسخرون مني					
31	أنا بشكل عام شخص مرتاح					
32	على وجه العموم، أشعر بأن العالم من حولي يعاملني معاملة عادلة					
33	أشعر بصدق علاقاتي الاجتماعية مع لآخرين					
34	أعتقد أن الآخرين يعتبرونني شخص عادي					
35	أشعر بأنني أحصل على قدر كاف من الثناء					

ملحق رقم (4)

جامعة مولود معمري-تيزي وزو-

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزتي الأم:

يقوم الباحث بإجراء دراسة تحت عنوان: "**الصلابة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد**".

لتحقيق أهداف الدراسة أضع بين يديك إستبانة تتكون من مقياسي الصلابة النفسية والأمن النفسي لجمع المعلومات الازمة للدراسة، آمل منك تعبئة فقرات هذا المقياس بما يوافق مع وجهة نظرك باهتمام وموضوعية حتى يتسنى تحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة، والإجابة عن كافة الفقرات دون إستثناء، مع الإشارة إلى هذه البيانات ستستخدم لأغراض البحث العلمي لهذه الدراسة فقط.

الجزء الأول-المعلومات والبيانات الأولية:

سن الأم أقل من 40 سنة ☐ 40 سنة وأكثر ☐

جنس الطفل التوحدي ذكر ☐ أنثى ☐

سن الطفل التوحدي من4إلى 7سنوات ☐ من8إلى 10سنوات ☐

-أشكرك جزيل الشكر على تعاونك-

ملحق رقم (5)

أولا: مقياس الصلابة النفسية

م	العبارة	تنطبق دائما	تنطبق احياناً	لا تنطبق ابداً
1	مهما كانت الصعوبات التي تعارضني فإنني أستطيع تحقيق اهدافي			
2	اتخذ قراراتى بتفسي ولا تملى علي من مصدر خارجى			
3	اعتقد ان متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة ت حدياتها.			
4	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه			
5	عندما اضع خططي المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها.			
6	اقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها.			
7	معظم اوقاتي أستثمرها في انشطة نات معنى وفائدة.			
8	نجاحى في أموري يعتمد على جهدي وليس على الصدفة والحظ.			
9	لدى حب استطلاع ورغبة في معرفة الجديد.			
10	اعتقد ان لحياتى هدفاً ومعنى اعيش من اجله.			

11	أعتقد ان الحياة كفاح وعمل وليست حضا وفرصا.			
12	أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على التحديات والعمل على مواجهتها.			
13	لدى قيم ومبادئ ألتزم بها واحافظ عليها.			
14	أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته.			
15	لدى قدرة على التحدي المثابرة حتى انتهى من حل أي مشكلة تواجهنى.			
16	لدي أهداف أتمسك بها وأدافع عنها.			
17	اعتقد أن الكثير مما يحدث لي نتيجة تخطيطي.			
18	عندما تواجهني مشكلة اتحداها بكل قواي وقدرتي.			
19	أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي.			
20	أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح.			
21	أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث وتغيرات.			
22	ابادر بالوقوف الى جانب الاخرين عند مواجهتهم لاى مشكلة.			
23	أعتقد أن العمل وبذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي.			
24	عندما أنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة اخرى.			

25	أعتقد أن الاتصال بالآخرين ومشاركتهم انشغالاتهم.			
26	أستطيع التحكم في مجرى امور حياتى.			
27	اعتقد ان مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي وقدرتي على حلها.			
28	اهتمامي بالأعمال والأنشطة يفوق بكثير اهتمامي بنفسي.			
29	أعتقد أن العمل السيء وغير الناجح يعود إلى سوء التخطيط.			
30	لدى حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي.			
31	ابادر بعمل اي شئ اعتقد انه يفيد أسرتي أو مجتمعى.			
32	أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي.			
33	ابادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها.			
34	اهتمً بما يحدث حولي من قضايا واحداث.			
35	أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم وتخطيطهم لأنشطتهم.			
36	إن الحياة المتنوعة والمثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي.			
37	إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط ونعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها.			
38	إن النجاح الذي أحققه بجهدي هو الذي أشعر معه بالمتعة والاعتزاز وليس الذي أحققه بالصدفة.			

39	أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة.			
40	أشعر بالمسئولية تجاه الآخرين وأبادر الى مساعدتهم.			
41	أعتقد أن لى تأثير قوى على ما يجرى لي من احداث.			
42	أتوقع التغيرات التي تحدث في الحياة ولا تخيفني لأنها أمور طبيعية.			
43	أهتم بقضايا أسرتي ومجتمعي وأشارك فيها كلما أمكن ذلك.			
44	أخطط لامور حياتي ولا أتركها للحظ والصدفة والطروف الخارجية.			
45	ان التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.			
46	أبقى ثابتا على مبادئ وقيمي حتى إذا تغيرت الظروف.			
47	أشعر أني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث.			
48	أشعر أني قوي في مواجهة المشكلات حتى أتن تحدث.			

ثانيا: مقياس الأمن النفسي في صورته النهائية:

الرقم	الفقرات	درجة الموافقة على الفقرة				
		موافق بشدة	موافق	إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أشعر بأني أحصل على ما أستحقه في الحياة.					
2	أحس مراراً بالسرور مع من حولي					
3	أفكر بأن الناس يحبونني كمحبتهم للآخرين.					
4	لا ينتابني قلق لمدة طويلة.					
5	يمكنني أن أكون مرتاحة مع نفسي.					
6	أنا على وجه العموم شخص غير أناني.					
7	لا ينتابني الشعور بالوحدة بشكل متكرر.					
8	أشعر بأني أقوم بواجباتي على أحسن وجه.					
9	من عادتي أن أتقبل نقد أصدقائي بروح طيبة.					
10	لا تثبط عزيمتي بسهولة.					
11	أشعر عادة باالحب نحو معظم الناس.					

12	كثيرا ما أشعر بأن هذه الحياة تستحق أن أعيشها.					
13	أنني على وجه العموم متفائل.					
14	لا يُجرح شعوري بسرعة.					
15	أشعر بالارتياح بهذا العالم.					
16	يشعر الآخرون بالارتياح معي.					
17	لا أخاف على مستقبلي.					
18	أتصرف على طبيعتي باستمرار.					
19	أشعر عموماً بأنني شخص محظوظ.					
20	أعتقد أن طفولتي كانت سعيدة					
21	لي الكثير من الأصدقاء المخلصين.					
22	أشعر بالارتياح في معظم الأحيان.					
23	أشعر بالسعادة نحو أسرتي.					
24	لا أقلق بشأن سوء حظي في المستقبل.					
25	لا ينتابني شعور بالانزعاج من الناس.					
26	أشعر عادة بالرضا والاكتفاء.					
27	مزاجي غير متقلب ومستقر انفعالياً.					
28	أشعر بأنني موضع احترام الناس					

	على وجه العموم					
29	أستطيع السيطرة على مشاعري في مواقف كثيرة.					
30	لا أشعر بأن الناس يسخرون مني.					
31	أنا بشكل عام شخص مرتاح.					
32	على وجه العموم، أشعر بأن العالم من حولي يعاملني معاملة عادلة.					
33	أشعر بصدق علاقاتي الاجتماعية مع لآخرين.					
34	أعتقد أن الآخرين يعتبرونني شخص عادي.					
35	أشعر بأنني أحصل على قدر كاف من الثناء.					