الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: العلوم الاجتماعية

المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة لدى أمهات أطفال التوحد

دراسة وصفية استكشافية مركز جمعية التاج للتكفل بالأطفال في وضعية إعاقة بقمار – الوادي–

مذكرة مكملة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

في علوم التربية تخصص: تربية خاصة

إعداد الطالب
تجيني وفاء

إشراف
صالح خشخوش

لجنة المناقشة

د. ليلى خنيش	استاذ محاضر	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	رئيسا
أ. صالح خشخوش	استاذ محاضر	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	مشرفا ومقررا
أ. بشير جاري	استاذ محاضر	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي	مناقشا

السنة الجامعية:2019/2018

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات والصلاة والسلام على اشرف المخلوقات سيدنا محمد عليه افصل السلام والصلوات الحمد لله الذي اكرمني ومنى عليا بإتمام هذه المذكره واخراجها لحيز الوجود والشكر لله على نعمه التى لا تعد ولا تحصى

اتقدم بالشكر الجزيل للاستاذ المشرف صالح خشخوش على قبوله بصدر رحب الاشراف على هذه المذكره وبما قدمه من توجيهات ومساعدات لانجاز هذه المذكره

كما اتقدم بالشكر الى كل اساتذة قسم العلوم الاجتماعية بجامعه حمه لخضر بالوادي

وكل الشكر الى الطاقم العاملين في روضه التاج للمساعدات والتسهيلات لانجاز العمل التطبيقي

ولا ننسى خالص الشكر والامتنان الى الامهات على مساعدتهم في هذه الدراسة

واخيرا اتقدم بالشكر الجزيل لكل من ساهم وساعدني من قريب او بعيد في اتمام هذه المذكره

ملخص الدراسة :

سعت الدراسة الحالية للكشف عن أكثر المخططات المعرفية غير مكيفة المبكرة انتشارا بين أمهات أطفال التوحد.

لتحقيق هدف الدراسة تم اختيار عينة قوامها 30 أم بطريقة قصدية المتواجدين في روضة التاج بقمار، وطبقت عليهم أدوات جمع البيانات المتمثلة في مقياس يونغ للمخططات (YSQ_SF)، كما اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الاستكشافي واستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة.

_ بعد التحليل الاحصائي للبيانات اسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

_ اكثر المخططات شيوعا بين أمهات أطفال التوحد مرتبة من الأكثر انتشارا إلى الأقل هي: عدم الإتقان/الفشل/التضحية بالذات.

abstract

The present study sought to uncover the most common non-adapted cognitive schemes among mothers of children of Tawheed.

In order to achieve the objective of the study, a sample of 30 mothers was chosen in a deliberate manner in the kindergarten of the crown of the baccarat, and the data collection tools of YSQ_SF were applied to them. The study also relied on descriptive descriptive methodology and the use of appropriate statistical methods.

After the statistical analysis of the data, the study resulted in the following results:

The most common diagrams among mothers of autistic children from the most common to the least are: lack of mastery / failure / self-sacrifice.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وتقدير	أ
ملخص الدراسة بالغة العربية	ب
ملخص الدراسة باللغة الاجنبية	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	و
مقدمة	08
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
إشكالية الدراسة	12
أهداف الدراسة	14
أهمية الدراسة	14
التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة	14
الفصل الثاني: المخططات المعرفية	
تمهيد	17
التطور التاريخي لمفهوم المخططات	18
تعريف المخططات	20
تصنيف المخططات المعرفية	22
خصائص المخططات	23
مصدر المخططات	25
مجالات المخططات	27
مجال الانفصال والرفض	27
مجال نقص الاستقلالية والأداء الجيد	29
مجال نقص الحدود	30

مجال التوجه نحو الاخرين	31
مجال اليقظة المفرطة والكف	33
خلاصة الفصل	36
الفصل الثالث: المخططات المعرفية	
تمهيد	38
.تعريف التوحد	38
.خصائص التوحد	39
أعراض التوحد	42
.النظريات المفسرة للتوحد.	43
.تشخيص التوحد.	46
.التشخيص الفارقي للتوحد والاضطرابات الأخرى.	49
.وسائل التشخيص.	52
الآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في المنزل.	55
خلاصة الفصل.	58
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد.	61
المنهج المستخدم.	61
عينة الدراسة.	62
حدود الدراسة.	63
أدوات الدراسة.	63
الأساليب الإحصائية.	69
الفصل الخامس: تحليل وتفسير النتائج	
عرض وتحليل نتائج تساؤل الدراسة	72
تفسير النتائج الدراسة	74
استنتاج عام	77

توصيات	78
قائمة المراجع	79
قائمة الملاحق	84

فهرس الجداول

جدول رقم 01	يوضح التطور التصنيفي لاضطراب التوحد في كل من DSM ;CIM10	**54**
جدول رقم 02	يبين درجات الصدق(ن) لكل بعد من أبعاد المقياس المخططات المبكرة	**65**
جدول رقم 03	يبين درجات الصدق"ن" لميزات مقياس المخططات المبكرة غير مكيفة	**66**
جدول رقم 04	ترتيب مخططات أفراد العينة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية	**72**

مقدمة:

تمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديرة بالاهتمام لمالها من تأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع ،ورغم تعدد مصادر الضغوط وتنوعها تبقى إصابة أحد أفرد الأسرة بأحد الأمراض من العوامل النفسية والإجتماعية المسببة للضغط .

وقد حضت الضغوط المصاحبة والناتجة عن الإصابة بالإعاقة بإهتمام العديد من الباحثين لأنه غالبا ما تمتد الاعاقة الى أبعد من الاصابة الفرد بل تشمل وتمتد الى أفراد الأسرة وخاصة الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدا إذا كان مصابا بإضطراب التوحد لأنها من أعقد الاضطرابات نظرا لإتسامها بالإنغلاق وما تتطلبه من رعاية خاصة ومستمرة.

ومن خلال هذه الأهمية التي تحتلها علاقة الأم بالطفل المصاب بالتوحد قمنا بإختيار موضوع بحثنا والمتمثل في ماهي أكثر المخططات المعرفية غير المكيفة شيوعا بين أمهات أطفال التوحد لمحاولة التعرف على هاته البنيات العقلية التي تجمع مجموعة المعارف التي تبناها الفرد عن نفسه والعالم والأشخاص المحيطين به وهاته البنيات العقلية تترجم على مستوى سلوك الأم وطريقة تعاملها مع الطفل وردود أفعالها مع طفلها المصاب بإضطراب التوحد، والتي تساهم إما في مساعدة الطفل أو لا وبعض المخططات قد تحتاج إلى تعديل الأمر الذي دفعنا للتعرف عليها وللتوصل لإجابه على التساؤل فمنا تقسيم الدراسة إلى جانب نظري وآخر ميداني ولقد إحتوى الجانب النظري على الفصول التالية :

- **الفصل الاول** :الذي جاء بعنوان الإطار العام للدراسة وتم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

أما الفصل الثاني:

والذي جاء بعنوان المخططات المعرفية وتم التطرق فيه الى التطور التاريخي لمفهوم المخططات، تعريف المخططات، تصنيف المخططات المعرفية، خصائص المخططات، مصدر المخططات ،مجالات المخططات.

أما الفصل الثالث :

بعنوان التوحد وتم التطرق فيه الى تعريف التوحد، خصائص التوحد، أعراض التوحد، النظريات المفسرة للتوحد، تشخيص التوحد، التشخيص الفارقي للتوحد والاضطرابات الاخرى، وسائل التشخيص، الآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في المنزل.

أما الجانب الميداني: فقد احتوى على الفصول التالية

الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة وتم التطرق فيه الى المنهج المستخدم، العينة حدود الدراسة، أداه جمع البيانات إجراءات التطبيق، الأساليب الاحصائية.

أما الفصل الخامس: عرض وتحليل ومنافسة النتائج وفيه تم التطرق ل:عرض جدول يمثل ترتيب المخططات وفق للمتوسطات والإنحراف المعيارية، كذلك تفسير نتائج الجدول وترتيب المخططات الثلاث الأكثر إنتشارا.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

2- أهداف الدراسة.

3- أهمية الدراسة

4- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

1-إشكالية الدراسة:

يعتبر ميلاد طفل في الأسرة حدثا سعيدا، إذ ينظر الكثير من الآباء للطفل على انه امتداد للذات أو النفس، فهو الذي يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة الموجودة بالفعل ويوثق العلاقة بين الزوجين، لكن ليس من السهل أن يتحمل مسئولية الأبوة والأمومة وذلك لأنها من أعقد المسئوليات وخصوصا إذا ما أصبح الإنسان أبا أو أما لطفل غير عادي.

إن اللحظة التي يتم اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي إلى تغيير جذري في المسار النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للأسرة عامة، وللام خاصة سواء كانت هذه الإعاقة، إعاقة جسدية كالتشوهات أو إعاقة حسية أو حركية أو تخلف ذهني أو قد يكون الطفل مصاب باضطراب من الاضطرابات الإنمائية الارتقائية كالتوحد.

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيد، إذ يتسم الطفل المصاب به بالاعتزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم، وتتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من الشخصية الطفل،بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها كما تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي على انه إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، هي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث. (يحيى، 2000، 204)

حيث أن التوحد من الإعاقات التطورية الأكثر صعوبة بالنسبة للطفل ولوالديه، لأنه يتميز باضطراب محير أو يصعب فهمه. (عامر، 2008، 4)

إذا كان ذوو الاحتياجات الخاصة فئة تحتاج إلى اهتمام والتوفير فأمهات الأبناء ذوي الاحتياجات الخاصة أولى بالعناية النفسية والمساعدة من اجل بلوغ صحة نفسية تسمح لهم بمساعدة أبنائهم والأخذ بيدهم، وخاصة أمهات أطفال التوحد، حيث نسبة انتشاره في الجزائر وحسب وزير الصحة سنة(2008) يوجد(80.000) فرد مصاب بالتوحد وتتراوح أعمارهم بين

15و17 سنة وفي انجلترا نجد هذا الاضطراب منتشر أربع حالات لكل 1000 مولود جديد، وفي فرنسا نجد(100.00) شخص طفلا وراشدا حسب (La rabiabid, 2008).

وباعتبار علاقة الأم مع ابنها مهمة جدا في السنوات الأولى من حياته حيث تلعب دورا في نمو شخصيته.

وباعتبار إن الأم هي التي تضع بذور الصحة النفسية والعقلية ويتشرب منها الطفل القيم والعادات والتقاليد مما يشكل شخصيته وأنماط سلوكه واتجاهاته نحو نفسه والآخرين وقد أثبتت الدراسات المحلية والعالمية إن الأم تؤثر بشكل حاسم على نمو طفلها، فإذا قامت الأم بوظائفها بشكل مناسب فإن تأثيرها سيكون إيجابيا على نمو طفلها والعكس صحيح.

(أبو نصر، 2004، 113- 114)

ويرجع هذا إلى تأثير جوانب عديدة في الأم والأفكار والمعتقدات و البني المعرفية التي تحملها الأم على الطفل التي تعرف بالمخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة التي تكونت لدى الأم، حيث تمثل المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة خبرات الماضي التي عاشها الفرد منذ طفولته والتي تظهر محل مصدر لقدرته على تفعيل ذاته، هذه الخبرات بكل ما تحمله من مكونات انفعالية وسلوكية، هي إدراكات راسخة حول الذات وحول الآخرين والعالم الخارجي، والتي تترسخ مبكرا في الطفولة نتيجة لحرمان نقص تربوي سليم فتصبح طريقة الإدراك صلبة وسلبية عند الراشد.

(Hawsseaust, 2003, 20).

وبالتالي نوعية المخططات تؤثر على الأم وسلوكيات تجاه الطفل والعلاقة بينهم.

ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

– ما هي اكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة انتشارا بين أمهات أطفال التوحد؟

2-أهداف الدراسة:

إن الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو الكشف عن اكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة انتشارا بين أمهات أطفال التوحد.

3-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أهمية الموضوع الذي نتطرق إليه و المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة وعلى أهمية الاضطراب الذي نتطرق إليه في هذه الدراسة ألا وهو التوحد، وأخيرا أهمية الفئة المستهدفة وهي أمهات أطفال التوحد حيث أنها اقرب فئة لهؤلاء الأطفال بالإضافة إلى ذلك ترجع أهمية الدراسة إلى مجموعة الاعتبارات التالية.

– تسليط الضوء على الفئة الأقرب للأطفال المعاقين وهي فئة الأمهات.

4-التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

4-1- المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة:

4-1-1 وهي اختلال وظيفي واضح، مكون من ذكريات وانفعالات معارف وإحساساته الجسدية تتشكل خلال مرحلتي الطفولة أو المراهقة، تتعلق بالذات أو العلاقات مع الآخرين

(Young Jeffry, 2007, 34)

4-2-1 المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة:

هو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص من خلال مقياس المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة الذي أعده جفري يونغ ويشمل 75 بند ويضم 15 مخطط.

4-2 التوحد: اضطراب انفعالي يظهر خلال السنوات الأولى يتسم بالعجز في تكوين العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية ويؤثر ذلك بشكل ملحوظ في شبكة التفاعلات الاجتماعية، إضافة إلى السلوك النمطي ومحدودية استخدام اللغة المنطوقة.

الجانب النظري

الفصل الثاني: المخططات المعرفية

- تمهيد

1- التطور التاريخي لمفهوم المخططات

2- تعريف المخططات

3- تصنيف المخططات المعرفية

4- خصائص المخططات

5- مصدر المخططات

6- مجالات المخططات

6-1 مجال الانفصال والرفض

6-2 مجال نقص الاستقلالية والاداء الجيد

6-3 مجال نقص الحدود

6-4 مجال التوجه نحو الآخرين

6-5 مجال اليقضة المفرطة والكف

- خلاصة الفصل

تمهيد:

أن المخطط هو مصطلح علمي ظهر في علم النفس المعرفي، ويعود الفضل في تطويره إلى "جيفري يونغ" فعن طريقته نتعرف على الإعتقادات العميقة حول أنفسنا حول العالم الذي يحيط بنا أو التي إكتسبت في مرحلة الطفولة الأولى.

كما أن المخططات تسير حياة الأفراد من خلال إحساسهم بالتحدي أو بالإنزعاج أو الإرهاق.

ويقصد بالمخططات المبكرة الغير مكيفة بأنها تلك المنضمات المتواجدة داخل الجهاز النفسي، الموروثة من جروح الطفولة والتي تستبعد الفرد وتكف من إمكاناته.

وسنعرض في هذا الفصل تاريخ مفهوم المخططات، وخصائصها، ومصادرها وأنواعها مجالاتها.

