

**11. Uluslararası Güncel Arařtırmalarla
Sosyal Bilimler Kongresi**

**11th International Congress of Social
Sciences with Current Research**

**المؤتمر الدولي الحادي عشر
للعلوم الاجتماعية والابحاث الراهنة**

Antalya– Turkey

28/29/30 March 2019

**GOOD
NEWS
IS COMING**

Tam Metin Kitabı

Book of Proceedings

كتاب الابحاث الكاملة

Cilt II - Volume II - المجلد الثاني

ISBN : 978-605-80245-0-2

تاريخ الطباعة: 30 تشرين الاول / أكتوبر 2019

دار نشر: سايبيلدر (saybilder)

عدد المطبوعات: مائة كتاب

اسم الكتاب

11. Uluslararası Güncel Araştırmalarla Sosyal Bilimler Kongresi Tam Metinleri

كتاب الابحاث الكاملة للمؤتمر الدولي الحادي عشر للعلوم الاجتماعية والبحوث الراهنة

Book of Proceedings of 11th International Congress of Social Sciences with Current Research

هيئة التحرير: أسعد اللايق و سامي بسكين و حاتم فهد هنو

تصميم الغلاف: هادي إسميراي

صورة الغلاف: Photo by Annie Spratt on Unsplash

التوزيع العام وعنوان الطلب: Saybilder

Saybilder - Yeni Pazar Mah. Ali Okumuş Cad. Mevlana Sitesi A Blok ÇAYELİ / RİZE

TÜRKİYE

جدول المحتويات

1	العنوان: اتجاهات طلبة الجامعة في المجال الخدماني نحو العمل التطوعي والتكافل الاجتماعي
17	أثر سيكولوجية المسنين على مركزيتهم في المجتمعات المسلمة المعاصرة.
27	أسباب وأشكال العنف ضد المرأة.....
38	استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لدى المرأة المصابة بداء السكري المقابلة على عملية جراحية
51	الاسباب النفسية والاجتماعية للعمليات التجميلية لدى الشباب
65	الأعمال التطوعية مفاهيم ودلالات.....
83	تفعيل استراتيجية التنمية المحلية للمستدامة في اطار تعزيز ثقافة المسؤولية الاجتماعية
105	التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجه الشباب المسلم
118	التحولات الاجتماعية المعاصرة وتأثيراتها على المنظومة القيمية
128	التفكك الأسري و علاقته بجنوح المراهق.....
133	الثابت والمتغير في تاريخ النظرية الاجتماعية
141	العنف الأسري وآثاره على أفراد الأسرة.....
154	العوائق السوسيوثقافية لولوج المرأة مناصب السلطة و القرار داخل الجامعة المغربية
179	لمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة (طلبة المدرسة العليا للأساتذة بوزريعة أمودجا)
190	أي مستقبل لعلم الاجتماع؟
207	حق التوظيف والعمل للأشخاص ذوي الإعاقة.....
216	استخدام منصات التواصل الاجتماعي في تعزيز التعليم الأكاديمي لطلبة الكلية التقنية الادارية / بغداد
235	بعض المحددات المركزية الكبرى لإعداد بحث مؤسس له علميا في العلوم الاجتماعية.
245	تأثير ضغوط العمل على السلوك الإبداعي للأفراد في المنظمات.....
258	دور الجلد في في تقبل وادمج الأسرة لإعاقة التوحد.....
273	دور المعايير المهنية للمراجعة الداخلية في الحد من الفساد المالي في الشركات الصناعية الليبية (من وجهة نظر مراجع الحسابات)
295	علم الاجتماع الحضري بين الأصول الغربية والخصوصية السوسيوثقافية للمدينة العربية -دراسة تحليلية لأهم النظريات الغربية-
306	فاعلية الذات والتوجه نحو الحياة (التناؤل/التشاؤم) - دراسة مقارنة بين أبناء الوالدين المطلقين وأبناء الوالدين غير المطلقين -

- 324 عمالة الأطفال
- 331 أثر التغيرات المناخية في تغير الخواص النوعية للمياه الجوفية في الجانب الغربي لمحافظة البصرة جنوب العراق
- 342 التعمير ورهان تئمين الهوية الثقافية للمدن المغربية
- 351 المدخل التتموي وخطاب الأمانة لمكافحة الهجرة غير النظامية بالمنطقة المغاربية
- 362 المدن (الدكية) في عالمنا العربي (امكانية التحول وتحديات الادارة)
- 391 الهجرة وحالة اختلال التوازن في توزيع السكان العراق أنموذجا
- 420 دور المنهج والاتجاه الجغرافي في الدراسات والبحوث الاجتماعية
- 429 مخطوطات الجغرافيا الإسلامية في كتاب مخطوطات الموصل
- 441 Activities of Alcoholic Extract of Cotoneaster Fruits against Isolates of Pathogenic Bacteria
- 447 مشكلات إعداد خريطة إقليم جنوب العراق وفق نظام UTM في برامج نظم المعلومات الجغرافية GIS (دراسة كارتوغرافية)

دور الجلد في تقبل وادماج الأسرة لإعاقة التوحد

1. د. اسماعيلي يامنة - جامعة المسيلة - الجزائر

2. نوال بوضياف - جامعة المسيلة - الجزائر

ملخص:

بعد أن كان الاهتمام منصبا للعديد من السنوات على دراسة الظروف السلبية التي يمر بها الأفراد عند تعرضهم لصدمات نفسية و دراسة الاستجابات المرضية مع ما يصاحبها من تظاهرات وسلوكيات غير تكيفية، تفضل الباحثون إلى أن هناك من الأفراد أمام نفس الحدث الصدمي تتفجر قوتهم وتتضاعف طاقتهم وتزداد مقاومتهم ليخرجوا من تجربتهم أقوى من ذي قبل بتجاوزها والتقدم إلى الأمام لتكون لهم الصدمة بمثابة الخطوة إلى الوراء التي تدفع بصاحبها إلى الأمام. فالصدمة التي يمكن أن يكون لها مصير كارثي تراجمي قد تصبح كبداية جديدة للفرد الذي تعرض لها أين يحدث انفتاح نحو الذات و بالأخص انفتاح نحو جزء من الذات الذي لم يسبق للفرد أن تعرف عليه والذي تم إحياءه فجأة عن طريق الصدمة، لتصبح هذه الأخيرة كمناسبة للازدهار والتقدم نحو الأمام. فأصبح بالتالي ينظر لما بعد الصدمة بمنظار جديد، نظرة أمل للفرد المصدوم تفتح له آفاقا جديدة وتتركز على المصادر المتنوعة التي تتوفر لديه ليستقي منها محزونه من القوة و يسترجع بالتالي حياكة قدرته على الاسترداد والمواجهة، و في ذلك إشارة إلى مفهوم الجلد «La résilience»، ليصبح الجلد بمثابة نظرة إيجابية للصدمة النفسية. وفي تعريف جماعي للجلد في إحدى الورشات الدولية التي قدمت في حلقة دراسية حول الجلد في الصدمات، اجمع المتدخلون من اليوسنة والبرازيل، فنزويلا، كولومبيا، فرنسا، قوتلاما، مدغشقر، المالبي، رواندا... على أن الجلد هو أكثر من كونه طريقة للتكيف، بل هو القدرة على التجدد والبحث ثانية باستثمار التجربة الصدمية المعاشة بطريقة بناء بدون إنكارها، بالتقرب نحو شخص معاً بالمعنى، علما بأن الفرد غير معزول كالإلكترون الحر بل هو منتج العلاقات والتفاعلات. (Koechlin, 2002) إذ ينتج الجلد من الفرد نفسه في تفاعله مع محيطه، بين ما تحمله بصمات معاشه الداخلي والسياق الذي يتواجد به.

