جامعة يحي فارس – المدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد (دراسة لـ 6 حالات)

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:
أمال تيغريني
عائشة غراف

تحت إشراف:
د/ يزيد شويعل

السنة الجامعية: 2022 - 2023


بسم الله الرحمن الرحيم



شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات وبتوفيقه تتحقق الغايات والصلاة والسلام على خير الأنام الذي قال: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس"

لابد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة تعود إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهودا كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد...

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف "**يزيد شويعل**" الذي رافقنا طيلة هذا البحث ولم يبخل علينا بكل ما لديه من معلومات ومراجع والنصائح القيمة راجين من الله عز وجل أن يسدد خطاه ويحقق مناه فجزاه الله عنا كل خير.

ونتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء "**لجنة المناقشة**" كل باسمه حفضهم الله على تفضلهم بمناقشة المذكرة وإلى كل "**أساتذة علم النفس العيادي**" الكرام على النصائح التي أمدونا بها وإلى كل عمال جامعة يحي فارس ونخص بالذكر عمال" **كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية**" على المساعدات والتسهيلات المقدمة لنا فجزاهم الله عنا كل خير

نتقدم بالشكر الجزيل إلى المشرفة على تربصنا الميداني الأخصائية النفسانية "**خديجة حداش**" ولا سيما المشرفة على تسهيل المهمة الخاص بالمذكرة رئيسة مركز التوحد الأخصائية النفسانية "**شهيرة وعدية**" حفضهم الله بحفضه.

وأخيرا لا يفوتنا أن نعبر عن بالغ تحياتنا إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث المتواضع

إهداء



إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين...

سيد المرسلين محمد صلى الله عليه وسلم

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى كل الأساتذة المحترمين الذين وقفوا جاهدين على إ تمام هذا العمل المتواضع وأشكرهم على النصائح العلمية والتوجيهات التي قدموها لنا أثناء فترة المذكرة

أساتذة الجامعة

إلى ملاكي في الحياة، إلى معني الحب والحنان، وإلى بسمة الحياة وسر الوجود، إلى من كان دعائها سر نجاحي، وحنانها بلسم جراحي، إلى نور قلبي، إلى نور حياتي ...

أمي الحبيبة

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى من علمني العطاء بدون انتظار، إلى من أحمل اسمه بكل افتخار...

أبي العزيز

إلى أصحاب القلوب الطيبة، والنوايا الصادقة، إلى من رافقوني منذ أن حملنا حقائب صغيرة، وسرت معهم خطوة بخطوة، ومازالوا يرافقوني حتى الأن (حمزة، إسماعيل، خديجة، نوال، مروة، سعد الدين)

إخوتي وأخواتي

إلى من تحلوا بالإخاء، وتميزوا بالوفاء والعطاء، إلى ينابيع الصدق الصافي، إلى من معهم سعدت، إلى من كانوا معي على طريق النجاح والخير...

صديقاتي

إلى كل من وقف بجانبي مشاركا وموجها وناصحا...

أهدي هذا العمل المتواضع

عـــــــــائشـــــــــة

Designed by pngtree

إهداء



أهدي هذا العمل المتواضع من أرضعني الحب والحنان ورمز الحب وبلسم الشفاء أمي العزيزة والغالية وإلى القلب الكبير الذي لم يبخل على يوماً بشيء أبي العزيز أقول لهم: أنتم وهبتموني الحياة والأمل والنشأة على شغف الاطلاع والمعرفة

إلى إخوتي الذين هم سندي في هذه الحياة حفظهم الله ورعاهم

إلى جدي وجدتي وكل فرد من عائلة سعودي حفظهم الله ورعاهم

إلى جدتي الثانية أطاله الله في عمرها وكل فرد من عائلة تيغريني

إلى جميع أساتّذتي من الابتدائية حتى السنة ثانية علم النفس العيادي

إلى كل الزملاء من شعبة العلوم الاجتماعية وإلى كل دفعة سنة ثانية ماستر علم النفس العيادي دفعة 2022-2023

إلى كل صديقاتي الغاليات بدون استثناء

سيقف قلمي هنا ليستقر بين أنظاركم ما كتبت لعل هذه المفردات تكون خير معين حتى تتذكروني يوما ما.

أمـــــــــــال

Designed by pngtree

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة التي جاءت بعنوان الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد إلى التعرف على درجة الشعور بالذنب لديهن والكشف عن الحالة النفسية لدى هؤلاء الأمهات.

وللإحاطة بجوانب الموضوع تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين نظري وتطبيقي، الجانب النظري تم التعرض فيه إلى الفصل التمهيدي مع الدراسة بتحديد مشكلة البحث التي جاءت بالصيغة الآتية: ما مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟

وقد تم إجراء الدراسة الميدانية في مركز التوحد بطحطوح المدية، وقد استخدمنا منهج دراسة الحالة، كما قمنا باستخدام المقابلة النصف موجهة وتم تطبيق مقياس الشعور بالذنب على كل أفراد العينة الذين كان عددهم 6 حالات وقد تحصلنا على النتائج التالية:

مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد مرتفع عند حالتين أما الأربع حالات الأخرى منخفض.

الكلمات المفتاحية: طيف التوحد، الشعور بالذنب، أمهات أطفال طيف التوحد.

Study Summary:

This study, titled Guilt in Mothers of Children with Autism Spectrum, aims to identify the degree of guilt they have and reveal the psychological state of these mothers.

To take note of the aspects of the topic, this study was divided into two theoretical and practical aspects; the theoretical side was exposed to the introductory chapter with the study to identify the research problem, which came in the following formula: What is the level of guilt among mothers of children with autism spectrum?

The field study was conducted at the Autism Center in Tahtouh Medea, and we used the case study methodology, and we also used the half-directed interview, and the guilt scale was applied to all the sample members, who numbered 6 cases, and we obtained the following results:

The level of guilt in mothers of children with autism spectrum is high in two cases and in the other four cases is low.

Keywords: autism spectrum, guilt, mothers of children on the autism spectrum.

فهرس المحتوى:

عناوين المحتويات	الصفحات
شكر وعرفان	
إهداء 1	
إهداء 2	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتوى	
فهرس الجداول	
فهرس الملاحق	
مقدمة	أ-ب
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
1ـ إشكالية الدراسة	-3-
2ـ فرضيات الدراسة	-5-
3ـ أهداف الدراسة	-6-
4ـ أهمية الدراسة	-6-
5ـ تحديد مفاهيم الدراسة	-6-
6ـ الدارسات السابقة	-6-
الفصل الثاني: الشعور بالذنب	
تمهيد	-11-
1-تعريف الشعور بالذنب	-11-
2ـ أنواع الشعور بالذنب	-11-
3ـ أسباب الشعور بالذنب	-12-

4ــ مصادر الشعور بالذنب	-12-
5ــ النظريات المفسرة للشعور بالذنب	-13-
خلاصة الفصل	-19-
الفصل الثالث: طيف التوحد	
تمهيد	-21-
1ــ لمحة تاريخية عن طيف التوحد	-21-
2ــ تعريف طيف التوحد	-22-
3ــ أعراض طيف التوحد	-24-
4ــ أسباب اضطراب التوحد	-27-
5ــ تشخيص اضطراب التوحد	-28-
6ــ علاج التوحد	-34-
خلاصة الفصل	-41-
الفصل الرابع: العلاقة أم طفل	
تمهيد	-43-
1ــ تعريف الأمومة	-43-
2ــ مراحل الأمومة	-43-
3ــ أنواع الأمهات	-44-
4ــ أهمية الأمومة	-46-
5-الدور الامومي	-48-
6ــ العلاقة أم طفل	-50-
7ــ المقاربات النظرية لتفسير علاقة أم طفل	-52-
خلاصة الفصل	-55-
الجانب التطبيقي	

الفصل الخامس: منهجية الدراسة	
تمهيد	-58-
1ــ الدراسة الاستطلاعية	-58-
2ــ المنهج المتبع في الدراسة	-58-
3ــ حدود الدراس	-59-
4ــ مجتمع الدراسة	-60-
5ــ أدوات الدراسة	-60-
الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج	
تمهيد	-64-
1ــ الحالة الأولى	-64-
2ــ الحالة الثانية	-71-
3ــ الحالة الثالثة	-77-
4- الحالة الرابعة	-83-
5ــ الحالة الخامسة	-88-
6ــ الحالة السادسة	-93-
الاستنتاج العام	-99-
اقتراحات الدراسة	-100-
الخاتمة	-101-
قائمة المراجع	-103-
الملاحق	-108-

قائمة الجداول:

عنوان الجدول	الصفحة
الجدول (1): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد الحالة الأولى	-68-
الجدول (2): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد الحالة الثانية	-75-
الجدول (3): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد الحالة الثالثة	-80-
الجدول (4): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد الحالة الرابعة	-86-
الجدول (5): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد الحالة الخامسة	-91-
الجدول (6): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين يطيف التوحد الحالة السادسة	-96-

مقدمة

مقدمة

تمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم، ويتجلى ذلك بوضوح في مدى العناية التي تواليها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير إمكانيات النمو الشامل في جميع النواحي مما يساعد في اعدادهم لحياة شخصية واجتماعية واقتصادية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما كان حجم إسهامه، أما إهمال هذه الفئة فيؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقاتهم ويصبحون عالة على أسرهم ومجتمعهم ومن هذا يلزم التدخل العلاجي لمواجهة مثل هذه المشكلات المترتبة عن الإعاقة.

ولذا اهتمت العديد من الدراسات الحديثة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة الطفل التوحدي (Autistique Childe) في السنوات الأخيرة حتى أننا نجد أغلب دورات علم النفس في الخارج أخذت في أعداد مقالات متخصصة عن هذه الفئة من الأطفال ولا شك ان الازدياد العلمي لهذه النوعية من الأطفال قد أدى إلى ضرورة عمل دراسات متخصصة وسريعة لمعرفة طرق العلاج.

إن ميلاد طفل بعد انتظار الأم ومعها أفراد العائلة بشوق طيلة فترة حملها، حيث تتبنى خلالها الأحلام والآمال لرؤية مولودها لتضعه في حضنها، ولتربيته على أتم وجه ليتبعه بعد ذلك تتبدد تلك الأحلام وتتحول تلك الآمال التي تعلقها على طفلها إلى وجود علة فيه كونه من ذوي الاحتياجات الخاصة لأن الإعاقة مهما كان نوعها فهي تؤثر سلبا على الأسرة.

وتلعب الأسرة دورا فعالا في التخفيف من حدة هذه القيود ومن الأثار السلبية التي يفرضها هذا الاضطراب على الفرد التوحدي، إذ تعد البيئة الأسرية الوسط الرئيسي والدائم لنمو الطفل، كما تلعب الاستجابات الأسرية تجاه الطفل دورا فعالا في تشكيل الكيفية التي يدركها الطفل ذاته وفي تحديد الطريقة التي يتعامل بها مع العالم الخارجي، حتي أن أي جهد يبذل في رعاية الطفل التوحدي سواء أكان جهدا علاجيا أم تدريبا أم إرشاديا أم تأهيليا يعد جهدا منقوصا محدود الفائدة ما لم يصاحبه تدخل موازيا مكملا له على المستوى الأسري، حيث أنه لا يمكن لعلاج الطفل أن يكتمل أو ينجح إلا إذا وضعنا في الحسبان تلك العوامل التي

ترتبط بالأسرة والعوامل المؤثرة فيها والتي تتمثل في تلك الأحداث الضاغطة التي تتعرض لها أسرة الطفل التوحدي.

وباعتبار هذا الاضطراب من أصعب وأخطر الاضطرابات التي تمس مختلف جوانب النمو لدى الطفل، وهذا يجعله يحتاج إلى الرعاية وتكفل مستمر من طرف الأم مما يزيد من مسؤوليتها في حماية الطفل وهذا الأخير يجعل الأم تعيش حالة نفسية خاصة، كعدم التقبل، الإنكار، الشعور بالذنب، مقارنة بالأم التي لديها طفل سليم. وقد حاولنا في هذه الدراسة معرفة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد من خلال بناء وتطبيق (مقابلة نصف موجهة، ومقياس الشعور بالذنب) وهذا لمعرفة مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

وقد قسمنا هذه الدراسة إلى جانبين الجانب النظري والجانب التطبيقي.

1-الجانب النظري: يحتوي على أربعة فصول:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة ويحتوي على (إشكالية الدراسة، الفرضيات، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة).

الفصل الثاني: الشعور بالذنب وتم التطرق من خلال هذا الفصل إلى (تعريف الشعور بالذنب، أنواع الشعور بالذنب، أسباب، مصادر، النظريات المفسرة للشعور بالذنب).

الفصل الثالث: تطرقنا فيه إلى تعريف طيف التوحد، أعراض، أسباب، تشخيص، علاج طيف التوحد).

الفصل الرابع: العلاقة أم طفل تطرقنا فيه إلى (تعريف الأمومة، مراحل الأمومة، أنواع الأمهات، أهمية الأمومة، الدور الأمومي، العلاقة أم طفل، المقاربات النظرية لتفسير العلاقة أم طفل).

2-الجانب التطبيقي: تطرقنا فيه إلى فصلين.

الفصل الأول: منهجية الدارسة والذي يحتوي على الدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع في الدراسة، حدود الدراسة، مجتمع الدراسة، أدوات الدراسة.

الفصل الثاني: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج والاستنتاج العام.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1-إشكالية الدراسة

2-فرضيات الدراسة

3-أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5-تحديد مفاهيم الدراسة

6-الدراسات السابقة

1ـ إشكالية الدراسة:

مما لا شك فيه إن ولادة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تشكل صدمة كبيرة بالنسبة للأسرة عامة.

فالدراسات التي تطرقت إلى ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة بينت أن مشكلة الطفل التوحدي هي مشكلة الأسرة وأن تلبية وإشباع حاجات الطفل لا تتم بدون تلبية حاجة أسرته لأن وراء كل طفل توحدي أسرة ذات حاجات خاصة إلى أن وجود طفل توحدي في الأسرة سيخلق مشكلات وضغوطات ويشكل إحباط شديد وقلق، كون أن هذا الطفل بدون مستقبل، الأمر الذي قد يؤدي بهما إلى عدم التقبل الضمني أو المعلن لهذا الطفل، حيث يتولد عن الصدمة سلوكيات غير مطابقة مثل الإهمال القسوة او الإفراط في الحماية القائمة عن الشعور بالذنب، هذا الأخير يعاش لدى الوالدين عامة والأم خاصة كفشل باعتبارها الشخص الأكثر ألما وإحساسا بهذا الجرح. وتعتبره الأم كنقص يقلل من قيمتها ويشعرها بالذنب وتعتبره كعقاب وعلة، فبدل أن يكون هذا الطفل المنتظر مصدر للفرح أصبح يشكل مصدر للقلق والتفكير السلبي عند الأبوين. **(ملال صافية، 2020، ص16).**

يعتبر الاضطراب التوحدي من الاعاقات النمائية الشاملة التي مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها وبالتالي تعوق الطفل التوحدي عن التواصل والتفاعل مع الأخرين ويعتبر سلوك الطفل التوحدي سلوك معقد، وفي أغلب الأحيان ليس من اليسير أن يعرف لماذا يصدر هذا السلوك أو ماذا يريد من وراءه. فالتوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل العادي، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي 60 سنة، ويعرف بصعوبة التواصل والعلاقات الاجتماعية وباهتمامات ضيقة قليلة، وقد حاول الأطباء معرفة أسباب هذا المرض ورجح الكثير منهم الإصابة به إلى أسباب عضوية وليست نفسية رغم أنها مازالت غير محددة تماما.

(فايز إبراهيم عبد الله أحمد، 2009، ص3).

ولقد عرف اضطراب التوحد في السنوات الأخيرة انتشارا رهيبا عبر العالم، حيث تشير الإحصائيات العالمية إلى ارتفاع نسبته من (1) مصاب لكل (10000) نسمة سنة (2004)

إلى 1مصاب لكل (100) نسمة في سنة (2017)، وفي بعض الدول أقل من ذلك مثل كندا التي بلغت نسبة انتشار التوحد بها (1) لكل (66) نسمة.

أما في الجزائر فإن لإحصائيات المقدمة سنة (2016) تشير إلى أن عدد المصابين بالتوحد في الجزائر قد بلغ (400.000) حالة.

أمام هذا التسارع في نسبة انتشار نجد في المقابل ظهور مشكلة اختلاف الرؤى والاتجاهات حول معايير التشخيص وتحديد الأسباب، مما نجم عنه الاختلاف في الطرق وأساليب التكفل بالمصابين به، الشيء الذي أعاق العملية (التكفل) بشكل ملحوظ.

(مزوز بركو، 2018، ص 1).

اليوم الذي يكشف فيه إعاقة الطفل في الأسرة تعتبر مرحلة حاسمة تؤدي إلى تغيير جذري في المسار النفسي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بحيث هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خاصة أمام واقع مر سواء كانت الإعاقة حركية أو جسدية أو العقلية، قد يكون الطفل مصاب باضطراب من الاضطرابات النمائية والارتقائية كالطيف التوحد الذي يعرف أنه اضطراب يصيب الأطفال في سن المبكرة من العمر من سن ثلاث سنوات تقريبا فيجعل الطفل من هؤلاء غير قادرين على التواصل. وتظهر الأم استجابة الإصابة طفلها بطيف التوحد من خلال عدة ردود أفعال وتمر ببعض المراحل كالصدمة والحداد والحزن والخجل والخوف والغضب والشعور بالذنب لكن في الأخير تصل إلى مرحلة التكيف والتقبل وهذه المرحلة تؤدي بالأم إلى تقبل طفلها التوحدي. **(جبالي صباح، 2012، ص18).**

يعد الشعور بالذنب من الحالات التي تعاني منها أغلب النساء **(الزبيدي، 1999).** فهو حالة انفعالية خاصة مؤلمة نابعة من ضمير الفرد نتيجة لارتكابه فعلا أو حدثا يتأسف عليه أسفا عميقا ويرافق الشعور بالذنب بعض المظاهر السلوكية مثل الاستجابات الانفعالية، التقط بمشاعر الذنب أو ربما الميل إلى البحث عن عقاب الذات.

ويعرف الشعور بالذنب: على أنه الألم نفسي داخلي يشعر به الفرد داخليا، أي حوار داخلي بينه وبين ذاته.

وعرفه كل من: "**توم كنيس**" (1987) هو حالة أو شعور سلبي موجه نحو الذات ناجم عن اختلاط مع انفعالات أخرى أساسية (الخجل، الضيق، الخوف، الغضب، والتطرق).
(زينة علي صالح، 2018، ص247).

ومن هنا اقتضت الضورة وبرزت الحاجة إلى دراسة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وبالأخص نظرة الأم وكيفية شعورها بالذنب للآن لديها طفل مصاب بالتوحد لأنه في غالبية الأمر تقع مسؤولية تنشئة الطفل على عاتقها، فضلا عما يتمتع به الطفل من موقع بالغ الأهمية بالنسبة للأم في بيئة الجزائرية.

وبما أن الطفل التوحدي يحتاج للرعاية كونه من ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يعاني من صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل كما أنه لا يستطيع تلبية حاجياته بمفرده، ولا يعتمد على نفسه مثل الطفل العادي بل يحتاج إلى مساندة من أجل تطوير مهاراته وبرامج علاجية خاصة وهذا من خلال تعاون الأولياء مع مختصين ذو كفاءة عالية والتدخل المبكر الذي ثبت بشكل قاطع أنه يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع أطفال التوحد.

وبما أن للشعور بالذنب دور في توجيه سلوك الأم التي لها الدور الرئيسي في عملية رعاية وتنشئة طفلها المصاب بطيف التوحد والذي يحتاج إلى دعم ومساندة خاصة نظرا لإعاقته والصعوبات التي تواجهها الأم في معاملة طفلها التوحدي حيث تتبنى بعض الأفكار الخاطئة في كيفية معاملة طفلها وشعورها بالذنب المستمر.

انطلاقا مما سبق سنحاول من خلال دراستنا هذه التعرف على الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ومعرفة الطرق التي تساعد الطفل في العلاج وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

1ـــ ما هو مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد؟.

2-الفرضيات:

1-يتميز مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بالارتفاع.

3-أهداف الدراسة:

ـ التعرف على مدى تأثير الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد.

ـ التركيز على الأم لأنها أكثر شخص لديه اتصال بالأطفال.

ـ التركيز على فئة الأطفال المصابين بطيف التوحد لانتشاره ومدى صعوبة التعامل معه.

4-أهمية الدراسة:

ـ تثقيف الأم لتخفيف من الشعور بالذنب لمعرفة التعامل مع الطفل.

ـ محاولة إيجاد طرق فعالة لمساعدة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للتكيف مع ابناءهم.

- قلة وجود مراكز متخصصة لاستقبال هذه الفئة.

5-تحديد مفاهيم الدراسة:

تعريف الشعور بالذنب: هو حالة من التوتر والضيق والانزعاج الذي ينتاب الإنسان ويسيطر عليه والذي يعمد فيه للبحث عن حل تكيفي ليخلصه من تلك المشاعر والتي تظهر لدى الفرد عند التعرض لمواقف معينة مسببة لها **(محمد رزق البحيري وآخرون، 2018، ص22).**

التعريف الاجرائي للشعور بالذنب: هو التفكير المستمر بأخطاء في السلوك أو في الماضي فهو يؤثر على قدرة الشخص لمتابعة أهدافه ويقاس من خلال الدرجة التي يتحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب.

6-الدراسات السابقة:

دراسة "**أردن أوكباخ**" (Emden .Ok bag) "كيف تأثرت سمات الشخصية على الشعور بالذنب والشعور بالخزي" هدفت الدراسة إلى التعرف على القوة التنبئية لنموذج سمات الشخصية الخمس على مشاعر الذنب والعار في الثقافة التركية وتتألف العينة من (360) (177 طالب و83 طالبة) ممن درسوا في الجامعة الشرقية في تركيا وتتراوح أعمارهم بين (30/17 سنة) طبق الباحث مقياس الشعور بالذنب والشعور بالخزي (NEO) ومقياس السمات الشخصية الخمس (FFI) واتبع الباحث في الدراسة المنهج الوصفي وأشارت النتائج إلى أن نموذج السمات الشخصية الخمس لها قوة تنبئية على الشعور بالذنب والعار.

(زينب عبد الرحمان، 2019، ص472).

أجرى "**ساند ستروم**" (2004) دراسة عن الشعور بالذنب والخجل الداخلي، حيث هدفت الدراسة إلى التمييز بين الشعور بالذنب والخجل الداخلي حيث أسهب الباحث في إيضاح المفاهيم الخاصة وذلك من خلال تعريف كل من الخجل الداخلي و الشعور بالذنب وماهية الأسباب الكامنة وراء ذلك وخلص الباحث إلى أن الشعور بالذنب يعتبر بمثابة نظرة سلبية إلى بعض السلوكيات بعيدا عن الذات، بينما الخجل الداخلي يتركز أكثر على جودة النفس بمعنى أنه شيء غير مرغوب فيه أما الشعور بالذنب فهو بمثابة تفسير للأفعال التي يقوم بها الإنسان وخلص الباحث بالنهاية إلى التوصية بدراسة تأثير الرأي العام على الأشخاص الذين لديهم مشاعر الذنب أو الخجل. (**مجذوب أحمد محمد أحمد قم، 2017، ص281**).

دراسة "**فيرجسون وكرولي**" (**1997**) استهدفت هذه الدراسة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية قياس كل من الشعور بالخزي والشعور بالذنب ومعرفة العلاقة بينهما وتألفت عينة الدراسة من (282 طالب وطالبة) من إحدى الجامعات الأمريكية وبتطبيق أدوات الدراسة ومعالجة البيانات بالوسائل الإحصائية المناسبة أظهرت النتائج أن الإناث أكثر شعورا بالخزي والذنب من الذكور. (**أحمد رشيد عبد سلطان، 2015، ص463-464**).

أجرت "**عبد القادر**" (**1997**) دراسة بعنوان (الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية) وهدفت الدراسة إلى بحث نظام الوالدية لأسر الأطفال التوحديين للتعرف على العلاقة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية كما يسعى البحث لدراسة الفروق ودلالتها بين الضغوط الوالدية لأسر الأطفال التوحديين وأسر الأطفال العاديين وذلك باستخدام مقياس ضغوط الوالدية .تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبيتين من 40 طفل وطفلة من المصابين بالاضطراب التوحدي، ممن سبق تشخيصهم بمعرفة طبيب أمراض عصبية، وأمهاتهم ،إضافة إلى تطبيق قائمة الأعراض المتضمنة في دليل التشخيص الإحصائي 1987م بمعرفة الباحثة والأم والمجموعة الثانية ضابطة من الأطفال العاديين عددها 40 طفلا وطفلة تم الحصول عليها من المدراس الابتدائية للأسوياء وأمهاتهم وقد كان المدى العمري للأطفال من 6 إلى 12 عاما ،وتم مراعاة تشابه المجموعتين في المرحلة العمرية، والجنس والمستوي الاجتماعي. (**عهود بنت بشير بن سعود العسكر، 2011، ص143-144**).

دراسة "**أبو السعود**" (2002) فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم سعت هذه الدراسة لاستشارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي تكونت عينة الدراسة من (8) طفلا توحديا ممن تتراوح أعمارهم ما بين (3-6 سنة) تم استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لاستشارة الانفعالات والعواطف لدى الطفل التوحدي، أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج المستخدم، حيث تبين أن هناك فروقا دالة في التفاعل الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج.

(راشد محمد درويش، 2015، ص85).

6-1-التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات يتجلى لنا تنوع في الدراسات السابقة التي تم عرضها من حيث الأهداف التي سعت إلى لتحقيقها وتعد دراسة "**عبد القادر**" (1997) أكثر الدراسات قربا لأهداف الدراسة الحالية كما تتفق هذه الدراسات مع الدراسة الحالية من حيث قياس أو معرفة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

- **من حيث العينة:**

استهدفت دراسة كل من "**أردن أوكباخ**" (2016)، "**ساند ستروم**" (2004)، "**فيرجسون وكرولي**" عينة لقياس الشعور بالذنب والشعور بالخزي والخجل الداخلي، بينما اهتمت دراسة "**عبد القادر**" (1997)، "**أبو السعود**" (2002) عينة أمهات وآباء الأطفال التوحديين.

