



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الضمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد

دراسة ميدانية بالمراكز النفسية المتخصصة (ولاية مستغانم)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): بن أحمد سهام منصورية

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د. عباسة أمينة	أستاذة محاضرة (أ)	رئيسا
د. عمار ميلود	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقرا
د. شرقي حورية	أستاذة محاضرة (أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2021-2022

إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

تاريخ الإيداع: 2021/06/10

أعمار

الإهداء

الحمد لله فالق الأنوار وجاعل الليل والنهار ثم الصلاة والسلام على سيدنا محمد المختار

الحمد لله الذي وفقني لهذا ولم أكن لأصل إليه لولا فضل الله علي، أما بعد :

من دواعي الفخر والاعتزاز أن أهدي ثمرة جهد هذا العمل المتواضع :

إلى أمي وأبي العزيزين حفظهما الله ورعاهما

إلى أختي الحبيبة رزقها الله حلو الحياة وخير العطاء ووفقها دائما، إلى عائلتي بأكملها

إلى كل صديقاتي اللاتي وقفن إلى جانبي ودعموني دائما وإلى زملائي في الدراسة دون

استثناء

إلى كل من أنار لي الطريق في سبيل تحصيل ولو قدر بسيط من المعرفة خلال مشواري

الدراسي أساتذتي الكرام

إلى كل من أمد لي يد العون والمساعدة بدعاء، بابتسامة وحتى بكلمة

إلى كل من يقدر العلم ويسعى في طلبه

إلى كل من ذكرهم قلبي ونساهم قلبي

إلى كل هؤلاء أقول جزاكم الله عني خير الجزاء.

شكر وتقدير

اللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضا والصلاة والسلام
على نبينا محمد خير الأنام.

بداية أشكر الله وافر الشكر على توفيقه لي وإعانتني على إتمام رسالتي العلمية.
أتقدم بشكري الخاص وامتناني الكبير إلى الأستاذ المشرف 'عمار ميلود' لمساعدتي على
إتمام هذا العمل في أحسن صورة ممكنة، بتوجيهاته ونصائحه القيمة، وإرشاده السليم.
الشكر أيضا إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين تفضلوا بقراءة هذا العمل.
كما أن شكري موجه لكل أساتذتي الأفاضل الذين كان لي شرف أخذ العلم على أيديهم في
تخصص علم النفس .

وأتوجه بالشكر الجزيل إلى الأخصائيين النفسيين "قلو نسيمة"، "هيبه خديجة" بالمركز
النفسي البيداغوجي بمزغران على مساعدتهم لي وإلى جميع الفريق البيداغوجي الذي أمدنا
بيد المساعدة، وإلى أولياء الأطفال المتواجدين بالمركز من ذوي اضطراب طيف التوحد على
تعاونهم معي كل التقدير والعرفان.

وأشكر السيدة "تومي فتحة" بالعيادة الأرتوفونية النفسية على مساعدتها وتعاونها معي كل
الاحترام والتقدير.

كما لا يفوتني أن أشكر أختي وأصدقائي وإلى كل من ساعدني ووقف إلى جانبي وساهم من
قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل المتواضع.

الملخص :

هدفت الدراسة الحالية المعنونة بـ الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد إلى الكشف عن مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد، والتعرف على الفروق في مستوى الصمود النفسي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية التالية (الجنس، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي)، وتم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، حيث شملت عينة الدراسة (40) ولي من أولياء أطفال التوحد المتواجدين بالمراكز النفسية المتخصصة (المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً بمزرغان ولاية مستغانم، عيادة التكفل الأرففوني والنفسي -بيبينيار - مستغانم)، وتم تطبيق مقياس الصمود النفسي من إعداد محمد عصام محمد الطلاع (2016)، وبعد معالجة البيانات إحصائياً أسفرت نتائج الدراسة على أن مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد مرتفع، كما أنه لا توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى عينة أولياء أطفال التوحد تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي).

الكلمات المفتاحية : الصمود النفسي، أطفال التوحد، أولياء أطفال التوحد.

Abstract

This study under the title of psychological resilience among parents with autistic children aimed to reveal the level of psychological resilience among autistic children's parents, and identify the differences in the level of psychological resilience according to the following demographic variables (sex, educational level, living standard). This study was based on the descriptive analytical method, the study sample included (40) parents of autistic children who are in specialized psychological centers (pedagogical psychological center of mentally handicapped children in Mazagran city of Mostaganem-orthophonie and psychiatric care clinic- Pipinière- Mostaganem), and the psychological resilience scale was applied, prepared by Muhammad Aissam Muhammad El Talaa (2016) , and after processing the data statically the result showed that the level of psychological resilience among parents with autistic children is high, also it showed that there is no difference in the level of psychological resilience among a sample of parents with autistic children according to the demographic variables (sex, educational level, living standard)

Keywords : psychological resilience, autistic children, autistic children's parents.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الأشكال
ي	قائمة الملاحق
12	المقدمة
الفصل الأول : مدخل عام للدراسة	
14	1. إشكالية الدراسة
18	2. فرضيات الدراسة
18	3. أهداف الدراسة
18	4. أهمية الدراسة
19	5. لمفاهيم الإجرائية للدراسة
19	6. حدود الدراسة
الفصل الثاني : الصمود النفسي	
20	- تمهيد
21	01. لمحة تاريخية عن الصمود النفسي
24	02. مفهوم الصمود النفسي
28	03. بعض المفاهيم المتعلقة بالصمود النفسي
31	04. مكونات الصمود النفسي

33	05. دورة الصمود النفسي
35	06. سمات الأفراد الصامدين نفسيا
36	07. بعض الخصائص المميزة للصمود النفسي
38	08. العوامل المدعمة للصمود النفسي
40	09. العوامل المؤثرة في الصمود النفسي
41	10. النظريات المفسرة للصمود النفسي
46	11. ثمرات الصمود النفسي
48	12. الصمود النفسي لدى أسرة الطفل المعاق
52	- خلاصة الفصل .
الفصل الثالث : اضطراب التوحد	
54	- تمهيد
55	01. لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد
57	02. تعريف التوحد
59	03. أنواع التوحد
60	04. أسباب التوحد
64	05. خصائص الأطفال التوحديين
69	06. تشخيص اضطراب التوحد
72	07. التشخيص الفارقي للتوحد
77	08. البرامج التربوية (العلاجية) المقدمة للأطفال التوحديين
82	09. أسرة الطفل التوحدي
87	- خلاصة الفصل .
الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة	
89	أولا : الدراسة الاستطلاعية
89	أهداف الدراسة الاستطلاعية
89	حدود الدراسة الاستطلاعية

89	عينة الدراسة الاستطلاعية
90	أداة الدراسة الاستطلاعية
90	جراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية
90	ثانيا : الدراسة الأساسية
90	منهج الدراسة
91	حدود الدراسة
91	عينة الدراسة ومواصفاتها
95	أداة الدراسة
96	الأساليب الإحصائية المستخدمة
	الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة
98	1. عرض النتائج
98	1.1. عرض النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي
99	2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
100	3.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
101	4.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
101	2. مناقشة النتائج
101	1.2. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي
103	2.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
104	3.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
105	4.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
107	الخاتمة
108	التوصيات والاقتراحات
111	قائمة المصادر والمراجع
117	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	العوامل المدعمة للصمود النفسي	39
02	العوامل المعيقة لاستمرارية الصمود النفسي	39
03	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	91
04	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي	92
05	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى المعيشي	93
06	توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس الصمود النفسي وتسلسلها	95
07	معيار تصحيح مقياس الصمود النفسي	96
08	مستويات الصمود النفسي لدى أفراد عينة الدراسة	98
09	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب متغير الجنس	99
10	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب متغير المستوى التعليمي	100
11	نتائج اختبار التباين الأحادي لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب متغير المستوى المعيشي	101

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
30	المفاهيم المرتبطة بالصمود النفسي	01
34	دورة الصمود النفسي حسب (Pearsall, 2003)	02
44	نموذج الصمود النفسي « Richardson »	03
92	مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.	04
93	مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي.	05
94	مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى المعيشي.	06
98	مخطط دائرة نسبية لمستويات الصمود النفسي لدى عينة الدراسة الأساسية	07

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
118	مقياس الصمود النفسي	01
120	تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث	02

المقدمة :

لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من المعاقين الذين أصيبوا بنوع أو بآخر من الإعاقات الجسمية أو العقلية أو العصبية أو النفسية. حيث تعبر الإعاقة عن مواطن الضعف والهشاشة الجسدية، البيولوجية، والعقلية التي قد تصيب الفرد خاصة في مرحلة الطفولة، وما يتبعها من تبعات وخيمة على وظائف الشخصية على المستوى المعرفي، السلوكي، الانفعالي، العلائقي، المدرسي والمهني.

ويعد اضطراب التوحد من أبرز اضطرابات النمو الغامضة والمعقدة التي اجتاحت العصر، وإلى يومنا هذا لازالت الإنسانية تحاول اكتشاف طبيعة هذا الاضطراب، أصبح التوحد إذن مشكلا رئيسيا في قائمة أمراض الأطفال بسبب العدد الهائل من الأطفال الذين يعانون منه والذي أثر بالأخص على أدائهم الإدراكي والنفسي وأيضا شمل سلوكياتهم.

ويعد اضطراب التوحد الذي يصيب الطفل من أكثر الاضطرابات النمائية التطورية صعوبة للطفل وكذلك لوالديه وللعائلة بشكل كامل وتأتي صعوبة هذه الإعاقة من غموضها وغرابة السلوك الناتج عنها بالإضافة إلى ذلك فإنها تتطلب مراقبة مستمرة إشرافا دائما من أفراد الأسرة وخاصة الوالدين مما يؤدي إلى زيادة الأعباء الملقاة على عاتقهم.

وتسبب أعراض اضطراب التوحد مثل نقص القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والقصور في التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية المتكررة، الكثير من الضغوط على الوالدين فتجعلهم غير قادرين على التفاعل معه، فحوالي 85% من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم عجز في الجوانب التكيفية والمعرفية، مما يؤثر على اعتمادهم على أنفسهم وعلى التكيف والتوافق وجودة حياة الوالدين.

ونظرا للصعوبات اليومية التي تواجه هذا الاضطراب، وبعض الاضطرابات التي من الممكن أن تصاحبه، فالوالدان هنا يلعبان دورا أساسيا في تطور هذا الطفل المصاب بالتوحد، كذلك

الأسرة بأكملها تجد نفسها في مواجهة مسؤولية كبيرة التي تتطلب الكثير من الوقت والتضحيات لمرافقته أثناء نشاطاته ومساعدته على أن يصبح مستقلا بنفسه.

ومما لا شك فيه أن إصابة الطفل بأي نوع من الإعاقة، وبأية شدة تؤثر بشكل سلبي على مقدمي الرعاية له عامة، والوالدين بصفة خاصة.

ومن أهم الاستجابات الانفعالية التي تمكن أي فرد من التكيف مع متغيرات الحياة السريعة هي تمتعه بقدر من الصمود النفسي، الذي يعد عملية من عمليات التكيف الجيد في مواجهة تحديات الحياة وضغوطها. فالصمود ليس سلوكا عاديا إنما هو عملية ديناميكية يتعين من خلالها إعادة تنظيم النفسية بعد مواجهة صدمة ما والتي تسمح بالتطور الطبيعي، وذلك من خلال التحلي بمجموعة من السمات الشخصية التي تؤهله للصمود كالتماسك والكفاءة الشخصية، الثقة في الذات، القدرة على الضبط، والتقبل الإيجابي للتغيير وتشبعهم بالقيم الروحية والدينية.

ومما هو جدير بالذكر أن رعاية طفل توحد تتطلب صمودا من الوالدين، ويعني به عملية مرنة تشير إلى نقاط القوة في محطات مختلفة من دورة حياتهم، وضمن ظروف مختلفة، حيث نجد آباء وأمهات أطفال اضطراب التوحد يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط النفسية، غير تلك التي يتعرض لها والدي أطفال الإعاقات الأخرى، بالإضافة إلى تزايد تكلفة الخدمات الصحية، والتعليمية لذوي اضطراب التوحد.

وهنا يبرز دور الصمود النفسي لدى الوالدين ليكون الداعم للتقليل من الضغوط، والتوترات، والأعباء الجسمية، والنفسية، حيث يوفر الصمود النفسي لدى الفرد السبيل لتجنب المخاطر وما يحتويه من مقومات يأتي في صدارتها القدرة على التعافي من المحن والشدائد .

وفي هذا الإطار حاولنا تسليط الضوء على موضوع طبيعة الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد، وقد حاولنا الإلمام بكل ما يتعلق بالموضوع حيث اشتملت الدراسة على خمسة فصول توزعت بين الجانب النظري والتطبيقي، وهي على التوالي :

الفصل الأول : تم فيه طرح إشكالية الدراسة، وفرضياتها، وأهدافها، وأهميتها، وكذلك أهم المفاهيم الإجرائية وحدودها (الزمنية، المكانية، والبشرية).

الفصل الثاني : بعنوان 'الصمود النفسي' ويحتوي على لمحة تاريخية، مفهومه، المفاهيم المرتبطة به، مكوناته، دورة الصمود وسماته، خصائصه، العوامل المؤثرة والمدعمة، أهم النظريات، ثمراته، والصمود النفسي لدى أسرة الطفل المعاق.

الفصل الثالث : تحت عنوان 'اضطراب التوحد' وتناول لمحة تاريخية عن الاضطراب، مفهومه، أنواعه، وأهم أسبابه، خصائصه، تشخيصه، والتشخيص الفارقي، وطبيعة البرامج العلاجية المقدمة للأطفال، وأسرة الطفل التوحدي.

الفصل الرابع : يتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية في جزأين، حيث تطرق إلى الدراسة الاستطلاعية من حيث أهدافها، حدود الدراسة، العينة التي اشتملتها، الأداة المستعملة، وصولاً إلى إجراءات تطبيقها، أما الجزء الثاني فتضمن الدراسة الأساسية بتحديد المنهج المتبع، حدود الدراسة، حجم العينة ومواصفاتها، أداة الدراسة، والأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة الميدانية.

الفصل الخامس : يتطرق لعرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والأدب النظري المتعلق بمتغيرات الدراسة، وفي الأخير خاتمة مع بعض التوصيات والمقترحات كما جاءت مدعمة بقائمة مراجع تم الاستفادة منها بشكل كبير .

الفصل الأول : مدخل عام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. المفاهيم الإجرائية للدراسة
6. حدود الدراسة

1. الإشكالية :

يعد اضطراب التوحد إعاقة نمائية متداخلة تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وذلك نتيجة للاضطراب العصبي الذي يؤثر على عمل الدماغ حيث يعرقل النمو الطبيعي ويكون لدى المصابين عادة قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي والإنفعالي وفي قدراتهم على التواصل مع الآخرين وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول إلى أعضاء مستقلين في المجتمع . (افرحاتي وآخرون، 2015) ويعرفه ماك دونالد « Makdonald » أن التوحد يعني الاستغراق المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع . (القمش، 2011 : ص 17)

حيث أن التوحد يتميز بكونه اضطرابا يعتريه الغموض ويصعب فهمه وعلى مر العقود منذ اكتشاف هذا الاضطراب، برزت عدة دراسات في هذا المجال اهتمت بعدة جوانب منها "محاولة فهم الأسباب المؤدية للإصابة به، أو العمل على جوانب القصور لدى الطفل التوحدي من خلال إعداد برامج علاجية للتكفل النفسي بهذه الفئة، وهذا ما أوضحتها دراسة (محلعين أسامة، 2019) التي هدفت إلى التعرف عن واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد، وقد أسفرت نتائج الدراسة بأن واقع التكفل النفسي بالأطفال المصابين بالتوحد بالمراكز النفسية البيداغوجية مقبول عموما. بالإضافة إلى دراسات أخرى شملت تأثير هذا الاضطراب على المحيط الأسري للطفل من عدة جوانب وكذلك طبيعة الدعم الاجتماعي والمشكلات المتعلقة بنظرة المجتمع السلبية التي تؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية للأسرة.

حيث تواجه أسرة الطفل المشخص بالتوحد صدمة نتيجة لإدراك حقيقة توحد طفلها وتعتبر اللحظة التي يتم فيها تشخيص واكتشاف إعاقة ابنها مرحلة حاسمة حيث أن احتضانها له يعتبر سبب تغير مسار الحياة الأسرية بكاملها وإعادة تنظيم أولوياتها لتتلائم مع الظروف الجديدة للتكفل به. (بلي، 2015) وفي هذا الصدد جاءت دراسة (سنوسي سمية، 2017) التي تهدف إلى التعرف على واقع التكفل الأسري بأطفال التوحد، وقد أسفرت نتائج الدراسة

أن التكفل السوسيواقتصادي للأسرة يساهم في تحقيق الاندماج الاجتماعي لهم من وجهة نظر الأولياء من خلال : (التشخيص المبكر، التدخل المبكر، تطبيق البرامج التربوية، الخروج في رحلات ترفيهية جماعية، القيام بدورات تدريبية والالتزام بالنفقات المادية) .

فولاة طفل معاق في الأسرة يؤثر على أفرادها جميعا، لكن الوالدان هما الطرفان الأكثر تضررا كونهما يمران بمجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية ، ويعاني الوالدين من مستوى عال من القلق والتوتر إضافة إلى العبء المرتبط بهذه الإعاقة وهذا ما أشارت إليه دراسة كل من "C.fourcade, J.kruck, B.rogé, 2015" وتمثلت في تقييم تصور الوالدين للعبء المحسوس المرتبط باضطراب طيف التوحد والبحث عن الروابط الموجودة بين تصور العبء المرتبط بالإعاقة وقدرة الصمود النفسي وجودة حياة الوالدين، حيث توصلت إلى أن تصور العبء المحسوس المرتبط بالإعاقة يذهب من المتوسط إلى المرتفع تم ملاحظته على نصف العينة وهذا المستوى العالي من الإدراك لاضطراب طيف التوحد يعتبر عائق له نتائج سلبية على التكيف مع هذه الإعاقة والقدرة على الصمود النفسي وجودة حياة الوالدين .

ومن أجل الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة في الحياة، فاتباع أساليب تكيفية من شأنها أن تساعد في التعامل اليومي مع الضغوط والتقليل منها قدر الإمكان، فالنظرة الإيجابية للمواقف والأحداث تساعد الفرد على التكيف وتمنحه القوة لمواجهتها. وفي هذا السياق برزت في الآونة الأخيرة عدة مفاهيم حديثة في مجال علم النفس الإيجابي الذي يركز على إثراء القوى الإنسانية الإيجابية في الشخصية، ومن بينها الصمود النفسي "Psychological resilience" فالفرد الصامد يظهر توافق إيجابي عن المحن ويمكن الفرد من استعادة توازنه ويمنحه القدرة على الخروج من الصعاب ويدير هذه المحن بكفاءة فهو من هذا المنطلق ينظر للحياة نظرة تفاؤلية .

فهو مفهوم دينامي وديالكتيكي يحمل في معناه الثبات كما يحمل الحركة، كما أنه مفهوم مركب من السمات التي تشمل الخصائص الشخصية ومصادر الدعم الاجتماعي والموارد

المتاحة وقد تم تسليط الضوء من قبل الباحثين خلال العقود الأربعة الماضية على مفهوم الصمود النفسي الذي يعنى بالتكيف الإنساني والقدرة على تحقيق النتائج الإيجابية عند التعامل مع الشدائد، حيث ينظر إلى الشدائد على أنها مؤقتة ومحدودة في نطاقها وعلى هذا النحو تتطور النظرة الإيجابية للحياة . (أبو غالي، 2017 : ص 3)

فمفهوم الصمود النفسي مرتبط بالأفراد الذين مروا بخبرات وأحداث ضاغطة، كما أن النواتج الصامدة تحدث فقط عندما يتعرض الفرد للضغوط ويتغلب عليها ويعمل جاهدا عن طريق استغلال إمكاناته والخبرات السابقة محاولة منه لتغيير المواقف الصعبة التي يتعرض لها، ليستعيد فاعليته النفسية وتحقيق نوع من الهدوء والاتزان الإنفعالي، ويتميز الأفراد الصامدون بالقدرة على حل المشكلات بكل مرونة والثقة بالنفس التي تبرز من خلال صمودهم في المحن، فهو يتيح للفرد التعايش الإيجابي مع ظروف الحياة بكل دافعية وثقة وأمل وتفاؤل وهذا ما أكدته دراسة (ليلي العارف، 2020) بمعرفة العلاقة بين التفاؤل والأمل والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين، وتوصلت الدراسة إلى أن الأمهات ليس لديهن أمل في شفاء أبنائهن ، أو تحسن حالتهم لكن بالرغم من ذلك وجد لديهن مقدار من التفاؤل ساعدهن على التحلي بالصمود النفسي. هذا ما يؤكد على دور الصمود النفسي ومكوناته في دورها الوقائي لدى الأفراد للتعامل مع الضغوط في جميع أنواع المشكلات والأزمات كالإعاقة.

حيث تعتبر الإعاقة أيا كان نوعها لها تأثيرات سلبية على جميع النواحي النفسية، المادية والاجتماعية وبالتحديد الأسرية، فالأسرة تمثل العنصر الأول المتضرر في تحمل أعباء هذه الإعاقة، وبالأخص الأولياء حيث تقع على كاهلها المسؤولية في احتضان ورعاية هذا الطفل وهذا على حسب نوع ودرجة الإعاقة، كالتوحد فهو يعتبر من أصعب الاضطرابات النمائية بما يتميز به من سلوكيات شاذة، هنا يأتي دور الوالدين في بذل المزيد من الجهود في تربية ابنهم ومحاولة منهم لفهم تلك السلوكيات وتقبلها، وفي هذا الصدد جاءت دراسة

(باسي هناء، 2016) التي تهدف إلى التعرف على أساليب المعاملة الوالدية لأطفال التوحد، وقد توصلت الدراسة إلى أن طبيعة أساليب المعاملة الوالدية لأطفال التوحد تتسم بالرفض. فتظهر الفروق الفردية لدى الأولياء في الاستجابة لهذه الضغوط وكيفية التعامل معها، إما بالفشل والإنهاك النفسي الذي يعيق التقبل والتأقلم مع الاضطراب، أو الصمود والتكيف مع هذه الإعاقة حيث تصنف هذه الفئة على أنها تتسم بالصمود النفسي الذي يعتبر أسلوباً إيجابياً يستند على تنمية مواطن القوة و دعمها لمواجهة المشكلات المتعلقة بهذا الاضطراب وتحقيق ولو جزء صغير من التقبل للطفل التوحد، مع أهمية وجود المساندة والدعم الاجتماعي من طرف المحيط وأيضاً العلاقات الأسرية المستقرة والتماسكة كلها عوامل إيجابية تعزز الصمود لدى الأسرة، وهذا ما أشارت إليه دراسة (الشبراوي أحمد، والصيد وليد، 2021) تهدف إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد، حيث توصلت نتائج البحث عن وجود علاقة موجبة بين جودة الحياة الأسرية وكل من المساندة الاجتماعية والصمود النفسي، وإمكانية التنبؤ بجودة الحياة الأسرية وكل من المساندة الاجتماعية والصمود النفسي.