مقدمة:

لقد جعل الله سبحانه عز وجل العالم بشوونه وخلقه سنة في الكون فما من مرحلة من الزمن وفيها رسول، أو نبي صالح، وهي خطوة طبيعة في التربية، فما من إنسان إلا وقد تعرض لضغوطات نفسية وعملية واجتماعية ويحتاج كل شخص منا لمن يرشده ويوجهه للأفضل والأصلح، لذلك فقد خلق الله الإنسان في أحسن صورة وعلى أكمل وجه ولكن يحدث بين الحين والآخر أن تصاب أسرة نسبة الحظ إذ صدق القول في أعز ما لديها وهي فلدة كبتها وأعلى ما تملك، وهو طفلها الذي قد يصاب في أحد حواسه مثلا أو قدراته أو ما يشوه هذه الصورة الجميلة كأن يولد طفلا توحديا.

لذا فإن هذه المأساة التي تحول الطفل إلى طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يجعل من واجبنا ومن واجب الأسرة ومن واجب كل فرد معني بهذه الشريحة أن يقدم المساعدة ولو بقدر قليل إلى جانب هذه الشعلة التي كانت مضاءة لتطفئ في ذكرى النسيان وتحميش، ولكي تضيء هذه الشعلة علينا أن نبذل لها كل أنواع المساعدة والإعانة سواء المادية أو المعنوية وحتى نستطيع نحن وهو التغلب على هذه المعضلة، أي الإعاقة والتعايش معها ليصبح شخصا أو فرد سويا منتجا فعالا لذاته ولجمعه.

لذلك يجب علينا نحن كأخصائيين نفسانيين ومختصين معالجين لهذه الإعاقات قبل خوض غمار هذه المشكلة .
التساؤلات من بينها، كيف يتعامل الأولياء مع أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة؟ كيف تستطيع الأسرة التغلب على
تشعر به؟ هل يصمد الزوجان ويواجهان ويتصدیان هذه الضغوطات؟ وهل للحد والدصر دور في تجاوز هذا النم
النمائية السلوكية؟؟؟؟.

أولاً: تعريف الجلد ومصدره:

جلدٌ على تحلل الكاره - جلدٌ على مواجهة الشدائد : " قوي -

تعريف كلمة "الجلد" عن القدرة على مقاومة الاضطراب، يرجع أصلها إلى الكلمة اللاتينية « Résilientia » أو «
والتي تعني باللاتينية « re+ Salire » حيث تشير البادئة « re » للحركة إلى الوراء، و « salire » أو «
إلى القفز أو الوثب أي بالرجوع إلى الأمام، وهو ما لجأ إليه سيروولنيك Cyrulnik للإشارة إلى الجلد «
بالرجوع إلى القاموس (فرنسي-عربي) فإن كلمة « Résilience » تترجم بالارتدادية أو الرجوعية و المرونة و
الجسم الممطوط على استعادة حجمه و مقاومة الضغط. و مفهوم الجلد مفهوم فيزيائي تم استعارته في العلوم ال
ترجمته بمركز الإرشاد الفلسطيني والمراكز الثقافية الفرنسية بغزة، القدس، رام الله ونابلس تحت تسمية "الجلد" ب
واللأم، في حين ترجمها المركز الإسرائيلي لعلاج الصدمات النفسية بـ "الاسترداد". إلا أنه يفضل تناول كلمة الجلد
العربية للتربية و الثقافة و العلوم لما في ذلك من دينامية وخاصة إنسانية. و بتطبيقه في المجال النفسي "فإن الجلد
على المقاومة وحسب، لكن أيضا تجاوزها والتقدم إلى الأمام لتكون له الصدمة بمثابة خطوة إلى الوراء تدفع بصاح
جسارة إلى الأمام." (Vouche, 2009).

و يعتبر الجلد أكثر من كونه مفهوماً، فهو واقع حياة وواقعيه أمل وفن الوثب. فهو مقارنة جديدة تلقي الضوء علم
تتوفر للفرد و مفهوم واسع تتدخل فيه العديد من العوامل، سيروورة معقدة يصعب تحليلها و مخزون كامن لدى
الفرصة للبروز خاصة إن توفرت عوامل الحماية اللازمة في الوقت المناسب والظروف الملائمة باستنفاذ مصادره الداخلي
لإعادة توازنه.

فيعد أن كان الاهتمام منصباً للعديد من السنوات على دراسة الظروف السلبية التي يمر بها الأفراد عند تعرضهم لصد
دراسة الاستجابات المرضية مع ما يصاحبها من تظاهرات وسلوكيات غير تكيفية، تفتن الباحثون إلى أن هناك
نفس الحدث الصدمي تتفجر قوتهم وتتضاعف طاقتهم وتزداد مقاومتهم ليخرجوا من تجربتهم أقوى من ذي قبل
إلى الأمام لتكون لهم الصدمة بمثابة الخطوة إلى الوراء التي تدفع بصاحبها إلى الأمام. فالصدمة التي يمكن أن يكون
تراجيدي قد تصبح كبدية جديدة للفرد الذي تعرض لها أين يحدث انفتاح نحو الذات و بالأخص انفتاح نحو
الذي لم يسبق للفرد أن تعرف عليه والذي تم إحياءه فجأة عن طريق الصدمة، لتصبح هذه الأخيرة كمناسبة للآز
الأمام. فأصبح بالتالي ينظر لما بعد الصدمة بمنظار جديد، نظرة أمل للفرد المصدوم تفتح له آفاقاً جديدة وترت
المتنوعة التي تتوفر لديه ليستقي منها مخزونه من القوة و يسترجع بالتالي حيائة قدرته على الاسترداد والمواجهة، و
إلى مفهوم الجلد « La résilience »، ليصبح الجلد بمثابة نظرة ايجابية للصدمة النفسية. وفي تعريف جماعي ل
الورشات الدولية التي قدمت في حلقة دراسية حول الجلد في الصدمات، اجمع المتدخلون من البوسنة والهرزيل، قد
فرنسا، قوتلاما، مدغشقر، المالي، رواندا...على أن الجلد هو أكثر من كونه طريقة للتكيف، بل هو القدرة على
ثانية باستثمار التجربة الصدمية المعاشة بطريقة بناءة بدون إنكارها، بالتقرب نحو شخص معياً بالمعنى، علماً بأن

كما الإلكترولون الحر بل هو منتج العلاقات والتفاعلات. (Koechlin, 2002) إذ يتبع الجلد من الفرد نفسه في تفاعله مع محيطه، بين ما تحمله بصمات معاشه الداخلي والسياق الذي يتواجد به.