1- التطور التاريخي لمفهوم المخططات:

أستخدم مفهوم "المخطط" من قبل العديد من المؤلفين في مجال علم النفس وفي مجالات أخرى كالفلسفة، ويشير هذا المفهوم بشكل عام إلى "نموذج يفرضه الواقع أو التجربة يتيح للأفراد، تفسير الحقائق، الفهم الإدراك، وتوجيه إستجاباتهم، والمخطط هو برنامج معرفي يعمل كدليل في تفسير المعلومات وحل المشكلات وسوف نناقش بإيجاز أصول هذا المفهوم في النقاط التالية:

- إستعمل مفهوم المخطط لأول مرة في العهد اليوناني القديم، حيث إستخدمه الفيلسوف اليوناني كريسيب Chressip (206 – 279 ق م) للدلالة على مبادئ أو أسس المنطق.
- أول منظر تكلم على مفهوم المخطط لأول مرة بأنه تصور مشترك لكل أعضاء فئة أو صنف ما "هو إيمانويل كانت في القرن 18 الذي ناقش في كتابة " نقد العقل الصالح"، إمكانية بلوغنا كبشر محفزات بيئتنا موضحا أننا ندرك الواقع فقط من خلال ما تسمح به مخططاتنا ومؤكدا ضرورة التمييز بين الواقع الموضوعي المستقل وبين الحقيقة الذاتية التي تنظر إليها من خلال مخططاتنا، معتبرا إياها (المخططات) فئات من الذاكرة تتطور من خلال قيم تجاربنا السابقة.
- هيد head، عالم الأعصاب سنة 1918 باستخدام بدوره مفهوم المخطط لتعيين المناطق الدماغية التي لها علاقة بتمثيل الذات أو ما يعرف بالصورة الجسدية.
- أما مجال علم النفس، فلهذا المصطلح تاريخ ثري وواسع وقد اخذ عدة مسميات أعتبرت كمرادفات له وهي البنية structur، الإطار cadre، أو المحيط contour، وبعد إنفصاله على التحليل النفسي إعتبر ألفرد أدلر Alfred Adler 1929م أول معالج نفسي وصف المخطط المعرفي، إذ تحدث على المخطط إدراك شعوري ويعني نظرة الفرد الخاصة حول نفسه وحول العالم وذلك في كتابه (La science de vie).
- في مجال علم النفس المعرفي، تقول بير تليت Bartlett 1932م. أن المعلومات تعالج قبل حفظها وأن هذه المعالجة تؤثر أيضا على إستذكار الذكريات، ويمكننا

القول أنها تحدثت بعد ذلك عن المخططات بإعتبارها هياكل إدراكية مجددة تتشكل من مختلف المواجهات مع البيئة، ولها خصائص لتنظيم المعلومات وفقا للأوضاع والتجمعات المحددة.

وفي نفس السياق (المعرفي) إرتبط مفهوم المخطط بالكثير من أعمال جان بياجيه Jean Piaget نذكر من بينها إستخدام هذا المصطلح للإشارة على الأبنية المعرفية الموجودة لدى الطفل في لحظة معينة، وتتضمن نماذج السلوك المنظم وتشير الأبنية إلى عمليات أو طرق للتنظيم موجودة لدى الطفل وتنظيم عملية إستجابته للمواقف والخبرات، إضافة إلى أنه فسر مختلف مراحل النمو المعرفي للطفل على أساس المخطط المعرفي ووصف عمليتين هامتين في النمو المعرفي هما: مماثلة وتعمل على المطابقة أو مماثلة مثيرات العالم الخارجي بما هو موجود في مخطط الفرد والموائمة، وتمثل تغيير وتعديل المخططات وفقا لمتطلبات خارجية واقعية.

كما لقي هذا المفهوم إهتمام علماء الشخصية ويشير عندهم إلى عدة معاني منها: إطار وشكل فارغ يمكن ملؤه بالخبرات وهي قابلة للتعديل والتغيير والنمو، هيكل أو مخطط عن موضوع معين، تنظيم نشيط للخبرات السابقة يستخدم في مواجهة البيئة.

وفي مجال العلاج النفسي إستخدم العديد من المنظرين مفهوم المخطط لشرح الأمراض المختلفة مثل: كيلي (1955) Kelly، سيغال 1988 Segal، روسك Rusk، إمري وشاو (1979) Emery et Shaw، غير أنهم إختلفوا فيما بينهم حول مكونات المخططات.

معرفية أو سلوكية أو عاطفية وفي هذا السياق إستخدم بيك Beck، هذا المفهوم منذ 1967 وعرفه بقوله أن المخططات هي تفسيرات شخصية وتلقائية للواقع، فهي تعالج المعلومة بطريقة لا شعورية وتؤثر في إستراتيجيات التكيف لدى الفرد وتظهر على شكل تشوهات معرفية تؤدي إلى ضعف معرفي واعتبرها أساسية للتنظيم المعرفي مستقرة نسبيا تحتوي على معلومات وتجارب الماضي للفرد، واستعمله أيضا هو وينتر في نموذجه للعلاج (La therapie des Schemas de personne).

اعتبر أن أي مخطط لأي شخص هو اطار يتكون غالبا من بقايا ذكريات الطفولة.

وفي سنة 1990 إقترح جيفري يونغ Jeffry young نموذج نظري إضافي آخر يعرف باسم المخططات المبكرة غير المتكيفة وهي نماذج معرفية انفعالية ذاتية التهديم، تظهر مبكرا أثناء النمو تتكرر طوال حياة الإنسان واستخدم هذا المصطلح بعد ذلك بشكل متزايد في علم النفس العيادي، الاجتماعي، والتمايز. (بن ناصر، 2017، 56)

2- تعريف المخططات المعرفية المبكرة اللاتوافقية :

عرف هاسو (2003) Hawsseaust المخططات المبكر غير المتكيف على أنه شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات سيئة في الماضي فهي إدراكات راسخة حول الذات وحول الآخرين والعالم والتي تترسخ مبكرا في الطفولة ناتجة لحرمان ونقص تربوي سليم فتصبح طريقة الإدراك صلبة وسلبية عند الراشد. (صليحة، فاطمة الزهراء، 4)

قدم يونغ في كتابة "Je rein Vente ma vie " (2005) التعريف التالي للمخطط:

«المخطط هو تنظيم الذي يأخذ منبعه في الطفولة وتؤثر على كل حياتنا وهي تنتج عن ظروف تحملها الفرد من عائلته وأصدقائه من إهمال، انتقاد افرطا الحماية، يكون ضحية الإساءة، الرفض من المحيط أو الحرمان وفقدان كل شيء بإمكانه أن يؤدي إلى صدمة ومع مرور الوقت يندمج المخطط بشدة مع الشخصية فهو أساس التكيف مع ظروف الحياة وتمارس المخططات تأثيراتها على طريقة تفكيرنا وفي تصرفاتنا وفي علاقتنا مع الآخرين وتوقظ أحاسيس عنيفة مثل الغضب والحزن والقلق». (زميتي، 2013، 30)

-مفهوم المخطط حسب بيك ويونغ

-حسب بيك:

يشير "أرون بيك" إلى أن المخططات عبارة عن بيانات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن للاعتقادات والافتراضات، التوقعات، المعاني والقوام التي يكونها الفرد عن الأحداث والآخرين والبيئة وعلى هذا تمثل الاطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعلم والعلاقة الاجتماعية مع الآخرين إذا أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والأحداث والاستجابات نحوه وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرية وتختلف من شخص لآخر، ومن ثم نجد أن طرق تأويل وتفسير الموافق الواحد تكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف من شخص لآخر حسب خبرات هذا الفرد، ويختلف الأفراد في عدد المخططات أو البيانات التي يتضمنها كل مخطط، وتبعا لذلك يظهر تباينا في استجابات نتيجة لاختلاف المخطط لديهم.

(بن ناصر، 2017، 20، 21).

-حسب يونغ:

قدم يونغ في كتابة "Je rein Vente ma vie" (2005) التعريف التالي للمخطط:

«المخطط هو تنظيم الذي يأخذ منبعه في الطفولة وتؤثر على كل حياتنا وهي تنتج عن ظروف تحملها الفرد من عائلته وأصدقائه من إهمال، انتقاد افرط الحماية، يكون ضحية الإساءة، الرفض من المحيط أو الحرمان وفقدان كل شيء بإمكانه أن يؤدي إلى صدمة ومع مرور الوقت يندمج المخطط بشدة مع الشخصية فهو اساس التكيف مع ظروف الحياة وتمارس المخططات تأثيراتها على طريقة تفكيرنا وفي تصرفاتنا وفي علاقتنا مع الآخرين وتوقظ أحاسيس عنيفة مثل الغضب والحزن والقلق».

أشارت التعاريف السابقة إلى ماهيه المخططات المعرفية ،كل حسب توجهه ونظرته، فبالرغم من تعدد المصطلحات المشيرة إليها كالبنيه او السياق او التنظيم...وغيرها ،غير انها

صبت في بوتقة واحده تحمل نفس المعنى ،كما أنها اجتمعت في محتواها ووظيفتها الأساسية في تسيير و تنظيم سلوك الفرد .

3- تصنيف المخططات المعرفية:

يكون لكل فرد مخططا معرفيا في مراحل حياته الأولى وحسب التجارب المعاشة، ويستمد مكوناته – المخطط – من هذه التجارب المعاشة وهذه المخططات التي يكونها الفرد تنقسم إلى قسمين :

3-1 المخططات المتكيفة الإيجابية المتأخرة:

يستطيع الفرد حسب وجهة نظر يونغ أن يكون مخططا إيجابيا، كما يمكن أن يكون مكيفا أو غير مكيف، حيث يسمح هذا المخطط الإيجابي للفرد بتكوين نظرة إيجابية ومتفائلة عن نفسه وعن الآخرين والعالم الخارجي.

3-2 المخططات غير المتكيفة السلبية المبكرة:

إن الأشخاص الذين لديهم احد المخططات الأكثر تأثيرا وضررا على الفرد والمتمثلة في:

الإهمال، الاستقرار، الاستغلال، الحذر، الخجل، وعدم الكمال، أو الحرمان العاطفي، فهؤلاء الأفراد تم معاملتهم بشكل سيء أو تم التخلي عنهم في مرحلة الطفولة، ففي سن الرشد يتم تنشيط هذه المخططات من خلال مجموعة من الأحداث الصادمة التي عاشها هؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم، عندما ينشط المخطط تتوافق معه مجموعة من الانفعالات السلبية المماثلة في الحزن، الخجل، الخوف والغضب، وجدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير المكيفة منشأها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة بل بتلقي الطفل كل الرعاية والحماية إلا أن مخططه يكون سلبيا غير متكيفا مثلا التبعية وعدم الخبرة. (بن ناصر، 2017، 59)

3-3 التصنيف الثاني لجفري يونغ:

3-3-1 المخططات غير الشرطية:

تتمثل المخططات غير الشرطية حسب يونغ في مخطط الإهمال/عدم الاستقرار، الحذر/التعسيف، النقص العاطفي، النقص، الانعزال الاجتماعي، التبعية/عدم الكفاءة، الخوف من الخطر أو من المرض، الاندماج/ شخصية هزلية، الفشل، السلبية/ التشاؤم، العقاب، الحقوق الشخصية المتطلبة/ التغالب، مراقبة الذات/فحص النظام الذاتي.

3-3-2 المخططات الشرطية:

تمثل المخططات الشرطية عادة محاولات لتكيف متطور انطلاقا من المخططات غير الشرطية ومن هذه الزاوية تكون المخططات الشرطية مخططات ثانوية، وتتمثل هذه المخططات في: مخطط الخضوع التضحية، البحث عن القرب والعرفان بالجميل، المراقبة الانفعالية المفرطة، المتطلبات المثلى/ النقد الزائد، وفي هذا النوع من المخططات لدينا بعض الأصل في تغيير الوضعية، وتستطع الحالة تجنب النهايات السلبية على الأقل بصورة مؤقته.

ومما سبق يمكننا القول أن يونج بهذا التصنيف قسم المخططات المعرفية إلى نوعين شرطي وآخر غير شرطي وان المخططات الشرطية حسب هذا الاتجاه تنمى انطلاقا من المخططات اللاشرطية (بن ناصر، 61، 62)

4- خصائص المخططات المعرفية البكرة غير المكيفة:

تقسم المخططات بمميزات معينة سوف تتعرف على أهمها:

- لا تنشأ المخططات غير المكيفة فقط بحجة الصدمات التي عاشها الفرد خلال طفولته لكن هناك عوامل أخرى تعزز نموها، فالخبرات الصارة والمتكررة قد تكون أساس لهذه المخططات:

- أنها تكافح من اجل البقى، كما أننا نجد أنفسنا تتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزء لا يتجزأ من حياتنا وفي الحقيقة رغم إدراكنا لطبيعتها المدمرة فنحن نجدها مريحة ومألوفة.

- تطهر في مرحلة الطفولة والمراهقة وتمثل حقيقة خصائص البينة الأسرية لدى الفرد.
- أنها تؤثر على طريقة إدراكنا للأمور وكيفية التصرف حيث يصبح سلوكنا مطابق للمواقف المشابهة، هذه المخططات تمثل اثر الماضي والطفولة على الحاضر.
- تقوم بعملية تدمير ذاتي الذي يؤثر على حياة الشخصية والعاطفية والاجتماعية والمعنية للشخص، كما يمكن أن تحدث وتنشط في مواقف معينة من حياتنا.
- المخططات ذات أبعاد ولها مستويات مختلفة من الشدة والخطورة كلما كان المخطط أكثر شدة كلما كانت له الأولوية في التنشيط في مواقف أكثر وتكون الانفعالات المرتبطة به سلبية أكثر وتترك اثر مؤلم على حياة الفرد. (عيسى، 2017، 91)
- هي لاشعورية وعند نشاطها بشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف الخجل والكآبة. (الحطاح ، 2011، 69)
- قد تكون المخططات إيجابية أو سلبية مبكرة أو متأخرة، المخططات الإيجابية والمتأخرة وفي المخططات المتكيفة بينما المخططات السلبية والمبكرة هي المخططات المختلة وظيفيا وغير متكيفة.
- قد تكون شرطية أو غير شرطية، تكون المخططات غير شرطية اذا تطورت مبكرا وتكونت من معتقدات أساسية، قوية ولا عقلانية وتكون شرطية عندما تنشأ متأخرة وتكون مرنة وقابلة للتعديل.
- المخططات الشرطية هي مخططات ثانوية، وتتطور لكي تعوض المخططات غير الشرطية.
- المخططات غير الشرطية تنشأ منذ الطفولة وتصبح جزءا لا يتجزأ من إحساس الفرد بذاته وبالآخرين والبيئة.

عموما تتميز المخططات بحملة من الخصائص منها ما يتعلق بطبيعة منشأها (خبرات مبكرة سيئة أو الصدمات)، أو (مرونتها وجامدة وغير قابلة للتغيير) وأنواعها (سلبية أو

إيجابية، شرطية أو غير شرطية)، أو مدى تأثيرها (على الفرد وعلى علاقاته بالآخرين)، أو مكوناتها (متعددة الأبعاد ومختلفة الشدة) أو تصورها (تنشأ في مراحل مبكرة ومؤثرة) (عيسى، 2017، 92).

يرى بيك Beck أن خلال الطفولة هو الطفل ببعض التجارب تقوي وتطور المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وتؤدي إلى تشوه معرفي خلال الرشد عندما يمر الفرد ببعض تجارب الحياة هذا يؤدي إلى إعادة تنشيط ذلك التشوه المعرفي ويصدر من الفرد تفكير آلي ينتج عنه إحساس، سلوك واستجابات فيزيولوجية.

5- مصدر المخططات المعرفية غير المتكيفة:

5-1 الحاجات الانفعالية الأساسية:

وهي الحاجة الانفعالية الأساسية التي تحتاج إليها مرحلة الطفولة وتوجد 5 حاجات أساسية:

- الشعور بالأمن المتعلق بالارتباط بالآخرين ويحتوي الاستقرار الأمن والتربية المتعلقة بالتقبل.
- للذاتية، الكفاءة والشعور بالهوية.
- الحرية في التعبير عن الحاجات والانفعالات.
- التلقائية واللعب.
- معرفة الحدود والتحكم بالذات.

وتوجد هذه الحاجات عند جمع الأفراد من حيث الأهمية من خلال التفاعل بين المزاج الفطري للطفل وحيطه في المراحل المبكرة من النمو والذي ينجم عنه الإحباط في مكان اللذة في مجال الحاجات الأساسية.