ومما سبق يمكن الخروج بالتساؤلات التالية :

- ما مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد ؟
- هل توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير الجنس ؟
- هل توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي ؟
- هل توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى المعيشي ؟

2. فرضيات الدراسة :

- مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد مرتفع .
- توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير الجنس .
- توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي .
- توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى المعيشي .

3. أهداف الدراسة :

- محاولة التعرف على مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد .
- تهدف إلى الكشف عن الفروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تبعا للمتغيرات الديموغرافية (الجنس ، المستوى التعليمي ، المستوى المعيشي) .

4. أهمية الدراسة :

- ◆ الاهتمام بمتغير الصمود النفسي كونه يعتبر توجه بحثي جديد في علم النفس الإيجابي فهو يساهم في تنمية القدرات الإيجابية لدى الأفراد لمواجهة الصدمات والمحن .
- ◆ توفير قاعدة علمية للباحثين الراغبين في القيام بدراسات مشابهة .
- ◆ تكمن أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على الحالة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بالتوحد ومدى قدرتهم على مجابهة أعباء هذه الإعاقة .
- ◆ تساهم هذه الدراسة في حث القائمين على هذا المجال في بناء برامج مساعدة نفسية وتدريبية لتنمية الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد للتكيف مع هذه الإعاقة .

5. المفاهيم الإجرائية للدراسة :

1) الصمود النفسي :

تعرف « Luther & Cecchetti » الصمود النفسي على أنه: عملية دينامية يظهر خلالها الأفراد تكيفا إيجابيا على الرغم ما يخبرون ويواجهون من صدمات أو محن وشدائد .

التعريف الإجرائي :

هو قدرة الأولياء على مجابهة الأحداث الصادمة والمواقف الضاغطة من أجل التكيف مع الوضع الراهن والاستمرارية وهو ما تحدده درجة استجابة الأولياء على مقياس الصمود النفسي.

2) أطفال التوحد :

هم الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد والمسجلين على مستوى المراكز النفسية والبيداغوجية للأطفال المعاقين، ويتميزون بأنماط وسلوكيات شاذة تدل على القصور في جوانب متعددة (الاجتماعي، اللغوي، المعرفي، التواصلية) .

3) أولياء أطفال التوحد :

يمثلون أب وأم أطفال التوحد الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب التوحد على مستوى المؤسسات والمراكز النفسية للأطفال المعاقين.

6. حدود الدراسة :

1. الحدود الزمنية : تتحدد هذه الدراسة زمنيا بالموسم الدراسي (2021/2022) في ولاية مستغانم .

2. الحدود المكانية : تم إجراء الدراسة في مؤسسات ومراكز مختصة تمثلت في :

المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بمزرغان ولاية مستغانم.

عيادة التكفل الأرطفوني والنفسي -بيبينيار - مستغانم.

3. الحدود البشرية : تتمثل في أولياء أطفال التوحد بولاية مستغانم .

الفصل الثاني : الصمود النفسي

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن الصمود النفسي
2. مفهوم الصمود النفسي
3. المفاهيم المرتبطة بالصمود النفسي
4. مكونات الصمود النفسي
5. دورة الصمود النفسي
6. سمات الأفراد الصامدين نفسيا
7. بعض الخصائص المميزة للصمود النفسي
8. العوامل المدعمة للصمود النفسي
9. العوامل المؤثرة في الصمود النفسي
10. النظريات المفسرة للصمود النفسي
11. ثمرات الصمود النفسي
12. الصمود النفسي لدى أسرة الطفل المعاق

خلاصة الفصل .

تمهيد :

دراسة الصمود النفسي تعد حديثة في علم النفس الإيجابي ظهر للحاجة الملحة لدراسته ويعد من الموضوعات التي شغلت بال العلماء في السنوات الأخيرة كونه يمثل عملية من عمليات التوافق الجيد لمواجهة هذه التحديات، والمواقف الضاغطة ويحمي الفرد من التأثير السلبي للإجهاد ويحقق الصحة النفسية . وسيتم في هذا الفصل عرض نشأة الصمود النفسي والتعاريف المختلفة له والتطرق إلى مبادئ، مكونات، وسمات الأفراد الصامدين وأهم النظريات المفسرة له .

1) لمحة تاريخية عن الصمود النفسي :

يمثل الصمود لبنة في منظومة علم النفس الإيجابي، ذلك المنحى الذي يعظم القوى الإنسانية ويسعى لاكتشافها وتتميتها فالصمود هو القدرة التي تسمح للإنسان أن يتجاوز التحديات وينهض بما تعرض له من عثرات لتحقيق النمو والكفاءة. (شقرة ، 2020 : 46)

بدأت دراسة الصمود النفسي منذ خمسين عاما وفي هذا الوقت كان عدد الباحثين محدودا ومجال الدراسة محدودا أيضا، وكان المجال لا يعكس البحث عن الظاهرة الفعلية وإنما الميكانيزمات النمائية والموقفية التي تتضمنها العمليات الواقية ، لم يكن الاهتمام موجها نحو العوامل التي تعزل أو تحمي وإنما كيف تؤثر هذه العوامل وكانت دراسة الصمود النفسي تركز على المعرضين للخطر وبصفة خاصة من استطاع منهم التغلب على التحديات والمصاعب العاطفية، النمائية، الاقتصادية والبيئية التي واجهته في رحلة العمر. (جولدستين، بروكس، 2010/2006 : 23)

حيث ركزت أول الأبحاث على صمود الأطفال الذين أمهاتهم مصابات بالفصام فقد وجد الباحثون أن من بين هؤلاء الأطفال معرضون تماما لمخاطر المرض النفسي ووجدوا عدد من الأطفال الذين أظهروا أنماطا تكيفية صحية متميزة ولهم القدرة على الصمود و التكيف مع الحالة ومن هذا المنطلق انتشرت وتوسعت الأبحاث التي اشتملت على الأطفال والنساء ممن تعرضوا إلى محن وضغوط شديدة ، خاصة الدراسات التي أجرتها « Warner » التي بحثت بشكل منهجي ونظامي في القوى الوقائية التي ميزت بين الأطفال بوجود تكيف صحي جيد وبين آخرين أقل تكيفا بالمقارنة معهم .

وتوصلت إلى أن المحن الشديدة والأزمات والسلوك المعنف الذي يولد محن شديدة وصعبة، إذ تختلف استجابة الأفراد لها مما يؤدي هذا إلى وجود فروق فردية في الاستجابة لتلك المحن والضغوط الشديدة. (مرنيز ، 2020 : 21)

بدأت الدراسة الفعلية للصمود النفسي مع سلسلة من ثلاث أكبر بحوث أجريت على أطفال يعيشون في ظروف يمكن اعتبارها مؤثرة على تطورهم :

الدراسة الأولى أقيمت في جزيرة كاواي على مجموعة تكونت من (837) مولود جديد، أين تم متابعة معظمهم حتى بلوغهم سن الأربعين، تم تنفيذ هذا البحث تحت إدارة 'Emmy Warner, Ruth Smith' والذي أدى إلى إطلاق منذ (1971) إلى غاية (2001) خمس دراسات أشهرها : دراسة طويلة لأطفال وشباب يتمتعون بالصمود النفسي (1982) .

كذلك الدراسات التي أجريت بين عام (1971) إلى (1982) من قبل النفساني 'Norman Garmezy' ومساعديه في إطار مشروع (مخاطر مينيسوتا) حول تطور الأطفال الذين تلقى آباءهم تشخيص (الفصام في الشخصية) .

الدراسات الوبائية والسريية المجرأة في أواخر سنوات (1970) وبداية سنة (1980) من قبل الطبيب النفساني 'Michael Rutter' حول الأطفال القاطنين في الأحياء المحرومة بلندن، وفي المناطق القروية بجزيرة وايت.

هذه البحوث، بتوجه ظاهري سائد، فقد سمحت من جهة بإدراج عوامل الخطر والحماية، ومن جهة أخرى بإعطاء معايير مفهوم التكيف العملي، وكذلك سمحت بإظهار واقع الصمود النفسي، من خلال اكتشاف أطفال أظهروا تطورا عاديا وكانوا متكيفين جيدا على الرغم من المحن، والمصير السلبي الناتج عن الظروف التي تهدد المسار الطبيعي للتطور النفسي.

حيث تمثل الفترة الثانية ضمن تطور الأبحاث حول الصمود أنها تتميز بمجموعة من تطورات أخرى :

تم دراسة الصمود حسب منظور دورة الحياة وليس فقط أثناء الطفولة. كذلك خارج دراستها على المستوى الفردي، يعالج مفهوم الصمود النفسي على مستوى الجماعات (وبالأخص في الأسرة) و المجتمع.

يهتم الباحثون بالآليات العالمية والمحددة ثقافيا للصمود، بدءا من أعمال Wagnild and 'Young' المنشورة عام (1993) والتي شرحت مختلف أدوات تقييم الصمود النفسي.

المرحلة الفعلية في تطور مجال الصمود هي الانتقال من البحث إلى التطبيق في شكل الصمود المساعد. (Cyrulnik, Jorland، p: 30-32)

لقد اتسع مجال دراسة الصمود النفسي في العشرين سنة الأخيرة ويرجع ذلك إلى الحاجة الملحة لدراستها وهناك أسباب عدة لذلك : مع التقدم التكنولوجي زادت عدد المشكلات و زاد عدد الشباب الذين يواجهونها وبالتالي أصبح هناك مزيد من الشباب المعرض للخطر، تزايد الاهتمام ليس فقط للتعرف على عوامل الخطر وعوامل الحماية وكيف تعمل وإنما بتوظيف هذه المعرفة في التدخل الإكلينيكي .

لقد أجريت بعض الدراسات الطولية في السنوات الأخيرة لفهم هذه العمليات والتوصل إلى نموذج يتضمن التفاعل المركب بين العوامل المهددة بالخطر والعوامل الواقية ، بهدف تطبيق هذه المعرفة في الممارسات العيادية وقد قدمت هذه الدراسات إسهاماتها بطريقتين :

أولا : حددت مصادر (العوامل الواقية) التي تتبئ بالتوافق الناجح على مدى العمر لمن تعرضوا لمحن. ثانيا : بدأت عملية وضع نماذج عن كيف تنمي هذه العوامل الواقية للتوافق. (جولدستين، بروكس، 2010/2006 : 23-24)

لقد تقدمت دراسة الصمود النفسي عبر ثلاث موجات خلال العقود الثلاثة وسوف نوضح في هذا الفصل المفاهيم والنتائج المترتبة على هذه الموجات حيث شكلت إطارا للبحث والممارسة في الصمود النفسي :

الموجة الأولى : الصمود النفسي الفردي والعوامل الفاعلة فيه تمثلت في دراسة مناحي تضم التركيز على الأفراد الذين يتصفون بالصمود النفسي وتسعى لدراسة أوجه الاختلاف بينهم وبين غيرهم ممن يواجهون نفس المحن ولكنهم لم يصمدوا أمامها، أما المعنى الذي يركز على المتغيرات فهو يدرس الارتباط بين الخصائص الشخصية والخصائص البيئية التي

أسهمت في تحقيق النتائج الإيجابية على الرغم من التعرض للمحن، وحين بدأ الباحثون في الاهتمام بالعمليات التي تفسر لماذا يتكرر ظهور هذه المتغيرات، بدأت الموجة الثانية .

الموجة الثانية : غرس الصمود النفسي داخل النظم النمائية والإيكولوجية مع التركيز على العمليات والتأكيد على دور العلاقات والنظم خارج الأسرة وإلى محاولات للاهتمام بالعمليات البيولوجية، الاجتماعية والثقافية ودمجها في دراسة الصمود النفسي.

يمثل المنحى الإيكولوجي التفاعلي في دراسة الصمود النفسي علامة لنقلة حاسمة في دراسة الصمود النفسي من التركيز التقليدي على دراسة الفرد إلى التركيز المنفتح على شبكة التفاعل مع الأسرة والمجتمع .

الموجة الثالثة : التدخل من أجل تعزيز الصمود النفسي وتحسينه، وتمثل نقطة تلتقي عندها الأهداف والنماذج ومناهج من العلوم الوقائية ودراسات الصمود النفسي الطبيعية أو التلقائية.

➤ تأخذ جوف الموجة الثالثة صورة دراسات تجريبية لاختبار نظرية الصمود النفسي، أيضا الدراسات التداخلية المتعددة الأوجه التي صممت لمنع السلوكيات الخطرة والانحراف وغيرها من مشكلات الأطفال أو الحد منها مثل مشروع سينتل للنمو الاجتماعي وكذلك برامج التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة. (شقرة ، 2020 : 47-48)

(2) مفهوم الصمود النفسي : Psychological Resilience

➤ مفهوم الصمود في اللغة :

كما وردت كلمة الصمود في "مجمع اللغة العربية" : مشتق من الفعل (صمد- صمداً وصموداً) بمعنى ثبت واستمر وصمد الشيء : قصده . (مرنيز، 2020 : 23)

صمد وصموداً : ثبت واستمر ومنه قول الإمام علي (صمداً، صمداً علي يتجلى لكم صمود الحق) : ثباتاً.

مفهوم الصمود النفسي اصطلاحاً :

هو القدرة على المحافظة على الحالة الإيجابية والتأثير الفعال والتماسك والثبات الإنفعالي في الظروف الصعبة أو المتحدية مع الشعور بحالة من الاستبشار والتفاؤل والاطمئنان في المستقبل .

هو عمل الشخص بيلجائية واستعادة توازنه بعد تعرضه للمحن والضغوطات والتوترات والظروف الصعبة . (شقرة، 2020 : 31)

ويعرفه كل من (Garmezy, Rutter, Elder, 1985) بأنه "القدرة على تخطي المثيرات الضاغطة وتجنب إثنتين أو أكثر من العواقب الحياتية الشاقة التي يستسلم لها معظم الأفراد" والأشخاص الصامدون ليسوا محصنين ضد الضغوط فهم يشعرون بالمشقة أيضا خلال وبعد التعرض للأحداث الضاغطة ولكنهم يتأثرون بشكل مؤقت بهذه الخبرات. (الرفاعي، بدرية، 2019 : 838)

فيعرف « NewMan » الصمود النفسي على أنه: قدرة الفرد على التكيف مع الأحداث الصادمة والمحن والمواقف الضاغطة المتواصلة. وهو عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن والصدمات ومصادر الضغط النفسي . (فاتن ، شيرى، 2014 : 96)

عرفه 'Kaplan' (1999) بأنه : عملية دينامية تتضمن سلسلة من التفاعلات المتبادلة بين الضغوط المختلفة والعوامل الوقائية لدى الفرد، ومن خلالها يتم تقليل التأثيرات السلبية لتلك الضغوط. (أطبيش، 2021 : 22)

ويعتبر « Manciaux et al, 2001 » أن الصمود طاقة وقدرة نفسية موجودة وحاضرة عند كل فرد، بنسب ومستويات مختلفة، هذه الطاقة الكامنة تتطور حسب مراحل نمو الفرد والظروف المحيطة به، ومدى ارتباطها بعوامل منفذة تسمح له بالمواجهة والتحكم في الأوضاع الخطيرة، ثم العمل على تخطيها. (لعوالي، 2015 : 18)

يعرف « Connor & Davidson, 2003 » الصمود النفسي على أنه قدرة الفرد على التكيف الإيجابي في مواجهة الضغوط النفسية كما يتمثل في قدرة الفرد على استعادة توازنه بعد التعرض للمحن والصدمات المضطربة التي تواجهه. (فاتن، شيرى، 2014، : 95)
 لقد قدم ماستن « Masten, 2005 » تعريف الصمود النفسي على أنه فئة من الظواهر تتميز بنتائج جيدة على الرغم من تهديد جدي للتكيف مع التطورات. « Ledesma, 2014, p : 1-2 »

وتعرف « Marie Anaut, 2005 » الصمود النفسي هو عملية تسمح لك بالخروج منتصرا من حدث صادم والاستمرار في البناء على الرغم من المحن، الصمود يمثل فن التكيف مع المواقف السلبية (الظروف البيولوجية، الاجتماعية والنفسية) من خلال القدرات التي تتطوي على الموارد الداخلية (داخل النفس) والخارجية (الرابط مع المحيط الاجتماعي والعاطفي)
 « Oukaci , 2020, p :40 »

وفقا لـ « Boris cyrulnik » الصمود النفسي هو: "القدرة على العيش بنجاح وتطوير إيجابي بطريقة مقبولة اجتماعيا بعد الإجهاد أو الشدائد التي تشمل عادة خطر جدي من نتيجة سلبية". « Bouzarari, Gouiri,2020, p :73 »

وعرفت الموسوعة البريطانية « Encyclopédie Britannica, 2014 » "الصمود النفسي بأنه القدرة على الصمود ومقاومة الصدمات دون انكسار وتشوه". (شقرة، 2020 : 31- 32)
 وتعرفه "صفاء الأعسر" بأنه مفهوم وافد من علم المواد ليصف المادة التي تستعيد خواصها بعد التعرض لعوامل خارجية. إذن هو مفهوم دينامي دال على نشاط المادة ، ويمكن توظيفه ليتجاوز المسمى إلى المضمون ، وذلك بتحليله ليشير كل حرف من حروفه إلى عملية :

- يشير حرف "ص" إلى الصلابة ، حيث مقاومة الانكسار أمام التحديات والمحن.
- يشير حرف "م" إلى المرونة، حيث القدرة على تعديل المسار وخلق البدائل.

➤ يشير حرف "و" إلى الوقاية الداخلية والخارجية حيث العوامل الشخصية والبيئية التي تحمي وتقي من الخطر.

يشير حرف "د" إلى الدافعية حيث المثابرة والدأب. (جولدستين، بروكس، 2010/2006: 9) يعرفه أبو حلاوة : الصمود النفسي بأنه "القدرة على المحافظة على الحالة الإيجابية والتأثير الفعال والتماسك والثبات الانفعالي في الظروف الصعبة أو المتحدية مع الشعور بحالة من الاستبشار والتفاؤل والاطمئنان للمستقبل". (الطالع، 2016 : 45)

القدرة على الصمود في الإتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر من منظور نفسي هو عملية التكيف ومجموعة المهارات والقدرات والسلوك، والأفعال الرامية إلى التعامل مع الشدائد". (شريف، 2019 : 18)

كما عرفته الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association) بأنه: عملية التكيف الجيد والمواجهة الإيجابية للمحن، الصدمات، المآسي، الضغوط النفسية ومصادر التوتر الكثيرة، مثلا المشاكل العائلية أو العلاقات مع الآخرين، مشاكل صحية خطيرة، ضغوط العمل، أو المشكلات المالية. كما يعني الصمود القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها وتجاوزها بشكل إيجابي. (American Psychological Association, 2014 :1)

ومما سبق ذكره نستنتج أن الصمود النفسي عملية وقائية للفرد، ويمثل مجموعة من السمات الإيجابية في الشخصية التي تساعده في التعامل مع الضغوط النفسية وعدم الانهيار والاستمرارية في مواجهة المحن، والتي تمكن أولياء الطفل التوحدي على تحمل الضغوط والتعامل معها بكل كفاءة من خلال تميزهم بالكفاءة الشخصية والتماسك، والثقة في الذات، وتوجههم الإيجابي للمستقبل وتشبعهم بالقيم الدينية والأخلاقية.

3) المفاهيم المرتبطة بالصمود النفسي :**المناعة النفسية : Psycho- Immunity**

ويقصد بها قدرة الشخص على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وانتقام ومشاعر يأس وعجز ولهزيمة وتشاؤم. وتمتد المناعة النفسية الجسم بمناعة إضافية تنشط أجهزة المناعة الجسمية. (الطلاع، 2016 : 62)

وعرفها (Albert, Kader, Krizbai, Marten, 2012) بأنها مجموع سمات الشخصية التي تجعل الفرد قادرا على تحمل تأثيرات الإنهاك والضغط وعلى دمج الخبرة المكتسبة من ذلك، بنمط لا يؤثر على الوظائف الفعالة للفرد كما أنه ينتج مناعة نفسية مضادة تحمي الفرد من التأثيرات البيئية السلبية . (الشويكي، 2019 : 22)

إن كثرة تعرض الفرد لأحداث الحياة من أزمات وصعوبات يكسبه قدرة على التحمل فإذا تصدى لها بفاعلية وصمود فيتكيف ويتعايش معها وقد يكون هذا بسبب تمتعه بتكوين نفسي صحي أو لئله اكتسبه من الخبرات التي تعرض لها فيصل إلى المناعة النفسية. (الغبور، 2019 : 21)

الصلابة النفسية : Psychological Hardiness

يعد مفهوم الصلابة النفسية أحد مرتكزات علم النفس الإيجابي الذي يحفز السلوك لمقاومة الآثار السلبية الناتجة عن ضغوط الحياة، والتخفيف من آثارها، ونشأ هذا المفهوم على يد الأمريكية (Suzanne Kobasa) عام 1979 وتعرفها بأنها "مجموعة من خصائص الشخصية التي تعمل على مساعدة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط". (الطلاع، 2016 : 60)

يوجد فرق بين الصمود النفسي والصلابة النفسية حيث أن الصلابة تعني أن يواجه الفرد الأزمات التي يتعرض لها بكل ما لديه من مصادر نفسية وبيئية ويتعايش معها ولا يتأثر

بها : أما الصمود فهو يعني قدرة الفرد على تخطي الأزمات بعد التعرض لها فيتأثر بالأزمة ثم يتخطاها. (الغبور ، 2019 : 22-23)

المرونة النفسية : Psychological flexibility

يشمل مصطلح المرونة الغموض ويعبر عنه بصورة عامة باعتباره : القدرة على التحمل، القدرة على مواجهة الشدائد والمصاعب بصلابة والقدرة على التعافي والتجاوز السريع للتأثيرات السلبية لمحن الحياة وأهدافها الضاغطة وهذا يتسق مع المعنى اللغوي لمصطلح الصمود « Résilience ».