- **من حيث متغيرات الدراسة:**

اتفقت كل من دراسة "**أردن أوك باخ**"، "**ساند ستروم**"، "**فيرجسون وكرولي**" من حيث متغيرات الدراسة المستقلة (الشعور بالذنب، الشعور بالخزي، سمات الشخصية) تناول بعضها كل متغيرات البحث الحالي، بينما تناول البعض الأخر أحد المتغيرات مثل دراسة "**عبد القادر**"، "**أبو السعود**" في الدراسة الحالية في متغير التوحد.

- **من حيث أداة الدراسة:**

استخدمت دراسة "**عبد القادر**" مقياس الضغوط الوالدية واستخدمت دراسة "**أردن أوك باخ**"، "**فيرجسون وكرولي**" (1997) مقياس الشعور بالذنب والشعور بالخزي.

- **من حيث منهج الدراسة:**

استخدمت دراسة "**أبو السعود**" (2002) المنهج التجريبي وذلك باستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية العواطف والانفعالات لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم، أما الدراسات الأخرى استخدمت المنهج الوصفي.

من خلال ما تم عرضه نرى أن دراستنا تختلف جزئيا عن الدراسات السابقة وهذا باستعمالها لمنهج دراسة الحالة، كما أنها تستخدم تقنية المقابلة التي تتيح لنا الفهم الأعمق للشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

الفصل الثاني:

الشعور بالذنب

تمهيد

1-تعريف الشعور بالذنب

2-أنواع الشعور بالذنب

3-أسباب الشعور بالذنب

4-مصادر الشعور بالذنب

5-النظريات المفسرة للشعور بالذنب

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الشعور بالذنب من الاضطرابات الهامة الحديثة نسبيا فهو من أخطر المشاعر النفسية التي يمكن أن تهدد الأمن النفسي للإنسان وبالتالي تعوقه عن التكيف النفسي السليم.

فالشعور بالذنب سلوك غير ظاهر يشعر به الفرد عندما يصدر منه سلوك غير مرغوب فيه يتأسف عليه أسفا عميقا، ثم يتولى الضمير بعد ذلك هذه المهمة وهو أشد قسوة من فهو لا يتساءل إذا أخطأ الفرد ويسمي عقاب الضمير.

ويعتبر الشعور بالذنب من الأحاسيس التي تؤثر في الأم نتيجة ولادة طفل مصاب بطيف التوحد، والتي ترجع فيه الأم اللوم على نفسها وأنها هي السبب في إصابة ابنها، وهذا الشعور بالذنب يحدث أثرا تدميريا رغم محاولة الأم إخفاءه، إلا أنه سرعان ما يعود ويظهر في مختلف سلوكيات الأم ويبقي يلاحقها لأنها تجد صعوبة في تقبل الأمر لأن طفلها يسلك سلوكا مختلف بالنسبة لأقرانه.

1-تعريف الشعور بالذنب:

الشعور بالذنب هو ألم نفسي داخلي يشعر به الفرد داخليا أي حوار داخلي بينه وبين ذاته وبلغة التحليل النفسي هو حوار بين الأنا والانا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثاما وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغا فيها لا ترتبط بخطأ واضح أو واقعي. وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه كأنها لا تغتفر ويتوهم أن المحطين به يعلمونها جيدا. مما يؤدي إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحيانا أخرى يقل الشعور بالذنب إلى درجة عدم اللامبالاة وعدم تحمل المسؤولية، ويرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد وإما بخطأ نحو ذاته وحياته الخاصة. **(دانيا الشبؤون، 2011، ص8).**

2-أنواع الشعور بالذنب:

2-1-يصنف علماء التحليل النفسي الشعور بالذنب إلى ثلاثة أنواع وهي:

_ ما يكون معروف المصدر: أبرز صوره هو حالة الفرد الذي يشعر بأنه تجاوز حقوق الآخرين.

_عدم القدرة على معرفة المصدر: ويتمثل هذا النوع الثاني بالشعور بالنقص المستمر ومحاولة عقاب الذات.

_غير معروف المصدر: وهو النوع الثالث الذي لا يظهر في طلب عقاب الذات الصريح ويمتاز بالشعور بالوحدة وعدم الكفاءة والحزن والتمزق والقلق والشعور بالدونية وكراهية الذات.

2-2-هناك نوعان من الشعور بالذنب هما:

1-الشعور بالذنب الإيجابي نقصد به الشعور الذي يدفع صاحبه نحو الفعل الإيجابي الفعال كالذي يذنب ذنبا فيشعر بالندم ويقرر نتيجة لهذا الشعور ألا يعود لهذا الذنب.

2-الشعور بالذنب السلبي: وهو الشعور بالذنب الوهمي الذي يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هي لدى مرضى الاكتئاب وهو من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الفرد عن دوره الاجتماعي وعن توافقه وارتقائه. **(إسلام حسن محمود عبد الوارث، 2021، ص12).**

3-أسباب الشعور بالذنب:

_تكرار السقوط في خطيئة ما، مع عدم القدرة على التخلص منها، مما يرسل ذلك وخزات مستمرة إلى الضمير وتأنيبه.

_رواتب التربية القاسية في بواكير الطفولة مثل الإسراف في توبيخ الطفل ولومه وكثرة النقد الهدام والعقاب على أتفه الأسباب بطريقة قاسية رادعة دون تقديم العلاج المناسب.

_الاستعداد الشخصي والميل لرثاء النفس باستمرار.

_النزعة الكمالية لفعل الأشياء بصورة كاملة وبمقاييس غير واقعية.

_ضمير صارم ورغبات مكبوتة ككراهية الأب أو الأخ الأكبر سنا، أو اشتهاء المحارم فيترسخ الشعور بالإثم والذنب. **(إسلام حسن محمود عبد الوارث، 2021، ص11-12).**

4-مصادر الشعور بالذنب:

اتفق كل من "**أمال أباظة**" (1996)، "**صلاح مكاوي**" (2011)، على أن مصادر الشعور بالذنب هي:

4-1-الأسرة وخاصة الآباء والأمهات.

4-2-المجتمع بمختلف فئاته.

4-3-المعايير الاجتماعية والدينية التي يكتسبها الفرد من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.

4-4-معرفة قائمة المسموحات والممنوعات.

4-5-التعرض للإيذاء الجنسي ويطلق عليها (مشاعر الذنب لدى الضحايا).

4-6-إما أن يكون مشاعر الذنب وهمية (مجرد احساس بالذنب وليس ذنب حقيقي فإحساسه ناتج عن ذنب وهمي) أو ذنب حقيقي (ما يشعر به الشخص لم يرتكب ذنب حقيقي كونه فعل شيء سيء، إثم اقترفه أو تصرف معين يعتبر ذنب) فإحساس بالذنب سواء وهمي أو حقيقي إحساس قاسي وصعب ومدمر وله تأثير على الإنسان، لذلك نجد الإنسان يلجأ إلى حيل للتخلص من الإحساس بالذنب.

4-7-عقاب الذات: وهي من أشهر الحيل التي يضعها الإنسان، فعندما يشعر الإنسان بالذنب سواء الوهمي أو الحقيقي نجده يريد أن يعاقب نفسه وكأنه هناك قاضي فيجري لملاقاته لذلك قال أفلاطون بحث الإنسان عن عقاب لذاته في أوقات كثيرة وكأنه يرتاح عندما يتلقى عقاب معين. **(ساندي سمير إبراهيم، وآخرون، 2018، ص356-357).**

5-النظريات المفسرة للشعور بالذنب:

5-1-المنظور النفسي Psychologique Théorie:

تتعدد وجهات النظر النفسية في الذنب "**Gilt**" سواء من حيث طبيعته أو الأسباب المكونة له، أم مدى تأثيره في الفرد وعلاقته باضطرابات أخرى، أو طرق علاجه. فمن وجهة نظر التحليل النفسي، طرح فرويد في فرضيته التركيبية ثلاث قوى أساسية هي الهو، الانا، والانا الاعلى تتفاعل باستمرار فيما بينها. ليأخذ شكل الصراع في الغالب لأن لكل واحدة منها أهدافا مختلفة والذي يعنينا من هذه المكونات الثلاثة هو (الانا الاعلى) الذي يمثل المعايير الاخلاقية للمجتمع كما يفسرها الوالدان للطفل، ويمكن أن نصفه بأنه يتكون من الضمير Conscience ومن الانا المثالية وتتضمن محتويات الضمير القيم والتقاليد والضوابط والمعايير الاجتماعية ولا يسعى إلى أن يجعل الفرد يعيش ملتزما به فحسب، بل أن يسمو بدوافعه ويكون أنموذج للآخرين فعندما يضغط الهو على الانا لإشباع حاجاته، فإنه يتوجب على هذا الاخير لا أن

يساير محددات الواقع فقط. بل أن يأخذ بنظر الاعتبار (الصح – والخطأ) على وفق الاحكام الاخلاقية للانا الاعلى، وأن الطفل وبدءا من المرحلتين الشرجية ولقضيبيه ، يبدأ بإدخال الاحكام والمعايير الاخلاقية وقواعد السلوك التي يتلقاها من والديه، فبدايات الشعور بالذنب لديه تنشأ عندما يقوم بتصرف يخالف المعايير والقيم الاخلاقية وقواعد السلوك التي علمها له والداه، ثم يتطور بعدها الشعور بالذنب من حالة الخوف من عقوبة خارجية وخاصة في عقدة أوديب إلى حالة الاحساس الذاتي به ويكون هذا الاحساس مؤلما، ومتضمنا توجيه اللوم إلى الذات وانتقادها وتأنيبها حين تقوم بانتهاك معايير السلوك الاخلاقي أو تهم بانتهاكها، وبتعبير "**هورناي**" فان الشعور بالذنب، وفقا لـــ "فرويد"، هو الحالة الناجمة عن التوتر بين الانا و الانا الاعلى. ويكون الاحساس به لدى الافراد المصابين اقوى أو أكثر حدة من الافراد العاديين، وذلك لأن (الأنا الاعلى) عندهم يكون متصلبا وصارما. وترى "**هورناي**" التي اهتمت كثيرا بدراسة العصاب سريريا أن الشعور بالذنب يؤدي دورا شاملا ومركزيا في الأعراض أو الاضطرابات العصابية. الذي يأخذ شكل الانانية أو جرح شعور الاخرين أو عدم النزاهة والخجل والكسل ومخالفة المواعيد، وتطرح "**هورناي**" مصطلح الاتهامات المضادة للذات وتعنى به الرغبة الشديدة لدى بعض الافراد في تحمل اللوم عن أي حديث غير سار وتوجيه اللوم الى الذات رغم أن الامر لا يستوجب ذلك. فهو مثلا يرى في الصديق الذي انقطع عن الاتصال عنه لمدة طويلة نسبيا من الزمن معذور لأنه ربما يكون قد جرح شعور ذلك الصديق من دون تصديق منه.

وتؤكد "**هورناي**" أن الشخص العصابي يعاني من الشعور بالذنب فعلا وأن مقاييسه وأحكامه تحوي عناصر تكون خاصة به. وأنها قد تكون كاذبة أو مصممة لأغراض اخرى وعليه فليس بالضرورة أن يكون الشعور بالذنب ناجما عن الانا الاعلى كما يرى "فرويد" وتصف "**هورناي**" الاشخاص العصابيين الذين يبذلون جهدا كبيرا للحصول على الكمال، بأنهم يكونوا في حالة خوف دائم من توقع حدوث كارثة، ويعيشون وكأنهم تحت سيف مسلط على رقابهم، ويتصفون بعدم القدرة على مواجهة تقلبات الحياة ويكونون في حالة شعور شبه دائم بالذنب. ويطرح فروم وجهة نظر اجتماعية نفسية، فيرى أن الناس يحترمون القانون لا بدافع

الخوف فحسب، وإنما أيضا لأنهم يشعرون بالذنب عنما يخرجون عنه وهذا الشعور لا يمكن التخفيف منه الا بعفو لا تستطيع قوة أن تمنحه إلا السلطة نفسها، وتتلخص شروط هذا العفو في ندم المذنب على فعلته، وايقاع العقوبة به، ويتقبل هذه العقوبة بعودة الشخص إلى الخضوع.

ويرى "**أريكسون**" أن الشعور بالذنب يحصل في المرحلة الثالثة من مراحل النمو النفسي والاجتماعي في عمر (5-4) سنوات والتي تماثل المرحلة القضيبية " **Phallique stage**" في نظام فرويد، وتصبح القدرات الحركية والعقلية نامية أكثر ويصبح الناشئ قادرا على عمل أشياء أكثر ويندفع برغبة شديدة لإنجاز ذلك، فقد نمت عنده القدرة على المبادرة بشكل قوي أو نمو اخر، في المرحلة المبادرة بهيئة تخيل، هو رغبة الطفل في تملك الوالد من الجنس الاخر، يصاحبه شعور بالمنافسة مع الوالد من الجنس نفسه، فاذا عاقب الوالدان الطفل ومنعا هذه المبادرة وتسببا في جعله يشعر أن تلك المبادرات الجديدة هي شيء (سيء) فسوف تتكون لدى الطفل مشاعر الذنب وسيستمر طيلة حياته ويلون كل أنشطة المبادرة الذاتية، ويعطى أريكسون مرونة للطفل في مرحلة الاوديبية بخلاف فرويد حيث يرى ان تقديم الوالد بتوجيهه مبادرات ابنه نحو أهداف أكثر واقعية لا اجتماعيا سوف ينمي فيه بشكل سوى، وتتكون لديه مفاهيم الكبار للمسؤولية الاجتماعية والاخلاقية ومفهوم الانا الاعلى. وننتقل الان الى وجهة نظر أخرى تستند الى منظور معرفي تتمثل في مفهوم "**بياجيه**" للنمو الاخلاقي وتطور الضمير الذي يعرفه بأنه مجموعة من المعايير الذاتية، في داخل النفس البشرية للفرد، تصبح مندمجة بها ومنسجمة معها عندما تكون مستقلة عن أي موقف محفز أو رادع، ويرى أن ضمير الطفل ينضج عندما يستطيع أن يميز ويقيم الاخلاق على أساس المواقف التي يتعرض لها والاعتبارات المتعلقة بالتعاون الانساني والاحترام المتبادل، وهذا مشروط بالتطور الادراكي لتقييم الاخلاق واستجابة الفرد للقوانين على أنها قرارات منطقية تخدم العدالة والمساواة في الشؤون الإنسانية ويفترض "**بياجه**" أن مستوى التقييم الاخلاقي للسلوك اذا كان جيدا أو رديئا يعود الى احساس الطفل بالذنب لدى مخالفة المعايير الاجتماعية.

وللوجوديين رأيهم في الشعور بالذنب، فلقد عد الفيلسوف الوجودي "**كيرك جورد**" الشعور بالذنب خبرة ذاتية داخلية للفرد مرتبطة بنوع القرارات التي يتخذها في حياته. ومن بين

المنظرين الجدد الذين تحدثوا في نظرياتهم النفسية وبشكل مغاير لوجهة النظر التقليدية ما طرحه وايس (**Weiss'1993'**) من أن المفهوم الذي ورد فيه الذنب كان قد اشتق من الايثار والاهتمام بالأخرين. ويرى وايس أن الذنب سواء كان موضوعا لعلاقة بين شخص وأخر أم حالة داخلية في أصله وفعله فانه يؤدي دورا بناء في تكوين العلاقات وتطويرها بين الناس وقد يكون مسببا للاضطرابات النفسية ويشير (**نايدرلاند–1993، Nederland**) الى عقدة الذنب من البقاء على قيد الحياة **Survivor Guillet** ويصفها بأنها حالة نفسية شائعة لدى الاشخاص الذين كتبت لهم النجاة في معسكرات الاسر بعد الحرب العالمية الثانية. فهؤلاء الناجحون أو الباقون على قيد الحياة يعانون من الاحساس بالذنب لنجاتهم ومقتل العزيزين عليهم في معسكرات الاسر وتظهر عليهم بعد سنوات الكآبة والقلق وأعراض أخرى.

وهناك توجهات نظرية حاولت أن تربط الذنب بالصحة العقلية والورع والتقوى والنزعة الاجتماعية، ويختلف الباحثون كثيرا في دور الذنب عالي المستوى بعد وجود اية قيمة أو أهمية لأنفسهم وأنهم يستحقون العقاب، ويتصف كل من الذنب والكآبة بشكل جزئي بالجوانب العقابية للذات وبوجود احداث ماضية شائعة فيما بينهم وفي بعض الدراسات، كان الذنب الكبير مرتبطا بالكآبة الحادة وبأعراض شديدة من التسلط القهري، والقلق النفسي، وحب الجسد والتسلط القهري، والقلق النفسي، وحب الجسد والاصابة بالذهان (الهوس)

(دنيا طيب البر زنجي، 2009، ص102–104).

5–2–المنظور الديني:

تعد الاضطرابات النفسية من وجهة نظر أصحاب المنظور الديني استجابات غير سوية لضمير مريض، بسبب ما تعرض له من إهمال أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن أنواعا من التحدي السافر لقوة الضمير.

وهناك ما يسمى بالمسؤولية الاخلاقية وهي شعور الفرد بالذنب امام الله أو أمام ضميره نتيجة ما قام به من فعل كان المفروض أنه لا يقوم به، ويعد الخروج عن قواعد الاخلاق أساسا لهذه المسؤولية، إذ أنها تفرض واجبا اجتماعيا يأمر الفرد بالامتناع عن القيام ببعض الاعمال. كما تفرض عليه القيام بأعمال معينة وتنهض هذه المسؤولية حتى لو لم يتحقق الضرر أو حتى

لو كان هذا الضرر قد نزل بالمسؤول نفسه فيكون هو المسؤول وهو المتضرر في ذات الوقت ويرى أصحاب المنظور الديني أن الذنب قد يكون له تأثير ضار ومدمر للشخصية عندما يشعر به الانسان ولا يستطيع أن يتخلص منه.

ويقسم أصحاب هذا المنظور الناس إلى أربعة فئات هي:

1-فئة من الناس لديها من الخلق أو قوة الضمير ما يجعلها تشعر بالخطيئة.

2-فئة من الناس ترتكب الخطيئة ثم سرعان ما تنال العقاب على ما جنت أيديها، وبذلك تخفض مشاعر الاثم والالم الناجم عن عذاب الضمير.

3-فئة من الناس ترتكب الاخطاء ثم تشعر بعذاب الضمير، ثم تزول هذه المشاعر بعد الاعتراف بالخطأ. اذ أن هذا الاعتراف يعيد إلى النفس المضطربة اتزانها وطمأنينتها.

4-وهناك فئة من الناس تكفر عن الخطيئة بطرق غير مباشرة كالعمل الصالح أو الحج إلى بيت الله وهذه الوسائل تعيد للإنسان طمأنينته وتشعره بالخلاص من ذنوبه.

ويؤكد أصحاب المنظور الديني على دور التربية الجادة في الاسرة والمدرسة ويظهر هذا الدور في تكوين الذات الشعورية. وهي عملية تحدث نتيجة تطور تدريجي، كما أن قدرتها على العمل مرهونة بالقدرة على معرفة نفسه ومعرفته للغير، ولا يأتي ذلك إلا عن طريق اكتساب خبرات جيدة وتفتح الاستعداد الاخلاقي المناسب عن طريق عمليات نفسية تربوية ملائمة.

(دنيا طيب البر زنجي، 2009، ص102).

5-3-المنظور السيكولوجي:

إن الشعور بالذنب ينمو حينما يضطرب الاندماج بين الاشخاص نتيجة لعدم التمييز بين الشكل والارضية واللاوعي وللتواصل، في حين يرى "**ألبرت إليس**" **(Ellis Albert)** أن من أسباب شعور الفرد بالذنب هو عدم قدرته على أن يتخلص من أفكار مثل: يجب وينبغي ويتحتم فهناك علاقة واضحة بين الافكار اللاعقلانية التي يرددها وشعوره بالذنب.

(أنمار يعقوب يوسف، 2020، ص229-230).

5-4-النظرية الوجودية:

ترى أن الشعور بالذنب ظاهرة من ظواهر الالم النفسي التي يمكن مقارنتها بالألم الجسدي، ويعبر عن وجود خطأ في السلوك أو هو نظام تحذير بوجود ما يستدعي التصحيح في الذات وينشأ الشعور بالذنب نتيجة قيام الفرد بأعمال تقلل من قيمة الحياة ونوعيتها بالنسبة إليه وللآخرين، أو تقلل من احتمالات الحياة. وعليه فالشعور بالذنب يمثل شكل راق من الوجود الخلقي يستدعي قيام الفرد بالتعويض عن الإساءة ومحاولة الحياة وفق المثاليات.

(هناء عبد النبي كبن العابدي، 2021، ص354).

5-5-النظرية الاجتماعية (إريكسون):

في المرحلة التكوينية الانتقالية أو ما تسمي بمرحلة اللعب، وتبدأ في عمر الخامسة أو السادسة. والمهمة التي تواجه كل طفل في هذه المرحلة هو تعلم القدرة على المبادرة تعنى الاستجابة الايجابية للقيام بالتحدي في مواجهة العالم وتتمثل في القدرة على تحمل المسؤوليات المختلفة أو تعلم مهارات جديدة والشعور بالمعنى. ويستطيع الآباء تشجيع الطفل على القدرة على المبادرة عن طريق تشجيع الأطفال على اكتشاف وتجربة أفكارهم، كما يجب تقبل وتشجيع حب الاستطلاع والخيال بشكل أكثر حماس لديهم، وهذه المرحلة هي للعب وليست للتعليم الرسمي. والطفل في هذه المدة قادر على تخيل المواقف المستقبلية بينما لا يستطيع أبدا القيام بذلك من قبل، إن القدرة على الحكم الاخلاقي تحصل في هذه المرحلة. وأريكسون فرويدي بالطبع وهو يقبل ما يطلق عليه الخبرة الأوديبية "Oedibal expérience" في هذه المرحلة ومن توقعاته أن هذه الخبرة تتضمن التردد والإحجام في شعور الطفل بالهجر من الأب و الأم والآباء يجب أن يكونوا قادرين على تحمل المسؤولية وتحديدا من الناحية الاجتماعية في تشجيع الطفل وتنمية الثقة لديه بأنه ليس طفلا صغيرا بما فيه الكفاية ولكن هذه العملية إذا جاءت قاسية وفجائية للطفل فإنه سيتعلم الشعور بالذنب مع الأب أو الأم وكثير من القدرة على المبادرة وقليل من الشعور بالذنب يعني الميل إلى سوء التكيف، ويسمى أريكسون هذا بالحقد "ruthlessness" والشخص الحاقد مبادر ومخطط جيد سواء كانت قضيته تتعلق بالمدرسة أو بمجرى الحياة، بينما الشعور بالذنب يؤدي إلى الضعف، ويمكن أن يتجسم حالة حادة من الحقد

يوجه بشكل سلوك مضاد للمجتمع "Sociopathy" إن الحقد سيئ للآخرين ولكن في الحقيقة سهل نسبيا عندما يقوم به الشخص الحقود. والكراهية التي تقع على شخص يمكن أن تكون شعورا كبيرا بالذنب، ويسمي إريكسون هذا بالقمع لا يحاول إعادة تجربة الأشياء بسبب اعتقاده بأن لا شيء يستحق الشعور بالذنب بسببه. ومن الناحية الجنسية فإن الفرد الذي يشعر بالقمع من الناحية العاطفية أن التوازن الجيد هو للحفاظ على الطاقة النفسية في تحقيق الغرض الذي يتوق إلى تحقيقه كل الناس في حياتهم وإن الشعور بالغرض هو شيء ما، ولكن الكثير لا يدركون بأنفسهم هذا الغرض الذي يمكن الحصول عليه من خلال الخيال والمبادرة. ويعقد إريكسون بأن أي كلمة تقال عن هذه الخاصية هي شجاعة بحد ذاتها والقدرة على الفعل والتغيير الإيجابي في هذا المجال هو عملية نبذ واستبعاد للمحددات التي استندت إلى الفهم الخاطئ وخيبات الماضي، الكشف عن المظاهر والخصائص التي تميز كلا من الخجل والشعور بالذنب. **(دنيا طيب البرزخي، 2009، مرجع سابق، ص231-233).**

5-6-النظرية السلوكية Behavioral Theory:

الشعور بالذنب من هذه الظاهرات النفسية لتفسير حدود السلوك المقبول الذي من خلالها يتم تحقيق ذات الإنسان الواقعية والمثالية ومدى التقارب بينهما. أن الشعور بالذنب يرجع للخبرات الناتجة عن فشل الإنسان في تعلم سلوك مناسب أو الأداء بشكل مثالي أو صعوبة التميز بين ما هو خير وما هو شر وأن مستوى الشعور بالذنب يزداد بزيادة الجزائيات باعتبارهم مرجعا جزئيا. **(رزق البحري وآخرون، 2018، ص23).**

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل عرض مفهوم الشعور بالذنب وأنواعه السلبي والإيجابي وأسبابه وصدره وكذلك النظريات التي تناولته.

ومن خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل يمكننا القول إن الشعور بالذنب هو حالة نفسية تتضمن مشاعر الأسف والندم والضيق والحزن مصحوب بلوم الذات ناجم عن أفعال وتصرفات قام بها الفرد فهو نوعان سلبي يضخم للفرد أخطاءه وإيجابي يدفع صاحبه لتصحيح أخطاءه، ومن أسبابه النزعة للكمال وغالبا ما يكون مصدره تأثير الرأي العام للذين لديهم مشاعر الذنب كالأسرة والمجتمع، فقد بينت الدراسات أن النساء أكثر شعورا بالذنب من الذكور.

الفصل الثالث:

طيف التوحد

تمهيد

1-لمحة تاريخية عن طيف التوحد

2-تعريف طيف التوحد

3-أعراض طيف التوحد

4-أسباب اضطراب طيف التوحد

5-تشخيص اضطراب طيف التوحد

6-علاج طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

أصبح الاهتمام بالطيف التوحد ضرورة لابد منها نظرا لانتشار السريع عند الأطفال في مختلف أرجاء العالم، كما ازداد الاهتمام بإجراءات الدراسات والأبحاث العلمية من أجل فك الغموض حول هذا الاضطراب وفهمه والتعرف على مسبباته، للتواصل إلى التشخيص الدقيق للاضطراب لما له من تأثير على نمو الطفل، وقدرته على التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي، والايجاد طرق التكفل والعلاج المناسبة والفعالة لتحسين حياة الأطفال التوحدين.