5-2 دور الخبرات البكرة في الحياة:

الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة هي اصل المخططات المعرفية غير المتكيفة، فكلما ظهرت بشكل باكر كلما كان تأثيرها اكبر، ويعود اصلها بالبنية لبعض الأطفال إلى بنية وديناميكية عائلية التي تمثل له عالما واسعا. فعندما تصادف أحداث تنشط لديها هذه المخططات يعاودون عيش هذه الأحداث ولاحظ يونغ (Young) أربع أشكال من الخبرات: (بن ناصر، 55،2017)

5-2-1 إحباط الرغبات: وتحدث عندما يتم إهمال رغبات وحاجيات الطفل في مرحلة مبكرة من العمر داخل محيطه فالاستقرار العاطفي، التفهم، الحب، فيبقى مخطط مثل النقص العاطفي/التخلي.

5-2-2 التعرض إلى المواقف الصادمة: يؤدي إلي تكون لديه مخطط عدم الثقة/الحرمان، وعدم الكفاءات / الخجل أو الخوف من الخطر والأمراض.

5-2-3 الأفراط في تحقيق الرغبات: هناك إفراط من طرف الوالدين في إعطاء الطفل جميع الأشياء الجميلة التي يريدها وبصورة مفرطة، حيث نجدها في المخطط تبعية/عدم الجدارة، الحقوق، الشخصية المبالغ فيها/ التكبر فتكون نتيجة حماية زائدة أو بالعكس هناك إفراط في إعطاء الحرية والذاتية بدون حدود.

5-2-4 التماهي لسلوكيات الأشخاص المهمين في الحياة: الطفل يتماهى إلى احد الوالدين أو كليهما حيث يقوم بالتماهي إلى السلوك العدواني للوالدين، انفعالاتهم، حتى سلوكياتهم المرضية ولكن هذا لا يعني أن يكون دائما ممثلا لهذا السلوك بل توجد حالات تمثل دور الضحية وعدم تأثيرها بهذه السلوكيات. (بن ناصر، 56،2017)

5-2-5 دور المزاج الانفعالي:

هناك مراحل أخرى في محيط الطفل تلعب دورا مهما في تكوين المخططات، فالمزاج الانفعالي للطفل بصورة عامة مهم، فلكل طفل مزاج وانفعالاته تخصه وتميزه عن الآخرين وذلك بصورة فطرية فهنالك من يتميزون بسرعة الغضب وآخرين أكثر خجلا، كما يتميز البعض بالعدوانية. أن بعض الدراسات أكدت أهمية هذا الموضوع خاصة البحوث في مجال البيولوجية والوراثة مثل أعمال كاجن (KAGEN) وزملاؤه الذين قاموا ببحوث حول خصائص ومميزات المزاج الملاحظ في مرحلة الطفولة واكتشفوا أنها تبقى ثابتة فب معظم الوقت.

وهناك سبع أبعاد مفترضة لنوعية المزاج الانفعالي والتي تعتبر فطرية ونسبيا غير متغيرة من خلال العلاج النفسي: انفعالي/متفاعل، متشائم/متفائل، قلق/هادئ، وسواسي/غير مبالي، سلبي/عدواني، سريع الغضب/مرح، خجول/اجتماعي.

وهذا راجع إلى سوء المعاملة الوالدية أو الإفراط في التدليل ويأخذ مستويات مختلفة من التماهي السلبي فقد تكون المعاملة السيئة جراء عدائية الطفل إلى ظهور سلوكيات هادئة وسلبية كما قد يزيد من عدائيته. (بن ناصر، 2017، 25)

6- مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة:

نجد 05 مجالات المخططات وقسمين وفق 05 حاجيات العاطفية أساسية التي يجب أن تكون مشبعة لدى الفرد:

6-1 المجال الأول: الانفصال والرفض séparation et rejet:

إن الأشخاص الذين يتميزون بمخططات في هذا المجال هو غير قادرين على تشكيل علاقات أو روابط آمنة أو واثقة ومُرضية مع الآخرين. يعتقد أن حاجياتهم للاستقرار والأمان والاهتمام والحب والانتماء لا يتم إشباعها أبدا، بصفة نموذجية إن العائلات هم في الأصل غير مستقرين (التخلي/عدم الاستقرار)، سيئ المعاملة (الحذر/ التعدي)، باردين(الحرمان العاطفي)، رافضين(النقص/الخجل)، أو منفصل عن العالم الخارجي (الانطواء الاجتماعي).إن الأشخاص الذين لديهم مخططات تتمركز في هذا المجال هم دائما الأكثر إصابة، واغلبهم عاشوا طفولة صادمة، وفي الرشد يتحول من علاقة ذاتية التهديم إلى أخرى ويتجنب العلاقات الحميمية.

والمخططات التي يشملها هذا المجال هي:

1. مخطط التخلي/ عدم الاستقرار (schémas d'abandon/instabilité)
2. مخطط الحذر/ التعدي(schémas de méfiances/abus)
3. مخطط الحرمان العاطفي(schémas de manque affectif)
4. مخطط عدم الإتقان/الخجل(schémas d'imperfection/honte)

5. مخطط الانطواء الاجتماعي(schémas d'isolement social)

(زميتي، 2017، 50)

مخطط التخلي/ عدم الاستقرار(schémas d'abandon/instabilité):

هو إدراك نقص الاستقرار أو الثقة في الروابط العلائقية الموجودة بين الشخص والأشخاص المهمين المحيطين به، يرافقه إحساس لن هؤلاء الأشخاص لن يستمروا في إعطاء تأييدهم ربط علاقة بهم أو حمايتهم لأنهم عاطفيا غير مستقرين ،لا يمكن الوثوق فيهم أو لا يمكن الحضور دائما لأنهم سوف يموتون قريبا أو أنهم يتخلون عنه من اجل شخص آخر أفضل منه.

6-1-1 مخطط الحذر/ التعدي(schémas de méfiances/abusé):

لدى الفرد إنتظارات أن الآخرين يسببون لهم الأذى ويعاملونهم بسوء، يحتقرونهم، يكذبون عليهم، ويستغلونهم عموما يرى أن هذه المعاناة مفروضة عليه وأنه مهم أو أنه ضحية إهمال فينتج لديه إحساس أنه غير مقبول من طرفهم.

6-1-2 مخطط الحرمان العاطفي(schémas de manque affectif):

يشعر الفرد في هذا المخطط أن الآخرين لا يعطونه الدعم العاطفي الذي يحتاجه. ونجد 03 مجموعات أساسية: نقص القاعدة العاطفية، غياب الاهتمام، العاطفة، الحنان، الدفء والحضور الودي.

-نقص في علاقة التفهم، غياب الشخص يفهمه، الذي يصغي إليه ويستطيع التحدث معه في الأمور الشخصية وتبادل معه الأحاسيس.

نقص الحماية، غياب شخص قوي يوجهه ويعطيه النصائح.

(بن ناصر، 2017، 93 ،94)

6-1-3 مخطط عدم الإتقان/الخجل:

يحكم الفرد على نفسه أنه ناقص، سيئ، دوني، غير قادر، أن التصريح بعيوبه يدخل عليه فقدان العلاقة الودية مع الآخرين وهذا قد يدخل الإحساس المفرط للانتقاد، للرفض،

والتأنيب، فيما يجد إزعاج بمقارنته بالآخرين، فقد يستغرب لخجل (داخلية) مثل: الغضب، رغبة حسية غير مقبولة (خارجية) مثلا: تشوه خلقي أو إزعاج اجتماعي.

6-1-4 مخطط للانطواء الاجتماعي:

هو شعور بالانعزال، الانقطاع عن باقي العالم، مختلف عن الآخرين أو عدم الانتماء لأي جماعة أو مجموعة خارج العائلة. (بن ناصر، 2017، 94)

6-2 المجال الثاني: نقص الاستقلالية والأداء الجيد:

(manque d'autonomie et de performance):

الاستقلالية هي قدرة الفرد على الانفصال عن عائلته ويتصرف باستقلالية كما يفعل الأشخاص الآخرين من سنه، إن الأشخاص الذين لديهم مخططات في هذا المجال لهم توقعات اتجاه أنفسهم والعالم لا تتطابق مع قدراتهم المدركة على البقاء على قيد الحياة والتصرف بصفة مستقلة والتمكن من تحقيق نجاح كافي، أثناء طفولتهم نجد أولياءهم يقومون كل الأشياء في مكانه ويفرطون في حمايته أو على العكس لا يعتنون بهم(كلتا الحالتين تؤدى إلى مخططات في مجال الاستقلالية)غالبا ما يساهم الأولياء في زعزعة الثقة في أنفسهم ولا يعززون مهاراتهم خارج المنزل وبالتالي ينشأ هؤلاء الأفراد وهم غير قادرين على بناء (forger) هويتهم الخاصة وتثبيت أهداف شخصية والتحكم في المهارات الواجبة وفيما يخص الكفاءة فيبقون أطفال في حياة الرشد.

وتندرج ضمن هذا المجال المخططات التالية:

1. مخطط التبعية/عدم الكفاءة (dependence/incompétence)
2. مخطط الخوف من الخطر أو المرض (peur du danger ou de la maladie)
3. مخطط الاندماجية / الشخصية غير الناضجة fusionnement / personnalité atrophiée)
4. مخطط الفشل(schémas d'échec)

6-2-1 مخطط التبعية/عدم الكفاءة(dépendance/incompétence) :

يعتقد الفرد ليس لديه لقدرة على مواجهة المسؤوليات الحياة اليومية بدون مساعدة الآخرين، مثلا: تسيير النقود حل المشكلات اليومية، اتخاذ القرارات، ويقولون أنهم غير قادرين على القيام بها بمفردهم، وهذا المخطط يظهر غالبا بالسلبية ونقص في المبادرة.

6-2-2 مخطط الخوف من الخطر أو المرض (peur du danger ou de la maladie)

هو الخوف المبالغ فيه بحدوث كارثة متوقعة في اي لحظة والتي لا يستطيع مواجهتها، وهو الخوف من احدى المستويات التالية:

- على المستوى الصحي: نوبة قلبية، السيدا، السرطان.
- على المستوى الانفعالي: فقدان القدرة على التحكم، مرض عقلي.
- الكوارث الطبيعية والفوبيا: الخوف من المصعد، الطائرة، جريمة.

6-2-3 مخطط الاندماجية/الشخصية غير الناضجة (fusionnement / personnalité atrophied):

ونعني بها الارتباط العاطفي بشخص أو مجموعة من الأشخاص في اغلب الأحيان يكون الوالدين، وتحدد بتكيف اجتماعي طبيعي واستقلالية عادية، في اغلب الأحيان يعتقد هؤلاء الأشخاص أنهن لا يستطيعون العيس بدون الآخرون أو عيش حياة بدونهم وفي الحلات المعقدة يسألون عن وجودهم الذاتي.

6-2-4 مخطط الفشل(schémas d'échec):

يرتبط هذا المخطط مع الاعتقاد أن الفرد قد فشل ولديه احتمالات أنه سوف يفشل في المستقبل وأنه ليس لديه القدرة على النجاح كالآخرين لديهم اعتقاد انهم أغبياء ليسوا أكفاء وبدون موهبة. (بن ناصر، 2017، 95-100)

6-3 المجال الثالث: نقص الحدود (manque de limite):

إن الأشخاص الذين لديهم مخططات في هذا المجال لم يطوروا حدود مناسبة فيما يخص تبادل الشعور والتحكم الذاتي(autocontrôle) ويمكن أن يتعلق بنقص الحدود

الداخلية، نقص المسؤولية اتجاه الآخرين أو عدم القدرة على وضع الأهداف ذات المدى البعيد ويمكن أن يكون لها صعوبات في احترام حقوق الآخرين وهم يتظاهرون بأنهم أنانيين، مدللين، غير مسؤولون ونرجسيين، الوسط العائلي النموذجي يتميز بأولياء ضعفاء، كثيري التسامح، لا يتمكنون من فرض نظام داخل العائلة. نجد هؤلاء الأشخاص في طفولتهم لم يتلقوا التربية التي تحثهم على الامتثال للقوانين التي تطبق على الجميع، على اخذ الآخرين بعين الاعتبار وتناول المسؤوليات وتطوير تحكمهم الذاتي، وفي أثناء الرشد تنقصهم القدرة على التحكم في نزواتهم وتمييز الإرضاءات الفورية.

والمخططات التي تدخل ضمن هذا المجال هي:

1. مخطط الحقوق الشخصية المتطلبة/التكبر (droits personnels exagérés)
2. مخطط مراقبة الذات/نقص التحكم الذاتي (contrôle de soi/autodiscipline insuffisant)

6-3-1 مخطط الحقوق الشخصية المتطلبة/التكبر:

هذا المخطط يتعلق بالتأكيد انهم أفضل من الآخرين واسمى منهم، وأن لديهم حقوق خاصة وامتيازات إضافية هؤلاء الأشخاص ليس لديهم الشعور أو الإحساس بالارتباط بالقوانين المتبادلة التي توجه العلاقة الاجتماعية العادي، إذ يعتقدون أن لديهم الحق بأن يحصلوا على ما يريدون دون اعتبار للآخرين كما أن لديهم ميلا مبالغا فيه لتأكيد قوتهم أو وجهة نظرهم أو يتحكمون بالآخرين حسب طريقتهم، كما يتميزون بالمبالغة والهيمنة.

6-3-2 مخطط مراقبة الذات/نقص التحكم الذاتي :

المشكل المركزي هو عدم القدرة أو نقص ضبط الذات الكافي، كذلك ليس لديهم القدرة على تحمل الإحباط خاصة إحباط رغباتهم، كما يبتعدون عن التوبيخ ويجتنبون الألم والصراعات، المواجهة، المسؤولية، الالتزام الشخصي والاندماج.

6-4 المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين(orientation vers les autres):

إن الأشخاص الذين يمتلكون هذا المخطط يلبون بصفة مفرطة حاجيات الآخرين على حساب حاجياتهم ويعملون ذلك بهدف الحصول على موافقتهم وتثبيت روابط عاطفية أو

لتجنب الإهمال أو التخلي عنهم. وهم غالبا غير واعيين بعواطفهم الخاصة ورغباتهم الشخصية. عندما كانوا أطفال ليست لهم الحرية لإتباع ميولهم الطبيعية وفي حياة الرشد لا يحسون بالطلبات الداخلية بينما يلبون طلبات ذات الأصل الخارجي ويتابعون دائما رغبات الآخرين. إن الجذور النموذجية لهذا المخطط هو القبول الإشراطي (l'acceptation conditionnelle) : بمعنى إذا أراد الطفل أن يحس انه محبوب من قبل والديه أو الحصول على موافقتهم عليه أن يخفض من حاجياته الشخصية. وفى عائلات هؤلاء الأشخاص نجد الوالدين يهتمون كثيرا لرغباتهم الشخصية أو لمكانتهم الاجتماعية التي يضعونها قبل حاجيات الطفل.

والمخططات التي نجدها في هذا المجال هي:

1. مخطط الخضوع(assujettissement)
2. مخطط التضحية (abnegation)
3. مخطط الحاجة للاستحسان والاعتراف بالجميل (recherche d'approbation et de reconnaissance)

6-4-1 مخطط الخضوع:

مخطط الخضوع متعلق بالامتثال التام للآخرين وتوجيهاتهم مما جعل الفرد نفسه مجبرا على التصرف بصفة عامة حسب أوامر الآخرين والك لاجتناب غضب أو مجادلة أو تخلي الآخرين عنه، وبذلك لاجتناب غضب أو مجادلة أو تخلي الآخرين عنه، وهناك شكلان أساسيان:

6-4-1-1 الخضوع للرغبات: إلغاء رغباته الشخصية واخذ رغبات الآخرين بالأولية.

6-4-1-2 الخضوع الانفعالي: إلغاء الانفعالية وخاصة الغضب فانفعالات ورغبات الفرد ليس لها أي أهمية فيظهر الانقياد المبالغ فيه وبالمبادرة لإرضاء الآخرين فلديه غضب مكبوت يثير لديه أعراضا مثل: السلوكيات السلبية/العنف، انفجارات انفعالية غير متحكم فيها، أعراض سيكوسوماتية أو انطواء عاطفي.