حيث عرفها « Masten ,2009 » على أنها القدرة الإيجابية للفرد على التكيف مع الضغوط النفسية وتمكنه من القيام بمهامه بشكل جيد . (الشويكي،2019 : 22-23)
لا يوجد فرق بين الصمود النفسي والمرونة النفسية فإنه يتم استخدام المصطلحان بمعنى واحد وهو قدرة الفرد على تحمل الضغوط والمصاعب من غير إحداث مشاكل نفسية. (الغبور، 2019 : 24)

مواجهة الضغوط : Face pressure

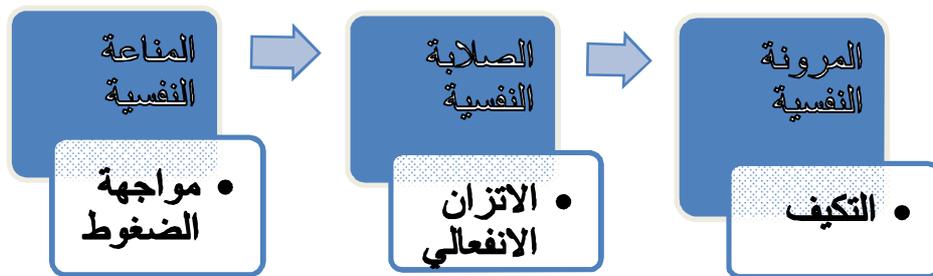
المواجهة هي الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد للتغلب على الضغوط وعلى الرغم من أن كل من المواجهة والصمود النفسي يتضمنان التغلب على الضغوط فإن الصمود يتضمن تحقيق الفرد درجة ما من النمو النفسي قد لا تتحقق في المواجهة وتصنف أساليب المواجهة إلى فئتين أحدهما تكيفية مركزة على المشكلة والأخرى مركزة على الانفعال وتعيق أحيانا تحقيق النواتج التكيفية ويرتبط الصمود النفسي بالمواجهة المركزة على المشكلة بدرجة أكبر من المركزة على الانفعال. (تامر شوقي،2014 : 147)

الاتزان الانفعالي : Emotional balance

وهو قدرة الفرد على التحكم والسيطرة على انفعالاته ولديه صمود في التعامل مع المواقف، فالفرد المتزن انفعاليا يستجيب للمواقف والمشاكل التي تواجهه بأسلوب يتصف بالصمود والمرونة وعدم المبالغة والاندفاع أو المغالاة في الاستجابة للمواقف الانفعالية المختلفة . الاتزان الانفعالي هو أن يكون الفرد لديه حالة من المرونة والتروي في ردود أفعاله ولا يبالغ في استجاباته للمواقف فهو يختلف عن الصمود النفسي الذي يعد من إحدى طرق الوصول إلى الاتزان الانفعالي.

التكيف : 'Adapting' هناك علاقة وثيقة بين الصمود النفسي والتكيف بل يعتبر الصمود النفسي أحد أهم العوامل اللازمة لحدوث التكيف الشخصي والاجتماعي لدى الفرد حيث يستجيب للمؤثرات الجديدة استجابة ملائمة فالشخص الجامد غير المرن لا يتقبل أي تغيير يطرأ على حياته ومن ثم فإن توافقه يختل وعلاقته بالآخرين تضطرب، أما الشخص الصامد فإنه يستجيب للبيئة استجابة ملائمة تحقق التكيف بينه وبين البيئة الجديدة، ومعنى ذلك أن توافق الفرد يكون أسهل كلما كان الفرد صامدا والعكس صحيح، فكلما قل الصمود لدى الفرد قلت قدرته على التكيف في محيط ظروفه وبيئته الجديدة. (الغبور، 2019: 22-24)

الشكل رقم (01) : يوضح المفاهيم المرتبطة بالصمود النفسي



4) مكونات الصمود النفسي :

وأوضح كل من « Brooks & Goldstein, 2004 » أن هناك ثلاث مكونات أساسية للصمود النفسي و هي :

التعاطف : قدرة الفرد على التفاعل مع مشاعر واتجاهات وأفكار الآخرين، مما يسهل التواصل والتعاون والاحترام بين الأفراد.

التواصل : حيث يمكن التواصل الفرد بالتعبير عن أفكاره ومشاعره بوضوح وتحديد الأهداف والقيم الأساسية التي تمثله وحل المشكلات التي تواجهه.

التقبل : تقبل الفرد لذاته وللآخرين وذلك بتحديد أهداف واقعية، وتحديد جوانب القوة والفعالية في الشخصية، بالإضافة إلى فهم الفرد لمشاعره وتعبيره عنها بصورة سليمة. (الطلاع، 2016 : 48-49)

مكونات داخل الفرد : ينشأ الصمود من عدة عمليات تفاعلية والنقاط التالية تعبر عن مكونات الصمود النفسي داخل الفرد :

1. الأسلوب المعرفي، مرونة التفكير والتي ربما تحسن فرص الصمود في الاستجابات التوافقية .

2. الشخصية : وتشمل التنظيم الوجداني، المرونة، الدعابة والقابلية للتوافق.

3. المزاج الإيجابي والتنظيم الانفعالي، ردود الأفعال نحو الضغوط والحث على الصمود.

4. المهارات البيئشخصية مثل الاجتماعية والقدرة على رؤية الأشياء من المنظور الآخر، والقدرة على التعامل والتواصل مع الآخرين.

5. الارتباطات الإيجابية التي تبدو في القدرة على الارتباط بالآخرين أو امتلاك خبرة الارتباط بالآخرين أو امتلاك خبرة الارتباط الإيجابي بالآخرين.

6. تقدير الذات والصمود الذاتي المرتبط بالثقة والاعتقاد في الذات، والرؤية الإيجابية للذات.

7. التنظيم الذاتي ويشمل التخطيط، السلوك المباشر نحو الهدف وإدارة الذات .
8. وجهة التحكم الداخلي وهذا يرتبط بإدراك القدرة على المساهمة في المواقف أكثر من اللجوء إلى التحكم الخارجي في الظروف والأحداث.
9. الذكاء ويرتبط بالقدرة على اتخاذ القرار، النجاح في التخطيط و الثقة بالنتائج.
10. أسلوب المواجهة ويرتبط بالمرونة، الاستفادة من المواقف، حل المشكلات أكثر من التركيز على زيادة القلق والإكتئاب .
11. مستويات الطموح المستقبلي، ويرتبط برؤية الشخص لما سيصبح عليه أو الهدف الذي يحتاج الوصول إليه.
12. القدرة على الاحتفاظ بالدافعية والتركيز على تجاوز التحديات الذاتية وطلب المساعدة.
13. الاهتمام بالصحة، وتشمل المعرفة بالرعاية الذاتية وطلب المساعدة .

مكونات خارجية للصمود :

يؤثر السياق الاجتماعي والبيئي في الصمود لدى الأفراد، وهذا السياق ربما يكون مصدرا للمحن التي يواجهها وربما تكون هذه المصادر وسائل حماية ضد المحن والصعاب التي تأتي من السياق الاجتماعي، النفسي، البيئي والمادي والتي ربما تساهم جميعها في الصمود. وأن المظاهر الخارجية للصمود تعتمد على وجود تأثيرات إيجابية وقدرة الفرد على التعامل مع تلك المؤثرات .

إذ أن مظاهر الصمود لدى الأفراد الصغار تمثل سياق متعدد من مصادر المساندة والتي ترتبط بالصحة النفسية وحسن الحال لديهم فعلى سبيل المثال تمثل العلاقات الاجتماعية عوامل تخفف من مصادر الخطورة باعتبارها مصادر حماية ثابتة تقدم المساندة والارتباط والتواصل والتشجيع والتقبل، كما أن رابطة التعلق الإيجابي بين الطفل والوالدين وخصوصا أسلوب الدفء الوالدي ربما يزيد الصمود باعتبارهم نماذج مثالية إيجابية.

كما أن جودة الحياة الصحية في المجتمع تعتبر عامل حماية يعزز الصمود والاستجابة ضد المحن والمرض، علاوة على أن الارتباط بالجماعة والاستفادة منها تعتبر وظيفة تحمي الأفراد وتعزز الصمود لديهم، وربما يبنى الصمود النفسي من خلال المؤثرات الثقافية والقيم والجانب الديني والروحي. (الغبور، 2019 : 26-28)

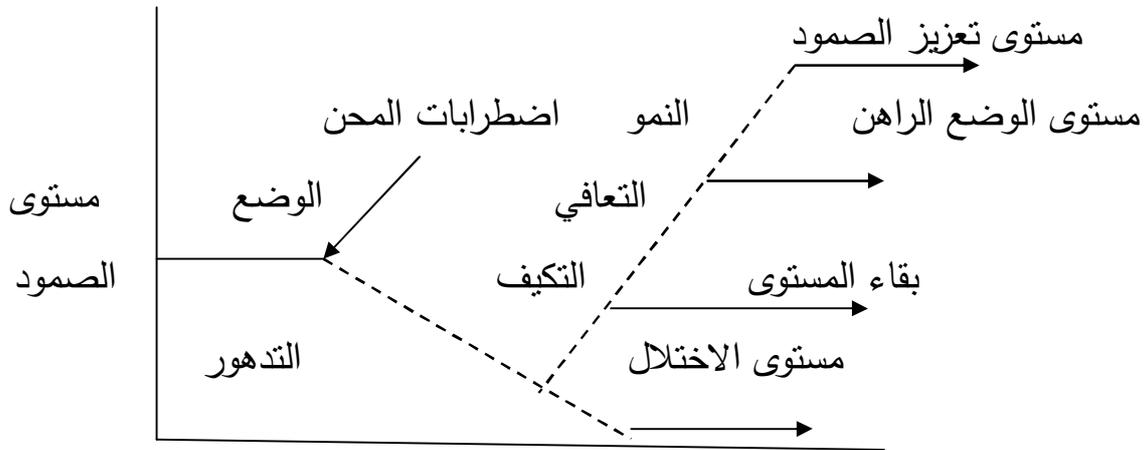
(5) دورة الصمود النفسي :

وضح (Pearsall, 2003) الأداء النفسي للأفراد أثناء المحن والشدائد في نموذج، ووفقا للنموذج فإن دورة الصمود النفسي تبدأ من الظروف العادية وفيها يحافظ كل فرد على أداء نفسي متوازن، وعند التعرض للمحن أو الظروف الاستثنائية يبدأ الفرد في الاضطراب، وهو ما يعرف باضطراب المحن، وهنا يختلف الأفراد فيما بينهم وفق مستوى الصمود الذي يتمتعون به، ووفقا لهذا التصور فإن دورة الصمود النفسي تتم على النحو الآتي :

- **مرحلة التدهور Deteriorating** : وتبدأ بمشاعر الغضب والإحباط وتنمو هذه المشاعر التي سرعان ما تتحول وتصبح أكثر كثافة مؤدية إلى مزيد من التدهور، فيبدأ الفرد في إلقاء اللوم على الآخرين، أو التقليل من قيمة الذات، ويفشل الفرد في دفع الإحباط والحزن ويدخل في طور الصحة لبعض الوقت وهذه مرحلة غير صحية، ويمكن أن تكون صحية إذا نجح الفرد في التعامل مع الإحباط بشكل بناء، وهذه المرحلة قد تطول أو تقصر وذلك حسب المكونات الشخصية للفرد.
- **مرحلة التكيف Adapting** : وفي هذه المرحلة قد يرتد الفرد مرة أخرى عكس مسار التدهور صاعدا بقدر كافي يسمح له بالتأقلم مع الأوضاع الراهنة، ويحدث ذلك عندما يتخذ الفرد بعض التدابير التي تمكنه من التغيير، وينظر إلى هذه المرحلة الانتقالية كخطوة ضرورية للانتعاش، لكن لا ينبغي أن تكون الأخيرة .
- **مرحلة التعافي Recovering** : وتعد استمرار لمرحلة التكيف، وفيها يتم مواصلة المسار الصاعد وتكون مرحلة التكيف بمثابة وسيلة للوصول إلى التعافي، وهو ما

يعرف بالعودة إلى مستوى الوضع الراهن، وستكون الأمور على ما يرام إذا كان الفرد في هذا المستوى وقد يستمر الأداء النفسي بشكل كاف.

- **مرحلة النمو Growing** : وفي هذه المرحلة يتعلم الفرد من الشدائد والمحن التي تعرض لها ويصل بهذا التعلم إلى مستوى مرتفع من الأداء النفسي يفوق أدائه قبل التعرض للمحن وهو ما يسمى باستعادة التوازن الفردي للفرد في الاتجاه التصاعدي. (الطلاع، 2016 : 49-50)



الشكل رقم (2) : دورة الصمود النفسي حسب (Pearsall, 2003)

6) سمات الأفراد الصامدين نفسيا :

يوضح (Cyrulnik, 1999) الشخص الصامد مهما كان سنه أصبح موضوعا يقدم

لنا الصفات التالية :

⊙ حاصل الذكاء المرتفع .

⊙ قادر على أن يكون استقلاليا وفعال في علاقاته مع البيئة.

⊙ امتلاك الإحساس بقيمته الخاصة .

⊙ قدرات هائلة في التكيف مع العلاقات، وعلى التعاطف .

⊙ قادر على التوقع والتخطيط.

⊙ لديه حس الدعابة . (Bouzarari, Gouiri 2020, p : 74-75)

بالنسبة (Claudia Samson) بعض سمات الشخصية تعمل بالأحرى كعامل لحماية توازن

الفرد ضد السلوكيات المرضية فهي نوعا ما نقطة انطلاق نحو المستقبل، وهي :

⊙ احترام الذات .

⊙ الثقة بالنفس، التفاؤل، والشعور بالأمل .

⊙ الاستقلالية أو الشعور بالتنمية الذاتية .

⊙ القدرة على محاربة التوتر .

⊙ المؤانسة .

⊙ القدرة على عيش مجموعة من المشاعر المختلفة .

⊙ السلوك الإيجابي في مواجهة المشاكل والإيمان بالقدرة على حلها .

بعض القدرات الفردية تعمل هي الأخرى كعوامل للصمود النفسي تضم : الفطنة،

الاستقلالية، مهارة إنشاء العلاقات، المبادرة، الإبداع، حس الدعابة، الأخلاق. (Phaneuf,

p : 6-7)

ويذكر 'Van alen et al 2006' عددا من السمات التي يتصف بها الأفراد ذوي الصمود

النفسي وهي كالآتي :

- ◆ إقامة علاقات جيدة مع الآخرين .
- ◆ امتلاك مهارات تواصلية معرفية جيدة.
- ◆ ارتفاع مستوى تقدير الذات وفاعلية الذات.
- ◆ الإحساس بالهدف من الحياة .
- ◆ التدين والشعور بالانتماء .
- ◆ امتلاك أساليب لمواجهة الضغوط متوافقة مع طبيعة الفرد والموقف.
- ◆ الانفعال الإيجابي وروح الدعابة .
- ◆ امتلاك المهارات الفاعلة في حل المشكلات .
- ◆ الإيمان بأن الضغوط يمكن أن تزيد الفرد قوة.
- ◆ المرونة.
- ◆ تقبل المشاعر السلبية ومحاولة تخطي الخبرات السلبية .
- ◆ التعامل الصحيح مع الضغوط واعتبارها تحديات ينبغي مواجهتها . (شريف، 2019 : 21-22)

7) بعض الخصائص المميزة للصمود النفسي :

- قد يكون سمة دائمة لدى الفرد، أو حالة مؤقتة، **الصمود كسمة (Trait)**، يتميز بأنه خاصية فردية مستقرة عبر الوقت تيسر التكيف مع الحياة، وقابل للقياس، ويكون له تأثير رئيسي على تكيف الفرد بغض النظر عن تعرضه، أو عدم تعرضه للضغوط.
- **الصمود كحالة (State)** : يتميز بأنه : يعتبر عملية نمائية دينامية تتضمن كفاها مستمراً مع الصعاب، ويمكن تنميته في أي وقت من خلال بناء البرامج الملائمة، ويفترض مسبقاً تعرض الفرد لمحنة.
- قد يكون عاماً أو نوعياً، فمثلاً قد يظهر الأطفال نواحي قوة وصمود طبقاً لمحك ما، ولكنهم يظهرون مشكلات في مجالات أخرى.

- يتضمن ليس فقط الكفاءة في مواجهة المحن، ولكن كذلك النمو من خلال تلك المواجهة، ولا يعتبر غياب المرض النفسي مؤشرا كافيا على الصمود النفسي، وذلك بسبب أن الصمود يتضمن جانبا نمائيا وهو تحقيق الأفراد لنواتج إيجابية بالرغم من أنهم يواجهون مخاطر مرتفعة .
- قد يعمل إما بشكل سلبي من خلال زيادة قدرة الفرد على مقاومة المواقف الضاغطة، أو بشكل إيجابي من خلال زيادة قدرة الفرد على إيجاد وتشكيل البيئة الإيجابية الجديدة واستبعاد البيئة السلبية .
- الأفراد الصامدون يتميزون ببعض الخصائص مثل : مواجهة العوائق التي تعترض طريقهم والتغلب عليها بشكل فعال وتحقيق التكيف في حياتهم، الثقة الذاتية، ومعرفة نواحي القوة والضعف لديهم، والتوجه الدائم نحو المستقبل، واستعادة الاتزان (Equilibrium) بعد مرور فترة زمنية قصيرة من المحنة، وقد لا يستعيدون بالضرورة نفس المستوى السابق من الأداء ، وامتلاك العديد من القوى الداخلية مثل تحمل المسؤولية والمبادرة، والالتزام، والإعتماد على الذات، والكفاءة العقلية والاجتماعية..الخ والتي تعكس إحساسا قويا بالذات، والتحديات النمائية والتعافي السريع منها، والتمتع بالصحة النفسية، ولديهم رضا مرتفع عن الحياة . (تامر شوقي، 2014 : 148-149)

(8) العوامل المدعمة للصمود النفسي :

هناك مجموعة من العوامل التي تساعد على استمرارية الصمود لدى الأفراد والتي تعمل على تعديل الآثار السلبية عن مواقف الحياة الضاغطة ومن هذه العوامل التي تساعد على تكوين الصمود هي وجود الرعاية والدعم والثقة والتشجيع سواء من داخل الأسرة أو خارجها، بالإضافة إلى فاعلية الفرد في التكيف مع الضغوط النفسية وحكمة الفرد في وضع خطط واقعية لنفسه التي تساعد على حل المشكلات التي تواجهه .

كما أشار كل من « Snap & Miller » إلى أن الصمود في المواقف الصعبة يرجع إلى مجموعة من الصفات الموجودة داخل الفرد مثل احترام الفرد لذاته والقيم الإيجابية التي يتمتع بها والتي تؤثر بدورها في فاعلية الذات لديه. فالأفراد الذين يتمتعون بصمود مرتفع يمكنهم أن يتخلوا توالي الأحداث وبالتالي يمكنهم صناعة واتخاذ القرار الحكيم في مواجهة مثل هذه الأحداث . (فاتن، شيري، 2014 : 98-99)

وقد أوضح « Snap & Miller » أن هناك مجموعة من العوامل تدعم الفرد على تكوين الصمود النفسي وعوامل أخرى تعيقه على الاستمرارية في الصمود و الجدولين الآتيين يوضحان هذه العوامل : (عبد المعطي غيث، 2017 : 24)

الجدول رقم (1) : العوامل المدعمة للصمود النفسي

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالأسرة	عوامل تتعلق بالبيئة
<ul style="list-style-type: none"> • نسبة الذكاء المرتفعة. • المهارات الاجتماعية. • الوعي الشخصي. • مركز التحكم الداخلي • الجاذبية والمرح. 	<ul style="list-style-type: none"> • دعم الوالدين لأبنائهما • العلاقات الوطيدة بين الآباء والأبناء . • الوثام الأسري بين الوالدين. • علاقة الفرد القوية مع أحد الوالدين . 	<ul style="list-style-type: none"> • الخبرات والتجارب المدرسية الناجحة. • امتلاك القيم الاجتماعية مثل (مساعدة الجيران، العمل التطوعي) • التدين والإيمان القوي.

الجدول رقم (2) : العوامل المعيقة لاستمرارية الصمود النفسي

عوامل تتعلق بالفرد	عوامل تتعلق بالأسرة	عوامل تتعلق بالبيئة
<ul style="list-style-type: none"> • صعوبات التعلم. • العوامل الوراثية والجينات. • تأخر النمو. • الأمراض المزمنة. • مشاكل التواصل الاجتماعي. 	<ul style="list-style-type: none"> • الكراهية بين الآباء والأبناء. • عدم الوثام بين الوالدين. • انفصال الوالدين عن بعضهما . • عدم توافر الإرشاد الأسري. • عدم توافر الصداقة بين الآباء والأبناء. • الاضطرابات النفسية الوالدية. • سوء المعاملة . 	<ul style="list-style-type: none"> • عدم القدرة على السيطرة على الأزمات والمحن التي يمر بها الفرد. • المستوى الاجتماعي المنخفض. • التمييز العنصري.

(9) العوامل المؤثرة في الصمود النفسي :

إن الصمود لا يظهر بنفس الكيفية في كل المواقف وإنما هو نتاج تفاعل كل من الصفات الشخصية للأفراد وخصائص الموقف المؤزم أو المحنة التي إما أن يتخطاها الفرد بنجاح، أو أن يبدي تأثراً أقل ممن هم في نفس ظروفه، أو أن يتأثر بها الفرد لكنه يتعافى سريعاً مقارنةً بآخرين مروا بنفس الخبرة .

بمعنى النظر إلى المحددات البيئية ومدى تأثر الفرد بها في فترة زمنية محددة من حياته . ومن المهم تفهم أن العوامل الداخلية والخارجية والعمليات لا يجب اعتبارها تعمل منفصلة، حيث يتنوع الأفراد في قدراتهم على الاستغلال الجيد للمصادر الخارجية. في حين أن البيئة هي المؤثر الرئيسي على كفاءة الأفراد وعلى مهاراتهم ومواجهتهم، التي يمكن أن تعاونهم على التواءم مع المشكلات.

إن الأدب التربوي يفيد بأن من العوامل المؤثرة في الصمود هي عوامل الحماية Protective Factor - وهي عوامل فعالة لها تأثير قوي في سياق عوامل الخطر وتظهر في وجود الشدائد من خلال التفاعل مع الخطر في سياق محدد، وتتحدد هذه العوامل بالمصادر الداخلية للفرد والتي تتمثل في ارتباط الصمود بكل من وجهة الضبط الداخلية، وعوامل الشخصية (الانبساط، التوافق، الانفتاح على الخبرة، اليقظة) وتقدير الذات والثقة بالنفس، فعالية الذات، التقبل، الضبط الانفعالي، قوة الأنا، الصحة النفسية والقدرة على حل المشكلات. وتشير عوامل الحماية الخارجية إلى القدرات والإمكانات التي تتواجد بالبيئة المحيطة بالفرد والتي تساعده على تخفيف تأثير عوامل الخطر ومنها الدعم الاجتماعي والمجتمعي والأسري، الذي يتمثل في التماسك الأسري وتقديم العون من الأقارب وذوي الخبرة بالمشكلة المعاشة ومساعدة المهنيين من خلال تقديم البرامج والدورات التعليمية والتدريبية التي تساعد الفرد على تجاوز محنته .

ويؤكد « Beasley, et al » أن الصمود ليس سمة فحسب وإنما عملية ديناميكية تتضمن التفاعل والتكيف الإيجابي بين عوامل الخطر وعوامل الحماية. (أبو مشايخ، 2018 : 28-29)

10) النظريات المفسرة للصمود النفسي :

نظرية "ساكفيتن" وآخرون (Saakvitne, 1998) :

وتعرف بالتنمية الذاتية البنائية، تدعو إلى أن أعراض الناجين من الصدمة تعد "إستراتيجيات التكيف" والتي تنشأ لإدارة التهديدات والسلامة النفسية ومن المفاهيم الأساسية لهذه النظرية مفهوم الإطار المرجعي، وقد أشار « Saakvitne, et al » إلى أن هناك خمس مناطق ذاتية تتأثر بالأحداث المؤلمة :

المنطقة الأولى : وهي الطريقة المعتادة لفهم الذات والعالم بما في ذلك الروحانيات.