1ــ لمحة تاريخية عن طيف التوحد:

يعد **(Maud sly)** أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام (1867) وكان يعدها ذهانات. ولكن **(Leo Kannur)** الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب طب نفس الطفل عام (1953) أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام (1943)عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد في الولايات المتحدة الامريكية ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشرة طفلا كانوا مصنفين على أنهم مختلفين عقليا فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية (Early infantile Autism) حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والزلة وعدم التجارب مع المثيرات التي تحيط بهم. ومنذ عام (1943) استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism، وذهان الطفولة "Psychosis Children"، النمط غير السوي في النمو(الشاذ) " Atypical Development".

ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة طيف التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلا عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص.

(سوسن شاكر مجيد، 2006، ص19).

وعلى الرغم من أن **(كانز)** قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الاعاقات

ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح طيف التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات، وذلك وفق ما ورد في الدليل الاحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام (1988)، حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM3R) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة طيف التوحد حيث أكدت أن إعاقة طيف التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات والانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما، ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الهذاءان، وبذلك فقد عرفت اعاقة طيف التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي.

(سوسن شاكر مجيد، 2006، ص20).

2ـ تعريف طيف التوحد:

تعتبر إعاقة التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر، ويبدأ ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة، فالأطفال التوحدين يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، ومهارات العناية بالذات، لذا فهم يمثلون فئة تختلف عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد تعددت المصطلحات حول مفهوم التوحد حيث أطلق عليه بعض الباحثين الذات، أو الانانية وهناك من يسميه الاجترار، أو لاجترايه، أو اجترار الذات، والبعض الأخر أطلق عليه مصطلح الانغلاق الطفولي، أو الانغلاق النفسي كما يسميه آخرون الذهان الذاتوي، أو التوحد الطفولي، وهناك من يسميه الأوتيزم أو الأوتيسية ويطلق عليه البعض التمركز الذاتي والبعض يسميه التوحد، وأحيانا التوحدية. **(نسرين نبيه ملحم، (2014)، ص15).**

وتأخذ الباحثة مصطلح "التوحد"، لأنه أكثر المصطلحات اتفق عليها الكثير من الباحثين والأكثر دقة لفظيا، وتعرض في الفقرات التالية التعريف الشكلي لهذا المصطلح:

ويرى "**الشربيني**" (2004) أن التوحد يعتبر من الاضطرابات التي تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه

بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقة خاصة.

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (The Autism Society of American) فنجد أن هناك سمات يتميز بها التوحدي هي: الاتصال اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، القصور الحسي للعب، حيث يعاني الطفل التوحدي من نفص في التلقائية أو اللعب التخيلي، السلوكيات حيث يحتمل أن يكون الطفل التوحدي شديد النشاط أو سلبيا جدا، وقد عرفت هذه الجمعية اضطراب التوحد على أنه نوع من الاضطرابات في تطور ونمو الطفل، وتظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، تؤثر على مختلف نواحي النمو بشكل سلبي، وتتأثر النواحي الاجتماعية، والتواصلية العقلية المعرفية أو الانفعالية والعاطفية والسلوكية، كما يقترح التعريف أسبابا هيدرولوجية فيزيولوجية تؤثر على المخ.**(نسرين نبيه ملحم، 2014، ص16).**

وتتبني الباحثة تعريف التوحد الطفولي حسب التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (ICD_10) الذي يجد أن التوحد هو أحد أشكال الاضطرابات النمائية والمتمثلة في: ظهور تأخر في التطور الإنمائي قبل سن الثالثة من العمر، حيث يظهر هذا التأخر في الوظائف التالية: التفاعل الاجتماعي التبادلي، التواصل، بالإضافة إلى ظهور سلوكيات محددة بشكل متكرر ونمطي. وقد يتوافق ذلك مع مشكلات أخرى كالخوف المرضي، اضطرابات في النوم والأكل، نوبات الغضب، والعدوان الموجه نحو الذات.

من خلال استعراض التعريفات السابقة يتبين ما يلي:

توجد اختلافات في تحديد مصطلح واحد الإعاقة التوحد، فيطلق عليها مسميات عديدة فالبعض يسميها توحد الطفولة المبكر، والتوحد الطفولي، أو التوحدية والبعض الأخر يسميها التوحد، أو الاجترارية أو اجترار الذات، الانغلاق على الذات، الانشغال بالذات أو استثارة الذات، وبرغم تعدد التسميات إلا أنها تشير إلى كلمة أجنبية واحدة (Autism)، وأكثر المصطلحات استخداما في الوقت الراهن هو إعاقة التوحد.

(نسرين نبيه ملحم، (2014)، ص17).

3-أعراض طيف التوحد:

من خلال مراجعة الدراسات التي تتناول اضطراب التوحد وجدت الباحثة أن الأطفال التوحدين يظهرون مجموعة من السلوكيات المرتبطة يستدل عليها من خلال أنماط السلوك الملاحظ، إضافة إلى مجموعة من السلوكيات المترابطة يستدل عليها من خلال أنماط السلوك الملاحظ، إضافة إلى مجموعة من الخصائص والقدرات تختلف من حالة إلى أخرى تبعا للعمر وتفاوت القدرات الادراكية والتطور اللغوي وطبيعة وكم الخبرات وسرعة التدخل المبكر، وهذا ما يعبر عنه بدرجة شدة الاضطراب عند الطفل التوحدي، ويتميز التوحد بمجموعة من الاعراض والخصائص التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص، تتمثل فيما يلي:

3-1-ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث أن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الأخرين أو تلقي الحب والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون الأشياء دون الناس، ويضيف "**خطاب**" (2005)، و"**زيتون**" (2003) أن الطفل التوحدي يعاني من وحدة شديدة، وعدم استجابة للأخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، وميله الدائم للتوحد بعيدا عنهم ومقاومته محاولاتهم التقرب منه او معانقته.

وتشير الحلبي (2005) الى ان القصور في السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد يمكن تحديده في ثلاثة مجالات هي:

أ-التجنب الاجتماعي:

يتجنب أطفال التوحد كل اشكال التفاعل الاجتماعي حيث يتهرب هؤلاء الأطفال من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

ب-اللامبالاة الاجتماعية:

يوصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الاخرين ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الاخرين.

ت-الارباك الاجتماعي:

عانى أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي من أبرز أسباب الفشل في استمرار الفشل في استمرار علاقاتهم مع الاخرين.

(نسرين نبيه ملحم، (2014)، ص20).

3-2-القصور اللغوي:

يعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور واشكاله من طفل إلى أخر، فيذكر كل من "**ريتا وجوردن وستيوارت بيول** "(2007) إن الأطفال التوحدين لديهم نقص واضح في اللغة، والاتصال اللفظي، وغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحدين، فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها والايماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصة بدلالات الالفاظ، والجوانب العلمية للمعنى.

من هذه المشكلات:

آ-المصاداة:

تعتبر المصاداة من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين، وتعرف الحلبي (2005) المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه توا وفي نفس اللحظة وكآنه صدى لما يقال.

ب-الاستخدام العكسي للضمائر:

وهو من مظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحدين، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلى الاخرين بضمير "**أنا**" وإلى نفسه بضمير "**هو**" أو "**هي**" ويستعمل "**أنا**" حين يود أن يقول "**أنت**" ويؤكد "**سليمان**" وآخرون (2003) أن الطفل التوحدي

يستبدل الضمير "**أنا**" بالضمير "**أنت**"، فعلى سبيل المثال يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي "هل تريد البسكويت، فتكون الإجابة الطفل، "أنت أريد البسكويت" وما إلى ذلك.

(نسرين نبيه ملحم، 2014، ص20ـ21).

3-3-السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعد من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة، ويمكن لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وتلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بانها مقيدة، وذات مدى ضيق، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو الدين أو غير ذلك، مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم، وأحيانا يصل بهم الأمر إلى الايذاء الجسدي لأنفسهم.

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

3-4-عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يري "**عبد الحميد وكفافي**" (1990) أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدويا (تناولينا) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذي يميز لعب الأطفال العاديين، مما يوضح إخفاء هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية، تلك الوظيفة التي أوضحها "**جون بياجيه**" على أنها تظهر من خلال السلوك الحركي في العام الثاني من الحياة.

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

3-5-البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد أنهم لا يستجيبون لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحد، ولا يهتم بأن يكون

وحيدا أو في صحبة الأخرين، فضلا عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الأخرين. **(نسرين نبيه ملحم، 2014، ص26-24).**

4-أسباب اضطراب طيف التوحد:

تنوعت نتائج الدراسات في تحديد أسباب حدوث اضطراب التوحد لدرجة يصعب معها الاعتماد على أحد هذه الأسباب بشكل قاطع ودقيق واعتباره عاملا مسببا الاضطراب التوحد إلا أن ما يتفق عليه الباحثون حاليا هو النظر للتوحد كاضطراب متعددة العوامل ومعظمها وراثي، كما تشير الدراسات الحديثة إلى أن وجود عدد من الخصائص الثابتة لدى غالبية المصابين بالتوحد كاضطراب الادراك وضعف التجانس العقلي والخلل في الوظائف التنفيذية يرجع احتمال وجود خلل في التطور البيولوجي العصبي لديهم، وفيما يلي عرض لبعض العوامل المفترضة لاضطراب التوحد:

4-1-العوامل البيولوجية:

تقول "**نادية إبراهيم أبو سعد**" (2008)، يعتقد أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو اثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الاختناق أثناء الولادة، والتهاب الدماغ وتشنجات الوضع، فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم من الاسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى، وظهور المرض في سن مبكرة وانتشاره بين الذكور أكثر من بين الإناث ووجود مضاعفات الحمل والولادة في تاريخ هؤلاء الأطفال يرجع العامل العضوي.

(إيمان فراح، 2015، ص84).

4-2-العوامل الجنية:

ذكر عدة باحثين ارتباط التوحد بشذوذ الكروموسومات ووجود ارتباط مع كروموزوم Fergal X وأنه يتدخل في (5%) (16%) من كل الحالات ولقد ألقت الدراسات عن الأسرة والتوائم أكثر على موضوع الوراثة فقد وجد أن حوالي (2%) من الأسرة لها طفلين متوحدين لم يجد الباحث لها أي سبب طبي مشترك بينهم وهناك أيضا دليل على وجود إعداد غير متجانسة لأباء أطفال توحديين لديهم عيوب في اللغة وعيوب معرفية.

4-3-العوامل النفسية والأسرية:

تضيف "نادية إبراهيم السعود" (2008): من أولى التفسيرات الأسباب هذا الاضطراب كان يعتقد على العوامل النفسية وأساليب التربية وكانت تؤكد على دور الابوين في التسبب في هذا الاضطراب وخاصة الأم وعلاقتها بالطفل ونقص الارتباط العاطفي بالطفل.

وكان "**كانير**" (1943) أول باحث كتب في دور العوامل الوالدية في أسباب الاضطراب، وقد وصفت والدي الطفل التوحدي بأنهم أذكياء وميالين إلى الاستحواذ والكمال واعتادوا على وضع قواعد كبديل للتمتع بالحياة وهم يتسمون بالبرود العاطفي أحيانا قلقين وخصوصا الأم حيث تقع عليها مسؤولية عدم تزويد طفلها بالدفء والود وأطلق عليها اسم الأم الثلاجة.
(إيمان فراح، 2015، ص85).

5-تشخيص اضطراب طيف التوحد:

من الضروري تشخيص حالات التوحد حتى نستطيع الكشف عنها، والتعامل معها وهذا يتطلب التعرف على:

1-صعوبات التشخيص.

2-محاكات التشخيص.

3-فريق العمل الاكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص.

5-1-صعوبات التشخيص:

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع الحالات الأخرى، ويمكن تقديم موجز لهذه الصعوبات التي ذكرها الكثيرون مثل (خليل) وغيرهم وهي كالتالي:

ـ أكثر العوامل المسببة للتوحد تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي.

ـ حدوث تغير في شدة بعض الأعراض، واختفاء البعض الأخر مع تقدم الطفل في العمر.

ـ عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.

بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي.

ــ مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام واعاقات التخاطب والتخلف العقلي، وغيرها من الاعاقات.

ــ التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي، والمعرفي والاجتماعي، الانفعالي، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.

ــ تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات.

ــ حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الاعاقات.

5-2-محكات التشخيص:

يوجد العديد من محكات التي يمكن الاعتماد عليها في التشخيص التوحد، ولقد حدد "**ليو كانر**" مجموعة من المعايير لتشخيص حالات التوحد وهي.

1-سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالأخرين.

2-التمسك الشديد لحد (الهوس) بمقاومة أي تغير يحدث في البيئة المحيطة به.

3-شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخوته.

4-مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة، أو القيام بعملية حسابية.

5-يبدو عليهم إليكم، وإذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنى ولا يحقق جدوى فالاتصال.

وقد أشارت المحاكات التشخصية للتوحد كما ذكرت في الصورة الرابعة لدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994) إلى ضرورة وجود انطباق (6) أعراض الأكثر من مجموع الأعراض الثالثة:

(أ) (ب) (ج) على الأقل عرضين من المجموعة(أ)، وعرضين من المجموعة (ب) ، وعرضين من المجموعة (ج).

أ-خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنين على الأقل مما يلي:

-خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي.

-الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.

-نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين.

ـ نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي .

ب-خلل كيفي في التواصل كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:

-التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات .

-استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة.

-خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات.

-نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

ج-أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي.

-الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها.

-التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية.

- سلوك حركي متكرر مثل رفرفة الذارعين أو حركة مركبة بكل الجسم.

- الانشغال الثابت بأجزاء من الأشياء.

ويظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث على شكل تأخر أو شذوذ في واحد على الأقل من المظاهر التالية :

1-التفاعل الاجتماعي.

2-استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي .

3-اللعب الرمزي أو المحاكاة.

وتجدر الإشارة إلى أن تشخيص التوحد يعتبر من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا، فقد أكدت الأبحاث أنخ لابد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي، حيث يتضمن الفريق أطباء نفسيين، أطباء أطفال، أطباء أعصاب، اختصاصي كلام ولغة متخصصين في التربية الخاصة، الوالدين، وكل هؤلاء لهم دور أساس في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدي، إذا يتطلب التشخيص تعاونا مع أفراد الفريق كافة لأن أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة، وأيضا تتشابه مع اضطرابات نمائية أخرى.

(نسرين نبيه ملحم، 2014، ص34 ــ35).

5-3-تشخيص التوحد حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

قام علماء النفس والأطباء النفسيون بجمعية النفسيين الأمريكية بمراجعة معايير تقييم الأفراد ذوي الاضطرابات النمائية، حيث ظهرت هذه الطبعة الخامسة في مايو 2013، وفيها ظهرت معايير التشخيص لاضطرابات طيف التوحد والمتمثلة في dsm5 ومع علماء النفس والأطباء بمراجعة معايير تقييم الافراد ذوي الاضطرابات النمائية وفيها ظهرت معايير التشخيص الافتراض طيف التوحد asd التشخيص ذي الصلة باضطراب التواصل الاجتماعي وأصبح تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد.

وفيما يلي عرض معايير التشخيص وفق DSM5:

Aــعجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة).

1ــ عجز عن التعامل العاطفي بالمثال، 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.

2ــ 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 للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3ــ 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.

5ــ3-1-تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحدد، المتكررة.

Bــ أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ.

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

2ــالإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامد وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

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

4ــ 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).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على صعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

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

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

E- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ولوضع التشخيص المرضى المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي(العملي).

حدد ما إذا كان،

مع أو دون ضعف فكري مرافق

مع أو دون ضعف لغوي مرافق

مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي

(استعمل رمزا إضافيا لتحديد الحالة طبيعة أو الوراثية المرافقة)

مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي

(ملاحظة للترميز: استعمل رمزا/ رموزا إضافيا لتحديد الاضطراب/ اضطرابات النمو العصبية، العقلية أو السلوكية المرافقة).

مع كاتاتونيا (يرجى الرجوع إلى معايير كاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر)

(ملاحظة للترميز: استعمل رمزا إضافيا (F06.1) كاتاتونيا مرافقة لاضطراب طيف التوحد لتحديد تواجد الكاتاتونيا المرافقة). (dsm5، ص25ــ 26).

6-علاج طيف التوحد:

6ـ1ـ العلاج الدوائي النفسي.

تستخدم المعالج الدوائية ـالنفسية لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ. وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتتعدد العوامل التي تسبب التوحد، إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية هذه المعالجة في الاضطرابات.

6ـ 1ـ1ـ أدوية تؤثر في وظيفة السيروتونين:

بالرغم من أننا ما نزال نعرف القليل عن العوامل العضوية التي تقف خلف الاضطراب إلا أن الخلل في الناقل العصبي المسمى السير وتونين (5ـHT) قد ثبت في المصابين بالاضطراب ومن الأدوية التي ثبتت فعاليتها في تنظيم هذا الخلل وتعديله، العقاقير التالية:

1ـ فينف ورامين

2- الميث سرجي

3-آم برامين

4-بوسب يرون

5-كلومي برامين

6ـ1ـ2ـ أدوية تؤثر في وظيفة الدوبامين:

لقد ثبت أن اضطراب التوحد يرافقه خلل في الناقل العصبي المسمى "الدوبامين". وقد توصل العلماء إلى العديد من ألادوية النفسية التي تحدث تاثيرات تعدل وتنظم من خلاله عمل هذا الناقل العصبي أهم هذه العقاقير ما يلي:

1هالوبريدل

2ـ بيموزيد

6-1ـ3ـأدوية أخرى:

هناك عدد من العقاقير الأخرى التي تحدث التأثير نفسه في الناقل العصبي الدوبامين والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد، عقار لـ "LDopa" الذي درس مفعوله باستعمال

جرعات متنوعة منه لدى عدد متنوع من التوحديين ذكور وإناثا ومن أعمار مختلفة وعقار ريسيريدون risperidone وعقار اميسوليريد amisulpride وغيرها.

(عوض بن محب سعيد المعيدي،2009، ص60).

6ـ1ـ3ـ أدوية تؤثر في عمل النورا بنفرين:

هناك عدد من العقاقير النفسية التي تؤثر في عمل الناقل العصبي المسمى "النورابنفرين" "neurepinephrine" لدى المصابين بالتوحد منها:

صادات بيتا Beta _Blockers التي تبين انها قد خفضت من سلوك إيذاء الذات، ومن السلوك العدواني، كما انها حسنت من الكلام والتأهيل الاجتماعي لدى عدد من المفحوصين التوحديين.

6ـ2ـ العلاج السلوكي:

يبدأ المعالج السلوكي بإجراء تقييم شامل للمهرات الوظيفية للطفل التوحدي، ثم تصميم برنامج اعتمادا على الاشراط الاجرائي لتشجيع السلوك المرغوب، وإزالة السلوك غير المرغوب وتركز البرامج على تطوير مهارات اجتماعية وتواصلية مفيدة، لقد أثبتت الإجراءات السلوكية فاعلية في تعديل سلوك الأطفال المتوحدين ويؤكد العلاج السلوكي على تطوير بيئة استجابة متسقة تقلل من ظهور المشكلات السلوكية، وتزيد من احتمالية السلوكيات المرغوبة، يحقق هذا الهدف من خلال أنظمة التعزيز المادي والغير المادي. ولقد أثبتت الطرق السلوكية غير المرغوب فيها وفيما يلي بعض هذه البرامج.

6-2-1-طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي: the lovaas method of appkied behavior analysis

تعتمد طريقة "**لوفاس**" في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف. إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشتراطية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من قبل "**Watson**" في بداية القرن الماضي، والمطور من خلال "Skinner" لاحقا ومحاولة ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة والمكافأة

المنتظمة لسلوكيات المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة. لقد أشار "**Loaves**" إلى أن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل منتظم مكثف وبرنامج طويل. ومع ذلك فإن فورية السلوكيات ومرونة التفكير لم تدعم من خلال هذا النظام العلاجي لتعديل السلوك، إن طريقة "**Loaves**" تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان، وتمكن الآباء والمعلمين لأن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال المتوحدين وتطبيق البرنامج بكفاءة ودقة يقوي ويغني حياة الطفل التوحدي ويقوي علاقاته مع الأسرة والأصدقاء.

تبدأ بداية البرنامج العلاجي أو التدريبي بتحديد المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد استجابة الطفل، ثم تحد سلوكيات الطفل القوية أو الضعيفة، ثم تشكل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات والتعزيز الفوري، هذا نموذج (ABC) والذي يصف الأحداث السابقة (A) "Antecedents" والسلوك (B) "Behavior" والنواتج "Consequences" كل محاولة تدريبية أو تمييزية تتألف من مثير تمييزي لفظي لاستجابة الطفل، والمعزز يكون إيجابيا مثل طعام أو ألعاب مفضلة ومقرونة بابتسامة أو ثناء لفظي متعاطف، هذا إذا كان الحكم على الاستجابة أنها صحيحة، أما إذا كانت خاطئة، فإن التعزيز السلبي يظهر مثل القول بحدة "لا" مع نغمة صوتية غير مشجعة، والعزل المؤقت، أو فقدان الامتيازات، وهذا ملاحظ من خلال تجنب الطفل من قبل المعلم، العقاب المادي أو الجسدي والإثارة غير المرغوبة من قبل المعلم كما يكون التلقين بحد أدنى حتى لا يصبح الطفل اعتماديا ويتناقص حتى يقوم الطفل بالاستجابة المرغوبة بدون مساعدة، بعدها يعاد المثير عدة مرات حتى يستجيب الطفل على معظم المحاولات، أما التعميم يؤكد عليه ويقوي من خلال استعمال مواقف تدريبية متنوعة، تصلح المهارات بشكل متدرج من السهل إلى الصعب ومن خلال التقريب المتابع أو التشكيل للاستجابة المرغوبة وفقا لمستوى استجابة صحيحة أعلى من (60%)، كما أن التشكيل الجديد للسلوكيات يمكن المعالج من التحدي عندما لا يفهم الطفل الاستجابات الممكن التدريب عليها ومن خلال هذه الطريقة تشتمل الاستجابة على الاسم، وتحديد العمر، وتعلم حروف الجر والضمائر وتسمية الأشياء وألوانها، والتفكير في الأشياء المفقودة ومهارات التقليد والتعرف

على تعبيرات الوجه والإيماءات، والوقت المناسب للسلوكيات، والاتجاهات المناسبة اجتماعيا والإيماءات، وغيرها.(**عوض بن محب سعيد المعيدي،2009، ص60**).

6-2-2-برنامج ليب:

بدأ برنامج "**LEAP**" في عام (1981) في "Pennsylvania" لتقديم خدمات للأطفال الصغار المتوحدين والأطفال العاديين من أعمار (5_3) سنوات ضمن برنامج شامل لمرحلة ما قبل المدرسة، ويعد برنامج ليب (LEAP) واحدا من أفضل البرامج في التدخلات المبكرة للأطفال المتوحدين وأسرهم.

يشتمل برنامج ليب (LEAP) على برنامج ما قبل المدرسة وبرنامج للتدريب على المهارات السلوكية للأباء، هذا بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى، ويعد برنامج ليب (LEAP) وحدا من البرامج التي تجمع الأطفال المتوحدين مع الأطفال العاديين، ويمتاز المنهج في برنامج ليب (LEAP) باستخدامه رفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية، وتشتمل الأهداف في المنهج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية، والانفعالية، واللغوية، والسلوك التكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية، ويجمع المنهج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويشتمل التركيز الأولى لبرنامج ليب (LEAP) على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعية، وتقديم خلافات من خلال زيارات للموقع وأجوبة شاملة لأسئلة ورشات عمل، واستشارات مستندة إلى الحالة وتوزيع الوسائل التعليمية ويشتمل التدريب على:

- تنظيم الصف.
- ضبط الصف.
- زيادة فرص التعليم خلال اليوم.
- تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية.
- مناهج اجتماعية وانفعالية.
- فريق إشراف.

- استعمال فعال لما وراء المعلمين.
- مشاركة الأسرة.

يركز برنامج ليب (LEAP) على تحديد أهداف خاصة لكل طفل، وتصميم استراتيجيات لإشباع هذه الحاجات الخاصة، كما يتضمن التدريب في أوضاع مختلفة متعددة لتسهيل التعميم الذي يعد مشكلة لدي الأطفال المتوحدين، كما تشارك الأسرة في تطبيق الاستراتيجيات العلاجية ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع ومع ذلك، فإن برنامج ليب (LEAP) لم يقارن بشكل تجريبي مع غيره من البرامج المتنوعة.

6-2-3-علاج الحياة اليومية (طريقة هيجاشي): التدريب في المجموعة: Daily life Therapy (The Higashi approach): Tranining in a Group.

طور هذه الطريقة الدكتور "Dr.kiyo Higashi" في مدرسة " Mustachio Higashi school in Tokyo" في طوكيو للأطفال المتوحدين أو الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن هؤلاء الأطفال يمكن أن يساعدوا بأفضل ما هو ممكن لتحقيق أقصي إمكاناتهم بالقرب من أسرهم، ومن مجموعة أطفال ذات خبرات ثقافية مشابهة بهدف المنهج الكلي إلى التقليل من توحد الطفل من خلال تطوير علاقات قريبة في الأسر والمعلمين، وبين الأطفال في المجموعة الذين حافظو على نشاط مكثف، تمكن هذه العلاقات الأطفال لتحديد إيقاع الحياة The Rhythm of Life في المجموعة نالة السرعة من العضو الأبطآ إلى حياة واستجابة تعاونية في المجتمع.

والبرامج التدريبية المكثفة موجهة من خلال التشخيصات اللفظية التحسيسية من طاقم منظم يهدف إلى زيادة قوة جسمية، وتنسيق وتوازن استقرار في العواطف وإزالة الأفعال القهرية.

من أجل الاستفادة من الاهتمامات الذكائية العادية بصورة أبكر.