6-4-2 مخطط التضحية:

الأشخاص الذي يعانون من هذا المخطط لديهم اهتمامات لإتمام حاجيات ورغبات الآخرين على حساب رغبتهم، ويتصرفون كذلك بهدف توفير وتجنب الأذى والمعاناة عن الآخرين وتجنيبهم الشعور بالذنب، الأنانية والرفع من تقدير الذات، وربط علاقات عاطفية مع أشخاص نرجسيين (يظن الآخرون أنهم نرجسيون) كما يظهرون حساسية مفرطة تجاه ألام الآخرين وشعورهم بعدم تحقيق حاجياتهم من خلال الأشخاص الذين يهتمون بهم.

(بن ناصر، 2017، 95-100)

6-4-3 مخطط الحاجة للاستحسان والاعتراف بالجميل (recherché d'approbation et de reconnaissance):

المشكل الرئيسي هو رغبة مبالغ فيها بإثارة الاهتمام، التقدير ورضا الآخرين على حساب بناء شخصية قوية وحقيقية، فيكون تقدير ذاتهم من خلال آراء الآخرين، وليس حسب رأيهم الخاص، فالأشخاص يعطون أولوية مفرطة في طريقة حياة، المظهر، النقود، المنافسة، أو النجاح إلى الرضا في النهاية، فيقومون بتأدية نشاطات لا تؤدي بهم إلى السعادة، هذه الحالات حساسية للرفض، وحسد الأشخاص الأفضل منهم. (بن ناصر، 2017، 29)

6-5 المجال الخامس: اليقظة المفرطة والكف (sur-vigilance et inhibition) :

في هذا المجال يقمع المفحوص التعبير التلقائي عن أحاسيسهم ونزواتهم، والمشكل الأساسي هو المراقبة المفرطة لردود الفعل (réactions)، للمشاعر والاختيارات لتجنب الأخطاء أو للاحتفاظ بالقواعد الشخصية الصلبة (rigides) التي تخص التعامل والإتقان التي تكون غالبا على حساب عناصر الحياة

الأخرى: الرغبات، الهوايات، الأصدقاء أو على حساب الصحة. غالبا تتميز طفولة هؤلاء الأشخاص بعدم السعادة، بالتحفظ والصرامة(stricte) أين يكون التحكم في الذات وإنكار الذات(soi-même) أفضل من التلقائية(spontanéité) واللذة(plaisir)، كما أنهم غير مشجعين على اللعب والبحث عن السعادة بل تعلموا أن يكونوا جد يقضين فيما يتعلق

بالحوادث السلبية في الحياة وفي عائلات هؤلاء الأطفال نجد أن العمل، الواجبات، الإتقان، الخضوع، إخفاء المشاعر وتجنب الخطاء هي اعتبارات أكثر أهمية من السعادة.

والمخططات التي نجدها في هذا المجال هي:

1. مخطط السلبية/التشاؤم(négativité/pessimisme)
2. مخطط التحكم الانفعالي المفرط(surcontrôle emotional)
3. مخطط المتطلبات المثالية/النقد المفرط(idéaux exigeants/critique excessive)
4. مخطط العقاب (punition)

6-5-1 مخطط السلبية والتشاؤم:

يهيمن هذا المخطط وبصورة متمركزة حول المواضع السلبية مثل: الألم، الموت، فقدان الأمل، الصراع، الخيانة، الشعور بالذنب، خلق والمشاكل بدون حل، الأخطاء المتوقعة، ويقللون الاهتمام بالمواضيع الإيجابية فتتدخل توقعاتهم المبالغ فيها في مختلف المواقف، العمل، الوضع الحالي العلاقة مع الآخرين سرعان ما يصبح كل شيء سيئا هؤلاء لديهم خوف مبالغ فيه بالوقوع في الأخطار والقلق من النتائج (خراب، خسارة، موقف غير لائق) كما يضخم الأحداث الجزئية السلبية هؤلاء يقضي معظم وقته مشغول البال، غير راض متردد.

6-5-2 مخطط التحكم الانفعالي المفرط:

تتحكم هذه الحالات بردود الأفعال التلقائية بصورة مفرطة في الانفعالات والأحاسيس والكلام وهدفها تجنب فقدان التحكم بالدوافع أو لوم الآخرين ومن اهم المجالات نجد:

- كف الغضب والعدوانية.
- التحكم في الدافع الإيجابية كالفرح والأحاسيس العاطفية ورغباتهم الخيبة.
- الصعوبة في التعرف على نقاط ضعفهم أو سهولة التعبير عن رغباتهم أو حساسين.
- الاهتمام بربط الأحداث بالمنطق والعقل على حساب الانفعالات تتميز هذه الحالات كونها مملة صارمة، باردة، وجافة. (بن ناصر، 2017، 101)

6-5-3 مخطط الأفكار المثالية المفرط والنقد المفرط:

يرسخ هذا المخطط الاعتقاد انه يجب عليه الوصول والتثبيت بمستوى مرتفع من الكفاءة والأداء، وفي الغالب بهدف تجنب لوم الأشخاص لهم أو الإحراج، هذه المبالغة تؤدي له إلى ضغوطات مستمرة ونقد دائم للذات والآخرين.

يعاني هؤلاء الأشخاص من بعض الاضطرابات على مستوى الصحة تقدير الذات والعلاقة مع الأشخاص وإرضاء الذات والراحة، ويتميز هذا المخطط بـ: المثابرة والجدية، القواعد الصارمة.

6-5-4 مخطط العقاب:

هؤلاء الأشخاص لديهم ميولات متعصبة، ناقدة، نافذة الصبر ويعاقبون انفسهم والآخرين إذ لم يحققوا المستوى المطلوب من الأداء كما لديهم صعوبات في مسامحة الآخرين في عدم الكفاءة (في ما يخص الذات والآخرين). فلا يوجد في رصيدهم قدرة على الملاطفة، ولديهم نقص في العلاقة العاطفية الوجدانية، والمرونة، أو القدرة على تبادل وجهات النظر مع الآخرين. (بن ناصر، 2017،102)

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى العناصر المهمة لهذا الموضوع من خلال تقديم لمحة تاريخية على المخططات المبكرة غير مكيفة والوقوف على مجموعة من التعاريف للمخططات غير المتكيفة والتي تعرف بأنها هي تلك الشعور المؤلم الذي يتكرر في الحاضر بعد تجارب المزعجة التي عايشها الفرد في الماضي، كما أننا اكرنا بعض الخصائص المهمة للمخططات وأنماط المخططات ومصدر المخططات ومجالات المخططات المبكرة وتقسيماتها.

الفصل الثالث: التوحد

تمهيد

1 .تعريف التوحد

2.خصائص التوحد

3.أعراض التوحد

4.النظريات المفسرة للتوحد.

5.تشخيص التوحد.

6.التشخيص الفارقي للتوحد والاضطرابات الأخرى.

7.وسائل التشخيص.

8.الآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في المنزل.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات الإنمائية صعوبة لأنه تؤثر على الكثير من جوانب النمو المختلفة منها الجوانب المعرفية الجوانب الاجتماعية والجوانب اللغوية والجوانب الانفعالية مما يؤدي إلى تأخر في العملية الارتقائية بأسرها.

ولذا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم التوحد وخصائصه وأعراضه وكذا النظريات المفسرة له وتشخيص التوحد والآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في المنزل والتشخيص الفارقي للتوحد.

1- تعريف التوحد:

التوحد كلمة الانجليزية (AUTISM) مشتقة من كلمة ذات أصل إغريقي (AUTSE)، والتي تعني النفس أو الذات وأول من أطلق هذا المصطلح على الاضطراب هو الطبيب النفسي الأمريكي ليوكانر (Leokanner) عام 1943م. (كامل وآخرون، 2011، 391)

أيضا الأستاذ يحيى الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة (2003) بأنه نوعا من الانغلاق على الذات منذ الولادة. حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدا من أمه وكان ينجح في عمل علاقات جزئية مع أجزاء الأشياء المادية وبالتالي يعاق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي. (الجلبي، 2010، 28.)

وتعرفه كل من الجمعية الأمريكية الأطباء النفسيين(APA) ومنظمة الصحة العالمي (WHO) بأنه:

إعاقة شديدة تشمل نواحي إنمائية متعددة وتتضمن مجموعة من ثلاث أعضاء أساسية وهي القصور في التواصل المتبادل اللفظي وغير اللفظي وإظهار السلوكيات النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات على أن تظهر هذه الأعراض قبل سن ثلاث سنوات.

(عامر، 2008، 19)

هو إعاقة إنمائية مزمنة شديدة تظهر عادة في 3 سنوات الأولى من العمر بوصفه ينتج عن اضطراب عصبي يؤثر على أداء الدماغ. (جمال، منى، 2009، 210)

كما يعتبر التوحد احد أكثر الاضطرابات الإنمائية انتشارا بين الأطفال ويزداد عدد الأولاد أكثر من البنات بنسبة (4%)، وقد لوحظ أن حوالي 40% من الذاتيون لديهم معامل ذكاء عن (50–55) وحوالي 30% من (50–75) أما البقية فلديهم ذكاء غير لفظي سوي.

(عبد الفتاح، 2011، 2019)

ويعرفه هاولين (1995HOULIN) بأنه اضطراب شامل في النمو الارتقائي يتسم بقور شديد في الإدراك الحسي واللغة مع نزعة انطوائية انسحابي وانغلاق على الذات، وجمود عاطفي وانفعالي ويبدو الطفل وكأن جهازه العصبي متوقف عن العمل زان أحاسيسه متوقفة، ويعيش منغلقا في عالمه الخاص. (عبد الباقي إبراهيم، 2011، 21)

وعلى ضوء هذه التعريفات يمكننا تحديد ما نقصده بالتوحد بأنه اضطراب يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل ثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للطفل بما في ذلك التواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي، وينتشر بين الذكور أكثر من البنات ويتسق بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية، ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية.

2–خصائص التوحد:

تشير معظم الدراسات إلى عدد من الخصائص العامة التي تبدو على جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، إن كانت متفاوتة من طفل لآخر في شدتها وفي درجتها كما أنها تظهر بنسب مختلفة في كل طفل حتى انه لا يوجد تطابق بين حالات في ما يلي عرض لهاته الخصائص:

- العزلة: جميع الأطفال المصابين بالتوحد يعيشون في عزلة خاصة بهم ليست كعزلة غيرهم من الأفراد العاديين، لكنهم يختصون بعزلة عن العالم الخارجي والعالم الداخلي أيضا، فالعالم

الخارجي يمثل مثيرات مخيفة لهم وغريبة عنهم، ومثيرات العالم الداخلي مؤلمة لهم ومتأصلة في أجسامهم فكلاهما مهدد لهم.

- نقص الانتباه أو انعدامه خاصة الانتباه المترابط.
- القصور في اللعب والتمسك بالنمطية والتكرارية والجمود.
- غياب اللعب الرمزي وعدم القدرة على المحاكاة وتقليد مما يترتب عليه عدم وجود خبرات لتطوير أسلوب اللعب وأنواعه وفقد المرونة فليأتي سلوكه محدودا وقاصرا.
- عدم التفات الطفل للشخص الذي يناديه.
- لا يستخدم لغة الإشارة للحصول على ما يريد ولا للتعبير عن رغباته.
- ضعف القدرة على التعبير اللفظي وغير اللفظي.
- سلوكيات نمطية وتكرارية مثل: هز الساقين، الدوران حول النفس والميل بالرأس أو الجسم يمينا أو يسارا، التأرجح، حركات بالذراع كالرفرفة.
- العملقة مع عدم تحريك الرأس عند بعض الأطفال.
- عدم فهم مشاعر أو انفعل الآخرين ومن ثم يصعب عليهم التعاطف أو الاستجابة بسلوك يناسب الموقف، ولا يبدي أي انفعال نتيجة حدوث شيء أمامه.
- صعوبة التواصل اللفظي وغير اللفظي مما يؤدي إلى غياب التفاعل مع الآخرين.
- ضعف اللغة والكلام وعدم القدرة على استخدام الصحيح للمفردات أو جمعها لعمل جمل مفيدة.
- قلب الضمائر، ترديد الكلمات المسموعة كما هي مثل الببغاء.
- قصور في التآزر الحس حركي ويبدو في عدم الاتساق بين حركات الأيدي أو الأقدام وبين النظر بالعينين.
- انخفاض شديد في مستوى الوعي بالآخرين.
- بطء الاستجابة وانخفاض معدلها بالمقارنة بالأطفال العاديين.

- عدم القدرة على المبادأة أو المبادرة في أي نشاط.

- يحتاج معظم أطفال التوحد(الأوتيزم) إلى مساعدة الكبار للعناية بأنفسهم وقضاء حاجاتهم، لذلك فهم في أمس الحاجة إلى برامج تدريبية لرعاية الشخصية والشؤون اليومية لهم.

- يعانون من عجز في جميع معلومات مترابطة كما يصعب عليهم استخدامها في مواقف مناسبة ليفهموا الإيماءات والإشارات والرموز الاجتماعية عند التعامل مع الآخرين ويدركون معنى تغييرات الوجه والحركات الأخرى التعبيرية للبدن.

- لا يستطيعون الربط بين الكلمة ومدلولها، وقد يحفظ البعض منهم عبارة أو كلمة ويظل يرددها دون أن يدرك معناها أو المراد منها.

- عدم القدرة على توجيه سؤال استفسار عن شيء يهمهم أو حاجة يرغبونها، ولا يستطيعون التصرف في أي موقف.

- لا يعرفون ما يجري حولهم، ولا يحاولون التعرف عليه ويرعبون في ذلك، وينصرفون كما لو كانوا وحدهم وليس معهم أحد.

- تصدر منهم تصرفات غير معتادة وغير متوقعة فيبدو الطفل غريب الأطوار، وتوصف السلوكيات بالعشوائية وأن حركاته غير هادفة وغير متناسقة.

- كثير من أطفال التوحد تصدر عنهم حركات جسدية غير مألوفة مثل دوران حول أنفسهم أو القفز و التصفيق أو السير على أطراف الأصابع (وكأنهم يلعبون مع أنفسهم) و لا يستطيعون اللعب مع الأطفال الآخرين.

- يهتمون بالكائنات غير الحية ويفضلونها على الكائنات الحية، ويركزون على الأشياء دون الأشخاص.

- لا يستجيبون للمثيرات الحسية على الرغم من عدم وجود إعاقات سمعية أو بصرية فيعتقد الآخرون أنهم لا يسمعون ولا يبصرون، ولكن الدراسات تؤكد عدم استجاباتهم يرجع إلى عدم اكتراثهم بما حولهم وعجزهم عن التواصل.

- صعوبة الحوار بسبب عدم قدرتهم على استخدام الضمائر (أنا– أنت) أو حروف الجر (و، في، على) فإذا قلت للطفل " هل تريد طعاما" يرد بنفس الصيغة " هل تريد أن تأكل" وإذا قلت له " الطعام على المنضدة" لا يفهم و لا يلتفت لك و لا لمكان الطعام الذي ذكرته أما إذا قلت " طعام منضدة" فيذهب للطعام.

- لا يستطيعون تطوير أنشطتهم لأنهم عاجزون على التخيل والتصور لذلك فإن يكررون نفس الحركات والتصرفات وهي محدودة جدا وبسيطة وتلقائية ونمطية.