المنطقة الثانية : وهي القدرات الذاتية والتعرف على أنها القدرة على التسامح والدمج المؤثر والحفاظ على الاتصال الداخلي مع الذات والآخرين .

المنطقة الثالثة : وهي التي تتأثر بالموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات النفسية بطريقة ناجحة مثل القدرة على مراقبة الذات .

المنطقة الرابعة : وهي التي تتأثر بمفهوم الحاجات النفسية المركزية والتي تعكس وتتضح في المخططات المعرفية الموزعة في خمسة مجالات (السلامة، الثقة، السيطرة، الاحترام، العلاقة الحميمة).

وأخيرا المنطقة الخامسة : وهي نظام الإدراك الحسي والذاكرة ويشمل كل من التكيفات البيولوجية والخبرات الحسية .

وترتكز النظرية على المنحى النمائي والذي يستخدم لدراسة كلاً من النمو والهدم بعد الصدمة والأزمات في ضوء النظرية الاجتماعية والمعرفية، والتأكيد على نمو الفرد في السياق الثقافي الاجتماعي. والنظرية تفترض أن استجابة الفرد للصدمة يتحدد من خلال فهم المعنى الخاص للصدمة، وكذلك الخبرة الذاتية للفرد، عمر الفرد، المرحلة النمائية، المصادر

البيولوجية والنفسية، الخبرات البيئشخصية والتوقعات، وكذلك الخلفية الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية .

نظرية "سونيا لوثار" « Sunyia Luthar, 2000 » :

الصمود النفسي تلك العملية الدينامية التي تشمل التوافق الإيجابي مع أثر سياق المصائب، وتعتمد هذه النظرية على نوعين من العوامل هما :

- **عوامل الخطر وعوامل الوقاية** : التي تمكن الفرد من الأداء المتكيف، وتعتقد أيضا بأنها تنشأ من الفرد، العائلة والمدرسة، والمجتمع، وترى النظرية أن عوامل الصمود تتفاعل مع عوامل الخطر لتحسين أو تقليل الأضرار السلبية والخطر للأحداث.
 - وقد طور الباحثون قوائم توضح طبيعة الشخصية الصامدة حيث تضمنت العوامل الوقائية إرتفاع معدل الذكاء والمزاج السهل، ووجهة الضبط الداخلية، وفاعلية الذات وتقدير الذات، ووجهة نظر إيجابية (Warner,1993) في حين أن عوامل الخطر قد تنبثق من الأسرة والبيئة المحيطة بالفرد، فعوامل الخطر المنبثقة من الأسرة تتمثل في الأمراض الأسرية والطلاق، والمشاكل الصحية التي يمكن أن يعاني منها الفرد.
 - أما التهديدات البيئية الأكثر شيوعا هو عيش الفرد في بيئة خطيرة تكثر فيها التهديدات، كما أن وجود عوامل وقائية تحمي الفرد على الرغم من وجود عوامل الخطر طبقا لنظرية الصمود يتحدد بطبيعة التفاعل بين تلك العوامل بنوعيتها.
- لقد ناقشت **Luthar** التركيز على الميكانيزمات المتاحة التي تعمل كعوامل حماية وخطورة، ومن عوامل الحماية المساندة الاجتماعية. واقترحت "لوثر" كذلك أن على الباحثين إدراك الأبعاد المتعددة لطبيعة الصمود. (الغبور، 2019 : 37- 39)

نظرية التوسع والبناء « Fredrikson » :

لقد وصف « Fredrikson » النظرية في أي العواطف التي تخزن وتستخدم لبناء الشخصية للفرد، وهو يعتبرها من المصادر الأساسية للشخصية ويسميتها نظرية التوسع والبناء (Broaden and Build theory) وتبعا لهذه النظرية فالمصادر المخزونة للشخصية تتمثل في الأمل، والتفاؤل، السعادة، المتعة، والبهجة، وأن هذه المصادر تعمل لاحقا للموائمة الناجحة مع الظروف السلبية، وتساعد العواطف الإيجابية البناء الفردي للصمود النفسي، وتلك العواطف الإيجابية قد تثير فروق فردية في الصمود النفسي، كما يزيد الانفعال الإيجابي من موائمة مصادر لأفراد من خلال توسيع انتباههم وإدراكهم وزيادة المرونة والتفكير الناقد .

نظرية "ريتشاردسون" « Richardson, 2000 » :

لقد اقترح « Richardson » ما أسماه نظريات ما وراء الصمود والتي قد تطورت من خلال ثلاث موجات مختلفة :

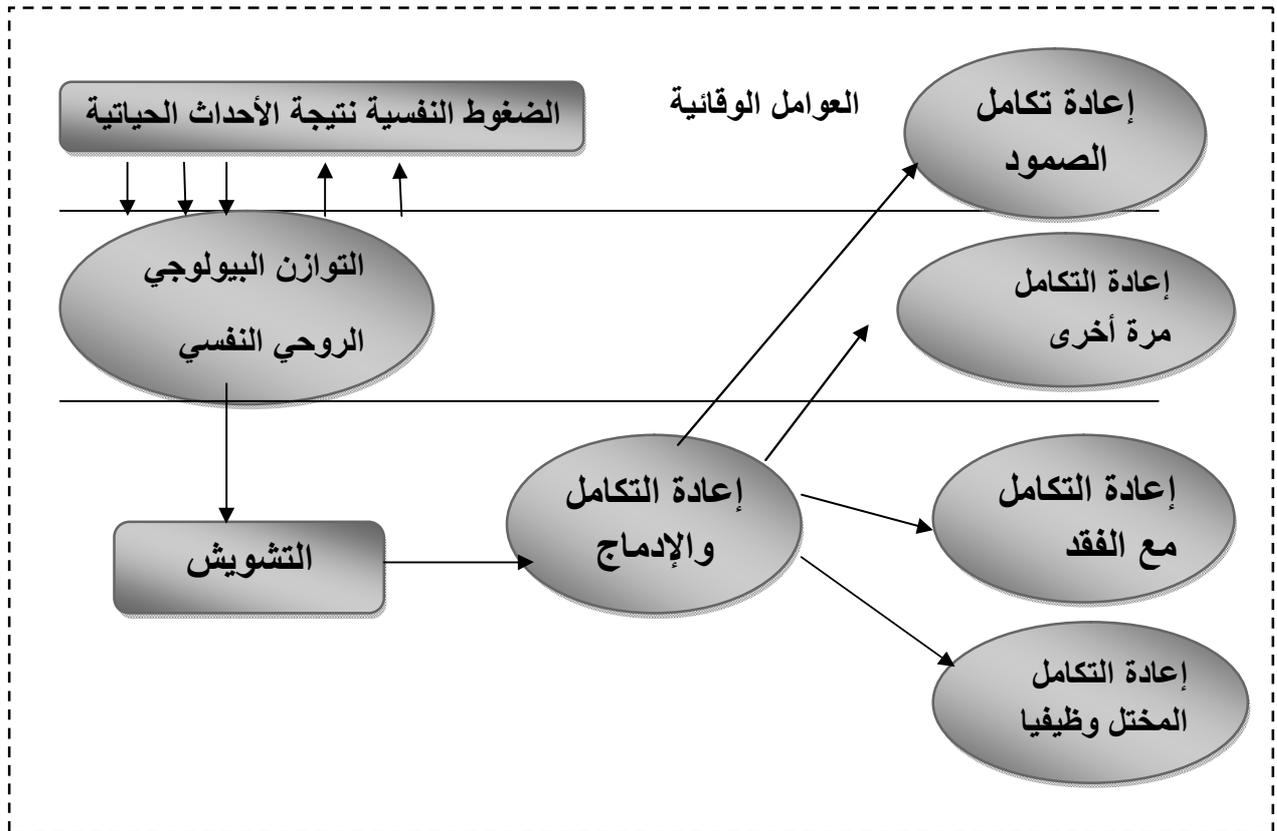
فالموجة الأولى : تهتم بالتعرف على تحديد خصائص الأفراد الذين يواجهون الاضطرابات بفاعلية وهي تركز على العوامل والخصائص الذاتية والبيئية التي ترتبط بالصمود سواء أكانت هذه العوامل شخصية أو أسرية أو مجتمعية أو ثقافية .

والموجة الثانية : وهي التي تهتم بفحص العمليات التي تسمح بتفسير كيف تعمل هذه العوامل سواء أكانت (الداخلية والخارجية) و(السلبية والإيجابية) بما يؤدي إلى استعادة التوازن وتحقيق التوافق أو العكس بمعنى فقدان التوازن .

والموجة الثالثة : هي التي تركز على توظيف نواتج الموجتين السابقتين في تنمية الصمود وتنطلق من أن كل فرد لديه قوى يمكن تقويتها للبناء والتشييد العقلي والتأكيد على الصمود ومقاومة الانكسار .

والافتراض الأساسي لهذه النظرية هو فكرة التوازن البيولوجي النفسي الروحي والذي يسمح لنا بالتكيف مع ظروف الحياة الحالية، حيث إن القدرة على التكيف مع مثل هذه الأحداث الحياتية تتأثر بصفات « Richardson » الصمود وإعادة التكامل مع الصمود السابق. والشكل التالي يوضح نموذج للصمود النفسي :

الشكل رقم (3) : يوضح نموذج الصمود النفسي لـ « Richardson »



حيث تؤدي عملية إعادة التكامل بالفرد إلى أربع نتائج :

1. إعادة تكامل الصمود حيث يؤدي التكيف إلى مستوى أعلى من التوازن .
 2. العودة إلى التوازن الأساسي في محاولة لتجاوز التشويش .
 3. فقدان الانتعاش و إنشاء مستوى أدنى من التوازن .
- حالة مختلة وظيفيا ومن ثم يمكن اعتبار الصمود كنتيجة لقدرات التعامل الناجحة. (فاتن، شيري، 2014 : 100-101)

نظرية "روثر" « Rutter 2006 » :

أجرى « Rutter » مقارنة بين الصمود النفسي كعملية أو آلية وبين كونه متغير أو عامل، لأن أي من هذه المتغيرات قد تشكل عامل خطر في أحد الظروف وعامل ضعف في ظروف أخرى، وقد تحدث صاحب النظرية عن مفهوم الآليات والتي تحمي الأفراد من الاضطرابات النفسية التي تصاحب حدوث الشدائد والمحن، وأن التغير في هذه الاضطرابات يقل وتخف حدته عندما يتغير التقييم لعوامل الخطر، وعندما يستطيع الفرد التكيف الناجح في بعض الظروف فإن تأثير الدرجة الكبيرة لهذا الخطر تقل وبشكل واضح، وأن عوامل الحماية كما يذكر « Rutter » تعمل في الوقت المناسب لتخفيف الخطر والخبرات الصادمة، هذه العوامل تتمثل في قوة الشخصية والتماسك الأسري والدعم الاجتماعي وتتضمن في محتواها الاستقلالية والكفاءة الذاتية والثقة بالنفس والآفات الاجتماعية الإيجابية لبناء شبكة في العلاقات الاجتماعية تساهم في ظروف الحياة القاسية . (شريف، 2019 : 28)

النظرية التوافقية الثقافية (RCT) "Relational cultural theory" :

الاعتقاد الأساسي في هذا التوجه أن النمو النفسي يتم من خلال علاقات، وأن الخروج من العلاقات والعزلة هو مصدر كثير من المعاناة النفسية، حيث تشير هذه النظرية إلى أن الصمود لا يكمن في الفرد وإنما في القدرة على التواصل والارتباط، ويؤكد نموذج (RCT) أننا ننمو من خلال الترابط والتواصل ومن أجل الترابط والتواصل، وإن الرغبة في المشاركة في علاقة تدعم النمو هي الدافع الرئيسي في الحياة. ويتميز التواصل الداعم للنمو بالتفهم المتبادل وينتج عنه : الحماس والحيوية، والشعور بالقيمة، العطاء، الوضوح، والرغبة في مزيد من الارتباط .

وتفترض النظرية التوافقية الثقافية أن ن فكر في الصمود التوافقي باعتباره القدرة على التوجه للارتباط بعلاقات داعمة للنمو بعد التعرض لانفصال حاد أو في وقت الشدة. تشير "RCT" إلى أن العلاقات التي تقوي الصمود وتشجع النمو تتميز بخبرات ذات طريق

مزدوج للارتباط، يتضمن تفهما متبادلا، وتمكينا متبادلا أي تتم في إطار سياق تواصلية وليس في حالة عزلة أو توكيدية مستقلة، ويتضمن النموذج التواصلية للصمود المبادئ الآتية: المساندة عند التعرض للخطر، وانشغال أو اندماج متبادل يسوده التفهم، وثقة في العلاقات أو القدرة على بناء علاقات يعتمد عليها، والتمكين المتبادل أو خلق القوة المتبادلة بما يشجع النمو والإرتقاء المتبادل، وخلق وعي تواصلية جنباً إلى جنب مع الوعي بالذات، وفي هذا النموذج تصبح القدرة على طلب المساعدة صيغة جديدة للقوة وتعبيراً عن القوة، ويصبح الإلتجاء للآخر علاقة دالة على مظاهر الصمود. إذن يتضمن الصمود التواصلية التحرك نحو علاقات تدعم النمو وتدعم القوة المتبادلة في مواجهة الظروف الصعبة أو الخبرات الصادمة. (أبو مشايخ، 2018 : 37)

11) ثمرات الصمود النفسي من وجهة نظر علم النفس الإيجابي :

❖ تحقيق الصحة النفسية :

وتعني النضج الانفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه ومع العالم الخارجي، والقدرة على تحمل مسؤوليات الحياة ، ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتقبل الفرد حياته والشعور بالرضا والسعادة .

وأشارت منظمة الصحة العالمية (2005) إلى أن هناك الكثير من المشاهد والنماذج حول مفهوم الصحة النفسية الإيجابية، ومنها الصمود إذ يختلف الأفراد بشدة في القدرة على مقاومة المحن والضراء وتجنب الإنهيار عند مجابهة الشدائد، ولا تعد جميع الاستجابات نحو الشدائد أو الضوائق مرضية، وربما تستخدم كآليات مقاومة، ولقد تصور Rutter, « 2008 أن الصمود نتاج البيئة أو العرف، وأنه عملية متداخلة يمكن أن تعدل العوامل الواقعية من استجابات الشخص للمخاطر البيئية، ولذلك فالنتيجة ليست دائماً مضرّة، وربما تصبح العوامل الواقعية قابلة للكشف عن مواجهة المحن والشدائد .

❖ النظرة الإيجابية للحياة "إدراك معنى الحياة" :

كلما كان الإنسان متحملاً بخاصية الصمود كان أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله من موجودات، فالنظرة الإيجابية في الحياة هي التي تحدد أيضاً مكانته وقيمه الاجتماعية في الحياة، لأنها سبب في العمل والحركة وعامل في الفاعلية والعزم.

❖ الاستمرارية في العطاء :

لا يؤتي العمل المتقطع ثماره، ويورث العمل المتكرر الكآبة، والإنسان الصامد يكتسب استمرارية لا تعرف الانقطاع، وعمله لا يعرف الكآبة والملل فهو يواصل العمل بهمة وحماس وروح إتقان في عطاء متجدد .

❖ الاتصال الفعال :

يرتبط نجاح الإنسان بمدى قدرته على إقامة علاقات إنسانية، ويرتبط فشله بفشل هذه العلاقات بالتالي بمستوى اتصاله الإنساني بالآخرين، والإنسان الصامد والمرن يمتلك خاصية الاتصال الفعال لأن لديه القدرة على تقبل الآخرين وعدم الاصطدام بهم. (سليمون، 2015 :

(102

❖ التكيف الحسن مع ضغوط الحياة .

❖ تفهم وجهة نظر الآخر .

❖ مضاعفة المتعة بالأشياء المحيطة .

❖ تقليل حدة التوتر والقلق والاضطراب الناجم عن المشكلات المختلفة.

❖ المساعدة على تحقيق الأهداف والطموحات .

❖ الوصول إلى السعادة والراحة النفسية والاستقرار الداخلي والطمأنينة . (بركات، 2020

(3 :

12) الصمود النفسي لدى أسرة الطفل المعاق :

ينشأ الصمود النفسي من علاقات أسرية جيدة فالعلاقة الأولى بين الطفل ومن يرباه تضع أساساً لعلاقات آمنة في المستقبل فإذا ما توفر الدفء في علاقاته بمن يرباه وتوفر الاهتمام والاستجابة لحاجاته فسوف تنمو مشاعر الثقة في إشباع حاجاته ويصبح أكثر قدرة على تنظيم انفعاله وينمو لديه شعور بالقيمة والتقدير، وإذا ما توفر فيمن يرباه الطفل الكفاءة والاستجابة لحاجاته والاهتمام به يصبح أحد المقومات التي تحافظ على نموه السليم في أي سياق أو بيئة، وإذا ما وقعت لهذه الأسرة محنة ما فإن هؤلاء الآباء يعرفون كيف يستجيبون بكفاءة للتهديد ويستطيعون أن يحولوا سلوكهم ليصبح واقياً وحامياً لأولادهم فالصمود عملية نمائية تتضمن فروقاً فردية (في المزاج، والقدرات المعرفية) وفروقا في البيئات (مساندة الوالدين، مدرسة إثرائية) . (الغبور ، 2019 : 46-47)

وفي سياق الأسرة التي لديها طفل معاق فإن رعايته تتطلب صموداً من الوالدين وأفراد الأسرة وهذا ما يسمى بالصمود الأسري ويعني به عملية مرنة تشير إلى نقاط القوة التي لدى الأسرة في محطات مختلفة من دورة حياة الأسرة، وضمن ظروف مختلفة .

• معايير الصمود عند العائلات :

مجموعة خصوصيات العائلة، تتكون من نمط الأسرة الذي يتضمن : إدراكها للعالم من حولها، طرائقها التعليمية، قيمها، انتقال الأجيال، أولوياتها، أيضاً توقعاتها، مشاريعها وأهدافها . من بين المعايير التي تلائم عملية الصمود، نجد :

- ◆ استقرار وتماسك العائلة.
- ◆ الليونة والتكيف بالنسبة للتغيرات .
- ◆ إستراتيجيات الصمود في وجه التوتر .
- ◆ جودة التواصل العائلي وتبادل المشاعر بين الأفراد .

◆ وجود الشعائر، الرموز والإحتفالات التي تساهم في التماسك والشعور بالإنتماء العائلي.

◆ التضامن والدعم العائلي لمواجهة نتائج الأحداث السلبية، وأيضاً القدرة على تطوير شبكة اجتماعية داعمة.

• عوامل حماية الصمود العائلي :

تمثل العوامل الوقائية التي تم استكشافها في حالة أسر الأطفال المصابين بالتوحد :

عوامل فردية :

- موضع السيطرة الداخلي (امتلاك القدرة على تولي الموقف).
- نظام المعتقدات (الإيمان) (إيجابي، إعطاء معنى للمواقف).
- الكفاءة الذاتية (الثقة في قدرتهم على تخطي المشاكل).
- إستراتيجيات التنظيم والمواجهة الفعالة.
- التدريب، المهارات.
- صحة عقلية وجسدية جيدة.
- المزاج (من السهل على الأطفال إحداث ردود فعل إيجابية من الوالدين).
- جنس الطفل (ذكر أو أنثى).

عوامل أسرية :

- ◆ هيكل الأسرة (عدد قليل من الأطفال، موارد ومؤهلات الوالدين).
- ◆ استقرار العلاقة الحميمة ومستوى عال من جودة التواصل بين الزوجين وبين العائلة
- ◆ التماسك الأسري، الدفاء والتعاون والدعم المتبادل.
- ◆ دعم التفاعل (الطفل، الوالدين).
- ◆ بيئة محفزة، مساندة ومتكافئة.
- ◆ الدعم الاجتماعي من المحيط الاجتماعي العائلي.

◆ تأثير العائلة من أصل ترابط الأجيال والهوية الشخصية .

◆ دخل ثابت وكاف .

◆ مسكن ملائم .

عوامل اجتماعية :

◆ الانخراط في التواصل .

◆ قبول الأقران .

◆ المرشدين الداعمين .

◆ المحيط الاجتماعي الداعم .

◆ الوصول إلى الرعاية الصحية في المدارس وجودة رعاية الطفل.

◆ الحصول على رعاية صحية ذات جودة . -84: 2020, Bouzarari, Gouiri»

» 87

ويضيف "Bayat" أنه من العوامل التي تسهم في جعل الأسرة صامدة، هي : إيجاد المعنى الكامن خلف المحنة، التأكيد على القوة والحفاظ على التطلعات الإيجابية، أن تمتلك نظام معتقدات أن تمتلك الجوانب الروحانية. وتماسك الأسرة في مواجهة موقف التحدي الذي يتطلب امتلاك صفات تنظيمية معينة، مثل المرونة، الترابط، التواصل والقدرة على استخدام المصادر المتمثلة في مصادر الدعم التي تمتلكها الأسرة، مصادر المجتمع وبناء الأسرة .

كما أن خصائص شخصية أفراد الأسرة، وضعهم الاقتصادي، مستواهم التعليمي، مهارات حل المشكلات التي يتمتعون بها، والجانب الروحاني، كلها عوامل تؤثر في قدرة الأسرة على التواءم. فالعلاقات الزوجية القوية والدعم الاجتماعي أيضا يعاون في تحديد قدرة الأم على

التكيف . (أبو مشايخ ، 2018 : 34)

في دراسة (1988) 'Summers et al' من خلال مقارنة القوى، قاموا بدراسة العائلات والأطفال المصابين بإعاقات، صرحوا بأن العديد من العائلات التي لها شخص معاق ضمنها لا تحتاج إلى دعم ومراقبة متخصصة. فمن خلال تجربتهم مع هؤلاء الأطفال

وعائلاتهم، وجدوا أن العديد من الآباء ينجحون في وضع تكيف إيجابي مع ابنهم المعاق. كما أن هؤلاء الباحثين أقرروا بأن بعض الآباء يجدون الإعاقة عند طفلهم كتجربة تساعدهم في تعلم الإنسانية، والشفقة، الصبر، والتقبل، والاحترام. بينما وجد الباحثين بعض العائلات عكس ذلك .

وفي دراسة أخرى قام بها (Scorgie & Sobsey) (2000) 'حددا فيها ما يسمى "بالتحولات" أو تجارب الحياة المتغيرة عند الآباء والأطفال المصابين بإعاقات، وجد الباحثين نوعين من التحولات في هذه العائلات : التحولات الشخصية والتحولات العلائقية .

التحولات الشخصية تحيل إلى أن أفراد العائلة لها أدوار جديدة في العائلة والمجتمع، وتحيل إلى اكتساب سمات جديدة، كالقدرة على الحديث والدفاع عن ابنهم المعاق. التحولات العلائقية عند العائلة تحيل إلى تغير طرق الآباء وأعضاء العائلة في التعامل مع الأشخاص الآخرين.