تركز طريقة العلاج للحياة اليومية على طرق رئيسية لما هو متوقع من الطفل ليفعله الأنشطة موجهة بشكل جماعي ومنظمة بشكل عالي للتأكيد على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض ثلاث مرات يوميا وبواقع 20 دقيقة في كل يوم والجمباز لمرة واحدة

في اليوم وأنشطة رياضية خارجية يومية مثل كرة القدم، وكرة السلة لمدة ساعة يوميا، يركز المنهاج الأكاديمي مبدئيا على الحركة، والموسيقي والدراما والفن والتجمع في المهرجانات وتظهر منه خلال المجموعة الأفراد المتوحدين، وخصوصا في خفض الإثارة الذاتية وتحسين الانتباه وإمكانيات التعلم. **(عوض بن محب سعيد المعيدي، 2009، ص61ــ63).**

6-2-4-برنامج تيتش: (TEACCH)

أسسه "أربك شوبلر" في جامعة شمال كارولينا " University of North Carolina at Chapel Hill" قبل أكثر من ثلاثين عاما وهو منتشر في معظم دول العالم المتقدمة. يهدف نطام "TEACCH" إلى مساعدة الأطفال أن يتعلموا كيف يكونون أكثر استقلالية من خلال مساعدتهم على تحقيق فهم أفضل للعالم من حولهم، فهم يحصلون على المساعدة في مهارات التواصل وفي تعلم اتخاذ الخيارات، وكبرنامج تدريسي فعال، يركز برنامج "TEACCH" على تطوير مهارات تواصل مناسبة واستقلالية شخصية خطوة بخطوة من خلال برنامج تعليمي منظم في التنبؤ وضبط البيئة أهم من خفض السلوكيات المشكلة من خلال التدريب السلوكي أو تلقين العلاقات، وتعد الذات من خلال التعرف على حاجات الطفل الانفعالية، ويعطي الاهتمام للطرق المختلفة التي يدرك بها الأطفال لمتوحدون ويستجيبون للبيئة، والأشخاص الأخرون والتدريس مثير للذكريات والعواطف "Evocative" أكثر من التعليم "Didactic" ويشارك الآباء عن قرب في تطبيق البرنامج واختيار الأهداف لطفلهم ويكون التركيز على ضبط المعلومات البصرية وتستعمل الصور لمساعدة الطفل التوحدي ويتضمن بيئة داعمة منظمة حول بروتوكول تقييم الفرد:

أداة العلاج في برنامج "تيتش" التقييم النفسي التربوي"Psyho Education Profile" للأطفال برنامج"TEACCH" وتحديد تغيير السلوك دون الأخذ بعين الاعتبار أصوله، يحاول المعالجون إزالة مصادر المشكلة وفي الوقت نفسه يحاولون إيجاد طرق لمساعدة الطفل في فهم الأحداث، وعندما يحقق الفهم ويتعلم الطفل التواصل مع المشكلة فإنه يكون قادرا على الانتقال والتحرك نحو الاستقلالية.

أن المهارات المهنية والوظيفية تعلم كلما كان الطفل التوحدي أقرب للتعامل معها وإتقان العمل الفعال والعادات تمكن من تطور الاستقلالية في بيئة منظمة مناسبة، وهكذا فإن الأفراد المتوحدين الأكبر أقدر على تطوير مهارات تواصل والمهارات الأكاديمية في الصف المدرسي والتعليم بهدف التدريب المهني، وتشتمل خدمات الكبار على تحقيق رعاية الذات والثقة بها والطبخ والتنظيف وممارسة العمل إن مجتمع الكبار الداعم يمكن أن يساعدهم في تحقيق الاستقلالية والإشباع في عملهم اليومي.

ويري "**Schopler**" بأن هناك ستة مبادئ رئيسة يعتمد عليها برنامج "**THACCH**" وهي على النحو التالي:

1-يمثل التوحد تحديا طويل الأمد والهدف هو تحسين تكيف الفرد من خلال تحسين مهاراته بأفضل الطرق المتوفرة، وأيضا من خلال توفير بيئة داعمة ومناسبة.

2-تقييم كل طفل بإجراءات التقييم الرسمية باستخدام أفضل الاختبارات المتوافرة، وبإجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء والآخرون بتفاعلهم الطبيعي مع الطفل.

3-استعمال جوانب القوة للطفل التوحدي في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في معالجة المعلومات السمعية، والتنظيم، والذاكرة وهي تعد من أفضل الطرق في تعليم التعلم المستقل وتعديل السلوكيات غير المرغوبة، ويمكن استخدام هذا الأسلوب في المدرسة والمنزل ومكان العمل.

4-أفضل برنامج تعليمي هو البرنامج الذي ينمي مهارات الأطفال ويدرك جوانب ضعفهم.

5-أفضل البرامج المفيدة هي تلك التي تستند إلى النظرية السلوكية والنظرية المعرفية، وهذه تأخذ بعين الاعتبار الفروق في النمو وتسمح بالعمل مع الدافعية والتواصل التلقائي والتفاعل الاجتماعي.

6-تدريب المهنيين يعني القدرة على التعامل مع المشكلات الناتجة عن التوحد ويزيد من تحمل المسؤولية.

7-وعلى الرغم من تعقد حالات التوحد، ما نسبة (2-7%) هي التي يمكن تحقيق الشفاء فيها حاليا، إلا أنه يتوقع مستقبلا بإذن الله وفي ظل برامج التدخل المبكر أن تقل نسب الإصابة فضلا عن ارتفاع نسبة الشفاء بإذن الله تعالي.

(عوض بن محب سعيد المعيدي،2009، ص64ــ65).

خلاصة الفصل:

نستنتج مما ثم عرضه في هذا الفصل أن اضطراب التوحد هو من الاضطرابات السلوكية صعبة التشخيص، ويحتاج إلى دقة كبيرة وعناية في ملاحظة أعراضه وتمييزها من الإعراض التي تظهر في الاضطرابات الأخرى، بالإضافة إلى عدم وجود علاج نهائي له، وإنما تهدف أغلب أنواع العلاج إلى تخفيف حدة أعراضه فقط.

الفصل الرابع:

العلاقة أم طفل

تمهيد

1-تعريف الأمومة

2-مراحل الأمومة

3-أنواع الأمهات

4-أهمية الأمومة

5-الدور الأمومي

6-العلاقة أم-طفل

7-المقاربات النظرية لتفسير العلاقة أم-طفل

خلاصة الفصل

تمهيد:

تبدأ علاقة الأم بطفلها منذ المراحل المبكرة الأولى والتي تعود إلى المراحل الجنينية، ومدى رغبة الأم بطفلها، تنشأ هذه العلاقة من خلال التبادلات الأيضية التي تمر عبر الحبل السري الرابط البيولوجي بين الأم وطفلها، وكذلك يستقبل الجنين أحاسيس وتفاعلات الأم والتي يستجيب لها بحركاته، تستمر هذه العلاقة بعد الولادة وعبر مراحل النمو المختلفة، فالأم هي نقطة انطلاق الطفل وحجر الأساس في نموه النفسي وهي بالنسبة له المنبع الأول لكل ما يحس به من عطف وحب وأمن وبالتالي فإن أي انفصال عن الأم بإمكانه أن يخلف أثار سلبية تنعكس على حياته المستقبلية فمن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى معرفة العلاقة أم طفل.

1-تعريف الأمومة:

الأمومة هي علاقة بيولوجية نفسية بين امرأة ومن تنجبهم وترعاهم من الأبناء. والسلوك الأمومي من أشكال الرعاية التي تؤمنها الأم لولدها فالأنثى في كل الأجناس، تنتج عددا متغيرا من البويضات بحجم كبير محملة بالصغار وعليها أن تؤمن الحماية والغذاء داخل الرحم للجنين حيث يلي ذلك الإرضاع. **(فؤاد شاهين، 1997، ص671).**

والأمومة مصطلح يعيد لأذهان جميع الناس تقريبا تصوراتهم عن مظاهر المشاعر والانفعالات مثل الدفء، المحبة الحنان، التحمل، الصبر، الإحساس بالمسؤولية، الإيثار. ويرسم تلقائيا في مخيلتهم صورة رائعة، تتلخص فيها كافة الحسنات.

(شكوة نوابي، 2001، ص173).

فالأمومة تكسب المرأة احتراما وتقديرا في عالم الرجال ففي مجتمعاتنا يرتبط استقرار المرأة العائلي والاجتماعي وحتى النفسي بقدرتها على الإنجاب.

(فايز قنطار، 1992، 139-140).

2-مراحل الأمومة:

تنقسم الأمومة إلى ثلاثة مراحل حسب:

2-1 مرحلة الاحتواء: تبدأ بفترة الحمل حتى المرحلة الأولى بعد الولادة، وفيها تشعر الأم بأن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنه كائن مستقل عنها وترفض تماما رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية إن لم تعد الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم.

2-2-مرحلة الامتداد: حيث تعتبر الأم أن الطفل امتداد لها، وكأنه ظل لها يتحرك فقط بإرادتها وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

2-3-مرحلة الأمومة الناضجة: تتمثل في مقدرة الأم أن ترى ابنها بصورة منفصلة له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة، ليس من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص. **(أمال عدواني، 2015، ص65).**

3-أنواع الأمهات: إن دور الأم مهم جدا في تطوير شخصية الطفل وتأمين توازنه النفسي ولكن بعض الأمهات يشتكوا من نقص في تجربة الأمومة وهذا ليس خطأ، ولكنه سيصبح مشكلة خطرة إذا رفضت الأم زيادة معرفتها في أهمية دورها في حياة طفلها.

ومن بين الأمهات نذكر:

3-1-الأم القلقة: هي الأم التي تبالغ في الخشية على طفلها من كل ما نعتقد أن من شأنه أن يسبب له الاضطراب فتبعده عن كل مشاركة اجتماعية في المحيط الذي يعيش فيه، وتعزله عن الضجيج والأصوات فيصبح الوضع أشبه بالسجن الانفرادي الذي يخيم عليه قلق الأم وهواجسها، إذ تذهب تعبر عن قلقها على طفلها كلما غط في إغفاءة فتصبح مضطربة من أن يكون قد حدث له مكروه، إن هذه الأم القلقة هي ضحية ما قد عانت في طفولتها من قلق واضطراب أمها أو بيئتها العائلية.

3-2-الأم الحانية والمتعاطفة: هي الأم القادرة بالفطرة والحدس، على فك رموز الإشارات المرسلة من رضيعها والتي يعبر من خلالها عن حاجاته ورغباته، فهذه الأم تعزز إدراك الطفل لوجودها كإنسانة دائمة الحضور.

3-3-الأم المثالية: هي الأم التي يعجز الزمن عن قهرها، إنها الإنسانة التي قيل فيها: إنها تهز السرير بيد، وتهز العالم بأخرى، هذه الأم التي بدأت مسيرتها مع الأمومة، واثقة بنفسها عازمة على مواجهة الصعوبات مهما بلغت شدتها من أجل حماية طفلها، هي التي توسع دائرة

اهتماماته، بعيدا عن ثنائية علاقتهما بحيث تمكن طفلها بالتعرف على العالم المحيط به شرط أن تراعى خطوات تطوره المتلاحقة والمتواصلة فلا تغفل مرحلة ولا تسبق أخرى، بل تسير على تلك المراحل بخطى متوازنة وثابتة. هذه الأم التي ستتمكن بقدرة فائقة على إشباع كل تلك الحاجات أيا كان الوقت وأيا كانت الظروف الضاغطة عليها.

3-4-الأم التملكية: هذه الأم والتي يمكن وصفها أيضا بالتعسفية، هي التي تحب طفلها من منطق روح الأنانية والتملك فتستعمل الطفل لتحقيق غاياتها ومآربها، ولكي يتمكن الطفل المسكين من تحقيق ما تصبو إليه أمه التملكية.

من أسباب تحول الأم إلى تملكية في بعض الأحيان، أن عدم اكتفاءها العاطفي على صعيد حياتها الزوجية يدفعها لا شعوريا إلى تعويض حرمانها العاطفي بواسطة الطفل فيبقي الطفل أسير رغبات الأم لا واعية.

3-5-الأم المبالغة في الحماية: الأم المفرطة في حمايتها للطفل تنمي لديه أنانية مرضية وازدراء للآخرين وتغليبا للنرجسية، وتضخيما لها على حساب علاقة بالآخرين فيلجأ الطفل جانحا انتفاعيا لا يهمه سوى ملذاته الخاصة أو اتكاليا عاجزا عن مواجهة أتفه الأمور.

ويؤكد العلماء والمحللون النفسيون على أن المبالغة في تدليل الطفل تجعله اتكاليا هش الشخصية قليل المبادرة متطلبا خائفا عاجزا عن الإقدام.

3-6-الأم قليلة الصبر: هي الأم التي عجز عن ضبط انفعالاتها فتنهال على طفلها بالصراخ والتأنيب بالعقاب أحيانا من دون مبرر منطقي وهي الأم التي تضيق صبرا بطلبات الطفل البسيطة. **(أمال عدواني، 2015، ص66).**

لقد بينت الدراسات أن هذه الأم قليلة الصبر تلجأ في كثير من الأحيان إلى الإبتزاز العاطفي للتخفيف من طلبات الطفل العاطفية والمادية فتهدده بالتخلي عنه أو بحرمانه من رعايتها ومحبتها، كإجراء تأديبي تربوي.

3-7-الأم القاسية: إن الأم القاسية هي أكثر الأمهات سوءا لكنها كانت من أكثر الأطفال تعاسة وهذه الأم تكون عادة قد عانت ظروفا من الحرمان في طفولتها منها:

- موت الأم وعدم البديل الدائم الذي يعوض عليها ما فاتها من حنان الأم ورعايتها.

– قسوة الوالد واعتماد العقاب الجسدي وسيلة تربوية أدت في النهاية إلى تحويل هذه الطفلة إلى العدوانية السادية المازوشية.

– قسوة الأم التي تؤدي إلى نشوة حالة مرضية ازدواجية لا شعورية.

3-8-الأم المسترجلة: هي الأم التي تفرغ ابنها من صفحات الرجولة بأوامرها المتلاحقة وقد وصفت بأنها امرأة رفضت أنوثتها ومارست هجوماتها على الرجل، وبأنها لا تملك من الأنوثة سوى جانب الحقد واللذة ومن الطبيعي أن يعاني أطفال الأمهات القسيات.

3-9-الأم الوسواسية: هي الأم التي يغلب الوسواس على سلوكها فهي تمعن في الخوف ولا تدري كيف تتصرف مع أطفالها، تجد في بعض الطقوس طريقة لحل مشكلاتها العاطفية مع ولدها وهي امرأة شديدة النظافة، مفرطة في تنظيم الأشياء، تستوحي جدها لولدها من القواعد الشديدة التي تبعث لها الاطمئنان في نفسها.

3-10-الأم النرجسية: تكن هذه الأم عادة تقديرا كبيرا لطفلها فلا ترغمه على فعل شيء ولا تعارضه في أمر، فما يحصل هو أن تلك الأم تقدم للطفل نموذجا يقتدى به بعيدا عن القلق والعدوانية لكنها في الوقت نفسه تمنع عنه تحقيق ذاته، بل هي تدفعه إلى تلبس ذاتها هي وكثيرا ما تذهب هذه الأم إلى إرهاق الطفل بالمتطلبات التي تفوق قدراته فتجعل منه إنسانا راضخا يؤمن لها اكتفاء غرورها ونرجسيتها.

3-11-الأم متأرجحة السلوك: قد تكون الأم معافاة خالية من أي اضطراب نفسي، إلا تأرجح مذهولا أمام تلك الأم، فيشعر بالحيرة ولا يدري سببا لتلك التبدلات. فتسمع الأطفال يقولون أن أمهم لا تحبهم أو أنها لا تعرف كيف تحبهم، أو أنها تحبهم بغضبها وهدوئها، مما يجعل الطفل عاجزا عن تفسير ذلك الغضب المحب. **(أمال عدواني، 2015، ص67-68).**

4-أهمية الأمومة:

4-1-الأهمية الدينية:

هناك أولويات ينبغي غرسها في الطفل وأولى تلك الأولويات العقيدة الإسلامية متمثلة في أركان الإسلام. كما قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " كلكم راع وكل راع مسؤول عن رعيته ". (رواه البخاري ومسلم).

وثاني الأولويات بعد العقيدة: التشريع وهو ما حث عليه "النبي صلى الله عليه وسلم" وجعل مسؤولية ذلك تقع على الوالدين يقول صلى الله عليه وسلم " أمروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء السبع سنين، واضربوهم عليها وهم أبناء عشر وفرقوا بينهم في المضاجع "(رواه أبو داود) ثم يأتي بعد التشريع الأخلاق ويكون بتعويد الأولاد على محاسن الأخلاق كالصدق والأمانة، وتحذيرهم من مساوئ الأخلاق كالسرقة والكذب والخيانة، والسب والشتائم. وعلى الأم أن تحرص ألا تأمر بما تذهب هي إلى ما يخالفه، فإن ذلك سينعكس على سلوك الولد.

4-2-الأهمية النفسية:

من سنن الله في الأنفس أنه أودع المحبة والسكن في الأم للولد، وفي الولد للأم، هذه هي السنة القويمة السوية، ومن ثم أوجب الله على الأم إرضاع ولدها وقال تعالى: "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين " والرضاع يولد العلاقة الحميمية بين الأم والطفل فيكون لصيقا بها، الأمر الذي أكده البحث العلمي (فأوجب وضع الوليد على تماس حسي مع الأم بعد الولادة مباشرة، وذلك لأهمية هذه اللحظات في مستقبل العلاقات اللاحقة بين الطفل والأم وبين الطفل ومجتمعه. **(صولي أروى سارة، 2013، ص40)**.

4-3-الأهمية الاجتماعية:

من المعلوم أن البيئة الاجتماعية لها أثر كبير في شخصية الإنسان وهو الأمر الذي لم يكن يجهله قوم مريم عليها السلام حين قالوا: "يا أخت هارون ما كان أبوك أمرا سوء وما كانت أمك بغية "(سورة مريم الآية 28). وهناك تداخل بين النواحي الاخلاقية والاجتماعية هو الانبساط في سلوك الطفل الذي تؤدي فيه الأم الدور الأكبر، فعليها أن تنشئ ولدها وعلى الانبساط في سلوك الطفل الذي تؤدي فيه الأم الدور الأكبر فعليها أن تنشئ ولدها على الاختلاط بالناس، وتجنب العزلة والانطواء ليكون له دور فاعل في المستقبل.

فالأم هي أول من يكون عند الطفل منطلق العلاقات الإنسانية، فلا بد للطفل أن يتجاوز أمه إلى العالم الخارجي.

4-4-الأهمية الخلقية:

إن انحراف الأم والأب الأخلاقي سيولد لا محالة الانهيار الأخلاقي في الأسرة لأن الوالدين هما القدرة العليا للطفل خاصة في سنواته الأولى فإذا كان رب البيت ضاربا فما بال الولد؟ ذلك أن الطفل لا يحسن سوى التقليد في سنواته الأولى حتى يتهيأ له مصادر أخرى للمعرفة فيما بعد كالمعلم والصديق ولقد ضرب الله سبحانه وتعالى مثلا للأم الصالحة بأم مريم " وما كانت أمك بغيا "(سورة، مريم، الآية 28).

(صولي أروى سارة، 2013، ص41-42).

5-الدور الأمومي:

إن ما يحتاجه الطفل في بداية حياته هي حاجات بيولوجية، والأم هي التي تمكنه من ذلك من خلال عملية الرضاعة

وقد أشار "**spitz**" لذلك بأن الطفل يحتاج أن يشعر بإشباعات لحاجاته من أمه، كما يحتاج إلى لمس وجهها ويديها ليستقبل من خلالها العالم الخارجي، وبذلك نجد أن للأم دورين مزدوجين دور بيولوجي وآخر وجداني، وينتقل الطفل من علاقة بيولوجية مع أمه إلى علاقة وجدانية وهي أول علاقة اجتماعية وجدانية (أم طفل) هذه العلاقة لا تتعلق بوجود أو حضور الأم فقط بل تتعلق بنوعية الأمومية التي تمنحها الأم لطفلها حتى تحقق ارتباطا وتعلقا قويا وأمنا فما يحتاجه الطفل هو أم كفاية.

حيث يقول " **Winnicott**" **(1976)** عنها الأمومة الكافية الجيدة أو درجة معقولة من الأمومة واصفا بذلك نوعية من الوالدية تستجيب لحاجات الأطفال الفيزيولوجية والانفعالية بشكل مناسب وحساس، وكذلك تؤكد "**آينسورث**" على نوعية ارتباط الطفل وتعلقه بأمه يعتمد على نوعية الأمومة التي يتلقاها.

وقدم (1896-1971) "**Donald Wood Winnicott**" نظرية حول الاهتمامات الأولية للطفل من طرف أمه وقد أشار إلى قدرة الأم على التماهي بطفلها وتلبية حاجاته ويشير بالدور الأساسي للأم وقد صاغ في هذا الصدد مفهوم "الأم الجيدة بشكل كافي"(la mère suffisamment bonne).

وبناءا على ذلك فقد حدد دور الأم بثلاثة وظائف هي:

1 Le Holding 2 le Handling 3 l'objet présentant

5-1-طريقة حمل الطفل le holding:

إن كيفية حمل الأم للطفل هي أساس كل المظاهر الأخرى المعقدة وتحدد سيرورات النضج، وهي تتضمن كذلك سلسلة الاعتناءات اليومية التي تتطور وتتكيف تدريجيا في طريقة تقديمها وفقا لنمو الطفل، إن لكل ذلك وظيفة هي الحماية، فالحمل الجسدي للطفل من قبل الأم يحميه من كل التجارب المقلقة التي يشعر بها منذ الميلاد سواء كانت ذات طبيعة فيزيولوجية وحسية مرتبطة بالمعاش النفسي الجسدي للطفل من قبل الأم يحميه من كل التجارب المقلقة التي يشعر بها منذ الميلاد سواء كانت ذات طبيعية فيزيولوجية وحسية أو مرتبطة بالمعاش النفسي الجسدي (كقلق التجزئة غياب التوجه...) فعندما تكون هذه الوظيفة مؤمنة بصورة منتظمة وكافية فإن الطفل يحافظ على الشعور المستمر بالتواجد وبالتالي فإن النضج يصبح ممكنا.

إذن فطريقة حمل الطفل لها خصائص:

- فهي تحمي الطفل من المخاطر الفيزيولوجية.
- تأخذ بعين الإعتبار حساسية جلد الطفل (اللمس والحرارة) الحساسية السمعية، البصرية حساسية السقوط (بفعل الجاذبية).

وأيضا كون الطفل يجهل وجود أي شيء آخر ما عدا نفسه.

- تتضمن رتابة الاعتناءات اليومية والتي تختلف حسب الطفل وهي جزء منه.
- تتكيف يوما بعد يوم مع التغيرات الناجمة عن النمو الجسدي والنفسي.
- إن طريقة حمل الطفل هي شكل من أشكال الحب فالأم تعبر عن حبها لطفلها عن طريق حمله. **(عائشة شلابي، 2017، ص48-49).**

5-2-الحضور le handling:

وهو أسلوب التعامل معه والاعتناء به والاستعداد لتقديم الدعم الجسدي والنفسي بكل أشكاله للطفل.

5-3-تقديم الأشياء l'objet. Présentant:

وهي قدرة الأم على تقديم الأشياء للطفل في الوقت الملائم، ليس قبل ذلك أو بعده تتعلق بهذه الوظيفة قدرة الطفل أن يكون صور إيجابية عن قدراته في التحكم في عالمه المحيط به.

وفشل هذه الوظيفة قد يؤدي إلى بناء "أنا مزيفة " التي تتمثل في الخوف من البروز والانصياع التام للمحيط.

وكذلك نجد في التراث التحليلي أن أدوار صورة الأم تتجسد في شخصيات تعايشه symbiotique مع الطفل عدائية وعدوانية "hostile et agressive" المتعذر استبدالها " irremplaçable"...إلخ.

حيث ترى M.J.Chobart.Delauwe أن كل طرف في العلاقة التعايشية يحب ذاته من خلال الاخر، إحساس مفرط بالأمومة إلى درجة "الحاجة الأمومية " حيث يتم استثمار القوى والمشاعر ضمن هذه العلاقة خلال مدة زمنية مطولة، كما أن تأمين هذه الحماية المفرطة للطفل يجعله يتصور هذه الحماية في شكل مأوى تولد التلبية المفرطة لهذا الدور، عند الأم شعور بالقلق اتجاه احتكار الطفل لها، ما يدفعها إلى استبعاد الطفل لاحقا بالنسبة للطفل، إن فرض هذه الحدود والشروط صعب التحمل يتميز هذا الإفراط في الحماية بمحاولات الأم المستمرة لمعرفة كل ما يخص الطفل، الوصاية في حياته بشكل كلي وحرمانه من كل أشكال الاستقلالية قد يعود مصدر هذه السلوكيات التعسفية إلى معاناة الأم من عزلة عاطفية تقوم بتعويضها من خلال الطفل. **(عائشة شلابي، 2017، ص50-51).**

6-العلاقة أم طفل:

عند الميلاد يشكل الرضيع والأم وحدة نفسية، والعناية الأمومية هي التعبير عن هذه الوحدة بحيث تشكل هذه العناية في البداية استجابة للطلب البيولوجي للرضيع، بينما تظهر مراقبة وضعية التغذية تنوع في علاقة الأم برضيعها هذا يعني أن حركات وأفعال الأم ليست فقط استجابة لاحتياجات الطفل، بل تمثل تعبيرا عن احتياجاتها هي أيضا.

إن إقامة علاقة ما يتطلب وجود تصور لهذا الشخص وصورة عقلية له فبالنسبة لـــ (1983S.lebovici). تكلم عن عدة تصورات للأم عن الطفل، واعتبر أن الرغبة في الأمومة تنمو وتتكون من خلال الصراعات الليبيدية والتنظيمات النرجسية للطفل الأوديب.

واعتبر Bergeret أن الطفل المستقبلي نتيجة قصة طويلة قبل ميلاده، فهو موجود منذ القدم في المعاش الهوامي للأم.