- يقاومون التغيير في أي شيء حولهم في حياتهم اليومية التي اعتادوا عليها وتنتابهم حالة من الضيق والتوتر(الهيجان أحيانا) إذا تغيرت أماكن نومهم أو طعامهم أو حتى الكوب الذي يشرب منه الطفل

- لا يستطيعون استخدام الخبرة، ولا يدركون معنى ما يحفظون من عبارات أو حملوا الأحداث أو المواقف. (علا، 2011، 65–69)

3– أعراض التوحد:

سلوك الطفل التوحدي عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين ونصف يلاحظ الأبوين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي ومن حيث أن التوحد يمثل تدخلات إنمائية متعددة فإنه يجب تشخيص الجوانب للمظاهر السلوكية التالية:

- التواصل: حيث يكون من الأعراض بطء نمو اللغة أو توقفه تماما فالكلمات قد تكون غير مترابطة بمعانيها، وقد يستخدم المصاب لغة الإشارة، تشتت الانتباه.

- التفاعل الاجتماعي: قد يقضي المصاب وقتا طويلا منعزلا ومنفردا عن الآخرين أو قد لا ينضم إلى أصدقائه، أو تكون استجاباته للمؤثرات الاجتماعية مشتتة كالاتصال البصري والتركيز على مرئيات معينة.

- العوق الحسي: تكون الاستجابات للأحاسيس بصيغة عامة غير طبيعية كالحساسية الجلدية والضعف الاستجابة للألم، وتأخر الحواس السمع، البصر، الذوق والشم بدرجات متفاوتة.

- صعوبة التعبير عن الحاجات النفسية، واستبدال الرغبات بالإشارات والإيماءات بدلا من التعبير اللغوي. (النجار، 2006، 59)

- الصمت التام أو الصراخ الدائم المستمر بدون مسببات.

- الخمول التام أو الحركة المستمرة بدون هدف.

- المثابرة على اللعب وحده وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه.

- عدم اللعب الابتكاري.

- تجاهل الآخرين حتى يضنون انه مصاب بالصمم فقد ينكسر كأس بالقرب منه فلا يعيره انتباه.

- الخوف من بعض الأشياء(كالخوف من صوت الطائرات...) وعدم الخوف من أشياء أخرى قد تكون خطرة عليه.

- مشاكل عاطفية، ومشاكل التفاعل مع الآخرين. (خليل عبادي، 2011، 33، 34)

- الاضطرابات والمشكلات السلوكية: يعد السلوك النمطي من السلوكيات الأساسية التي يظهرها الأطفال المتوحدين ومن هذه السلوكيات: أرجحة الجسم للأمام والخلف، يمينا ويسارا بالارتكاز على إحدى القدمين أو الرفرفة بالذراعين والنقر بالأصابع والمشي على أطراف القدمين والتصفيق.

4- النظريات المفسرة للتوحد:

أن موضوع البحث عن أسباب ظهور اضطراب التوحد تلقت عدة تفسيرات من طرف المؤيدي النظرية النفسية والنظرية العضوية لكون أصل هذه تبدو متعددة العوامل و لا يمكن الفصل بطريقة بسيطة العوامل العضوية من الأخرى النفسية حيث يتدخل العاملان بصفة متكاملة لتكوين الهيكل النفسي عند الطفل.

4-1 النظرية التحليلية:

فسر بعض الأطباء النفسانيون المتأثرين بالنظرية التحليلية النفسي لفروي دان التوحد ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطراب ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم النفسي" برونو بيتيلهم Bruno Bettelheim" أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين و وضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة. (غزال، 2008 ، 25)

وفي هذه الحالة يواجه الطفل محيطه المدمر ويفترض بيتيلهام أن الطفل التوحدي يكون ضحية قلق للموت الذي يظهر مبكرا في حياته وهو ينمو في محيط مليء بالوجدانية السلبية فيصبح الانعزال التوحدي خضوعا لوضعية لا يمكن الهروب منها فيفقد اهتمامه منذ ذلك الحين بالعالم الخارجي وهذا انفصاله من جميع الانفعالات.

أما (M. Mahler) تقول أن المشكلة الخاصة بالتوحد تبدأ في العام الأول ويبدو أنها إنتاج أو على الأقل تتورد مع النقص الذي الطفل في انتظاره المستمر لتهدئة موثوق بها أو مقابل جوعه الوجداني لمشاعر الأمومة.

توصلت (M. Mahler) في أبحاثها إلا أن هناك نقص عند الطفل وفشل علاقته الأم- طفل، فهي لا تدعي أن الأم المسئولة عن أصل هذه الاضطرابات إلا أنها تعتقد فقط أن الأم فشلت في تعويض هذا النقص" لم تنجح الأم في موازنة استعداد الطفل للشعور بالقلق الشامل".

(زميني، 2013، 84)

4-2 نظرية الاضطراب الايضي:

يذكر بعض الباحثين أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في عملية التمثيل الغذائي وحساسية عالية لبروتين الغلوتين الموجود في القمح ومشتقاته وبروتين الكازين الموجود في الحليب حيث أن عدم امتلاك الطفل التوحدي للإنزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات

يؤدي إلى ت اركمها على شكل سلاسل ببتيدية طويلة تسبب انتفاخا في الأمعاء مما يؤدي إلى زيادة نفاذيتها، وهكذا يمكن أن تتسرب كميات غير طبيعية من تلك الأحماض فتنتقل عبر

- لدم إلى الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية عند الطفل نتيجة لت اركم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونية (شبيب، 2008، 19)

4-3 نظرية اللقاحات:

اللقاحات إحدى النظريات التي وجدت قبولا كبيرا في بداية الأمر هذه نظرية علاقة اضطراب بالتوحد باللقاحات التي تعطي للأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMP) والسبب الرئيسي في هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام على الأقل من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدرتهم الكلامية بين 18 و20شهرا. (شبيب،2008، 20)

4-4 النظرية المعرفية:

أن هدف الباحثين في المعرفة هو التعرف على الاضطرابات الوظيفية المعرفية الخاصة بالتوحد حيث نجد ثلاث افتراضات وصفت السياقات الإدراكية عند أطفال التوحد

الاحتمال الأول: سنة 1971 يتمثل في لن الطفل التوحدي يتميز بالمبالغة في انتقاء المثيرات، أي لا يستجيب إلا لعدد معين من المثيرات الخارجية.

الاحتمال الثاني: (Quiz et Rio) سنة 1968 الخاص بعدم الثبات الإدراكي والذي يفترض أن الطفل التوحدي ينقل من المحيط الخارجي صورة مشوهة ومتغيرة، مضخة ومخفقة والطفل يستجيب بصفة غير متوقعة أما بغياب الاستجابة أو الاستجابة المبالغ فيها.

الاحتمال الثالث: (O'connor) الذي يرى أن اضطراب التوحد يترجم باستحالة إدماج مثير بين حسين مختلفين حيث يبدو انه قام عندما يسمع لا يرى وعندما يرى لا يسمع.

قام كل من (o’conner et Harmelin) سنة 1970 بدراسة بين من خلالها أن المصابين باضطراب التوحد عاجزون عن استخراج القواعد الاجتماعية من المحيط بسبب عدم قدرتهم على

التجريد، واظهر أن المصابين باضطراب التوحد لا يستطيعون التعرف عليه إلا إذا تم تقديمه بنفس الطريقة التي قدم بها لأول مرة بما أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم تصور عقلي داخلي للمشاكل التي ستواجههم، أي هناك غياب الإحساس بمشاعر الآخرين فالطفل التوحدي ليس لديهم القدرة على تصور ما يظهره الآخرون. (زميتي، 2013، 85)

4-5 النظرية العضوية:

أن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ والمخيخ، قد أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة إلى الاضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة إفرازات الناقلات العصبية من الحواس الخمسة إلى المخ والأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم والجلد. (قحطان، 2009، 84)

كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبية (سروتونين) في مجموعة من أطفال التوحد، وعندما انخفض هذا التركيز باستخدام عقار(فينفرولامين) لو خط تحسين وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال. (بدر، 2004، 36-37)

5- تشخيص التوحد:

من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى.

لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قبل فريق متخصص ومتكامل يتكون من طبيب أطفال، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، أخصائي سمع وتخاطب، مختص قياس تربوي وقد يحتاج لبعض الاختصاصات الأخرى كطبيب الأعصاب، طبيب الأطفال، طبيب عام حيث تتم عملية تخطيط المخ والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض آخر عضوي.

ونظرا لكثرة الأعراض المرضية وتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى، فقد قامت جمعية الطب النفسي الأمريكي بوضع قاعدة عامة للتشخيص DSMS.

معايير تشخيص التوحد كما نص عليها: DSM

1.5- المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد حسب DSM 5 :

A ـ عجز مستمر فى التواصل الاجتماعى و التفاعل الاجتماعى تشمل سياقات متعددة التى تظهر حاليا او فى الماضى المتمثلة فى العناصر التالية:

1. عجز فى التبادل الاجتماعى الانفعالى بدءا من المقاربة الاجتماعية غير عادية الى عدم الامكانية فى المبادرة فى التفاعل الاجتماعى من خلال عدم القدرة على ربط العلاقات مع الآخرين، نقص الاهتمامات، الانفعالات او العواطف الى عجز فى التبادر او الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

2 ـ عجز فى استعمال الاتصالات اللفظية و غير اللفظية بهدف التفاعل الاجتماعى بدء من فقر فى ادماج الاتصالات اللفظية و غير اللفظية الى غياب التواصل بالعين و لغة الجسم او عجز فى الفهم و استعمال الايماءات الى انعدام تام للتعابير الوجهية و الاتصالات غير لفظية.

3 ـ عجز فى التطور ، المحافظة و فهم العلاقات الاجتماعية بدء من صعوبة ضبط السلوك لتناسب السياقات الاجتماعية المختلفة الى صعوبة فى تقاسم اللعب التخيلى او تكوين صداقات الى غياب الرغبة فى الاصدقاء.

B ـ محدودية و تكرارية انماط السلوك، النشاطات، الاهتمامات التى تمظهر على الاقل بإثنين من الاعراض الحالية او السابقية كمايلى :

1. النمطية او تكرار الحركات الحركية، استخدام الاشياء او الكلام (نمطية حركية، تقليب الاشياء، المصاداة، عبارات غريب).

2 ـ الاصرار على التماثل، التمسك الصلب للروتين او انماط طقسية من السلوك اللفظى او غير لفظى (مثل الضيق الشديد للتغيرات الطفيفة ، صعوبة تقبل التحولات، انماط فكرية صلبة، طقوس معايدة، الحاجة الى اتخاذ نفس الطريق او اكل نفس الطعام كل يوم) .

3 ـ قيود شديدة، تثبيت الاهتمام بصفة غير طبيعية من حيث الشدة و التركيز (مثل تعلق قوى او الانشغال بالأشياء التى لا معنى لها، تقييد مفرط او المواظبة على الاهتمامات.

4 ـ فرط او عدم تنشيط المدخلات الحسية او الاهتمام بالعناصر الحسية المحيطة التى لا معنى لها (مثل عدم الاكتراث للألم او لدرجة الحرارة الاستجابات غير ملائمة لأصوات محددة، شم او لمس الاشياء مفرط، الافتتان البصرى للضوء او الحركة (DSM5)

5_ 2 التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (who) والشكل النهائي لـ "ICD 10 " ظهر سنة 1930 حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

أ- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

ب- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

ج- سلوكيات واهتمامات تتصف بالنميمة والرتابة.

د- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقة إنمائية أخرى أو أثرت في قدرة.

والإصرار على الطقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير، ويستمر هذا النوع من الاضطرابات مدى الحياة ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية . (عادل، 2014، ص 24)

على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية متلازمة ريت (RETT) وانفصام الشخصية المبكر.

(القبائلي 2001 ،258)

6- التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى:

أن كل من اضطراب التوحد ومجموعة الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعيب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين التوحد واضطرابات أخرى ولأجل تشخيص دقيق لا بد من تشخيص خرجي والذي يميز ويدرك من خلاله المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات.

6-1 التوحد واضطراب ريت (RETT):

ينتشر اضطراب ريت أكثر بين الفتيات بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد كما أن اضطراب ريت يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين النمطية والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (السيد ، 2005، 78)

يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نمو طبيعي في 6-8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، واهم سيماته المميزة هي فقدان حركات اليدين الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة .

(خليل، 2009، 21-82).

6-2 التوحد واضطراب اسبرجر Asperger:

أن متلازمة اسبرجر من الاضطرابات الإنمائية التي اكتشفها الطبيب النمساوي" هانر اسبرجر" سنة (1944)

ولذلك سميت "بمتلازمة اسبرجر" وتتميز بغياب التواصل غير اللفظي وقصور في الحركات الدقيقة، ومخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة الإنمائية المتكررة وخلل في تكوين العلاقات الاجتماعية. (قمش، 2001، 117)

كما تشتمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن الاكتئاب الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة كراهية التيير، حب الروتين عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية، وهذا يمثل التشابه بينه وبين التوحد. (قاسم، 2000، 140)

ولكن في ما يلي أوجه الاختلاف بين هذين الاضطرابيين:

1- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب " اسبرجر" هذا القصور.

2- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تتكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل " اسبرجر".

3- لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية بينما يعاني الطفل المصاب باسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

4- يعاني الطفل التوحدي من قصور في المهارات التواصل مع الآخرين بينما يبدي الطفل المصاب باسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معه.

5- تظهر حركات غير متقنة عند المصابين باضطراب اسبرجر أكثر مما تظهر لدى لمتوحدين. (خليل، 2009، 82-83)

6- مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العلمي عند المصابين باضطراب "اسبرجر" بخلاف ذلك عند المصابين بالتوحد. (الزارع، 2010، 104)

3-6 التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب إعاقة أخرى أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال فريمان وريتفو أكدوا بأن حوالي 75% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهمات تتطلب ذاكرة

قصيرة المدى أو المهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداء المتوحد في المهمات اللفظية اقل بينما يكون أداء المتخلفين عقليا رغم انخفاضه لكنه متساوي في جوانب الأداء ويبقى اضطراب التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط هي:

1- المعوقين عقليا يتعلقون بالغير ولديهم بعض الوعي الاجتماعي بنما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

2- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي البصري.

3- العيوب الجسمية لدى التوحد بين اقل وجود مقارنة بالمعوقين عقليا.

4- للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة مختلفة عن السلوكيات النمطية لدى المعوقين عقليا.

5- الطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر عنه بعض المهارات الخاصة بينما قد تظهر هذه المهارات لدى الطفل التوحدي. (خليل، 2009، 86)

6-4 التوحد وفصام الطفولة:

أن اضطراب فصام الطفولة والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس وغموض يدور حول تشخيصهما.

فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي الذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة لأشخاص والبيئة أما الفصامي فيكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

أن بدأ ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة . (يحيى، 2000، 299)

6-5 التوحد والصمم:

كثيرا ما يبدو الطفل التوحدي وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري حيث يبدي الطفل التوحدي رفضه للاستماع والتحدث في مواقف معينة دون أخرى حتى عند مناداته. (نيسان، 2009، 127)

واهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها عادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة في التواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التوال بسبب الانعزال وانحطاط في القوى والاكتئاب لكنها ليست سلوكيات التوحد إنما هي سلوكيات مصاحبة للإعاقة السمعية، سهولة تشخيص حالات الصمم والبكم بالفحص الطبي للأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد.

7- وسائل التشخيص:

ويمكن تقسيم الطرق التشخيصية إلى قسمين رئيسين:

أولا: الملاحظة السلوكية التشخيصية:

يولي الباحثون الملاحظة السلوكية التشخيصية أهمية كبرى في تشخيص التوحد، حيث من لممكنان تزود الأخصائيين بملاحظات قيمة ومعلومات تغفلها المقاييس والاختبارات.

ويجب الاهتمام بظهور اكبر عدد من الصفات السلوكية، بشكل حاد مقارنة مع الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل ولفترة طويلة نسبيا.