و إن كانت الدراسات حول الجلد تعتبر حديثة نسبياً بداياتها ترجع إلى 1970 لكنه يضرِب بجذوره في أعماق البشرية. فهو مفهوم واسع كانت فكرته موجودة منذ زمن بعيد من خلال ما ذكر في الأساطير، الكتب المقدسة، الأدبيات و القصص العالمية التي كانت تحاك حول الموضوع كنقطة إيجابية في الوجود الإنساني وكحقيقة يمكن ملاحظتها. فبما يرى فيه البعض كحلة جديدة لمفهوم قديم، فإن عدد من الباحثين يعارضون ذلك و يرون بأن " الجلد بما يتم تناوله حالياً فكرة جديدة و يعبر عن نظرة حديثة تحدد رؤيتنا نحو الآخر والاهتمام به، و هو شيء لا يجب إنكاره في بروز المفهوم. " (Manciaux, 2004)

و قد تولد المفهوم بفضل علم النفس الاجتماعي الأمريكي، ترجع فكرته إلى ما أشار إليه بول كلودال Paul Claudel بالمرونة الأمريكية والذي يعبر عنه كطبع أمريكي متأصل، يجمع في معناه بين المرونة والارتدادية، المصادر و المزاج المرح. (Tisseron, 2003) استرعى بعدها اهتمام الفرنكفونيين اتسع ليشمل عدد من المجالات وهو ما أسهم في إلقاء نظرة أشمل وإعطاء نفس جديد للبحث فيه. و يعلق إيونسكو Ionescu (2008) بأن هذه الجذور الثقافية للجلد هو ما أعطى انطلاقه ودفعه لعلم النفس الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأنجلوسكسونية. لكنه يرفض الرؤية التي تحصر الجلد في الطبع الأمريكي ليؤكد على أنها ميزة عالمية كانت دائماً موجودة لدى كل الشعوب، لكن غير معروفة لسببين وهو ما يؤكد عليه مانسيو Manciaux (2001) و في ذلك يقول: " لأنه لم يكن يتوفر لدينا مصطلحاً للتعبير عنه في العديد من اللغات، ولأن النظرة سواء في مجال البحث أو العلاج و التكفل كانت متجهة ولعقود من الزمن للأعراض والنتائج السلبية."

ثانياً: مفهوم الجلد وعلاقته بمصطلح المرونة النفسية:

- تتميز الحياة بكثرة التغيرات والتحويلات التي تشكل ضغوطاً على الإنسان الذي يلجأ إلى التأقلم معها، فمثلاً تتغير الظروف داخل الأسرة وتتغير ظروف العمل وتتوتر العلاقات الاجتماعية وتتعدد الظروف الاقتصادية وتصاب صحة الإنسان بالوعكة أو المرض، وتشكل هذه التغيرات ضغوطاً على الإنسان الذي يلجأ إلى الاستجابة لها فيعدل سلوكه، وتختلف قدرة الأفراد على مواجهة الصعوبات والضغوط الحياتية بحسب قدرتهم على التكيف والانسجام مع هذه التغيرات ، ويشير (كاردرس، 1998) بأن "خاصية المرونة لدى الإنسان تتسق مع قابلية التغير في الطبيعة وتغير الفعل الإنساني والاجتماعي ومن ثم فإن هذا الوضع يستلزم مهارة و إبداعاً وتجديداً في الفكر وفي السلوك وفي تقدير نتائج الغير، وهذه المهارة تتضمن التكيف اجتماعياً؛ التكيف المقترن بروح المعاشرة الاجتماعية، ويتجسد هذا الفكر في العمل الاجتماعي المتجدد" (خرنوب، 2010: 960).

تتميز الحياة بكثرة التغيرات والتحويلات التي تشكل ضغوطاً على الإنسان الذي يلجأ إلى التأقلم معها، فمثلاً تتغير الظروف داخل الأسرة وتتغير ظروف العمل وتتوتر العلاقات الاجتماعية وتتعدد الظروف الاقتصادية وتصاب صحة الإنسان بالوعكة أو المرض، وتشكل هذه التغيرات ضغوطاً على الإنسان الذي يلجأ إلى الاستجابة لها فيعدل سلوكه، وتختلف قدرة الأفراد على مواجهة الصعوبات والضغوط الحياتية بحسب قدرتهم على التكيف والانسجام مع هذه التغيرات ، ويشير (كاردرس، 1998) بأن "خاصية المرونة لدى الإنسان تتسق مع قابلية التغير في الطبيعة وتغير الفعل الإنساني والاجتماعي ومن ثم فإن هذا الوضع يستلزم مهارة و إبداعاً وتجديداً في الفكر وفي السلوك

وفي تقدير نتائج الغير، وهذه المهارة تتضمن التكيف اجتماعياً؛ التكيف المقترن بروح المعاشرة الاجتماعية، ويتجسد هذا الفكر في العمل الاجتماعي المتجدد" (خرنوب، 2010: 960).

أ. لغة: قال ابن فارس: "مرن - الميم الراء والتون - أصل صحيح يدل على لين شيء وسهولة" (معجم مقاييس اللغة، 1979: 313)، وجاء في لسان العرب: (مَرْنٌ يَمْرُنُ مَرَانَةً وَمُرُونَةٌ: وهو لين في صلابة، وَمَرَنْتَ يَدَ فُلَانٍ عَلَى الْعَمَلِ أَي صَلَّيْتَ واستمرت، و المرانة: اللين" (الأحمدي، 2007: 2).

ب. اصطلاحاً: يعرف رزوق (1979: 278) المرونة بأنها خاصية في الفرد تساعد على التكيف والتلاؤم، وهي ميزة تشير إلى الانفتاح على صعيد القدرات والاستعداد من جانب الفرد لتطويعها و ملائمتها للظروف المستجدة. ويعرف الطحان (1992: 181) المرونة النفسية بأنها "القدرة على التكيف في المواقف التي تحمل الإحباط حيث يلتمس الحلول المختلفة للمشكلات ولا يظهر العجز عن مواجهتها".

ويعرفها الصوفي (1996: 141) بأنها هي "الحد الفاصل بين الثبات المطلق الذي يصل إلى درجة الجمود، والحركة المطلقة التي تخرج بالشيء عن حدوده وضوابطه، أي أن المرونة حركة لا تسلب التماسك، وثبات لا يمنع الحركة".

ورد في إصدارات الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA: 2002) في نشرة بعنوان الطريق إلى المرونة النفسية الذي ترجمه للعربية محمد السعيد أبو حلاوة أن المرونة النفسية هي "عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، الصدمات، النكبات، أو الضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقة مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل والمشكلات المالية.

ويعرفها الأحمدي (2007: 3-4) بأنها هي "الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التكيف بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيسر الحلول".

كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تحطيمها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار"

وتعرف المرونة في علم النفس على أنها "القدرة الإيجابية للفرد على التكيف مع الضغوط النفسية، وتمكنه من أداء وظائفه بشكل جيد" (Masten, 2009).

وبين أزلينا و شاهير (Azlina & Shahrir, 2010) أن المرونة النفسية هي قدرة الفرد على التعافي من الأمراض، الاكتئاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال.