6-1-الطفل الهوامي:

إن الرغبة في الأمومة شيء كل النساء، بحيث تسمح الهوامات التي تنظمها هذه الرغبة بالتكلم عن طفل هوامي، طفل الحياة السابقة هذه الرغبة التي تظهر منذ الطفولة المبكرة والتي يعبر عنها من خلال لعبة الطفلة الصغيرة بدماها، ولعبة المعلمة المدرسية، وتمثيليات الأب والأم...الخ. وفي هذا الصدد اظهر فرويد في وصفه لهوام المشهد الأولى كيف يبني الأطفال روايتهم العائلية حيث تندمج انشغالاتهم حول الوالدية في صراعات لا شعورية تتطور بالتوازي مع نموهم. **(ابن الطيب فتيحة، 2008، ص24).**

6-2-الطفل الخيالي:

هو نتيجة الرغبة في الحصول على طفل والتي تترسخ في إشكالية الزوجين، والحمل هو الذي يعطي لها معنى، وتستقر كذلك في نموذج التوازن العائلي، والذي تنطوي عليه الضرورات الثقافية وتعاقب الأجيال.

إن الطفل الخيالي هو نتاج أحلام اليقظة، فهو بناء هوامي يرتكز على الرغبة في الأمومة وهواماتها، انه مشروع يغطى بطريقة أو بأخرى الطموحات النرجسية للأم حيث تترسم العلاقات مع الأب والد الطفل، والصراعات الأوديبية مع الأم، وأثناء الحمل يصبح الطفل المستقبلي حيا، فتحضر الأم لقدومه، وقد تفضل جنسا معين ذكر أو أنثى وتتوقع شكله وشبهه، تتنبأ له بمستقبل ما وتشكل له طقم ملابسه وتقلق على بقائه على قيد الحياة وتخشي أن يولد بتشوهات وتختار له اسم بالمشاركة مع الأب، أو كل واحد منهما يحاول أن يتحيز لشجرة نسبه في اختيار الأسماء، في الواقع كل واحد سيحاول أن يسجله في نسب نشط، يبصم هذا التسجيل بهواماته حول والدي الوالدين المستقبليين، بتعبير آخر يبصم بعناصر الرواية العائلية المبنية

من طرف هؤلاء، ويتعلق الأمر بقصة عابرة للأجيال التي تنقل للطفل المستقبلي كل أسرار العائلة التي هو حاملها.

فالحمل يؤدي إلى تغيير اقتصادي مهم زيادة في الليبيدو النرجسي على حساب لبيدو الموضوع.

في هذا الوقت الطفل الخيالي يحمل وزن كبير وحضور، حيث تمنح له هذه الأم مقدما جسم خيالي هلوسي وبعض الخصائص النفسية (وجه معين شعر...الخ) والتي تتمني أن تجدها بعد الميلاد.

6-3-الطفل الواقعي:

الولادة هي لحظة لقاء الأم بوليدها، المولود حقيقي الأن، ككتلة حية عزيزة على الأم تضمها بين ذراعيها ولا يكون الطفل حقيقيا إلا إذا كان منطوقا.

تبدأ الأم عند الولادة ببناء تصورات حول ما هو عليه وليدها وكيف يمكن أن يصبح عادة ما تجري الأم إعادة بناء هذا الطفل وفقا للخصائص العامة التي هو عليها هذا المولود، وستظهر هوامات فترة الحمل من جديد ولكن سيعاد ارسانها استجابة للواقع الموجود، بتعبير آخر سينمحي الطفل الخيالي بهدوء لصالح الطفل الواقعي.

(ابن الطيب فتيحة، 2008، ص25-26).

7-المقاربات النظرية لتفسير العلاقة (ام طفل):

ثلاث نظريات تتظافر في تفسير العلاقة بين الأم والطفل:

7-1-النظرية التحليلية:

تتركز على أهمية العلاقة أم/طفل والتوظيف الوجداني ومدى العناية التي توليها الأم لطفلها باستجابتها لحاجاته تعطي للطفل شعور بالاطمئنان، تحت تأثير هذه العناية والنضج العصبي وتطور الإدراك يبدأ الطفل يدرك العالم الخارجي ويكون تدريجيا الموضوع المعرفي اللبيدي. **(Piaget-Spitz).**

الموضوع المعرفي له سمات ثابتة (شكله، وزنه، لونه...) يجعله ثابتا لا يتغير لكن الموضوع اللبيدي لا يستثمر حسب سماته الموضوعية بل على أساس استبهامي وتعطى له

صفات يمكنه اجتياحها (introjection) أو إسقاطها أو تملكها (appropriation) أي هي علاقة إلى فرد ليس له كل صفات الموضوع الحقيقي ولا تعاش إلا كتصور نتائجه والتغيرات التي تحدثها فنيا (Aguria.Guerra).

على أساس العلاقة مع الموضوع اللبيدى الأول تتكون المواضيع الداخلية كنماذج للعلاقات الاجتماعية فإذا فقد الموضوع أو كان خلل في العلاقة يؤدي إلى اختلال التوازن وفهم العلاقات.

التوظيف النفسي للطفل من طرف أمه يعطى له الإحساس بالقيمة والتقدير والاستمرارية وهذا يؤدي إلى تكوين ثقة في الذات (مع توظيف جسمه وذاته وحبها).

7-2-نظرية التعلق:

أن مفهوم التعلق وصفه"**Bowlby**" سنة (1958) بعد سلسلة من الأعمال حول العلاقة أم/طفل وهو يقول: "إنها سيرورة فطرية من بين ميكانيزماتها نجد: الصراخ، التمسك، المعانقة، المص، الابتسامة التي تظهر كلها مبكرة عند الرضيع ".

هذا السلوك الفطري أساس لتكوين العلاقة، وفي دراسته على أمهات أطفال صغار (M. Ainsworth) تقول إن الأمهات تهتم بأطفالها أكثر مما تريد هي لأن الطفل يحتج ويجبر الأم على الاهتمام به (صراخ أو متابعة أو إغراء).

وفي المؤتمر الثاني للطب النفسي للرضيع (Cannes'1983) (1) وردت تطورات جديدة تضيف للتفاعل السلوكي (التعلق) تعطي مكانة هامة للخيال وما فيه من إسهامات الوالدين وأثارها على تطور الطفل.

7-3-نظرية الإثارة:

استعمل"**Agurria.Guerra**" مصطلح الحرمان الحسي حركي (désafférentation sensorielle) ويقول "ما أسميته حسي هنا هو ما يأتي من الخارج، ونظريا يساعد على تكوين الشخصية سواء بفاعلية في حد ذاتها أو بواسطة المرض، الإشباع، الإحباط الذي يثيره في الفرد أو التوظيف النفسي الذي يكونه ".

هناك فترة حرجة "phase sensible" تحتاج فيها الأعضاء إلى تجربة وإثارة كي تنمو الوظيفة وتتضح الأوساط العصبية المكلفة بها، فإذا تجاوزت هذه الفترة دون إشارة وتجربة

تموت العصبونات، هذا يعني أن الجهاز العصبي يحتاج إلى مثيرات تأتي من العالم الخارجي كي يطورها وإذا عان الطفل من الحرمان الحسي في صغره هذا يعنى أنه يستحيل انعكاس وتصليح هذه النقائص.

إن النظريات الثلاثة ترى أن أنها متكاملة لأنها تتطرق إلى جوانب يستغلها الطفل متزامنة مع بعضها الجانب الحسي حركي فكرى، ومعها تنشأ العلاقات والتعلق وبالتالي تكوين الشخصية، فالعناية الأمومية تمس كل الجوانب في آن واحد ليس هناك وقت للوجدان ووقت للإشارة الحركية وآخر للذكاء العناية شاملة (globale) في نفس الوقت يتعلق بأمه ويشبع حاجاته الوجدانية وإلى المعرفة وإلى الاطمئنان.

إن سلوك التعلق تدفعه حاجة فطرية لا بل تحقيق وظائف مختلفة منها وظيفة الجماعة وهذا من خلال تقديم الأمن من الراشد الذي يفقد دوره، إن يدافع عن الطفل ضد أي اعتداء وهو أيضا يعطى الفرصة للطفل كي يتعلم من الأم نشاطات ضرورية لبقائه فمرونة استعداداته السلوكية تنتظم بصورة مختلفة حسب عمر الطفل فالحماية للطفل تتلخص في أن الأم تحميه من كل المثيرات المزعجة سواء كانت داخلية (جوع، عطش بلل...) أو خارجية (أشخاص غرباء، أصوات مزعجة...إلخ).

الوظيفة المجتمعية: ينتقل التعلق خلال دورات الحياة من الأم إلى الأقرباء ثم الغرباء وفي الأخير مجموعات أكثر فأكثر اتساعا، ويصبح عامل مهم في بناء الشخصية وحتى يكون هذا الدور إيجابي يجب:

- ✓ أم تكون مطابقة حقيقية بين المطالب الواقعية للطفل (نوعيتها واقاعها، وقدرة الأم على الإجابة بصورة ملائمة.
- ✓ أن يتأكد الطفل من معاودة اتصاله بالأم عندما يرغب في ذلك، فيصبح بذلك قادرا على اكتشاف محيطه (أماكن غريبة وأشخاص غرباء).

وظيفة تعلم النشاطات: إن سلوك التعلق مرتبط كذلك يتعلم نشاطات وأعمال متنوعة ضرورية للعيش، فرضيع وهو مع أمه يمكنه التعلم بالقيام ببعض الأعمال وذلك من خلال مشاهدته لها وهي تقوم بتلك الأعمال.

تكلم "**Winnicott**" عن غريزة التعلق في تجربة قام بها حول الطفل (**Helene**) وجد أنه بحث عن جزء من جسد يكون على اتصال به أو شيء يحتوي على شعر يشبه الجلد، فوجد أن غريزة التعلق لها أثر كبير من الغريزة الجنسية الفموية.

حيث وجد أن هناك اضطرابات عقلية طفلية ناتجة عن البعد الأمومي مثل الفطام الطفلي الاضطرابات العقلية غير المنظمة التي تهيؤه لاضطرابات عقلية عياديه، مما يمكن توظيفه في البعد الاجتماعي ويفضل بذلك الطفل الاستقلالية المرضية وأزمات الغضب.

كما توصل "**Tinquet**" في نهاية أبحاثه إلى أن النتيجة الأساسية لتحقيق جلد جيد مع الآخر هو امكانية العيش بالنقل (délégation) يوضح "**Winnicott**" من خلال أبحاثه أن الأنا ينطلق من أنا جسدي ولا يبدأ الرضيع الارتباط مع الجسد والوظائف الجسدية إلا إذا تم كل شيء بطريقة مناسبة حيث يكون الجلد العضو الحاجز.

(عائشة شلابي، 2017، 54-58).

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل عرض مفهوم الأمومة ومراحلها وأنواع شخصيات الأمهات وأهميتها والدور الأمومي والعلاقة أم/طفل والمقاربات النظرية التي فسرت هذه العلاقة بينهما.

وقد استخلصنا من خلال هذه المحاور أن هناك وجود حقيقة تترجم الحاجة الفطرية للعلاقة أم-طفل، وما يترتب عنها من إشباع عاطفي وتأثيره في شخصية الطفل المستقبلية، والتي تعود أساسا إلى علاقة الأم بوالديها وعدة عوامل أخرى، كرغبتها في الإنجاب، وضعها الصحي، النفسي، العقلي. لذا يجد الطفل نفسه أمام علاقة أمومية جد معقدة لأن المسألة لم تتعلق بوجود الأم بشكل مطلق بل بنوعية الأمومة التي تمارسها الأم مع طفلها.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

منهجية الدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

2-المنهج المتبع

3-حدود الدراسة

4-مجتمع الدراسة

5-أدوات الدراسة

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري لهذه الدراسة والتي تمثلت في تحديد إشكالية البحث فرضياته وأهدافها وأهميتها والانتهاء من الفصول النظرية فإننا في هذا الفصل سنتناول الجانب الميداني والذي يعتبر حلقة وصل بين الجانب النظري والنتائج المتحصل عليها، فهو الركيزة الاساسية لكل بحث علمي، وسنتناول فيه الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، حدود الدراسة، بإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة قبل الشروع في أي بحث علمي، وتهدف إلى

- التأكد من أن الظروف المحيطة بمكان الدراسة تسمح بتطبيق أدوات جمع البيانات.
- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول حالات الدراسة.
- التأكد من توفر حالات الدراسة وتحديد الفئة المستهدفة المناسبة والتي تخدم الدراسة.
- الدراسة الاستطلاعية تساعد في الكشف عن التغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد متغيرات البحث كما تسهل عملية التأكد من توافق المنهج المختار للدراسة وكذلك الأدوات وبالتالي تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في البحث فمن خلالها يتم ضبط الموضوع بكل جوانبه.
- وقد قمنا من خلال دراستنا الاستطلاعية بزيارة إلى مركز التوحد بالمدية نظرا لتواجد حالات أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد التي تخدم دراستنا وبعد طلب الموافقة والحصول عليها لإجراء الدراسة الميدانية قمنا بتحديد العينة المناسبة من ناحية متغيرات الدراسة ومن ناحية رغبة المبحوثات المشاركات في الإجابة على أسئلة المقابلة ومقياس الشعور بالذنب.

2-المنهج المتبع في الدراسة:

نظرا لتعدد المناهج في إجراء البحوث في العلوم الاجتماعية بصفة عامة وعلم النفس بصفة خاصة فإن طبيعة موضوع الدراسة وهدفه المتمثل في الكشف عن الشعور بالذنب لدى

أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة حيث اقتضت دراستنا هذه استخدام منهج دراسة الحالة.

يهتم منهج دراسة الحالة بجميع الجوانب المتعلقة بشيء أو موقف واحد على أن يعتبر الفرد، أو الأسرة، أو المدرسة، أو أي مؤسسة أو هيئة، أو جماعة، أو حتى مجتمع محلى كوحدة للبحث والدراسة ويقوم هذا المنهج على التعمق والشمول في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ حياة هذه الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها. فدراسة الحالة بهذا المعنى لا تقتصر كما يوحى إلينا مصطلحها على دراسة أو تناول فرد أو شخص واحد فقط. بل تمتد لتشمل أي مجموعة من الأشخاص (الأسرة، مؤسسة، مجتمع) يرغب الباحث في دراستها بتفصيل كبير ومن ناحية أخرى لا يقتصر استخدام منهج دراسة الحالة على مجال علم النفس أو ميدان علم الاجتماع فقط، ولكنه يمتد ليبحث ظواهر في مجالات مختلفة كالتربية والإدارة والاقتصاد والتجارة.

وبصفة عامة يقوم الباحث في دراسة الحالة بتطويق الظاهرة من جميع نواحيها بغية الحصول على معلومات دقيقة وصحيحة عنها ثم تحليل هذه المعلومات على العوامل التي تؤدي إلى التغيير والنمو أو التطور على مدى فترة معينة من الزمن. وقد تكون الوحدة موضع الدراسة جزءا من حلة في إحدى الدراسات. كما يمكن أن تكون هي نفسها حالة قائمة بذاتها في دراسة أخرى. **(فكري لطيف متولى، 2016، ص133).**

3-حدود الدراسة:

3-1-الحدود المكانية:

قمنا بالدراسة في مركز التوحد الواقع بولاية المدية حي طحطوح أمام محطة الحافلات والمتكون من قاعة الاستقبال ومكتب لرئيسة المركز الاخصائية النفسانية (وعدية شهيرة) وقاعتين للأخصائيين النفسانيين وقاعة للأخصائية الأرطفونية، كما يعمل فيه مجموعة من الأخصائيين النفسانيين المتطوعين.

يعمل المركز من يوم السبت إلى غاية يوم الأربعاء.

3-2-الحدود الزمانية:

قمنا بإجراء الدراسة في الفترة الممتدة من يوم الإثنين (2023/02/13) إلى غاية يوم الاثنين (2023/05/08).

3-3-الحدود البشرية:

أنجزت الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بمدينة المدية وقد بلغ عدد أفراد العينة (6) حالات.

4-مجتمع الدراسة:

يتألف مجتمع الدراسة من عينة تكونت من (6) حالات لأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وكان اختيار بطريقة قصدية من مركز التوحد بحيث اخذنا بعين الاعتبار:

-أن تكون الحالة (أم) لديها طفل مصاب بطيف التوحد.

-أن يكون الطفل مصاب بطيف التوحد.

-أن يكون مركز للتوحد خاص بالأطفال.

5-أدوات الدراسة:

بغرض جمع المعلومات اللازمة للبحث استعملنا الأدوات التالية:

5-1-المقابلة:

"**العويضة**" (2003) في هذا النمط من المقابلة العيادية، يأخذ موقف وسط، حيث يقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو الرؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يطرق المحاور التالية:

الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل، الإقامة، الحوادث والأمراض الحقل الجنسي، العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي، الأحلام.

عموما في أغلب الأحيان يتم التخطيط للمقابلات العيادية مسبقا وتحدد استراتيجيتها مقدما وان كان ذلك عملية صعبة. **(نصر الدين جابر، 2022، ص61).**

وقد قمنا ببناء دليل المقابلة متكون من سبعة محاور:

المحور الأول: البيانات الشخصية حول الأم والطفل.

المحور الثاني: ظروف الحمل والولادة.

المحور الثالث: النمو الحسي والحركي.

المحور الرابع: التشخيص وردود الفعل حوله.

المحور الخامس: الاتجاهات وأساليب معاملة الطفل.

المحور السادس: مدى مساهمة الأم في العلاج.

المحور السابع: التصورات المستقبلية.

5-2-المقياس:

طريقة استخدام الدرجات:

تتألف قائمة الشعور بالذنب من (53) عبارة (جميعها عبارات إيجابية أي باتجاه الشعور بالذنب) ويطلب من المفحوص الإجابة على كل عبارة عن مدى توفرها واستمرار وجودها وانطباقها عليه بتقديرات متدرجة تراوحت من (معظم الوقت) حيث يعطى 3 درجات أو (في بعض الوقت) حيث يعطى درجتان أو (أبدا) حيث يعطى درجة واحدة، ويعتبر مجموع الدرجات من 106 وأكثر(53×2=106) دالا على استمرارية الشعور بالذنب بدرجة عالية، ومجموع الدرجات من 105-79 دالا على استمرارية الشعور بالذنب بدرجة متوسطة ومجموع الدرجات من 78-53 دالا على استمرارية الشعور بالذنب بدرجة منخفضة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

يكون المقياس صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه، وقد اخترنا مقياس خاص بالشعور بالذنب "كوغلر وجونز" سنة 1992 من بين مجموعة من المقاييس لاحتوائه على أبعاد هامة وبنود ملمة بموضوع الدراسة، إضافة إلى أن المقياس مطبق في بيئة عربية، وبالتالي تم إعداد الصيغة النهائية للقائمة على ضوء الموافقة والتعديلات التي أجريت من قبل المحكمين على عبارات قائمة الدراسة، وتألفت قائمة الشعور

بالذنب النهائية من (53) عبارة تمثل المكونات الرئيسية للذنب كالندم ولوم الذات والأسف... (الملحق رقم 2).

حيث بلغت قيمة معامل الارتباط في مقياس الشعور بالذنب (0,86)، وهي دالة على مستوى الدلالة (0،01). وبهذا اعتبرت قائمة الدراسة صالحة للاستخدام في الدراسة الحالية تبعا لما توفرت له من دلالات الصدق والثبات.

الفصل السادس:

1-عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1-الحالة الأولى

2-الحالة الثانية

3-الحالة الثالثة

4-الحالة الرابعة

5-الحالة الخامسة

6-الحالة السادسة

2-الاستنتاج العام

3-اقتراحات الدراسة

الخاتمة

تمهيد:

خصصنا هذا الفصل لدراسة الحالات وتقييمهم من خلال مقابلات مضبوطة بتواريخ والزمن المستغرق في كل مقابلة بالإضافة إلى تحليل محتوى المقابلات التي أجريت والمقياس الذي تم تطبيقه على كل حالة من الحالات إضافة إلى النتائج التي توصلنا إليها.

1-عرض وتحليل ومناقشة النتائج:

1-1-عرض الحالة الأولى:

1-2-عرض البيانات الشخصية:

الخاصة بالأم:

الاسم: (ص، ل).

السن: (44) سنة.

عدد الأولاد: (4) أولاد.

ترتيب الطفلة: رتبة (3) توأم بنت ولد.

مهنة الأم: ربت بيت

المستوى التعليمي: ابتدائي

المستوى الاقتصادي: متوسط

الحالة الاجتماعية: متزوجة

الخاصة بالطفل:

الاسم: (س، ن)

السن: (13)

الجنس: أنثي

تاريخ الميلاد: (09)-ديسمبر-(2010)

شدة الإصابة: شديدة

مدة العلاج: (9) سنوات

فريق العلاج: مختص نفسي/ مختص أرطفوني

1-3-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف الموجهة:

تم في بداية المقابلة مع الحالة (ص) والدة الطفلة (س، ن) المشخصة باضطراب طيف التوحد، توضيح الغاية من اجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من أجل غاية علمية، مع تشجيعها على التعاون معنا والإدلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية، وذلك بالاعتماد على دليل المقابلة النصف موجهة الذي سمح لنا بجمع قدر معتبر من المعلومات التي تساعدنا في بحثنا خلصت إلى ما يلي:

فيما يتعلق بمحور الحمل والولادة صرحت الأم بأن حملها كان مرغوب فيه وبعد خمسة أشهر من الحمل علمت الأم أنها حامل بتوأمين غير متماثلين بنت وولد واستقبلت حملها بكل فرح وسرور خاصة عندما علمت أنهم توأم إلا أن الأم عانت من عدة مشاكل صحية أثناء فترة الحمل ارتفاع نسبة السكر والضغط، رغم هذا لم تتناول أي أدوية، فظروف الولادة كانت طبيعية أي دون اللجوء إلى العملية القيصرية والتوأم بصحة جيدة (لون طبيعي، صرخة الميلاد عادية، الوزن 3كغ)، أما عن رضاعة الطفلة فكانت لمدة عام ونصف للتوأمين، فعندما سألت الأم كيف كانت نفسيتك بعد الولادة تنفست بعمق واغرورقت عيناها بالدموع مطأطأة رأسها قائلة (من نهار لي ولدت مريحتش حتى ليومنا هذا تعبت تعبت بزاف) لم تستطع التعايش مع الوضع الجديد بسهولة فتربية توأمين مع وجود أولادها الاخرين مما جعل الأم تعاني من مشاكل نفسية من إحباط وضغوطات التربية واشغال المنزل حسب قول الأم فنظراتها ووجهها الشاحب مملوء بالخيبات يحكيان تعبها ويأسها من الحياة.

وحول التطور النفسي والحسي الحركي للطفل وردود فعل الأم حوله فحسب الأم كانت نظرات الطفلة غير طبيعية بالنسبة الى توأمها حيث لم يكن لديها تواصل بصري مما جعل الأم تظن أنها لا تسمع وأخذتها الى طبيب الأذن واشترت لها سماعات الأذن وبعد فحصها من قبل الطبيبة بواسطة اختبار سمعها بالمفاتيح تبين أن الطفلة تسمع وبشكل جيد، كانت الطفلة تبتسم بشكل عادى مثل توأمها ما جعل الأم تفرح بذلك، إلا أن بكاء الطفلة لم يكن طبيعي لأنها تبكي كثيرا وكان ذلك يزعج الأم لأنها تيقظ توأمها بالصراخ والبكاء مما جعل الأم أكثر قلقا حول بكاء الطفلة إلا أن نومها كان ليلي فقط أما في النهار فكانت لا تنام عكس توأمها وهذا

ما جعل الأم تتعب وتعاني من قلة النوم، أما فيما يخص المناغاة فقد كانت تناغي مثل بقية الأطفال إلى أن وصلت لسن العام ونصف بدأت بقول كلمات بسيطة مثل بابا وماما ثم توقفت عن الكلام ما جعل الأم تلاحظ الفرق بينها وبين توأمها ، ومن أكثر الصعوبات التي واجهتها الأم في تربيتها حيث قالت (ملي زادت وأنا في الهم ونجري مطبيب لطبيب).

أما فيما يخص محور التشخيص وردود الفعل حوله، لاحظت الأم تصرفات إبنتها غير عادية غير في سن العام مما جعل الأم في حيرة من أمرها وانتابها الشعور بالخوف والقلق من حالة ابنتها حيث اتجهت نحو الطبيب العام لفحصها قائلا لها (بنتك عندها مشكلة) مما جعل الأم يغمى عليها في الحين من شدة الصدمة بسبب عدم معرفتها للمرض الذي أصاب ابنتها، وبعد ذلك اتجهت الى طبيب عقلي فهو من قام بتشخيص الطفلة بطيف التوحد، فكانت ردة فعل الأم عدم التقبل والدخول في دوامة الحزن والاكتئاب وانتابها الشعور بالذنب بسب الفقر والتفكير في كيفية العلاج وتكاليفه، الا أن ردة فعل الزوج كانت أقل حدة من ردة فعل الزوجة حيث تقبل مرضها، فالأم لم تتلقى الدعم والمساندة من العائلة قائلة (كي نتلقاو في كاش مناسبة يبقاو يقولولي مسكينة ربي يشافيها، حليلك كفاش راكي متحملتها) مصحوبة بنظرات الشفقة ما يجعل الأم تشعر بالنقص والدونية وكأنها هي سبب مرضها، ومن جهة أخرى لم تسلم من التعليقات السلبية من طرف المجتمع خاصة عندما تركب الحافلة قائلة(ملي نركب في طرنسبور وهما يخزرو فيها تغيضني عمري دايمن نحس بلي بنتي ناقصة)، فتصرفات الطفلة تثير غضب الأم فهي تخاف عليها من إيذاء نفسها قائلة (تروح للكوزينة تخلط في نار في كل حاجة متعرفش).

وبالنسبة لمحور أساليب معاملة الطفل فمعاملتي تغيرت كثيرا قبل وبعد معرفة الإصابة ففي السابق كانت تعاملها كما تعامل أبنائها أما بعد معرفة اضطراب الطفلة بطيف التوحد سلبت الطفلة كل طاقة الأم ولم تعد تقدر على هذه المعيشة حسب قول الأم (وليت نعاود الهدرة بزاف ضرك كيما راني نهدر معاكم كي نخرج منا نعاود نتفكر وش كنت نهدر معاكم ونبقي نعاود فيها برا في زنقة حتى فدار) فاضطراب الطفلة جعل الأم مريضة ومتعبة نفسيا وجسديا ، فهي تجد الكثير من الصعوبات في التعامل مع ابنتها فكل يوم نفس المتاعب والجهد، رغم ذلك لم

تشعر الأم بالندم لإنجابها حسب قولها (ربي كتبهالي والحمد لله)، إلا أنها تتجنب الظهور معها في المناسبات الاجتماعية حسب ما صرحت به الام (كي يكون عتدي كاش عرس ولا نخليها عند يما ولا عند جارتي، كي نديها معايا تتقلق ملفوضة).