وتعتبر ملاحظة المعلم الدقيقة والمباشرة لطفل ذات أهمية كبيرة، كونه يقضي عدد كبير من الساعات مع الطفل خلال اليوم الدراسي، والبعض يعتبر دور المعلم ذا أهمية اكبر من أهمية دور الآباء للأسباب التالية:

1- المعلمون مدربون عادة لفهم تطور الشخصية ومراحل النمو المختلفة لدى الطفل.

2- الخبرة الميدانية الكبيرة التي يتلقاها المعلم في غرفة الصف مما يتيح له الفرصة للحكم على السلوك غير العادي.

3- زيادة الاحتكاك والتفاعل بين المعلم والطلبة نظرا للساعات الطويلة التي يقضيها مع الطلبة.

4- ولذلك على المعلم والأخصائي النفسي أن يكون لديهما خبرة واسعة حول التوحد وبالتأكيد على تشخيص الطفل من خلال فريق متكامل يضم:

5- أخصائي النفسي، أخصائي أعصاب، أخصائي نمو، أخصائي تربية الخاصة ومعالج نطق. (مصطفى، خليل، 2009، 178- 183)

ثانيا: الأدوات والمقاييس:

ظهر العديد من الأدوات والمقاييس التي حاولت تشخيص التوحد ولعل أبرزها:

- الدليل الإحصائي والتشخيصي
- التطور التضيفي للاضطرابات النمو السائدة

جدول رقم(01) : يوضح التطور التصنيفي لاضطراب التوحد في كل من DSM ;CIM10

DSM_5	DSM_4 1994	CIM_{10} 1993	DSM_{3-r-} 1987	DSM_3 1980
Trouble du specte autistique	اضطرابات النمو السائدة	اضطرابات النمو السائدة	اضطرابات النمو السائدة	اضطراب مجمل النمو
	11 اضطرابات التوحدية	9 التوحد الطفلي. 10 توحد غير نموذجي.	8 اضطرابات التوحدية	5 التوحد الطفلي. 6 تناذر كامل. 7 تناذر متبقي.
		12 تناذر ريت. 13 اضطرابات تفكيكية أخرى. 14 اضطرابات فرط النشاط المفرط مع تأخر عقلي والنمطية. 15 تناذر اسبر جر. 16 اضطرابات النمو السائدة غير المحددة.	اضطرابات النمو السائدة غير المحددة.	اضطراب مجمل للنمو المبتدئة في الطفولة. تناذر كامل. تناذر متبقي. اضطراب مجمل غير نموذجي نمو الاضطرابات التوحدية

قائمة تقدير التوحد الطفولي(CARS):

قام بتطويرها سكوبلر وآخرون وتتكون هذه القائمة من 15 بعد ومن هذه الأبعاد: العلاقات مع الآخرين، التقليد والعاطفة، التكيف لتغيرات البيئة الاستجابات البصرية، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط والوظائف المعرفية والانطباعات عامة.

وتكون ملاحظة هذه السلوكيات بشكل مباشر ويتكون المقياس من سلم تقديري يحتوي (7) درجات ويمكن من خلال هذه القائمة تحديد الأطفال غير التوحديين والأطفال الذين لديهم درجات بسيطة ومتوسطة وشديدة من التوحد.

قائمة السلوك التوحدي (ABC): يعتبر هذه القائمة جزء من أداة شاملة لتمييز التوحد لغايات التخطيط التربوي والذي يرمز له بالرمز (ASIEP) والذي يشمل إضافة المقياس ABC أربع مقاييس أخرى:

- ✓عينة من السلوك اللفظي.
- ✓قياس التفاعل.
- ✓قياس التعليمي.
- ✓تشخيص معدل التعلم.
- ✓تعتبر قائمة السلوك التوحدي (ABC) مقياس نفسي، عمري، تتكون من (57) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية هي:

البعد الحسي، الارتباط، استخدام الجسم والأشياء، اللغة، البعد الاجتماعي والعناية بالذات ويغطي الأعمار من (18 شهر إلى 25 سنة).

8- الآثار المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة:

لا شك أن كل أب وأم يتطلعون بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه، ويتمثل ذلك بالممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها، والتي تظهر استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل، من بين هذه المظاهر التي نتحدث عنها اهتمام الوالدين وخاصة الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها.

ولكن تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها، وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى أحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة.

ويؤدي هذا التغيير إلى آثار سلبية على الأسرة تتمثل فينا يلي:

8-1 الاثار النفسيه:

أشار بعض الدارسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض، وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى، وأكدت الدارسات إلى أن الوالدين هم أكثر أف ارد الأسرة تعرضا للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعية عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين، كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الانعزالي عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالدونية والنقص، الهروب من الواقع، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقية، عدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة.

كل هذه المظاهر ما هي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يمكن أعازئها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحد (الجلبي، 2015 ، 15- 23)

8-2 الاثار الاجتماعية:

يؤثر وجود طفل معاق في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أية مواقف محرجة وبالتالي العزلة، وهذا يمتد إلى مدى تكيف الأخوة مع بيئتهم التعليمية وفرصهم في الزواج المستقبلي، وتتعرض الأسرة أيضا لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة وقد ينعكس ذلك على العلاقات الداخلية بين أف ارد الأسرة أيضا وتواصلهم، نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل

المعاق مما يقلل من تلبية احتياجات بقية أبنائها، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمات زوجية ومشكلات أسرية

3-8 الاثار الاقتصاديه :

إن وجود طفل معاق في الاسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص المعاق، والتي قد تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على أخوته غير المعاقين، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن بعد ولادة الطفل المعاق من أجل تقديم العناية والرعاية اللازمة له، مما يقلل من دخل الأسرة. (عليوات، 2007، 15)

خلاصة الفصل:

يعتبر التوحد من اشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، كما أنه اضطرب غامض ولم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية وكيميائية والذي تتميز أغراضه يقصر في العلاقات الاجتماعية والاتصال والأفعال القهرية، وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن كثر من الأعراض تتشابه مع أعراض الاضطرابات الأخرى، مما يستوجب ضرورة التشخيص المبكر، والذي يساعد في علاجه ووضع البرامج العلاجية المناسبة حسب حاجات الطفل، وكذا مساعدة أمهات الأطفال التوحديين في التوافق النفسي والبيئي، والتربوي وعلى أطفالهن التوحديين.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- المنهج المستخدم.

2- عينة الدراسة.

3- حدود الدراسة.

4- أدوات الدراسة.

5- الأساليب الإحصائية.

تمهيد:

نسعى من خلال هذا الفصل إلى إعطاء نظرة تكاملية عن مجريات الدراسة الميدانية التي تسمح بتحويل المعطيات النظرية إلى حقائق إجرائية تفيد تحقيق الهدف العلمي الذي أجريت من اجله هذه الدراسة، حيث سنتطرق إلى المنهج العلمي الملائم للموضوع لبحثنا، حدود الدراسة، عينة الدراسة بالإضافة للأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية لهذه الدراسة.

1- المنهج المتبع في الدراسة:

يقصد بالمنهج الطريقة أو التصور أو التنظيم للبحث ويتدخل بطريقة أكثر أو اقل إلحاحا أو اقل دقة في كل مراحل البحث، ويتضمن مجموعة من الإجراءات الخاصة بمجال دراسة معين. (موريس، 2006، 99)

يعتبر المنهج العمود الفقري لأي بحث ولا سيما في الميادين الاجتماعية والنفسية والتربوية، فهو الذي يكسب البحث طابعه العلمي حيث أن صحة النتائج البحث تقوم على أساس نوعية المنهج المستخدم، وهذا ما ذهب إليه عمار بوحوش ومحمد محمود الذنيبات قولهما:" أن صحة وسلامة الطريقة المستخدمة في الوصول إلى الحقيقة العلمية هي التي تضئ على البحث أو الدراسة الطابع الجدي، كما تؤثر أيضا في محتوى نتائج البحث"

(بوحوش والذنيبات، 2003، 130)

وبما أن دراستنا تهدف إلى التعرف على مخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة لدى أمهات أطفال التوحد ولذلك فإن المنهج المناسب للوصول إلى النتائج المرجوة هو المنهج الوصفي.

ويعتبر المنهج الوصفي طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصورها كميا عن طريق جمع المعلومات مقننة عن المشكلة وتضيفها وتحليها وإخضاعها للدراسة الدقيقة

وللمنهج الوصفي عدّة أساليب والأسلوب الأنسب لهذه الدراسة هو الأسلوب الوصفي الاستكشافي،لأنه يكشف عن واقع الظاهرة المدروسة، كما هي في الواقع ويعبر عنها بتعبير كمي أو كيفي. (معتوق، 2013، 100)

فهو يعتمد على دراسة ظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيرا كيفيا وكميا فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، إما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى. (بوحوش والذنيبات، 1995، 129)

وفي حين أنه استكشافي وذلك عندما لا تتوافر الكثير من المعلومات على المشكلة محل الدراسة، وبالتالي فهي تهدف إلى الحصول على فهم أفضل للمشكلة محل الدراسة نظرا لأنه لو يتم القيام بعدد كاف من البحوث في مجال المشكلة . (الصيوفي، 2005، 4)

كما تعتبر الدراسة الاستكشافية أو البحث الاستكشافي هو بحث ابتدائي يفيد في تفسير طبيعة المشكلة وزيادة فهمها وهو وسيلة ذات قيمة لإيجاد إجابة هن أسئلة محددة وتعيين أهمية ظاهرة معينة في ضوء جديد، ومنه فإن البحوث الاستكشافية تعمل على زيادة فهم المشكلة مما يساعد في كيفية التعامل معها. (النجار وآخرون، 2008، 94)

والذي نريد من خلاله معرفة ما هي اكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة انتشار بين أمهات أطفال التوحد

2- عينة الدراسة:

هي جزء من مجتمع الدراسة ويختارها الباحث لإجراء دراسته عليها وفق لقواعد خاصة لكي تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا. (العزاوي، 2007، 161)

هي انتقاء عدد من الأفراد لدراسة معينة تجعل النتائج منهم ممثلين لمجتمع الدراسة فالاختيار الجيد للعينة يجعل النتائج قابلة للتعميم على مجتمع الدراسة ونتائجها صادقة.

(إخلاص وباهي، 2000، 129)

أن ما يجعلنا نفضل طريقة اختيار عينة أخرى هو طبيعة البحث ومجتمع الدراسة وظروف الباحث الأمر الذي دفعنا إلى استقاء العينة بطريقة قصدية وهي العينة التي يتم انتقاء

أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة.

(عبيدات وآخرون،96-99)

وعينة دراستنا تتكون من 30 أم للأطفال التوحيديين المتواجدين على مستوى روضة التاج بقمار

3- حدود الدراسة:

- **المكانية:** تمت إجراء تطبيق الدراسة الحالية بكل من روضة التاج بقمار وروضة بالوادي.

- **الزمانية:** تمت تطبيق مجريات الدراسة خلال الموسم الجامعي 2019/2018 خلال الفترة الممتدة من 13 مارس 2019الى 13 ماي 2019.

4- أدوات الدراسة:

أن أي دراسة علمية لا يمكن التأكد من مصداقية نتائجها إلا إذا تم تطبيق الأدوات المناسبة لها. ولكي نتحقق اعتمدنا على أداتين هما:

- مقياس المخططات المبكرة غير مكيفة.

4-1- مقياس المخططات المبكرة غير مكيفة:

تم استخدام مقياس جيفري يونغ للمخططات المبكرة غير متكيفة من دراسة زبيدة الحطاح، وذلك لكونه يناسب الدراسة الحالية، وقادر على قياس فرضياتها، وهو يتمتع بخصائص سيكومترية وهي الصدق والثبات، وهذا ما تم التحقق من صدقه وثباته في البيئة الجزائرية على النحو التالي:

✓ الصدق: تم استطلاع آراء المحكمين لاختبار صدق المقياس، فطلب من مجموعة متكونة من أربعة أساتذة مختصين الذين يجمعون بين العمل الأكاديمي والممارسة التربوية:

- تقييم كل بعد من أبعاد المقياس في مدى قدرته على التعبير عن هذه المخططات.
- تقييم المقياس في مجمله (على سلم تقدير من 10 إلى 10)، من خلال العناصر والمميزات التالية:

- وضوح المقياس في صياغته اللغوية.
- مدى علاقة المقياس بالموضوع الذي يقيسه.
- وضوح التعليمة.
- الوقت المخصص لإجراء المقياس.
- كلفة الوسائل اللازمة للقياس.
- سهولة التنقيط والتصحيح.

وحددت درجة الصدق بالاعتماد على قيمة المتوسط الحسابي لاستجابات الأساتذة،كما تم تحديد معيار قبول أبعاد المقياس ومميزاته بدرجة سبعة على عشرة فما فوق، وقد جاءت نتائج الاستطلاع في الجدولين رقم2) ورقم(03).

الجدول رقم (02): يبين درجات الصدق(ن) لكل بعد من أبعاد المقياس المخططات المبكرة غير مكيفة.

العينة	الأبعاد	(ن)
1	النقص العاطفي.	7
2	الشعور بالتخلي والإهمال وعدم الاستقرار.	7.5
3	الشك والتعدي(اليقظة المفرطة).	7.5
4	الانطواء الاجتماعي(العزلة والنفور).	8
5	الشعور بالنقص والخجل.	8.5
6	الفشل.	8.5
7	التبعية والكفاءة	7.5
8	الخوف من المرض والخطر(الانجراحية)	9
9	العلاقات الاندماجية	8
10	الخضوع.	8.5
11	التضحية.	9
12	التحكم الانفعالي المفرط.	9
13	الحقوق الشخصية والمتطلبات العالية.	8
14	المثالية المتطلبة والنقد المفرط.	8.5
15	نقص التحكم الذاتي والانفعالي.	9

الجدول رقم (03): يبين درجات الصدق"ن" لميزات مقياس المخططات المبكرة غير مكيفة.

	مميزات المقياس.	**ن**
01	وضوح المقياس في صياغته اللغوية.	8.5
02	مدى علاقة المقياس بالموضوع الذي يقيسه.	9
03	وضوح التعليمة.	9
04	الوقت المخصص لإجراء المقياس.	8
05	كلفة الوسائل اللازمة للقياس.	8.5
06	سهولة التنقيط والتصحيح.	9

وقد اعتبر لمقياس بناء على القيم المحسوبة في الجدولين السابقين التي تتوقف دلالتها على صدق المحكمين، حيث تعدت(ن) في كل من الأبعاد والميزات عتبة 7 درجات.

✓ الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية تم استخدام معاملات الثبات التالية:

أ- معامل الاستقرار: طريقة التجزئة النصفية:

لاختبار ثبات المقياس في البيئة الجزائرية، تم تطبيقه على عينة قوامها(120 فردا) من طلاب الجامعة، حسبت قيمة معامل الاستقرار لمقياس المخططات المبكرة غير مكيفة المكون من 75عبارة، وبلغت قيمة معامل(split- half) سبليت- هالف 0.80.

كما تم تصحيحه بمعامل(Spearman Brown)، (سبيرمان براون) وكانت قيمة هذا المعامل 0.83، ومما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة.

ب- معامل التنسيق: طريقة معامل ألفا – كرونباخ:

حسبت معامل (Alpha – Cronbach) ألفا – كرونباخ لبيانات 120 طالبا لمقياس المخططات المبكرة غير مكيفة المكون من (75) بندا، وكانت قيمة معامل ألفا (0.84) وهي قيمة مرتفعة أيضا.

مما يشير إلى أن المقياس على درجة عالية من الثبات ويمكن الوثوق بنتائجه.