من خلال العرض السابق لمفهوم المرونة النفسية فإنه من الممكن أن تعرف المرونة النفسية بأنها قدرة الفرد على مواجهة المواقف المختلفة بفاعلية والرد عليها بشكل عقلائي، وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين، أساسها الود والاحترام المتبادل وتقبل الآخرين.

2. المرونة النفسية و علاقتها ببعض المصطلحات الأخرى

2.1 مرونة الأنا :

تعرف مكتبة ويلسون للتعليم 2005 المرونة بأنها "القدرة على استخدام مهارة البصيرة وهي تبدأ بالعمل عندما يتم إدراك الاختلاف في العلاقة الإنسانية، وعندما يتم التصرف بطرق مخالفة لتحسين العلاقة، وبهذا تكون المرونة هي الاستعداد والقدرة على إجراء التعديلات المؤقتة في الاستجابة السلوكية وعندما تصل إلى الحسم في بناء العلاقة مع الآخرين، ويعرفها الخطيب بأنها "

القدرة على مواجهة ضغوط الحياة وتحدياتها الصعبة، وأن يحيا الإنسان فيها حياة كريمة، وهي المقدرة على التفاعل اجتماعياً مع الآخرين، والصفح والأمل، وأن يجعل الإنسان معنى للحياة فيها (الخطيب، 2007: 1054).

وينيد (McMillan et-al, 1992: 412) أن هناك مجموعة من العوامل المكونة لمرونة الأنا في الشخصية تتمثل فيما يمتلك الإنسان من القدرات ومنها قدرة الفرد على:

- الاحتفاظ بسعادته من خلال إحساسه بأنه سوف يحقق الهدف الذي يسعى جاهداً إليه.
 - قدرة الفرد على العمل المنتج، والسعي الحثيث على بنائه النفسية، والاجتماعية، والعقلية، والأكاديمية، والحلقية... الخ.
 - المحافظة على أمنه النفسي، وتقبل ذاته ومعرفتها و إدراكه الحقيقي لها وللآخرين والمحيطين به.
 - المحافظة على الكفاية التواصلية البيئية الشخصية وقدرته على المحافظة على علاقات واقعية مع الآخرين في بيئته.
 - الاحتفاظ بكيونته الشخصية وثقافته وروحانياته الحلقية (الخطيب، 2007: 13).
- ## 2.2 المناعة النفسية:

مفهوم فرضي، ويقصد به قدرة الشخص على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وانتقام، وأفكار ومشاعر يأس وعجز وانه انحرامية وتشاؤم، وتقسّم المناعة النفسية إلى ثلاث أنواع:

- مناعة نفسية طبيعية : وهي مناعة ضد التأزم والقلق وهي موجودة عند الإنسان في طبيعة تكوينه النفسي الذي ينمو من التفاعل بين الوراثة والبيئة. فالشخص صاحب التكوين النفسي الصحي يتمتع بمناعة نفسية طبيعية عالية ضد الأزمات والكروب، والقدرة على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعاب، وضبط النفس.
- مناعة نفسية مكتسبة طبيعياً : وهي مناعة ضد التأزم والقلق يكتسبها الإنسان من التعلم والخبرات والمهارات والمعارف التي يتعلمها في مواجهة الأزمات والصعوبات السابقة.
- مناعة نفسية مكتسبة صناعياً: وهي تشبه المناعة الجسمية التي يكتسبها الفرد في حقن الجسم عنداً بالجرثومة المسببة للمرض، للحد من خطورتها وتبقي مناعتها مدة طويلة، وتسمى مناعة مكتسبة فاعلة (مرسي، 2000: 96-97).

كما سبق يتضح أن المناعة النفسية هي بمثابة مقاومة الفرد لكافة المواقف والأحداث الحياتية التي يتعرض لها الفرد، وقدرته على تحمل مصاعبها وتصديه لها بفاعلية ومرونة عالية، حيث تساعده على التكيف والتعايش مع ظروف الحياة القائمة.

3.2 الثبات الانفعالي:

يعرفه القريظي (1998) بأنه " تلك الحالة الشعورية السوية التي يبدي فيها الفرد استجابة انفعالية لطبيعة الموقف أو المثير الذي يستدعي هذه الانفعالات، سواء من حيث نوعية الاستجابة (و ملائمتها)، وشدة الاستجابة (كميتها)، ومدى ثباتها واستقرارها بالنسبة للمواقف الواحدة والمثيرات المتشابهة" (عودة، 2001: 68) ويعرفه تفاحه (2009: 276) بأنه التعايش مع الأحداث والمواقف بالثبات النسبي، مع القدرة على ضبط النفس واستقرار الحالة المزاجية، والاعتدال في إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية.

4.2 الهدوء الانفعالي

وهو القدرة على مواجهة الظروف المختلفة في الحياة المحسنة منها والسيئة بالشجاعة والحزم والبهجة والانشراح والمساواة والرضا (كامل، 1997 : 26) .

5.2 الاتزان الانفعالي

وهو أن يكون لدى الفرد القدرة على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة ولديه مرونة في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية بحيث تكون استجابته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات (حمدان، 2010 : 37) .

ويوضح ريان أن الفرد المتزن انفعالياً يستجيب للمواقف والمشاكل التي تواجهه بأسلوب يتصف بالمرونة وعدم التطرف والمبالغة والانفعال أو المغالاة في الاستجابة للمواقف الانفعالية المختلفة، فهو شخص يشعر بالتفاؤل، والبشاشة، والاستقرار النفسي والتحرر إلى حد كبير من الشعور بالإثم والقلق، والوحدة النفسية، لذا فإن الاتزان

الانفعالي هو حالة التروي والمرونة الوجدانية حيال المواقف الانفعالية المختلفة التي تجعل الأفراد يميلون لهذه الحالة الأكثر سعادة، وهدوءاً وتفاؤلاً، وثباتاً للمزاج، وثقة في النفس (ريان ، 2006 : 40) .

3. العوامل ذات العلاقة بالمرونة النفسية:

بينت الجمعية الأمريكية لعلم النفس في منشوراتها وجود العديد من العوامل ذات العلاقة بالمرونة النفسية والتي تعمل على تعديل الآثار السلبية الناتجة عن مواقف الحياة الضاغطة .

وقد بينت العديد من الدراسات أن العامل الأساسي في تكوين المرونة النفسية هو وجود الرعاية، والدعم، والثقة والتشجيع سواء من داخل العائلة أو من خارجها، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل قدرة الفرد على وضع خطط واقعية لنفسه، الثقة بالنفس، النظرة الإيجابية للذات، تطوير مهارات الاتصال والتواصل والقدرة على كبح المشاعر الحادة (APA, 2010) .

ومن العوامل التي تساعد على استمرارية المرونة لدى الأفراد:

- القدرة على التكيف مع الضغوط النفسية بفاعلية وبطريقة صحية.

- امتلاك الفرد لمهارات حل المشكلات.

- اعتقاد الفرد بوجود شيء يمكن القيام به للسيطرة على المشاعر الحادة والتكيف مع الظروف الطارئة.

- توافر الدعم الاجتماعي.

- الاتصال والترابط مع الآخرين مثل العائلة أو الأصدقاء.

- المعتقدات الدينية.

- البحث عن المعاني الإيجابية للمواقف الصادمة (Matthew, 2007) .