أما فيما يخص مدى مساهمة الأم في العلاج الطفلة فهي لا تقوم دائما بما تطلبه منها الأخصائية النفسانية من واجبات منزلية فهي مشغولة بمسؤلية المنزل والطبخ والغسيل والتربية، تجد صعوبة في التعامل معها ولا تعرف كيف تتصرف حيال ذلك حسب قول الأم (بنتي في عمرها 13 سنة ونهار لي بلغت معرفتش كيفاش نعلمها ونفهمها وش معنتها العادة الشهرية مرا كنت قاعدة أنا وباباها وخاوتها نحات الفوطة وحطتها فوق الطابلة) فالأم وهي تروى لنا يومياتها مع مراحل نمو طفلتها أصبحت تبكي وتستغفر في نفس الوقت محطمة المشاعر.

وفي الأخير محور التصورات المستقبلية بالنسبة للطفلة فالأم لديها تخوف من مستقبل ابنتها خاصة لأنها أنثي فحسب قول الأم (وكان جات طفل منخممش بلاك عليها هك)، فأملها في شفائها ضعيف لأنها تعرف أن اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية.

1-4-عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (1): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة الأولى.

عدد أبعاد المقياس 14 بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس 108 درجة مرتفعة
1	ندم واسف	28
2	ذنب	12
3	قلق وذنب لا شعوري	14
4	تأنيب الضمير	10
5	تدني تقدير الذات	4
6	اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	9
7	ذنب الانفصال	6
8	اكتئاب ووحدة	6
9	لوم الذات	3
10	كراهية الذات	2
11	اجترار الخطأ	4
12	أعراض جسمية	4
13	تبرير	4
14	رفض الأخرين	2

من خلال نتائج مقياس الشعور بالذنب المتحصل عليها في الجدول أعلاه تحصلت الحالة (ص، ل) على درجة مرتفعة قدرت ب 108 درجة فهي تدل على درجة مرتفعة من الشعور بالذنب.

تحصلت الحالة على نتائج مرتفعة في المقياس ككل وتبين في الأبعاد (9/8/7/6/4/3/2/1) في بعد ندم وأسف حيث تحصلت على (28) درجة وهي درجة مرتفعة فالأم تتمني أن تمحي هذه الخبرة من حياتها فحسب ما صرحت به أن الذنب والندم كانا جزءا من حياتها عند ولادة التوأم خاصة الطفلة المصابة بطيف التوحد، أما فيما يخص محور الذنب فتحصلت على (12) درجة مرتفعة فهي تشعر بالذنب الشديد اتجاه معاملة ابنتها لأنها تشعر بتقصير في تربيتها، قلق وذنب لا شعوري (14) درجة مرتفعة فالأم لا تستطيع أن تنام نوما عميقا وترى أحلاما مزعجة وتشعر بالضيق والقلق ولا تستطيع أن تتخلص من هذه المشاعر ثم تأنيب الضمير (10) فهي لا تستطيع أن تسامح نفسها على أخطائها معظم الوقت، أما فيما يخص البعد (14/13/12/10/5) فتحصلت على درجات متوسطة.

1-5-تحليل الحالة الأولى:

الحالة (ص، ل) تبلغ من العمر 44 سنة، متزوجة مستواها التعليمي ابتدائي، أم لطفلة مصابة بطيف التوحد عمرها ثلاثة عشر سنة.

من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (ص، ل) على درجة كلية قدرت ب 108 وهي درجة مرتفعة اتضحت في كل من محاور المقياس، ندم واسف (28) درجة، ذنب (12) درجة، قلق وذنب لا شعوري (14)، تأنيب الضمير (10) اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (9)، ذنب الانفصال (6)، اكتئاب ووحدة (6) درجة وهي درجات مرتفعة.

كما انها تحصلت على درجات مرتفعة وذلك في كل من بعد ندم وأسف (28) درجة مرتفعة وتبين ذلك من خلال البند رقم (30/26/23/10/7/3) حيث أن الحالة (ص) تشعر أن الأخرين يعرفون أشياء عنها ندمت على القيام بها حيث أن الذنب والندم جزءا من حياتها فهي دائما ما تتمني أن تعود بها الأيام إلى الوراء لتقوم بأعمال معينة بصورة مختلفة حيث صرحت (نتمني وكان ترجع حياتي كيما كانت قبل ما زيد هاذي بنتي).

وتحصلت في بعد ذنب على (12) وهي درجة مرتفعة نجد البند رقم (29/18) حيث أنها تخشي أن يعرف الأخرون عما قامت به فعلا فهي دائما ما تشعر بالضيق وعدم الراحة إذا لامها أحدهم حسب ما صرحت به (منحبش واحد يهدر على بتي ويقولى نتي سبة).

أما فيما يخص بعد قلق وذنب لا شعوري (14) وهي درجة مرتفعة نجد في البند رقم (12/6/5) فالأم (ص) لا تستطيع أن تنام نوما عميقا ودائما ما ترى أحلاما مزعجة فهي تشعر بالضيق والقلق ولا تستطيع التخلص من هذه المشاعر حيث صرحت أثناء المقابلة (ملي زادت بنتي هذي وأنا مزدتش رقت نوم عميق دايمن نبقي غير نخمم عليها).

كما أنها تحصلت في بعد تأنيب الضمير (10) وهي درجة مرتفعة تبين ذلك في البعد (25/17) حيث أنها لا تستطيع أن تسامح نفسها على أخطائها وتعاني من تأنيب الضمير قائلة (معاملتي مع بنتي دايمن نحس بلي كاين تقصير من جيهتها).

تحصلت الحالة (ص، ل) في بعد اكتئاب ووحدة (6) على درجة مرتفعة وتبين ذلك من خلال إجابة على البند (51/38/11) أنها تشعر بالحزن وحسب تصريحها (نخمم على مستقبل بنتيوكان نموت شكون بيها).

كما أنها تحصلت على درجات متوسطة وذلك في كل من بعد اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (9) درجة، ذنب الانفصال (6) درجة، لوم الذات (3) درجة، اجترار الخطأ (4) درجة، أعراض جسمية (4) درجة، تبرير(4) درجة، درجة وهي درجات متوسطة.

تحصلت الحالة على درجات متوسطة وذلك في كل من بعد اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (9) وهي درجة متوسطة تبين من خلال إجابتها نجد البند (50/44/36/9) فهي تحتاج للاعتراف لشخص تثق به فهي تتنازل وتضحي بالكثير من حقوقها في سبيل الأخرين حسب قولها (دايمن نسمح في حقي في خاطر بنتي).

وفي بعد ذنب الانفصال تحصلت على (6) وهي درجة متوسطة نجد ذلك في البند (49/46/37) فالأم تشعر بالقلق لكوني أرغب أن أعتمد على نفسي حسب ما صرحت به (بنتي غير أنا لي متحملة مسؤوليتها).

أما الأبعاد الأخيرة فتحصلت على درجات منخفضة وذلك في كل من بعد، تدني تقدير الذات (4) درجة، تبرير (4) درجة، رفض الأخرين (2) درجة، كراهية الذات تحصلت على درجة (2) وهي درجات منخفضة وتبين ذلك من خلا البنود (40/34/32/19/16/14) فالأم ترى أنها تستحق أن تعامل باحترام وأن ظروفها لم تجبرها على ارتكاب الأخطاء فهي لا تكره نفسها ولا تتحدث معها كأنها عدوها حسب ما صرحت به (صح أنا عندي الضغط ونكره بصح نحب روحي).

وانطلاقا مما سبق ذكره وما جاء في نتائج مقياس الشعور بالذنب ونتائج المقابلة النصف موجهة نستنتج أن للحالة (ص، ل) شعور بالذنب مرتفع وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن "ما مدى طبيعة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد" تحققت لدى الحالة الأولى.

2-عرض وتحليل الحالة الثانية:

2-1-عرض البيانات الشخصية:

الخاصة بالأم:

الاسم: (ي، ا)

السن: (29)

عدد الأولاد:(3) أولاد

ترتيب الطفل: رتبة (3)

مهنة الأم: ربت بيت

المستوي التعليمي: متحصلة على شهادة البكالوريا

المستوى الاقتصادي: متوسط

الحالة الاجتماعية: متزوجة

الخاصة بالطفل:

الاسم: عبد القادر

السن:6 سنوات

الجنس: ذكر

تاريخ الميلاد:(15)-نوفمبر-(2017)

شدة الإصابة: متوسطة

مدة العلاج: عامين

فريق العلاج: مختص نفسي/ مختص أرطفوني

2-2-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف الموجهة:

تم في بداية المقابلة مع الحالة (ي، أ) والدة الطفل (ع، ب) المشخص باضطراب طيف التوحد توضيح الغاية من اجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من أجل غاية علمية، تم تشجيعها على التعاون معنا والإدلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية، وذلك بالإعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة الذي يسمح لنا بجمع قدر من المعلومات التي خلصت إلى ما يلي:

فيما يتعلق بمحور الحمل والولادة صرحت الأم بأن حملها كان مرغوب فيه واستقبلت خبر حملها عادي فهو الحمل الثالث، كانت ملامح الأم طبيعية وتبتسم أثناء سير المقابلة إلا أن سألتها عن كيف شعرت أثناء فترة الحمل تغيرت ملامحها فجأة وأصبحت تبكي وتهز برجلها وصمتت لمدة ثواني واخذت تتنفس ببطء وقالت (كانت عندي مشاكل بزاف مع دار راجلي وزوجي معاونيش كامل). كانت تتناول خلال فترة الحمل فيتامينات وحقن البروجيسترون وخضعت لعملية ربط عنق الرحم (le cerclage)، فالأم تصف مجريات الحمل بأنها أصعب فترة ولم تكن سهلة، فالولادة لم تكن في وقتها كانت في الشهر السابع بسبب الضغوطات النفسية والجهد البدني في المنزل تم انفتاح عنق الرحم مما أدى إلى الولادة في الشهر السابع، إلا أن الولادة كانت طبيعية بدون عملية قيصرية، أما صرخة الميلاد حسب قول الأم (سمعتو نازع مضبحش الأوكسجين مطلعلوش للراس)، الوزن 2كغ، أما عن رضاعة الطفل فكانت لمدة عامين إلا أن نفسية الأم بعد الولادة بقيت نفس الحالة مشاكل وضغوطات نفسية ومع تربية الطفل حسب قول الأم (مريحتش كامل من نهار لي رفدت وأنا في المشاكل والمرض مرفدتش راسي) وسبب ان الأم بعيدة عن منزل أهلها.

وحول التطور النفسي والحسي الحركي للطفل فعل الأم حوله، فحسب الأم كانت نظرات الطفل خلال الستة أشهر الأولى موجهة الى الأم فقط حسب ما صرحت به (انتبهت بلي وليدي مشي نورمال مجانيش كيما خاوتو في التربية تاعو)، إلا أن الطفل كان يبتسم ما جعل الأم تفرح وتظن أنه مثل باقي اخوته، إلا أن ابنها يبكي من دون سبب وهذا ما يجعل الأم، إلا أن ابنها يبكي من دون سبب وهذا ما يرهقها نفسيا وجسديا فرغم الألم الذي كانت فيه حسب قولها (أنا كنت بالسطر والهم وكلش ونرفدو ونبقى ندور بيه)، فنوم الطفل كان ليلي ونهاري إلا أن يمرض يقل نومه، فلم يكن يرفضني عندما أحمله، أما فيما يخص المناغاة كان يناغي بشكل عادي إلا أنه لم يلفظ أبسط الكلمات حسب قول الأم (كنت نستنا فيه غير ونتا يهدر) إلى أن وصل إلى سن(8) أشهر حسب ما صرحت به الأم (قال بابا وماما ومن فم مزاد قال والو) إلا أنها واجهت بعض الصعوبات لأنه لم يكن يتكلم ولا تعرف الأم ماذا يريد حسب قولها (يبقي ينازع ويبكي وأنا منفهمش وش يكون يحوس).

أما فيما يخص محور التشخيص وردود الفعل حوله، لاحظت الأم تصرفات ابنها غير عادية في سن الستة أشهر فلاحظت الفرق بين تربية اخوته وتصرفات ابنها وفي سن العام و (8) أشهر أخذته إلى طبيب الأمراض العقلية تم تشخيصه بطيف التوحد فهذا الخبر جعل الأم تشعر بالصدمة رغم أنها كانت تشعر أن ابنها غير طبيعي، حيث كانت ملامح الأم عادية إلا أن سألتها هل تلقيت دعما من الزوج تغيرت ملامح الأم حيث أنزلت رأسها ونظرت إلى الأسفل وتهز برجلها قائلة (مايساعدنيش فيه ملبلوش جايتو نورمال)، حيث أنها لم تتلقى دعما من العائلة أيضا قائلة (دارنا يسكن بعاد ومكاش لي يعاوني ودار راجلي عايشة معاهم في المشاكل) أما التعليقات السلبية من طرف المجتمع فلم تسلم منهم حسب تصريحها (يقولولي وليدك ميهدرش، وليدك نتي عقدتيه، هذا كي يكبر شكون بيه)، هذه التعليقات جعلت الأم تذرف الدموع والقنطة في قلبها، تصرفات الطفل تثير غضب الأم لأنه لا يتكلم ولاتعرف ما الذي يحدث له خاصة عندما يخرج من المنزل حسب قول الأم (وليدي ميشي اجتماعي وميحبش يلعب مع ذراري في زنقة يظل في دار).

بالنسبة إلى محور أساليب معاملة الطفل فمعاملة الأم للطفل تغيرت قبل وبعد معرفة الإصابة تغيرت ففي البداية لم تكن تملك فكرة عن طريقة التعامل مع هذا الاضطراب وسرعان فهمها واستيعابها لهذه الأخيرة أدركت طريقة التعامل مع حالة ابنها، إلا أن علاقتها مع ليست جيدة بسبب الظروف التي تمر بها الأم من ضغوط نفسية وارهاق جسدي فهذا ما جعلها تفرق بين ابنها المصاب بطيف التوحد واخوته فهي تفضل اخوته عليه، ومن الصعوبات التي تواجهها الأم مع طفلها أنها لا تملك الوقت الكافي للجلوس مع الطفل وتعليمه بسبب مسؤولياتها وشغل المنزل فهي تعيش مع العائلة الممتدة، إلا أن الأم لا تشعر بالندم لأنجابها الطفل حسب قولها (ربي عطاهولي باش يختبرني والحمد لله)، إلا أنها تتجنب الظهور معه في مختلف المناسبات الاجتماعية بسب التعليقات فحسب تصريح الأم (كي نروح لكاش عرضة ولا عرس يقولولي متضربيهش مسكين مريض، وحدة تقولى كفاش راكي متحملاتو كل وقت هكا حنا ولادنا صحاح ومقدرنالهمش) وهذا ما جعل الأم تشعر بالحسرة اتجاه ابنها بسبب نظرة المجتمع لهذه الفئة.

وفي المحور الأخير مدى مساهمة الأم في العلاج فالأم لا تقوم بالمهام والتمارين المنزلية التي يطلبها الأخصائي النفساني دائما بل أحيانا فهي تجد صعوبة في مساعدة طفلها لأن الأب لا يدعم الأم وحتى إخوته لا يساعدونها في تعليم أخوهم فعندما تواجه صعوبات تستشير الأخصائية النفسانية، أما عن الطفل فهو لا يتجاوب دائما في العمل مع الأم، إلا أن الأم لا تبذل مجهودات في إضافية في علاج الطفل حسب قول الأم (راه في ما عطاه ربي وش راح نديرلو).

2-3-عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (2): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة الثانية.

عدد أبعاد المقياس (14) بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس (80) درجة مرتفعة
1	ندم وأسف	22
2	ذنب	8
3	قلق وذنب لا شعوري	9
4	تأنيب الضمير	9
5	تدني تقدير الذات	4
6	اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	6
7	ذنب الانفصال	4
8	اكتئاب ووحدة	4
9	لوم الذات	2
10	كراهية الذات	2
11	اجترار الخطأ	4
12	أعراض جسمية	5
13	تبرير	2
14	رفض الأخرين	2

من خلال نتائج مقياس الشعور بالذنب المتحصل عليها في الجدول أعلاه تحصلت الحالة على درجة متوسطة قدرت بـــ (83) درجه فهي تدل على درجة متوسطة من الشعور بالذنب.

تحصلت الحالة على نتائج متوسطة في المقياس ككل والأبعاد (14/12/11/8/7/6/4/3/2/1) دلت على أن الأم تشعر بالحزن وتشعر بالضيق وعدم الراحة إذا لامها أحدهم، أعراض جسمية (4) درجة وهي درجة متوسطة فالأم تعاني من الصداع

والألم في معدتها بعض الوقت، ذنب الانفصال (4) درجة وهي درجة متوسطة فهي تشعر بالقلق لكونها ترغب في الاعتماد على نفسها.

اما فيما يخص البعد (13/10/9/5) فتحصلت على درجات منخفضة فهي ترى أنها ليست الوحيدة المسؤولة عن أخطائها.

2-4-تحليل الحالة الثانية:

الحالة (ياقوت) تبلغ من العمر (29) سنة، متزوجة مستواها التعليمي متحصلة على شهادة البكالوريا، ام لطفل مصاب بطيف التوحد عمره (6) سنوات.

من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (ي، ق) على درجة كلية قدرت بـــ (83) وهي درجة متوسطة.

كما أنها تحصلت على درجات متوسطة وذلك في كل من بعد ندم وأسف (20) درجة ذنب (8) درجة، قلق وذنب لا شعوري (9) درجة، إصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (6) درجة، ذنب الانفصال (4) درجة، اجترار الخطأ (4) درجة، أعراض جسمية (4) درجة رفض الأخرين (2) درجة، وهي درجات متوسطة.

أما بعد تدني تقدير الذات (4) درجة، ذنب الانفصال (4)، لوم الذات (2) درجة، كراهية الذات (2) درجة، تبرير (2) درجة، وهي درجات منخفضة.

ومن خلال تحليل المقابلة نصف الموجهة ونتائج مقياس الشعور بالذنب تبين أن الحالة لديها درجة متوسطة ظهر ذلك في كل من بعد ندم وأسف والذي قدرت درجته بـــ (20) وهي درجة متوسطة حيث تبين ذلك من خلال بنود المقياس التي تمت الإجابة عليها بعض الوقت نجد البند رقم (14/12/11/8/7/6/5/4/3/2/1) حيث أن الحالة (ي، أ) تشعر بالحزن وتحدث نفسها بأنه يجب أن تتصرف بصورة أفضل.

وتحصلت الحالة (ي، أ) على درجة (8) في بعد الذنب تبين ذلك من خلال البنود (28/18/8) فهي تشعر بالضيق وعدم الراحة إذا لامها أحدهم حسب ما صرحت به (أنا متكفلة بوليدي مكاش لي يعاوني فيه).

تحصلت الحالة (ي، أ) على درجة قدرت بـــ (9) في بعد قلق وذنب لا شعوري ترى أحلاما مزعجة في منامها لما تعانيه من ضغوطات نفسية في يومها مع ابنها المصاب بطيف التوحد.

تحصلت الحالة (ي، أ) على درجة قدرت بـــ (9) في بعد تأنيب الضمير وتبين ذلك من خلال إجابة على البند (53/52/45/25/17) فهي تخاف وتقلق ان تتسبب في إيذاء أحدهم أو جرح مشاعره.

وانطلاقا مما سبق ذكره وما جاء في نتائج مقياس الشعور بالذنب ونتائج المقابلة النصف موجهة نستنتج أن للحالة (ي، أ) شعور بالذنب متوسط وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن "ما مدى طبيعة الشعور بالذنب لدى أمهات الطفال المصابين بطيف التوحد "لم تحقق لدى الحالة الثانية.

3-عرض الحالة الثالثة:

3-1-عرض البيانات الشخصية:

الخاصة بالأم:

الاسم: (ز، ك)

السن: (44) سنة

عدد الأولاد: (3) أولاد

ترتيب الطفل: رتبته (3)

مهنة الأم: ربت بيت

المستوى التعليمي: ابتدائي

المستوى الاقتصادي: متوسط

الحالة الاجتماعية: متزوجة

مهنة الأب: فلاح

الخاصة بالطفل:

الاسم: (و، س)

السن: (13) سنة

الجنس: ذكر

تاريخ الميلاد: (15/ديسمبر/2009)

شدة الإصابة: شديدة

مدة العلاج: (8) سنوات

فريق العلاج: مختص نفسي/مختص أرطفوني

3-2-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف الموجهة:

تم في بداية الحالة المقابلة مع الحالة (ز، ك) والدة الطفل (و، س) المشخص باضطراب طيف التوحد، توضيح الغاية من اجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من أجل غاية علمية، مع تشجيعها على التعاون معنا والإدلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية، وذلك بالاعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة الذي سمح لنا بجمع قدر معتبر من المعلومات التي خلصت إلى ما يلي:

بداية مع محور الحمل والولادة صرحت الأم أنه الحمل الرابع ولم تكن تعرف أنها حامل حتى ذهبت إلى الطبيب واستقبلته بالفرح والسرور متأملة أن ترزق بنت، وكان حمل مرغوب فيه ولم تتناول أي أدوية خلال فترة الحمل، إلا أنها كانت تعاني من التعب خلال حملها، حيث كانت مجريات الحمل طبيعية وفي وقتها (اللون عادي الوزن 5 كغ) الرضاعة كانت طبيعية لمدة عام ونصف ولم تتعب نفسيتها بعد الولادة.

أما فيما يخص محور التطور النفسي والحسي الحركي للطفل وردود فعل الأم حوله حول ما صرحت به الأم خلال المقابلة فإن نظرات الطفل عادية ينظر إلى وجه أمه مبتسما أثناء الرضاعة الأمر الذي جعل الأم تظن أنه طفل عادي مثل باقي أولادها، إلا أنه كثير البكاء ويقلقها وفي الليل لا ينام (كان يتعبني) خاصة عندما كان صغيرا وكانت تحمله وبدأ في المناغاة إلا أنه لم يتكلم نطق حسب قول الأم بكلمة (طاطا) حيث كانت الأم تعيش في أسرة ممتدة مع أهل الزوج ولم تكن لديه زوجة عمه فالعم كان في فترة الخطوبة إلا أنه نطق بكلمة طاطا وهذا ما استغربته الأم وهذا عندما كان عمره سنة ونصف حسب ما صرحت به الأم (ملي قال طاطا

مزاد هدر والو)، ومن الصعوبات التي واجهتها الأم في تربيته أنها لم تكن تعرف كيف تتصرف معه.

وجاء في محور التشخيص وردود الفعل حوله صرحت الأم بأنها لاحظت تصرفات طفلها غير عادية في سن (3) سنوات اتجهت إلى أخصائي نفساني بعد أن قامت بكل الفحوصات وبعد معرفة إصابة طفلها بطيف التوحد حيث صرحت (أول مرة نسمع بطيف التوحد) فحتي والد الطفل لم يتقبل الأمر وكانت صدمة بالنسبة للوالدين فالفقر هو ما جعل الوالدين يحزنان على طفلهما بسبب تكاليف العلاج فالحسرة كانت بادية في وجه الأم، إلا أنهما لم يتلقيا دعم من العائلة حسب قول الأم (مكاش لي يعاوني كل واحد قيسو قيس روحو وهما أصلا ميشي عارفين وش معنتها طيف التوحد يقولولي طيف معنتها حاجة خفيفة أومبعد يبرا متخسريش دراهمك عليه) فجهل بعض العائلات للاضطراب يجعلهما يتكلمون بكل وقاحة عن الأطفال والاباء ناسين إحساس ومعاناة الطفل، ورغم هذا فالمجتمع لم يرحم أم وسيم من التعليقات السلبية والنظر بعين الاحتقار إلى طفلها فحسب قولها (مرة في طرنسبور نحا لوحد المرة خمارها راجلها ضرب وليدي وهي سباتو) فمثل هذه المواقف تبقى محفورة في ذاكرة الأم والطفل، إلا أن تصرفات الطفل تقلق الأم مثل الدوران والبكاء.

وبالنسبة لمحور أساليب معاملة الطفل تقول الأم انها تغيرت معاملتها اتجاه ابنها بعد معرفة الاضطراب صرحت (هو حنين بزاف يجي يعنقني ويبوسني) وعلاقتها جيدة مع طفلها وأخوته، إلا أنها واجهت صعوبات في فهم ابنها لأنه لا يتكلم ودائما ما تذهب على الأخصائية النفسانية لاستشارتها، إلا أنها لم تندم يوما على إنجابها، إلا انها لا تأخذه معها إلى المناسبات الاجتماعية حسب قولها (ماديت خاوتو لخرين نديه هو منكذبش عليك ذراري يهبل وفي المناسبات يزيد عليهم لحال خاصة هو ميحبش الفوضة).

اما فيما يخص محور مدى مساهمة الأم في علاج الطفل، تقوم الأم بما يطلبه منها الأخصائي من مهام وتمارين رغم مسؤولياتها الكبيرة وشغلها في المنزل كما تواجهها صعوبات في مساعدة ابنها لعدم تجارب الطفل معها أثناء العمل أحيانا.

وفي الأخير محور التصورات بالنسبة للطفل فالأم متخوفة من مستقبل ابنها خاصة عند مرضها لأن الأم قامت بعملية استأصال الرحم وفي فترة دخولها للمستشفى بقي الطفل مع الأب مما جعلها تفكر في مستقبل طفلها وماذا يحدث له بعد مماتها ورغم ذلك لديها أمل في شفاء ابنها وتحسنه مستقبلا.

3-3-عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (3): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة الثانية.

عدد ابعاد المقياس (14) بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس (98) درجة متوسطة
1	ندم وأسف	22
2	ذنب	10
3	قلق وذنب لا شعوري	9
4	تأنيب الضمير	13
5	تدني تقدير الذات	5
6	اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	9
7	ذنب الانفصال	4
8	اكتئاب ووحدة	4
9	لوم الذات	6
10	كراهية الذات	2
11	اجترار الخطأ	4
12	أعراض جسمية	4
13	تبرير	4
14	رفض الأخرين	2

من خلال نتائج مقياس الشعور بالذنب المتحصل عليها في الجدول أعلاه تحصلت الحالة على درجة متوسطة قدرت بـــ (98) درجة فهي تدل على درجة متوسطة من الشعور بالذنب.