(الحطاح، 2011، 217 –220)

✓ **وصف المقياس:**

استخدم في هذا البحث المقياس المختصر للمخططات المبكرة غير المتكيفة وهو مقياس وضع من طرف" يونغ" يحتوي على 205 بند ثم أصبح بالصيغة المختصرة للمخططات والتي تشمل 75 بند وتصف 15 مخطط فقط ويمكن المقياس من تقييم المخططات المبكرة غير المكيفة وأهمية كل واحد منهم، وتم اشتقاقه من دراسة " حطاح".

✓ المخططات 15 الموجودة في المقياس هي:

01–05– الحرمان العاطفي.

06–10– التخلي أو الإهمال.

11–15– الحذر/ التعدي.

16–20– الانطواء الاجتماعي.

21–25– عدم الإتقان.

26–30– الفشل.

31–35– التبعية وعدم الكفاءة.

36–40– الهشاشة.

41–45– العلاقة الاندماجية.

46–50– التضحية.

51–55– التضحية بالذات.

56-60- مراقبة انفعالية مفرطة.

61-65- المثاليات المفرطة.

66-70- الحقوق المتطلبة.

71-75- نقص التحكم الذاتي.

وقد تم تطبيق المقياس الذي يضم 15 مخطط.

- **كيفية تطبيق المقياس:**

يتم شرح التعليمة للمبحوث والتي تتمثل كما يلي:

" بين مدى تكرار أحاسيسك بالمشاعر المعبر عنها في كل بند بوضع الرقم الذي يتناسب أو تتطابق مع حالتك" التي على النحو التالي:

(1) لا ينطبق تماما.

(2) لا ينطبق غالبا.

(3) لا ينطبق تقريبا.

(4) معتدل.

(5) ينطبق تقريبا.

(6) ينطبق غالبا.

(7) ينطبق تماما.

مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كما أن معلومات هذا المقياس سرية جدا ولا تستخدم إلا لفائدة علمية.

- شبكة تنقيط المقياس:

أن بنود المقياس تنقط من 1 الى7 على النحو التالي:

(1) لا ينطبق تماما. 07

(2) لا ينطبق غالبا. 06

(3) لا ينطبق تقريبا. 05

(4) معتدل. 04

(5) ينطبق تقريبا. 03

(6) ينطبق غالبا. 02

(7) ينطبق تماما. 01

طريقة تصحيح المقياس:

أن تصحيح المقياس المختصر للمخططات المعرفية(ليونغ جيفري للمخططات – الصيغة المختصرة) تكون على النحو التالي:

أن هذا المقياس يحتوي على 15 مخطط، كل مخطط يحتوي على 7 بنود إذن القيمة العالية هي:5×7=35 واقل قيمه هي:1×5=5

5 الاساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- المتوسطات الحسابية
- التباين
- الانحراف المعياري

(طاجين ،2007)

خلاصة الفصل:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها في هذه الدراسة، فقد تم الإشارة إلى المنهج المتبع(المنهج الوصفي الاستكشافي) الملائم لدراستنا، تعريف العينة وحدود الدراسة وذكرنا أداة الجمع المعلومات المستعملة لمعالجة الموضوع والاساليب الإحصائية المناسبة للدراسة.

الفصل الخامس:

تحليل وتفسير النتائج

1_عرض وتحليل نتائج تساؤل الدراسة

2- تفسير النتائج الدراسة

استنتاج عام

مقترحات

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم تقديم عرض تفصيلي للنتاج التي تم التوصل إليها وذلك من خلال الاجابة على التساؤل الدراسة بعد عملية جمع وتفريغ البيانات وتحليلها احصائيا عن طريق حساب كل من المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري.

1_عرض وتحليل نتائج تساؤل الدراسة:

يخص تساؤل الدراسة على ما يلي "ما هي أكثر المخططات اللاتوافقية المبكرة شيوعا بين أمهات أطفال التوحد للإجابة على هذا التساؤل تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمخططات بين أمهات أطفال التوحد و الجدول رقم 04 يوضح ذلك :

جدول (04):ترتيب مخططات أفراد العينة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية .

الرتبة	العينة	المخطط	المتوسط الحسابي	الانحرافات المعياري
1	30	عدم الاتقان	29.5	4.76
2	30	الفشل	26.76	7.16
3	30	التضحية	25.86	8.86
4	30	العلاقات الاندماجية	25.40	8.52
5	30	التعبئة وعد الكفاءة	25.36	6.31
6	30	الهشاشة	25.13	7.22
7	30	الانطواء الاجتماعي	24.53	7.64
8	30	الحذر/التعدي	23.13	7.23
9	30	الحقوق المتطلبة	22.93	8.52
10	30	مراقبة إنفعالية مفرطة	22.86	8.19
11	30	حرمان العاطفي	22.53	8.76
12	30	نقص التحكم الذاتي	22	8.19
13	30	التضحية بالذات	20.93	8.52
14	30	التخلي/ الاهمال	19.7	10.90
15	30	المثالية المفرطة	18.56	7.13

يبين الجدول (04) أن المتوسطات الحسابية لدرجات المخططات قد تراوحت (29.5_18.56) والانحرافات المعيارية ما بين (4.76_10.90)، وبترتيب المخططات تنازليا وفق للمتوسطات الحسابية فقد كانت الرتب على النحو التالي :الرتبة الاولى لمخطط عدم الاتقان بمتوسطة قدرة 29.5وإنحراف معياري بلغ ،(4.76) اما الرتبة الثانية لمخطط الفشل بمتوسط حسابي قدره 26.76وانحراف معياري بلغ (7.16) ،بينما جاء في الرتبة الثالثة مخطط التضحية بمتوسط حسابي قدره25.86 و بإنحراف معياري بلغ(8.68) ، أما بالنسبة للرتبة الرابعة فقد كانت للمخطط العلاقات الإندماجية بمتوسط حسابي 25.40وبإنحراف معياري بلغ 8.52،في حين كانت الرتبة الخامسة المخطط التعبية وعدم الكفاءة بمتوسط حسابي 25.36وبإنحراف معياري قدره 6.31، بينما حاز على الرتبة السادسة مخطط الهشاشة بمتوسط حسابي 25.13وبإنحراف معياري بلغ قدره 7.22،أما بالنسبة للرتبة السابعة فكانت لمخطط الانطواء اجتماعي بمتوسط حسابي 24.53وبإنحراف معياري بلغ قدره 7.64،في حين سجل مخطط الحذر /التعدي الرتبة الثامنة محقق متوسط بلغ 23.13وإنحراف معياري قدره 7.23.

أما الرتبة التاسعة سجلها مخطط الحقوق المتطلبة بمتوسط 22.93وإنحراف معياري قدره 7.49، ينما حقق مخطط مراقبة إنفعالية مفرطة المرتبة العاشرة بمتوسط بلغ 22.86 وإنحراف معياري 8.19أما بالنسبة للرتبة الحادية عشر كانت لمخطط الحرمان العاطفي بمتوسط 22.53 وإنحراف معياري بلغ 8.76، أما مخطط نقص التحكم بالذات حاز على الرتبة الثانية عشر بمتوسط بلغ 22 وبإنحراف معياري 6.25، بينما جاء مخطط التضحية بالذات في الرتبة الثالثة عشر بمتوسط حسابي قدره 20.93 وبإنحراف معياري بلغ 8.52، يلين مخطط التخلي او الاهمال في الرتبة الرابعة عشر بمتوسط 19.7 وإنحراف معياري بلغ قدره 10.90، أخيرا جاء مخطط المثالية المفرطة بمتوسط 18.56 وإنحراف معياري بلغ قدره 7.13.

2- تفسير النتائج الدراسة:

بعد ما تم عرض نتائج الدراسة سيتم مناقشة وتفسير النتائج المتواصل إليها في ضوء التراث النظري.

_ينص تساؤل الدراسة على ما يلي ^^ماهي أكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة بين أمهات أطفال التوحد؟

_حسب نتائج الجدول (04) نجد أن المخططات الثلاثة الأكثر انتشارا بين أمهات أطفال التوحد جاءت مرتبة حسب متوسطاتها كما يلي : مخطط عدم الإتقان بمتوسط (29,5)، الفشل بمتوسط(26,56)، الضحية بمتوسط (25,86).

_من الناحية النظرية قدم يونغ في كتابة "Je rein Vente ma vie (2005) التعريف التالي للمخطط:

«المخطط هو تنظيم الذي يأخذ منبعه في الطفولة وتؤثر على كل حياتنا وهي تنتج عن ظروف تحملها الفرد من عائلته وأصدقائه من إهمال، انتقاد افرط الحماية، يكون ضحية الإساءة، الرفض من المحيط أو الحرمان وفقدان كل شيء بإمكانه أن يؤدي إلى صدمة ومع مرور الوقت يندمج المخطط بشدة مع الشخصية فهو اساس التكيف مع ظروف الحياة وتمارس المخططات تأثيراتها على طريقة تفكيرنا وفي تصرفاتنا وفي علاقتنا مع الآخرين وتوقظ أحاسيس عنيفة مثل الغضب والحزن والقلق ويقع مخطط عدم الاتقان /الخجل ضمن مجال (حسب يونغ) الإنفصال والرفض separation et reje والأفراد الذين يتميزون بمخططات في هذا المجال هو غير قادرين على تشكيل علاقات أو روابط آمنة أو واثقة ومُرضية مع الآخرين. يعتقد أن حاجياتهم للاستقرار والأمان والاهتمام والحب والانتماء لا يتم إشباعها أبدا ينعكس هذا على الفرد، باعتقاد الفرد بأنه مخل وناقص، سيء غير مرغوب فيه وقليل القيمة أو غير موثوق به في مواقف الحياة ذات الأهمية وهذا ما يظهر لدى أمهات أطفال التوحد مرتبط بإعقادهن أهمن مقصرات في حق انفسهن وحق أطفالهن ويؤدي هذا لشعورهن بالنقص وأنهن غير مرغوبين ويشعرن بقلة القيمة كما يتضمن ذلك حساسية

الفرد (الأمهات) المفرطة تجاه النقد والرفض واللوم من طرف المجتمع والارتباك والاحساس بعدم الأمان عند مقارنتهن بالأمهات الآخرين.

لا تنشأ المخططات غير المتكيفة فقط بحجة الصدمات التي عاشها الفرد خلال طفولته لكن هناك عوامل أخرى تعزز نموها، فالخبرات الصارة والمتكررة قد تكون أساس لهذه المخططات أنها تكافح من اجل العقاد، كما أننا نجد أنفسنا تتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزء لا يتجزأ من حياتنا وفي الحقيقة رغم إدراكنا لطبيعتها المدمرة فنحن نجدها مريحة ومألوفة.

أنها تؤثر على طريقة إدراكنا للأمور وكيفية التصرف حيث يصبح سلوكنا مطابق للمواقف المشابهة، هذه المخططات تمثل اثر الماضي والطفولة على الحاضر.

تقوم بعلمية تدمير ذاتي الذي يؤثر على حياة الشخصية والعاطفية والاجتماعية والمعنية للشخص، كما يمكن أن تحدث وتنشط في مواقف معينة من حياتنا

المخططات ذات أبعاد ولها مستويات مختلفة من الشدة والخطورة كلما كان المخطط أكثر شدة كلما كانت له الأولوية في التنشيط في مواقف أكثر وتكون الانفعالات المرتبطة به سلبية أكثر وتترك اثر مؤلم على حياة الفرد.

هي لاشعورية وعند نشاطها بشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف الخجل والكآبة.

في حين أن الافراد الذين ظهر لديهم مخطط الفشل الذي يقع ضمن المجال الثاني: نقص الاستقلالية والأداء الجيد: (manque d'autonomie et de performance) الإستقلالية هي قدرة الفرد على الإنفصال عن عائلته ويتصرف بإستقلالية كما يفعل الأشخاص الآخرين من سنه، إن الأشخاص الذين لديهم مخططات في هذا المجال لهم توقعات اتجاه أنفسهم والعالم لا تتطابق مع قدراتهم المدركة على البقاء على قيد الحياة والتصرف بصفة مستقلة والتمكن من تحقيق نجاح كافي حيث يقارن الفرد حياته بحياة الآخرين ويرى بانها عبارة عن فشل في حد ذاته وشعور بالفشل يلازمه حتى في حالات النجاح ويستخدم أسلوب التهرب كشكل من أشكال التوافق فالأمهات يشعرون بأنهن فشل في حياتهم ويقارنون حياتهم بحياة الأفراد الأخرين ويقومون بالتهرب كأسلوب للتوافق والتهرب يكون حتى من

المسؤولية أو التهرب من الرفض من طرف المجتمع و يتهربو من الشعور بالفشل في المهام الموكلة إليهم . معرفية أو سلوكية أو عاطفية وفي هذا السياق استخدم بيك Beck، هذا المفهوم منذ 1967 وعرفه بقوله أن المخططات هي تفسيرات شخصية وتلقائية للواقع، فهي تعالج المعلومة بطريقة لا شعورية وتؤثر في استراتيجيات التكيف لدى الفرد وتظهر على شكل تشوهات معرفية تؤدي إلى ضعف معرفي واعتبرها أساسية للتنظيم المعرفي مستقرة نسبيا تحتوي على معلومات وتجارب الماضي للفرد .

في المرتبة الثالثة يأتي مخطط التضحية المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين (orientation vers les autres) إن الأشخاص الذين يمتلكون هذا المخطط يلبون بصفة مفرطة حاجيات الآخرين على حساب حاجياتهم ويعملون ذلك بهدف الحصول على موافقتهم وتثبيت روابط عاطفية أو لتجنب الإهمال أو التخلي عنهم. وهم غالبا غير واعيين بعواطفهم الخاصة ورغباتهم الشخصية. عندما كانوا أطفال ليست لهم الحرية لإتباع ميولهم الطبيعية وفي حياة الرشد لا يحسون بالطلبات الداخلية بينما يلبون طلبات ذات الأصل الخارجي ويتابعون دائما رغبات الآخرين. إن الجذور النموذجية لهذا المخطط هو القبول الإشراطي(l'acceptation conditionnelle) : بمعنى إذا أراد الطفل أن يحس انه محبوب من قبل والديه أو الحصول على موافقتهم عليه أن يخفض من حاجياته الشخصية. وفى عائلات هؤلاء الأشخاص نجد الوالدين يهتمون كثيرا لرغباتهم الشخصية أو لمكانتهم الاجتماعية التي يضعونها قبل حاجيات الطفل.

حيث يرتبط مخطط التضحية بالتعبير عن الذات والذي يدفع الأم إلى التضحية برغباتها الشخصية لإرضاء الآخرين يرجع ذلك للقبول الإشتراطي في الطفوله وتلبية احتياجاتهم على حساب إشباع حاجاتها الشخصية ومن خلال هذا تنصاع الأم للآخرين وغالبا ما تتصرف الأم بهذه الطريقة لكي تجنب الآخرين الألم.

إستنتاج عام:

لقد تم التطرق من خلال هذا البحث الى العلاقة أم_ طفل وهذه العلاقة التي تتأثر بالبنى المعرفية الراسخة المعروفة بالمخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة لدى الأمهات لذلك فقد إنطلقنا من التساؤل:

ماهي أكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة انتشارا بين أمهات أطفال التوحد؟، مستخدمين للإجابة على هذا التساؤل المنهج الوصفي الاستكشافي وقد قمنا بتطبيق مقياس المخططات المعرفية لجفري يونغ على عينه الدراسة وقد توصلنا للنتائج التالية :

أن أكثر المخططات المعرفية غير المكيفة المبكرة انتشارا بين أمهات أطفال التوحد جاءت مرتبة وفقا لمتوسطاتها كمايلي:

مخطط عدم الإتقان/ مخطط الفشل/ مخطط التضحية بالذات.