الآباء في هذه الدراسة أظهروا نتائج مرتبطة بوجود زواج قوي، واكتساب شبكات جديدة من الأصدقاء مع العائلات الأخرى التي لها ابن معاق. (بن عزوزي، 2019 : 162-163)

خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل موضوع الصمود النفسي الذي لاقى اهتماما كبيرا في الآونة الأخيرة من طرف الباحثين كونه يعتبر عنصر إيجابي يؤدي إلى ثراء الشخصية وتحقيق الصحة النفسية فهو يمثل إما قدرة، سمة أو نتيجة تتضمن التعرض للمحن والأزمات، والتكيف الإيجابي معها وتحقيق النمو رغم ذلك، وهذا بتأثير عوامل مختلفة (في الشخصية، الأسرية، والاجتماعية)، لاسيما في موضوع الأولياء الذين يواجهون الإعاقة لدى طفلهم والتي تتطلب صمودا في محطات الحياة لمواجهة الضغوط والأعباء، هنا تظهر الفروق الفردية لدى الأولياء كل حسب بيئته، ونوع وشدة الإعاقة حيث سيتم التطرق في العنصر الموالي بالتفصيل لهذا الاضطراب.

الفصل الثالث : اضطراب التوحد

تمهيد

1. الجذور التاريخية لاضطراب للتوحد
2. مفهوم اضطراب التوحد
3. أنواع اضطراب التوحد
4. أسباب اضطراب التوحد
5. خصائص الأطفال التوحيديين
6. تشخيص اضطراب التوحد
7. التشخيص الفارقي للتوحد
8. البرامج التربوية (العلاجية) المقدمة للأطفال

التوحيديين

9. أسرة الطفل التوحيدي

خلاصة الفصل .

تمهيد :

اضطراب التوحد هو من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل ولغزا محيرا لكثير من العلماء في مختلف المجالات كونه يؤثر على كثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة ويؤدي به للانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ويضعف اتصال الطفل بسياقه المحيط ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء غير الطبيعية أكثر من تعامله مع الأشخاص المحيطين به. ومن خلال هذا الفصل سيتم عرض أهم العناصر حول هذا الاضطراب.

1. الجذور التاريخية لاضطراب للتوحد :

تعود جذور كلمة التوحد إلى اليونانية « Autos » والتي تعني النفس ولا يعد التوحد اضطرابا حديثا فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لاضطراب طيف التوحد منذ آلاف السنين .

كما أن التوحد "Autism" كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال وفي اللغة العربية سميت " بالذووية" والتوحد لا يعني العزلة فقط وإنما عدم القدرة على التعامل مع الآخرين . (تامر ، 2015 : 22)

وأول من أشار إلى هذا الاضطراب هو الطبيب النفسي "كانر" « kanner » حينما قدم بحثه الشهير بعنوان « autistic disturbances of affective contact » حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم من ذوي التخلف العقلي حيث وجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصائص فصام الطفولة ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية بل هي زملة أعراض إكلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال، فأطلق عليها زملة كانر "kanner syndrome" أو أوتيزم الطفولة المبكرة ' Early childhood autism ' وقد اختار كلمة أوتيزم لأنها كلمة منفردة في معناها ولا تستعمل كثيرا في اللغة الانجليزية .

ورغم أن " كانر" يعتبر من حدد زملة أعراض التوحد إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة فقد استخدمها بلويلر "bleuler" (1911) في إشارته لزملة أوسع بكثير للميكانزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميون أو الأشخاص العاديون باعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام . (القمش، 2011 : 17)

وأثناء المرحلة الزمنية التي كان يبحث فيها « kanner » عن أوجه التشابه بين مجموعة الأطفال في عيادته كان الطبيب " اسبيرجر" خلال الحرب العالمية الثانية يكتب عن أربعة أطفال ذكور من عمر (6-11) سنة في عيادة الأطفال في الجامعة حيث لا حظ بأن هؤلاء

الأطفال لديهم قدرات ذكائية طبيعية ولكنها تخلو من المهارات الاجتماعية ولديهم مشاكل حركية واهتمامات محددة شديدة وتعلق غير عادي ببعض الأشياء وبترجمة أعمال "اسبيرجر" إلى اللغة الإنجليزية تم استخدام مصطلح متلازمة اسبيرجر . (تامر، 2015 : 24) وعلى الرغم من أن (كانر) قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة، ففي الإصدار الأول (1952) تم ربط التوحد بالفصام تحت مسمى رد الفعل الفصامي الطفولي (زروالي، 2021 : 11). ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية « DSM2 » ولم يتم الإعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام (1988). حينما نشرت الطبعة المعدلة « DSM 3 » والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد حيث أكدت أن التوحد ليس حالة مبكرة من الفصام وبذلك فقد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي. أما الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات العقلية الذي صدر عام (1994) فقد وضع اضطراب التوحد ضمن الاضطرابات النفسية وحدد ثلاث محكات لاضطراب التوحد تدل على أن الطفل يعاني من علامات التوحد وهي ما يأتي :

- الخلل في التفاعل الاجتماعي.
 - خلل في التواصل والنشاط التخيلي.
 - ضعف الأنشطة و الاهتمامات والتكرار في السلوك . (الجلي، 2015 : 13/12)
- في الإصدار الخامس (DSM 5)، 2013 تم وضع الاضطراب تحت مسمى اضطراب طيف التوحد (TSA) Trouble du spectre de l'autisme، وتم تصنيف الأعراض وفق مجالين بدل ثلاث مجالات: مجال التواصل والتفاعل الاجتماعيين ومجال السلوكيات المتكررة والمحدودة، مقارنة بالإصدار السابق . (زروالي، 2021)

في عام (1972) أسس الدكتور "بيرنارد ريملاند" الجمعية الأمريكية للأطفال التوحديين، كذلك في عام (1977) أقرت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة اعتبار التوحد فئة تشخيصية، وفي عام (1988) استخدمت " ويلج " مصطلح اضطرابات طيف التوحد للإشارة إلى النطاق الواسع لهؤلاء الأشخاص .

و مع زيادة الاهتمام بالتوحد أصبح ينظر إليه كإعاقة منفصلة في التربية الخاصة وقد وضع ذلك في القانون الأمريكي لتربية وتعليم المعاقين . (تامر، 2015 : 24)

و من الجدير بالذكر أنه وخلال هذه السنوات بذل الباحثون جهدا كبيرا في مجال البحث والتقصي والتعرف على الأسباب التي لازال يعترضها الغموض والبحث عن سبل العلاج الناجح .

2. مفهوم اضطراب التوحد :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها مايلي :

1. لغة :

التوحد كلمة مترجمة من اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال وبالعربية سميت بالذاتوية. تشتق كلمة التوحد « Autism » من الكلمة الإغريقية « aut » وتعني النفس أو الذات وكلمة « ism » وتعني الإنغلاق والمصطلح ككل يمكن ترجمته على أنه الإنغلاق على الذات. (بلي، 2015 : 80)

2. اصطلاحا :

ويوضح (القمش، 2011 : 24) هو مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقا على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.

هو اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين .

تعريف كانر : 1943 « kanner »

يعرفه بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة .

© تعريف روتر : 1978 « rutter »

حدد روتر ثلاث خصائص رئيسية للتوحد :

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية .
- نمو لغوي متأخر أو منحرف.
- سلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التماثل . (العبادي، 2011 : 13)

تعريف جيلبرج : « gillberg » فيرى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالبا مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة وشذوذ في التفاعل الاجتماعي وشذوذ في التواصل اللفظي وغير اللفظي .

تعرفه مارिका « marica » بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر عن الإنغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الإثبات ، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود النشاط الحركي المفرط. (القمش، 2011 :22)

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد : « American Autism Association » إن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية في الثلاثين شهرا الأولى من العمر وتمس الاضطرابات كل من :

- سنة النمو والتطور وما يتبعها.
- الاستجابة للمثيرات الحسية .
- النطق واللغة والقدرات المعرفية .

• القدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء. (العبادي، 2011 : 14-15)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية 1982 « world health organization » بأنه أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر قبل ثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في استخدام اللغة، واللعب، والتواصل وفي التفاعل الاجتماعي. (تامر، 2015 : 28) وعرف في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة « ICD- International clasification of diseases » بأنه "مجموعة من الاضطرابات تتميز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات".

أما التعريف الدقيق الذي جاء في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع « DSM 4 » - فينص على أنه حالة من القصور المزمن في النمو الإرتقائي للطفل الذي يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الإنتباه، الإدراك الحسي والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى ويصيب الذكور أكثر من الإناث. (القمش، 2011 : 22-23)

أما التعريف الذي جاء في الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس « DSM5 » يحدده "بكونه ينتمي إلى الاضطرابات النمائية العصبية، التي تتميز بصعوبات خاصة بالتفاعل الاجتماعي والتواصل واهتمامات محدودة وسلوكيات متكررة تصاحبها اختلالات مهمة في المجال الحسي والحركي " (زروالي، 2021 : 5)

ومما سبق ذكره يمكننا القول أن التوحد من أشد الاضطرابات النمائية وأكثرها صعوبة في الفهم بما تتميز به حالة الطفل بمجموعة من السلوكيات الشاذة تمس جميع الجوانب، حيث يغلب عليه الانسحاب الاجتماعي الشديد وعجز في المهارات الاجتماعية، إضافة إلى قصوره في التواصل الذي يصبح عائق بينه وبين التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به.

3. أنواع التوحد :

ويذكر (الزريقات، 2004: 49) بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد، ونتيجة لذلك فقد ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال المتوحدين، ومن بين هذه التصنيفات ما يلي :

تصنيف كل من (Sevin, Matson, Coe, Fee, & Sevin, 1991) فقد اقترحوا نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات كما يلي :

a. المجموعة الشاذة :

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

b. المجموعة التوحدية البسيطة :

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

c. المجموعة التوحدية المتوسطة :

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية : استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محددة وتخلف عقلي.

d. المجموعة التوحدية الشديدة :

أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ.

4. أسباب اضطراب التوحد :

1. النظرية السيكلوجية :

خلال فترة الخمسينيات وحتى السبعينيات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي وأنصار التعلم بوجه خاص، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة

الأولى. كذلك على أنه حالة الهرب والعزلة من الواقع المؤلم الذي يعيشه الطفل نتيجة الجمود واللامبالاة في العلاقة بين الأم وطفلها والتي تكون كنتيجة للعلاقة بينها وبين زوجها، هذا ما أشار إليه "كانر". ويوافقه في ذلك "Bruno Bettelhiem" الذي يرى أن آباء الأطفال التوحديين قاسيون وباردون ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحد.

على أية حال لقد لاقى هذه النظرية معارضة من طرف المهتمين بهذا الشأن وأشهرهم « Rimland » الذي رد على "Bettelhiem" في عدد من النقاط أهمها :

- أنه من الواضح أن بعض الأطفال التوحديين مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المريضة الأبوية .
- أن الأطفال التوحديين من الناحية السيكلوجية غير اعتياديين منذ لحظة الولادة .
- غالبا ما يكون أخوة التوحديين طبيعيين إلا في حالات نادرة . (طراد، 2013 : 14)

2. العوامل البيولوجية : (الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي)

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة المخ أو التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم . ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي :

- إصابة المخ قبل أو في أثناء الولادة :

وأكدت دراسات "كامبل وآخرين" وجود شذوذات خلقية عضوية في المخ لدى الأطفال التوحديين بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال، كما أن (20-25 %) من الأطفال التوحديين يظهرون اتساع البطينات الدماغية في الرسام الكهربائي للمخ (EEG)، وبالرغم من أنه لا توجد شذوذات محددة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالتوحد إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر .

يرى "سكولر" أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو في أثنائها تهيئ الفرصة لحدوث الأوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا ، التصلب الحدبي ، الإختناق في أثناء الولادة والتهاب الدماغ، تشنجات الرضع ، الإلتهاب السحائي .

- التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي :

يرى بعض أنصار هذه النظرية أن التوحد يحدث نتيجة اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال التوحديين عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجاباتهم أنهم متأخرون في النطق، رفع الرأس، التعرف على الأم، البعض لديه تأخر في نمو الحديث، البلع، عدم القدرة على الرضاعة في مرحلة الطفولة المبكرة .

- عدوى الفيروسات :

قد ينمو الطفل طبيعيا ثم تظهر عليه أعراض التوحد كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس، فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم في أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية « Rubella ». وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس تحدث خلا بسببها للطفل ويظل كامنا حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربة نفسية مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقد احد آبائه أو تغيير مسكنه، وذلك ما يؤكده آباء هؤلاء الأطفال من خلال ملاحظتهم .

- إصابة جهاز المناعة :

إذا حدثت إصابة أو ضعف في الجهاز المناعي يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل، وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد . ويشير كمال مرسي إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عن طريق المشيمة و يترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم وبالتالي يأتي وليدا مشوها، وهذه الفيروسات : الجدري، النكاف، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية .

3. العوامل البيوكيميائية :

أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والإصابة بالتوحد وأن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم. وقد اكتشف Fried, « et als » وجود مادة "dimethoxyphenylethylamin" في بول الأفراد التوحديين، وهذه المادة غير موجودة لدى العاديين . (القمش، 2011 : 35-39)

من أجل فهم وتوضيح الدور الذي يلعبه السيروتونين في التوحد عمل الباحثون على فحص السائل المخي الشوكي ومستويات السيروتونين في الدم، حيث يتم هدمه من خلال عملية الأيض الهدمي بواسطة إنزيمات خاصة بعد امتصاصها في الكبد، إلا أنه بسبب مشكلات في عملية الأيض فإنه يتركز بكميات أعلى في الدم أو في البول لدى المصابين بالتوحد .

يتشكل الدوبامين من الحامض الأميني الفينالين ويتركز في الدماغ المتوسط يلعب دورا في السلوكيات التوحدية مثل الطقوسية أو النمطية أو النشاط الزائد إذا زادت كميته في الدم .

أكدت دراسات حول علاقة البيبتيدات العصبية مع التوحد، أن هذه البيبتيدات تتدخل في إحداث أعراض التوحد مثل انخفاض الإحساس بالألم وسلوك إيذاء الذات وضعف العلاقات الاجتماعية نتيجة للخلل الوظيفي فيها وأن الخلل في مستوى هذه المواد الكيماوية في الدم والسائل المخي الشوكي كان مسؤولا عن كثير من أعراض التوحد. (تامر، 2015 : 73 - 74)

4. العوامل الجينية والوراثية :

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أو أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) .

فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة و بنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية، وقد وجد أن ما نسبته 15% من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد يعانون من حالات الريت أو من حالات فراجل اكس "Fragile x" وهما إعاقتان ثبت أن

لهما أساسا وراثيا. ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا ممهدا للإصابة، إلا أن ذلك لا يمنع وجود عوامل بيئية مسببة لها.

يتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد :

شذوذ الكروموسومات (X)، تصلب الأنسجة الدرقية "Tuber Sclerosis" (القمش،
2011 : 40 - 41)

5. خصائص الأطفال التوحديين :

يتسم الأطفال التوحديون بالعديد من السمات التي يمكن الاستدلال منها على هؤلاء الأطفال، وكل سمة من هذه السمات يندرج تحتها عدد من السمات الفرعية، وليس من الضروري أن تتوافر كل السمات الفرعية في كل حالة توحد، لذا فقد يظهر تباين في حالات التوحد، ويمكن عرض السمات الرئيسية للأطفال التوحديين وما تشتمل عليه من سمات فرعية على النحو التالي :

1) الخصائص الاجتماعية :

يتصف الأطفال التوحديون بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي وتناولتها دراسات عديدة، ويمكن عرضها على النحو التالي :

- قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل .
- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني.
- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها.
- عدم التأثر بوجود الآخرين أو الإقتراب منهم.
- عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بمن فيهم أسرهم.
- قصور في التواصل البصري، فيتجنب النظر في وجه شخص آخر.
- عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم المشاعر نفسها .
- لا يرد الابتسام للآخرين، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأشخاص .

- يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الاهتمام به .
- يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين، وغالبا تكون أعباه غير هادفة.

(2) الخصائص اللغوية :

- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين.
- قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريبا أو غير مرتبط بموضوع الحديث.
- الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم .
- الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم، ما يترتب عليه من مشكلات اجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين.
- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار، فكثيرا ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي.
- ترديد الكلام ' Echolalia ' صفة مشتركة لدى الأفراد التوحديين الذين يتكلمون، فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء الأطفال في التواصل مع الآخرين والرغبة في التعبير عن أنفسهم وإن كان يشير في الوقت نفسه إلى إخفاض القدرات التعبيرية لديهم .
- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة.
- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين، سواء كان في الأسلوب أو المحتوى، فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للإستماع.
- عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين أو الاستمرار في المحادثة.
- قصور في استخدام الضمائر . (القمش، 2011 : 49-51-52)

(3) الخصائص السلوكية :

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديون فيما يلي :

⊙ سلوك إيذاء الذات :

يثور الأطفال التوحديين في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله . ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس . وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات .

⊙ القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية :

يبدو على الطفل التوحدي القصور والعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي . وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي قد يتعرض لها . وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي والتغوط ومشكلات الأكل والأرق . (شاكر مجيد، 2010 : 48-49)

⊙ السلوك النمطي المتكرر :

إن الملاحظ للأطفال التوحديين يجد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار والرتابة والميل إلى النمطية، سواء في الحركة أو الأداء، ولا سيما في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة .

⊙ السلوكيات القصرية – الطقوسية :

إن الطفل التوحدي يصر على تنفيذ الروتين اليومي الذي اعتاد عليه بطريقة قسرية دون أي تغيير ، وإذا حدث تغيير في البيئة المحيطة به حتى لو كان طفيفا يدخل في ثورة عارمة من الغضب والصراخ وإيذاء النفس والآخرين . (القمش، 2011 : 54-56)

(4) الخصائص الإنفعالية :**البرود العاطفي الشديد :**

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف. ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحدا ولا يهتم بأن يكون وحيدا أو في صحبة الآخرين، فضلا عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.

كما أن كثيرا من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجاوب طفلهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما، وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية. (شاكر مجيد، 2010 : 44-45)

نوبات الغضب وحدة المزاج :

إن الطفل التوحدي يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركاته النمطية أو منطويا على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله، وإذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار في هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور ويغضب ويصدر سلوكا عدوانيا موجها نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الأخصائي القائم بتدريبه، ويستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المسؤول من إيقاف هذه الثورة .

ويصف كل من "كانر" (1973)، و"سكولر وآخرين" (1980) نوبات حدة المزاج لدى الطفل التوحدي بالسّمات التالية :

- يستمر في حالة من الهياج الشديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء.

- لا يظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور.
- يبكي ويصرخ دون سبب واضح.
- تظهر هذه النوبات غالبا عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة. (القمش، 2011 : 61-62)

الشعور بالقلق الحاد :

تسبب بعض الأشياء العادية والمألوفة القلق الحاد للطفل في حالة تغيير روتين الحياة اليومي ومن ناحية أخرى نجد أن الطفل التوحدي لا يخاف مطلقا من أخطار حقيقية مثل المرور في الشارع، أو الوقوف في الأماكن المرتفعة ويصبح الطفل حزينا إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت .

ويعاني الطفل من شذوذ في الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك والبكاء من دون سبب واضح) والغياب الواضح للتفاعلات العاطفية والخوف المفرط كاستجابته لموضوعات غير مؤذية. (الجلبي، 2015 : 36-37)

(5) الخصائص المعرفية :

إن القدرات المعرفية لدى المصابين بالتوحد تكون متباينة، وكذلك لديهم طاقات كامنة غير مستغلة نتيجة للحالة التي يعيشونها، ويمكن تناول أهم الخصائص المعرفية على النحو التالي :

الإدراك : ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا فهو قد لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو ما يشم ما حوله، ومن الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة ويحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء ولا يدرك الإحساس بالألم .

الإنتباه : انتهت دراسات إلى أن الأطفال التوحديون لا ينتبهون إلى المهام التعليمية، كما يكونون أكثر إعاقة في وجود مشتتات.

التذكر : قد يتذكر التوحدي بعض المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعها، وقد يعاني من صعوبات في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة كرواية قصص، تذكر المشاهد البصرية ..

التفكير : حيث يتميز تفكيره ببعده عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته حيث ينصب تفكيره بانشغاله بذاته .

الذكاء : حيث تشير الدراسات إلى قصور التوحديين في عمليات معالجة المعلومات والمرونة المعرفية، كذلك في القدرة على تحويل الانتباه من مثير لآخر، وهناك تقديرات تشير إلى أن أغلبية التوحديين لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد إلا أنه هناك قلة ممن يمتلكون قدرات عالية من الأداء . (طراد، 2013 : 19)

6. تشخيص اضطراب التوحد :

يعتبر تشخيص اضطراب التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهها المختصون والأهل، ذلك لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليهم، لأنه لا يوجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم أن يكون هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب باضطراب طيف التوحد. (غزال، 2007 : 15)

ويوضح (تامر، 2015 : 137-138) يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال ملاحظة السلوكيات ومقارنتها بمعايير التشخيص، ويعد التشخيص من أصعب المراحل لتعدد أشكال التوحد وتنوعها، واختلاف سلوكيات التوحد من موقف لآخر، ويجمع معظم الخبراء أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات، وقد يكون لدى كل من هؤلاء الأخصائيين وجهات نظر مختلفة حول جوانب معينة من التوحد، ومستويات مختلفة من الخبرات وكذلك خلفيات وبيئات مختلفة، ويشمل فريق التشخيص (طبيب أطفال، الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي النطق والتخاطب، أخصائي العلاج الطبيعي، أخصائي العيون، طبيب أعصاب، معلم التربية الخاصة) .

© المحكات الأساسية لتشخيص اضطراب التوحد :

حسب التصنيف الدولي العاشر "1992" :

صدر عن منظمة الصحة العالمية عام "1992" التصنيف الدولي العاشر (ICD 10)، وعرف عدد منفصل من التطبيقات تحت عنوان عام للاضطرابات النمائية العامة، « Pervasive Developmental Disorders » .

توحد الطفولة « Childhood Autism » يشمل على نمو أو تطور شاذ أو معاق يجب أن يظهر قبل ثلاث سنوات من العمر وهنا يظهر ثلاث إعاقات كاملة :

1- في التبادل الاجتماعي المتبادل .

2- في التواصل .

3- في السلوك النمطي المحدد والتكراري . (الزريقات، 2004 : 131-132)

- حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية : **Manuel « Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux »**

في منتصف عام '2013' أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5)، مما أدى لحدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق (DSM-4) الصادر عام "2000" .

حيث نص على أن الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد يتصف بما يلي :

A. - عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة

أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي :

(1) - عجز في التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب

الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدن في المشاركة

بالاهتمامات، والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على

التفاعلات الاجتماعية .

(2) - العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي .

(3) - العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران .

B. - أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول إثنين مما يلي على الأقل :

(1) - نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلا أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

(2) - الإصرار على التشابه، والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا، الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم) .