تحصلت الحالة (ز، ك) على نتائج متوسطة في المقياس ككل والأبعاد (2/4/4/4/4/4/9/5/13/9/10/22) دلت على درجات متوسطة، تحصلت في بعد الندم والأسف (22) درجة أن فهي تتمني أن تمحي هذه الخبرة من حياتها فالذنب والندم كانا جزءا من حياتها بسبب قلقها وتفكيرها الزائد في ابنها، أما فيما يخص محور الذنب تحصلت على (10) وهي درجة متوسطة من الذنب فالأم تكاد تمرض معظم الوقت عندما تفكر في أشياء معينة قامت بها، قلق وذنب لا شعوري (9) درجة متوسطة فالأم فهي تشعر بالضيق والقلق ولا تستطيع التخلص من هذه المشاعر، تأنيب الضمير (13) درجة وهي درجة مرتفعة فالأم تعاني من تأنيب الضمير ولا تسامح نفسها كما أنها تخاف وتقلق في أن تتسبب في إيذاء أحدهم وتجرح مشاعره.

3-4-تحليل الحالة الثالثة:

الحالة (ز، ك) تبلغ من العمر (44) سنة، أم لطفل مصاب بطيف التوحد عمره (13) سنة، متزوجة ومستواها التعليمي ابتدائي.

من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (ز، ك) على درجة كلية قدرت بـــ (98) وهي درجة متوسطة اتضحت في كل من محاور المقياس، ندم وأسف (22) درجة، ذنب (10) درجة، تأنيب الضمير (13) درجة، اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (50) درجة، لوم الذات (6) درجة، كراهية الذات (2) درجة، اجترار الخطأ (4) درجة، أعراض جسمية (4) درجة، تبرير (4) درجة، رفض الأخرين (2) درجة.

كما أنها تحصلت على درجات مرتفعة وذلك في كل من بعد ندم وأسف (22) درجة وهي درجة مرتفعة وتبين ذلك من خلال البند رقم (30/26/22/10/7) حيث أن الحالة (ز ك) تحدث نفسها بأنها يجب أن تتصرف بصورة أفضل فهي لا تسامح نفسها على أخطائها حسب ما صرحت به (منحبش واحد يقولي حتى كلمة).

وتحصلت في بعد تأنيب الضمير على (13) وهي درجة مرتفعة نجد البند رقم (53/52/25/17) حيث أن الحالة (ز، ك) تعاني من تأنيب الضمير فهي لا تسامح نفسها على أخطائها ودائما ما تخاف وتقلق في أن تتسبب في إيذاء أحدهم أو جرح مشاعره.

أما فيما يخص بعد لوم الذات (6) درجة مرتفعة تبين من خلال العبارات (24/4) فالأم دائما ما تلوم نفسها بعد أن تنفجر بالغضب وتلوم نفسها بشدة تبين هذا من خلال ما صرحت به أثناء المقابلة (الفقر يخليني دايمن نرجع اللوم على روحي منلحقش باش نعالج وليدى دايمن نحس بالنقص).

تحصلت الحالة على درجات متوسطة وذلك في كل من البعد، ذنب (10) درجة وهي درجة متوسطة نجد البند رقم (29/28/8) فهي تكاد تمرض عندما تفكر في أشياء معينة قامت بها وتشعر بالضيق وعدم الراحة إذا لامها أحدهم حسب تصريحها (أنا حدي حد روحي منحبش واحد يلحقني بالهدرة).

أما عن بعد قلق وذنب لا شعوري تحصلت فيه على (9) درجة وهي متوسطة ومن خلال إجابتها على المقياس في البنود (27/12/6) حيث أن الحالة (ز، ك) ترى أحلاما مزعجة وتشعر بالضيق والقلق ولا تستطيع التخلص من هذه المشاعر ودائما ما تشعر أنه سيحدث لها شيء خطير (دايمن نحس بلي راح تصرالي حاجة منعرف علاه).

وتحصلت في بعد اجترار الخطأ (4) درجة متوسطة فهي دائما ما تطاردها ذكريات مزعجة من الماضي وهذا ما يجعلها تفكر في بتفاصيل ما فعلته من أخطاء.

أما بعد الأعراض الجسمية فتحصلت على (4) درجة متوسطة فالأم تعاني من الصداع وألام في المعدة وذلك حسب ما صرحت به (مسؤولية وليدي والهم والمشاكل وليت غير نتقلق يبدا راسي يسطر وتحكمني الوجعة في كرشي).

تحصلت الحالة (ز، ك) في بعد التبرير (4) درجة متوسطة فالأم ترى أنها ليست المسؤولة عن أخطائها وتشعر أن الظروف أجبرتها على ارتكاب الأخطاء حسب قولها (انا وكان نصيب وليدي حاجة ما تخصو بصح ظروف والمعيشة تاعنا تحتم عليا بزاف صوالح).

وفي بعد اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف تحصلت على (9) درجة متوسطة فالأم دائما ما ترغب في التكفير عن أخطائها وتتنازل وتضحي بالكثير من حقوقها في سبيل الأخرين حسب قولها (دايمن نسمح في حقي في خاطر وليدي كي يسبوه ولا يضربوه).

أما الأبعاد الأخرى والأخيرة فتحصلت على درجات منخفضة وذلك في كل من بعد تدني تقدير الذات (5) درجة أما بعد ذنب الانفصال واكتئاب ووحدة فتحصلت على (4) درجة، أما بعد كراهية الذات ورفض الأخرين فتحصلت على (2) درجة، وتبين ذلك في كل من البعد (51/46/38/37/34/32/19) فهي تدل على درجات منخفضة.

وانطلاقا مما سبق ذكره وما جاء في نتائج مقياس الشعور بالذنب ونتائج المقابلة النصف موجهة نستنتج أن للحالة (ز، ك) شعور بالذنب متوسط وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن "ما مدى طبيعة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد" لم تتحقق لدى الحالة الثالثة.

4-عرض الحالة الرابعة:

4-1-عرض البيانات الشخصية.

الخاصة بالأم:

الاسم: (ر، ب)

السن: (32)

عدد الأولاد: (2) ذكور

ترتيب الطفل: الأول.

مهنة الأم: ربت بيت.

المستوى التعليمي: ليسانس.

المستوى الاقتصادي: متوسط.

الحالة الاجتماعية: متزوجة.

الخاصة بالطفل:

الاسم: (ن، و).

السن: 6 سنوات.

الجنس: ذكر.

تاريخ الميلاد: 14/ماي/2018

شدة الإصابة: متوسط.

مدة العلاج: 3 سنوات.

فريق العلاج: مختص نفسي/ آرطفوني/ طبيب عقلي.

4-2-عرض وتحليل نتائج المقابلة النصف الموجهة:

تم في بداية المقابلة مع الحالة (ر، ب) والدة الطفل (ن، و) المشخص بالتوحد توضيح الغاية من اجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من أجل غاية علمية، تشجيعها على دليل التعاون معنا والادلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية وذلك بالاعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة الذي سمح لنا بجمع قدر معتبر من المعلومات التي خلصت إلى ما يلي:

فيما يتعلق بمحور الحمل والولادة صرحت الأم " بأن حملها مرغوب فيه نظرا آنها المرة الأولى وأن الطفل سيكون الحفيد الأول في العائلة، كما أدلت بأنها استقبلت خبر جملها بفرح وسرور وخاصة عند تأكيد جنس الجنين بأنه ذكر ففي الأشهر الأولى من الحمل لم تعاني الأم من أي مشاكل أو مضاعفات ولم تتناول الأدوية في بداية الحمل لا لمن مع تطور الحمل أصبحت تتناول فيتامينات وحمض فوليك، وفي شهور الوسطى من الحمل بدأت الأم تعاني من ضغوطات نفسية، وتدهور حالتها الصحية وهذا ولد لديها مشاعر القلق والخوف حول وضع الصحي لطفلها.

فظروف الولادة كانت طبيعية دامت (9 أشهر)، أي دون للجوء إلى العلمية القيصرية والمولود بصحة جيدة (لكن لونه أزرق، صرخة الميلاد عادية ووزن بلغ 3.5 كغ) أما عن رضاعة الطفل كانت طبيعية عن الأم ودامت عام ونصف.

وحول التطور النفسي والحسي الحركي فحسب الأم كانت نظرات الطفل طبيعية مثلا عن الرضاعة كان ينظر للأم بشكل عادي، وكان قليل النوم في الليل (كان يبكي في ليل) وكان تصريح الأم " أن ابنها سمين (كان سمين).

أما فيما يخص المناغاة فقد كان يلاغي وقال كلمة" بابا" وكان قليل التواصل البصري. وذلك في سن عامين ثم توقف، هنا بدأت الأم تلاحظ غياب التواصل اللفظي والرصيد اللغوي لطفل شبه منعدم حتى أبسط الكلمات لم تنطق بها "بابا" "ماما" لم تنطق بها إلى أنه قال كلمة "بابا" الأول مرة في سن عامين ثم توقف حيث واجهة الأم بعض الصعوبات في تربية طفلها وذلك في سن 3 سنين (كنت لا أعرف أي فكرة عن تربية الأطفال فهذا هو الحفيد (الأول)، وفي نفس السن بدأت الأم تلاحظ تصرفات غير عادية على طفلها وصرحت بذلك في محور التشخيص وردود الفعل حوله (بدأت تصرفاته عربية، يمشي يدور ميهدرش)

فأول مختص توجهت إليه هو المختص النفسي والأرطوفوني وطبيب عقلي فتشخيص الطفل باضطراب التوحد وضع الأم تحت صدمة وهذا بقولها " ردة فعلي كانت عبارة عن صدمة لأني لم أكن أعرف هذا النوع من لإصابة وكان جديد بالنسبة لي " إلا أني تشجعت وواجهت الأمر في الأخير وتقبلت طفلي ولم استسلم للتعليقات السلبية من طرف العائلة والمجتمع، وفيما يتعلق بمستقبل الطفل صرحت الأم أنها متفائلة من طفلها " نخمم كيفاش نعلمو" وفيما يتعلق بمدى مساهمة الأم في العلاج فالأم تقوم بالمهام والتمارين التي يطلبها الأخصائي النفساني، أما عن الطفل فهو يتجاوب مع الأم "وقت الخدمة خدمة وقت لعب لعب وقت الأكل أكل " حيث كانت تبذل الأم مجهود كبير في علاج طفلها، واستعملت جميع الطرق وذلك بمتابعة مع الأخصائي النفسي.

4-3-عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (04): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة الرابعة.

عدد أبعاد المقياس (14) بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس (66) درجة منخفضة.
1	ندم واسف	15
2	ذنب	8
3	قلق وذنب لا شعوري	8
4	تأنيب الضمير	6
5	تدني تقدير الذات	4
6	اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	6
7	ذنب الانفصال	3
8	اكتئاب ووحدة	3
9	لوم الذات	2
10	كراهية الذات	2
11	اجترار الخطأ	3
12	أعراض جسمية	4
13	تبرير	2
14	رفض الأخرين	1

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن درجة الحالة (ر، ب) تحصلت على درجة منخفضة من الشعور بالذنب قدرت بـــ 66 درجة.

تحصلت الحالة على نتائج منخفضة في المقياس ككل وذلك في الأبعاد (/14/13/12/11/10/9/8/7/6/5/4/3/2) ماعدا البعد (1) ندم وأسف تحصلت على (15) وهي درجة متوسطة فالأم تشعر بالندم من بعض التصرفات التي تقوم بها.

دلت النتائج المتحصل عليها في المقياس ككل ومن أبعاد أن الأم تعتبر ابنها المصاب بطيف التوحد طفل عادي (علما أنه هو الطفل الأول للعائلة) والاصابة لم تأثر على الطفل أن عملت الأم لابنها كما أنها أظهرت نوع من التقبل لحالة ابنها، ولم تشعر بالندم والخزي نحوه.

4-4-تحليل الحالة الرابعة:

الحالة (ر، ب) تبلغ من العمر (32) سنة، متزوجة مستواها التعليمي ليسانس، أم لطفل مصاب بطيف التوحد عمره (6) سنوات.

من خلال النتائج المحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (ر، ب) على درجة كلية قدرت بـــ (66) وهي درجة منخفضة، كما انها تحصلت على درجة منخفضة وذلك في كل المحاور إلا محور واحد تحصلت على درجة متوسطة وهو محور ندم وأسف تحصلت على (15) درجة حيث تبين ذلك من خلال البنود رقم (1| 10|13| 30)، حيث صرحت أنها "اشعر أنني أرغب في نسيان أمور كثيرة قمت بفعلها."

وتحصلت الحالة (ر، ب) على درجة قدرت بـــ (8) في بعد ذنب وتبين ذلك من خلال إجابة البنود (8|18|28|29) حيث كانت معظم إجابتها ب "أبدا "ودلت النتائج انها تحصلت على درجة منخفضة.

أما في بعد تأنيب الضمير تحصلت على (6) درجة وهي درجة منخفضة، وكذلك في بعد قلق وذنب لاشعوري تحصلت على (8) درجة وهي درجة منخفضة، وفي بعد تدني تقدير الذات (4) درجة وهي منخفضة، وفي بعد اصلاح الخطأ والحاجة للاعتراف تحصلت على (6) درجة، وفي بعد اكتئاب ووحدة تحصلت على (3) درجة وهي تعد منخفضة، و تحصلت على درجة (2) وذلك في بعد لوم الذات وهي منخفضة، اما في بعد كراهية الذات تحصلت على (2) درجة وهي منخفضة، وفي بعد اجترار الخطأ تحصلت على (3) درجة، وفي بعد اعراض جسمية تحصلت على (4) درجة وهي منخفضة، اما في ما يخص بعد تبرير فقد

تحصلت الحالة على (2) درجة وهي منخفضة، أما البعد الأخير وهو بعد رفض الاخرين تحصلت علي (1) درجة وهي منخفضة. ومما سبق ذكره يتضح لنا ان الحالة (ر، ب) لديها درجة منخفضة من الشعور بالذنب انطلاقا من اجابتها على ابعاد المقياس.

من خلال تحليل المقابلة نصف الموجهة ونتائج مقياس الشعور بالذنب تبين ان الحالة (ر ب) لديها درجة كلية منخفضة من الشعور بالذنب وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن "ما مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد " لم تتحقق لدى الحالة الرابعة.

5ـ عرض وتحليل الحالة الخامسة:

5ـ1ـ عرض البيانات الشخصية:

الخاصة بالأم:

الاسم: (ع، ب).

السن: (38)

عدد الأولاد: 3 أولاد.

ترتيب الطفل: رتبة 2.

مهنة الأم: ربت بيت.

المستوى التعليمي: ثانوي.

الحالة الاجتماعية: متزوجة.

الخاصة بالطفل:

الاسم: براء.

السن: 8 سنوات.

الجنس: ذكر.

تاريخ الميلاد: 20/أفريل/2016

شدة الإصابة: متوسط.

مدة العلاج: سنة.

فريق العلاج: مختص نفسي/ مختص أرطفوني.

5ـ2-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف الموجهة:

تم في بداية المقابلة مع الحالة (ع، ب). والدة الطفل (ب، ر) المشخصة بطيف التوحد توضيح الغاية من إجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من اجل غاية علمية مع تشجيعها على التعاون معنا والادلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية، وذلك باعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة الذي يسمح لنا بجمع قدر معتبر من المعلومات التي خلصت إلى ما يلي:

فيما يتعلق بمحور الحمل والولادة صرحة الام بأن حملها مرغوب فيه كما أدلت بأنها استقبلت خبر حملها بفرح وسرور وخاصة عند تأكيد جنس الجنين بأنه ذكر، ففي الأشهر الأولى من الحمل كانت الام تعاني من مشاكل نفسية والمتمثلة في الكأبة وحزن ولم تكن تعاني من مشاكل صحية في بداية الحمل لاكن مع تطور الحمل أصبحت تتناول دواء ضغط الدم كانت تتناول الدواء في فترة الحمل فقط.

فظروف الولادة كانت طبيعية دامت (9 أشهر) أي دون للجوء إلى العملية القيصرية والمولود بصحة جيدة (لونه وردي، صرخت الميلاد عادية، ووزن بلغ 4 كغ)، أما عن رضاعة الطفل كانت طبيعية من الام دامت (10 أشهر).

وحول التطور النفسي والحسي والحركي للطفل، فحسب الأم كانت نظرات الطفل طبيعية مثلا عند الرضاعة كان ينظر للأم بشكل عادي، وكان نومه طبيعي (يرقد في ليل) وكان قليل التوم في النهار حسب الأم.

أما فيما يخص المناغاة فقد كان قليل المناغاة قال كلمة "ماما" في سن العامين ثم توقف وكان الحبي متأخر حيث حبي في سن 8 أشهر وكذلك المشي متأخر كان في عام ونصف وهنا بدأت الأم تلاحظ غياب التواصل اللفظي والرصيد للغوي لطفل شبه منعدم حتى في أبسط الكلمات لم ينطق بها "ماما" "بابا" لم ينطق بها، إلا أنه قال كلمة "ماما" الأول مرة في سن عامين ثم توقف.

وفي نفس السن بدأت الأم تلاحظ تصرفات غير عادية على طفلها وصرحت بذلك في محور التشخيص وردود الفعل حوله (ما يحبش يهدر يقعد وحدو)، وعندما لاحظت الأم

تصرفات ابنها وضعت ابنها في روضة لمدة (6) أشهر في سن عامين وأربع أشهر ثم توقف نتيجة لعدم تحسن حالة الطفل.

فأول مختص توجهت إليه هو طبيب عقلي هو من قام بتشخيص النهائي للطفل على أنه مصاب بطيف التوحد بنسبة متوسطة، فتشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد وضع الأم تحت صدمة إلا أنها تقبلت طفلها في أخير، لاكن الأب لم يتقبل في بداية الأمر (مستحيل يكون هذا وليدي)، وصرحت الأم أنها لم تتأثر للتعليقات السلبية من طرف العائلة والمجتمع وصرحت (نخرجو معايا وين نروح).

وفيما يتعلق بمستقبل الطفل صرحت الأم أنها متفائلة من طفلها (نشاء الله خير) وفيما يتعلق بمدى مساهمة الأم في العلاج فالأم تقوم بالمهام والتمارين التي يطلبها الأخصائي النفساني، أما عن الطفل فهو يتجاوب أحيانا مع الأم، حيث كانت تبذل الأم مجهود كبير في علاج طفلها واستعملت جميع الطرق وذلك بمتابعة مع أخصائي نفسي.

5ـ3ـ عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (5): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة الخامسة.

عدد أبعاد المقياس (14) بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس (71) درجة منخفضة
1	ندم وأسف	17
2	ذنب	6
3	قلق وذنب لا شعوري	8
4	تأنيب الضمير	7
5	تدني تقدير الذات	4
6	إصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	7
7	ذنب الانفصال	5
8	اكتئاب ووحدة	3
9	لوم الذات	3
10	كراهية الذات	2
11	اجترار الخطأ	3
12	اعراض جسمية	2
13	تبرير	3
14	رفض الاخرين	1

من خلال نتائج مقياس شعور بالذنب المتحصل عليها في الجدول أعلاه تحصلت الحالة الخامسة على درجة كلية منخفضة قدرت ب (71) درجة في مقياس شعور بالذنب.

كما تحصلت الحالة على نتائج متوسطة في كل من بعد ندم وأسف وذلك من خلال إجابتها في عبارة (7|30)، وكذلك في بعد تأنيب الضمير وذلك في عبارة (45|53)، وكذلك في بعد ذنب وانفصال تحصلت على درجة منخفضة وذلك في عبارة (49) أما في الأبعاد (2|3|5|6|8|9|10|11|12|13|14) تحصلت على درجة منخفضة من الشعور بالذنب.

دلت النتائج المتحصل عليها في مقياس ككل ومن الأبعاد أن الأم تعتبر ابنها المصاب بطيف التوحد طفل عادي، كما أنها أظهرت نوع من التقبل لحالة ابنها ولم تشعر بالذنب والخزي نحوه

5ـ4ـ تحليل الحالة الخامسة:

الحالة (ع، ب) تبلغ من العمر (38) سنة أم لطفل مصاب بطيف التوحد عمره (8) سنوات متزوجة ومستواها التعليمي ثانوي.

من خلال النتائج المحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (ع، ب) على درجة قدرت ب (71) درجة وهي درجة منخفضة، وكما انها تحصلت على درجة منخفضة وذلك في كل من الابعاد ذنب قدرت (6) درجة وقلق وذنب لاشعوري قدرت ب (8) درجة وتدني تقدير الذات (4) درجة وإصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (7) درجة واكتئاب ووحدة (3) درجة ولوم الذات (3) درجة وكراهية الذات (2) درجة وتبرير (3) درجة.

أما البعد الأخير قد تحصلت على (1) درجة وهي منخفضة.

ومن خلال تحليل المقابلة نصف الموجهة ونتائج المقياس الشعور بالذنب تبين أن الحالة (ع، ب) لديها درجة منخفضة وظهر ذلك في كل من الأبعاد المقياس التي تمت الإجابة عليها بـــ " أبدا " نجد العبارة رقم (8) الذي تجيب فيه انها "لا تكاد أن تمرض عندما تفكر بأشياء معينة قامت بها".

حيث أجابت الحالة (ع، ب) في كل بنود مقياس على "أبدا" مما دلت على انها لا تعاني من شعور بالذنب.

أما عن بعد تدم وأسف الذي تحصلت فيه على درجة (17) وهي درجة متوسطة وهذا يدل على انها عندها شعور بالندم والأسف من الأشياء التي قامت بها حيث صرحت (نتقلق ونخاف كي نتسبب في إيذاء أحدهم أو اجرح مشاعره)، وهذا مما جعلها تشعر بالندم وأسف.

حيث تظهر الأم استجابة سلبية تجاه المجتمع والعائلة حيث صرحت (عندي مشاكل من داري والمجتمع)، إلا انها أظهرت استجابة إيجابية تجاه ابنها وإنها تأخذه إلى أماكن غير مكتظة

تحصلت الحالة (ع، ب) على درجة قدرت بـــ (7) درجة في بعد تأنيب الضمير وتبين ذلك في كل من البنود (17|25| 45|52|53) وهي درجة منخفضة من الشعور بالذنب.

وانطلاقا مما سبق ذكره وما جاء في نتائج مقياس شعور بالذنب ونتائج مقابلة نصف موجهة نستنتج أن الحالة الخامسة لها شعور بالذنب منخفض فإن الفرضية القائلة "مستوى الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد لم تتحقق لدى الحالة الخامسة".

6-عرض وتحليل الحالة السادسة:

6ـــ1ـــعرض البيانات الشخصية:

الخاصة بالأم:

الاسم: (م، ر).

السن:4

تاريخ الميلاد:

عدد الأولاد: 4

ترتيب الطفل: رتبته 2.

مهنة الأم: ربت بيت.

المستوى التعليمي: متوسط.

الحالة الاجتماعية: متزوجة.

الخاصة بالطفل:

الاسم: عبد المالك.

السن: 5 سنوات.

الجنس: ذكر.

تاريخ الميلاد: 07/سبتمبر/2019

شدة الإصابة: شديد.

فريق العلاج: أخصائي نفسي، طبيب عقلي.

6ـ2-عرض وتحليل نتائج المقابلة نصف الموجهة:

تم في بداية المقابلة مع الحالة (م، ر) والدة الطفل (ع، م) المشخص بطيف التوحد توضيح الغاية من إجراء المقابلة مع طمأنتها حول سرية المعلومات التي ستصرح بها وبأنها من أجل غاية علمية،

مع تشجيعها على التعاون معنا والإدلال بإجابات صادقة تعبر عن حالتها النفسية، وذلك بالاعتماد على دليل المقابلة النصف الموجهة الذي سمح لنا بجمع قدر معتبر من المعلومات التي خلصت إلى ما يلي:

فيما يتعلق بمحور الحمل والولادة صرحت الأم بأن حملها مرغوب به وخاصة عند تأكيد جنس الجنين بأنه ذكر، ففي الأشهر الأولى من الحمل لم تعاني الأم من أي مشاكل أو مضاعفات ولم تتناول الأدوية في بداية الحمل لاكن مع تطور الحمل أصبحت تتناول فيتامينات، وأدوية خاصة بتقوية المناعة.

فظروف الولادة كانت طبيعية دامت (9 أشهر) والمولود بصحة جيدة، صرخة الميلاد عادية، ووزن3 كغ، أما عن رضاعة كانت طبيعية من الأم دامت 4 أشهر.

وحول التطور النفسي والحسي الحركي فحسب الأم كانت نظرات الطفل غير عادية مثلا عند الرضاعة كان لا ينظر للأم بشكل عادي وكان قليل النوم في الليل والنهار (كان يعيني ميحبش يرقد).

أما فيما يخص المناغاة فقد كان الطفل قليل المناغاة، حيث قال كلمة "بابا" في سن عام ثم توقف وكان قليل التواصل البصري، أما التطور الحسي والحركي فقد بدأ المشي في عام ونصف والحبي لم يحبو، هنا بدأت الأم تلاحظ غياب التواصل للفظي والرصيد اللغوي لطفل شبه منعدم حتى ابسط الكلمات لم ينطق بها، وفي سن عامين بدأت الأم تلاحظ تصرفات غير

عادية على طفلها وصرحت بذلك في محور التشخيص وردود الفعل حوله (ملي ينوض وهو يدور وميحبش تصفاق).

فأول مختص توجهت إلية هو طبيب عقلي قام بتشخيص حالة ابنها ثم وجهها إلى مختص نفسي، فتشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد وضع الأم تحت صدمة وحزن وقلق شديد في بداية الأمر وهذا بقولها (جاني الأمر صعيب بزاف)، حيث قالت مع الوقت تقبلت الوضع تدرجيا، وصرحت الأم انها لم تصرح للمجتمع عن حالة ابنها، وفيما يتعلق بمستقبل الطفل صرحت الأم انها متفائلة من طفلها وكانت تأمل في علاج طفل (راني حباتو يبرا ويولي يعرف صلاحو).