وتأتي المرونة من ثلاثة مصادر تتمثل في: الدعم الخارجي الذي يحافظ على استمرارية المرونة، القوة الداخلية الذاتية التي تتكون مع مرور الوقت، وامتلاك مهارة حل المشكلات التي تساعد الفرد على مواجهة المحن والشدائد (Grotberg, 2002) .

ثالثاً-الجلد و عوامل الحماية

يعرف روتر Rutter (2001) عوامل الحماية في إطار الجلد على أنها العوامل التي تسعى لتعديل استجابات الأفراد في الوضعية التي تمثل خطراً بتقليص أثر هذا الخطر و الاستجابات السلبية. و أظهرت الأبحاث التي أقيمت حول تفصي عوامل الحماية بأنها تتمثل في عدد منها. ويمكن إجمال هذه العوامل في المتغيرات الوراثية و البنائية، الاستعدادات و الخصائص الشخصية، مساندة المحيط الأسري والخارجي وأيضاً إمكانية الاعتماد على الدعم الاجتماعي و نوعيته. و خلص قارمزي Garnezy (1991) من خلال ملاحظاته أن الجلد يرسو على ثلاثة ميادين لعوامل الحماية هي العوامل الفردية، العوامل الأسرية و العوامل الساندة.

و يشير توسينون Toussignant و Van Hoolland, (2005) إلى أن تطوير الفرد للجلد يرجع للتواصل المستمر بينه و بين بيئته الهيطة، و التحليل في هذا المستوى لا يحدث على خط مستقيم بل على مستوى مختلف النظم المكونة له، إذ ينتج الجلد عن تفاعل بين مستويات مختلفة من النسق. و من منظور النظام الايكولوجي « Ecosystémique »، يرى تيريس و لاروس (Terrisse et Larose, 2001) بأن عوامل الحماية ترتبط بالفرد ذاته في تفاعله مع مختلف مستويات هذا النظام الايكولوجي الذي يتحول باستمرار عبر الزمن (chronosystème) بتطور التفاعلات عبر الزمن (عوامل الحماية و عوامل الخطر)، و كذا للتفاعلات داخل المستويات نفسها (عوامل الحماية و عوامل الخطر). حيث كل مستوى من مستويات النظام الايكولوجي من شأنه تشكيل عوامل حماية و لكن أيضاً عوامل الخطر. و عليه فإن التفاعلات المدرجة ضمن مختلف مستويات هذا النظام هو ما يمكنه أن يقود الفرد نحو وضعية الفشل أو على العكس من ذلك لأن يصبح فرداً جلوداً. حيث تتركز على الخصائص الداخلية للفرد (ontosysteme) المزاج، التفكير و الاستعدادات العقلية، العوامل البنائية و العوامل المكتسبة، العوامل العضوية و العوامل النفسية، و ذلك حسب مختلف المراحل: قبل، أثناء و بعد الميلاد) ثم على الخصائص الأسرية (microsystème) (الدفع الإنساني، التماسك و الاهتمام من طرف الوالدين، شبكة الدعم الأسري، العوامل السوسيو اقتصادية و العوامل النفس اجتماعية...)، و بعد ذلك على خصائص النظم الوسيطة (mésosystème) (المدرسة، الحي)، و في الأخير على خصائص التجمعات (exosystème) (المؤسسات، المنظمات، الجمعيات) و macrosystème الذي يعبر عن الحويصلة الثقافية التي يعيش الفرد بداخلها (القيم، الايدولوجيا نماذج اجتماعية ثقافية، قوانين، سياسة).

كما أكد عدد من الباحثين على أن عوامل الحماية ليس لها نفس الوزن بحيث قد تكون آثارها قوية أو بسيطة، كما أنها غير مستقلة عن بعضها البعض، وترتبط بالطريقة التي قد تساهم فيها المصادر الاجتماعية في تقوية المصادر الفردية، كما قد تطلق العوامل الفردية ردود فعل إيجابية في شبكة الدعم. (Vatz Laarousi, 2004). كما ينهب هانيس (Hanus, 2001) مارتن و آخرون (Martin et Al, 2005) للتمييز بين معنيين للجلد:

- الجلد بمعناه الضيق Résilience Stricto sensu، و الذي يعبر عن السيورة الفردية التي تسمح للفرد بتفعيل قدرات خارجة عن المؤلف. وهي تكشف عن نفسها، تتضاعف وتتطور، ترجع إلى تعرض الفرد إلى الخن والصدمات وتجاوزها.

- الجلد بمعناه الواسع والمقترون بسيورة النمو، ترتبط بالقدرات الكامنة في كل فرد والتي يمكن تقاسمها في إطار الجماعة أو العشيبة أو الأسرة.

و على العموم، فردية كانت هذه العوامل أو جماعية، فإن الجلد يتطور حسب محورين

● المحور النفسي الداخلي: و يتركز على الخصائص الفردية و المتمثل في:

- القدرة على وضع التمثيلات، بناء الخيال و منه تسيير الأحاسيس والانفعالات والحالة الجسمية التي تثيرها الصدمة.

- القدرة المعرفية على معالجة المعلومات و القدرة على التنظيم الذاتي، التخطيط، تحديد الأهداف الذي يرجع لقدرة التحكم المتزامن في الانفعالات.

- القدرة على تنشيط سيرورة التفكير و الابتكار والإبداع والتي تم تطويرها من خلال إيمان الفرد بقدراته.

● المحور العلائقي التفاعلي : حيث لا يمكن الحديث عن الجلد دون وجود علاقات مدعمة و محيط مرجعي يلجأ إليه الفرد للتزود بالطاقة اللازمة لتحدي الصعاب و هو ما يتفق عليه مجموعة من الباحثين حول نسج الروابط بين الفرد و المحيط، وهو ما أشار إليه Cyrulnik بدعم الجلد «Tuteur de résilience»

و عند حديثنا عن المحيط المرجعي، فانه من الضروري إعطاء مكانة مركزية و أساسية للأسرة بما لها من قدرة على تطوير مصادر أفرادها و قدراتهم لمواجهة الشدائد بيعتهم على الازدهار و التقدم نحو الأمام. و عليه فسنبوجه اهتمامنا في هذه الورقة البحثية بأكثر قوة لعوامل الحماية الأسرية بما تشكله من محور تفاعلي كونها تحوي الفرد الذي ينشأ بداخلها و تشكله بما تكسبه من تمثيلات و تشجع عليه من روابط بغرس جذورها و تغذيتها.

و سنسعى إلى إبراز عوامل الحماية المتوفرة للفرد المصدوم في إطار الأسرة من خلال البحث عن العناصر التي تساعد على تخطي حالة الصدمة و تعزيز القدرة على الاسترداد بالارتكاز على نوعين من الدعم النظري الذي سيوجه تناولنا: نظرية التعلق و ما يشمله من بعد سيكودينامي، و مفهوم الغلاف النفسي بما في ذلك العلاقات النفسية الداخلية و العلاقات بين إنسانية.