(3) - اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلا، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفردة المواظبة).

(4) - فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا، عدم الاكتراث الواضح للألم/ درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة) .

C. تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالإستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D. تسبب الأعراض تدنيا سريريا هما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة .

E. لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية أو تأخر النمو الشامل. عن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام . (الحمادي، 2014 : 29-28)

7. التشخيص الفارقي للتوحد :

بسبب تشابك وتعدد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى، ومصاحبته أحيانا لأمراض وإعاقات أخرى فإنه يلزم تمييز اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة على النحو التالي : (بدر، 2004 : 43)

1) التوحد واضطراب ريت : « Rett's Disorder »

زملة "ريت" هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها ريت (1966) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيهه التوحديين، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية . (القمش، 2011 : 118-119)

يشخص اضطراب "ريت" عادة عند الإناث فقط بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة أكبر عند الذكور. ويمكن تمييز اضطراب "ريت" عن اضطراب التوحد في الجوانب التالية :

➤ يبدي طفل التوحد قصورا في النمو منذ الميلاد أي في وقت مبكر بينما يعاني طفل "ريت" من تدهور تدريجي واضح في النمو مع تقدم العمر .

- يعاني طفل "ريت" من غياب التوازن، ترنح في المشي وغياب التناسق الحركي بينما تؤدي الوظائف العضلية الكبيرة لطفل التوحد بشكل سليم .
- اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية المصاحبة لاضطراب "ريت" وتكون نادرة أو لا توجد مع اضطراب التوحد .
- يعاني طفل "ريت" من فقدان تام للوظائف اللغوية بينما يعاني طفل التوحد من اضطراب استخدام اللغة دون أن يفقد حصيلتها .
- نوبات الصرع تظهر مبكرا عند حالات "ريت" وتتسم بالعنف والتكرار وبصاحبها إفرازات فمية، بينما تكون نوبات الصرع في حالات التوحد قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة . (بدر، 2004 : 49)

(2) التوحد والإعاقة العقلية :

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط بعض أعراضهما، ولاسيما إن كان العمر العقلي للطفل أقل من 20 شهرا، وقد أشارت "مارشيون" إلى أن التوحد يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات الآتية :

تكرار السلوكيات النمطية والقهرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب . (زغدي، 2018 : 59)

إن مظاهر التوحد تشبه في بعض سلوكياتها إلى حد كبير سلوكيات الإعاقة العقلية وهنا لابد أن نشير إلى عدد من النقاط التي يتفرد بها التوحد ويتميز عن الإعاقة العقلية وذلك على النحو الآتي :

- ⊙ الأطفال المعاقون عقليا لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية وخاصة ما يتعلق بالإدراك الحركي والبصري كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين في حين لا يتمتع أطفال التوحد بمثل هذه القدرات أو المهارات.
- ⊙ يتباين أطفال التوحد والأطفال المعاقون عقليا من حيث النمو اللغوي والقدرة على التواصل وذلك من حيث مقدار ومدى استخدام اللغة في التواصل، فالمعاقون عقليا

- لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم في حين أن الأطفال التوحديين قد ينعدم وجود اللغة لديهم وحتى وإن وجدت فإن استخدامها يكون شاذًا .
- ⊙ أطفال التوحد يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا . (الجلبي، 2015 : 51)
 - ⊙ لا يوجد لديهم وعي اجتماعي بما يدور من حولهم لدى التوحديين، أما بالنسبة للمعاقين عقليا لديهم القدرة على إدراك الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه .
 - ⊙ الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على التواصل مع غيره، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والتفاعل معه، أما الطفل المعاق عقليا يتميز بإمكانية التواصل مع الآخرين ولهذا غالبا ما تكون لديهم القدرة على التفاعل مع الناس .
 - ⊙ وعن المهارات الانتقائية والعناية بالذات فإن المعاقين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس . (زغدي، 2018 : 59-60)

3) التوحد واضطراب "اسبيرجر" : « Asperger s Syndrome »

- زملة "اسبيرجر" سميت باسم الطبيب النمساوي "هانز اسبيرجر" 'Hans Sperger' الذي اكتشفها عام (1944) واعتبرها أحد اضطرابات الشخصية.
- حيث تتمثل جنوب الاختلاف بين التوحد وزملة اسبيرجر في ما يلي :
- عدم بدء ظهور أعراض "اسبيرجر"، إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، بينما تظهر حالات التوحد في مرحلة الطفولة المبكرة .
 - نسبة ذكاء الاسبيرجر تقترب من الطبيعي ولكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي .
 - الطفل 'الاسبيرجر' لا يوجد لديه تأخر عام في اللغة، ونموه اللغوي يقترب من الطبيعية في سنواته الأولى، ولكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح كما يعاني من اضطرابات في تكوين الجمل .

- 'الاسبيرجر' يتصف بالقلق والإكتئاب، ضعف التوافق الحركي، من السهل إحباطه، عدواني (هذه السمات غير أساسية في التوحد). (القمش، 2011 : 117-118)
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب 'بالاسبيرجر' رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم .
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل "اسبيرجر" . (زغدي، 2018 : 58)

(4) التوحد وفصام الطفولة :

كانت البداية في التعرف على اضطراب التوحد هي استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام، الانسحاب، أو الشعور بالوحدة النفسية. ولذلك كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الاضطرابين وارد ولا بد من التفريق ما بين الإعاقين وعلى النحو الآتي :

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، في حين أن أطفال التوحد ليس بإمكانهم ذلك .
- أطفال التوحد لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الأطفال الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة .
- الأطفال الفصاميون يعانون من الهلوس والأوهام وفقدان الترابط للكلام وهذه الأعراض لا يعاني منها أطفال التوحد .
- تبدأ أعراض التوحد في الظهور قبل شهر الثلاثين، بينما أعراض الفصام تظهر في بداية المراهقة أو في عمر متأخر في الطفولة . (الجلبي، 2015 : 52)
- ضعف النمو الانفعالي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين .

- ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين . (الشرقاوي، 2018 : 197)

(5) التوحد والإعاقة السمعية :

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل التوحدي، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية. وتتمثل جوانب التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فيما يلي :

الانسحابية وغياب القدرة على التواصل البصري، الإندماج في حركات نمطية، عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي.

أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فهي :

◆ معدلات الذكاء في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.

◆ تتسم حالات الإعاقة بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيسي في هذه الجوانب.

◆ تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.

◆ سهولة تشخيص حالات الصمم والبكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض. (القمش، 2011 :

(123-122)

08. البرامج التربوية (العلاجية) المقدمة للأطفال التوحديين :

هناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال التوحديين ويجب التأكد من أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد وهي ما يأتي :

◆ المقاربة التحليلية :

إن العلاج التحليلي النموذجي كما مارسته مدرسة 'Bruno Bettelheim' تم تجاوزه والإستغناء عنه، وذلك تحت ضغوط جمعيات أولياء الأطفال المصابين ورفضهم لهذه المقاربة لتأكيدهما على المسؤولية الأمومية القصوى في الاضطراب وعلى العلاج الذي يتطلب فصل الطفل عن العائلة. حالياً، تم تطوير تيار تحليلي يأخذ بعين الاعتبار المعطيات النفسية التحليلية، المعطيات العصبية، الفيزيولوجية، الجينية والمعرفية (Delion, Haag, Golse, Hochman, Houzel). يهدف هذا العلاج إلى إنعاش النمو المتوقع من خلال أخذ بعين الاعتبار المظاهر الانفعالية والمعرفية والتخفيف من حدة القلق المصاحب. (زروالي، 2021 : 153)

◆ العلاجات الطبية :

ليس هناك دواء معين لعلاج التوحد، ولكن بعض الأدوية قد تساعد المريض، إلا أن هذه الأدوية تحتاج إلى متابعة خاصة من حيث معرفة مستوى الدواء في الدم، معرفة فعاليتها على الطفل نفسه، مقدار الجرعة المناسبة، ونتائج العلاج يجب أن تتابع من خلال استرجاع ما حدث للطفل وملاحظات الوالدين والمربين كل ذلك يختلف من طفل لآخر، كما يجب استخدام الأدوية مع الطرق العلاجية الأخرى. (العبادي، 2011 : 66)

❖ المشكلات الغذائية والهضمية :

لقد أعطيت المشكلات الغذائية أهمية لاحتتمالية أن تكون سببا في التوحد، ولقد أشارت أدلة إلى أن الأطفال المتوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي ل كاسين Casien بروتين حليب البقر، وجلوتين Gluten النشا وهذا يمكن أن يكون سببا للتوحد، واعتمادا على ذلك

فإن الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين b6 في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات .

❖ محاولات ضبط الشذوذات الكيميائية في الدماغ :

لقد استخدمت الأدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال المتوحدين بشكل مباشر، منها عقار Fenofluramine يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال المتوحدين لهذا العقار متضمن تحسن السلوك الاجتماعي وفترة إنتباه أفضل وخفض التملل الحركي .

نظام الناقلات العصبية Dopamine للدماغ مستخدمة في تنظيم مستويات النشاط الحركي والوظائف الأخرى، إن عقار Haloperidol من العقارات المهدئة، والتي تخفض نشاط الدوبامين، يمكن أن تساعد الطفل التوحدي. لقد أشارت الأدلة إلى خفض الانسحاب والعزلة والحركة النمطية لدى بعض الحالات، كما يحسن الوظائف المعرفية.

❖ الصرع :

العديد من الأطفال المتوحدين لديهم نوبات صرعية ويعطون أدوية مضادة للصرع، أيضا الحبة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد ولقد أعطيت العقارات الدوائية أهمية وانتباها ويحتاج الآباء و المعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريبهم على علاج التوحد باستخدام أدوية مثل « Paraldehyde, Valium » ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال المتوحدين لضبطها بشكل مناسب. (الزريقات، 2004 : 299-301)

العلاج السلوكي التعليمي :

❖ برنامج التحليل السلوكي التطبيقي :

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيسي على التدخل المبكر، وكان « Ivar Lovas » رائدا في التدخل السلوكي للأطفال التوحدين، وترتكز المبادئ الأساسية لهذا العلاج على التعلم الشرطي "سكنر" ومحاولات سلوكية منفصلة،

وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومكثفة ومنظمة، ويتم إعطاء الطفل من خلالها أمراً ثم تتم مكافأته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الإمتثال العام لتحقيق أهداف التدريب. يعتبر برنامج "لوفاس" من أهم البرامج التربوية المطبقة مع الأطفال التوحديين ويعتمد على ضرورة إكساب الطفل التوحدي المهارات المختلفة التي تلبي احتياجاته اليومية ويقوم هذا البرنامج على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات وعلى مبدأ إمكانية تكرار السلوك المعزز إيجابياً للفرد بشكل أكبر من إمكانية تكرار السلوك المهمل .

لقد تبنى "لوفاس" في هذا البرنامج طريقة المحاولة المنفصلة بحيث يتم تجزئة المهمة المطلوبة إلى عدة أجزاء منفصلة ومن ثم ربطها بالأجزاء الأخرى إلى أن يتم تعليم المهمة المطلوبة بشكل كامل . (تامر، 2015 : 175 - 177)

❖ خبرات التعلم : برنامج بديل للأطفال دون سن المدرسة والآباء (ليب) :

بدأ برنامج LEAP عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال الصغار المتوحدين والأطفال العاديين من أعمار (3-5) سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويعد من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال المتوحدين وأسرهـم.

يعتبر برنامج (LEAP) واحداً من البرامج التي تجمع الأطفال المتوحدين مع الأطفال العاديين. ويمتاز المنهاج باستخدامه للرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية، الانفعالية، اللغوية، والسلوك التكيفي، والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية .

يركز برنامج "ليب" على تحديد أهداف خاصة لكل طفل، وتصميم إستراتيجيات لإشباع هذه الحاجات الخاصة، كما ويتضمن البرنامج التدريب في أوضاع مختلفة متعددة لتسهيل التعميم الذي يعتبر مشكلة لدى الأطفال المتوحدين، كما وتشارك الأسرة في تطبيق الإستراتيجيات العلاجية ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع . (الزريقات ، 2004 : 309 - 310)

❖ برنامج "سون رايز" :

يعبر هذا البرنامج عن تدخل مكثف موجه للآباء ومقدمي الرعاية يدوم مدة 40 ساعة موزعة على 5 أيام. وقد تم الإعداد له واقتراحه من طرف Barry Neil Kaufman وزوجته 'Samahria Lyte Kaufman' في بداية السبعينيات بعد نجاحهما في علاج ابنهما المصاب بالتوحد الشديد. تم تطبيقه أول مرة في مركز علاج التوحد (Autism Treatment Center of America) بولاية (Massachusetts) ليتم تعميمه فيما بعد في عدة بلدان حول العالم .

يهدف هذا البرنامج إلى زيادة وتيرة التوجيه الاجتماعي التلقائي وإلى زيادة قدرات التفاعل للأطفال المصابين بطيف التوحد. وهو يركز على النموذج الخاص بالنمو الاجتماعي وعلى مبادئ الدافعية، مستخدماً عدة تقنيات من بينها مبادئ التغذية الراجعة، والتواصل البصري، والمحاكاة، والمشاركة في النشاطات والسلوكيات التكرارية والحصرية للطفل. (زروالي ، 2021 :168-169)

❖ برنامج الضبط المعرفي والتدريب على مهارات الحياة (TEACCH) :

أسسه (Eric Shobler) في جامعة شمال كارولينا وهو منتشر في معظم دول العالم ويهدف إلى مساعدة الأطفال ليصبحوا أكثر استقلالية من خلال تنمية مهارات التواصل والقدرة على اتخاذ القرار ويركز على مهارات تواصل مناسبة، واستقلالية الشخصية، ويهتم بالأطفال التوحديين من عمر سنتين حتى سن الرشد .

ولمعالجة الصعوبات التي يغلب ظهورها في بيئات تعليمية اعتيادية، طور الدكتور "أريك شوبلر" مفهوم التعليم المنظم للأشخاص التوحديين، وتم ذلك بعد دراسة أجراها في عام 1971 أثبتت نتائجها أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة، والعكس صحيح .

والتعليم المنظم عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال التوحد تركز على جعل البيئة من حول الطفل واضحة ومفهومة ويمكنه التنبؤ بالخطوات التي ستحصل خلال أيامه العادية وتضعه في مواقف غير مشتتة، وهذا يقلل من المشاكل السلوكية للطفل، ويدفعه نحو المزيد

من الاستقلالية، والإعتماد والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس . وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن نتائج برنامج "تيتش" على الأطفال كانت جيدة مما أدى إلى تقدمهم وتحسنهم. وتتسم البيئة التعليمية لبرنامج "تيتش" بطابع مميز، فهي مليئة بمعينات ودلائل بصرية، مثل : الصور والكلمات المكتوبة والمواد بهدف تمكين الطالب من التكيف مع البيئة التعليمية . (الزريقات، 2004 : 25-26)

❖ العلاج بالدمج الحسي :

طورت المعالجة الوظيفية الدكتورة (Jean Ayres) هذه الطريقة في الولايات المتحدة في جامعة كاليفورنيا عام 1972، وافترضت أن بعض الأفراد الذين يعانون من التوحد لديهم اضطراب في التكامل الحسي نتيجة عدم قدرة الدماغ على إعطاء معنى للمثيرات الحسية وتنظيمها لإعطاء مخرجات لها معنى في النهاية، حيث قامت باستخدام عدد من الأنشطة العلاجية لمساعدة هؤلاء الأطفال حيث وضعت في برنامجها عددا من التمارين التي تحقق المتعة واللعب للطفل وذلك بهدف تفعيل وتنشيط الإدراك الحسي والمدخلات من الدماغ إلى العضلات والمفاصل والتدريبات الحسية المرتبطة بالجهاز الدهليزي المسؤول عن الإحساس بالجاذبية والتناسق الحركي، وأخرى مرتبطة بموقع الجسم في الفراغ ووضع الرأس بالإضافة إلى تمارين في اللمس والبصر والسمع، وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى أن أسلوب الدمج الحسي له تأثير إيجابي على الأطفال التوحديين . (تامر، 2015 : 184)

❖ العلاج باللعب :

تم الإعداد لهذه الطريقة من طرف 'Greenspan' (1998)، هي تخص الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية، اجتماعية وانفعالية. وقد تم تكييفها فيما بعد لتطبق على الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، يتمثل هدفها الأساسي في تحفيز قدرات التبادل الاجتماعي والتنظيم الانفعالي للأطفال من خلال اللعب.

ترتكز تقنية "Floor time" على الملاحظات الدقيقة تجرى حول الطفل من أجل تحديد مستوى أداءه، كما أن التعلم يمارس في سياق خاص باللعب الحر يتم من خلاله تدعيم التبادلات في جو مريح وممتع.

من بين الأمور الأخرى الذي تتطلبها هذه التقنية إحداث التغيير في البيئة من أجل توفير فرص ونماذج للتواصل، كما يتم تنظيم حصص لعب حر من 20 إلى 30 دقيقة لعدة مرات في اليوم يتم من خلالها احترام دافعية الطفل من أجل تطوير مهارات التخيل والمهارات العقلية والانفعالية. (زروالي، 2021 : 179 - 180)

09. أسرة الطفل التوحدي :

لا شك أن كل أب وأم يتطلعون بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه، ويتمثل ذلك بالممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها والتي تظهر استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل. ولكن تعتبر اللحظة التي تتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة، وتختلف الأسر في ردود أفعالها اتجاه إعاقة طفلها، فمنهم من يواجه هذه الأزمة من خلال المرور بالمراحل التالية : (شاكرمجيد، 2010 : 34)

➤ التي تبدأ بالصدمة :

وهي المرحلة التي تكتشف فيها الأسرة أن طفلها لديه إعاقة مزمنة فيصاب الأبوان بالذهول والعجز التام عن فعل أي شيء، وغالبا ما يرفضان تصديق الواقع، وتبدأ بعد ذلك مرحلة الانفعالات العنيفة . (القمش، 2011 : 257)

➤ الإنكار :

من الاستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله والذين يعتبرون امتدادا له، هي وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأسرة في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإصابة .

➤ الحداد والحزن :

وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأسرة بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل، عندما تدرك أن طفلها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

➤ الخجل والخوف :

يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأسرة لاتجاهات الآخرين وخاصة المقربين منهم اتجاه إصابة إينهم، نظرا للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعهن إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم . (زغدي، 2018 : 64 - 65)

➤ الشعور بالذنب :

قد يشعر الأولياء بالذنب ويتساءلون فيما إذا كان اللوم يقع عليهم لإصابة ابنهم بالإعاقة، وهذه هي المرحلة التي إما أن تصبح فيها العائلات أقوى وأكثر تماسكا وتضع الخطط في توحيد الجهود من أجل مساعدة الطفل، أو قد تنقسم هذه العائلة لأن الأولياء يلقون باللوم على بعضهم البعض . (تامر، 2015 : 284)

➤ الغضب :

يصعب عليك بشدة مشاهدة طفلك وهو يواجه صعوبات مع الأشياء التي تعتبر طبيعية بالنسبة إلى الأطفال الآخرين، قد تشعر أحيانا بالغضب اتجاه الآخرين، أو زوجك، أو اتجاه نفسك، أو بغضب غير موجه اتجاه أي شخص على وجه الخصوص، وهذا جزء طبيعي من العملية. ستمر عليك أوقات تبدو فيها الأمور غير عادلة لدرجة تصيبك بالغضب. (دليل اضطراب طيف التوحد : 9)

➤ الرفض أو الحماية الزائدة :

يتبنى بعض الأولياء مواقف رافضة لطفلهم المصاب مما يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية، وبالمقابل يلجأ البعض إلى الحماية المفرطة لأبنائهم فيفعلون كل شيء نيابة عنهم مما يولد لدى الطفل الإعتماضية، مما يفقده القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات .

➤ التكيف والتقبل :

وبعد كل المعاناة السابقة لا يجد الأولياء مفرا من تقبل الأمر الواقع والإعتراف بإصابة طفلهم، لكن من المهم أن يصل الأولياء إلى المرحلة الأخيرة بسرعة، لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية التي يجب أن يحصل عليها، أما التكيف فيتمثل في القدرة على تحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل ويحدث تدريجيا، لكن الوصول إلى هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم أو إنتهاء الحزن. (زغدي، 2018 : 65)

بينما لا تمر أسر أخرى بهذه المراحل بشكل آلي، بل يعيشون في حالة حزن دائم وكأن أبنائهم يحتضرون، وآخرون يواجهون الأزمة بصبر واحتساب ويرضون بما أصابهم . والأسر التي لا تستطيع مواجهة الأزمة بالحزم والصبر والعمل الشاق تلجأ إلى استخدام مجموعة من الحيل الدفاعية اللاشعورية التي تخفف عنها وطأة المشكلة لأنها تخفي الجزء المؤلم من المشكلة عن الوعي والإدراك ولا تجعلهم ينظرون إليها بشكل كامل. (القمش، 2011 : 258)

◆ الآثار المترتبة على وجود طفل توحيدي في الأسرة :

◎ الآثار النفسية :

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد لآخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى. وأكدت الدراسات إلى

أن الوالدين هما أكثر أفراد الأسرة تعرضا للضغوط النفسية لأسباب تعود إلى طبيعة عملهما وعلاقتها الاجتماعية في البيئة التي يسكنان بها أو في مكان عملهما، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين، كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائد، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الانعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالدونية والنقص، الهروب من الواقع، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة، عدم الإنسجام النفسي بين الوالدين وبين بقية أفراد الأسرة .

كل هذه المظاهر ما هي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يمكن إعرائها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحدي . (الجلبي، 2015 : 25-26)

⊙ الآثار الاجتماعية :

يؤثر وجود طفل معاق في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة، وهذا يمتد إلى مدى تكيف الأخوة مع بيئتهم التعليمية وفرصهم في الزواج المستقبلي، وتعرض الأسرة أيضا لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة وقد ينعكس ذلك على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة أيضا وتواصلهم، نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل المعاق مما يقلل من تلبية احتياجات بقية أبنائها، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمات زوجية ومشكلات أسرية .

⊙ الآثار الاقتصادية :

إن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية، لما تتفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص المعاق، والتي قد تكلف أكثر من النقود التي تتفقهها الأسرة على إخوته غير المعاقين، ناهيك عن أن بعض

الأمهات يتركن أعمالهن بعد ولادة الطفل المعاق من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له، مما يقلل من دخل الأسرة. (زغدي، 2018 : 63-64)

▪ الدعم الاجتماعي للأسر :

يهدف الدعم الاجتماعي للأسرة إلى تأسيس شبكة من الأفراد والمجموعات تتشارك في علاقاتها مع الأسر. الدور الرئيسي لهذه المجموعات والأفراد هو تزويد الأسر بدعم انفعالي، نفسي وعملي، والمشاركة في المصادر والمعلومات المناسبة. لقد أشارت البحوث والدراسات إلى أن درجة الدعم الاجتماعي الشخصي ترتبط سلبيا بمقدار الضغط النفسي الذي يعاني منه الآباء والأمهات مع أطفالهم المتوحدين.