وفيما يتعلق بمدى مساهمة الأم في العلاج فالأم تقوم بالمهام والتمارين التي تطلبها منها الأخصائية النفسانية، حيث كانت الأم تبذل مجهود كبير في علاج طفلها واستعملت جميع الطرق وذلك بمتابعة مع الأخصائية النفسية.

6ـ3-عرض وتحليل نتائج مقياس الشعور بالذنب:

جدول (6): يمثل نتائج مقياس الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد للحالة السادسة.

عدد ابعاد المقياس 14 بعد	أبعاد مقياس الشعور بالذنب	مجموع درجات المقياس 104درجة مرتفعة
1	ندم وأسف	22
2	ذنب	11
3	قلق وذنب لاشعوري	13
4	تأنيب الضمير	9
5	تدني تقدير الذات	4
6	إصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف	11
7	ذنب والانفصال	6
8	اكتئاب ووحدة	5
9	لوم الذات	6
10	كراهية الذات	4
11	اجترار الخطأ	4
12	أعراض جسمية	5
13	تبرير	2
14	رفض الأخرين	4

من خلال نتائج مقياس الشعور بالذنب المتحصل عليها في الجدول أعلاه تحصلت الحالة السابعة (م، ر) على درجة مرتفعة قدرت ب (106) في مقياس الشعور بالذنب.

كما تحصلت الحالة (مريم) على درجات تميزت بالارتفاع وذلك في كل من بعد ندم وأسف تحصلت على 22 درجة وهي مرتفعة، وذنب تحصلت على درجة (11) وهي مرتفعة وقلق وذنب لاشعوري تحصلت على درجة (13) وهي مرتفعة وتأنيب الضمير تحصلت على درجة (9) وهي منخفضة مقارنة بدرجة المقياس، وتدني تقدير الذات (4) درجة وهي منخفضة وإصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف تحصلت على درجة (11) وهي مرتفعة، و ذنب وانفصال تحصلت على درجة (6) وهي منخفضة و اكتئاب ووحدة تحصلت على درجة (5) وهي منخفضة، و لوم الذات تحصلت على درجة (6) وهي منخفضة و كراهية الذات تحصلت على درجة (4) وهي منخفضة، واجترار الخطأ تحصلت على درجة (4) درجة وهي منخفضة و أعراض جسمية (5) درجة و هي منخفضة وتبرير تحصلت (2) درجة وهي منخفضة و رفض الأخرين تحصلت (4) وهي درجة منخفضة.

ودلت النتائج المتحصل عليها في مقياس ككل ومن الأبعاد أن أم تعتبر ابنها المصاب بطيف التوحد طفل غير عادي، كما أنها لم تظهر تقبل في بداية الأمر لحالة ابنها وكانت تشعر بالذنب والخزي نحوه.

6ـــ4-تحليل الحالة السادسة:

الحالة (م، ر) تبلغ من العمر (40) سنة، أم لطفل مصاب بطيف التوحد عمره 5 سنوات متزوجة ومستواها التعليمي متوسط.

من خلال النتائج المحصل عليها في مقياس الشعور بالذنب تحصلت الحالة (م، ر) على درجة كلية قدرت ب (104) وهي درجة مرتفعة وذلك في كل من المحاور:

ندم وأسف قدرت (22) درجة، ذنب (9)، قلق وذنب لا شعوري (13) درجة، وإصلاح للخطأ والحاجة (11) درجة، ذنب وانفصال (6) درجة، اكتئاب ووحدة (5)، لوم الذات (6) درجة، واعراض جسمية (5) وهذا ما يدل على درجة مرتفعة من شعور بالذنب.

ومن خلال تحليل المقابلة نصف ونتائج مقياس شعور بالذنب تبين ان الحالة (م، ر) لديها درجة كلية مرتفعة، ظهر ذلك في كل من بعد ندم وأسف الذي قدرت درجته بـــ (22) وهي مرتفعة تبين ذلك من خلال بنود المقياس التي تمت الإجابة عليها بـــ "معظم الوقت" وذلك

(1|3|7|10|13|21|22|23|26|30|48) بحيث تبين أن الحالة (م، ر) تعاني من ندم واسف في طريقة معاملة ابنها حسب تصريحها في المقابلة (أشعر أنني أرغب في نسيان أمور كثيرة قمت بها).

أما عن بعد قلق وذنب لا شعوري تحصلت على درجة (15) وهي درجة مرتفعة من خلال اجابتها على مقياس وذلك في بنود (2|5|6|12|27|33) تبين أن الحالة (م، ر) تعاني من قلق وذنب لاشعوري لأنها تعتقد أن سبب في إصابة ابنها بطيف التوحد حسب تصريحها في المقابلة (تقلقني افعالي السيئة)، في بعد تأنيب ضمير تحصلت على (9) درجة وهي متوسطة وذلك من خلال الإجابة على بنود (17| 25|45|52|53) حيث تبين انها تعاني من تأنيب الضمير تجاه نفسها و طفلها حسب تصريحها (لا أستطيع أن أسامح نفسي على أخطائي)، وتحصلت الحالة على درجة (6) في بعد لوم الذات وهذا ما يدل على انها تعاني من شعور بالذنب وهي تلوم نفسها بكثرة من خلال الإجابة على بنود مقياس (4|24) ب "معظم الوقت " فهي تعاني من لوم الذات حسب تصريحها (ألوم نفسي بعد أن أنفجر بالغضب).

تحصلت الحالة (مريم) على درجة (5) في بعد أعراض جسمية وهي درجة مرتفعة وذلك من خلال إجابة في بنود (43|47) ب "معظم الوقت"، حسب تصريحها (عند سطر في كرشي دايمن).

كما تحصلت الحالة على درجة قدرت ب (4) في بعد رفض الاخرين وهي درجة متوسطة.

وذلك من خلال الإجابة في بند (41) ب "معظم الوقت" حسب تصريحها في مقابلة (ميحبوش يهدرو معيا وهذا الأمر يقلقني بزاف).

وانطلاقا مما سبق ذكره وما جاء في نتائج مقياس شعور بالذنب ونتائج مقابلة نصف الموجهة نستنتج أن الحالة السادسة لديها شعور بالذنب مرتفع وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن "مستوى شعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تحققت لدى الحالة السادسة.

2-الاستنتاج العام:

من خلال تحليلنا لكل الحالات التي تطرقنا إليها من خلال استخدام المقابلة النصف موجهة ونتائج مقياس الشعور بالذنب تبين لنا وجود شعور بالذنب مرتفع لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وبالتالي يمكننا القول إن الفرضية المركزة حول مستوى الشعور بالذنب المرتفع تحققت فهذا ما يظهر لدى حالات الأمهات الإثنين (ص، ل/ م، ر) ويظهر ذلك في نتائج مقياس الشعور بالذنب لكل أم (108، 106) وهذا راجع لعدة عوامل تم استخلاصها من المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس الشعور بالذنب وتتجلى معظمها في:

- عدم تهيئة أم الطفل المصاب بطيف التوحد نفسيا قبل وأثناء اخبارها باضطراب طفلها.
- النظرة المستقبلية والخوف عل مستقبل طفلها.
- تدني المستوى المعيشي والظروف الاقتصادية الصعبة التي تعيشها بعض الحالات.
- عدم تلقي الأم للدعم المعنوي من طرف المحيط الأسري.
- الشعور بالذنب والتوتر ووجود مخاوف كثيرة.
- عبئ المسؤولية التي تقع على الأم.
- الإنهاك النفسي والجسدي.

وهذا التفسير يتفق مع نتائج العديد من الدراسات دراسة "**فيرجسون**" و"**كرولي**" سنة (1997) حيث أظهرت النتائج أن الإناث أكثر شعورا بالخزي والذنب من الذكور.

دلت كذلك عملية تحليل نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة ونتائج مقياس الشعور بالذنب على وجود شعور بالذنب منخفض لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد، حيث دلت النتائج المتحصل عليها على عدم تحقق الفرضية المركزة حول مستوى الشعور بالذنب المرتفع فهذا ما يظهر لدى حالات الأمهات الأربع (ياقوت، زكية، ربيعة، عبلة) ويظهر ذلك في نتائج مقياس الشعور بالذنب لكل أم (83، 98، 66، 71) وهذا راجع لعدة عوامل تم استخلاصها من المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس الشعور بالذنب.

- ربما إنكار الأمهات لإضطراب طيف التوحد لدى أطفالهن.
- ربما تسرع الأم في الإجابة على بنود المقياس.

- ربما خوف الأم أو تعبها.
- ربما يرجع للمساندة الأسرية.

-اقتراحات الدراسة:

من خلال النتائج متوصل إليها في دراستنا الحالية، ومن خلال التفسير والتحليل وما قمنا به في ميدان التربص والاحتكاك المستمر مع أفراد العينة، تم التوصل إلى ضرورة تقديم مجموعة من الاقتراحات والتي هي كالتالي.

- ❖ضرورة توفير مقاعد بيداغوجية أو مدارس خاصة بالأطفال التوحديين وهذا لاستدراك أي قصور لآن اعاقتهم تعتبر منفردة بنوعها ونسبتها في الانتشار أكثر.
- ❖تنظيم ملتقيات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب والأعراض الخاصة به.
- ❖تدريب الأمهات على مهارات مختلفة تتعلق بالمرونة النفسية لمساعدتهم للتغلب على الشعور بالذنب.
- ❖ضرورة الاهتمام بأسرة ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد لما لاحظاه من حاجتهم إلى المساعدة النفسية من الاخصائي النفساني.
- ❖إعداد دورات خاصة توضح للأم كيفية التعامل مع طفلها التوحدي.

الخاتمة:

لقد اهتمت الدراسة الحالية ببناء دليل مقابلة نصف الموجهة وتطبيق مقياس الشعور بالذنب لدى الأمهات من هذه الفئة.

كما ساعدتنا هذه الأدوات المستعملة في الدراسة على معرفة طبيعة الشعور بالذنب لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد وقد اقتصرنا في دراستنا هذه على الأمهات دون الآباء نظرا لأن الأمهات هن أكثر اتصالا بأبنائهن من الآباء خاصة في البيئة الجزائرية، كما أن مسؤولية التربية والعناية تقع على عاتقهن أكثر من الآباء إضافة إلى ما يتمتع به الطفل من موقع بالغ الأهمية عند الأم وذلك حسب الأبعاد (ندم وأسف، ذنب، قلق، تأنيب الضمير، تدني تقدير الذات...) كل بعد على حد.

وبالرغم من تكاثف الجهود بين الأم والأخصائيين يرجع الدور الرئيسي إلى مدى اهتمام الأم لأن التوحد من أصعب الاضطرابات النمائية العصبية ويتطلب مواجهة عالية من الأم لكن غموض هذا الاضطراب يجعلها تقف عاجزة أمامه وتكون في حيرة من أمرها، فوجود طفل توحدي في حياة الأم يهدد وبطريقة مباشرة صحتها النفسية والجسدية ويؤثر عليها بشكل سلبي كشعورها بالذنب

قائمة المراجع:

قائمة المراجع:

القرآن الكريم:

1-سورة مريم، الجزء السادس عشر، الآية 28، ص3.

المعاجم:

2-رولان دورون (1997)، **موسوعة علم النفس والتحليل النفسين ترجمة فؤاد شاهين**، مكتبة مدبولي، مصر، ط (4).

الكتب:

3-جهاد محمد حمد (2013)، **الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية**، ترجمة أنور الحمادي، (ب، ط).

4-سوسن شاكر مجيد (2010)، **التوحد أسبابه ــ خصائصه ــ تشخيصه ــ علاجه**، دار ديبونو للنشر والتوزيع عمان، الأردن، ط2.

5-شكوة نوابي نزاد (2001)، **علم النفس المرأة**، ترجمة زهراء صبوري بكانة، دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، ط (1).

6-فايز قنطار (1992)، **الأمومة "نمو العلاقة بين الطفل والأم"**، يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

7-فكري لطيف متولى (2016)، **دراسة حالة في علم النفس**، مكتبة رشد للتوزيع والنشر، ط (1).

المجلات:

8-اسلام محمد عبد الوارث (2021)، **الإساءة الانفعالية والسلوك الانتهازي المدركين كمنبئين بالشعور بالذنب والطفو الأكاديمي لدى أشقاء التلاميذ المعاقين فكريا المدمجين بالمرحلة الابتدائية**، مجلة للدراسات النفسية جامعة الإسكندرية، مصر، المجلد الحادي عشر، العدد(113)، ص(1-42).

9-جابر، نصر الدين ومقراني، سهيلة (2022)، **تطبيقات المقابلة العيادية**، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(3)، جامعة الوادي، الجزائر، ص(57-70).

10–دانيا الشبؤون (2011)، **الشعور بالذنب وعلاقته بالخزي عند المراهقين**، مجلة كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد(27)، ص(57–87).
11–دنيا طيب البرزنجي (2009)، **الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب دراسة ميدانية**، مجلة الدراسات الانسانية جامعة كروكن المجلد(4)، العدد(2)، ص(97–116).
12–زينة علي صالح، نغم هادي حسين، (2018)، **الشعور بالذنب وعلاقته بالأحكام التلقائية الذاتية لدى النساء المطلقات في محافظة القادسية**، المجلد 3 العدد 28، ص (200–260).
13–سمير إبراهيم ساندي وهبة كمال مكي (2018)، **برنامج مقترح لخفض الشعور بالذنب لضحايا التحرش من طالبات الجامعة**، مجلة الإرشاد النفسي، العدد (50)، ص(350–376).
14–شيماء إسماعيل أحمد خطاب، إسراء عبد المقصود عبد الوهاب، محمد رزق البحري(2018)، **التفاوض وعلاقته بالشعور بالذنب لدى عينة من الأطفال**، دراسات الطفولة يوليو، علم النفس كلية الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس، ص(21–26).
15–فايزة إبراهيم عبد الله أحمد (2009)، **فعالية برنامج علاجي سلوكي في تنمية بعض التغيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين**، سوريا، ص(3ــ4).
16–ملال صافية، محرزي مليكة (2020)، **الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية في ظل بعض المتغيرات ودرجة الإعاقة**، الجزائر، المجلد (13)، العدد (3)، ص (15–26).
17–مزوز بركو، محمد قشي، (2018)، **التوحد واشكالية التشخيص والتكفل في الجزائر**، مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة باتنة، الجزائر، ص (4/1).
18–هناء عبد النبي كبرالعابدي (2021)، **قياس مستوى الشعور بالذنب وعلاقته ببعض المتغيرات لدى النساء المطلقات**، مجلة كلية التربية، جامعة واسط البصرة، العدد الثالث والأربعون، ص(347–370).
19–يعقوب يوسف م.م انمار (2020)، **الشعور بالذنب عند طلاب المرحلة المتوسطة**، مجلة آداب ذي قار، المديرية العامة العدد(33)، ص(225–243).

الرسائل:

20-أمال عدواني (2015)، **صورة الأم لدى الطفل المسعف دراسة لأربع حالات بمركز الطفولة المسعفة "قسنطينة"**، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس الإكلينيكي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

21-إيمان فرح (2015)، **نوعية التقمصات لدى أمهات الأطفال المتوحدين في علم النفس**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.

22-جبالي صباح، (2012)، **الضغوط النفسية واستراتيجية مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم النفس الضغط، جامعة فرحات عباس، سطيف.

23-صولي أروى سارة (2013)، **صورة الأم لدى الطفل المسعف من خلال تطبيق اختبار اسم العائلة للويس كورمان**، دراسة اكلينيكية لثلاث حالات بمركز الطفولة المسعف عين توتة، مذكرة مكملة لنسل شهادة الماستر في علم النفس تخصص عيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

24-عائشة شلابي (2017)، **الصورة الأمومية وصورة الجسد لدى أطفال مصابين بالصرع عبر الإنتاج الإسقاطي**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.

25-عوض بن محب بن سعيد المعيدي (2009)، **المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى**، دراسة مقارنة بين أطفال التوحد والتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية، مذكرة لنيل درجة الماجيستر في علم النفس تخصص الإرشاد النفسي جامعة أم القرى كلية التربية قسم علم النفس سعودية.

26-فتيحة ابن الطيب (2008)، **التخلف العقلي وآثاره في ظهور الاضطرابات النفسية عند الأم**، دراسة عيادية لأربع حالات بمركز المتخلفين عقليا لمدينة المسيلة، جامعة فرحات عباس سطيف كلية الآداب والعلوم الاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا لنيل شهادة الماجستار، الجزائر.

27-نسرين نبيه ملحم (2014)، **فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد**، مذكرة لنيل شهادة الدكتورة في علم النفس، جامعة دمشق، سوريا.

28-هدى ماصري (2016)، **الأثار النفسية المترتبة عن عودة الطفل المحتضن من طرف الأم البديلة إلى الأم البيولوجية دراسة ميداني لحالتين**، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس الإكلينيكي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

الملاحق:

1-دليل المقابلة النصف موجهة

2-مقياس الشعور بالذنب

ملحق رقم (1) دليل المقابلة نصف موجهة

دليل المقابلة:

المحور الأول: البينات الشخصية

خاص بالأم:

- الاسم
- السن
- المهنة
- المستوى التعليمي
- المستوى الاقتصادي
- الحالة الاجتماعية

خاص بالطفل:

- الاسم
- السن
- شدة إعاقة
- مدة العلاج
- فريق العلاج
- نوع العلاج

المحور الثاني: ظروف الحمل والولادة

1-هل هذا هو الحمل الأول لكي؟

.....

2-كيف استقبلت خبر الحمل؟

.....

.....

.....

3-هل كان حملك مرغوب فيه أم لا؟

.....

.....

4-هل حدث لكي مشاكل نفسية أثناء الحمل؟ مضايقات/ شجار؟ (انتكاسة)

.....

.....

5-هل تناولت أدوية؟ ما نوعها؟

.....

.....

6-كيف تصيفين مجريات الحمل؟

.....

.....

7-هل الولادة في وقتها وهل كانت طبيعية؟ (صرخة الميلاد ــ اللون ــ الوزن)

.....

.....

8-هل الرضاعة كانت طبيعية أم اصطناعية؟

.....

.....

9-كيف كانت نفسيتك بعد الولادة؟

.....

.....

المحور الثالث: التطور النفسي والحسي الحركي للطفل وردود فعل الأم حوله

1-كيف كانت نظرات الطفل؟ مثلا عند الرضاعة هل كان ينظر لأم أم لجهة أخرى؟

.....

.....

2-هل كان يبتسم؟ وكيف كانت ردة فعلك حول ذلك؟

.....

.....

3-هل كان طفلك كثير البكاء من غير سبب؟ وهل كان يتعبك؟

.....

.....

4-كيف كان نوم الطفل؟ ليلي أم نهاري؟ وهل كان يتبعك؟

.....

.....

5-هل كان يرفضك عندما تحملينه؟

.....

.....

6-هل كان يلاغي؟ (المناغاة)

.....

.....

7-هل كان يقول كلمات بسيطة مثل "ماما" "بابا"؟ وفي أي سنة؟ وكيف كانت ردة فعلك حول ذلك؟

.....

.....

8-ماهي الصعوبات التي واجهتيها في تربيته؟

.....

.....

المحور الرابع: التشخيص وردود الفعل حوله

1-متى لاحظتي تصرفات طفلك غير عادية؟ السن؟

.....

.....

2-ماهي الإجراءات التي قمتي بها لمعرفة حالة ابنك؟

.....

.....

3-كيف كانت ردة فعلك؟ وكيف استقبلت الخبر؟

.....

.....

4-كيف كانت ردة فعل زوجك؟

.....

.....

5-من قام بتشخيص ابنك بتوحد وكيف كان ذلك؟

.....

.....

6-هل تلقيتي دعما ومساندة من طرف المجتمع؟

.....

.....

.....

7-هل تعرضت لتعليقات سلبية من طرف المجتمع؟

.....

.....

8-هل تصرفات طفلك تثير غضبك؟

.....

.....

.....

المحور الخامس: أساليب معاملة الطفل

1-هل معاملتك تغيرت قبل وبعد معرفة الإصابة؟

.....

.....

2-هل علاقتك جيدة مع طفلك أكثر من إخوته أو العكس؟

.....

.....

3-ماهي الصعوبات التي توجهينها مع طفلك؟ وكيف تتعاملين معها؟

.....

.....

4-هل تشعرين بالندم لإنجابك لهذا الطفل؟

.....

.....

5-هل تتجنبين الظهور مع ابنك في مختلف المناسبات الاجتماعية؟

.....

.....

6-كيف هي معاملة الأب لابنه؟

.....

المحور السادس: مدى مساهمة الأم في العلاج الطفل

1-هل تقومين بما يطلبه الاخصائي من مهام وتمارين؟

.....

.....

2-هل تجدين صعوبات في مساعدة ابنك وكيف تتصرفين حيال ذلك؟

.....

.....

3-هل طفلك يتجاوب معك اثناء العمل؟

.....

.....

المحور السابع: محور التصورات المستقبلية

1-كيف ترين مستقبل طفلك؟

.....

.....

2-هل لديك أمل في شفاء طفلك؟

.....

.....

ملحق رقم (2) مقياس الشعور بالذنب

التعليمة:

فيما يأتي مجموعة من العبارات يرجى قراءتها والإجابة عليها بوضع علامة(**X**) أمام كل عبارة عن مدى توفرها واستمرار وجودها وانطباقها عليك، علما أن المقياس يستخدم لغرض البحث العلمي فقط ولا حاجه لذكر الاسم.

- إذا كانت العبارة تنطبق تماما عليك ضعي علامة (**X**) أمام عبارة (**معظم الوقت**).
- إذا كانت العبارة تنطبق عليك إلى حد ما أو أحيانا ضعي علامة(**X**)أمام عبارة (**بعض** الوقت).
- إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك تماما ضعي علامة(**X**) أمام عبارة (**أبدا**).

وشكرا على المشاركة والتعاون

الرقم	العبارة	معظم الوقت	بعض الوقت	أبدا
1	أشعر أنني أرغب في نسيان أمور كثيرة قمت بفعلها			
2	تقلقني أفعالي السيئة			
3	أشعر أن الأخرين يعرفون أشياء عني ندمت على قيامي بها			
4	ألوم نفسي بعد أن أنفجر بالغضب			
5	لا أستطيع أن أنام نوما عميقا			
6	أرى أحلاما مزعجة			
7	أحدث نفسي بأنني يحب أن أتصرف بصورة أفضل			
8	أكاد أمرض عندما أفكر في أشياء معينة قمت بها			
9	أحاول أن أكون لطيفا مع الذين سبق وأن ضايقتهم بأفعالي			
10	الذنب والندم كانا جزءا من حياتي			
11	أشعر بالحزن			
12	أشعر بالضيق والقلق ولا أستطيع التخلص من هذه المشاعر			
13	هناك شيء ما في حياتي الماضية أندم علية بشدة			
14	لا أستحق أن أعامل باحترام			
15	لست الوحيد المسؤول عن أخطائي			
16	أشعر أن ظروفي أجبرتني على ارتكاب الأخطاء			
17	لا أستطيع أن أسامح نفسي على أخطائي			
18	أخشى أن يعرف الأخرون عما قمت به فعلا			
19	أكره نفسي			
20	تطاردني ذكريات مزعجة من الماضي			
21	أتساءل فيما لو كان أحدهم سيسامحني على ما سببته له من أذى			
22	لا أملك الشجاعة الكافية لإصلاح الموقف المؤذي الذي تسببت فيه			
23	أتمنى لو تعود الأيام إلى الوراء لأقوم بأعمال معينة بصورة مختلفة			

24	ألوم نفسي بشدة			
25	أعاني من تأنيب الضمير			
26	أتمنى لوكان بإمكاني أن أمحي هذه الخبرة من حياتي			
27	لا أعرف لماذا اشعر إنه سيحدث لي شيء خطير			
28	أشعر بالضيق وعدم الراحة، إذا لامني أحدهم			
29	أشعر بالذنب			
30	أتحدث مع نفسي بأنني يجب أن أبذل جهدا أكثر في المرة القادمة			
31	لا أستحق معاملة والدي الحسنة			
32	أتحدث مع نفسي وكأنها عدوي			
33	أدخن دون علم أهلي			
34	أحسد الأخرين على رضاهم عن أنفسهم			
35	أتمنى لو كنت شخصا أخر			
36	أحتاج للاعتراف لشخص أثق به			
37	أحاسب نفسي عندما أشعر بالسعادة بعيدا عن أهلي			
38	لا شيء يجعلني سعيدة			
39	يؤلمني أنني أنجح في خداع الأخرين			
40	أعتقد أنني لا أساوي شيئا			
41	يضايقني عدم وغبة الأخرين في صداقتي			
42	أفكر بتفاصيل ما فعلته من أخطاء			
43	أعاني من الصداع			
44	أتنازل وأضحي بالكثير من حقوقي في سبيل الأخرين			
45	أعتقد أن قسوة والدي علي في طفولتي هي التي تجعلني أحاسب نفسي			
46	يقلقني أنني أخفي أشياء عن أهلي			
47	أصاب بألآم في معدتي			
48	أعتقد أنني يجب أن أعتذر لكثير من الأشخاص			
49	أشعر بالقلق لكوني أرغب أن أعتمد على نفسي			

50	أرغب في التكفير عن أخطائي				
51	ليس لدي أصدقاء كالأخرين				
52	لا أسامح نفسي				
53	أقلق وأخاف أن أتسبب في إيذاء أحدهم أو أجرح مشاعره				

جدول رقم (1) يوضح المكونات الرئيسية للذنب التي تتضمنها عبارات مقياس الشعور بالذنب.

أبعاد المقياس	**عبارات المقياس (53) عبارة**
ندم وآسف (11)	48/30/26/23/22/21/13/10/7/3/1
ذنب (6)	39/31/29/28/18/8
قلق وذنب لا شعوري (6)	33/27/12/6/5/2
تأنيب الضمير (5)	53/52/45/25/17
تدني تقدير الذات (4)	40/35/34/14
اصلاح للخطأ والحاجة للاعتراف (4)	50/44/36/9
ذنب الانفصال (3)	49/46/37
اكتئاب ووحدة (3)	51/38/11
لوم الذات (2)	24/4
كراهية الذات (2)	32/19
اجترار الخطأ (2)	42/20
أعراض جسمية (2)	47/43
تبرير (2)	16/15
رفض الآخرين (1)	41