ومن المؤكد أن اي شخص قريب منك يعرف عن الصعوبات التي تواجهها مع الطفل التوحدي ، ربما من خلال مشاهدتك و أنت تتعامل مع السلوكيات المشكلية ، أو ربما يعرفون ذلك من خلال حديثك عن المصاعب التي تعاني منها ، و ربما تساءل حول كيفية شرح الصعوبات الخاصة بك للآخرين

بداية عنك أن تكون صريحا و أن لا تخفي أي شيء ، و انك بذلك لم تعمل شيئا خطأ ، يمكن أن تشرح أن لدى طفلك توحدا وان مشكلة بيولوجية تؤثر على التواصل و التعليم و السلوك و هذا كل ما يمكن أن نقوله لوصف طفلك ، و تقديم معاناتك للآخرين وان الأفراد يختلفون في ردود فعلهم للأخبار الجديدة ، و قد يكون معظمهم داعما لك ، القصور في فهم ماذا تقول ، فهم بحاجة إلى وقت إلى فهم و إدراك ماذا قلت أو المخاوف من الإعاقة أو التعبير عن الشفقة للموقف الذي تمر به (Brill, 1994) و يقترح بريل مجموعة من الإرشادات لمساعدتهم و مساعدة نفسك :

رابعا: عرض نتائج تحليل /مقابلة لحالة توحدا:

- طفلة توحديدة 7 سنوات.

وتم أيضا تحليل شبكة الملاحظات استنادا إلى المعطيات التالية:

- مشكلات الاسرة و التواصل الاجتماعي.

- مشكلات انفعالية.

- مشكلات سمعية بصرية.

- مشكلات النشاط الحركي المعرفي.

- بعض السلوكيات الشاذة.

1- عرض نتائج تحليل شبكة ملاحظة/مقابلة لطفلة توحدية:

الاسم: نبيلة. ع.

العمر: 7 سنوات.

التشخيص الطبي: توحّد.

مدة تواجدها في المركز: سنتين.

الحالة العائلية: طلاق.

1. مشكلات الأسرة والتواصل الاجتماعي:

بعد تحليل شبكة الملاحظات المدونة في عملية تسجيل الملاحظة والمقابلة تم التوصل إلى أن هذه الطفلة تعاني من صعوبة كبيرة في التفاعل مع الآخرين أو في أي نشاط اجتماعي مع زملائها وزميلاتها.

كما تعاني من حالة انطواء شديد نتيجة لرفضها للواقع، حيث يلاحظ على هذه الفتاة نقص كبير في الابدانة، ونقص شديد أيضا في الارتباط النوعي، وفشل في بناء العلاقة وفي نمو التفهم العاطفي بصورة ملحوظة (Empathie).

2. مشكلات انفعالية:

تعاني هذه الطفلة من حساسية مفرطة إلى جانب الحزن الطويل، مما انعكس ذلك على سلوكياتها حيث تظهر الكثير من العدوانية، وعدم القدرة على تحمل المضايقات، واضطراب شديد في النوم.

3. مشكلات سمعية بصرية:

تتركز هذه المشكلات في عدم الاستجابة لبعض الإرشادات المقدمة من المربيات أو أخصائي المركز البيداغوجي، إضافة إلى أن ردود أفعالها متناقضة اتجاه الأصوات نتيجة قلة الاستجابة للمثيرات الحسية، كما لوحظ أنها تعاني من انخفاض ملحوظ في الصوت واللغة ورفض للكلام، حيث يعد العجز الكبير في الحروفات النمو اللغوي من المؤشرات الرئيسية في تشخيص اضطراب التوحدية والأطفال التوحديون.

4. مشكلات النشاط الحركي المعرفي:

حيث لوحظ على هذه الفتاة غياب كبير للعب الاستكشافي، فهي تلعب بطريقة تفتقر إلى التنوع، والإبتكارية والتخيل، وتقليل من مظاهر الرمزية، وتميل إلى المحافظة على رتبة الأشياء وترفض أي تغيير لمكانها أو طريقة لعبها... الخ.

5. بعض السلوكيات الأخرى الشاذة:

إضافة إلى شبكة الملاحظات السابقة تم ملاحظة بعض الأعراض الشاذة مثل صعوبة في مفهوم الزمان مثل عدم التفريق بين اليوم والغد، بين الأسبوع والأيام، وصعوبة في فهم معنى كلمة فوق/تحت أو يمين/يسار.

تفسير النتائج وفق فرضيات الدراسة:

إن اضطراب التوحد هو اضطراب سلوكي نمائي، ورغم أن الأدلة تساند الاتجاه البيولوجي إلا أن الواقع يؤكد بأن لهذا الاضطراب أساس نفسي واجتماعي، حيث من خلال شبكة للملاحظات المسجلة تم استنتاج أن عينة الدراسة (حالتين: أنثى وذكر) كلاهما من أسرة تعاني من تصدع وتفكك عائلي، حيث أن الحالة الأولى في وضعية طلاق، والحالة الثانية تعاني من فقدان الأم (حالة وفاة)، ووضعية استبدال الأم بزوجة أب كبديل لا يلبى حاجات الطفل النفسية والعاطفية إلا في حالات نادرة. وهذا الشكل من الأعراض من شأنه أن يبطئ أو يقوي الجلد بالنسبة للطفل وللعائلة معا.

والدراسات التي جاءت لتقارن بين الأطفال التوحديين من حيث علاقاتهم بأبائهم وأبنائهم أثبتت أن وجود أي انحراف في وظيفة الأسرة يؤدي إلى اضطراب في النمو، وهذا لأن الأطفال التوحديين يكونون أكثر حساسية لعدد من التغيرات في بيئتهم وفي علاقاتهم مع الآخرين (8).

ونجد (Winnicott) (9) يركز على اضطراب المحيط وبالنسبة له أن البيئة ليست بيئة الطفل بل بيئة في تفاعل بين (الفرد أي الطفل والمحيط).

فإذا كان المحيط ناقصا أو عاجزا فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب في النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي.

فإذا انطلقنا من فرضية أن اضطراب الأم (عدم قدرتها على أداء وظيفتها النفسية) أو الأب أو كلاهما يؤدي إلى إصابة الطفل بهذا الاضطراب، فالطفل التوحدي يعاني من عرض أساسي وهو ضعف الانتماء إلى الآخر والانطواء على الذات وهذا العرض يحتاج إلى إقامة علاقات واستثارة ببعض الحوافز التي تثيره لإقامة علاقات مع العالم الخارجي. فإذا كانت الأم سلبية أو غير موجودة (غائبة) أو مضطربة أي قاصرة وغير قادرة عن حماية طفلها وتأميته وحبه ومساعدته على الاهتمام واستثمار العالم الخارجي، فهذا ما يجعل الطفل ينسحب من العلاقة، ومن العالم الخارجي المخيف وهذا نتيجة لكثرة الإحباطات والضغط وعدم قدرته على مواجهة المثيرات الخارجية والداخلية. فالأم كعامل نفسي تلعب الدور الوقائي والحماي للطفل.

وبذلك نلاحظ أن الفرضية الأولى والثانية قد تأكدت نسبيا مع أن المنهج المستعمل في هذه الدراسة والذي اعتمد على دراسة حالات من الأطفال المتوحدين وهو ما لا يسمح لنا بتعميم هذه النتائج إلا في حالات تكون خاضعة لنفس الخصوصية ونفس الشروط، لأن عينة البحث كانت عينة متاحة أي ما توفر لدينا في الوقت الحالي، وليست عينة المجتمع الأصلي.