وأخيرا ما يمكن إستخلاصه في النهاية الأمهات اطفال التوحد يعانين من شعور عدم الإتقان وقلة القيمة كذلك ينعكس هذا عليهن ليؤدي بهم للشعور بالفشل في الحياة والتضحية بكل ما لديهن في سبيل الآخرين ونأمل ان تجرى في المستقبل سلسله من الدراسات والابحاث بغرض التحقق من حده وضغط الإعاقة على الأمهات ومدى تغييرها للبنى المعرفية لدى الأمهات

توصيات

في ختام هذا البحث الذي يدور حول ما هي أكثر المخططات المعرفية غير المكيفة إنتشارا بين أمهات أطفال التوحد يمكننا الخروج ببعض التوصيات وهي كما يلي:

- التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي .
- متابعة الأم لمختص نفسي الذي بدوره يساعدها على ايجاد طرق للتعامل مع طفلها الذي يعاني من التوحد.
- تزويد الأمهات بالطرق التربوية الملائمة للطفل وحالته .
- تنظيم ملتقيات موجه للأولياء وللأمهات خاصة للتعريف بالإضطراب وفهمه وتقديم إقتراحات علاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل وأوليائه.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- أنور الحمادي، *الدليل التشخيصي الخاص* ترجمة (DSM5). اعداد وتوزيع جهاد محمد حمد.

- أبونصر، مدحت ،محمد(2004).*التأهيل ورعاية متحدي الاعاقة علاقة المعاق بالأسرة ومجتمع من منظور الوقاية والعلاج*.ط1 . ،عمان :ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع .

- اخلاص محمد وعبد الحفيظ وباهي مصطفى، حسين (2000).*طرق البحث العلمي والتحليل الاحصائي* .مصر :مركز الكتاب للنشر.

- بحوش ،عمار ومحمد ،محمود ،الذنيبات (1995) .*مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث* .الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية.

- بحوش، عمار والذنيبات، محمد محمود(2007).*مناهج البحث العلمي وإعداد البحوث* .ط4. الجزائر :ديوان المطبوعات .

- بدر، ابراهيم محمود(2004).*الطفل التوحدي .التشخيص والعلاج* . مصر :مكتبة الانجلو المصرية .

- بن ناصر، كوثر (2017). *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتعديل المخططات المعرفية غير المكيفة في حل أزمة النسق الاسري للأطفال الذاتويون* . أطروحة مقترحة نيل شهادة دكتوراه في علم النفس تخصص علم النفس العيادي .الجزائر

- بوحوش، عمار والذنيبات ،محمود، (1999).*دليل الباحث في منهجية وكتابة الرسائل الجامعية* .ط1. الجزائر :المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر.

- تواتي، عيسى ابراهيم (2017). *المخططات المبكرة غير المكيفة وعلاقتها بأنماط التعليق والتشوهات المعرفية لدى التلاميذ التعليم الثانوي* . أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي .الجزائر.

- الجلبي ،سوسن شاكر(2015). *للتوحد الطفولي أسبابه ،خصائصه تشخيصه علاجه* .دط. سوريا: دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع.

- جمال، محمد، الخطيب ومنى، صبحي الحديدي (2009).*مدخل الى التربة الخاصة* .ط1. الاردن عمان :دار الفكر.

- الحطاح ،زبيدة، (2011).*علاقة المخططات المبكرة غير الكتفية والذكاء التربية*، الجزائر.

- خليل،ايهاب، محمد واخرون(2009).*الأوتيزم "التوحد" والاعاقة العقلية* .ط1. القاهرة :مؤسسة طبية للنشر والتوزيع .

- رائد، خليل، عبادي(2011).*التوحد* .الطبعة الاولى . عمان :مكتبة المجتمع العربي للنشر.

- زميتي تينهنان (2013). *أثر نمط التعليق على المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدن أمهات أطفال التوحد* .مذكرة لنيل شهادة المستر في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.

- سوسن ،شاكر الجلبي (2010).*التوحد* . دط . عمان: ديبونو للنشر.

- السيد ،علي ،عمارة ماجدة(2005).*إعاقة التوحدين التشخيص والتشخيص الفارقي* .بط. مصر: مكتبة الزهراء الشروق.

- شبيب ،عادل جاسب(2008).*ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء* .رسالة ماجستير منشورة.

- صليحة ،فاطمةو الزهراء ،العزالي لوزاين . *المخططات المبكرة غير المكيفة لدى أولياء الاطفال الاحتياجات الخاصة _نموذجا أمهات الأطفال التوحديين* .جامعه النعامه.

- الصيوفي، محمد وعبد الفتاح حافظ (2005)،*البحث العلمي الدليل التطبيقي للباحثين* .ط1.الاردن :دار الميسرة للنشر والتوزيع .

- طاجين، علي (2007).*تطبيقات إحصائية ومبادئ منهجيه في علم النفس*. دار الغرب للنشر والتوزيع.

- طارق، عامر،(2008).*الطفل التوحدي* .دط. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر.

- عادل،عبد الله(2008).*سيكولوجية الاطفال غير العاديين*.ط1. مصر :دار الفكر للنشر والتوزيع.

- عبد المجيد ،عبد الفتاح (2011).*التربية الخاصة وبرامجها العلاجية*. ط1. القاهرة :مكتبة انجلو.

- عبيدات، محمد وآخرون(1999).*منهجية البحث العلمي قواعد ومراحل وتطبيقات* .ط2 .الاردن: دار وائل للطباعة والنشر.

- عزال، مجدي فتحي (2008) .*فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين*. رسالة ماجستير الجامعية الاردنية .

- العزاوي ،رحيم يونس كروا(2007).*مقدمة البحث العلمي* .د ط . عمان :دار دجلة للنشر والتوزيع.

- علا ،عبد الباقي إبراهيم (2011). *إضطرابات التوحد "الأوتيزم" أعراضه أسبابه وطرق علاجه*. ط1. القاهرة :عالم الكتب.

- عليوان ،محمد عذبان (2007). *الاطفال التوحديين*. دط. عمان :اليازوري العلمية للنشر

- قاسم، جمال مثقال وعبيد، ماجدة السيدة (2000) .*الاضطرابات السلوكية* .ط1. الاردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع .

- قبائلي، يحي (2001).*الاضطرابات السلوكية والانفعالية*.ط1. الأردن:دار الصفاء للنشر والتوزيع.

- قحطان ،أحمد الظاهر (2009). التوحد . ط1. عمان :دار وائل الشعان .

- القمش، مصطفى نوري (2001).*اضطراب للتوحد الاساليب التشخيص العلاج دراسات علمية*. ط1 . عمان :دار النشر والتوزيع.

- كامل، زياد اللالا والاخرون (2011) .*أسياسيات الرتبة الخاصة*. ط1. الرياض :دار الميسرة.

- متعوق ،جمال (2013).من*هجية علوم الاجتماعية والبحث العلمي* .ط1. ،القاهرة :دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع .

- مصطفى ،نوري القمش وخليل عبد الرحمان المعايطة (2007). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية* .ط1. ،عمان :دار الميسرة للنشر .

- موريس ،أنجرس (2006).*منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية تدريبات عملية* الجزائر: دار القصبة للنشر .

- نايف ،عابد الزراع (2010).*المدخل للاضطرابات والتوحد* .ط1. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

- النجار، أحمد سليم (2006). *التوحد وإضطراب السلوك*. ط1. عمان :دار أسامة للنشر.

- النجار، فايز، جمعة وآخرون (2008).*أساليب البحث العلمي منظور تطبيقي عملية* .بط .الجزائر: دار القصبة للنشر.

- نيسان،خالدة (2009).*سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والافراط*. ط1. عمان :دار الاسامة للنشر والتوزيع.

- يحي ،خولة(2000).*الاضطرابات السلوكية والانفعالية* .ط1. القاهرة:

- يحي خولة أحمد، (2004).*الإضرابات السلوكية و الانفعالية* .ط2. عمان :دار الفكر للنشر والتوزيع والطباعة .

- المراجع الأجنبية:

- Jeffrey,e-young.(2006).sous la traduction de Bérard paxal préface de jean cottraux la therapie de la schéma approche cognitive de la personnalité de la Boeck université .paris.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (2)

مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

(جيفرى يونغ)

التعليـــــمة:

بين مدى تكرار أحاسيسك بالمشاعر المعبر عنها في كل بند بوضع الرقم الذي يتناسب أو تتطابق مع حالتك على النحو التالي. مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة .

إن معلومات هذا المقياس سرية جدا و لا تستخدم إلا لفائدة علمية و نتائج هذا البحث تساهم في المساعدة النفسية و الاجتماعية للحالات المشابهة.

رقم البند	البنـــود	لا ينطبق تماما	لا ينطبق غالبا	لا ينطبق تقريب	معتدل	ينطبق تقريبا	ينطبق غالبا	ينطبق تماما
1	في غالب الأحيان لم أجد احد يعتني بى أو يهتم بما يحصل لي							
2	عموما لم أجد من الناس من أتلقى منهم الحنان، المساندة و العطف							
3	في حياتي لم أحس أنى كنت مميزا لأحد							
4	في الغالب لم أجد اى احد ينصت إلى أو يفهمني أو يكون حساس لمشاعري							
5	نادرا ما أجد شخصية قوية للإعطائى أراء صالحة أو توجيهي عندما أكون غير واثق مما على فعله							
6	غالبا ما أتعلق بالأشخاص القريبين لاني أخاف أن يتخلوا عنى							
7	أنا في أمس الحاجة إلى الناس إلى درجة انه يتخيل لى انى سأفقد من يهتم بى							
8	التفكير في آن الأشخاص المقربين منى يتخلون عنى يجعلني قلقا							
9	عندما أحس آن شخصا الذي أكون قريب منه يبتعد عنى أصبح يائسة							
10	أحيانا انشغالي بان الآخرين سوف يتخلوا عنى لدرجة أنى ارفضهم							
11	أحس آن الآخرون يستغلونني							
12	اعتقد انه ينبغي آن أبقى يقضا أمام الآخرين و إلا سيقومون عمدا بجرحى							
13	مهما طال الزمن سأتعرض للخيانة							

14	اشك في دوافع الآخرين و نواياهم							
15	أراقب عادة النوايا الحقيقة والخفية لزملائي							
16	اشعر بعدم الارتياح في المحيط الذي أتواجد فيه							
17	أنا مختلف(ة) جذريا عن الآخرين							
18	أنا متميز عن الآخرين،أنا وحيد.							
19	أحس أنى في عزلة عن الآخرين							
20	لدى انطباع أنى خارج الجماعة							
21	لا احد من الأشخاص الذين ارغب فيهم يستطيع آن يحبني عندما يرى عيوبي							
22	لا احد من الأشخاص الذين اعرفهم سوف يبقى قريب منى إذا عرفني على حقيقتي							
23	لست جديرة بالحب و الاهتمام و احتراما الآخرين							
24	لدى انطباع انى لا أستطيع آن أكون محبوبا							
25	أنا لا اقبل عادة آن أفصح عن مشاعري							
26	معظم الأشياء التي أقوم بها في حياتي ليست جيدة مقارنة بالآخرين							
27	أنا لست كفء(ة) حتى احقق النجاح							
28	معظم الناس هم أكثر كفاءة منى في مجال العمل والنجاح							
29	أنا لست موهوبة في العمل كما الآخرين							
30	لست ذكية كباقي الأشخاص فيما يتعلق بالعمل والمدرسة							
31	لا أحس أنى قادر(ة) على الاعتماد على نفسي في الحياة							
32	اعتبر نفسي كشخص تابع في فيما يتعلق بالحياة اليومية							
33	لا املك الرأي السديد الصائب							
34	أحكامي ليست صائبة في المواقف اليومية							
35	لست واثق(ة)من قدراتي على حل المشاكل التي أتعرض لها							
36	يصعب على التخلص من شعوري آن شيئا سيئا ستحدث لي							
37	اشعر آن مصيبة، أو مرض يمكن آن يحدث في اى وقت							
38	أخاف أن يعتدي علي							
39	أخاف آن افقد كل مالي و أصبح مفلسا							
40	أخاف آن أكون مصابا بمرض خطير حتى و لو لم يتم تشخيص ذلك من طرف طبيب							

41	لا أستطيع الانفصال عن والدي مثل الآخرين من عمرى							
42	أنا و والدي نميل إلى الاهتمام بحياة و مشاكل كل واحد فينا							
43	من الصعب حقا أنا و والدي الاحتفاظ بتفاصيل حياتنا الخاصة بدون الإحساس بالخيانة أو الذنب							
44	عادة لدى انطباع آن الآخرين جزء منى إلى درجة انى لا أحس بوجودي							
45	أنا متيقن انى لا أتمتع بهوية مستقلة							
46	اعتقد آن ما أريده هو ما افعله،و هذا ما يؤدى بى إلى الملل							
47	اعتقد أنه ليس لدى خيار إلا الخضوع لرغبات الآخرين و إلا سوف ينتقمون منى أو يرفضونني							
48	بالنسبة لعلاقاتي اترك الآخرين يفرضون شخصيتهم علي							
49	اترك دائما الآخرين يقررون بدلي، و بالتالي لا اعرف حقا ما أريده لنفسي							
50	كثيرا ما أجد صعوبات في حياتي في الدفاع عن حقوقي و الإفصاح عن مشاعري							
51	أنا هو(ي)الشخص الذي ينتهي به عادة العناية بالأشخاص القريبين منى							
52	أنا شخص جيد لأني أفكر في الآخرين أكثر من التفكير في نفسي							
53	أنا دوما منشغل بتلبية و تحقيق حاجات الآخرين و هذا ما يجعلني قلقا لأن لا املك الوقت الكافي اخصصه لنفسي و حاجياتي							
54	انى دائما الشخص الذي ينصت إلى مشاكل الآخرين							
55	يرى الآخرين انى الشخص الذي يفعل الكثير للآخرين و لا يعمل بما هو كفاية لنفسه							
56	يضايقني كثيرا إظهار المشاعر الايجابية							
57	أجد نفسي متضايقا في التعبير عن مشاعري للآخرين							
58	أجد صعوبة في أن أصبح عطوفا و حيويا							
59	أنا أتحكم في نفسي إلى درجة آن الآخرين يظنون انى عديم الإحساس							
60	ليست لدى القدرة على التعبير عن انفعالاتي							
61	يجب على آن أكون الأفضل في كل ما أقوم به و لا أتقبل آن اكو نفى المقام الثاني							
62	أحاول آن أكون على أفضل وجه و لا أتقبل عمل قريب من الحسن							
63	ينبغي علي تحمل مسؤوليتي							
64	اعتقد آن هناك ضغط دائم على من اجل آن انجح و أكمل انجازاتي							
65	أنا أجد صعوبة في حل المشكلات و لا أقدم مبررات لأخطائي							
66	أجد صعوبة في قبول جواب"لا"عندما اطلب شيئا من الآخرين							
67	أنا متميز إذن لا اقبل معظم القيود التي على الآخرين الخضوع لها							
68	امقت آن أكون مرغم على القيام ببعض الأشياء ا وان أكون ممنوعا من القيام بما أريد							

69	اشعر انه لا ينبغي أن اتبع الأدوار الاجتماعية المطلوبة أو امتثل للأعراف مثل الآخرين							
70	اعتقد أنه ليس مطلوبا منى أن أكون منضبط و منظم حتى أنهى الأعمال الروتينية و المملة							
71	أعتقد آن ما يمكنني القيام به له قيمة كبيرة أكثر من مساهمات الآخرين							
72	إذا لم استطع بلوغ هدفي أشعر بإحباط و أتخلى عنه بسهولة							
73	أعيش لحظة صعبة عندما يجب آن أضحي بمكافئة من اجلي تحقيق هدف طويل المدى							
74	اشعر انى لست مجبرا على القيام بأشياء لا أحبها حتى لو كانت في مصلحتي							
75	نادرا ما أستطيع الالتزام بقراراتي							