يهدف الدعم الاجتماعي للأسر إلى التقليل من الضغط النفسي، وتقوية وظيفة الأسرة والتكيف، وهذا يختلف وفقا للتدخلات في الأسرة وحياة الطفل، ومن أشكال الدعم الاجتماعي هو مجموعة دعم الآباء، حيث تفتح المجال للآباء بالمشاركة في الخبرات والخروج من وحدتهم وعزلتهم في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن وجود طفل متوحد لديهم. تكتسب مهارات التعامل أيضا من خلال مجموعة الدعم الاجتماعي للآباء حيث يحصل الآباء على معلومات، وتعزيز اجتماعي، ونمذجة، وتحديد للمعايير، وتغيير للاتجاهات، وغيرها من العمليات السلوكية والمعرفية.

أيضا تعد برامج تعليم الآباء من أشكال الدعم الاجتماعي لهم ومن وسائل دعم التعاون بين الآباء والمدرسة بهدف تحقيق أفضل خدمات تربوية، ومن خلال هذا الدعم كذلك يستطيع الآباء تعلم مهارات وكيفية تجميع المعلومات أو الوصول إليها مثلا ومعرفة مع من يجب أن يعملوا، إن الهدف مرة أخرى من الدعم الاجتماعي ليس الدعم المباشر ولكن توسيع الشبكة الاجتماعية التي يتعامل معها الآباء . (الزريقات، 2004 : 349-350)

خلاصة الفصل :

يعتبر اضطراب التوحد من أصعب الاضطرابات وأكثرها خطورة لأن المصابين يظهرون مجموعة من الاختلالات تمس جميع الجوانب (التواصلية، اللغوية، الاجتماعية، المعرفية) وبالرغم من التطور الذي شمله لم تتحدد أسبابه، بالإضافة إلى صعوبة تشخيصه لتفرد كل حالة بأعراض معينة وتشابه أعراضه مع اضطرابات أخرى، مما يستوجب القيام بالتشخيص الفارقي الدقيق، مع التركيز على أهمية التشخيص المبكر لتفادي تفاقم شدة الأعراض، يتعين علينا وضع برنامج علاجي يتناسب مع احتياجات الطفل ومحيطه الأسري بالأخص الأولياء لمساعدتهم على الصمود وتحمل أعباء اضطراب طفلهم .

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

➤ الدراسة الاستطلاعية

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
2. حدود الدراسة الاستطلاعية
3. عينة الدراسة الاستطلاعية
4. أداة الدراسة الاستطلاعية
5. إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية

➤ الدراسة الأساسية

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
3. عينة الدراسة ومواصفاتها
4. أداة الدراسة
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة

♦ الدراسة الاستطلاعية :

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية :

وتهدف الدراسة الحالية إلى :

استكشاف الميدان والتعرف على الظروف التي ستجرى فيها الدراسة.

محاولة ضبط مشكلة الدراسة .

التأكد من صحة الفرضيات ودقتها.

التدرب على كيفية تطبيق المقياس .

تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أداة الدراسة وتعديل تعليمات هذه الأداة في

ضوء ما أسفرت عليه الدراسة الاستطلاعية .

معرفة مدى تجاوب أفراد العينة مع أداة الدراسة .

معرفة الصعوبات التي تواجهنا أثناء التطبيق ومحاولة ضبطها وتجاوزها أثناء تطبيق الدراسة

الأساسية.

2. حدود الدراسة الاستطلاعية :

الحدود المكانية : تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال

المعوقين ذهنياً بمزگران ولاية مستغانم .

الحدود الزمنية : تم الشروع في تطبيق الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من 07

فيفري 2022 إلى غاية 25 مارس 2022 .

3. عينة الدراسة الاستطلاعية :

تمثلت عينة الدراسة في (18) ولي من أولياء أطفال التوحد، الملتحقين بالمركز النفسي

البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية، وقد اختلف أفراد

العينة من ناحية الجنس، المستوى التعليمي.

4. أداة الدراسة الاستطلاعية :

مقياس الصمود النفسي : قامت الباحثة بتبني مقياس الصمود النفسي لـ (Conner & Davidson, 2003) ترجمة (محمد عصام محمد الطلاع، 2016) وتكون المقياس في صورته النهائية بعد الترجمة على (25) فقرة، واعتمدت الباحثة على الأداة وذلك لملائمتها لموضوع الدراسة، حيث تم التحقق من صدقها وثباتها.

5. إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية :

بعد القيام ببعض الإجراءات الإدارية والموافقة على إجراء الدراسة الميدانية، قمت بإجراء مقابلة مع الأخصائية النفسانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً، لجمع أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة، مع تحديد حجم عينة الدراسة، ثم تم تمرير المقياس على الأولياء في صورته الأولية، مع القيام بمقابلة مع بعض الأولياء لتحديد النقائص ومدى تجاوب أفراد العينة مع الأداة، قمنا بتعديل صياغة بعض فقرات المقياس من خلال المناقشة مع المختصين للتأكد من وضوح وصلاحيّة الأداة المطبقة في الدراسة.

◆ الدراسة الأساسية :

1) منهج الدراسة :

لا تخلو أي دراسة علمية من الإعتماد على منهج من أجل القيام بدراسة وفق قواعد وأسس علمية، ويعرف المنهج بأنه الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في دراسة ظاهرة معينة والذي من خلاله يتم تنظيم الأفكار المتنوعة بطريقة تمكنه من علاج مشكلة البحث. وتم الإعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، فهو يصف ويحلل الظاهرة المدروسة بدقة وموضوعية.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه : طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها. (المحمودي، 2019 : 35-46)

(2) حدود الدراسة :

♦ **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الأساسية بمؤسسات ومراكز مختصة تمثلت في :

- المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا بمزگران -ولاية مستغانم-.
- عيادة التكفل الأطفوني النفسي ببينيار - مستغانم-.

♦ **الحدود الزمنية :** تتحدد الدراسة الأساسية زمنيا في الفترة الممتدة من 30 مارس

2022 إلى غاية 27 ماي 2022.

(3) عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (40) ولي من أولياء أطفال التوحد، علما بأنه تم توزيع 108 استمارة تم استرجاع منها 40 استمارة فقط، وفيما يلي سيتم توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة التي تمثلت في متغير الجنس، متغير المستوى التعليمي، ومتغير المستوى المعيشي.

• **مميزات عينة الدراسة الأساسية :**

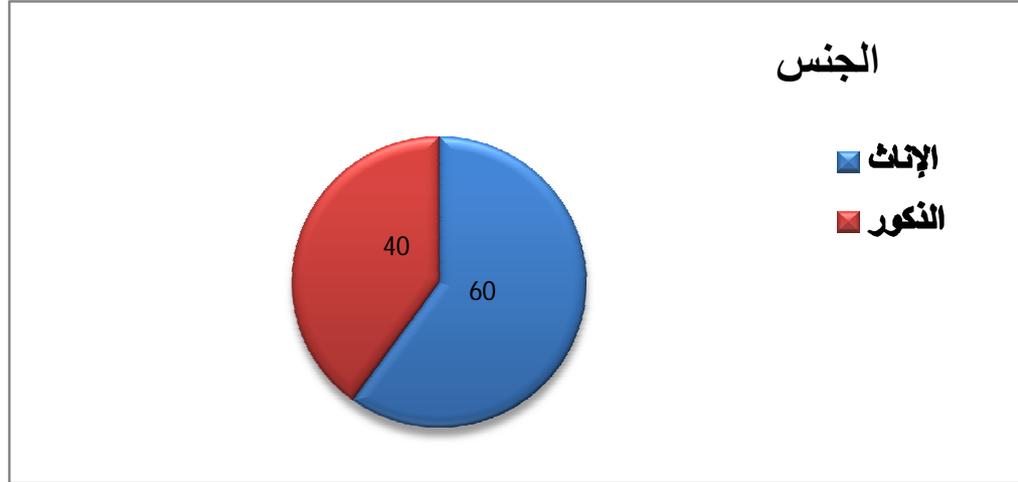
توضح الجداول والمخططات أدناه مميزات عينة الدراسة الأساسية :

• **حسب الجنس :**

الجدول رقم (03): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	الجنس
%		
60	24	الإناث
40	16	الذكور
100	40	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن عدد الإناث يساوي (24) بنسبة مئوية (60%)، يفوق عدد الذكور الذي يساوي (16) بنسبة مئوية (40%)، من مجموع أفراد العينة ككل، وهذا ما يوضحه المخطط التالي:



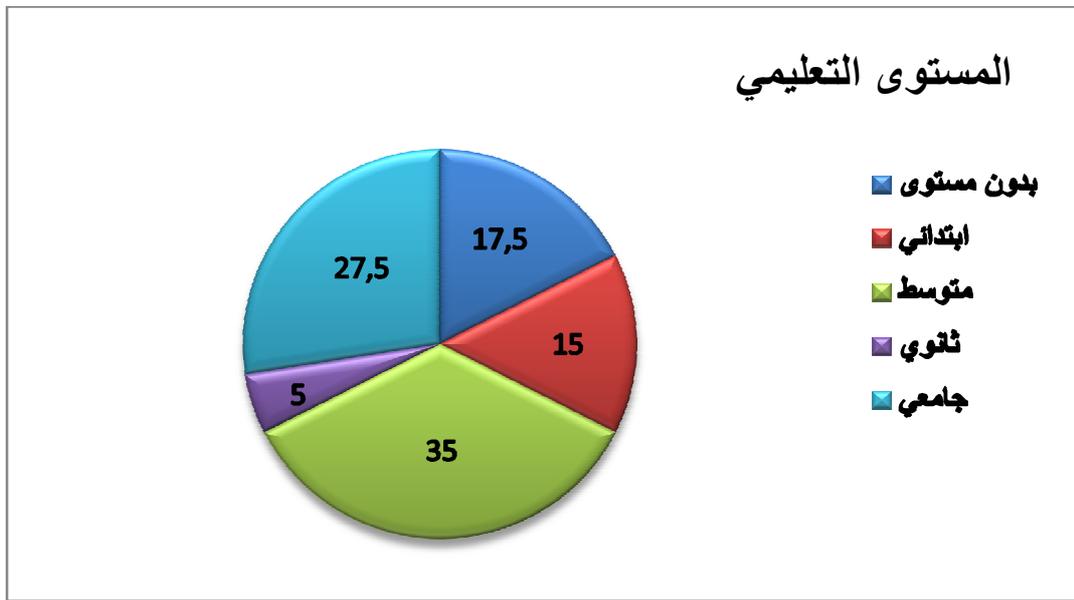
الشكل رقم (04) : يمثل مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

• حسب المستوى التعليمي :

الجدول رقم (04): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية %	التكرارات	المستوى التعليمي
17.5	7	بدون مستوى
15	6	ابتدائي
35	14	متوسط
5	2	ثانوي
27.5	11	جامعي
100	40	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن أكبر نسبة كانت للذين لديهم مستوى متوسط التي قدرت بـ (35%) وبلغ عددهم (14)، ثم يليه المستوى الجامعي الذي بلغ عددهم (11) بنسبة مئوية قدرت بـ (27.5%)، في حين بلغ عدد الذين بدون مستوى (7) بنسبة مئوية (17.5%)، وفي المستوى الابتدائي قبل الأخير قدرت النسبة المئوية لديهم بـ (15%) وبلغ عددهم (6)، وأخيرا بالنسبة للمستوى الثانوي يمثل أدنى مستوى حيث بلغ عددهم (2) بنسبة مئوية قدرت بـ (5%)، وهذا ما يوضحه المخطط التالي :



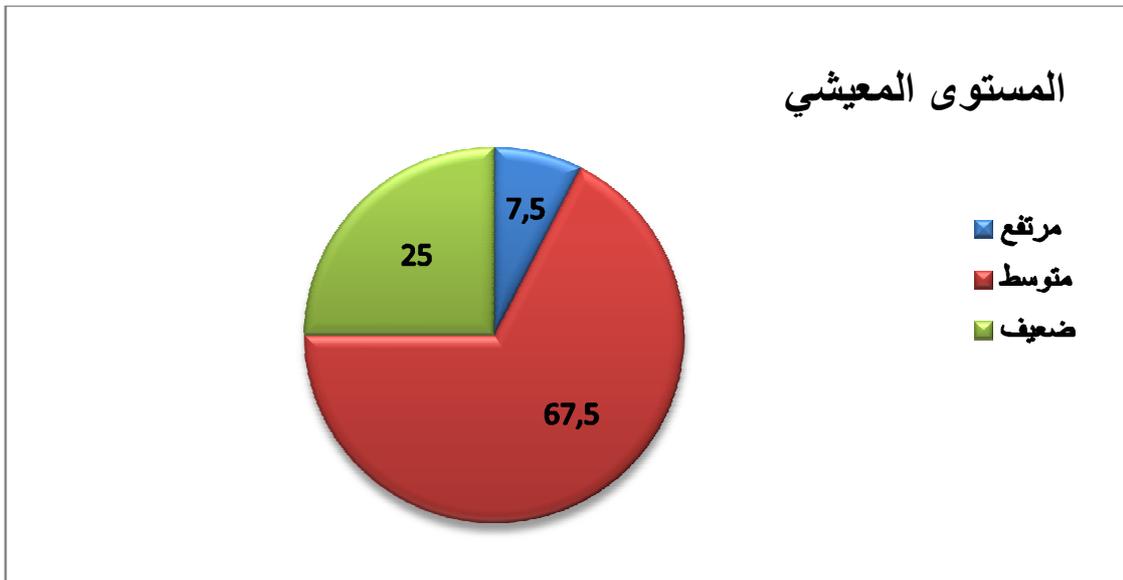
الشكل رقم (05) : يمثل مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي.

• حسب المستوى المعيشي :

الجدول رقم (05): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى المعيشي

النسبة المئوية%	التكرارات	المستوى المعيشي
7.5	3	مرتفع
67.5	27	متوسط
25	10	ضعيف
100	40	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن أعلى نسبة كانت (67.5%) للمستوى المتوسط حيث بلغ عددهم (27)، ثم يليه المستوى الضعيف بنسبة مئوية (25%) والذي بلغ عددهم (10)، بينما كانت أقل نسبة والتي قدرت بـ (7.5%) لصالح المستوى المرتفع الذين بلغ عددهم (3)، وهذا ما سيتم توضيحه من خلال المخطط التالي :



الشكل رقم (06) : يمثل مخطط دائرة نسبية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى المعيشي.

4) أداة الدراسة :

• وصف المقياس :

تكون المقياس في صورته النهائية من (25) فقرة، ويتم الاستجابة على متصل من خمسة نقاط (0-4)، للخيارات أبدا (0)، نادرا (1)، أحيانا (2)، غالبا (3)، دائما (4)، وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل فقرة عليه بوضع علامة (X) أمام الفقرة التي تتفق معه، والجدول رقم (06) يبين توزيع الفقرات على الأبعاد.

الجدول رقم (06): توزيع الأبعاد وعدد فقرات مقياس الصمود النفسي وتسلسلها

رقم	الأبعاد	تسلسل الفقرات	عدد الفقرات
1	الكفاءة الشخصية والتماسك	10،11،12،16،17،23،24،25	8
2	الثقة في الذات والتسامح	6،7،14،15،18،19،20	7
3	التقبل الإيجابي للتغيير والعلاقات الآمنة	1،2،4،5،8	5
4	الضبط	13،21،22	3
5	التأثيرات الروحية والدينية	3،9	2
	المجموع		25

• معيار تصحيح مقياس الصمود النفسي :

ويتم حساب الدرجة الكلية للمقياس بجمع درجاته في الأبعاد الخمسة للمقياس، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (0-100) وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من الصمود النفسي والجدول التالي يوضح ما يلي :

المستوى	المدى
ضعيف	33 - 0
متوسط	67 - 34
مرتفع	100 - 68

الجدول رقم (07) : يمثل معيار تصحيح مقياس الصمود النفسي

(5) الأساليب الإحصائية المستخدمة :

تمت معالجة نتائج الدراسة بالاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (الإصدار 20) (IBM SPSS Statistics 20) باستخدام الباحثة لمجموعة من الأساليب الإحصائية التالية :

- التكرارات والنسب المئوية
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري
- اختبار t- test لعينتين مستقلتين : للتعرف على دلالة الفروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد، والتي تعزى لمتغير الجنس.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (Test One Way ANOVA) .

الفصل الخامس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض النتائج

1.1. عرض النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي

2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

3.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

4.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

2. مناقشة النتائج

1.2. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي

2.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

3.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

4.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

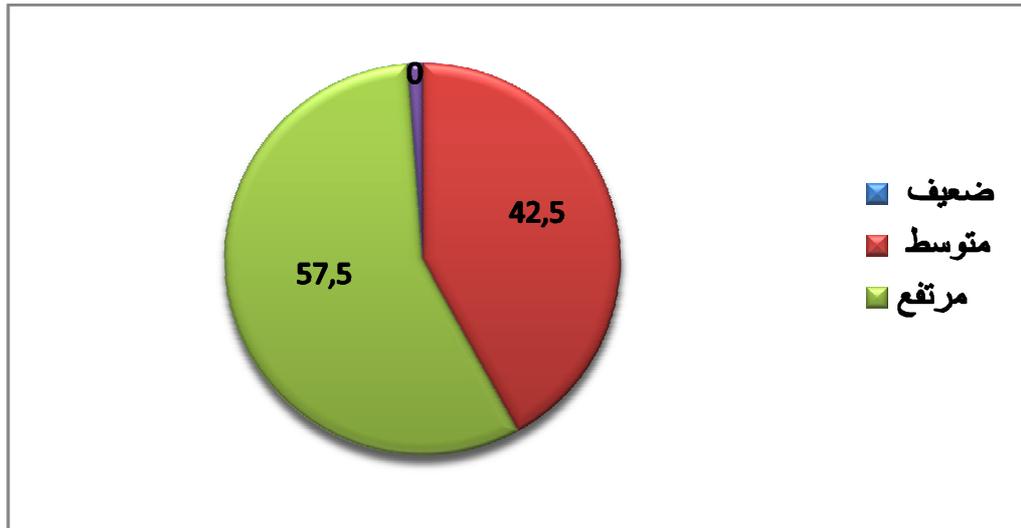
1. عرض النتائج :

1.1. عرض النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي :

الجدول رقم (08) : مستويات الصمود النفسي لدى أفراد عينة الدراسة

الترتيب	النسبة %	التكرارات	المدى	المجال
3	00	00	33 - 0	ضعيف
2	42.5	17	67 - 34	متوسط
1	57.5	23	100 - 68	مرتفع
	100	40		المجموع

من خلال الجدول أعلاه لوحظ أن (57.5%) من أولياء أطفال التوحد لديهم مستوى مرتفع من الصمود النفسي، بينما (42.5%) ممن لديهم مستوى متوسط من الصمود النفسي في المرتبة الثانية، والجدول يوضح المعيار الذي استند إليه الباحث في تصحيح مقياس الصمود النفسي، إضافة لمستويات الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد وهذا ما يوضحه المخطط التالي :



الشكل رقم (07) : يمثل مخطط دائرة نسبية لمستويات الصمود النفسي لدى عينة الدراسة الأساسية

وعليه نستنتج تحقق فرضية الدراسة التي نصت على أنه ' مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد مرتفع' على مقياس الصمود النفسي.

2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

الجدول رقم (09) : نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب

متغير الجنس

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار 't'	درجة الحرية	قيمة (sig)	مستوى الدلالة
الجنس	الإناث	24	68.75	14.16	38	0.41	غير دالة
	الذكور	16	72.81	16.32			

ويتبين من الجدول أعلاه أن الذكور من أولياء أطفال التوحد يقدر متوسطهم الحسابي (72.81) وهو أعلى من درجة الإناث اللواتي يقدر المتوسط الحسابي لهن بـ (68.75) وقدر الانحراف المعياري للذكور بـ (16.32)، وبالنسبة للإناث فقد قدر بـ (14.16)، وقدرت قيمة 't' بـ (0.83) عند مستوى الدلالة (0.41) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) .

إذن : لا توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير الجنس (أنثى - ذكر).

3.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

الجدول رقم (10) : نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب متغير المستوى التعليمي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	قيمة (sig)	مستوى الدلالة
الصمود النفسي	بين المجموع	1831.646	4	457.911	2.31	0.77	غير دالة
	داخل المجموع	6937.729	35	168.221			
	المجموع	8769.375	39				

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة $sig=0.77$ وهي أكبر من (0.05) وبالتالي سنرفض الفرضية، حيث يتضح أنه لا توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي (بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

4.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة :

الجدول رقم (11) : نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في الصمود النفسي حسب متغير المستوى المعيشي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	قيمة (sig)	مستوى الدلالة
الصمود النفسي	بين المجموع	546.042	2	273.021	1.228	0.30	غير دالة
	داخل المجموع	8223.333	37	222.252			
	المجموع	8769.375	39				

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة $sig=0.30$ وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي سنرفض الفرضية، حيث يتضح أنه لا توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى المعيشي (مرتفع، متوسط، ضعيف).

2. مناقشة النتائج :

1.2. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى الصمود النفسي :

نص الفرضية : مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد مرتفع .

ومن خلال نتائج الفرض الأول المعروضة في الجدول (08) يمكن القول أن مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد من أفراد العينة يقع في المستوى المرتفع، أي أن وجود طفل توحد لم يؤدي إلى الإنخفاض في مستوى الصمود النفسي لدى الأولياء، وقد اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة عرفات حسين أبو مشايخ (2018) هدفت إلى الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالصمود النفسي لدى معلمي المعاقين عقلياً

والتي توصلت إلى أن مستوى الصمود النفسي لدى معيبي المعاقين عقليا مرتفع، كذلك مع دراسة عبد المعطي غيث (2017) التي توصلت إلى أن درجة الصمود النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين في المستوى المرتفع، بينما اختلفت مع دراسة زهرة سالم، وكنز حسن (2021) فقد هدفت للتعرف على مستوى الصمود النفسي لدى عينة من الأمهات اللاتي لديهن أطفال توحد وتوصلت إلى أنه لا يوجد صمود نفسي لدى أمهات أطفال التوحد، كذلك مع دراسة الشبراوي، الصياد (2021) التي تهدف إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد، وأسفرت النتيجة أن مستوى الصمود النفسي لدى أمهات ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد في المستوى المتوسط.

ويمكن تفسير هذه النتائج بأن مستوى الصمود النفسي لدى الأولياء يقع في المستوى المرتفع وذلك يعود إلى المصادر الذاتية التي تتمثل في الكفاءة الشخصية وتملك الأولياء وإلى التشبع بالقيم الروحية والدينية التي تعد المصدر الأساسي للصمود النفسي أي أن وجود طفل معاق يعتبر هبة من الله تعالى، والتقبل الإيجابي لأمر الحياة يساعدهم في مواجهة الضغوط النفسية وتحمل أعباء الإعاقة سواء أكانت نفسية أو مادية أو اجتماعية، كما أن امتلاكهم للثقة في النفس والتي تبرز من خلال مواجهة المشكلات وتحمل مسؤولية رعاية واحتضان اضطراب ابنهم، كذلك أهمية استقرار العلاقة الزوجية وجودة التواصل بين الزوجين، زد إلى ذلك دور مصادر الدعم الاجتماعي من المحيط الاجتماعي العائلي، كلها عوامل إيجابية تعزز الصمود النفسي لدى الأولياء، كما يتيح التماسك الأسري والتعاون والدعم المتبادل إلى نجاح الأولياء في وضع تكيف إيجابي مع ابنهم المعاق وتقبله.

2.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية :

نص الفرضية : توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير الجنس.

يتضح من خلال نتائج الدراسة أن الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد ضمن عينة الدراسة لا يختلف باختلاف متغير الجنس (ذكورا وإناث)، وجاءت هذه النتيجة لتتفق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة أبو مشايخ (2018) بأنه لا توجد فروق بين متوسطات الصمود النفسي لدى معيبي المعاقين عقليا تعزى لمتغير الجنس، في حين اختلفت مع دراسة Asmaa maseoud (2017) هدفت إلى التعرف على الصمود النفسي لدى المعاقين حركيا من الجنسين وعلاقته بكل من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة وتوصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث في الصمود النفسي لصالح الذكور لدى عينة الدراسة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنه يشعر الأولياء بنوع من التماسك الشخصي والتقبل الإيجابي وتحمل المسؤولية ونوع من المرونة في التعامل مع اضطراب ابنهم نتيجة الدعم الكافي والمقدم من قبل الجميع، من خلال الدعم الأسري والاجتماعي وكذلك راجع إلى نوعية الخدمات والرعاية والمساندة المتواصلة من قبل المؤسسات والمراكز الراعية لذوي الاحتياجات الخاصة حيث يسعى المختصون في هذا المجال إلى العمل مع كلتا الفئتين في الوقت ونفسه من خلال إعداد البرامج وتنظيم ملتقيات وأيام تكوينية بهدف الإلمام بكل ما يتعلق بهذا الاضطراب ومساعدتهم ومساندتهم للتقليل من حدة التوتر والضغط النفسية التي تقع على عاتق الأولياء وأيضا تبادل الأفكار والمعارف والخبرات قصد التقليل من الصراع والقلق الذي يعيشون فيه، حيث نرى أن كلا من الجنسين يحظى بنوع من الاهتمام والمساندة الدائمة من قبل المختصين والذين يسعون دائما للتأهيل والاستجابة لحاجاتهم والتعليم الإيجابي إضافة

إلى تقديم العون في كيفية التعامل مع أبنائهم واستخدام المهارات الحياتية الإيجابية معهم كلها تعتبر عوامل مدعمة لصدومهم النفسي .

3.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة :

نص الفرضية : توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يتضح من خلال نتائج الدراسة أن مستوى الصمود النفسي ضمن عينة الدراسة لا يختلف باختلاف متغير المستوى التعليمي (بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي)، وجاءت هذه النتيجة لتتفق مع ما توصلت إليه نتائج دراسة زهرة سالم، وكنز حسن (2021) والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصمود النفسي لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وعليه يمكن القول أن المستوى التعليمي لا يحدث فرقا في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن إدراك الأولياء لاضطراب ابنهم والتقبل والرضا في التكفل بابنهم ومساعدته على التكيف وتطوير قدراته تعتبر عوامل تدل على الصمود لمواجهة صعوبات الإعاقة مهما اختلفت مستوياتهم التعليمية هذا راجع إلى تحقيق التعاون والدعم الكامل بين الأسرة والمراكز الخاصة والجمعيات وإشراكها بفاعلية كبيرة في تأهيل الأطفال، وذلك من خلال عقد مجالس واجتماعات علمية، وخصص الإرشاد، وتنظيم مقابلات دورية مع الأولياء بهدف تدريبهم على كيفية التعامل مع أبنائهم بطريقة صحيحة، مع توضيح مواطن القوة والضعف لدى أبنائهم، وكذلك مساعدة هذه الأسر والتكفل بها منذ البداية، مع أهمية رفع مستوى وعيهم بتزويدهم بالمعلومات حول الإعاقة لتحسين اتجاهاتهم نحو أبنائهم والتغلب على المشاعر السلبية لدى الأولياء، إضافة إلى شبكة الدعم الاجتماعي للأسر التي تفتح المجال لأولياء بالمشاركة في الخبرات وتبادل المعارف والخروج من عزلتهم في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن وجود طفل توحدي، بهدف التقليل من

الضغط النفسي وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي للطفل وأسرته، حيث تظهر معالم الصمود النفسي لديهم في تحسين ردود فعلهم وجعلها أكثر إيجابية في التعامل مع اضطراب ابنهم.

4.2. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة :

نص الفرضية : توجد فروق في مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى المعيشي.

يظهر من خلال ما توصلت إليه الدراسة أن مستوى الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد لا يختلف باختلاف المستوى المعيشي للأسر (مرتفع، متوسط، ضعيف)، حيث اتفقت مع دراسة أبو مشايخ (2018) بأنه لا توجد فروق بين متوسطات الصمود النفسي لدى معيلي المعاقين عقليا تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة .

يتضح من خلال النتيجة أن المستوى المعيشي للأسرة لم يؤثر في صمودها النفسي وهذا يظهر من خلال تحمل أعباء الإعاقة وعدم الاستسلام ومجابهة المواقف الضاغطة بصبر وهندوء، ويرجع هذا إلى دور المساندة الاجتماعية للأسر وتقبل المحيط لهذا الطفل ودعمه فهم بحاجة ماسة للدعم، كذلك تشبع الأسرة بالقيم الدينية الإسلامية التي تساهم في تقبل المرض واعتباره قضاء وقدر من الله تعالى والإيمان بأن الابتلاء خير من الله، ولما لها من دور كبير في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة فهي بمثابة السند العاطفي المعلوماتي للأولياء والمرشد إليهم للتأقلم مع وجود طفل معاق، وما نراه في البيئة المحلية أن الأسر على اختلاف مستوياتها توجد لديها ثقافة إيوائية للمعاق أي توفير الأكل والشرب، أيضا يعتبر الدعم المادي المقدم من الدولة يخفف من الأعباء الأسرية، ضف إلى ذلك الحصول على المساعدة والدعم والتكفل بالطفل المعاق من خلال المؤسسات والمراكز الراحية لذوي الاحتياجات الخاصة التي توفرها الدولة بدون تمييز، وبالتالي لا يحدث المستوى

المعيشي فروقا في الأعباء المادية داخل أسرة الطفل التوحيدي ترقى إلى درجة الاختلال في مستوى الصمود النفسي لدى الأولياء .



الخاتمة :

يعد اضطراب التوحد من أصعب وأهم الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال في الوقت الراهن وهذا نظرا لما يخلقه من آثار على مختلف جوانب النمو للطفل (الجسمي، النفسي، الاجتماعي، المعرفي، التواصلية)، ويصل تأثير هذا الاضطراب إلى الأسرة ويؤثر على ديناميكيته ويحدث تغير في مسار حياة أفرادها وبالأخص الأولياء، حيث تقع عليهم مسؤولية التكفل بهذا الطفل وتحمل تبعات هذا الاضطراب من ضغوط مادية، اجتماعية، وحتى على الصحة النفسية لديهم، هنا يتعين على المختصين في هذا المجال الاهتمام بهذه الفئة أكثر بهدف فهم هذا الاضطراب وبالتالي الوصول إلى أفضل الطرق للتكفل بالطفل، وكذلك التكفل بأسرته من أجل تحقيق التكيف مع الإعاقة والاستمرار والتطور في حياتهم بشكل إيجابي، من خلال تطوير أساليب إيجابية تساعدهم على مواجهة الصعوبات والمشاكل وتحقيق الصحة النفسية والتخفيف من الضغوط عن طريق الصمود النفسي وتحقيق ولو قدر من التأقلم والتقبل للطفل التوحدي، فقد حاولت الباحثة في دراستها إعطاء نظرة ومعرفة مستوى الصمود النفسي لدى أولياء الطفل التوحدي والكشف عن تأثير المتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي) في مستوى الصمود النفسي، وقد أوضحت النتائج أن أولياء الطفل التوحدي يتمتعون بصمود نفسي مرتفع وهذا يساعدهم على مواجهة المشكلات المتعلقة بالاضطراب ومحاولة التقليل من العبء والمعاناة، كما يظهر لديهم عدم وجود اختلاف في مستوى الصمود النفسي بالنسبة للمتغيرات الثلاث أي عدم التأثير في قدرتهم على الصمود، حيث تعددت مصادر بنائه بين دعم المحيط الاجتماعي، الدعم الأسري ودعم المراكز والمؤسسات الخاصة بالأطفال المعاقين عقليا الذي ساهم في تطور قدرات أبنائهم، والمصدر الذاتي الذي تمثل في الكفاءة الشخصية والثقة في الذات كذلك النظرة الإيجابية وتقبل التغيير، دون أن ننسى دور الجانب الديني الذي ساهم في تقبل الطفل المعاق، وفي الأخير نرى أن للأسرة دور مهم وتعتبر الحجر الأساس لتكفل سليم وصحي

بالطفل التوحدي وبالأخص الوالدان، ومن خلال دراستنا استطعنا إلقاء نظرة جديدة وإيجابية حول تأثير النسق الأسري بالاضطرابات والإعاقات، وهذا بتواجد أفراد في الأسرة يستطيعون تغيير هذه النظرة والتعايش مع المواقف والأحداث الضاغطة بصورة أكثر إيجابية.

التوصيات والاقتراحات :

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج يمكن الخروج بالتوصيات التالية :

- ◆ ضرورة عقد ورش وندوات ومحاضرات تثقيفية وإرشادية للأسر بشكل عام، والأولياء بشكل خاص على التوعية بمعلومات عن الاضطراب، وكيفية التعامل مع احتياجات أبنائهم، والتعرف على الأساليب التربوية المناسبة لتعليمهم، والحفاظ على حقوقهم.
- ◆ إقامة علاقة تعاونية بين الأولياء والمختصين النفسيين الأمر الذي يساعد على تحقيق مزيد من التنفيس الانفعالي الإيجابي وهذا يؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل.
- ◆ إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول الصمود النفسي لتدعيم هذا المفهوم.
- ◆ الاهتمام بتوجيه أولياء الأطفال المصابين بإعاقات من خلال المحاضرات وتنظيم مقابلات دورية إلى تقبل أدوارهم المتعددة، وتشجيعهم على الاهتمام بصمودهم النفسي من أجل تحقيق صحة نفسية أفضل.
- ◆ الاهتمام بالبحوث والدراسات في مجال علم النفس الإيجابي ومفاهيمه المتعددة مثل جودة الحياة والأمل والهناء النفسي.
- ◆ إعداد برامج تدريبية وإرشادية لتنمية الصمود النفسي لدى أولياء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ◆ التوعية الإعلامية لمؤسسات المجتمع المدني للاهتمام بهذه الفئة.

البحوث المقترحة :

- ◆ دراسة الفرق بين أولياء الأطفال التوحديين وأولياء أطفال الإعاقات الأخرى في الصمود النفسي .

- ◆ إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات أخرى من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- ◆ دراسة الصمود النفسي كمتغير وسيط في العلاقة ما بين الضغوط النفسية والمساعدة الاجتماعية لدى أولياء الأطفال التوحديين.
- ◆ فعالية برنامج إرشادي لتنمية الصمود النفسي لدى أولياء الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- ◆ الصمود النفسي وديناميكية العائلة لدى أولياء أطفال التوحد.

المصادر والمراجع

قائمة المراجع :

1. أطيش ولاء، يوسف. (2021). **التدين وعلاقته بالصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين**. رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، جامعة الخليل.
2. أبو مشايخ عرفات، حسين. (2018). **الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالصمود النفسي لدى معيبي المعاقين عقليا في قطاع غزة**. رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، الجامعة الإسلامية بغزة.
3. أبو غالي عطف، محمود. (2017). **فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الصمود النفسي لمواجهة الضغوط لدى المراهقات المتصدعات أسريا**. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 18، (1)، 407-444.
4. الرفاعي زينب، محمد وبدرية كمال، أحمد. (2019). **الصمود النفسي وعلاقته بالدافع للإنجاز لدى عينة من طلاب الدراسات العليا الوافدين**. مجلة الدراسات العربية، 18، (4)، 835-884.
5. العبادي رائد، خليل. (2011). **التوحد**. ط1. عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
6. القمش نوري، مصطفى. (2011). **إضطرابات التوحد "الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية**. ط1. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع .
7. الحمادي، أنور. (2014). **خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5)**: الدار العربية للعلوم ناشرون.
8. الشرقاوي محمود عبد الرحمان، عيسى. (2018). **مشكلات الطفل التوحيدي**. ط1. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .
9. الطلاع محمد عصام، محمد. (2016). **الذكاء الروحي وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلبة الجامعة**. رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، الجامعة الإسلامية بغزة.

10. الشبراوي حسنين، أحمد والصيد وليد عاطف، منصور. (2021). جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والسمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، (129)، 519-557.
11. الشويكي ناجح، علاء. (2019). الصمود النفسي وعلاقته بالإجهاد الوظيفي لدى عينة من الممرضين العاملين بأقسام العناية المكثفة. رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، جامعة الخليل .
12. البشرابي شاكر أحمد، محمود والعزاوي كردي غداب، وسام. (2018). المرونة النفسية وتوجهها نحو الحياة والسلوك الدراسي للطلاب الجامعيين. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 25، (12)، 387-420 .
13. المحمودي سرحان علي، محمد. (2019). مناهج البحث العلمي. ط 3. صنعاء- اليمن : دار الكتب للنشر.
14. الغبور محمد جمعة، سماح. (2019). فاعلية برنامج إرشادي لبعض استراتيجيات الصمود النفسي وأثره في خفض العجز المتعلم والكفاءة الاجتماعية والتوافق المدرسي لدى عينة من المراهقات ذوات صعوبات التعلم. رسالة دكتوراه منشورة، مصر، جامعة الدول العربية - القاهرة.
15. الفرحاتي السيد، محمود، وأبو العينين العدروس، مرفت، والمقدامي محمد، نعيمة، وسعيد الطلى، فاطمة. (2015). اضطراب التوحد (دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل). المركز القومي للاختبارات والتقييم التربوي (وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث) : مصر.
16. العارف محمد، ليلي. (2020). الأمل والتفاؤل كمدخل لتنمية الصمود النفسي لدى عينة من أمهات التوحديين. مجلة الجامعة الأسمرية (العلوم الشرعية والإنسانية)، 33، (2).

17. البلطي مسعود محمد أحمد، أسماء. (2017). التنبؤ بالصمود النفسي من خلال المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، (175 الجزء الثاني)، 221-260.
18. بن عزوزي، إبراهيم. (2019). الصمود النفسي لدى المعاق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 12، (2)، 159 - 169.
19. بلي، أمينة. (2015). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة عبد الحميد ابن باديس-مستغانم-.
20. بركات، زياد. (2020). فعالية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تنمية الصمود النفسي لدى طلبة الجامعة. المجلة الأكاديمية العالمية في العلوم التربوية والنفسية، 1، (1)، 1 - 51.
21. بدر محمود، إبراهيم. (2004). الطفل التوحدي "تشخيصه وعلاجه". ط1. القاهرة: دار النشر مكتبة الأنجلو المصرية.
22. باسي، هناء. (2016). أساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي اضطراب التوحد. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة .
23. تامر شوقي، إبراهيم. (2014). الصمود النفسي وعلاقته بكل من الضغوط النفسية والصلابة النفسية والرجاء لدى عينة من طلاب الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 24، (85)، 137 - 200.
24. تامر فرح، سهيل. (2015). التوحد "التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج". ط1. عمان - الأردن : دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
25. زروالي، لطيفة. (2021). اضطراب طيف التوحد -من الفهم إلى العلاج-. ط1. الجزائر: دار كنوز للإنتاج والنشر والتوزيع.
26. زغدي، نذيرة. (2018). التصورات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي.

27. سليمان محمد، سناء. (2014). **الطفل الذاتوي (التوحيدي) بين 'الغموض والشفقة، والفهم والرعاية**). ط1. مصر: عالم الكتب.
28. سليمان، ريم. (2015). **الصمود النفسي ومعنى الحياة والتدفق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، 37، (4)، 89 - 105.**
29. سام، جولدستين و روبرت ب. بروكس. (2011). **الصمود لدى الأطفال. (ترجمة صفاء الأعسر) ط1. مصر: المركز القومي للترجمة. (نشر العمل الأصلي 2006).**
30. سنوسي، سمية. (2017). **واقع التكفل الأسري بأطفال التوحد. مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، 1، (1)، 28 - 43.**
31. شقرة، نسرين. (2020). **الشعور بالأمل وعلاقته بالصمود النفسي لدى مرضى السكري. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة محمد بوضياف - المسيلة.-.**
32. شريف، زهرة. (2019). **الصمود النفسي وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى الطلبة المقبلين على التخرج. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.**
33. شاكر مجيد، سوسن. (2010). **التوحد أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه ط2. الأردن : ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع.**
34. طراد، نفيسة. (2013). **فاعلية برنامج تدريبي في تحسين المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحيدين. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة - .**
35. علي قشقش سالم، زهرة وكنز حسن علي دله، منصور. (2021). **الصمود النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد. مجلة جامعة سبها للعلوم الإنسانية، 180 - 187.**

36. عبد المعطي غيث، أزهار. (2017). الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين. رسالة ماجستير منشورة، فلسطين، جامعة الأقصى.

37. غزال فتحي، مجدي. (2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية.

38. فاتن فاروق، عبد الفتاح وشيرى مسعد، حليم. (2014). الصمود النفسي لدى طلبة الجامعة وعلاقته بكل من الحكمة وفاعلية الذات لديهم. مجلة كلية التربية، (15)، 90-134.

39. لعوالي، فاطيمة. (2015). التناول النسقي للإرجاعية لدى إخوة الطفل التوحد. رسالة ماجستير، الجزائر، جامعة وهران 2.

40. محلعين، أسامة. (2019). واقع التكفل النفسي بأطفال التوحد. رسالة ماستر منشورة، الجزائر، جامعة العربي بن مهدي أم البواقي.

41. دليل اضطراب طيف التوحد. د.ت، مركز تنمية وتأهيل الطفل لدورنبشير، جامعة أوريغون للصحة والعلوم.

المراجع الأجنبية :

42. American Psychological Association، (2014). **The Road to Resilience.**
43. Bouzarari، Thizir، Gouiri، Narymane. (2020). **La résilience et la dynamique familiale chez les parents ayant un enfant autiste.** (mémoire de master)، Algérie، Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
44. Cyrulnik، Boris، Jorland، Gérard. (2012). **Résilience 'Connaissances de Base'**. Paris : odile jacob.

45. Fourcade. C , Kruck. J, Rogé. B. (2015). **Les parents face au trouble du spectre de l'autisme de leur enfant : evaluation du fardeau ressenti face au handicap, de la capacité de resilience et de la qualité de vie des parents.** research gate, 365-375.
<https://www.researchgate.net>
46. Ledesma, Janet. (2014). **Conceptual Framework and Research Models on Resilience in Leadership.** journals sage open, 1-8.
47. Oukaci, Yasmina. (2020). **Résilience chez parents ayant un enfant autiste.** (mémoire de master publié), Algérie, Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
48. Phaneuf, Margot. N.d. **La résilience : concept abstrait ou pratique de vie.**

الملاحق

الملحق (01) : مقياس الصمود النفسي

جامعة بن باديس – مستغانم

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم : علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

التعليمة :

في إطار التحضير لنيل شهادة ماستر أكاديمي تخصص علم النفس العيادي، نقوم بدراسة تحت عنوان الصمود النفسي لدى أولياء أطفال التوحد، نضع بين أيديكم مجموعة من العبارات ونرجو منكم الإجابة وذلك بوضع علامة (X) أمام الخانة التي تراها ملائمة بهدف الاستفادة منكم، مع العلم أن إجاباتكم ستحظى بالسرية التامة ولا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي ، ونشكركم مسبقا على تعاونكم معنا .

نرجو ملاً البيانات الآتية :

جنس الولي : أنثى ذكر

المستوى التعليمي : بدون مستوى ابتدائي متوسط
ثانوي جامعي

المستوى المعيشي : مرتفع متوسط ضعيف

الحالة الاجتماعية : متزوج (ة) مطلق (ة) أرمل (ة)

مقياس الصمود النفسي

الرقم	الفقرات	دائما	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
01	لدي القدرة على التكيف مع مواقف الحياة المتغيرة					
02	لدي علاقات قائمة على الثقة					
03	أعتقد بأن الله خالق الأقدار سيساعدني					
04	أستطيع التعامل مع كل ما سوف يأتي من مواقف جديدة					
05	تعطيني نجاحات الماضي الثقة في					

					التحديات الجديدة	
					أنظر إلى الجانب الإيجابي من الأشياء	06
					يجعلني التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة أكثر قوة وأكثر إصراراً	07
					عادة ما أستعيد توازني بعد مواجهة الشدائد وبعد التعرض للمعاناة	08
					الأشياء التي تحدث في الحياة هي مشيئة الله تعالى	09
					أفضل أن أبذل الجهد بغض النظر عن النتيجة المتوقعة	10
					اضطراب ابني ليس عائقاً في تحقيق أهدافي الخاصة	11
					عندما تبدو الأمور ميؤوساً منها لا أستسلم بسرعة	12
					أعرف من أين أحصل على المساعدة	13
					في المواقف الصعبة، يمكنني التركيز والتفكير بوضوح	14
					أفضل أن أبادر في حل المشكلات	15
					! يؤثر الفشل على عزيمتي	16
					أرى نفسي شخصاً قوياً	17
					يمكنني اتخاذ القرارات الصعبة	18
					يمكنني التعامل مع المشاعر السلبية	19
					يمكنني الاعتماد على إحساسي وبصيرتي وإن لم تكن الأمور واضحة تماماً	20
					لدي هدف واضح في الحياة	21
					لدي القدرة على ضبط حياتي	22
					أحب التحدي	23
					أعمل على تحقيق أهدافي	24
					أنا فخور بإنجازاتي	25

الملحق (2) : تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،
الطالب(ة): نبذة أ. حميد بن باديس مستغانم
الجامعي: 17.17.37.03.04.37
الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 10.25.43.219.21 والصادرة بتاريخ:
..... 23/02/2017
عن مسجلة المسجل بكلية العلوم الاجتماعية / قسم: العلوم الاجتماعية /
شعبة علم النفس

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

..... ادريس د. البشير لحي أولياء أطفال النوحه
..... دراسة جدانية بالبرازيل النفسية للتغذية
.....

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية
والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ:

إمضاء المعني



* ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 28 جويلية 2016 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية
ومكافحتها.