إن تناول عوامل الحماية في إطار الجلد من منظور نموذج التعلق لوحده فيه من الاختزال، كونه يقرن ظهور الجلد بدينامية أسرية خاصة في مراحل الطفولة المبكرة ترتبط بمنطقة حساسة لتعلق الطفل، باعتبار توفر نموذج أمومي جيدة قبل بلوغه الست سنوات من عمره ضرورة حتمية لإطلاق سيرورة الجلد. بحيث الخروج عن هاته المعايير الأسرية تؤدي بأفرادها إلى الوقوع في الصدمات، و هو ما ذهبت إليه اينسورث (Ainsworth) (و فوناجي (Fonagy) في (Anaut, 2002). غير أن الملاحظات التي قدمها كيبا و زملائه (Cupa et al, 2000) تقود لرفض هذه الافتراضات، إذ يؤكد على أن الروابط العاطفية و روابط التعلق تشكل بالتفاعل المستمر مع محيط دينامي، متغير و متفتح على التجارب الجديدة، و بأن أنماط التعلق لا يتم تأسيسها بطريقة نهائية، بل يمكنها أن تتطور عند البعض، من مرحلة الطفولة إلى تعديلات المراهقة أو حتى في مراحل متأخرة من حياة الفرد و التي تمنح فرص لإعادة التنظيم النفسي له. كما يشير إلى أن هذه العلاقات لا تنشأ بالضرورة في المحيط الأسري، و لكن أيضا في مجال الروابط خارج أسرية و ذلك بالاستناد على الدعم الاجتماعي للدلالة على مرونة بعض الأفراد ودورهم الإيجابي.

أما بالنسبة لمعطيات المحيط الجزائري تؤكد على مدى تداخل العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية في هذا الاضطراب.

لمناقشة هذه القضية تم الاستعانة ببعض الدراسات بالوسط الجزائري، وبناء عليه فقد تم الاستعانة بالمنهج المكتبي التحليلي الذي يعتمد على محاولة تحليل بعض الإحصائيات والتقارير المتعلقة بالدراسة.

ففي الجزائر لا توجد دراسات معمقة في هذا الموضوع في حدود اطلاعنا لكن يمكننا الاستعانة ببعض الدراسات المتوفرة مثل:

1. دراسة أحمد عايد (10): يشير محمد عايد في دراسته التي أجراها بمصلحة الطب العقلي بهران أن من بين (166) طفلا ومراهقا تم فحصهم خلال السنة (1983-1994) أن (44) يعانون من اضطرابات ذهانية طفولية توزع كالتالي:

نوع الذهان	العدد
توحد Autisme	14
ذهان تخلف Déficit	11
ذهان الكيون	01
اختلال النمو Dysharmonie	06
ذهان المرافقة	04
ذهان الصدمة Psychose de traumatisme	08
المجموع	44

وحسب نتائج هذه الدراسة:

- يصاب الطفل الوسيط بمعدل 44/33.

- يصاب الطفل من محيط محروم وفقير بمعدل 44/35.

- كلما كانت الظروف المعاشية والعلائقية رديئة كلما زادت نسبة الإصابة بهذه الاضطرابات.

ملاحظة:

هذه النسب ليست دالة كثيرا لأن الكثير من الحالات المرضية يفلت من العلاج نظرا لبعد المسافة وفقير بعض العائلات، ولتجاهلهم لهذا المرض من ناحية واستعانتهم بالعلاج التقليدي من ناحية أخرى.

* وبعد تحليل شبكة الملاحظات الجمعية لأفراد العينة المدروسة وبعد تحليل ومناقشة النقاط التالية:

- المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.

- العوامل الاجتماعية.

- العوامل الصحية.

تم استنتاج أن معطيات المحيط الجزائري تؤكد على أن ليس هناك سببية أحادية لهذا المرض، وإنما هناك عوامل متداخلة.

نتيجة:

العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية داخل الأسرة تلعب دورا في مضاعفة الإصابة بتوحد الأطفال.

حيث يلاحظ في العائلات ذات الدخل المتوسط الاضطرابات الصغرى كالعصاب.

ويلاحظ في العائلات ذات الدخل الغير ثابت الاضطرابات الكبرى كالنوح.

وتجدر الإشارة إلى أن نقص الخدمات الصحية الخاصة بالطفولة في مراقبة الحمل والولادة ومتابعة نمو الأطفال خاصة الولادات المتكررة أو المتقاربة تسهم في تفاقم هذه المشكلات.

وكذلك بعض الإحصاءات تشير إلى أن نسبة الإصابة بتوحد الأطفال يرجع إلى:

* نسبة كبيرة من زوجين من نفس فصيلة الدم (Consanguins).

* رداءة صحة الأم (عدد الولادات المتكرر).

* صدمات الولادة.

* كثرة الولادات الخديجة (Prématuré).

* الولادة في سن متقدم وعدم استعمال موانع الحمل.

وبذلك نصل إلى تأكيد أن معطيات المحيط الجزائري إحصائيا ومكثيا وتقنيا تشير إلى تعدد الأسباب وأن إثبات وجود الأسباب النفسية لا يمنع على الإطلاق من مساهمة العوامل العضوية، ولكن الاعتراف أيضا بالعوامل العضوية والجينية لا يقضي العائلة والمحيط بل إن المساعدة النفسية والتكامل وسبل الوقاية من العوامل التي تساعد على مواجهة هذه المشكلات.

و من منظور، روشي (Rouchy) في (Anaut, 2005) أن إمكانية تجاوز و إرضان الأزمات بطريقة فعالة و مجدية تتوقف على استناد الفرد على " جماعة الانتماء الأولية" التي نشأ الطفل بداخلها بما توفره من دعائم عاطفية والتي تساهم في بناء الفضاء العلائقي الذي تتحقق في غضون فردانية الطفل و مجتمعه، غير أن (Rouchy) يوجه اهتمامه إضافة إلى ذلك لمساهمة "جماعة الانتماء الثانوية" و التي تشير إلى أهمية العلاقات الاجتماعية على هذا التجاوز. و هو ما ركزت عليه دراسات روتر (Rutter et al, 1990)، فانيسندانيل و لوكمت (Vanistendael et Lecomte 2000) ، إذ أشاروا إلى أهمية العلاقات المحيطة خارج أسرية في تطوير الجسد. و أضاف (Rutter et al, 1990) إلى أن الروابط التي تتم حياتها مع أفراد في إطار العلاقات الاجتماعية تسمح للأفراد بتطوير ميكانيزمات دفاعية تكيفية و تطوير عوامل حماية تساعد على تجاوز الوضعيات المأزمية بطريقة ناجحة و مجدية بالرغم من وجود فشل أو هشاشة في البيئة العلائقية الأسرية الحالية للأفراد.

نتيجة عامة:

يلعب المحيط (الوالدين) على وجه الخصوص دورا في تعزيز الحساسية لاضطراب التوحد، وأن ما يورث ليس التوحد كما ترى الدراسات الجينية، ولكن ما يورث هو القابلية للإصابة حيث يعمل المحيط على إصلاحها بإيجابته أو يعمل على تفاقمها بسلبته.

قائمة المراجع

1- ساجد عمارة (2005). اعانة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارق. الطبعة الاولى ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

2- ماهر عمر (1988). سيكولوجية العلاقات الاجتماعية. الاسكندرية : دار المعارف الجامعية .

- 3- مجدي حبيب (1995). اساليب للمعاملة الوالدية و حجم الاسرة كمحددات مبكرة لتطرف الابناء في استجاباتهم. مجلة علم النفس ، العدد (33) ، 60-85 .
- 4- مجدي غزال (2007). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال التوحدين في مدينة عمان. رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا - جامعة عمان.
- 5- مجمع اللغة العربية (1985 -I). المعجم الوسيط. الطبعة الثالثة ، الجزء (2) ، الشرقية : مطابع الأونست.
- 6- مجمع اللغة العربية (2003) . المعجم الوجيز. القاهرة : الهيئة العامة لشؤون المطابع الاميرية .
- 7- محمد خطاب (2005) . سيكولوجية الطفل التوحدي. الطبعة الاولى ، عمان : دار الثقافة .
- 8- محمد السيد حلاوة (1998). النخلف العقلي في محيط الاسرة. الاسكندرية : للنكب العلمي للنشر و التوزيع.
- 9- محمد عبد الرحمان ، منى خليفة (2004). مقياس جيليام لتشخيص التوحدة. القاهرة : دار السحاب.
- 10- محمد عبد الرحمان ، و منى خليفة ، و ابراهيم مسافر (2005). رعاية الاطفال التوحدين : دليل الوالدين و المعلمين. الطبعة الاولى ، القاهرة : دار السحاب للنشر و التوزيع.
- 11- محمد الحوي (1985). قاموس التربية. بيروت : دار بيروت للطباعة .
- 12- محمد النوي (2000). اساليب للمعاملة الوالدية و علاقتها بمستوى الطموح لدى الاطفال الصم. رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة الزقازيق.
- 13- محمد الرازي (1939). مختار الصحاح. الطبعة الخامسة ، القاهرة : المطبعة الاميرية بولاق
- 14- محمد الفوزان (2000). التوحد/المفهوم -التعليم -التدريب : مرشد الى الوالدين و المهنيين. الرياض : دار علم الكتب للطباعة و النشر.
- 15- محمد بيومي (2000). مقياس لمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للطور للأسرة ، سيكولوجية العلاقات الاسرية. القاهرة : دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- 16- محمد كامل (1998). من هم ذوي الاوتيزم ؟ و كيف نعددهم للضح ؟ القاهرة : مكتبة النهضة العربية .
- 17- محمد شاهين (2002). دراسة لمشكلات أسر الاطفال التوحدين و تصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها. رسالة ماجستير ، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان.
- 18- محمود حمودة (1991). النفس اسرارها و امراضها. الطبعة الثانية ، القاهرة : دار المعارف.
- 19- محمود حمودة (1998). الطب النفسي للطفولة و لمراقبة لمشكلات النفسية و العلاج. الطبعة الثانية ، القاهرة : دار المعارف.
- 20- محمود منسى ، محمد بيومي (1988). برامج العنف التلفزيوني و علاقتها بالسلوك العدواني. مجلة التربية المعاصرة ، القاهرة ، العدد (9) 99-130.
- 21- محي الدين حسين (1987). التنشئة الاسرية و الابناء الصغار. سلسلة الالف كتاب ، العدد (50) ، القاهرة : الهيئة المصرية للكتاب.
- 22- مشيرة اليوسفي (2005). التفوق و التأخر العقلي. المنيا : دار الفولي للطباعة.
- 23- مكى مغري (2005). برنامج ارشادي مقترح باستخدام الحاسب الالى و الوسائط المتعددة في خفض حدة السلوك العدواني لدى الاطفال للمعاقين عقليا " الفابلين للتعلم". رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة جنس الوادي.
- 24- منار حلوة (1997). العلاقة بين القبول/الرفض الوالدي و السلوك العدواني لدى الابناء الصم من الجنسين في المرحلة العمرية (14-18) سنة. رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليل للطفولة - جامعة عين شمس.
- 25- منير البعلكي (2003). المورد 'انجليزي -عربي'. الطبعة السابعة و الثلاثون ، بيروت : دار العلم للملايين.

- 26- ميلاد بشاي (2002). القاموس الطبي. الطبعة الثانية ، بيروت : دار بيروت للطباعة .
- 27- ناجي عبد العظيم (2002). تعديل السلوك العدواني للأطفال العاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة .القاهرة : زهراء الشرق .
- 28-نادية ابو السعود (1997). الاضطراب التوحدي لدى الاطفال و علاقته بالضغط الوالدية ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة -جامعة عين شمس .
- 29-نادية ابو السعود (2002). فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات و العواطف لدى الاطفال المصابين بالتوحدي و اباؤهم .رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة -جامعة عين شمس .
- 30-نادية الهيا (1991) . مساعدة الاسرة من خلال التدخل المبكر .مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين ، القاهرة ، ابريل ، 17-25 .
- 31-تيميل عبد الفتاح و نادر قاسم (1993). مقياس عين شمس لإشكال السلوك العدواني لدى الاطفال . الطبعة الأولى ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- 32-نسرين لاشين (2005). بعض للمشكلات النفسية الشائعة لدى اخوة الاطفال التوحديين .رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة -جامعة عين شمس .
- 33-هالة كمال الدين (2001) . تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد .رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة -جامعة عين شمس .
- 34-هدى عبد العزيز (1999). الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالاوتيزم .رسالة ماجستير ، كلية الاداب -جامعة عين شمس .
- 35-هدى فتاوي (2005) . الطفل تنشئته و حاجاته . الطبعة الثالثة ، القاهرة : مكتبة الانجلو لمصرية .
- 36-عشام الخولي (2007). الاوتيزم . الطبعة (1) ، بنها : دار المصطفى للطباعة .
- 37-وفيق مختار (2001). مشكلات الاطفال السلوكية .القاهرة : دار العلم و الثقافة .
- 38-يوسف القريوطي ، و عبد العزيز السرطاوي ، و جميل الصمادي (1995). المدخل إلى التربية الخاصة .الامارات العربية للتحدة ، دبي : دار القلم

ثانيا : المراجع الاجنبية

- 39-American psychiatric Association (1994) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders .4th Ed , (DSM-IV) Washington , DC :Author , 44-69.
- 40-Autism Society of America (1999). Evaluation of different treatment developed & maintained on behalf on the ASA .New York .John son & Ben Dorman.
- 41-August , J; Gerlad , T. (1987). Fenfluramine response in high and low functioning autistic children .Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry , 26(3) : 342-346.
- 42-Bengt , S.(2002). Coping strategies and parental attitudes .A acomarison of parents with children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children .International journal of Circumpolar Health , 61(2) : 36-40.
- 43-Bill , M.(2001). Keys to parentind the child with autism .New York : Hauppauge.

44-Balir , O & Particia , C .(1996) .parental perception of the lifestyle changes associated with having an autistic child .A gender comparison .Journal of Autism and developmental Disorders , 26(4) :143.

45-Buss , A & Perry , M .(1992) . the aggression questionnaire , Journal of personality and social psychology , (63) : 452-459.

: