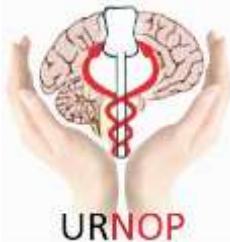


# **SCIENCES DE L'HOMME**

---



**Revue de l'URNOP Unité de Recherches  
Neurosciences Cognitives - Orthophonie - Phoniatrie**  
Université d'Alger 2

---

## **SCIENCES DU LANGAGE**

*Numéro coordonné par Ahmed Fadli & Wafa Bedjaoui*

**N° 17 - Janvier 2016**  
**ISSN 1112-8054**

## **Comité scientifique**

### **Rédacteur en Chef, Directeur de la Revue, Président du CS**

Pr Nacira ZELLAL - URNOP - Université d'Alger 2

### **Vices-Présidents du CS**

Dr Meriem BEDJAOUI, ENSSP, URNOP

Dr Wafa BEDJAOUI, URNOP- Université d'Alger 2

### **Conseil Scientifique de l'URNOP**

AMRANI, S., Université de Batna  
BADAOUI, M., Université d'Alger 2  
BARKA-DAHANE, Z., USTHB  
BEDJAOUI, M., ENSSP  
BEDJAOUI, W., Université d'Alger 2  
BELMIHOUB, K., Université Alger 2  
BENABBAS, S., Université Alger 1  
BOUCHENTOUF, M., Université Alger 2  
BOUKHRISSA, A., ENSSP  
DOUMANDJI, G., MESRS  
IZEMRANE, A., UMMTO  
FADLI Ahmed, Université de Blida  
FERCHOULI Fatma Zohra, ENSSP  
TERKMANI, W., Université Alger 2  
TIDJANI, T., Université Alger 2  
TRIBECHE, R., Université Alger 2  
ZIANE, S., Université Alger 2  
ZEGHAR, D., Université Alger 2  
ZELLAL, N., Université Alger 2  
ZELLOUF, M., Université Alger 2

### **Membres extérieurs**

ABID, A.-B., Université Badji Mokhtar, Annaba  
AIMAD EDDINE, S., AOMSud, Marrakech, Maroc  
BOSREDON, B., U. Paris 3, France  
BOUSKRAOUI, M., Faculté de Médecine et Pharmacie  
Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc  
BOUZIDA, A., U. d'Alger 2, Algérie  
CHERFA, Y., LARIM, Université de Blida, Algérie  
DELEN, N., Université d'Istanbul, Turquie  
FEUILLARD, C., Université Paris Descartes, France  
GONZALEZ-MONGE, S., CHU de l'Est, Lyon, France  
HAMDANI, A., IERA, Rabat, Maroc  
HARIDI-LARBI DAHO, L., CHU Beni Messous, Algérie  
KHIATI, M., CHU Salim Zmirli, Algérie  
LEGROS, D., U. Paris 8, France  
MINOR-CORRIEAU, M., Université Laurentienne,  
Sudbury, Ontario, Canada  
RAJI, A., Hôpital des Spécialités, Rabat, Maroc  
ROZ, K., AOMSud, Marrakech, Maroc  
SRAGE, N., Université Libanaise, Liban  
SERON, M., Institut Libre Marie Haps, Belgique  
VAN EEKHOUT, Ph., Hôpital Pitié Salpêtrière  
ZELLAL, N., USTHB, Algérie

## SOMMAIRE

	اضطراب المعارضه مع الاستفزاز- تشخيص و علاج نفسي لحالة من خلال المنظو السلوكي المعرفي	
4	برزان حسيبة، فاضلي أحمد..... دور البرامج المعلوماتية فعالية في تقييم اضطرابات الحسي دراسة مقارنة	22
12	تحليلي لساني معرفي قاسمي صالح..... L'autisme infantile : articulation entre neurosciences et psychanalyse	..... Lallem Lounés
31	دراسة تحليلية لبعض سمات الشخصية للاعبين كرة القدم بأعمار (10-12) س - دراسة ميدانية لبعض نوادي كرة القدم لولاية الشلف زيان سعيد، بو علي لخضر..... دراسة تحليلية لمختلف أبعاد صورة الذات عند المراهقات المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثرها على مستوى التحصيل الدراسي زلوف منيرة.....	.....
43	Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction de la douleur, la dépression et l'invalidité fonctionnelle chez les lombalgiques chroniques M'hamel Assia.....	..... 65
73	جرائم القتل في الوسط الأسري : اضطرابات الشخصية وأنماط التعامل - محاولة فهم وتجاوز مخاطر الإساءة الجسمية والنفسية قاصب بوعلام.....	.....
86	Apport des méthodes projectives chez les enfants instables psychomoteurs Boucherit Saci..... المشكلات الأسرية للأبناء المراهقين و الحاجة إلى الإرشاد بداوي مسعودة.....	..... 81
98	الذاكرة النشطة وتأثيرها على عملية القراءة لدى الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب اللغة الخاص عنو عزيزة..... L'acte culturel, vecteur essentiel dans l'apprentissage scolaire et la reconstruction du Self Bouchentouf Mehadjia.....	..... 110

## اضطراب المعارضة مع الاستفزاز تشخيص و علاج نفسي لحالة من خلال المنظور السلوكي المعرفي

برزوان حسيبة \* فاضلي أحمد\*

\*جامعة الجزائر 2 - URNOP

\*\*جامعة البليدة 2 - URNOP

### 1. مفهوم العلاج السلوكي المعرفي

العلاج المعرفي السلوكي هو اتجاه علاجي حديث نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة و العلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، و يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا و انفعاليا و سلوكيا بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج و المريض تتحدد في ضؤئها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة و اعتقادات لاعقلانية مختلفة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض و ما يتربى عنها من ضيق و كرب. و يتميز هذا العلاج بأن المريض يتحمل مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي.

(عادل عبد الله محمد، 2001).

و حسب شابيل فريديريك و موني بونوا (Chappelle, F., Monie, B. & al, 2011) فإن العلاجات السلوكية و المعرفية في نهاية السبعينيات اجتمعت تحت نفس المصطلح ألا و هو "العلاجات السلوكية المعرفية" و نقطتهم المشتركة هي أنها كانت ناتجة عن مناهج علمية و تجريبية سمحت في إطار نموذج واحد بهم العميل، و ما هي إمكانيات الكفالة النفسية. إنه النموذج الذي يركز على الجمع بين المحيط و الأفكار و الانفعالات و السلوكيات.(Chappelle, F., Monie, B. et al., 2011). كما ننوه إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يرتبط بطرق تعديل الأفكار و الانفعالات من خلال مواجهة مباشرة للمواقف. و أكمل البرامج تحتوي على الاسترخاء. (Cottraux, J., 2001).

### 2. المميزات التشخيصية لاضطراب المعارضة مع الاستفزاز

إن المميزات التشخيصية لاضطراب المعارضة مع الاستفزاز(trouble oppositionnel avec provocation) تتمثل في مجموعة من السلوكيات المتكررة السلبية، الاستفزازية، العاقصية، العدائية اتجاه الأشخاص الذين يمثلون السلطة. و التي تستمر لفترة ستة أشهر على الأقل. و يظهر هذا الاضطراب عند ظهور 4 من السلوكيات التالية : الشخص يصبح في حالة غضب، يعارض ما يقوله الراشدين، يعارض بشدة أو يرفض أن يستجيب إلى طلبات و قواعد الراشدين، يقوم بأشياء تزعج الآخرين، عندما يقوم بأخطاء أو سلوكيات غير لائقه يلقى المسؤولية على الآخرين، ينزعج من طرف الآخرين بسهولة، يغضب و يظهر مشاعر الاستياء، يتظاهر بأنه شرير و حقد.

إن السلوكيات السلبية و الاستفزازية هي مستمرة، و تظهر من خلال العناد، و مقاومة إتباع التعليمات و رفض وضع الحلول الوسطية، و رفض إيجاد الحلول الوسطية مع الراشدين و الأقران. و الاستفزاز يمكن أن يترجم عن طريق موقف معتمد و مستمر يرتكز على اختبار حدود الآخرين، و تجاهل الأوامر أو تحديها، و رفض التوبیخ الناتج عن الأفعال السيئة. و العدائية(hostilité) يمكن أن توجه للراشدين أو اتجاه الأقران، و تترجم عن طريق إرادة معتمدة لإزعاج الآخرين أو عن طريق عدوانية لفظية، و بصفة عامة عدوانية جسدية متلما هو الحال في اضطراب السلوكيات. و لا يمكن أن نلاحظ هذا الاضطراب من خلال الفحص العيادي، لأنه لا يظهر إلا من خلال التفاعلات مع الراشدين و الأقران الذين يعرفهم العميل جيدا.

و عادة الأفراد لا يعترفون بأنهم عدائين أو استفزازيين بل يبررون سلوكياتهم كاستجابات لطلبات غير واقعية أو مواقف غير منصفة (Guelfi, J. D. et al., 2003) (circonstances injustes).

### 3. التحليل الوظيفي (L'analyse fonctionnelle)

وضع (كوترو. جون) (Cottraux, J., 1995) شبكة التحليل الوظيفي (SECCA) التي تجمع العناصر التالية: منه، مشاعر، معارف (الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات)، سلوك، والتوقعات. و هذه الشبكة هدفها تطبيقي محض، حيث تحتوي على جزء آني (حالي) و الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه، عاطفة، أفكار، سلوك، و توقعات و علاقتهم بالمحيط الاجتماعي). كما تحتوي على جزء تاريخي و الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل (Cottraux, J., 1995).

## 4. منهجية البحث

### 1.4 أدوات البحث

#### 1.1.4 الملاحظة

تم استخدام الملاحظة المباشرة من خلال ملاحظة سلوكيات الحالة في المدرسة و طريقة تفاعلها مع المحيط المدرسي (من تلاميذ، معلمين، و إداريين).

#### 2.1.4 المقابلة العيادية

تم استخدام المقابلة النصف الموجهة قصد جمع المعلومات. و بما أننا اخترنا المنظور السلوكي المعرفي لعلاج الحالة فقد بدأنا بالبحث عن سبب الاستشارة النفسية، التركيز على المشكل (متى و كيف و لماذا؟). و بعد إنشاء العقد العلاجي تم اختيار الاستراتيجيات العلاجية الملائمة.

#### 3.1.4 الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المراجع

بما أن الحالة هو مراهق و يعاني من مشاكل سلوكية، تم الاستعانة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المراجع. و هذا من أجل تحديد أي نوع من الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها.

#### 4.1.4 مقياس تقدير الذات لكوبر سميث (Coopersmith, S., 1967).

مقياس تقدير الذات كوبر سميث تم بنائه من قبل كوبر سميث، و هو يحتوي على (25 بند) يشتمل على البنود الإيجابية و البنود السلبية. و قد تم اختيار هذا المقياس لأنه يقيس الاتجاه التقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية، و الأكاديمية، و الشخصية.

## 5. تقديم الحالة

الحالة (ز) تلميذ في السنة الثالثة متوسط، عمره 16 سنة. تم تحويله من قبل معلمه في التربية البدنية، قصد الكفالة النفسية. و حسب معلمه يعاني التلميذ من مشاكل سلوكية في المدرسة (مع كل معلميته و زملائه)، و المشكل الغالب و الظاهر يتمثل في معارضته ما يقال له و استفزاز الآخرين. فهو يعارض بشدة و يرفض ما يطلب منه و كذا تطبيق القوانين الخاصة بالمدرسة.

(ز) هو مراهق يعيش في أجواء أسرية غير مستقرة، و ترتيبه الخامس ضمن 7 أخوة و أخوات. حسب العميل الأب مهنته حداد، و هو بحالة صحية غير مستقرة، متسلط، يحب ابنه الأكبر أكثر من أبناء الآخرين. الأم ماكتة في البيت، و هي دائماً كانت تخضع لسلط و عدوانية الأب. و يضيف (ز) بأنه بعدما كان يحب أخيه الأكبر، أصبح يكرهه لأنه كان يخبره في السابق بكل شيء، أما الآن أصبح يخفي عنه الكثير من

الأشياء، مثل محاولة هروبه خارج الجزائر على متن سفينة، و لكنه استرجع من طرف الشرطة. و يقول كذلك العميل بأنه بسبب الأخ الأكبر أصبح متهمًا من طرف أصدقائه، أنه كذلك مدمn على المخدرات. و بصفة عامة علاقة الحالة مع كل أفراد عائلاته، و جيرانه، و أصدقائه غير جيدة ما عدا شخص واحد و هي الجدة التي يحبها لأنها تفهمه - حسب رأيه -. علاقة (ز) مع أمه تتميز بالتناقض الوجدي (يحبها و يلومها في نفس الوقت)، فيما يخص إدراكه للمؤسسة التي يدرس فيها كمؤسسة تربوية، و بيداغوجية، فقد صرح بأنه لا يطيق أحد في هذه المدرسة. و لا يثق في أحد. و يضيف بأنه في الابتدائي كان معلمه متهمين، الشيء الذي لم يجده في المتوسط ، فهو يكره كل المواد ماعدا التربية البدنية (معلم جد متهم)، أما مادة التاريخ و الجغرافيا (أحياناً نعم و أحياناً لا).

أما علاقته بصفة عامة مع المعلمين فهي جد سيئة لأنه و بحسب رأيه يستعملون معه أساليب استفزازية مثل: "اذهب إلى الإداره، احضر أولياء أمرك، احضر تذكرة الدخول، سوف تطرد". كل هذا يجعله في حالة غضب و تمرد، و يدفعه لإثارة الفوضى في القسم. فيما يخص أفاقه المستقبلية فهو يقول بعدما كان في الماضي يرغب في أن يكون طبيباً أصبح حالياً يريد أن يصبح تاجر ليتمكن بالحرية. يعاني المراهق من حرمان مادي (عدم دفع الأب لمصاريف المدرسة)، و حرمان عاطفي و الذي يظهر من خلال قسوة الأب، و شخصية الأم محمية تماماً مما عزز الإحساس بالتبذل و الحرمان داخل المنزل. أما رأي العميل في المشكلة فهو يؤكد بأن العائلة و المدرسة هم المسؤولان عن حالته. و هو يشكو من مجموعة من السلوكيات و المشاعر السلبية منذ تقريباً سنة. و تتمثل في مجموعة من الأعراض التالية :

- 1- الشعور بالغضب الشديد : أي ملاحظة توجه إليه سواء داخل القسم أو خارجه تجعله في حالة توتر و غضب، مما يجعله يبتعد عن الآخرين و يهدى عليهم.
- 2- معارضه كل ما يقال له: هو دائماً يعارض الآخرين خاصة الراشدين مثل أبوه، و أخيه الأكبر، أمه، و معلمه "أقوم دائماً بعكس ما يطلبوه مني لأنهم لا يفهمونني، و لا يحبونني"
- 3- إثارة الفوضى و إزعاج الأقران: في القسم أثير الفوضى و أزعج أقرانه انتقاماً من عدم فهمه لوضعه، "أزعج و أستفز المعلمين أثناء شرحهم للدرس ، كما أزعج أقرانه و أصياغهم".
- 4- الحساسية الكبيرة: و التي تظهر من خلال غضب العميل من الآخرين و انزعاله.
- 5- يتظاهر غالباً أنه شرير و حقد: و يتجلّى لنا ذلك من استفزازه و عدم تسامحه مع الآخرين من خلال قوله : " أنا لا أعرف المزاح ، و لا أتسامح مع أي فرد مهما أن كان، من يجرحني أكون معه قاسي و شرير. الشيء الذي يقلقي أنني أصبحت شريراً و حقد مع كل الناس، ما عدا جدتي في البيت، و تلميذ واحد، و تلميذة واحدة فقط في كل المدرسة".
- 6- النقد الذاتي جد منخفض : مثل " أنا فاشل في دراستي و سوف أطرد، الكل يكرهني سواء في البيت أو في المدرسة".

## 1.5 التحليل الوظيفي (Analyse fonctionnelle) :

### 1.1.5 التحليل الماضي (Analyse diachronique) :

التبسيق (Anticipation)	- أنا مرفوض و منبود الكل يستعمل معي الأساليب القاسية سواء المعلمين أو الإداريين - الأقران لا يحبونني لأنني في نظرهم شرير و حقد و عدواني.
(Situation) الموقف	- المدرسة - البيت
(Émotion) الانفعال	- حساسية كبيرة - الشعور بالتوتر و الغضب - الشعور بالحقد - الشعور بالاشمئزاز. - الشعور بالكراءة اتجاه الآخرين.
(Cognition) الأفكار	- أنا فاشل في دراستي و سوف أطرد، الكل يكرهني سواء في البيت أو في المدرسة" - عائلتي لا تفهمني، و لا تحبني - أبي يفضل أخي الأكبر - أصبحت أفك أنني مرفوض و منبود من طرف عائلتي. - أريد أن أنجح في حياتي لكنني أخاف أن أصبح كأخي الأكبر، فكل يفهمني بأنني أتعاطي المخدرات مثله. - أريد أن أبني علاقات جيدة مع أقراني لكن أصن أنني مرفوض لأنني لا أستطيع ضبط نفسي، أغضب بسرعة. - أظن أنا الكل يخاف مني بسبب قسوتي.
(Comportement) السلوك	- إثارة الفوضى و إزعاج الأقران - الاستفزاز اللفظي للمعلمين أثناء شرحهم للدرس - مضايقة الآخرين - رفض و معارضة كل ما يقال له.

### 2.1.5 التحليل الحالي : (Analyse synchronique)

#### شخصية العميل

- التناقض الوجوداني اتجاه الأم
- مشكلة الغضب و العداونية أصبحت معرقلة لإرادته
- الكف، شخصية جد حساسة
- رغبة و دافعية في النجاح.

#### العناصر المفجرة للاضطراب

- سلوكيات أغليبية المعلمين المتميزة بالعداونية اللفظية، و عدم تقدريهم للعميل المراهق، الشيء الذي أثر على شخصيته الحساسة جدا.
- عدم تحمل تجنب الأقران و نظرتهم السلبية له.

## الأحداث المعلجة للإضطراب

- شخصية الأب المسلطية و عدم توفير الحنان للعميل.
- تفضيل الإناء الأكبر على الإناء الآخرين و خاصة العميل
- فقدان ثقة الأخ الأكبر الذي أصبح يخفي على العميل كل شيء .
- المشاكل المادية داخل الأسرة.

من خلال التحليل الوظيفي، نلاحظ لدى العميل فلقاً كبيراً ناتجاً عن عدم تفهم المعلمين و الأقران لحاليه المزرية، بالإضافة إلى غياب حنان الوالدين، و الشخصية المسلطية لدى الوالد الذي عزز سلوك معارضه الآخرين.

ونظراً لحساسية المرحلة النمائية التي يمر بها (ز) - المراهقة - فإنه يشعر أن الآخرين يريدون سلب حريته، و من خلال شخصيته الحساسة فإن هذا الأمر كان سبباً كافياً لتعزيز سلوكيات الاشمئاز من الآخرين. كما أن علاقته السلبية مع محیطه الأسري و المدرسي و الاجتماعي عززت الشعور بالتقدير الذاتي الواطئ.

## 6. الفرضية

من خلال التحليل الوظيفي و الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع المرجع، و مقياس تقدير الذات لكوبير سميث (S. Coopersmith) الصورة الخاصة بالكبار من 16 سنة فما فوق حيث بلغت درجة تقدير الذات الكلية 20 لدى العميل ما بين 20 و 39 درجة ، وهي تشير إلى تقدير ذات منخفض . ومن هذا يمكننا القول أن العميل يعاني من اضطراب المعارضه و الاشمئاز الناتج عن التشوّهات المعرفية المعممة على جميع المواقف. كما أن الأفكار السلبية عززت التقدير الذاتي الواطئ لدى المراهق.

## 7. الإستراتيجيات العلاجية المستعملة

لعلاج نوبات الغضب الناتجة عن عدم الاستقرار الوجداني، و التشوّهات المعرفية، و التقدير الذاتي المنخفض تم اختيار الإستراتيجيات العلاجية التالية :

- 1- الاسترخاء
- 2- إعادة البناء المعرفي
- 3- التدعيم الاجتماعي الإيجابي
- 4- تقنية تأكيد الذات

بما أن العميل لديه أفكار سلبية و التي كان لها تأثير كبير على الجانب الانفعالي - السلوكي (كما يتكلم العميل عن الأفراد المحبيطين به و خاصة مدرسيه و عائلته الذين هم في نظره لا يحبونه و يكرهونه. كان يتوتر و ينفعل و يصبح قلبه يدق بسرعة و ينتابه غضب شديد. و هذا ما يجعله دائمًا يستفز الآخرين و يعارض كل ما يقال له. و عليه قمنا بتدريب العميل على الاسترخاء في المواقف المستعجلة (تخفيض درجة التهوية)، التي تتمثل في خفض الإيقاع التنفسـي (ralentir le rythme respiratoire) هذا ما يؤدي إلى الانخفاض الانفعالي العام سواء كان جسدي أو تنفسي : لا نفكـر بـنفسـ الطـرـيقـةـ فيـ حـالـةـ سـرـعـةـ أوـ انـخـفـاضـ النـبـضـاتـ القـلـبيـةـ).

- وضعية الاسترخاء تكون في حالة الجلوس.
- تخفيض درجة التهوية.
- التركيز على التنفس و هذا بادراك جيد كل شهيق و زفير (البحث عن التنفس المربيح أكثر).

ثم محاولة مساعدة العميل على عدم التركيز حول الأفكار السلبية، و عدم انساب بصفة منتظمة مسؤولة كل ما يحدث من مشاكل حوله إلى نفسه.

- تسجيل الأفكار الآلية أثناء الحصة و تحديد شدتها مع تسجيل أي اقتراح لأفكار أكثر عقلنة.

### مثال جدول (01) يوضح آلية تسجيل المواقف / المشاعر و الأفكار الآلية ، والأفكار الأكثر عقلنة

الأفكار الأكثر عقلنة	أفكار آلية	موقف / مشاعر
تسجيل الأفكار المعاكسة للأفكار الآلية أي الأفكار التي يراها أكثر عقلنة	تسجيل الأفكار الآلية التي تسبق أو تأتي بعد المشاعر	وصف الحدث و الأفكار التي تتبعه تسبب مشاعر قاسية
الفشل في دراستي ليس معناه أذن عاجز، و الفشل لا يعني عدم الاحترام، و لا يعني الرفض و النبذ.	ـ أنا فاشل في دراستي و سوف أطرب، الكل يكرهني سواء في البيت أو في المدرسة".	ـ أنا مرغوب و منبود الكل يستعمل معني الأساليب القاسية سواء المعلمين أو الإداريين.
درجة اعتقاده في الأفكار المناقضة للأفكار الآلية من (0 إلى 8) هي 1	درجة اعتقاده في هذه الأفكار من (0 إلى 8) هي 8	مشاعر التوتر و الغضب و الكراهة شدة انفعاله من (0 إلى 8) هي 7
إعادة تقييم العميل لأفكاره الآلية بعد الاختبار المناقض (0 إلى 8) هي 4		

في كل مرة كنا نستعمل هذه الجداول لتغيير الأفكار الآلية، بحيث في كل حصة تنخفض درجة اعتقاداته للأفكار الآلية حتى وصلت إلى 0 و بالتالي غياب الأفكار.

بما أننا لاحظنا أن التقدير الذاتي للعميل منخفض قمنا باستعمال تقنية التدعيم الاجتماعي الإيجابي. حيث كنا ندعم العميل إيجابياً عندما يسلك سلوكيات إيجابية سواء كانت لفظية أو أخرى وقد لاحظنا أن هناك ثلاثة أشخاص يتكلم عنهم العميل بطريقة إيجابية، و هم معلم التربية البدنية الذي يحبه، و طفل و فتاة يرتاح لهما ، و بالتالي كنا نركز على التدعيم الإيجابي من خلال بعض الادراكات الإيجابية لدى العميل. و بما أن الحالة لها مشكلة في العلاقات مع الآخرين و مشكلة في تأكيد الذات، قمنا بإختيار تقنية تأكيد الذات بهدف تقديم المساعدة على تحسين مستوى العلاقات مع الآخرين ، و تعلم كيفية تأكيد الذات من خلال التعبير على مشاعر الرفض أو القبول بكل صراحة و عفوية. و فيما يلي جدول بين درجات تقدير الذات المتحصل عليها قبل و بعد العلاج السلوكي المعرفي.

## جدول رقم (02) يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لتقدير الذات

الدرجة المتحصل عليها بعد العلاج	الدرجة المتحصل عليها قبل العلاج	أبعاد تقدير الذات
<b>20</b>	<b>11</b>	<b>الذات العامة</b>
7	3	<b>الذات الاجتماعية</b>
6	2	<b>المنزل و الولدين</b>
7	4	<b>العمل</b>
<b>40</b>	<b>20</b>	<b>الدرجة الكلية</b>

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه مدى ارتفاع درجات تقدير الذات لدى الحالة بعد العلاج السلوكي المعرفي من خلال تطبيق كل من تقنية تأكيد الذات و الدعم النفسي داخل و خارج الشخص العلاجي مع الواجبات خارج الحصة و المتمثلة في القيام بتمرينات حول كل ما تم التدرب عليه أثناء الجلسة و هذا ما أكسب العميل مهارات جديدة للتعامل مع الوضعيات الضاغطة، وخفض لديه سلوك الاستفزاز والمعارضة .

لقد عبر العميل عن التأثير الإيجابي لشخص الاسترخاء التي أصبحت أكثر فأكثر نشاطا يوميا ممتعا، بحيث بفضله استطاع العميل التحكم في ضغوطاته الانفعالية و الجسدية و التي بدأت تختفي شيئا فشيئا خصوصا عند مواجهته للمواقف الصعبة سواء في المدرسة أو في البيت خاصة مع الأب .

إذن بفضل تعلمه لتقنية الاسترخاء و إعادة البناء المعرفي أصبح يفهم جيدا أحواله النفسية و يستعمل هاتين التقنيتين كأدلة لامتصاص قلقه و غضبه. بعد الاستقرار المعرفي - السلوكي الملاحظ خلال الشخص العلاجي، أصبحت الشخص نصف شهرية، ثم شهرية، ثم كل شهرين، ثم كل ثلاثة أشهر، ثم كل ستة أشهر. و هذا لفقدانه الانكسار.

## 8. استنتاج

لقد كان للتقنيات العلاجية المعرفية - السلوکية دورا فعالا في اختفاء الأعراض التي كان يعاني منها العميل تدريجيا. وأصبح أكثر توافقا مع بيئته الأسرية و المدرسية و الاجتماعية بصفة عامة .  
وبفضل التدريم الإيجابي لدى العميل سوء داخل الشخص أو خارجه (المعلمين) ارتفع تقديره الذاتي، بحيث أصبحت لديه ثقة كبيرة في نفسه، و أصبح يقوم بجهودات أكبر لاستدراك تأخره الدراسي و لقد انتقل بمعدل متوسط. و هذا ما رأكزنا عليه من خلا ما أولا من أهمية كل من (لازاروس، آرنولد). (Lazarus,A. 2002) حيث يكون التعزيز الإيجابي مسألة اجتماعية و يطرح بشكل إطراء، و مدح، أو تقدير، أو تشجيع. (لازاروس، آرنولد. 2002، ص. 270).

كما أن تقنية تأكيد الذات كان لها أثر كبير في تعزيز و رفع من مستوى تأكيد الذات لدى العميل و ذلك من خلال تعبيره عن أفكاره و مشاعره بكل صراحة و عفوية و هدوء أثناء الشخص مع المعالجة في بداية الأمر و نم خارج الشخص. و في هذا السياق يشير شارلي كانجي (Charly Cungi, 2001) بأن تأكيد الذات هو معرفة الفرد كيف يطلب أو يرفض أو يعبر عن معتقداته أو مشاعره بدون انتقام عندما يتطلب الأمر ذلك. فيصفه عامة تأكيد الذات هو قدرة الفرد على الحوار الجيد مع الآخر.

و قد كان لتقنية الاسترخاء و إعادة البناء المعرفي تأثير إيجابي على الضبط الانفعالي و السيطرة على المعتقدات السلبية لدى العميل. و هذا ما أكدته نتائج دراسة أجراها هشام عبد الله الخولي (2007) إلى مدى أهمية دور الاسترخاء في تخفيف من حدة التوتر و وعي الفرد بمشاعره، و أفكاره، و انفعالاته، و سلوكياته، و انفعالات الآخرين و مشاعرهم مما يؤدي إلى انخفاض الضغوط النفسية .

و يضيف كوتروا (Cottraux, J. et al., 2001) بأن المعالج يساعد العميل على التعرف على أفكاره و مشاعره السلبية و تعديلها. و عندما تعدل المشاعر و المعرف المؤلمة يمكن أن يصبح العميل أكثر إنتاجية و أن يحترم نفسه و يعيش حياة سعيدة. في حين يرى إليس (Ellis, A., 2001) بأنه يمكن مساعدة العملاء من خلال استعمال أساليب علاج الضغط النفسي كالتدريب على مهارات تأكيد الذات من خلال القيام بنشاطات و التي يمكن أن تسمح لهم أن يتقبلوا أنفسهم بطريقة شرطية لأنهم قاموا بتدريب ذاتهم بشكل فعال.

## المراجع

1. آرنولد لازروس (2002)، العلاج النفسي الشامل الحديث، مؤسسة الرسالة للطباعة و النشر، بيروت، لبنان.
2. عادل عبد الله محمد (2001)، العلاج المعرفي السلوكي، أسس و تطبيقات، دار الرشاد، مصر.
3. هشام عبد الله الخولي (2007)، دراسات و بحوث في علم النفس و الصحة النفسية، دار الوفاء لدني للطباعة و النشر، الإسكندرية.
4. Coopersmith, S. (1984), *Inventaire d'estime de soi (S.E.I)*, édition du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, France.
5. Cottraux, J. (1995), *Les thérapies comportementales et cognitives*, 2<sup>ème</sup> édition, Masson.
6. Cottraux, J. (2001), *Les thérapies cognitives (comment agir sur nos pensées)*, RETZ/VUEF.
7. Guelfi, J. D. et al. (2003), *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*, 4<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.
8. Cungi, C. (2001), *Savoir s'affirmer*, 2<sup>ème</sup> édition, Retz.
9. Chappelle, F., Monie, B. et al. (2011), *L'aide mémoire des thérapies comportementales et cognitives*, Dunod, Paris.

# دور البرامج المعلوماتية فعالية في تقييم اضطرابات الحبسى دراسة مقارنة تحليل لساني معرفي

قاسمي صالح  
جامعة باجي مختار عنابة - URNOP

## مقدمة

سجل ميدان الحبسة تاريخا حافلا بالدراسات، هدفها إنشاء تقنيات تقييمية وعلاجية لمختلف اضطرابات النفس معرفية، لذا في بحثنا هذا ارتأينا أن نأتي بمساهمته في دراسة الحبسة من وجهة نظر جديدة هي تلك التي تخص البرامج المعلوماتية (logiciel) لتقييم اضطرابات الحبسى، وبعد تحديداً لموضوع بحثنا، قمنا بتحديد عينة البحث، حيث أخذنا حالتين مصابتين بحبسة بروكا ناتجة عن إصابة دماغية AVC ischémique وطبقنا عليهما بطارية الاختبارات المتمثلة في MTA 2002 وهو رائز مقنع على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة نصيرة زلال، وتم إجراء هذا البحث بهدف الدراسة المقارنة بين الطرق الكلاسيكية والطرق المعلوماتية لتقييم اضطرابات الحبسى ومن أجل هذا قمنا ببرمجة كل الرائز فأصبحت المنبهات عبارة عن صور متحركة سمعية بصرية وطبقنا كل البنود على الحالتين وقمنا بالتحليل الكمي والكيفي متبعين نظام الاستنساخ الصوتي لإجابة المفحوص وحللنا المدونة تحليلا نفس لساني وفي الأخير قارنا بين نتائج التحليل الكمي والكيفي للطريقة الكلاسيكية والمعلوماتية موضعين ذلك على شكل أفالزيونغرام aphasiogramme، وبعد هذا بدأ لنا الفرق بين النتائج من خلال الأخطاء النحوية والدلالية والmorphologie وخاصة الصعوبات التي يعاني منها الحبسى على مستوى استحضار الكلمة وأخيرا وصلنا إلى الاستنتاج العام وهو أن البرامج المعلوماتية فعالة في تقييم اضطرابات الحبسى وتسمح للمختص الأرطوفوني بتحضير مشروعه العلاجي projet thérapeutique في وقت قصير.

## 1. تعريف الحبسة

تعرفها الأستاذة "نصيرة زلال على أنها : اضطراب تواصلي ناتج عن عدم الانتظام الزمني في التحرير والكاف المؤدي للمراقبة اللغوية، أي أن المصاب بالحبسة له مشكل زمني والمتمثل في إطالة غير عادية في تحليل المنبهات أي تركيب مختلف أجزائها . وتعرف الباحثة س.براهمي الحبسة على أنها: ذلك الخل الذي يحدث على مستوى الفعل التواصلي اللفظي، نتيجة لإصابة عصبية دماغية ينتج عنه اضطراب على مستوى إحدى العمليتين المعرفيتين الممثلتين في حركة الإدخال والإخراج.

### 1.1 البرامج المعلوماتية

هو اصطلاح يطلق على جميع البرامج اللازمة لتشغيل الحاسوب وتنظيم عمل وحداته المختلفة. ويشمل هذا التعريف نظم التشغيل وكذلك البرمجيات المعيارية التي يقوم مصنفو الحاسوب بإعدادها والتي تمكن المستفيدين من استغلال عمل الحاسوب على أفضل وجه وكذلك يشمل هذا التعريف البرامج التطبيقية التي تلزم لاستخدام الحاسوب.

## 2.1 استخدام المعلوماتية في ميدان العلوم العصبية المعرفية

إن انتشار الإعلام الآلي بشكل سريع في حياتنا العملية والعلمية، يطرح علينا بإلحاح عدة إشكاليات تتعلق بهم هذه الوسيلة التكنولوجية وكيفية التعامل معها، حيث أنها ساهمت في إحداث كثير من التغيرات في شئون ميادين الحياة لذا اهتم العديد من الباحثين بهذه التقنية، وحاولوا استخدامها في الجانب المعرفي فيما يخص التكفل بالاضطرابات الاتصالية التي يعاني منها الحبسى، اذ يوجد الكثير من المزايا التي أظهرت من خلال عدد كبير من الدراسات والأبحاث التي أجريت في مجال استخدام الحاسوب في التكفل لدى الحبسى نذكر على سبيل المثال "براسيو"، حيث قاموا بإعداد عدد برامج معرفية تختص إعادة تأهيل قدرات الحبسى مثل حقيقة تعطى زمن رد الفعل، الانتباه والتنسيق البصري والحركي ومختلف التمارين البصرية الفضائية هذه الحقيقة تعمل على تكيف الوظائف الدماغية العليا المعقدة حيث إننا نعتمد على أربعة أنماط أساسية لطرق إعادة التربية في ميدان علم النفس العصبي، هذه الطرق في أغلب الأحيان تكون ممزوجة بدرجات مختلفة على حسب التطور في الاسترجاع، هذه الأنماط الأساسية تحتوي على إستراتيجيات إعادة التنظيم بتعديل الأنظمة المدخلة والمخرجة الموضوعة قيد التطبيق و إستراتيجيات إعادة التنظيم بالعمل على مستوى العمليات الداخلية التحتية والاستراتيجيات المتمرزة على استخدام الترميز الذهني.

إن إدخال الإعلام الآلي كوسيل لإعادة تأهيل القدرات المفقودة لدى الحبسى في علم النفس العصبي وبالأخص في ميدان اللغة، أسأل الكثير من الخبراء منذ الثمانينيات .  
كما أن الأداة المعلوماتية تسمح بإنشاء تمارين جديدة والإجابة بصورة أسرع وبفعالية أكبر للعجز وعدم القدرة، وكمثال على ذلك مفهوم معين فقد قدرته على الاتصال، فالنسبة لهذا المفهوم يجب أن يكون لهذا النظام منبهها سمعياً وبصرياً يمكن تعديله، بإمكانه جلب انتباهه ويحفزه على مواصلة الكفالة، لذا في إطار هذه الدراسة أردنا أن نأتي بمساهمة متواضعة في دراسة الحبسة من وجهة نظر جديدة هي تلك التي تخص البرامج المعلوماتية لتقدير والتكفل بالحبسي، و هذا بالاعتماد على رائز 2002 MTA المقتن و المكيف على البيئة الجزائرية من طرف الأستاذة البروفيسور نصيرة زلال، فدراستنا هذه تهدف إلى محاولة تقديم نظرة أخرى عن الحبسة و كيفية تقييمها من خلال برمجة الرائز معلوماتيا.

## 3.1 الاشكالية

يعتبر الدماغ بمكوناته المعقدة مركز لمختلف العمليات المعرفية العليا (الذاكرة الإدراك، الانتباه، اللغة...) فهو يعمل على استقبال الرسائل المختلفة من المحيط الخارجي ليتم تفسيرها، تنظيمها، تجهيزها و تخزينها واستعمالها في الطرف المناسب و بالطريقة المناسبة حيث تتحول الإحساسات من أمور مادية حسية إلى معانٍ و أفكار عميقة تتمكن الفرد من التخطيط لل فعل ثم القيام به ، و لن يتم ذلك إلا بتدخل مناطق قشرية متخصصة و عمل بنى مختلقة من الدماغ ابتداء من العصبونات إلى المرسلات العصبية إلى تلك البنيات المعقدة و هذا ما يجعل منه منطقة جد حساسة، فأي إصابة يمكنها أن تؤدي إلى خلل يمس اللغة مما يؤدي إلى عجز المصاب عن تأدية عملية الاتصال سواء كان شفوي أو كتابي وهذا حسب الدرجة و المنطقة المصابة.

لذا حظيت عملية التكفل بمثل هذه الاضطرابات بدراسات عديدة من أطباء نفسانيين، لسانيين و غيرهم من المختصين في علم النفس العصبي، حيث خصصت عدة دراسات بإدخال الإعلام الآلي في التكفل

الارطوفوني عند المصابين دماغيا (cérébro-lésés) ونذكر على سبيل المثال برنامج معلوماتي Pépin سنة 1990 يسمح هذا البرنامج بتنمية القدرات المعرفية القاعدية التي فقدتها الحبسي. لذا سجل ميدان الحبسة تاريخا حافلا بالبحوث و الدراسات بهدف إنشاء تقنيات تقييمية و علاجية و كمثال على ذلك أعمال البروفيسور نصيرة زلال التي أعطت للحبسة مفهوما خاصا و هو أن كل الحبسين يعانون من مشكل في التوجه الزمني و المكاني (espace-temps) و هذا ما يفسر بعدم قدرة الحبسي على الجشطالت.

ان التكفل بالحبسي يطرح العديد من التساؤلات ويستلزم دراسات معمقة قصد توفير التقنيات اللازمة للتکفل بمختلف الاضطرابات النفس معرفية و اللسانية التي يعاني منها الحبسي ، لذا في هذه الدراسة أضفنا صبغة جديدة على رائز MTA 2002.

و هذا بإخضاع بنود الرائز المعلوماتية و من هنا نبين الفرق بين الطرق الكلاسيكية والطرق المعلوماتية في تقييم الحبسي الراشد و أيهما يكون فعال، و هذا مع وضع ميزانية موضحة على شكل منحنيات افريوغرامية (aphasiogramme) و نقارن بين النتائج المتحصل عليها للطريقة الكلاسيكية و المعلوماتية و أيهما يكون له أثر وفعالية في استرجاع الكفاءات اللغوية المفقودة.

فكان إشكاليتنا مصاغة على النحو التالي :

هل للبرامج المعلوماتية فعالية في تقييم اضطرابات الحبسي مقارنة بالطرق الكلاسيكية؟

2. **الفرضية :** استعمال البرامج المعلوماتية في الميدان المعرفي أكثر فعالية في تقييم اضطرابات الحبسي لما تمتاز به من جودة عالية .

## 1.2. أهداف البحث

- الاستفادة من المعلوماتية في التكفل باضطرابات الحبسي .
- تقديم أداة للتقييم هدفها التقليل من النقص الملحوظ للبرامج المعلوماتية في الميدان الإكلينيكي الجزائري.
- تسهيل طرق التكفل للمختص الأرطوفوني لما لهذه الطرق من فوائد في ربح وقت (التشخيص، العودة إلى النتائج المتحصل عليها المعروفة على شكل منحنيات مصحوبة بزمن الإجابة و هذا لكي يقارن المختص بين نتائجه في الفحص الأول و يقدم نتائج الفحص الثاني بمقارنتها) و هذا من أجل معرفة مدى استفادة المفحوص من حصص إعادة التربية .

### 1.1.2. تحديد عينة البحث

اشتمل فحصنا على مجموعة تتكون من حالتين مصابتين بحبسة بروكا ، تمتازان بكونهما : السن 56 سنة، نفس الجنس /أنثى، نفس الإصابة/ اصابة وعائية دماغية، نفس المستوى الثقافي، اللغة المستعملة الفرنسية / عربية دارجة .

## 2.1.2 أداة البحث

### 3.1.2 الطريقة الكلاسيكية هي بطارية الاختبارات المتمثلة في MTA 2002 الموجهة لفحص الحبسى

و الهدف من استعمالها هو التقييم النفسي - معرفي لساني لاضطرابات الحبسة.

### 4.1.2 الطريقة المعلوماتية برمجة كل بنود MTA فاصبح (ارجع لي كلماتي)

## 5. وصف البرنامج المعلوماتي

هذا البرنامج يستخدم منبهات بصرية، سمعية، مبرمج من طرف مختص في الإعلام الآلي، هذه المنبهات تظهر على شاشة الكمبيوتر للحصول على مختلف التغيرات الخاصة باللغة الشفوية.

المفحوص يرى على الشاشة الصورة و يسمع تعليمية الفاحص :

Qu'est-ce que vous voyez ?      ou :      Où est l'image ou ...?

ووفق إجابة المفحوص (صحيحة / خاطئة) الفاحص يحرك الفارة لتقييم الإجابة بالضغط على الرمز الذي يظهر على شاشة الكمبيوتر و يكرر العملية بعد كل صورة لتحرير نسب نجاح المفحوص في كل تعليمية ، بالإضافة إلى أن كل بند يكون مصحوب بشبكة تحليل كيفي ليتم تعين اضطرابات النفس اللسانية التي يعاني منها المفحوص التي تضاف إلى التشخيص التبايني.

مثال: التسمية الشفوية لكلمات (قرية، حريق) تظهر صورة (قرية) على شاشة الكمبيوتر تمتاز هذه الصورة كونها سمعية، بصرية، متحركة في أسفل المخطط تظهر باللغة العربية (الدراجة) و اللغة الفرنسية و ذلك حسب لغة الأم للمفحوص، يقوم الفاحص بالضغط على الزر المناسب

ARABE

فيسمع المفحوص التعليمية

FRANÇAIS



(Qu'est-ce que vous voyez ?)

و حسب إجابة المفحوص يقوم بالضغط على الزر الذي يوافق الإجابة الصحيحة أو الخاطئة و هكذا دواليك يتم تمرير المنبهين (قرية، حريق) تظهر شبكة التحليل الكيفي، نفس الشيء بالنسبة للبنود الأخرى.

حينما ينتهي الفاحص من تمرير بنود الاختبار، يظهر بصفة أوتوماتيكية النتائج المتحصل عليها في الاختبار و الزمن المستغرق للإجابة في كل منه (نسبة النجاح في المنبهات، اضطرابات النفس اللغوية

التي يعاني منها المفحوص التي تم تعينها أو شطبها من طرف الفاحص أثناء تمرير الاختبار ثم المنحنى الأفازيogramي الذي يمكننا من تحليل الملمح النفس عصبي للمفحوص.

## 1.5. عرض النتائج وتحليلها كميا

### 1.1.5. بنود اللغة الشفهية حسب الطريقة الكلاسيكية

تم التحصيل على هذه النتائج الكمية اعتماداً على العملية التالية

$$\text{عدد الإجابات الصحيحة} \times 100 / \text{عدد التعليمات} = \%$$

مع الأخذ بعين الاعتبار الزمن المستغرق للإجابة في بنود اختبار (MTA) كلها. حسب النتائج المتحصل عليها في مختلف بنود اختبار اللغة الشفهية، لاحظنا أنها تتراوح ما بين 0 % و 100 % حيث نجد النتائج المتوسطة المتعلقة بالبنود تكرار الصواتم فنسبة النجاح فيها قدرت بـ 52.5 %، نفس الشيء بالنسبة لبند الانتاج التلقائي والإنشاد والمقابلة الموجهة وفيها نجد نسبة النجاح تتراوح بين 37.5 % بالنسبة للمقابلة الموجهة و 37.5 % بالنسبة للتكرار. أما فيما يتعلق بتكرار الكلمات بدون معنى قدرت نسبة النجاح بـ 57.14 %، إذ أن الحالة أحياناً تجد بعض الصعوبات في تكرار الكلمات وبعض الجمل. حيث نلاحظ من خلال تمريرنا لبنود اللغة الشفهية أن الحالة أخذت زمن استجابة أطول فيما يتعلق بالتكرار مقارنة ببند الفهم الشفهي للكلمات أين أخذت الحالة زمن استجابة أقل.

### 2.1.5. تحليل بنود اللغة الشفهية حسب الطريقة المعلوماتية

من خلال تطبيقنا على الحالة بنود اللغة الشفهية نفسها إلا أن في هذه المرة، طبقت عليها نفس البنود لكن بالطريقة المعلوماتية. إذ أثنا أجرينا بعض التعديلات على بنود الاختبار فأصبحت عبارة عن منبهات سمعية وبصرية متمثلة في سلسلة من الصور المتحركة وأفعال مصورة مأخوذة من الواقع المعيشى للحياة اليومية.

حسب النتائج المتحصل عليها في بنود اختبار اللغة الشفهية نلاحظ تحسن الحالة نوعاً ما بالنسبة لتكرار الصواتم فنسبة النجاح قدرت بـ 62.5 % نفس الشيء بالنسبة لبند الانتاج التلقائي والإنشاد والمقابلة الموجهة وفيها نجد نسبة النجاح تقدر بـ 50 % في كل منها أي أنها في تحليلها الكمي للحالة، نسجل بعض التحسن في بنود الاختبار. بالنسبة لزمن الإستجابة لاحظنا أن الحالة استغرقت زمن لإستجابة أطول من الطريقة الكلاسيكية قدر بـ 37 ثا إلى 2 د و 20 ثا.

- نرى أن الحالة سجلت نسبة نجاح جد مرتفعة بالنسبة لبند الفهم الشفهي للكلمات مقارنة بالطريقة الكلاسيكية حيث أنها وفقت في هذا البند وحققت نسبة نجاح 100 % نفس الشيء بالنسبة لتسمية الكلمات الدالة على حركة، حيث وفقت تماماً في تسميتها للأفعال وتحصلت على 100 % من النجاح، كذلك نفس الملاحظة نسجلها على مستوى البند الشفهي للجمل والكلمات حيث تراوحت نسبة النجاح ما بين 90 و 100 % مع الإشارة إنها استغرقت زمن متقارب مع الطريقة الكلاسيكية.

- البنود التي تحصلت المفحوسة فيها على أضعف النتائج هي على مستوى تكرار الجمل فلم ترتفع النتائج بالنسبة لهذا البند وإنما حافظت على نفس نسبة النجاح نفسها وقدرت بـ 33.33 % وكان الرسوب على مستوى بند الخطاب السردي الشفهي وتحصلنا على 0 % من النجاح.

### 3.1.5 التحليل الكيفي للنتائج: الطريقة الكلاسيكية مقارنة بالطريقة المعلوماتية

#### 4.1.5 بنود اللغة الشفهية

- بالنسبة للخطاب الموجه للحالة لاحظنا عليه النقص الكمي والكيفي للغة وهذا مظهر من المظاهر الإكلينيكية الأساسية لحبسة بروكا. حيث أن الحالة حققت نسبة نجاح قدرت بـ 50 % في كلتا الطريقتين كما لم تخلو إجابات المفحوسة من الأخطاء النحوية والأخطاء الصرفية، تمثلت في عدم قدرة الحالة على التحويل الصرفي في قولها [howa hawas] عوض [ana hawest].

- في كلتا الطريقتين سواء الكلاسيكية أو المعلوماتية لاحظنا على الحالة إضطرابات على مستوى مجرى الكلام التي تمثلت على مستوى التعبير فالإصابة استعملت إشارات أثناء الكلام مع وجود تقطيعات في السياق الكلامي وهذا راجع إلى الإضطرابات التي تنس الميكانيزمات الحسية الحركية للعضلات لتلمسها أثناء الخطاب.

أي أن المفحوسة أصدرت مراسلات صوتية اراديا في بعض الأحيان كانت مجرد إضافات فونيمية أضافتها إلى القالب اللفظي وأصبحت تدريجياً مبسطة ولكنها تفتقر إلى ضبط نوعي هذا ما ظهر في انتاجات قولبية في قولها [ih-lala-bont nakol] إذ أنها أظهرت تقليل للغة الشفهية في كل مرة تريد التعبير فيها شفهياً ومع ترديد نفس الكلام وهي صيغة آلية أفرزتها الحالة في كل وضعياتها الكلامية لا اراديا.

- كما لم تخلو مدونة الحالة من بعض الانحرافات اللغوية *déviations langagières* و التي تعتبر مظهر من مظاهر نقص الكلمة التي تترجم على شكل برافازيا وهذا العرض نجده عند الحالة خاصة عندما تكون بقصد الاستحضار اللفظي، إذ وقعت في بعض الأخطاء تمثلت في الاستبدال الحرفي *paraphasie phonique* في قولها [nramam] عوض [nramam]، إستبدلت حرف خ وهو حرف طبقي *post* ب حرف الراء المفخم الاهتزازي الأسنانى الشفوي *dorsodentales* *apico-dentales* ذولي (الذولق والثنايا) أي أنها حولت في بنية الكلمة ، فالكلمة هنا تخللها تعويض حرف بحرف آخر.

- كما نجدها وقعت في الخطأ الكلمة المستبدلة الاسمية والفعلية *paraphasie verbale*، حيث قامت الحالة بتبدل كلمة أخرى إنما تنتهي إلى نفس الحق الدلالي فهو عرض أن تستعمل كلمة ينام [il dort] قالت مخددة [mkhada].

- كما أثنا نلاحظ على الحالة في الطريقة الكلاسيكية أنها وجدت بعض الصعوبات في استحضار الكلمة المناسبة دون دعمها بالاستفهام الشفهي *L'ébauche orale* مصحوبة بالإشارة التي تدل على الفعل مثل بعض التسهيلات التي قدمت للحالة للتعرف على الأفعال *les action* مثل يتسلق [il grimpe] قمنا بتكرار الحرف عدة مرات *g-g-ri*-*g-g-ri*-*g-g-ri* رغم هذا نتفت ب كلمة *gr* عوض [grimpe] أما فيما يخص الطريقة المعلوماتية فالحالة لم تجد صعوبة في استحضار الكلمة المناسبة.

- من خلال تطبيقنا لبند التكرار سمح لنا هذا باختبار النطق لدى الحالة والكشف إن كانت تعاني من صعوبات على هذا المستوى.

- إذ أنها وجدت بعض الصعوبات النطقية trouble arthrique متعلقة بنطق بعض الحروف هذا سواء بالطريقة لكلاسيكية أو المعلوماتية و هذا الاضطراب نجده خاصة عند المصاب اليمني عندما يكون الخلل في العصب الأيسر للدماغ ، فوجدنا تشوهات لفظية نطقية تميز نطق الكلمات ، فهذا النوع من الاضطراب لا يمكن أن نلاحظه أثناء الحوار، إلا أنها يمكننا إدراكه في اللغة الآلتماتيكية (الترقيم- الأيام -الأسابيع الخ...).

الحالة سجلت بعض التحسن في الطريقة المعلوماتية فيما يخص نطق الحروف وهذا راجع ربما إلى التباعد المكاني بالنسبة لترتيب الحروف و الشكل المكبر للحرف أي أن حجم الحرف أصبح أكثر وضوحا. إلا أن هذا لم يمنع من ارتكاب بعض الأخطاء النطقية على مستوى الحرف و الكلمة في قوله [na] عوض [ma] حيث أنها غيرت مكان النطق فالحرف m شفوي أصبح n غني، ذوقية ثنوية أي أنها احتفظت بصفة النطق وأبدلت مكانه.

- فيما يخص بند تكرار الجمل وجدت صعوبات كبيرة هذا ما يدل على إصابة الذاكرة الفونولوجية لديها إذ أنها لا تستطيع الاحتفاظ بعدة كلمات في نفس الوقت.

- أما الطريقة المعلوماتية وجدت المفحوصة نفس الصعوبات في التكرار غير أنها تحسنت نوعا ما حيث قدرت نسبة النجاح بـ 87.14 % ، كما أنها إستطاعت تكرار الكلمات المنفصلة والكلمات بدون معنى إلا أنها تقع دائما في بعض الأخطاء كالحذف و التعويض في قوله : [kavan] أصبحت [favan] أبدلت الصائنة k بالصائنة f

فالصائنة التي تخرج من وسط اللسان و الشجر أبدلتها بالصائنة f الشفوية الأنسانية، أي أنها احتفظت بصفة الهمس، فكلاهما حرفان مهموسان، و غيرت مكان النطق، هذا بالنسبة للطريقة الكلاسيكية.

أما من خلال تطبيقنا للطريقة المعلوماتية سجلنا بعض الانخفاض فيما يخص الحذف والإبدال.

- وإذا قارنا مثلا في الصورة التي [يسبح] [il nage] في الطريقة الكلاسيكية قامت الحالة يتلفظ كلمة [mag] وهي من الناحية المرفولوجية قريبة من كلمة [nag] حيث قامت الحالة بإبدال الحرف m بـ n، إذ احتفظت بصفة الغنة وأهملت المخرج.

- أما بالنسبة للطريقة المعلوماتية لم تجد الحالة أي صعوبة في استحضار الكلمة المناسبة للصورة التي تظهر على شاشة الكمبيوتر فقامت بتلفظ natation /rah y3om

- نفس الشيء بالنسبة للفعل يسقط وقعت الحالة في الصعوبة نفسها بالنسبة للطريقة الكلاسيكية و في إجابتها لاحظنا وجود برافازيا دلالية في قوله [iskali] عوض [les escaliers] وهي علامة تدل على التشابه الهام بين الكلمتين مع بعد برادغماتي ضعيف، و مع وجود رسم نهائي مضطرب نسره بصعوبة في إستحضار الكلمة.

- في الطريقة المعلوماتية أجبت الحالة بأسلوب تلغرافي في قوله [rah wah lala] [tah].

من خلال مقارنتنا لمنبهات التسمية الشفوية للأفعال لاحظنا في الطريقة الكلاسيكية أن الحالة سجلت نسبة نجاح أقل، أما في الطريقة المعلوماتية سجلت نسبة نجاح قدرت بـ 100% في زمن أقل 33 ثا.

- أما في الطريقة المعلوماتية إستطاعت المفحوصة التعرف على معظم الأفعال و كانت نشيطة جدا أثناء التمارين وإرادتها في الإجابة جعلتها واعية بالخطأ الذي تقع فيه، إذ بينت لنا أسفها بحركات متعددة.

- فيما يخص التسمية الشفوية للكلمات مثل قرية، حريق، في الطريقة الكلاسيكية قامت الحالة بالتعرف على بعض الأشياء التي تركب الصورة مثل [arbre.egliz rue]. لكنها عجزت عن إستحضار الكلمة المناسبة و هي « village » و لاحظنا عليها التردد الكبير في الإجابة و هو منعزل عن الصعوبة

في الفهم ، إذ انه متعلق بنقص الكلمة عند حبسي بروكا و هو ما يظهر في صيغة الرسوب *je – pas* ، كما لم تخلو إجاباتها من الأخطاء النحوية و الأخطاء الصرفية تمثلت في عدم قدرتها على التحويل الصرفى في قولها *[un]* عوض *[une château]* / *[une]* . عكسه في الطريقة المعلوماتية حيث لاحظنا أن خطابها كان أثرب ما هو عليه في الطريقة الكلاسيكية ، حيث وفقت الحالة بتعدد الأشياء التي تركب الصورة المتحركة على شاشة الكمبيوتر و كان خطابها كالتالى :

- . [maisonnette/la mosquée/ une maison / la nature une] ولم ترتكب الحالة أخطاء نحوية أو صرفية. إلا أنها نلاحظ دائما الترددات في الإجابة التي تفسر بنقص الكلمة التي عبرت عليها بالضرب على الطاولة المستمر و هو ما نفسره برغبة الحالة في استحضار الكلمة حيث توصلت في الأخير إلى نطق كلمة *[village]* و هي قريبة من كلمة *village* هي برافازيا فونولوجية أين عوضت حرف بحرف آخر مع الاحتفاظ بنفس إيقاع الكلمة الأصلية.
- كما سجلنا بعض الإنحرافات التي تخص الكلمات من الناحية الدلالية بين كلمة *maison* و *bâtiment* . ما يمكن قوله عن بند الفهم الشفهي للجمل البسيطة أن الحالة في الطريقة الكلاسيكية وقعت في بعض الخلط في تعريف الصور المناسبة أما في الطريقة المعلوماتية عينت الصورة دون الواقع في الخطأ . كما تجدر الإشارة أن الحالة لم ترغب أن تشارك في الإختبار فهي متقلبة المزاج و هذا ما يوضحه الباحثون في ميدان الحبسة إذ بينوا أن الحبسى لديه إضطرابات في السلوك والشخصية، فنجد أنه يتعصب بسرعة مما يؤثر على الانتبا و التركيز لديه و عدم الرغبة في الإستمرار فهو أحيانا قادر و أحيانا أخرى فاشل.
- مجملا تسمح تحليلات نتائج بنود اللغة الشفهية من إثبات أن الحالة لا تعاني من صعوبات على مستوى الفهم غير أنها عرضة لبعض الإضطرابات على مستوى النطق *dysarthrie* في حين يبدو لنا أن الذاكرة السمعية الفونولوجية ضعيفة.
- وما يمكن قوله إن قارنا بين نتائج اللغة الشفهية بالنسبة للطريقة الكلاسيكية و المعلوماتية نجد أن نسبة النجاح أحسن من الطريقة المعلوماتية خاصة بنود التعريف و التكرار.

## 6. الاستنتاج العام

من هنا نكون قد حللنا وفسرنا مدونات الحالتين المصابتين بالحبسة تحليلا لسانيا على المستوى التركيبى ، الدالى و الأفرادى و الزمنى من خلال النتائج المتحصل عليها من اختبارات زائر MTA2002 الكلاسيكي و المعلوماتي ومن هنا سمحتنا لهذا الدراسة بدراسة الفرق بين الطرق الكلاسيكية فى تقييم الحبسى من الطرق المعلوماتية.

حيث اتضح لنا أن المدونات تتشابه من حيث الإضطرابات و الأخطاء والتي يغلب عليها الحذف واقتضاد الكلمات للتسهيل ، أما بالنسبة للتركيب يكاد ينعدم في معظم الجمل لأن المفحوصتين لا يدركان وضيفة الفعل والفاعل و كذا المنصوبات في الجملة ، وكذلك فقد الرصيد اللغوي وصعوبات على مستوى استحضار الكلمة المناسبة هذا فيما يخص الطريقتين الكلاسيكية و المعلوماتية.

كما تجدر بنا الإشارة إلى أنه قلت نوعا ما نسبة الأخطاء النحوية في عدة مناسبات و تمكنت الحالة من استحضار الكلمة المناسبة وتعين الصورة المناسبة. ومن خلال بعض الملاحظات الاستثنائية والنوعية في آن واحد وجدنا أن زمن استجابة الحالتين كان مرهون بعوامل منها :

- العامل اللساني للحالة يلعب دورا هاما
- عامل التردد في الإجابة
- عامل الإرهاق و تشتت الانتباه.

في مجمل القول نقول إن الطرق المعلوماتية تكون ناجحة في تقييم لغة المفهوس وهذا ما تبين لنا من خلال مقارنتنا بين الاختبارات لدى تمريرها على الحالة حيث بين هذا الفرق في شكل منحنيات des aphasiogramme تعطينا صورة أوضح لمدى نجاحه الطرق المعلوماتية في تقييم لغة الحبسى. وهكذا تكون فرضيتنا تحققت : إذ أن استعمال البرامج المعلوماتية في الميدان المعرفي أكثر فعالية في تقييم اضطرابات الحبسى لما تمتاز به من جودة عالية.

## 7. خاتمة الدراسة

إن الدراسات حول دور المعلوماتية في تقييم لغة المفهوس تبقى قليلة جدا خاصة في الميدان الإكلينيكي الجزائري وإن لم نقل أنها منعدمة إلا أنه بمجيء عالم الأنترنات والكمبيوتر سمح للإنسان من أن يستفيد من هذه التقنيات المتقدمة ويتحكم فيها ويستخدمها في مجالات طبية إكلينيكية مثلما هو الحال بالنسبة Bracyo حيث استعمل حقيقة التمارين لإعادة تأهيل الحبسى تحتوي على تمارين زمن رد الفعل و التمييز البصري وفق المبادئ النظرية لورريا Luria .

انطلاقا من أفكار هؤلاء الباحثين ارتأينا أن ندخل هذه التقنية في تقييم قدرات الحبسى في الوسط الإكلينيكي الجزائري لما تلعبه من دور في رفع وتحسين أدائه خاصة فيما يتعلق بالصعوبة في استحضار الصور والكلمات، ففي هذا الإطار كان اهتمامنا منصبا في دراسة مدى نجاعة الطرق المعلوماتية في تقييم اضطرابات الحبسى الراشد والبحث عن الاختلافات النفس لسانية الموجودة داخل مدونات المفهوسين أي تحليلها ومقارنتها بالنسبة للطرق الكلاسيكية.

بفضل هذا البحث توصلنا إلى معرفة تقنيات جديدة لهم السلوك اللغوي للحبسي والتي دلتنا إلى أفكار وطرق أخرى لهم وتقدير الاضطرابات الأرطوفونية والعلوم النفس عصبية مثلا هو الحال بالنسبة للحبسة من وجهة نظر التسيير الذهني التي أسسها أنطوان دولاقاغوندري الذي يعرفها على أنها فحص، وصف ودراسة الأنماط الذهنية في مختلف أنواعها إذ أن هناك دراسة من هذا النوع أقيمت في جامعة الجزائر من طرف الباحث لعمارة محمد إسماعيل تحت إشراف البروفسور زلال نصيرة حيث يقر فيها أنه لابد من دراسة نمط الصور الذهنية المستعملة من طرف المريض لكي نفهم السلوك التواصلي والمعرفي لديه.

إن الغاية والهدف الحقيقي من هذه الدراسة هو وضع بين يدي المختص الأرطوفوني وسيلة تقييمية ذات خصائص مميزة تسمح بتقييم قدرات الحبسى على أحسن وجه يدخل هذا ضمن المساعدة من أجل خلق أدوات في ميدان الأرطوفونيا، فهو تقنية تقييمية.

لذا مستقبلا لابد من إجراء بحوث مماثلة لها هدف واحد هو خلق أدوات جديدة سواء للتكميل أو التقييم.

- توسيع مجال البحث بتقنيات وتكيف الروائز حتى تصبح صالحة لاستعمال في الميدان الإكلينيكي الجزائري.
- دراسة نمط الصور الذهنية لدى الحبسى.
- إقتراح برامج معلوماتية تخص اضطرابات أرطوفونية أخرى غير الحبسة.

## المراجع

- 1- Tessier, C., Weil Chounlamountry, A. (2009), *Au fil des mots*, Ortho-Édition, Iceberg, France.
- 2- Ducarne de Ribaucourt, B. (1986), *Rééducation sémiologique des aphasies*. Masson.
- 3- Fink, R. B., Brecket, A., Schwartz, M. F., Robey, R. R. (2002), A computer implemented protocol for treatment of naming disorders : evaluation of clinician-guided and partially self guided instruction. *Aphsiology*, 16 (10/11). 1061-1086.
- 4- Nettleton, J., L., Lesser, R. (1991). Therapy of naming difficulties in aphasia : application of a cognitive neuropsychological model. *Journal of neurolinguistics*. 6. 57-193.

## **L'autisme infantile : articulation entre neurosciences et psychanalyse**

Lallem Lounés  
Université Constantine 2

### **Introduction**

L'autisme et autres troubles envahissants du développement sont une famille de troubles psychopathologiques, qui sont reconnus et spécifiés en tant que tels seulement depuis une quarantaine d'années et restent encore trop souvent méconnus ou tardivement diagnostiqués.

Le terme d'autisme a vu le jour en 1911. Un psychiatre suisse, Eugène Bleuler a ainsi nommé le symptôme de retrait social qu'il attribuait comme une des principales caractéristiques de la schizophrénie.

C'est en 1943 qu'un pédopsychiatre américain, Leo Kanner, reprendra le terme, afin de définir, dans le cadre d'un article, un trouble qu'il avait observé auprès de 11 enfants, qui se caractérisait par la présence de 7 éléments : la solitude, des obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, l'écholalie, la sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limités, une intelligence normale.

Parallèlement et indépendamment des travaux de Kanner, en 1944, un médecin autrichien, Hans Asperger publiera une description d'un groupe de 4 enfants présentant ce qu'il appelle « une psychopathologie autistique ». Un certain nombre d'éléments du fonctionnement de ces enfants peut s'apparenter à ceux du groupe de Kanner (le retrait social, les stéréotypies au niveau du langage et du mouvement, une résistance aux changements et un intérêt particulier pour certains objets ou sujets).

L'autisme sera, jusque dans les années 70, un trouble expliqué par le courant psychanalytique, notamment par Bruno Bettelheim (1972), comme symptôme d'une relation mère-enfant, où la mère serait froide et dénuée d'amour, amenant l'enfant à développer un autisme, afin de se protéger de cet environnement menaçant.

Cependant, avec le développement du champ de recherche en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'avec l'influence des théories cognitivo-comportementales venues d'Amérique, les théories psychanalytiques vont être remises en cause.

Dans les années 80, vont alors se mettre en place des protocoles de recherches et de diagnostics spécifiques à l'autisme (Berthoz, Andres, Barthélémy, Massion, Rogé, 2005) et il est, enfin internationalement reconnu, que l'autisme n'est pas une pathologie réactionnelle, mais un désordre neurobiologique dont les causes, bien qu'encore non totalement définies, seraient d'origine génétiques et métaboliques (Rogé, Barthélémy, Magerotte, 2008).

Les questions soulevées par l'hétérogénéité de la population des personnes atteintes d'autisme et par la diversité des formes cliniques, ont abouti à une nouvelle terminologie, qui ne limite plus le repérage des troubles au niveau du tableau typique de l'autisme, mais qui l'inscrit dans ce qu'on appelle, désormais, le spectre des désordres autistiques (Volkmar, Klin, 2005 ; Rogé, Barthélémy, Magerotte, 2008).

### **L'autisme infantile : état des lieux en Algérie**

Le sujet de l'autisme est extrêmement vaste et a considérablement évolué. C'est, en fait, un problème de santé publique, dans lequel sont englobés un grand nombre de cas, pourtant très

différents les uns des autres. Si bien qu'en Algérie, l'autisme est un handicap sous-estimé, mais qui s'étend, de manière alarmante, loin des préoccupations des pouvoirs publics.

Le manque de structures médicales adaptées et de personnel qualifié complique sérieusement la tâche. Ils sont des centaines de parents à la recherche d'une prise en charge, mais en vain, un drame familial que l'on peut pourtant soulager, si le diagnostic est posé précocement.

Ce fut le combat du docteur Lotfi Benhabib, pionnier en pédopsychiatrie, soucieux de la prise en charge de l'autisme, mais qui s'est exilé en France, aux années 90, qui fit, à l'époque, de ce secteur, sa lutte quotidienne.

### **L'état autistique : exemple de points de vue**

Jusqu'à Tustin dans les années 1980, on parle d'autisme infantile. Elle émet l'hypothèse d'une position autistique normale, sur laquelle elle reviendra en 1990. Avec ses recherches sur « les défenses autistiques chez les névrosés » (1989), et les théories de Bion sur la personnalité, elle introduit, dès 1986, l'état autistique.

La notion d'État implique une transitionnalité et une réversibilité du syndrome, un arrangement particulier de la psychologie du sujet, à un moment donné. Un état, qui affecterait le sujet dans sa manière d'être.

Meltzer (1980) écrit un chapitre sur la psychologie des états autistiques et de l'état mental post-autistique. Il parle de « personnalité et d'existence de normalité » en même temps que d'une pathologie autistique (Meltzer, 1980).

L'état autistique en lui-même « est un état d'urgence », anti-processuel. La non intégration de la différenciation interne et externe des espaces corporels et psychiques, la déqualification de l'affect, les dérives de la sensation, participent à la polysémie des facteurs concourant à cet état » (Soulé, Labovici, 2000).

Ce terme correspond à un changement du sujet, à un moment donné, qui peut être transformé, pour revenir à l'état initial ou pas, comme l'état posttraumatique.

### **Une position autistique ?**

Klein (1882-1964) apporte, avec le concept de positions schizo-paranoïde et dépressive, dans le développement du bébé, une première contribution à la psychopathologie infanto-juvénile (1930). Elle définit des positions psychiques, qui existeraient dans le développement normal du bébé. Elle favorise le terme de « position » à celui de « phase », car il correspond à un ensemble « d'anxiétés et de défenses » (Klein, 1957), qui peuvent resurgir à l'âge adulte ou dans l'enfance.

La notion de position est intéressante car elle permet la prise en compte des processus psychiques, dans une dynamique évolutive. Les mécanismes de défense utilisés par le bébé peuvent, toujours présents, se manifester à l'âge adulte ou émerger, lorsque le sujet est dans un état de crise. Elle considère que la position est une manifestation contre les Objets, passage transitionnel entre les objets partiels vers l'Objet unifié (Klein, 1938).

Mahler (1957) introduit la notion de « position autistique normale » du nourrisson, caractérisée par une hallucination négative de la réalité. Le terme de position renvoie à une manière d'être en Soi et d'être avec les autres, à un certain moment de la vie psychique.

Le concept de position psychique permet une évolution de la psychopathologie clinique. Elle implique une relation d'objet différente, d'une position à une autre et un type d'angoisse et de défenses, distincts.

Les caractéristiques de l'état, d'être au monde à différentes étapes de la vie, pouvant se renouveler, impliquent la notion d'évolution et de non réduction du sujet, à une étiquette diagnostique immuable (Segal, 1969).

Notre compréhension du terme « enfant dans une position autistique », serait, selon nous, une formulation appropriée à un agencement, une description, qui offrirait, éventuellement, une localisation.

En effet, elle infère une possible transformation de la relation d'objet, au travers d'un changement de position psychique de l'enfant, dans sa manière d'être, au monde.

## Convergences ou divergences neuro-psychanalytiques ?

### Avancée de la neuro-imagerie cérébrale

Actuellement, le sillon temporal supérieur (STS) fait, aujourd'hui, l'objet d'un intérêt physiopathologique particulier, à la fois du point de vue de la clinique et du point de vue de la neuro-imagerie, car cette zone cérébrale serait effectivement impliquée dans un certain nombre de fonctions spécifiques, qui semblent en difficulté, dans de nombreux cas d'autisme :

- la reconnaissance de la voix humaine, au niveau du sillon temporal supérieur du LTS, comme l'ont montré Gervais, Brunelle, Boddaert<sup>1</sup>.
- la perception des mouvements, au niveau de la zone occipitale du LTS.
- le décodage des émotions faciales, au niveau du gyrus fusiforme du LTS (Robel *et al.*, 2004<sup>2</sup>).

Avec la mise en évidence récente de l'action de résonnance des neurones miroirs sur les primates non-humains entre eux, avec l'électrophysiologie, il a été extrapolé que l'homme aussi était constitué d'un tel système à partir, cette fois-ci, de l'électroencéphalogramme (Rizzolatti *et al.*, 2001, 2004).

En revanche, aucune expérimentation physiologique sur l'homme, n'a pu se faire, pour des raisons éthiques, puisque cette recherche, s'effectuant à partir d'électrodes apposées dans le cerveau des primates (électrophysiologie), la théorie des neurones miroirs reste spéculative pour l'homme.

Ramachandran (2000) traite aussi la question pour l'homme, à partir d'EEG et d'autres technologies plus précises comme l'IRM en 1997, dans l'autisme. Centelles (2009) met en évidence le rôle du fonctionnement des neurones miroirs, dans la construction des représentations sociales et de l'activité, chez l'enfant autiste.

Ces résultats nous renseignent, en qualité de professionnels de la santé mentale d'enfants et ils permettent une certaine divergence entre les données des neurosciences et celles de la psychanalyse fortement réfutée dans le monde actuellement, en matière d'autisme infantile, avec l'émergence, désormais possible, d'une vision relativement contraire de cette pathologie si complexe.

Enfin, le STS semble donc, être l'un des lieux importants de l'agencement cérébral de la co-modalité perceptive, d'où son importance centrale soit comme lieu de dysfonctionnement primaire, soit comme maillon intermédiaire du fonctionnement autistique.

---

<sup>1</sup>Gervais, H. *et al.*, (2004), Abnormal cortical voice processing in autism, *Nature Neuroscience*. 7. 8. 801-802.

<sup>2</sup>Robel, L. *et al.*, (2004), Discrimination of face identities and expressions in children with autism : same or different ? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13. 4. 227-233.

## **Contexte institutionnel de pratique**

Dans la clinique du Centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux<sup>3</sup> de Ain bessem<sup>4</sup> (CPPEHM), nous pratiquons de nombreux bilans psychologiques d'enfants âgés de 03 à 18 ans, essentiellement à la demande d'enseignants, de médecins ou parfois de services hospitaliers spécialisés (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie, exemple, EHS Drid Hocine, Alger, EPSP de Bouira...) ou de Centres d'Information et d'Orientation Scolaire.

Le choix d'orientation de ces institutions vers un CPPEHM, est souvent lié à la recherche d'une approche globale, sans contrainte de sectorisation, ainsi qu'à la possibilité offerte d'un suivi thérapeutique, aussi bien de l'enfant, que de sa famille, à travers le développement des thérapies familiales.

La demande des consultants est donc souvent indirecte, les initiatives personnelles des familles restent minoritaires dans la démarche de consultations. Bien qu'on note une évolution depuis quelques années, les familles s'autorisent, de plus en plus, à venir directement au CPPEHM.

Dans la plupart des CPPEHM, toute nouvelle consultation d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, fait l'objet d'un bilan psychologique. Mais, la particularité d'un bilan en CPPEHM est, sans doute, liée à la pluridisciplinarité de l'approche du bilan et à l'association du pédagogique.

En effet, le bilan psychologique doit être considéré comme un maillon d'une chaîne, qui comprend la possibilité d'un entretien social, d'un bilan psychomoteur, d'un bilan psychiatrique, d'un bilan orthophonique et même d'un bilan pédagogique.

C'est pourquoi, nous verrons, par le biais d'une illustration clinique, l'émergence, désormais possible, d'une vision relativement contraire, de cette complexe pathologie, dans l'élaboration de ce qu'on appelle, actuellement, le bilan pluridisciplinaire, loin de toute interprétation totalitaire voire réductionniste.

## **Description de notre démarche d'investigation**

Mettre en revue l'ensemble de ces éléments cliniques :

Diagnostic de l'autisme :

- entretiens avec les parents,
- observation de l'enfant,
- interaction avec l'enfant,
- jugement clinique,
- échelles de diagnostic.

## **Évaluation de l'autisme**

- langage expressif et réceptif,
- évaluation cognitive,
- évaluation des comportements adaptatifs,

---

<sup>3</sup>Psychologue clinicien en Centre Psychopédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux, depuis quelques années, auprès des adolescents et des adultes, incluant aussi, leurs familles, dans le programme de prise en charge institutionnelle.

<sup>4</sup>Ain Bessem est une Commune ayant, depuis 1974, le statut de Daira. Elle est située à l'Ouest du Chef-lieu de Bouira.

- évaluation sensori-motrice,
- évaluation neuro-psychologique.

## Tests biologiques

- tests métaboliques,
- tests génétiques,
- EEG,
- Imagerie.

## Illustration clinique

L'enfant Diaà Eddine, âgé de 06 ans et 07 mois, a été reçu en consultation le 09/12/2013, pour trouble de comportement. Il fut accompagné par ses parents, inquiets et soucieux de l'état de leur enfant, sollicitant un bilan psychologique.

La mère est âgée de 36 ans et est infirmière de profession ; le père est âgé de 42 ans est professeur de sport au collège.

Diaà Eddine est l'aîné d'une fratrie de 03 enfants, ses frères sont âgés respectivement de 03 ans et de 11 mois. La famille réside à Ain Bessem à Bouira, la naissance du petit Diaà Eddine, eut lieu après un an de mariage ; il est issu d'un mariage non consanguin ; les parents étaient heureux face à l'attente d'un bébé de sexe masculin.

La grossesse s'est bien déroulée, malgré la présentation de coliques néphrétiques à 05 mois de gestation.

Le nouveau-né arrive au monde à terme avec un poids de 2.940 kg, par voie basse, sans souffrance néonatale, ayant pour score d'Apgar 9/10. Les premiers mois de son développement ne sont pas connotés par un trouble oro-alimentaire ni du sommeil. L'alimentation fut naturelle pendant 09 mois, puis au biberon jusqu'à 02 ans.

Étant bébé, Diaà Eddine aurait un regard présent, dans ses interactions.

Âge du 1<sup>er</sup> sourire, de la tenue de la tête : non précisés par la maman.

Il aurait fait sa 1<sup>ère</sup> dent à 06 mois, se serait assis à 09 mois et aurait marché à 12 mois.

Ses 1<sup>er</sup> mots ont été prononcés vers 18 mois (mama, papa ...). Cependant, très vite, on relève une régression corrélée par la perte de ses prérequis, remplacés par la main de l'autre, pour exprimer un éventuel besoin, sans s'appuyer sur l'indexation.

Ce n'est qu'à 05 ans, qu'il prononcera sa première phrase, il ne parlera qu'en cas de besoin, en utilisant des mots-phrases, à son âge la parole et/ou le langage font défaut.

La fonction sphinctérienne et la notion du danger sont acquis.

Élément révélateur au cours de l'anamnèse : l'angoisse du 08<sup>ème</sup> mois, le sourire du 3<sup>ème</sup> mois et l'acquisition du prénom « Je » et de la négation « Non », n'ont pas été observés durant son processus de maturation.

Selon les parents, un important changement avait été relevé chez Diaà Eddine, à l'âge de 02 ans : les parents constatent que leur enfant pleure sans raison, n'est rassuré que lorsqu'il est dans leurs bras. Une importante sensibilité aux bruits mécaniques, s'installe en isolation ; il n'est captivé que par l'écran de la TV (intérêt excessif pour Toujour El Djenna et les publicités). Il manipule le ballon de manière répétitive.

Jouer avec les enfants de son âge ou bien faire semblant, n'est pas une priorité pour lui. Aussi, indifférent à l'absence de la maman, il présentait des insomnies avec agitation, ainsi que des

stéréotypies gestuelles au moment des repas, n'explorant le monde, que par l'oralité (il manipule toutes choses/objets, par un passage dans la bouche).

Un bilan neuropédiatrique ne montre pas de troubles chromosomiques, de signes malformatifs, de problèmes métaboliques ni de latéralisation neurologique.

Son niveau de développement mental se situe entre 02 ans et 02 ans et demi, sa motricité équivaut à celle d'un enfant de 03 ans et demi. Le diagnostic d'autisme est posé par un pédopsychiatre de l'EHS Drid Hocine, Alger, dès l'âge de 02 ans et demi.

Diaà Eddine suit des classes spéciales. Il bénéficie d'orthophonie, de psychomotricité et d'un suivi psychopédagogique. Sa mère consulte nombre de guérisseurs et elle fait appel à des médecines parallèles<sup>5</sup>.

Cependant, plusieurs électroencéphalogrammes mettent en évidence des décharges généralisées de pointes-ondes. Diaà Eddine répond très bien au Valproate. Cette probable épilepsie atonique s'améliore nettement avec médication, selon ses médecins traitant, neurologue et pédopsychiatre. En revanche, les tests métaboliques et les tests génétiques, ne renvoient à aucune comorbidité associée à son autisme, après exploration.

### Description du cadre de la rencontre

Au cours de notre rencontre avec Diaà Eddine, il nous apparaît comme un petit garçon de bonne corpulence, en rapport avec son âge, il est habile sur le plan psychomoteur, présent tout au long de la séance, à travers son regard insistant et son air paniqué.

Sa présentation contrastait avec son langage peu élaboré et ses qualités de communication et de compréhension, non adaptés à son âge.

Je fus interpellé par le comportement bruyant de l'enfant : très instable et agité, il n'a pas cessé de pleurer tout au long de la rencontre, inconsolable par les parents, l'entretien a été laborieux. Face à un cadre non familier pour le petit Diaà Eddine, il est amené à faire appel à des défenses archaïques.

Instable et agité, il se lance dans tous les sens, aucun objet/jouet se trouvant dans le bureau et à sa portée, ne l'intéresse. Comme pour nous provoquer ou nous dissuader, il s'oppose à toutes nos proposition d'entrer en contact, son impulsivité et sa transgression à ce moment-là de la rencontre, ont été difficiles à contenir. Difficultés régulièrement vécues par ses parents, raison, qui rend son adaptation en CPPEHM<sup>6</sup> pénible.

Intolérant aux frustrations et aux interdits, Diaà Eddine est très vite envahi par une angoisse, qui l'empêche de s'adapter et de cohabiter avec certaines situations de la vie quotidienne. Ceci est exprimé brutalement, sous forme d'accès de colère violente, d'agitation et de pleurs incessants. Les facteurs déclenchant sont variés : refus, séparation, changement inhabituel, sentiment d'insécurité. Une situation, qui rend encore plus complexe ses apprentissages.

En fait, chez cet enfant de 06 ans et 07 mois, nous relevons une difficulté importante de se représenter et de dénominer les objets, il n'est guère en mesure d'évoquer mentalement l'objet en sa présence et en son absence. La fonction symbolique n'est pas au RDV (langage :

<sup>5</sup> De diverses représentations entourent la maladie en milieu social algérien, des concepts spécifiques et des interprétations magiques sont attribués à des maladies. Le savoir populaire semble utile, dans la prise en charge du malade. Dans ce sens, Zerdoumi (1970), a bien mentionné le fait que, dans le Maghreb, il existe deux médecines juxtaposées, l'une est scientifique, l'autre est traditionnelle.

<sup>6</sup> En référence au Centre Psychopédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux où est scolarisé Diaà Eddine.

compréhension et expression orale/compréhension et expression écrites, dessin et tracé, jeu ... un ensemble très réduit), faisant défaut, avec toute imitation ludique. D'autre part, il existe un retard dans les acquisitions telles que : couleurs, formes, lettres, chiffres.

## Synthèse

Lors de notre rencontre respective d'1 heure 30 minutes et grâce aux observations et aux informations recueillis auprès du petit Diaâ Eddine et de ses parents l'hypothèse diagnostique soutenue concorde avec celle d'un trouble envahissant du développement (autisme infantile selon la CIM 10<sup>7</sup>). En voici les critères retenus :

- Une altération des capacités de communication ;
- Une altération des interactions sociales ;
- Un aspect restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.
- Évident à partir de 30 - 36 mois, les premiers symptômes apparaissent, parfois, après un intervalle libre de 12-18 mois ; mais, le plus souvent, des signes précurseurs peuvent attirer l'attention, dès les 12 premiers mois.

En plus des critères cités plus haut, on a relevé des signes cliniques chez Diaâ Eddine, corrélatifs, durant les 02 premières années comme suit :

### Durant le 1<sup>er</sup> semestre :

Le sourire du 3<sup>ème</sup> mois n'a pas été observé.

### Durant le 2<sup>ème</sup> semestre :

- Peu d'émissions vocales,
- Absence d'imitation,
- Indifférence, lors de la séparation avec la personne s'occupant de lui, habituellement la maman.

### Durent la deuxième année :

- Absence de pointage/indexation,
- Apparition tardive du 1<sup>er</sup> mot,
- Inutilisation du pronom « je »,
- Stéréotypie gestuelle,
- Instabilité motrice,
- Insomnie avec agitation,
- Absence de la négation « non »,
- Intolérance aux frustrations,
- Contact oculaire évasif,
- Interactions vocalisées, mimiques restreintes,
- Absence de jeux symboliques,

<sup>7</sup> Le taux de prévalence oscille entre 0,7/10 000 et 13,9/10 000, avec une moyenne à 5/10 000 (Fombonne, 1995). Cette variation dépend, à l'évidence, des critères diagnostiques. La sex-ratio moyenne de 03 garçons pour une fille, tend à s'égaliser en cas de déficience mentale associée. Seul un quart environ des autistes a un quotient intellectuel dans la zone de la normale (QI > = 70), les deux tiers d'entre eux, se situant dans les zones de débilité modérée ou sévère (QI < 50). Si le modèle de l'autiste « intelligent » n'est pas faux, il ne représente, cependant, pas la majorité des situations cliniques.

- épilepsie atonique,

L'ensemble de ces symptômes, est associé à important isolement du petit Diaâ Eddine, durant son quotidien.

Cependant, l'utilisation de le C.H.A.T, de façon spontanée, durant cet entretien, nous amène à réfléchir à l'existence d'une forme d'autisme infantile, diagnostiquée déjà dès l'âge de 2ans et demi.

C'est un autisme important, avec apparition précoce, corrélée à une évolution critique. Le pointage protodéclaratif, le jeu de faire semblant et l'attention conjointe font défaut : 03 ordres de constats comportementaux, qui renvoient aux précurseurs de la théorie de l'esprit.

## Conclusion

Faire le diagnostic phénoménologique d'autisme, en l'occurrence, décrire le comportement, le langage, les capacités cognitives, l'affect, etc. sont essentiels, même si la pathologie autistique, de l'avis de tous, psychopathologues comme neuroscientifiques, apparaît aujourd'hui comme fondamentalement complexe et composite (H. Piana *et al.*).

Isoler le sillon temporal supérieur, pour en faire le lieu d'un mécanisme intermédiaire important du déterminisme de l'autisme, à travers un dysfonctionnement de type neurodéveloppemental, tel qu'évoqué précédemment ou même le lieu de l'inscription cérébrale d'éventuels désordres interactifs interdisant au sillon temporal supérieur de se structurer de manière convenable, comporte, à l'évidence, une certaine dimension pour avancer des arguments neuroscientifiques pertinents.

Cela n'est toutefois, à notre sens, pas suffisant, car on doit toujours, cliniquement, rechercher une comorbidité : l'autisme de cet enfant est-il associé à un autre syndrome ? De manière très concrète, l'épilepsie est un objectif de choix, puisqu'on sait que les 3/4 de ces patients, ont des EEG anormaux et qu'une grande majorité des crises répondent à des anticomitiaux. Ces derniers sont parmi les médicaments à visée centrale, les mieux supportés, chez les personnes intellectuellement déficientes.

Cela ne change malheureusement pas le handicap de base. Mais toujours est-il, qu'il faut être pragmatique et qu'une concertation, entre les professionnels, reste de la plus haute importance, que ce soit pour essayer de comprendre les tenants et aboutissants d'un syndrome autistique, ses comorbidités, l'action du traitement pharmacologique, mais aussi les compétences du sujet, la richesse de sa personnalité et ses potentialités adaptatives.

L'insertion de Diaâ Eddine en milieu institutionnel spécialisé, lui a permis d'exprimer ses angoisses et ses pulsions, par le biais d'activités manuelles, au lieu de détruire du matériel, ceci, dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'une prise en charge psychopédagogique, à long terme, datant de décembre 2014.

Les enseignements de cette illustration clinique sont d'un grand intérêt pour l'établissement et/ou la confirmation des principes universels du psychisme et de son étude au cas par cas. Elle indique bien, comment la symptomatologie et la dynamique psychique individuelle peuvent infléchir sensiblement l'évolution du petit de l'homme et son étude dans le cas de l'autisme infantile.

## Bibliographie

1. Berthoz, A. et al., (2005), *L'autisme : de la recherche à la pratique*. Paris. Odile Jacob.
2. Bettelheim, B. (1972), *The empty fortress : Infantile autism and the birth of the self*. New York, Free Press.
3. Centelles, L. (2009), *Comprendre une interaction sociale par le corps en action : contribution du mécanisme miroir et implication dans l'autisme*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, France.
4. Klein M. (1968), *Envie et gratitude, in Envie et gratitude et autres essais*. Paris, Gallimard.
5. Meltzer, D. & al. (1980), *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.
6. Michel K et al. Psychiatrie et psychothérapie sont (enfin) parvenues au cerveau (2006), *Forum Med Suisse*. 6. 752-54.
7. Tustin, F. (1986), *Les états autistiques chez l'enfant*. London, Royaume Uni and New York, N.-Y. : Tavistock/Routledge, Revised Edition

## **دراسة تحليلية لبعض سمات الشخصية للاعب كرة القدم بأعمار (10-12) سنة دراسة ميدانية لبعض نوادي كرة القدم لولاية الشلف**

زيان سعيد\*، بوعلي لخضر\*\*  
\* جامعة الجزائر 2 - URNOP  
\*\* جامعة الشلف

### **مقدمة**

إن ما يشهده العصر الحديث من تقدم علمي سريع في جميع مجالات الحياة بما فيها المجال الرياضي ، كان كنتيجة للدراسات العلمية المختلفة. ومن بين هذه العلوم نجد علم النفس الذي له إسهامات في المجال الرياضي من خلال تطوير الألعاب الرياضية بمختلف أنواعها . ومنها لعبة كرة القدم التي تعتبر أحد أهم الألعاب الرياضية في العالم الأمر الذي دعا الباحثين والمختصين في هذه اللعبة للقيام ببحوث ودراسات مستفيضة من أجل الارتقاء بمستوى اللعبة وبكافحة فئات لاعبيها العمريه، كونهم يشكلون الرافد المهم والأساسي للعبة كرة القدم. وإيماناً بالدور الفعال والمؤثر الذي يمكن أن يؤديه الجانب النفسي وميدان الشخصية ودورها الرئيسي وموقعها البارز في علم النفس وفهم سلوك لاعب كرة القدم نتيجة ما يتعرض له لاعب كرة القدم من مواقف ومشاكل متكررة وحل الصعوبات والقيام بعشرات الحركات التي تتطلب الإتقان الكامل والثقة بالنفس وقوة التحمل والمثابرة ، الأمر الذي دعا إلى دراسة السمات الشخصية للاعب كرة القدم الصغار بأعمار ( 10-12 ) سنة. ومن هنا تكسب هذه الدراسة أهميتها حيث التعرف على السمات المميزة لبراعم كرة القدم وبالتالي حث المشرفين والمدربين على تنمية السمات التي من الواجب توفرها عند لاعبي كرة القدم من خلال عملية التوجيه والإرشاد النفسي.

### **1. إشكالية البحث**

إن تطور لعبة كرة القدم وعند أغلب الدول المتقدمة من العالم لم يأتي من فراغ وإنما جاء نتيجة تبني هذه الدول للعديد من المقومات الأساسية لظهور هذا التطور والذي يأتي في مقدمتها عملية توجيه وإعداد المواهب بعمر مبكر ووضع البرامج التعليمية والتربوية الطويلة الأمد وإعدادهم بدنياً ومهارياً ونفسياً. ومن خلال خبرة الباحثين في مجال علم النفس الرياضي والسمات الشخصية وجذب أن أغلب المشرفين والمدربين العاملين مع الفئات العمرية الصغيرة يعتمدون على الجانب البدني والمهاري وهناك قصور في معرفة السمات الشخصية عند اللاعبين الصغار وما يتميز به هؤلاء اللاعبين من سمات شخصية مميزة وما تتطلبها لعبة كرة القدم من سمات شخصية تتلائم وخصوصية ومتطلبات اللعبة ولما لها من تأثير عبر المراحل العمرية المتقدمة من خلال تنمية السمات المميزة للاعب كرة القدم لمساهمتها بدرجة كبيرة في الارتفاع بمستوى و إستعدادات اللاعبين وقدراتهم . ومن هنا تتلخص تساؤلات الدراسة فيما يلي:

- هل هناك علاقة بين السمات الشخصية لدى لاعبي كرة القدم بأعمار (10-12) سنة و القدرات البدنية و المهارية لديهم؟

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين السمات الشخصية لأفراد عينة البحث؟

### **2. فرضية البحث**

- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين السمات الشخصية لأفراد عينة البحث .

### **3. أهداف البحث**

- التعرف على السمات الشخصية لبراعم كرة القدم بأعمار (10-12) سنة.

- التعرف على طبيعة وقوة العلاقة الإرتباطية بين السمات الشخصية لأفراد عينة البحث.

#### 4. مجالات البحث

المجال البشري : برامع كرة القدم لمختلف فرق مدينة الشلف بأعمار (10-12) سنة.

المجال الزماني : 2014/01/09 لغاية 2014/05/24.

المجال المكاني : ملاعب كرة القدم لمختلف الفرق الرياضية لكرة القدم بمدينة الشلف.

#### 5. مصطلحات البحث

##### تعريف السمات

مفهوم السمة هو مفهوم عام، لأننا نستخدمها في لغتنا الدارجة لوصف شخصيات الناس لأن نطق على شخص ما أنه إنسان كريم، بخيل، شجاع، ثرثار، وغير ذلك من السمات العامة، وتعرف السمات بحسب نظرية السمات العامة أنها إستعدادات داخلية عامة مستقلة لا تتأثر بالعامل والظروف الخارجية. أما بحسب نظرية السمات النوعية فإن السمة هي عادة أو وصف لسلوك الفرد الظاهر في موقف معين وليس استعداداً داخلياً . ويرى أصحاب هذه النظرية أن الشخصية الإنسانية تتتألف من سمات عدة(كل شخص له عدة سمات)، فالسمات تتوقف على عوامل وراثية وجسمية متعلقة بالجهاز العصبي والفرد، حيث تتوقف على عوامل البيئة وخاصة التعلم والإكتساب<sup>(1)</sup>.

فالسمة لغة تعني "إتسم الرجل جعل لنفسه (سمه) يعرف بها" <sup>(2)</sup> وهناك الكثير من الكلمات التي يمكن أن تحدد سمات الشخص فقد يوصف الشخص بأنه ذكي أو خجول أو متواضع أو عدواني إلى غير ذلك. فالسمات إذاً هي مفاهيم إستعادية نزوع إيجابي لدى الشخص ينفل الإستعدادات بطريقه معينة عند نوع معين من المؤثرات، أي أن الشخص ينفل الإستعدادات السيكولوجية من موقف إلى موقف آخر لأنها تتضمن قدرأ من احتمال سلوك الشخص بطريقه معينة <sup>(3)</sup>.

وفي مصطلحات علم النفس فإن السمة تعرف على أنها " صفة ثانية تميز الفرد عن غيره فهي بهذا المعنى الشامل تضم المميزات الجسمية والحركية والعقلية والوجدانية والإجتماعية " <sup>(4)</sup>.

ولا شك أن المفردة الأبرز في التعرف على الشخصية الإنسانية هي السمة التي يراها أكثر علماء النفس هي البناء المركزي والبنية الأساسية في الشخصية. حيث أن للسمة أهمية كبيرة في التعرف على الشخصية الإنسانية فقد عرفها كثيرون ومن هذه التعريفات هي :

عرفها (جليفورد، Guilford، 1954) بأنها " أية طريقة متميزة ثابتة نسبياً وعلى أساسها يتميز الفرد عن غيره من الأفراد ".

ويشير (ايزنك، Eysenck، 1960) إلى السمة أنها " مجموعة الإستجابات التي تم التعود عليها يقصد بذلك إستجابات معينة تحدث تحت الظروف نفسها أو في ظروف مشابهة ".

وقد قسم آلبورت سمات الشخصية إلى :

سمات رئيسية وهي تؤثر في معظم أنماط سلوك الفرد.

<sup>1</sup> - محمد قاسم عبد الله، مدخل إلى الصحة النفسية، عمان، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 2005، ص 85.

<sup>2</sup> - محمد بن أبي بكر الرازي، مختار الصحاح، بيروت، دار الفكر العربي، ب، ت، ص 722.

<sup>3</sup> - محمد قاسم عبد الله، مرجع سابق ذكره، ص 85.

<sup>4</sup> - يوسف موسى المقاداري، وعلي محمد المعامرة، علم النفس الرياضي، عمان، مطبعة المكتبة الوطنية، 2002، ص 31.

سمات ثانوية وهي أقل وضوحاً من السمات الرئيسية.  
كما قسم آلبورت السمات إلى :

سمات وراثية فطرية.  
سمات مكتسبة متعلمة.

أما كاتل الذي يعتبر أحد كبار مخططى السمات، يرى في نظريته كما تسمى (بنظرية السمات الشخصية)  
وهدفت هذه النظرية إلى حل المشكلات الإجرائية التي اعترضت نظرية آلبورت وحدت من قيمتها العلمية<sup>(1)</sup>،  
حيث ركزت نظرية كاتل على حل مشكلة التعدد الفائق في السمات وذلك عن طريق استخدام أسلوب التحليل  
العاملي لإيجاد السمات المترابطة فيما بينها ومن ثم يعاد إلى إعطائهما إسماً موحداً يدل عليها.

وكان كاتل من أنصار القياس وصانع الإختبارات على أساس أن القياس هو الأساس لإمكانية الفهم الصحيح  
للسلوك البشري.

وعرفها (كاتل، 1965) Gattell بأنها " عبارة عن بعض الميول الدائمة الواسعة نسبياً، أما الحالة المزاجية  
 فهي حدث عابر ووقتي يمر به الفرد ".

كما عرفها (ثامر محسن، 1990) بأنها عبارة عن تركيب عصبي نفسي مجرد لا يمكن رؤيته بصورة مباشرة  
ولكن يستدل عليه من خلال السلوك الدال عليه.

### **خصائص المرحلة العمرية (10-12) سنة**

يمر الفرد بمرحلة النمو العام وتتسارع النمو الطولي الذي يتراوح بين البطء النسبي تارة و ثبات الأحجام  
أحياناً، وكذلك وظائف الجسم تبدأ وظيفة مبكراً وتتأخر أخرى، وبشكل عام أن القابلية الوظيفية عند الأطفال  
تكون أقل مقارنة مع الكبار، وهذا لا يعود إلى عدم تكامل النمو لديهم، لأن كل مرحلة من مراحل النمو تعتبر  
تامة للمرحلة ذاتها ولكن هناك عدة عوامل تؤثر على نمو الجسم منها. و من مميزات المرحلة العمرية من  
(10-12) سنة هي كالتالي:

#### **النمو العقلي**

إذ أن الطفل يحتاج إلى خبرات تعلم نشطة، إبداعية، وعملية ومشاركة. ويسأل أسئلة منطقية، ويصنع  
تعليمات، ومحمس للتعرف على المعلومات. كذلك يجب أن يعرف كيف تصنع الأشياء وكيف تعمل وماذا  
تعمل. ويببدأ في التفكير بشكل مجرد، لكنه يظل محتاجاً إلى تطبيقات عملية وملمومة: فهو يستطيع أن يصنع  
خططاً وينفذها وأن يقيم التجارب والخبرات.

#### **النمو العاطفي**

إذ أن الطفل يصبح أكثر استقلالية ويكون لديه قدرة أكبر على ضبط النفس. ودود وتعاون، لكنه لا يزال  
بحاجة إلى المساعدة في تكوين العلاقات. يحتاج إلى علاقات دافئة مع الراشدين وأن يراهم كقدوة. بهم بأمان  
العالم من حوله.

#### **النمو الاجتماعي**

يمكن للطفل أن يتاثر بضغوط الأقران. كذلك يحتاج إلى الانتماء إلى مجموعات الأقران، مما يدعم هويته  
وثقته بنفسه و يقدر الإخلاص والصحبة من قبل الأصدقاء. و يضع قيمة عالية على القوانين والعدل. و يصبح  
أكثر تنافسية ومسؤولية. و يستمتع بالتوارد مع العائلة وبصحبة الأصدقاء في دور العبادة.

## **النمو الجسماني**

فيما يخص الجانب الجسمي يحب أن يكون الطفل نشيطاً ويتقن المهارات الجسدية و يبدأ التطور الجنسي. ويقدر على الإعتناء بصحته ولياقته. كذلك لديه التناسق الذي يمكنه من الأداء و عمل الأشياء.

### **6. الدراسات السابقة**

#### **الدراسة الأولى**

دراسة ياسين علوان إسماعيل " السمات الشخصية لدى لاعبي ولاعبات الكرة الطائرة "، بحث منشور، مجلة جامعة بابل، مجلد 7، العدد 2، 2002. تضمنت عينة البحث لاعب منتخب كلية التربية الرياضية - جامعة بابل وهدفت الدراسة إلى التعرف على السمات الشخصية لبعض لاعبي ولاعبات الكرة الطائرة وتحديد هذه السمات مع كل مراكز اللعب في الكرة الطائرة كما تضمنت الدراسة على مجموعة من الاستنتاجات وهي : أن لاعبي ولاعبات الكرة الطائرة يمتازون أن بسمات شخصية جيدة وبدوافع وتصميم وإرادة قوية في أثناء التدريب وال المباراة.

لاعب ولاعبات الكرة الطائرة يمتازون بثقة عالية وبتفكير ويتأقلمون مع مجتمعهم .  
شخصية اللاعبين قوية قياساً بشخصية اللاعبات.

#### **الدراسة الثانية**

دراسة رائد عبد الأمير عباس دراسة مقارنة في السمات الشخصية عند ناشيء منتخبات بعض الاعاب الرياضية الفردية في محافظة بابل <sup>(1)</sup>.  
بحث منشور، مجلة كلية التربية الرياضية / جامعة بابل، مجلد الاول، العدد السابع، 2008 كما تضمنت عينة البحث (33) لاعب يمثلون ناشيء الالعاب الفردية وهي ( الريشة الطائرة، الجمباستيك، الملاكمة، التنس الأرضي، السكواش ) ضمن محافظة بابل . كما هدفت الدراسة إلى التعرف على السمات الشخصية عند ناشيء منتخبات بعض الالعاب الفردية في محافظة بابل .  
مقارنة في السمات الشخصية بين ناشيء منتخبات بعض الالعاب الرياضية الفردية.

أما أهم ما أفرزته نتائج الدراسة هي :  
تميز ناشيء الملاكمة بالعصبية والعدوانية والقابلية للاستثارة.  
تميز ناشيء الجمباستيك بسمة الهدوء والاجتماعية.  
ممارسة الألعاب الرياضية تقلل من سمة الاكتئابية.

#### **الدراسة الثالثة**

دراسة بن مجاهد فاطمة الزهراء: - مساعدة في دراسة بعض سمات شخصية الطفل المعتمى عليهم جسديا بالتركيز من طرف أقرانه. دراسة تحليلية نفسية لخمس حالات بمدينة ورقلة.

دراسة منشورة، مجلة العلوم الإنسانية / جامعة محمد خضر بسكرة، العدد السادس والعشرون، 2012، و تضمنت الدراسة إبراز سمات الشخصية لدى الأطفال المعتمى عليهم من طرف أقرانهم بإستخدام المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة و اختباري الرورشاخ و الخروف القدم السوداء المطبقة على خمس أطفال،

<sup>1</sup>- رائد عبد الأمير، دراسة مقارنة في السمات الشخصية عند ناشيء منتخبات بعض الالعاب الرياضية الفردية، بحث منشور، مجلة التربية الرياضية، جامعة بابل، مجلد الاول، العدد السابع، 2008.

سمحت ببروز سمات شخصية أساسية و المتمثلة في تقدير ذات منخفض و ميل للانزوال و إنعدام الثقة بالنفس.

### التعليق على الدراسات السابقة

#### أوجه التشابه

تشابهت الدراسة الحالة مع الدراسة الأولى من حيث دراسة السمات الشخصية عند اللاعبين والتعرف على السمات الشخصية وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسة الثانية من حيث دراسة السمات الشخصية أيضاً والتعرف على السمات لدى اللاعبين وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسة الثالثة في الفئة العمرية و سمات الشخصية عند نفس الفئة العمرية.

#### أوجه الاختلاف

إختلفت الدراسة عن الدراستين الأولى والثانية و الثالثة إذ أن الدراسة الأولى ركزت على اللاعبين واللاعبات لكرة الطائرة لمنتخبات كلية التربية الرياضية جامعة بابل في حين ركزت الدراسة الثانية على ناشئي منتخبات الألعاب الفردية ضمن محافظة بابل للألعاب (الريشة الطائرة، الجمباز، الملاكمة، التنس الأرضي، السكواش).

كما يمكننا أن نبين أن ما إنفرد به الدراسة الحالية من حيث الإهتمام بدراسة السمات الشخصية للاعب كرة القدم الصغار بأعمار (10-12) سنة والتعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين السمات الشخصية لإفراد عينة البحث، مما يساهم في مساندة المدربين أو المشرفين على هؤلاء اللاعبين في إمكانية تقديم التوجيه والإرشاد اللازم لهم أثناء عملية التدريب وتنمية السمات المميزة للاعب كرة القدم . و إختلفت الدراسة الحالية مع الدراسة الثالثة من حيث الظاهرة المدروسة حيث تتناول الدراسة الثالثة جانب سلبي و هو التعرض للأطفال على الإعتداء ليبرز هذا الأثر على شخصيتهم، عكس الدراسة الحالية التي تتناول جانب إيجابي بممارسة نشاط رياضي و دوره في تقوية شخصية الأطفال<sup>(8)</sup>.

## 7. الإجراءات المنهجية للبحث

### منهج البحث

استخدمنا المنهج الوصفي بالأسلوب المسحي والدراسات الإرتباطية لمعالجة بحثنا للوصول إلى الحلول المطلوبة.

### مجتمع وعينة البحث

إن مجتمع البحث الحالي هو لاعبو كرة القدم للمرحلة العمرية من (10 حتى 12) سنة لمختلف أندية كرة القدم بمدينة الشلف لمناطق مختلفة من المدينة وهي وادي الفضة، الكريمية، أولاد عباس، بوقادير، الزبوجة، أم الدروع، أولاد فارس، أبو الحسن، مجاجة). إذ بلغ المجموع الكلي لأفراد مجتمع البحث (230) لاعباً ضمن اللاعبين الصغار المنتسبين إلى النوادي الرياضية لفرق الرياضية لكرة القدم بالمناطق المذكورة، اختار الباحثين عينة بلغ عددها (170) لاعب وهي تشكل نسبة (73.91 %) من المجموع الكلي لمجتمع البحث تم اختيارهم بالطريقة العشوائية حسب عدد اللاعبين الموجودين ضمن كل فريق رياضي لكرة القدم، والجدول (1) يبيّن ذلك.

9 - بن مجاهد فاطمة الزهراء، مساهمة في دراسة بعض سمات شخصية الطفل المعتمى عليه جسدياً بالتركيز من طرف أقرانه، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 26، 2012، ص 167-184.

## جدول (01) : يبين توزيع أفراد عينة البحث ضمن كل نادي رياضي لكرة القدم.

العينة	العدد الكلي	إسم النادي	العدد
20	30	الأمل الرياضي بلدية ابو الحسن	1
25	40	الاتحاد الرياضي بلدية أولاد فارس	2
20	25	الاتحاد الرياضي أولاد عباس	3
25	30	أولمبي وادي الفضة	4
30	35	الاتحاد الرياضي بلدية بوقادير	5
20	25	الشباب الرياضي بلدية الزبوجة	6
15	20	الشباب الرياضي بلدية أم الدروع	7
15	25	شباب امال مجاجة	8
170	230	المجموع	

### وسائل والأدوات المستخدمة

- 1- المصادر والمراجع العربية والأجنبية
- 2- المقياس النفسي لسمات الشخصية.

### الأجهزة والأدوات المستخدمة

- 1- جهاز كمبيوتر محمول
- 2- ميقاتية.

### الدراسة الميدانية

تم اعتماد مقياس فريبيورج لقياس السمات الشخصية ،<sup>(1)</sup> والمتضمن ثمانية مجالات و (50) فقرة منها (48) إيجابية (2) سلبية وتوزعت على مجالات المقياس كالتالي :

العصبية (6) فقرات وهي (3، 4، 14، 17، 22، 36).

الإكتائية (6) فقرات وهي (20، 24، 32، 35، 49، 50).

القابلية للإستثارة (5) فقرات وهي (30، 31، 34، 37، 43).

الإجتماعية (6) فقرات هي (2، 12، 14، 27، 44، 45).

الهدوء (7) فقرات هي (1، 19، 28، 39، 40، 42، 49).

السيطرة (7) فقرات هي (9، 11، 15، 21، 23، 29، 47).

الضبط (6) فقرات وهي (6، 8، 13، 16، 18، 33).

<sup>1</sup>- حسن علي حسين، القيمة التنبؤية للقدرة الحركية بدلة بعض السمات الشخصية للاعبين كرة القدم بأعمار (10-12) سنة، رسالة ماجستير، جامعة بابل ، كلية التربية الرياضية، ص2007، ص219.

## 8. الدراسة الاستطلاعية

أجرى الباحثين الدراسة استطلاعية بتاريخ 13/2/2007 على عينة من لاعبي فريق جمعية الشلف بلغ عددهم (10) لاعبين، وقد تم إستبعادهم من أفراد الدراسة النهائية لغرض تحديد الزمن اللازم للإجابة على فقرات المقياس وكذلك التعرف على الصعوبات والعقبات وتنظيم عمل المختبرين، و معرفة مدى كفاءة فريق العمل المساعد، وبعد الإنتهاء من إجراء الدراسة الإستطلاعية تبين أن فقرات المقياس كانت واضحة من قبل أفراد العينة، وكذلك بذل الجهد والتعليمات في حين كان وقت إستكمال التأثيرات لجميع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية من (30-20) دقيقة.

## 9. الدراسة النهائية

بعد إستكمال إجراءات إستطلاع المقياس على أفراد الدراسة الإستطلاعية والتعرف على الصعوبات التي كانت قد تواجهه الباحثين، باشر الباحثين بتطبيق مقياس السمات الشخصية المكون من (50) فقرة على أفراد عينة البحث وباللغة عددهم (170) لاعباً يمثلون نوادي كرة القدم بمدينة الشلف، و الذين بلغت بأعمارهم (10-12) سنة، خلال المدة المقصورة بين 17/03/2014-01/04/2014، تحت الشروط والتعليمات الخاصة بتطبيق المقياس وبعد الانتهاء من تنفيذ الدراسة النهائية، قام الباحث بجمع البيانات الخاصة بأفراد عينة البحث جميعهم وترتيبها في جداول تمهدأ لتحليلها إحصائياً.

### طريقة تصحيح المقياس

أعطيت بذل الإجابة الثانية (نعم / لا) للفرات السلبية ومنها تحددت درجات السمات الشخصية لدى كل لاعب من أفراد عينة البحث وذلك بحساب المجموع الكلي للدرجات التي يحصل عليها كل لاعب من خلال إجابته على كل فقرة من فقرات المقياس وقد تراوحت هذه الدرجات بين (45,3-60,8) وبمتوسط حسابي (72,56) وإنحراف معياري قدره (4,53).

### الأسس العلمية لمقياس سمات الشخصية

إن الصدق والثبات يعدان من أهم الخصائص السيكولوجية التي يجب توفرها في المقياس النقي ومهما كان الغرض من استخدامها<sup>(1)</sup> وعليه يجب التحقق من هذه الخصائص والشروط من أجل ضمان جودة وصلاحية المقاييس المستخدمة بالقياس والتقويم.

### صدق المقياس

يشير مفهوم الصدق إلى الصحة أو الصلاحية إلى أن الاختبار يقيس بالفعل الوظيفة المخصصة لقياسها دون أن قيس وظيفة أخرى إلى جانبها<sup>(1)</sup>، حيث تتحقق الباحث من صدق مقياس السمات الشخصية من خلال مؤشر صدق البناء عندما قام الباحث باستخدام أسلوب الإتساق الداخلي للإختبار والذي يعد من أكثر أنواع الصدق شيوعاً في مجال التربية البدنية والرياضية من خلال مؤشرات معامل الإرتباط ودرجة الفقرة ودرجة المجموع الكلي للمجال الذي تنتهي إليه الفقرة<sup>(2)</sup> والجدول (2) يبين ذلك.

<sup>2</sup>- ليلى السيد فرات، القياس والاختبار في التربية الرياضية، ط1، القاهرة، مركز الكتاب للنشر، 2001، ص 68.

**جدول (02): يبين معامل الارتباط بين درجة الفقرة والمجموع الكلي للمقياس الذي تتمي إليه الفقرة ونوع الدلالة الإحصائية**

نوع الدلالة الإحصائية	نوع معامل الارتباط	قيمة الفقرة	رقم البعد	اسم البعد	نوع الدلالة الإحصائية	قيمة معامل الارتباط	قيمة الفقرة	رقم البعد	اسم البعد
معنوي	0.46	12	اجتماعية	معنوي	0.42	3	عصبية		
معنوي	0.35	27	اجتماعية	معنوي	0.51	4	عصبية		
معنوي	0.40	44	اجتماعية	معنوي	0.33	14	عصبية		
معنوي	0.34	45	اجتماعية	معنوي	0.60	17	عصبية		
معنوي	0.36	48	اجتماعية	معنوي	0.39	22	عصبية		
معنوي	0.48	1	الهدوء	معنوي	0.37	36	عدوانية		
معنوي	0.39	19	الهدوء	معنوي	0.40	7	عدوانية		
معنوي	0.37	28	الهدوء	معنوي	0.55	10	عدوانية		
معنوي	0.39	39	الهدوء	معنوي	0.43	25	عدوانية		
معنوي	0.52	40	الهدوء	معنوي	0.37	26	عدوانية		
معنوي	0.48	42	الهدوء	معنوي	0.44	38	عدوانية		
معنوي	0.37	49	الهدوء	معنوي	0.44	41	عدوانية		
معنوي	0.38	9	السيطرة	معنوي	0.37	46	اكتئابية		
معنوي	0.53	11	السيطرة	معنوي	0.40	20	اكتئابية		
معنوي	0.41	15	السيطرة	معنوي	0.35	24	اكتئابية		
معنوي	0.43	21	السيطرة	معنوي	0.38	32	اكتئابية		
معنوي	0.42	23	السيطرة	معنوي	0.46	35	اكتئابية		
معنوي	0.40	29	السيطرة	معنوي	0.41	49	اكتئابية		
معنوي	0.33	47	السيطرة	معنوي	0.45	50	استثارة		
معنوي	0.41	6	الضبط	معنوي	0.41	30	استثارة		
معنوي	0.39	8	الضبط	معنوي	0.42	31	استثارة		
معنوي	0.40	13	الضبط	معنوي	0.43	34	استثارة		
معنوي	0.61	16	الضبط	معنوي	0.49	37	اجتماعية		
معنوي	0.59	18	الضبط	معنوي	0.43	43	اجتماعية		
معنوي	0.46	23	الضبط	معنوي	0.42	2	اجتماعية		

## ثبات المقياس

يعد مفهوم الثبات من المفاهيم الأساسية في القياس ويتعين توفره في المقياس لكي يكون صالحًا للإستخدام، فثبات الوحدات يعني " إن يعطي الإختبار النتائج نفسها إذا كرر إجراءه على الأفراد أنفسهم وفي الظروف نفسها "<sup>(1)</sup> وللتحقيق من ثبات مقياس السمات الشخصية للاعب كرة القدم بأعمار (10-12) سنة إستخدم الباحث إحدى طرق التجزئية للشخصية هي :

كيودر - ريتشاردسون

تهدف هذه الطريقة إلى التوصل إلى قيمة تقديرية لمعامل الثبات الإختبارات التي تكون درجات مفرداتها ثنائية كمفردات ( فقرات ) الإختبار وهي تؤكد العلاقة القائمة بين المفردات التي يشتمل عليها الإختبار أو المقياس أي إستقرار إجابات المختبرين عند فقرات الإختبار واحدة بعد الأخرى أكثر من تأكيدها. إتساق درجات الإختبار بمرور الزمن أو تكافؤها على الرغم من اختلاف صيغ الإختبار ولهذا تمت تسمية معامل الثبات هذا بمعامل الإتساق داخل فقرات الإختبار.

وتتغلب هذه الطريقة على مشكلة تعدد طرق التجزئية النصفية للإختبار بأن تكون قيمة تقديره لمتوسط قيم معامل الإرتباط بين كل من نصفي الإختبار والطرق التجزئية النصفية من دون أن نقوم بهذه التجزئة بالفعل فعلى الرغم من استخدام الطرق الأخرى جميعها الأساليب الإحصائية في تقدير قيم معامل الثبات إلا أن طريقة كيودر و ريتشاردسون تعد أسلوباً إحصائياً قائماً بحد ذاته، وقد بلغ معامل الثبات لمقياس السمات الشخصية (0,92) وهو معامل عالي كما يتغير مؤشر على إتساق فقرات المقياس ذاتها.

## الوسائل الإحصائية

يستخدم الباحث الحقيقة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( SPSS ) لمعالجة البيانات وتم استخدام الحقيقة في المواضيع .

- المتوسط الحسابي.
  - الإنحراف المعياري .
  - الإرتباط البسيط ( بيرسون ) .
- معادلة كيودر- ريتشاردسون  $R_{20} = K$ .

## 10. عرض و تحليل نتائج الدراسة

### مؤشرات السمات الشخصية لأفراد عينة البحث

من أجل تحقيق الهدف الرئيسي لهذه الدراسة وهو التعرف على طبيعة العلاقة الإرتباطية بين السمات الشخصية لأفراد عينة البحث لا بد أن تمر بعدة مراحل منها التعرف على السمات الشخصية لدى اللاعبين .

<sup>1</sup>- نزار الطالب وكامل لويس، علم النفس الرياضي، بغداد، دار الحكمة للطباعة والنشر، ط2، 2000، ص 269.

**جدول (02) :** يبين المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري والخطأ المعياري لسمات الشخصية

السمات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري
العصبية	8.02	0.62	0.047
العدوانية	8.32	1.53	1.117
الاكتئابية	8.62	1.16	0.089
الاستثارة	8.42	1.31	0.101
الاجتماعية	9.88	1.38	0.105
الهدوء	10.84	1.43	0.109
السيطرة	10.33	1.35	0.103
الضبط	8.56	1.46	1.112

بعد أن قام الباحثين بجمع الإستمارات وتقرير محتوياتها عمد الباحثين إلى إخضاع البيانات للمعالجات الإحصائية والتي من خلالها تم إستخراج المتوسطات الحسابية لكل سمة من السمات الشخصية والإنحرافات المعيارية فضلاً عن إستخراج الخطأ المعياري لكل سمة أيضاً والذي من خلاله يمكن التوصل إلى مدى مناسبة حجم العينة ومصداقية تمتانها للمجتمع كما مبين في جدول (2).

#### إيجاد العلاقات الارتباطية بين السمات الشخصية

بغية الحصول على مصفوفة الارتباطات البينية بين السمات الشخصية للاعبى كرة القدم الصغار بأعمار (10-12) سنة استخدم تم استخدام الإرتباط البسيط (بيرسون) كوسيلة إحصائية لتحقيق هذا الغرض وقد إحتوت المصفوفة على (28) معامل ارتباط بلغ عدد معاملات الإرتباط الموجبة (18) معامل وبنسبة (64.28%) في حين بلغ عدد المعاملات الإرتباطية السالبة (10) معامل وبنسبة (35.72%) كما إحتوت المصفوفة على (18) معامل ارتباط دال وبنسبة (64.28%) من مجموع الإرتباطات الكلية في حين بلغت أعلى قيمة معامل الإرتباطية موجبة (+0.402) بين سمة الإكتئابية وسمة قابلية الاستثارة كما بلغت أعلى قيمة معامل ارتباط سالبة (-0.245) بين سمة العصبية وسمة الاجتماعية، ويرى الباحثين أن هذا الشيء طبيعي كون الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الاجتماعية لا يمكن أن يكون بدرجة عالية من العصبية والجدول (3) يبين قوة وطبيعة العلاقات الارتباطية بين السمات الشخصية للاعبى كرة القدم الصغار بأعمار (10-12) سنة.

**جدول (03): يبين مصفوفة الإرتباطات البينية بين السمات الشخصية للاعبي كرة القدم الصغار**

السمات	العصبية	العدوانية	الاكتابية	الاستثارة	الاجتماعية
العصبية	-				
العدوانية	0.343	-			
الاكتابية	0.395	0.226	-		
الاستثارة	0.265	0.250	0.402	-	
الاجتماعية	0.245	0.195	0.075	0.039	-
الهدوء	0.201	0.060	0.039	0.029	0.220
السيطرة	0.139	0.188	0.125	0.168	0.015
الضبط	0.267	0.110	0.348	0.216	0.141 -

قيمة معامل الارتباط بدرجة حرية (170) ومستوى دلالة (0.05) تساوي (0.138).

وبهذا يكون الباحثين قد حققا أهداف دراستهم في التعرف على السمات الشخصية للاعبي كرة القدم الصغار بأعمار (10-12) سنة فضلاً عن التعرف على طبيعة العلاقة الإرتباطية بين السمات الشخصية للاعبي كرة القدم وقوتها، حتى يستطيع القائمون أو المشرفون على تدريب هذه الفئات العمرية التعرف على سمات لاعبيهم ومن ثم تقديم التوجيه والإرشاد النفسي لهم وكذلك تنمية السمات الواجب توفرها في لاعب كرة القدم.

## 11. الاستنتاجات والتوصيات

### الاستنتاجات

من خلال ما أفرزته نتائج الدراسة توصل الباحثين إلى:

- تم التعرف على السمات الشخصية للاعبي كرة القدم بأعمار (12-10) سنة.
- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعض السمات الشخصية للاعبي كرة القدم بأعمار (10-12) سنة.

### التوصيات

من خلال الاستنتاجات التي توصل إليها الباحثين فإنهم يوصيان بالأتي :

- ضرورة استخدام مقياس السمات الشخصية من قبل المشرفين على تدريب الفئات العمرية الصغيرة لقياس درجة السمات الشخصية لديهم وبالتالي تقديم التوجيه والإرشاد النفسي لهم.
- ضرورة الإهتمام بالجانب النفسي للاعبين الصغار بالمساواة مع الجوانب البدنية و المهارية والتربوية خلال فترات التدريب .
- ضرورة إجراء دراسات على فئات عمرية أخرى ( ناشئين – شباب ) والمقارنة بين السمات الشخصية لتميز السمات المميزة عند كل فئة عمرية.

## المراجع

1. صلاح الدين محمود علام، **القياس والتقويم التربوي وال النفسي أساسياته وتطبيقاته**، توجيهاته المعاصرة، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي، 2000.
2. ليلي السيد فرحتات، **القياس والاختبار في التربية الرياضية**، ط١، القاهرة، مركز الكتاب للنشر، 2001.
3. سامي محمد ملحم، **القياس والتقويم في التربية وعلم النفس**، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2005.
4. محمد نصر الدين رضوان، **المدخل الى القياس في التربية البدنية والرياضية**، ط١، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2006.
5. يوسف موسى المقدادي، وعلي محمد المعامر، **علم النفس الرياضي**، عمان، مطبعة المكتبة الوطنية، 2002.
6. ثامر محسن، **الاعداد النفسي بكرة القدم**، بغداد، وزارة التعليم العالي، 1990.

# دراسة تحليلية لمختلف أبعاد صورة الذات عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثرها على مستوى التحصيل الدراسي

زلف منيرة  
جامعة الجزائر 2 - URNOP

## مقدمة

انتشرت الأمراض البسيكوسوماتية بين الأطفال والمرأهقين رغم التقدم الواضح في ميادين الرعاية الصحية والطب الوقائي. ومن أهم الأمراض البسيكوسوماتية ، نجد داء السكري المرتبط بالأنسولين الذي يمثل نسبة 99 % من الحالات المرضية بداء السكري ، بينما تمثل نسبة 1% فقط داء السكري غير المرتبط بالأنسولين (Mustapha Khiati 1993). يتميز هذا الداء بأنه متعب للمرضى، إذ يتحتم عليه الحذر فيأخذ العلاج عدة مرات في اليوم، كما يستلزم مراقبة طبية مستمرة إضافة إلى ما يحدثه من تغيرات فيزيولوجية أهمها عدم التوازن الميتابولي المستمر الذي قد يؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية وتهديد الصورة الترجسية عند المراهق المريض الذي يكون مجبوراً على التعايش مع مرضه مدى الحياة لأن داء السكري المرتبط بالأنسولين مرض مزمن يسبب للمراهق انقلاباً عميقاً في مكانته الشخصية ، حيث يصبح يشعر بأنه ليس مثل الآخرين. (Serge Lebovici, René Diartkine, Michel Soule 1985) فقد يعيش مظاهر الفراق المتمثلة في الإحساس بتخلّي الآخرين عنه والخوف من المجهول كمضاعفات مرضه المزمن والانعكاسات المستقبلية لحاليه الصحية على حياته الدراسية والأسرية والاجتماعية ... الخ. كما هو معروف، يتأثر التحصيل الدراسي للتلميذ بعوامل ترتبط بحياته الخاصة سواء المتعلقة بالوضع الثقافي السادس داخل الأسرة ووضعها المالي ومدى ترابط أفرادها واستقرارهم، كذلك المتعلقة بالوسط المدرسي وبالجانب النفسي والعقلي والجسمي للتلميذ مثل الصحة البدنية العامة والتوازن الشخصي والانفعالي. ونظراً لما يسببه داء السكري المرتبط بالأنسولين من عدم التوازن الميتابولي المستمر لدى المراهق فإن ذلك قد يخلق لديه مشاكل توافقية عديدة تطرح إشكالية قبوله لمرضه وما قد يتربّع عنه من انعكاسات سلبية على تكوين شخصيته وعلى سلوكاته ونشاطاته خاصة الأداء المدرسي. ومن هنا تشكل مختلف استجابات المراهق ومدى تحصيله الدراسي النافذة الواسعة التي يستدل منها على حالته النفسية وعلى تشكيله لصورته الذاتية فبناءً على ما تقدم ذكره، تتأكد أهمية دراسة التأثير النفسي لداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهق وكذا انعكاساته على أدائه الفعلي ولا سيما التحصيل الدراسي.

## 1. إشكالية الدراسة

حظي كل من مفهوم صورة الذات بالاهتمام والدراسة في مجال علم النفس بهدف الكشف عن العلاقة القائمة بينها وبين متغيرات وموضوعات أخرى والتغيرات المتبادلة بينها باعتبارها متغيرة لها قيمة سيكولوجية وانعكاسات على سلوكات ونشاطات الفرد بما في ذلك التحصيل الدراسي. يلخص R. L'Ecuyer (1978) صورة الذات في مجموع النشاطات والطموحات والأحساس والانفعالات والقدرات والاستعدادات والمزايا والعيوب التي ينظر من خلالها الشخص لذاته وهي تلك الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته المدركة، إضافة إلى ما ينسبة لنفسه من خلال الصفات الإيجابية والسلبية والأدوار التي يحتلها في محیطه العائلي والاجتماعي. يرى Gilham أن من بين العوامل الهامة التي تعيق تقبل الطفل لذاته هي القصور البدني أو الجسمي على محمد الديب (1994). فالصورة التي يكونها الفرد عن ذاته المدركة، والتي يمكن أن تتأثر في حالة وجود مرض مزمن، ينتج عنها إحساس المراهق المريض بأنه ليس مثل الآخرين (Serge Lebovici, René Diartkine, Michel Soule 1985). تتكون صورة الذات وتتطور خلال فترة المراهقة والتي قد تتأثر في حالة وجود عائق صحي، وتؤثر هي بدورها على تحصيله الدراسي، حيث يؤدي شعور التلميذ المصاب بمرض مزمن دائماً إلى ضعف قدراته وإرادته وانشغاله عن دراسته صابر الباقي (1976). إذ تلعب اتجاهات الفرد نحو ذاته دوراً مهماً في توجيهه سلوكه، حيث أن فكرة الطالب عن ذاته تساهم

بشكل فعال في تحصيله الدراسي على محمد الديب (1994) يؤكد R. Perron (1991) بأن التحصيل الدراسي الجيد يظهر مرتبطاً برأي إيجابي حول الذات من جهة أخرى ووضحت دراسة Cooper (1959) على مجموعة من التلاميذ بأن ذوي صورة الذات الإيجابية يتميزون بالقدرة على التفاعل والنجاح Smith (1993). زين العابدين دروبيش

و هذا ما تثبته أيضاً دراسة Lipsitt (1961) بأن المراهق ذو الصورة الذاتية السلبية يتميز بمواجهه صعوبات كثيرة في حل الواجبات المدرسية. وعلى العكس، يكون المراهق ذو الصورة الذاتية الإيجابية يكون أكثر تكيفاً وتوافقاً مع الأداء المدرسي. وانطلاقاً من هذا نطرح التساؤلات التالية:

- هل توجد فروق دالة إحصائياً في صورة الذات بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض؟
- هل يختلف مستوى التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين باختلاف طبيعة صورة الذات العامة (مقارنة بين السلبية والإيجابية)؟

## 2. فرضيات الدراسة

- توجد فروق دالة إحصائياً في صورة الذات بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض.
- يختلف مستوى التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين باختلاف طبيعة صورة الذات العامة (مقارنة بين السلبية والإيجابية).

## 3. أهداف الدراسة

نظراً للأهمية التي يجب أن تمنح لدراسة صورة الذات وأثرها على التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين، ونظراً لندرة الدراسات التي أجريت في هذا المجال لاسيما شبه انعدامها في الأوساط التربوية بالجزائر، فإن هذه الدراسة جاءت لتكشف عن طبيعة صورة الذات بأبعادها المختلفة ومدى تحكم نوعية هذه الصورة في مستوى التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين.

## 4. تحديد المفاهيم

### مفهوم الصحة النفسية

تمثل الصحة عموماً ليس فقط غياب المرض ، وإنما أيضاً توفر راحة الفرد والمتعة الجسمية والعقلية والاجتماعية، مما يؤكد العلاقة الإرتباطية الموجودة بين الجسم والنفس حيث تحفز راحة البال التي يشعر بها الفرد السليم إلى عملية التكيف والتواافق النفسي والاجتماعي والأداء الجيد.

أما الصحة النفسية فتعني السواء والنضج والتكييف الاجتماعي والتواافق الشخصي والفعالية في أداء الدور الذي يحقق الرضا عن الذات وتقبلها.

كما تشير إلى التوافق مع الذات وإدراك الفرد لإمكانياته وقدرته على توظيفها في إطارها الإيجابي محققة له إشباعاته المادية وال مجردة.

في حين يحددها عباس محمود عوض (1988) بأنها حالة ديناميكية تظهر في قدرة الفرد على التوافق المرن المناسب للموقف الذي يتعرض له، كما تبدو في شعوره باستقلاليته وفرديته وحريته في الاختيار وقدرته على عقد صلات اجتماعية تتميز بالأخذ والعطاء، والتقرير بين دوافعه المتصارعة، والإنتاج في حدود إمكانياته.

وهي أيضاً ذلك التعبير الكامل والحر عن كل طاقة الأفراد الموروثة والمكتسبة، وتنشط في نظام متناسق في إتجاهها نحو هدف أو غاية للشخصية ككل نعيم الرفاعي (1980).

تبث الصحة النفسية عن مجمل العوامل التي تعيق فعالية الفرد في الحياة وتواافقه الاجتماعي، ونجاحه المدرسي أو رضاه عن العمل، فهي تهتم بالقضاء أو التخفيف من الأسباب المسؤولة عن فلق الفرد وأضطرابه النفسي والعناية بالأداء المدرسي أو المهني الذي يقوم به، وتحقيق التوافق النفسي - الاجتماعي والعملي. فالصحة النفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالإحساس بالطمأنينة والأمن النفسي والراحة والمتنة بما يملك الفرد من طاقات وإمكانيات. كما تعد تعبيراً شاملًا عن قدرة الفرد على التوافق النفسي والاجتماعي وتكون صورة إيجابية عن الذات، وقلة الشعور بالقلق والتوتر ، مما يساعد كثيراً على مواجهة الصعوبات ومواقف التهديد والخطر والنجاح في الأداء العملي والمدرسي.

### **مفهوم داء السكري من الناحية الطبية**

يمثل عامة مرضًا وراثياً، أو ناتجاً عن عدة عوامل كالاستعداد للمرض مولداً أعراضًا مختلفة لها تأثيرها العميق في الخصائص النفسية للمصاب.

وهو يعتبر من الأمراض البيسيكوسوماتية ومن الاضطرابات الأيضية ، حيث يرتبط إما بخل في إفراز الأنسولين أو بمقاومة من طرف هذا الهرمون على مستوى أنسجة الخلايا أين يتم تراكم مادة الغلوكوز ، كما يصاحبه إفراز بولي سكري مع كثرة العطش وظهور مقدار كبير من السكر في الدم Garnier Delamare (1985).

يعد داء السكري من الأمراض التي تتطلب وتشترط المراجعة الجدية والمستمرة للطبيب المختص، وإلى انصياع المريض للتعليمات الطبية.

كما يشكل أحد الأمراض الخطيرة ذات التأثير السلبي على جسم المريض، وإن لم تتم مراقبته، يؤثر على كل أجهزة الجسم تقريباً.

### **الجانب التطبيقي**

### **الدراسة الأساسية**

### **منهج الدراسة**

وقع اختيار الباحثة لهذا المنهج على وجه التحديد لأن الفرضيات التي طرحتها سالفاً تستوجب اعتماد هذا المنهج بحكم أنها بصفتها دراسة ظاهرتين نفسيتين تستلزمان الوصف العميق والتحليل والتفسير والمقارنة ودراسة علاقتهما بظاهرة تعليمية ومدى تأثيرهما فيها .

### **كيفية اختيار العينة**

أجريت الدراسة الأساسية على عينة قدرها 111 من المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين، متدرسات في الطور الثانوي، بسنواته الثلاثة تتراوح أعمارهن ما بين 15-19 سنة، اختيرت بطريقة عشوائية وموزعة كما يبين الجدول رقم (02) وذلك في المؤسسات الطبية التالية :

- مصلحة الطب الداخلي بمستشفىبني موسى.
- المركز المتخصص في داء السكري ببوزريعة (Maison des Diabétiques).
- المركز المتخصص في داء السكري برويسو (Maison des Diabétiques).

ثم اختيرت عينة قدرها 117 من المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين متمدرسات في الطور الثانوي بمستوياته الثلاثة تتراوح أعمارهن ما بين 15-19 سنة على أساس الطريقة العشوائية أيضاً وموزعة كما يبينه الجدول رقم (02) وذلك في المدارس الثانوية التالية :

- ثانوية توفيق بوعتورة بالأبيار.
- ثانوية عروج و خير الدين ببربروس بوسط العاصمة.
- ثانوية عبد المؤمن ببوريرية.
- متفقة دالي إبراهيم الجديدة.

### جدول رقم (01) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية

الحالة الصحية	النكرارات	النسبة المئوية	السن	السنة الدراسية الحالية
مراهقات مصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين	51	45.94	18-15 سنة	الأولى ثانوي
	28	25.22	18-16 سنة	الثانية ثانوي
	32	28.82	19-18 سنة	الثالثة ثانوي
<b>المجموع</b>		100		111
مراهقات غير مصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين	53	45.29	17-15 سنة	الأولى ثانوي
	30	25.64	17-16 سنة	الثانية ثانوي
	34	29.05	19-17 سنة	الثالثة ثانوي
<b>المجموع</b>		100		117

### أدوات البحث

تتمثل أدوات البحث الحالي في مقاييس مفهوم الذات لـ محمود عبد الحليم منسي، ومقاييس الدافعية للإنجاز لفاروق عبد الفتاح موسى.

إضافة إلى الاعتماد على معدل آخر فصل للنتائج الدراسية .

### كيفية تحليل النتائج

لقد استعمل في هذه الدراسة الوسائل الإحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي
- الانحراف المعياري
- اختبارات.

### عرض وتحليل النتائج

#### الفرضية الأولى

بعد الحصول على البيانات أو النتائج التي تمثل درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض في مقاييس صورة الذات بأبعادها المختلفة (الجسمية - الخلقية - الأسرية - الاجتماعية - القيمة الذاتية - نقد الذات) وكذلك صورة الذات العامة تم تنظيمها تبديلاً كما هي موضحة في الجداول : (7,6,5,4,3,2,1)، كما تم تحليلها ومعالجتها باستعمال إختبار (T-test) لعينتين مستقلتين، وهذا لغرض دراسة دلالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات بأبعادها المختلفة عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض. وفيما يلي عرض وتحليل لمختلف النتائج.

**الجدول رقم (02) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير صورة الذات الجسمية**

النسبة المئوية	النكرارات	الفئات	الحالة الصحية
0,9	01	(30-23)	غير المصابات
0,9	01	(38-31)	
1,7	02	(46-39)	
9,4	11	(54-47)	
18,8	22	(62-55)	
18,8	22	(70-63)	
36,8	43	(78-71)	
12,8	15	(86-79)	
100,0	117	<b>المجموع</b>	
4,5	05	(30-23)	المصابات
4,5	05	(38-31)	
27,0	30	(46-39)	
23,4	26	(54-47)	
19,8	22	(62-55)	
13,5	15	(70-63)	
5,4	06	(78-71)	
1,8	02	(86-79)	
100,0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (03) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير صورة الذات الخلقية**

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات	الحالة الصحية
1,7	02	(33-26)	غير المصابات
3,4	04	(41-34)	
7,7	09	(49-42)	
17,9	21	(57-50)	
36,8	43	(65-58)	
25,6	30	(73-66)	
6,8	08	(81-74)	
100,0	117	<b>المجموع</b>	
0,9	01	(25-18)	المصابات
9,9	11	(33-26)	
17,1	19	(41-34)	
17,1	19	(49-42)	
17,1	19	(57-50)	
21,6	24	(65-58)	
9,9	11	(73-66)	
6,3	07	(81-74)	
100,0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (04) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير صورة الذات الأسرية**

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات	الحالة الصحية
2,6	03	(32-26)	غير المصابات
4,3	05	(39-33)	
6,8	08	(46-40)	
6,8	08	(53-47)	
18,8	22	(60-54)	
28,2	33	(67-61)	
22,2	26	(74-68)	
9,4	11	(81-75)	
0,9	01	(88-82)	
100,0	117	<b>المجموع</b>	
1,8	02	(32-26)	المصابات
20,7	23	(39-33)	
20,7	23	(46-40)	
12,6	14	(53-47)	
11,7	13	(60-54)	
13,5	15	(67-61)	
11,7	13	(74-68)	
6,3	07	(81-75)	
0,9	01	(88-82)	
100,0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (05) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير صورة الذات الاجتماعية**

الحالات	النوع	النسبة المئوية	الذات الاجتماعية	النوع	النسبة المئوية
غير المصابات	غير المصابات	1,7	02	(33-26)	
	غير المصابات	2,6	03	(41-34)	
	غير المصابات	6,8	08	(49-42)	
	غير المصابات	21,4	25	(57-50)	
	غير المصابات	22,2	26	(65-58)	
	غير المصابات	29,9	35	(73-66)	
	غير المصابات	14,5	17	(81-74)	
	غير المصابات	0,9	01	(89-82)	
	غير المصابات	100,0	117	<b>المجموع</b>	
المصابات	المصابات	5,4	06	(33-26)	
	المصابات	13,5	15	(41-34)	
	المصابات	18,0	20	(49-42)	
	المصابات	27,0	30	(57-50)	
	المصابات	21,6	24	(65-58)	
	المصابات	5,4	06	(73-66)	
	المصابات	5,4	06	(81-74)	
	المصابات	3,6	04	(89-82)	
	المصابات	100,0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (06) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير نقد الذات**

الحالات	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
غير المصابات	(15-12)	02	1,7
	(19-16)	10	8,5
	(23-20)	31	26,5
	(27-24)	25	21,4
	(31-28)	25	21,4
	(35-32)	20	17,1
	(39-36)	04	3,4
	<b>المجموع</b>	117	100,0
المصابات	(15-12)	13	11,7
	(19-16)	46	41,4
	(23-20)	25	22,5
	(27-24)	11	9,9
	(31-28)	10	9,0
	(35-32)	02	1,8
	(39-36)	04	3,6
	<b>المجموع</b>	111	100,0

**الجدول رقم (07) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير القيمة الذاتية**

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات	الحالة الصحية
1,7	02	(32-26)	غير المصابات
2,6	03	(39-33)	
4,3	05	(46-40)	
9,4	11	(53-47)	
22,2	26	(60-54)	
31,6	37	(67-61)	
20,5	24	(74-68)	
5,1	06	(81-75)	
2,6	03	(88-82)	
100,0	117	<b>المجموع</b>	
3,6	04	(32-26)	المصابات
9,9	11	(39-33)	
15,3	17	(46-40)	
26,1	29	(53-47)	
23,4	26	(60-54)	
10,8	12	(67-61)	
5,4	06	(74-68)	
4,5	05	(81-75)	
0,9	01	(88-82)	
100,0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (08) : توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على متغير صورة الذات العامة**

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات	الحالة الصحية
2,6	03	(225-210)	غير المصابات
1,7	02	(241-226)	
6,0	07	(257-242)	
0,9	01	(273-258)	
2,6	03	(289-274)	
6,0	07	(305-290)	
7,7	09	(321-306)	
11,1	13	(337-322)	
15,4	18	(353-338)	
13,7	16	(369-354)	
18,8	22	(385-370)	
7,7	09	(401-386)	
4,3	05	(417-402)	
1,7	02	(433-418)	
100,0	117	<b>المجموع</b>	
3,6	04	(193-178)	المصابات
7,2	08	(209-194)	
8,1	09	(225-210)	
9,9	11	(241-226)	
11,7	13	(257-242)	
4,5	05	(273-258)	
7,2	08	(289-274)	
9,9	11	(305-290)	
9,9	11	(321-306)	
9,0	10	(337-322)	
4,5	05	(353-338)	
3,6	04	(369-354)	
4,5	05	(385-370)	

2,7	03	(401-386)	
2,7	03	(417-402)	
1,7	02	(433-418)	
0,9	01	(449-434)	
100,0	111	المجموع	

**الجدول رقم (09) : يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض على صورة الذات بأبعادها المختلفة (الجسمية- الخلقية - الأسرية - الاجتماعية - نقد الذات - القيمة الذاتية) وكذلك صورة الذات العامة**

الانحراف المعياري	المتوسط	النكرارات	الحالة الصحية	المتغيرات
10,83	67,52	117	غير المصابات	صورة الذات الجسمية
12,31	51,88	111	المصابات	
9,98	60,72	117	غير المصابات	صورة الذات الخلقية
13,88	51,19	111	المصابات	
11,91	61,23	117	غير المصابات	صورة الذات الأسرية
14,46	52,72	111	المصابات	
10,98	62,52	117	غير المصابات	صورة الذات الاجتماعية
13,07	54,00	111	المصابات	
5,45	26,29	117	غير المصابات	نقد الذات
5,73	20,81	111	المصابات	
10,49	61,83	117	غير المصابات	القيمة الذاتية
11,88	52,459	111	المصابات	
47,28	340,32	117	غير المصابات	صورة الذات العامة
60,39	285,10	111	المصابات	

**الجدول رقم (10) :** يبين دلالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض

اختبار (t)	ليف اختبار (f)	المتغيرات	t المحسوبة	الدالة الإحصائية	f	
0,000	226	10,167	10,202	الفرق غير دال (0,197) $\sigma^2_2 = \sigma^2_1$ البيان مشترك	1,676	صورة الذات الجسمية
0,000	226	5,921	5,971	الفرق الدال (0,000) $\sigma^2_2 \neq \sigma^2_1$ البيان غير مشترك	18,355	صورة الذات الخلف
0,000	226	4,835	4,859	الفرق دال (0,001) $\sigma^2_2 \neq \sigma^2_1$ (البيان غير مشترك)	11,856	صورة الذات الأسرية
0,000	226	5,318	5,343	الفرق غير دال (0,315) $\sigma^2_2 = \sigma^2_1$ (البيان مشترك)	1,015	صورة الذات الاجتماعية
0,000	226	7,394	7,404	الفرق غير دال (0.831) $\sigma^2_2 = \sigma^2_1$ البيان مشترك	0,046	نقد الذات
0,000	226	6,303	6,324	الفرق غير دال (0,130) $\sigma^2_2 = \sigma^2_1$ البيان مشترك	2,308	القيمة الذاتية
0,000	226	7,659	7,708	الفرق دال 001 $\sigma^2_2 \neq \sigma^2_1$ البيان غير مشترك	11,488	صورة الذات العام

يبين الجدول رقم (10) دلالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض.

وبحسب ما تشير إليه نتائج تطبيق اختبار (T-test) (t) لعينتين مستقلتين، فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,000 في متوسط درجة صورة الذات عند مختلف الأبعاد، حيث كانت النتائج كالتالي:

### دالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات الجسمية

مستويات التحليل لكل نتيجة	النتائج الإحصائية
تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة صورة الذات الجسمية بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض	0.000
تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة	ت=0,202 ت=C=10,167
وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات الجسمية وأن متوسط درجة صورة الذات الجسمية عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر (X = 67,52) من متوسط درجة صورة الذات الجسمية عند المراهقات المصابات (X = 51,88)	226/0,000

### دالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات الخلقية

مستويات التحليل لكل نتيجة	النتائج الإحصائية
تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة صورة الذات الخلقية بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض	0.000
تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة	ت=0,971 ت=C=5,921
وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات الخلقية وأن متوسط درجة صورة الذات الخلقية عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر (X = 60,72) من متوسط درجة صورة الذات الخلقية عند المراهقات المصابات (X = 51,19)	226/0,000

## دالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات الأسرية

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.000	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة صورة الذات الأسرية بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض
ت = 4,859 ت = C = 4,835	تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة
226/0,000	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات الأسرية وأن متوسط درجة صورة الذات الأسرية عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر ( $X = 61,23$ ) من متوسط درجة صورة الذات الأسرية عند المراهقات المصابات ( $X = 52,72$ ) (أنظر الجدول رقم 08).

## دالة الفرق في متوسط درجة صورة الذات الإجتماعية

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.000	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة صورة الذات الإجتماعية بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض
ت = 5,343 ت = C = 5,318	تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة
226/0,000	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات الإجتماعية وأن متوسط درجة صورة الذات الإجتماعية عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر ( $X = 62,52$ ) من متوسط درجة صورة الذات الإجتماعية عند المراهقات المصابات ( $X = 54,00$ )

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.000	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة نقد الذات بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض
7,404 7,394 =C	تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة
226/0,000	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في نقد الذات وأن متوسط درجة نقد الذات عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر (26,29 = X) (20,81 ≡ X)

### دلالة الفرق في متوسط درجة نقد الذات

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.000	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة القيمة الذاتية بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض
6,324 6,303 =C	تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة
226/0,000	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في القيمة الذاتية وأن متوسط درجة القيمة الذاتية عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر (61,83 = X) (52,45 = X)

## دالة الفرق في متوسط درجة القيمة الذاتية

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0.000	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد أن الفرق دال عند هذا المستوى في متوسط درجة صورة الذات العامة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض
ت=7,708 ت=7,659	تدل على أن قيمة (T-test) المحسوبة أكبر من قيمة (T) المجدولة
226/0,000	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على ان الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات العامة وأن متوسط درجة صورة الذات العامة عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر.  $X = 340,32$ من متوسط درجة صورة الذات العامة عند المراهقات المصابات $(X = 285,10)$

وبحسب ما تشير إليه النتائج السابقة ، فإن الفروق دالة عند مستوى 0,000 عند مختلف الأبعاد، مما يدل على أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات بأبعادها المختلفة (الجسمية - الخلقية - الأسرية - الاجتماعية - نقد الذات - القيمة الذاتية) وكذلك صورة الذات العامة . وهذا ما يحقق لنا الفرضية الأولى القائلة : " توجد فروق دالة احصائية في صورة الذات بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض". وكجواب لها نقول أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين عند المراهقات تؤثر في صورة الذات بأبعادها المختلفة (أو) أن الفرق في صورة الذات بأبعادها المختلفة عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض دال، وأن متوسط درجة صورة الذات عند مختلف الأبعاد عند المراهقات غير المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين أكبر من متوسط درجة صورة الذات بأبعادها المختلفة عند المراهقات المصابات بهذا المرض.

### الفرضية الثانية

بعد الحصول على البيانات التي تمثل درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين في مقياس صورة الذات العامة ونتائجهن في مستوى التحصيل الدراسي.

كما تم تصنيف وتقسيم المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين إلى نوعين حسب طبيعة صورة الذات لديهن، حيث تم اعتبار كل المراهقات المصابات بداء السكري واللواتي لهن درجة في صورة الذات العامة أقل من المتوسط  $X = 285$  ضمن فئة المراهقات اللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية.

كما تم اعتبار كل المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن درجة في صورة الذات العامة أكبر من المتوسط  $X = 285$  ضمن فئة المراهقات اللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية.

وقد تم تحليل ومعالجة نتائج المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية بنتائج المراهقات المصابات بداء السكري، واللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية على متغير

التحصيل الدراسي باستعمال اختبار (T-test) لعينتين مستقلتين، وهذا لغرض دراسة دلالة الفرق في متوسط درجة التحصيل الدراسي بين فئة المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية وبين فئة المراهقات المصابات دائمًا بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية. وفيما يلي عرض وتحليل لمختلف النتائج.

**الجدول رقم (11) : يبين توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين على متغير المردود الدراسي**

النسبة المئوية	النكرارات	الفئات	الحالة الصحية
12,6	14	(8,24-6,24)	المصابات
44,1	49	(10,25-8,25)	
31,5	35	(12,26-10,26)	
7,2	08	(14,27-12,27)	
3,6	04	(16,28-14,28)	
0,9	01	(18,29-16,29)	
100,0	111	المجموع	

**الجدول رقم (12) : يبين توزيع درجات المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين على متغير الدافع للإنجاز الدراسي**

النسبة المئوية	النكرارات	الفئات	الحالة الصحية
10,8	12	(44-37)	المصابات
15,3	17	(52-45)	
16,2	18	(60-53)	
12,6	14	(68-61)	
23,4	26	(76-69)	
10,8	12	(84-77)	
6,3	07	(92-85)	
0,9	01	(100-93)	
0,9	01	(108-101)	
2,7	03	(116-109)	
100,0	111	المجموع	

تم تحويل القيم الأصلية لكل من المردود الدراسي والدافع للإنجاز الدراسي إلى قيم معيارية  $Z$ ، ثم إلى قيم تائية ( $T$ ) لتشكل معا درجات التحصيل الدراسي.

**الجدول رقم (13) : يبين توزيع الدرجات المعيارية ( $T$ ) عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين على متغير التحصيل الدراسي**

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات	الحالة الصحية
17.1	19	(36.98 – 29.72)	المصابات
29.7	33	(44.25 - 36.99)	
32.4	36	(51.52 – 44.26)	
11.7	13	(58.79 – 51.53)	
4.5	05	(66.06 – 58.80)	
4.5	05	(73.33 – 66.07)	
100.0	111	<b>المجموع</b>	

**الجدول رقم (14) : يبين نوعي صورة الذات العامة حسب درجات المراهقات على هذا المقياس**

أصغر من $X=285$	صورة ذات عامة سلبية	صورة الذات العامة
أكبر من $X=285$	صورة ذات عامة إيجابية	

**الجدول رقم (15) : يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين على متغير التحصيل الدراسي**

المتغير	صورة الذات العام	التكرارات	المتوسط الحسابي الانحراف المعياري
التحصيل الدراسي	سلبية	76	6,71
	إيجابية	35	7,44

الجدول رقم (16) : يبين دلالة الفرق في متوسط درجة التحصيل الدراسي بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية وبين المراهقات المصابات بنفس المرض واللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية

اختبار T-TEST (t)				اختبار ليفين (F)		المتغير
الدالة الإحصائية (α)	درجات الحرية (df)	ت المجدولة	ت المحسوبة	الدالة الإحصائية	F	
0,01	109	8,080-	8,398-	الفرق غير دال (0,541) $\sigma_2^2 = \sigma_1^2$ (البيان مشترك)	0,377	التحصيل الدراسي

يبين الجدول رقم (16) دلالة الفرق في متوسط درجة التحصيل الدراسي بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية وبين المراهقات المصابات بنفس المرض واللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية.

#### دلالة الفرق في متوسط درجة التحصيل الدراسي

النتائج الإحصائية	مستويات التحليل لكل نتيجة
0,01	تدل على مستوى الدلالة حيث وجد بعد تطبيق اختبار (T-test) لعينتين مستقلتين أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية عند هذا المستوى في متوسط التحصيل الدراسي.
8,398 - ت=0	تدل على أن قيمة (T-test) الحسوبة أكبر من قيمة (T-test) المجدولة
109/0,01	وذلك عند مستوى الدلالة ودرجة حرية df مما يدل على أن هناك فرق في متوسط درجة التحصيل الدراسي بين الفئة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين والتي لها صورة ذات عامة سلبية وبين الفئة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين والتي لها صورة ذات عامة إيجابية أي أن متوسط درجة التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واللواتي لهن صورة ذات عامة إيجابية أكبر ( $X=53,91$ ) من متوسط درجة التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بنفس المرض واللواتي لهن صورة ذات عامة سلبية ( $X=41,99$ )

وهذا ما يحقق لنا الفرضية الثانية القائلة " يختلف مستوى التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين باختلاف طبيعة صورة الذات العامة ( مقارنة بين السلبية والإيجابية)".

وکجواب لها، يمكن القول أن مستوى التحصيل الدراسي يتأثر سلبا بصورة الذات السلبية بحيث يكون منخفضا.

## 6. مناقشة وتفسير النتائج

يهدف البحث الحالي إلى الإجابة على أربع فرضيات :

### الفرضية الأولى

توجد فروق دالة إحصائيا في صورة الذات العامة بأبعادها المختلفة بين المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمراهقات غير المصابات بهذا المرض.

وضحت النتائج أن الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين تؤثر في صورة الذات بأبعادها عند المراهقات حيث وجد أن أغلبية المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين يتميزن بصورة ذات عامة سلبية وبهذا تتحقق الفرضية الجزئية الأولى. ويمكن تفسير هذه النتائج كما يلي :

يعتبر داء السكري المرتبط بالأنسولين مصدرا رئيسيا في تشكيل صورة الذات، حيث تمر المراهقة المصابة بهذا الداء بخبرات وظروف ومواصفات المرض، فتبدأ في تكوين صورة جديدة عن قدراتها الجسمية والعقلية وسماتها الاجتماعية والانفعالية متأثرة بالأوصاف التي يصفها الآخرون لذاتها، وبأسلوب المعاملة الذي تتلقاه منهم.

تمثل صورة الذات جوانب الخبرات مع المرض و الخصائص الجسمية والعقلية والنفسية حسبما تراها المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين في ذاتها.  
وتشكل معرفتها لذاتها وتقيمها لنفسها وجهان لخبرتها بمرضها.

فجميع خبرات القلق والذنب والإساءة والتحفظ والرفض تؤثر في صورتها عن ذاتها وفي تقديرها لها ، وتؤدي الخبرات المؤلمة في الغالب إلى تكوين صورة سلبية عن الذات، ويمكن أن نتصورها في عبارات بأنها مكرورة وأنها ضعيفة وعاجزة، إلخ....

وعلى أساس أن هذا المفهوم مشتقا من الخبرات المؤلمة لواقع المرض المدرك، فإن المراهقة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين والتي تكون صورة عن ذاتها من هذا النوع تعاني بصفة مستمرة من شعور قوي بالقلق و عدم الارتياح والإستقرار. ذلك أنها تتعلم في أثناء إشباعها لدوافعها صورة عن ذاتها مرتبطة بالمشاعر السلبية.

فقد تحولت خبراتها مع المرض إلى خبرات غير متسقة مع الذات، حيث أصبحت مصدر تهديد لها، فتلجأ إلى استعمال ميكانيزمات دفاعية صلبة كونها سيئة التوافق.

### الفرضية الثانية

يختلف مستوى التحصيل الدراسي عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين باختلاف طبيعة صورة الذات العامة ( مقارنة بين صورة الذات الإيجابية والسلبية ).

وضحت النتائج أن مستوى التحصيل الدراسي يتأثر سلبا بصورة الذات السلبية لدى أغلبية المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين، حيث يكون منخفضا.

وبهذا تكون الفرضية الثالثة محققة، وتفسر هذه النتائج على النحو التالي :

تعتبر صورة الذات القوة المحركة للسلوك، وهي المنظم динамики لقياس الفرد لعالمه الداخلي والخارجي وعلى ضوئها يتحرك ويسلك.

يعد عامل داء السكري المرتبط بالأنسولين من العوامل الصحية الهامة الذي يؤثر على مجمل السمات الذاتية والنفسية للمرأة المصابة والتي تحفز بدورها عرقلة الأداء الدراسي.

إن النجاح أو الفشل الدراسي يتاثر بالطريقة التي تنظر بها المرأة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين إلى نفسها.

إذ تعزز الفكرة السلبية عن الذات الشعور بعدم القدرة على مواجهة الصعاب والعقبات، وتؤدي دور وظيفة القوة الضاغطة التي تدفع إلى عدم الرغبة في تحقيق مستوى عادي في التحصيل الدراسي.

## الخاتمة

يشير العمل الذي قامت به الباحثة إلى معرفة طبيعة صورة الذات عند المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثرها على التحصيل الدراسي.

وقد وجد أن صورة الذات السلبية تؤثر في مستوى التحصيل الدراسي عند هذه الفئة من المرضى، حيث تؤدي إلى تحصيل دراسي فاشل نظراً لصعوبة مواجهة الصعوبات المرتبطة بالمرض.

تتميز أغلبية المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين والفاشلات في تحصيلهن الدراسي بتصورات سلبية عن الذات وتقديرها منخفضاً لها ناتجة عن المرض في حد ذاته.

ويجب على المحيط المدرسي أن يكون على قدر كبير من الوعي بالمشاكل التي تعاني منها المرأة المصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين ومراعاة ظروف صحتها مما يرفع من معنوياتها وتشجيعها على تجاوز مرحلة الأزمة.

كل ذلك يساعد كثيراً على حثها على العمل وتحسين مستواها الدراسي وتحفيزها على منافسة زملائها في الدراسة كما يساهم المحيط الاجتماعي بشكل كبير في التوافق مع المرض.

## المراجع

1. زين العابدين درويش، علم النفس الاجتماعي : أسسه وتطبيقاته، الطبعة الأولى، مطباع زمم، القاهرة، 1993.
2. صابر الباتي، مشكلات التوافق نحو الدراسة، مطبعة دار السلام، بغداد، 1976.
3. عباس محمود عوض، الموجز في الصحة النفسية، دار المعارف الجامعية، 1988.
4. علي محمد الديب، نمو مفهوم الذات لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، مجلة بحوث في علم النفس، الجزء الأول، مطبع الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1994.
5. نعيم الرفاعي، الصحة النفسية : دراسة وتنمية، مطبعة محمد هاشم للكتب، بيروت، 1980.
6. Garnier Délamard (1985), *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, Maloine, Paris.
7. Mustapha Khiati (1993), *Le diabète sucré chez l'enfant*, Office des Publications Universitaires, Alger.
8. Roger L'Ecuyer (1978), *Concept de soi*, 1<sup>er</sup> édition. PUF.
9. Roger Perron (1991), *Les représentations de soi*, Privat. Paris.
10. Serge Lebovici (1985), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tome II. PUF.

# **Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction de la douleur, la dépression et l'invalidité fonctionnelle chez les lombalgiques chroniques**

M'hamel Assia  
URNOP - Université d'Alger 2

## **Introduction**

Le domaine du stress, ainsi que ses effets sur la santé physique et psychologique, sont considérés avec beaucoup d'attention dans la littérature psychologique actuelle. Existant parmi les causes de différentes maladies (Jermot et Locke, 1984, Manne et Sandler, 1984), Le stress est aussi, en grande partie, reconnu comme affectant les problèmes de lombalgie.

Il est prouvé que les stratégies de « coping » aux lombalgies chroniques ont un rôle prépondérant (Turner, Clancy et Vitaliano, 1987). Ce terme se définit selon Lazarus et Folkman (1984) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes, qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

Les personnes souffrant de cette maladie ont recours à une série de stratégies pour s'adapter à leur douleur et aux problèmes inhérents.

Le catastrophisme est l'une des stratégies, qui consiste à évaluer la maladie de façon menaçante et dangereuse, comme un drame et une catastrophe ; ceci d'une part. D'autre part, le malade, qui utilise cette stratégie, croit fortement à son incapacité de contrôler la maladie. Sullivan définit le catastrophisme, en 2001, comme « un ensemble mental négatif exagéré supporté pendant l'expérience douloureuse réelle ou prévue » (Adela, R. *et al.*, 2009).

Le catastrophisme comprend les cognitions ruminantes suivantes : « je ne peux pas arrêter de penser à quel point ça fait mal », « je crains que quelque chose de grave puisse arriver », « il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur ». Keefe et Rosentiel (1983), Keefe *et al.* (1987) et Backman *et al.* (1991) ont affirmé que cette stratégie est associée au taux de douleur et à l'invalidité physique et psycho-sociale.

Turner et Clancy (1986), eux, ont prouvé, à travers les résultats de leur étude établie avec 74 patients atteints de lombalgie chronique, qu'il existe une relation significative entre l'utilisation du catastrophisme et la déficience physique et psycho-sociale (Pain, 1986).

Ainsi la TCC a été appliquée chez des sujets atteints de lombalgie chronique, afin de changer les évaluations des patients, concernant leur maladie. Turner et Clancy rapportent que les patients pris en charge par la TCC, dans le but de réduire le catastrophisme, évitaient les pensées de dramatisation et croyaient qu'ils pouvaient maîtriser la douleur. Ceux-ci inscrivaient un niveau de fonctionnement plus haut que ceux qui subissaient l'idée de dramatisation et croyaient qu'ils ne surmonteraient pas la douleur (Turner et Clancy, 1988).

Dans une autre étude, Turner et Clancy ont affirmé que les deux traitements (cognitivo-comportemental et opérant) ont entraîné des changements importants dans les différents types de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face à la lombalgie chronique entre autre, le catastrophisme. Cette dernière a été corrélée significativement avec la diminution de la douleur et la déficience physique et psycho-sociale (Turner et Clancy, 1986).

## **1. Procédure**

### **1.1. Échantillon**

Les sujets étaient des malades atteints par la lombalgie chronique (hernie discale), orientés par les médecins spécialistes en rééducation fonctionnelle du service de rééducation fonctionnelle de l'EHS de Ben Aknou et Le CHU de Kouba.

Les malades étaient sélectionnés selon les critères suivants :

- 1- ils ne souffrent d'aucune autre maladie chronique,
- 2- ils n'ont pas répondu au traitement médical,
- 3- l'âge varie entre 25 et 65 ans,
- 4- la durée de l'atteinte, par la maladie, a dépassé 6 mois, d'où l'entrée dans le cadre de la maladie chronique,
- 5- les sujets utilisent le catastrophisme comme stratégie de « coping », plus que toutes les autres stratégies, selon les résultats du questionnaire de Rosentiel et Keefe (1983).

### **1.2. Outils d'évaluation**

#### **Échelle analogue visuelle**

C'est une échelle élaborée par Scott, qui vise la mesure de l'intensité de la douleur selon une échelle qui va de 0 (absence totale de la douleur) à 10 (douleur intense).

#### **Inventaire abrégé de dépression de BECK**

C'est une échelle d'auto-évaluation de la dépression, qui exige du patient, de remplir le questionnaire, en entourant le numéro, qui correspond à la proposition choisie. Il s'agit, en fait, d'une mesure des cognitions dépressives, concernant la tristesse, le désespoir, le sentiment d'échec, l'insatisfaction, la culpabilité, la déception et le manque d'appétit.

Les valeurs 0-4 : pas de dépression.

Les valeurs 4-7 : dépression légère.

Les valeurs 8-15 : dépression modérée.

Les valeurs 16 et plus : dépression sévère.

#### **Questionnaire des stratégies de « coping »**

Il est développé par Rosentiel et Keefe en 1983, composé de 42 items, répartis en 06 sous échelles, en vue d'évaluer les stratégies cognitives et les stratégies comportementales, utilisées pour ajustement à la douleur.

Les stratégies cognitives sont au nombre de 06 (détournement de l'attention de la douleur, réinterprétation des sensations douloureuses, prière, espérance et catastrophisme).

La stratégie comportementale consiste, quant à elle, en l'augmentation du niveau d'activité.

## **Le D.R.A.D. (douleur du rachis : Auto-questionnaire de Dallas)**

Traduit et validé par le GEL (Groupe d'Étude des Lombalgies) ce questionnaire est développé par Lawlis, Mc Coy et Selby, en vue d'évaluer la qualité de vie, spécifique des lombalgiques chroniques et de permettre de savoir dans quelle mesure la vie du malade serait perturbée par la douleur.

Il comporte 16 échelles visuelles segmentées de 0% à 100%, qui concerne la douleur et son intensité, les gestes de la vie quotidienne, la possibilité de soulever quelque chose, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, l'activité sociale, les déplacements en voiture, les activités professionnelles, l'anxiété, la maîtrise de soi, la dépression, les relations, le soutien dans la vie de tous les jours et enfin les réactions défavorables des proches.

## **2. Traitement**

La technique utilisée est l'entraînement à l'inoculation du stress (SIT), forme de restructuration cognitive, qui consiste à changer les modes de pensée d'un individu, d'où le changement de ses réactions émotionnelles et de son comportement, idéalement, avant que l'individu devienne très anxieux ou déprimé, en raison du stress. Appliquée avec les lombalgiques chroniques dans le but de réduire le catastrophisme à savoir la vision catastrophique de la maladie et la croyance de l'incapacité à y faire face, elle comporte les 03 étapes suivantes :

### **2.1. La conceptualisation**

Elle consiste à identifier les facteurs de stress qui ont été déterminés avec nos malades à partir de l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire concernant la lombalgie chronique.

Tous les patients ont confirmé que la maladie est réellement stressante pour eux ce qui les amenait à évaluer celle-ci comme menaçante et dangereuse. Un ensemble de cognitions communes ont été identifiés telles que 1-« je risque de devenir handicapée ».2-« je ne pourrai pas supporter la douleur plus longtemps que cela ».3-« j'ai peur de ne pas pouvoir me prendre en charge ».4-« mon état risque de s'aggraver ».

On a essayé d'expliquer aux malades que ces évaluations primaires de la maladie étaient accompagnées par des évaluations secondaires qui consistaient dans leurs croyances en la maîtrise de la douleur chronique. Ceux-ci ont été déterminés et celles qui étaient communes révélaient clairement leur croyances concernant leur incapacité de faire face à la douleur tel : « il m'est impossible de gérer cette douleur », « je n'ai aucune maîtrise de ma douleur ».

### **2.2. L'acquisition de compétences et la répétition**

C'est une technique qui consiste à substituer les évaluations erronées, négatives et menaçantes concernant la conception de la lombalgie douloureuse par des évaluations positives, dépourvues de toute connotation dangereuse et handicapante.

Trois techniques ont, alors, été administrées :

#### **- *La restructuration cognitive***

Elle a été appliquée en deux étapes : l'apport d'information sur la maladie et la substitution de cognitions erronées par des cognitions réalistes, qui entraînent, automatiquement, un changement des évaluations primaires et secondaires.

#### - *La relaxation*

Cette technique de Jacobson aide les patients à acquérir un bien être par le relâchement musculaire, qui développent la croyance de contrôler la douleur ressentie et le stress, qui résulte, dans la vie quotidienne.

### **2.3. La mise en pratique des techniques apprises**

Cette étape consiste à appliquer les compétences nouvellement acquises aux situations quotidiennes, difficilement vécues. Notons que notre soutien était extrêmement important dans cette étape, car il s'agit d'entrainer les malades, à une nouvelle stratégie, à savoir la confrontation de la maladie.

## **3. Méthode**

Le protocole à cas unique, qui fait partie de la méthode expérimentale, est celui utilisé dans cette étude. Les mêmes étapes ont été suivies pour chaque cas :

#### *la première étape*

Elle a trait à l'entretien clinique et au pré-test réalisé en deux séances. Le pré-test signifie l'évaluation du catastrophisme, de la douleur, de la dépression et de l'impuissance physique et psycho-sociale.

#### *La deuxième étape*

Cette étape consiste en la psychothérapie proprement dite et elle a duré 02 mois et 16 séances, à raison de 02 fois/semaine.

#### *La troisième étape*

Celle-ci consiste en le post-test, 02 séances pendant lesquelles les malades étaient soumis aux mêmes tests, afin que l'on en évalue les résultats, au niveau quantitatif.

Vu que la méthode expérimentale est la même pour chaque sujet, on a choisi d'exposer un cas parmi les 07 observés lors de l'expérience, mettant en évidence, les étapes entreprises pendant l'analyse, la prise en charge et le suivi du patient.

## **4. Étude de cas**

### **Présentation**

D. A., âgé de 49 ans, est marié et père de 07 enfants ; il travaille comme chauffeur. Il est adressé par la consultation de neurologie, pour des douleurs lombaires, qu'il supporte très mal. Il présente une lombalgie chronique depuis 1994.

### **Histoire de la maladie**

Toutes les explorations médicales (radiologiques et sanguines) confirment son atteinte, par une hernie discale au niveau de L5S1, qui nécessite un traitement par antalgiques et anti-inflammatoires. Vu que le malade n'a pas répondu à ce traitement les médecins l'ont orienté

vers la rééducation fonctionnelle. Ces séances n'ont pas apporté de résultat non plus et le malade souffrait toujours de douleur de la même intensité, eut-il profité de la balnéothérapie. Une ceinture pelvienne lui a été conseillée, avec une hygiène de vie.

Il continua de souffrir, malgré ce traitement régulier, ce qui amena le médecin traitant à l'orienter vers une acupuncture qui l'a, soulagé, un tant soit peu.

Les plaintes du patient continuèrent, d'où l'orientation en psychothérapie, pour une hernie discale rebelle à tout traitement physique et médical, accompagnée d'une dépression, constatée par le médecin lors des consultations.

### **Description de l'état du malade lors de l'entretien clinique**

Le patient ne comprenait pas pourquoi ses douleurs persistent en dépit de tous les traitements. Il semblait très gêné par ses douleurs, dues à la position assise. Il manifestait une grande inquiétude concernant le devenir de ses douleurs.

### **Analyse fonctionnelle**

#### ***Le Stress (S)***

Le patient commençait à ressentir la situation de la maladie comme stressante, à la suite de l'échec du traitement médical et physique et vu les contraintes de la vie quotidienne, puisqu'il était père de famille censé prendre en charge ses enfants et son épouse, femme au foyer. D'autre part, il était chauffeur, en position assise donc, pendant toute la journée. Le malade exprime clairement ce stress : « cette douleur, je la ressens H24 et elle joue un rôle très important dans ma vie », « depuis la maladie je ne me sens plus à l'aise ».

#### ***L'évaluation primaire (E.P)***

Le stress engendré par la situation de la maladie, a amené le patient à évaluer celle-ci comme pouvant entraîner à une paralysie entravant sa vie : « lorsque la douleur me bloque, j'ai peur de la paralysie », « je pense toujours comment je vais finir mes jours et qui se chargera de mes enfants », sont ses propos itérés.

#### ***L'évaluation secondaire (E.S)***

Celle-ci concernait la capacité de s'ajuster à la maladie, qui malheureusement était très négative dans le cas de ce patient, dont les représentations mentales exprimées à travers son langage montraient combien il se sentait démunie et incapable de s'ajuster. « Je ne peux absolument rien faire pour calmer la douleur ... je pers tous mes repères lors de la sensation douloureuse ».

#### ***L'ajustement (A)***

L'ajustement se détermine par rapport à la nature des deux évaluations primaire et secondaire. Dans le cas de ce patient, les cognitions négatives, au niveau de l'évaluation primaire de la hernie discale ainsi que les cognitions d'incapacité à y faire face, ont amené le patient à utiliser le catastrophisme, pour gérer le stress engendré par sa maladie.

#### ***Impotence physique et psycho-sociale (I.PHY & PSY.SOC)***

Elle concerne 03 composantes :

**L'aspect physique**, qui est une description et une évaluation de la douleur, ressentie lorsqu'il doit se mettre dans des positions (assise, debout, se pencher, se redresser, marcher, soulever un objet.....etc.).

**L'aspect psychologique**, qui concerne les réactions émotionnelles déterminées. Celles-ci se manifestent dans le cas de ce malade, par un dégoût de la vie, un sentiment d'infériorité et beaucoup de désespoir, quant au rétablissement.

*L'aspect social*, qui se voit à travers la perturbation des relations sociales à la suite des expériences douloureuses vécues pendant longtemps.

## **5. Résultats des questionnaires**

### **Les résultats du (VAS)**

VAS. Pré-test = 08 /10/

VAS. Post-test = 03/10

## Les résultats du BDI

BDI.Pré-test = 22/

BDI. Post-test = 04

## Les résultats du DRAD

## Au pré-test

Au post-test

Activités quotidiennes = 90%.

Activités quotidiennes = 6%.

Le travail-l'oisiveté = 65%.

Le travail-l'oisiveté = 5%.

L'anxiété-dépression = 65%.

L'anxiété-dépression = 5%.

Les occupations sociales = 40%.

Page 6 of 25

25 / 25

La sécheresse a été déclarée dans

### Sampled training and labels

Page 2/5

A/5

### Sensibilidade à citosina-fálico

ANSWER 1 (5)

▲ 1 1 1 1 1 / 5

## 6. Analyse des résultats

***Les résultats obtenus à partir de l'analyse du contenu des entretiens cliniques***, montrent bien que la douleur lombaire, qui caractérise la hernie discale représente une situation extrêmement stressante pour le patient. Ceci concorde parfaitement avec les résultats de l'étude de Jermot et Locke (1984) et Manne et Sandler (1984), qui déclarent que le stress est reconnu comme affectant les problèmes de lombalgies (Turner *et al.* 1987).

Les résultats des questionnaires, ainsi que les révélations du patient, prouvent que tous les aspects de sa vie étaient affectés par la douleur. Les déclarations de Levitt, Garron et Beliauskas confirment cela, puisqu'ils isolent, chez les patients souffrant de lombalgie, les événements stressants de la vie liés aux descriptions de la douleur.

Nous mettons l'accent sur le fait que la vision dramatique du patient pour sa maladie et la perception de la paralysie et l'incapacité de se prendre en charge et de prendre en charge sa famille, entraînent, chez lui, une augmentation du taux de douleur et une dépression ainsi que des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne et dans sa vie relationnelle. C'est exactement ce que Keefe et Rosentiel (1983) et Backman(1991) affirment, à travers leurs études, concernant la relation entre le catastrophisme et l'invalidité physique et psycho-sociale.

De leur part, Turner et Clancy (1986) ont prouvé, à travers les résultats de leur étude sur 74 patients atteints de lombalgie chronique, qu'il existe une relation significative, entre l'utilisation du catastrophisme et la déficience physique et psycho-sociale (Pain, 1986). La même hypothèse a été vérifiée dans l'étude de Werlti, qui conclura l'importance pronostique du catastrophisme, comme stratégie de survie, chez les patients atteints de lombalgie chronique.

La même conclusion émane d'une étude établie par Meyer et son équipe, sur 78 patients, dans le but d'examiner l'influence relative du catastrophisme et d'autres variables psychologiques, sur la douleur et sur l'invalidité chez les patients atteints de lombalgie chronique. Le catastrophisme joue un rôle important dans les modèles de la chronicité de la douleur, montrant une corrélation à la fois avec l'intensité de la douleur et l'invalidité (Meyer *et al.*, 2009).

***La prise en charge du patient par la TCC a atténué le taux de douleur*** ainsi que la déficience physique et psycho-sociale. Ces résultats sont les mêmes que ceux rapportés par Turner et Clancy (1986), qui affirment que les changements, selon les traitements pour les différentes stratégies utilisées, étaient liés aux changements de l'intensité de la douleur et de l'incapacité engendrée par celle-ci (Judith *et al.*, 1987).

Dans le même contexte, les résultats de l'étude de Turner et Clancy confirment que les patients pris en charge par la TCC dans le but de réduire le catastrophisme évitaient les pensées de dramatisation et croyaient qu'ils pouvaient maîtriser la douleur. Ceux-ci inscrivaient un niveau de fonctionnement plus haut que ceux qui subissaient l'idée de dramatisation et croyaient qu'ils ne surmontaient pas la douleur (Turner et Clancy, 1988).

Ces données concordent parfaitement avec celles conclues dans cette étude et montrent clairement, qu'après la mise en pratique des techniques apprises dans le cadre de l'entraînement à l'inoculation du stress, le patient a réussi à réévaluer sa maladie positivement et s'éloignait de la dramatisation, d'où sa capacité de mieux gérer son fonctionnement physique.

En effet, notre patient a repris son travail de chauffeur avec volonté, ce qui démontre que la dépression s'est atténuée, ainsi que ses relations sociales, qui se sont nettement améliorées.

## **Conclusion**

La lombalgie représente aujourd'hui une entité clinique importante, vu ce qu'elle entraîne chez le sujet qui s'ajuste mal et présente une déficience physique et psycho-sociale, d'où l'utilité du traitement cognitivo-comportemental. Ce traitement basé sur l'entraînement à l'inoculation du stress, réduit l'usage du catastrophisme comme stratégie d'ajustement au stress engendré par cette maladie. Cette réduction ne peut se faire qu'à travers la modification de l'évaluation primaire, avec tout ce qu'elle contient comme cognitions dramatiques, à travers la réduction de l'évaluation secondaire et à travers le développement de la croyance du sujet à maîtriser sa douleur.

Ceci entraîne une amélioration du fonctionnement physique et psycho-social et une diminution de la dépression et de l'intensité de la douleur, lors des gestes de la vie quotidienne et des relations sociales.

### Bibliographie

1. Maldova, A., Onac, I., Vantu, M., Szentagotai, A., Onac, I. (2009), Détresse psychologique, douleur, catastrophisme et les attentes chez les patients atteints par le mal de dos. *Journal des psychothérapies cognitives et comportementales*. Vol. 9. N° 1. 83-95.
2. Turner, J-A., Clancy, S., Kevin, J. Mc Quade, Diana, D. (1990). Effectiveness of Behavioral therapy for chronic low back pain : a component analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 58. N° 5. 573-579.
3. Turner, J-A., Clancy, S., Viatlano, P. (1987). Relationship of Stress, Appraisal and coping to chronic low backpain. *Backpain. Beh. Res. Ther.* Vol. 25. N° 4. 281-288.

# جرائم القتل في الوسط الأسري : اضطرابات الشخصية وأنماط التعلق : محاولة فهم وتجاوز مخاطر الإساءة الجسمية والنفسية

قاصب بوعلام  
URNOP - Université d'Alger 2

## مقدمة

تتطوّي الشخصية المضطربة على خصائص معينة تسبّب اضطراب في توافق الفرد مع نفسه والآخرين، مع الشعور بالتعاسة لوجود مثل هذا الاضطراب. ونظرًا لتشابه الإضطرابات الشخصية مع العديد من الإضطرابات النفسية، فقد يلاحظ الفرد أنه يعاني من مشكلة مع خصائص شخصيته وبالتالي لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية إلا إذا ما تسبّب الاضطراب في الشعور بالمعاناة أكثر من المعتاد، وكذلك المعاناة للمحيطين من أفراد الأسرة، كالزوج(ة) والأبناء وما إلى ذلك، أكثر مما تسبّبه للفرد نفسه. ومن خلال اطلاعنا سواء على الدراسات والبحوث التي أجريت على موضوع العنف الأسري خاصة ما يعرف بـ "جرائم القتل في الوسط الأسري" Homicide Familiale، توصلنا إلى وجود عدة أشكال لجرائم القتل التي تحدث في الأسرة وهي كالتالي: قتل الأبناء أو أحد الأبناء لوالديه أو أحدهما Parricide، القتل أحد الزوجين لشريك حياته، Homicide conjugale، وكذا قتل أحد الوالدين - الذي في غالبيته يكون الأب- لأبنائه أو أحد أبنائه Filicide، كما أنه هناك جرائم يرتكبها رجال حيث يقتل زوجته ثم أبناهه بعدها ينتحر (Leveillée, 2012). ومنه فإنه انتقلنا من وضعية خطرة كانت تمثل في مجرد التعنيف الجسدي والنفسي إلى عنف أشد منه وهو القتل حيث يقدم أحد أفراد الأسرة على وضع حد لحياة فرد آخر من نفس الأسرة قد يكون الأب، الأم، الطفل الزوجة، أو الزوج.

كما أنه حسب الدراسات الحديثة التي أجريت على عينات من الذكور والإإناث (Sébastien, B., Natacha, G., 2012) فإن هناك عامل كبير ومؤثر في حدوث مثل هذه السلوكيات العدائية في حق أحد أفراد الأسرة وهي اضطرابات الشخصية لدى الفرد المركب للجريمة ودور نمط التعلق لدى الراشد في تحديد نوعية اضطراب الشخصية التي يعاني منها وأثرها في إحداث سلوكيات تكيفية وغير تكيفية في العلاقة الأفقيّة (بين الزوجين) أو العمودية (والدين - طفل - والدين). ومنه فإن أكثر اضطرابات الشخصية التي ركزت عليها هذه الدراسات في علاقتها بنمط التعلق حسب نموذج "ماير وبيلكونيس" (Meyer & Pilkonis, 2005)، هي : النمط غير الآمن المنفصل Dismissive (الشخصية : الفصامية schizoid، النمط الفصامي schizotypal، الوسواسية القهرية obsessive-compulsive، الترجسية narcissic، المعادية للمجتمع antisocial)؛ النمط غير الآمن/المتخوف fearful (الشخصية الإجتماعية)؛ النمط غير الآمن/المنشغل preoccupied (الشخصية البرانويّة paraoïd، الحدية borderline، الهستيرية histerionic، الإعتمادية dependent).

## أنماط التعلق واضطرابات الشخصية

توجد أساسيات لفهم التعلق لابد من الإشارة إليها، وهي: الحساسية الأمومية والتعبير الأمومي.

بالنسبة للحساسية الأمومية، تسمح للأم باكتشاف علامات التوتر والكآبة والضيق عند طفليها، والقدرة على التعبير الأمومي يسمح للأم بالتجاوب مع تصاعيق وتوتر طفليها(القدرة على التعبير عن الحب الأمومي). ومنه فإن الحساسية والتعبيرية الأمومية يشجعان على تنمية الإحساس بالثقة للطفل وبناء تدريجي لمفهوم التوقع أو ما يمكن أن ينتظره الطفل من خلال استجابة الأم أو الموضوع المقابل له. والتعلق يتتطور من خلال المسيرة الحياتية للطفل.

فمثلاً، في مرحلة الطفولة، أكدت العديد من الدراسات استمرارية أنماط التعلق في النمو مع تطور مرحلة الطفولة. وفي دراسة لـ : مайн وآخرون (Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J., 1985) أشارا إلى أن أنماط

التعلق تعرف حالة من الاستقرار في حدود 84% في سن (من 15 شهر إلى 6 سنوات). وفي دراسة أخرى لـ "سروف" (Sroufe, 1988) أشارت إلى أن حالة الاستقرار تكون في حدود 70% في سن (من 15 شهر إلى 9 سنوات).

أما في مرحلة المراهقة، لاحظ "زيمerman" (Zemmerman, 2000) حدوث تغيرات واضحة على أنماط التعلق ما بين سن 10 و16 سنة، وذلك بسبب الأحداث الحياتية "المضطربة" كطلاق الوالدين، النكسات العاطفية... الخ. كذلك ظهور موضوع أو شكل جديد من أشكال التعلق، كظهور صديق حميم في حياته، علاقة حب مع أي فرد يمثل شيء هام في حياته. كما تتغير أساليب التعلق وتتصبح أكثر "إدراكاً" من حيث وجود دلالات وصور للتعلق كالثقة في الآنس بالوالدين، الشك ومشاعر الرفض. أما في مرحلة الرشد، تظهر أربع أنماط للتعلق لدى الراشدين (George, Kaplan et Main, 1985 ; Main, 1991) وتمثل أساس الصحة النفسية والعقلية لدى الأشخاص وهي:

### **التعلق الآمن attachement sécurisé**

حيث من السهل على صاحبه استحضار ذكريات وعواطف الماضي الطفولي، ولديه قدرة على تذكر العلاقات الأولى (سلبية وإيجابية). يعطي أهمية كبيرة للمشاعر والعواطف والقرب من الأشخاص، متناقض وواضح في كلامه ومقاصده، لديه القدرة على إدماج الماضي بالحاضر، لديه ثقة في نفسه وفي الآخرين. مثال: "...أجد أنه من السهل الاقتراب من الآخرين وأنا مرتاح في حالة التقارب منهم، في حدود تصرف الآخرين على نحو ملائم. أحياناً أخاف من أن أجد نفسي وحيداً، لكن لست قلقاً من كون أحد الأشخاص يود التقرب مني...".

### **التعلق غير الآمن المنفصل/المجتذب détaché/évitant/autonome**

هو شخص منفصل عاطفياً وغير ملتزم انتعايا(متتحرر من التزاماته)؛ لديه بروفة ولا مبالاة اتجاه الخبرات العلائقية الماضية والحاضرة؛ لديه إنكار حاجاته العاطفية الماضية والحالية (كان يقول مثلاً: "...أنا لست في حاجة إلى صداقات أو علاقات حميمية، يمكنني العيش والاستمرار منفرداً... أنا لم تكن لدي صلة عاطفية أبداً بفلان... لا أعرفه، لم يسبق لي أن عرفته أو أحببته...")؛ يُقلل من قيمة العلاقات مع الوالدين، واثق كثيراً من نفسه لكنه حذر وشكاك ولا يثق في الآخرين، مثلاً: "...أشعر بالضيق الكبير لما أكون قريباً من شخص ما...أجد أنه من الصعوبة الكاملة الوثوق بالآخرين والاعتماد عليهم. أشعر بالقلق لما يحاول أحد ما أن يكون أكثر قرباً مني. أحياناً يحاول البعض أن يكونون أكثر حميمية معي لكن لا أحس بالراحة مع هذا الوضع...".

### **التعلق غير الآمن المنشغل/القلق préoccupé**

قلق ومهموم إزاء الخبرات الماضية؛ مهزوز عاطفياً وملتصق بالأخر، يعبر عن ذلك من خلال المطالبة بمزيد من القرب والحميمية، التعبير عن المذمة واللوم والغيظ المستمر؛ مشوش وغموض في كلامه وما يريده قوله، لديه اضطراب معرفي وانفعالي؛ لا يصغي كثيراً إلى الأسئلة (التركيز على الذات)؛ مرتبط بدرجة أكبر انتعايا بالماضي؛ تنقصه الثقة في النفس. مثلاً: "...أشعر أن الآخرين لا يودون الاقتراب مني بالحد الذي أتفاه. لدي انشغال دائم في محاولة معرفة هل فعلًا يحبني زوجي (القرنين) وهل يرغب في البقاء معي أو هجري. أرغب في أن أكون أكثر قرباً من شخص ما، لكن غالباً ما يخيف هذا الآخرين ويجعلهم يرعبون مني...".

### **التعلق المتخوف المتردد/المشوش craintif/désorganisé/désorienté**

يوجد هذا النمط من التعلق لدى الأشخاص الذي كانوا ضحايا إساءة المعاملة أو إهمال أو عنف في الوسط الأسري ومن طرف أحد أفراد الأسرة خلال مرحلة الطفولة؛ يعاني من صدمات لم تعالج بعد؛ يعاني من

حالة العجز نتيجة ماضيه الطفولي؛ شديد التأثر -انفعاليا- بالأحداث الصادمة؛ يعني من خلل واضطراب على مستوى التفكير، كالارتباك والتناقضات، الكارثية والتهويل تظهر من خلال أسلوبه في الحديث.

### **التعلق الطفولي والعلاقات الحميمية**

نلاحظ هنا أن التعلق الطفولي يظهر من خلال محاولة الطفل تشكيل علاقة تعتمد على حساسية وقدرة الأم على التعبير. أما في مرحلة الرشد فإن تشكيل العلاقة يعتمد على قدرة الطرف الآخر على التعبير والحس اتجاهه. أما التقارب الجسدي في التعلق الطفولي من خلال النظرات والاحتضان، التشتت ومسك أصابع اليدين. أما التقرب الجسدي في مرحلة الرشد، يظهر من خلال الضم والمعانقة والقدرة على احتواء الطرف الآخر بين اليدين. وتتمثل الخاصية البيولوجية في التعلق الطفولي في إبقاء الطفل على قيد الحياة. أما في الرشد فلأجل الحفاظ على النسل والنوع الانفصالي والقدرة على الاستكشاف في التعلق الطفولي يقابلها الحضور- الغياب في الرشد. وأخيراً اللغة الأمومية في التعلق الطفولي يقابلها قدرة الراشد على التعبير اللغوي الودي في العلاقة الحميمية.

ومن خلال نتائج أعمال كل من "هزان وشيفر" (Hazan, C. & Shaver, P., 1987. PP: 511-524) فإن أساليب التعلق الثلاثة المنظمة تتمثل في: أسلوب التعلق الآمن secure، الإجتنابي evitant، المنشغل ambivalent/préoccupé وسنفصل في هذا من خلال ما يلي:

#### **أسلوب التعلق الآمن (نجد له 55% من الأفراد)**

فيما يخص المسائل الرئيسية المتعلقة بالذات لديه الشعور بالراحة في العلاقة الحميمية، ولا يعني من القلق اتجاه العلاقات الشخصية. أما فيما يخص تاريخ تعاقبه، فكان لديه علاقة حارة وحسنة مع والديه. بالنسبة للعلاقات الحميمية، يمتلك خبرات سعيدة في إطار هذه العلاقات، ملتزم بالعلاقة وودود في مشاعر اتجاه الطرف الآخر.

#### **أسلوب التعلق الإجتنابي أو المنفصل (نجد له 25% من الأفراد)**

فيما يخص المسائل التي تتعلق بالذات، نجده غير مرتاح في العلاقة الحميمية ومفصل عاطفيا وانفعاليا عن الطرف الآخر. أما فيما يخص تاريخ التعلق، فإن أنه ذات مشاعر باردة وترفظه. وفي إطار العلاقات الحميمية، نجد متخوف كثيرا من هذه العلاقات، يتسم بالفشل في قبول الطرف الآخر.

#### **أسلوب التعلق المنشغل/القلق (نجد له 20% من الأفراد)**

فيما يخص المسائل التي تتعلق بالذات، نجده يطلب المزيد من القربى والحميمية من الطرف الآخر لكنه في نفس الوقت متخوف كثيرا من أن يرفضه أو يتركه وحيدا. فيما يخص تاريخ التعلق، أنه حساسة جدا وودودة، لكن والده إنسان جائر وظالم. وفي إطار العلاقات الحميمية، يتميز بمحاولة تملك الآخر مع الانشغل الدائم للبال، يعني من عدم استقرار عاطفي وانفعالي اتجاه الطرف الآخر.

#### **أسلوب التعلق المتخوف/المضطرب/المشووش**

ومن ميزاته الاستجابات العدوانية، حمل نوايا عدائية اتجاه الآخر؛ تهيج وسرعة الغضب مع مزاج عصبي؛ الإيذاء الذاتي كالانتحار أو بتر عضو من جسده أو تقطيع جسده، كما أن لديه عداوه موجه نحو الطرف الآخر.

## آثار التعلق على الفرد

من خلال الدراسات السابقة تم الإشارة إلى ملاحظتين هامتين وهما كالتالي: تتمثل الملاحظة الأولى في وجود علاقات واضحة ما بين نوعية ربوطه التعلق، الشعور بالراحة والتكيف خلال الطفولة، إلى المراهقة، فسن الرشد (Kenny, M. E., & Rice, K. G. 1995. PP: 433-456). أما الملاحظة الثانية فتتمثل في كون التعلق ينشط كعامل قوي لحماية الفرد مستقبلاً من الإضطرابات النفسية والعقلية (الاكتئاب، القلق، اضطرابات الشخصية). كما أن المستوى العالي من الإنسجام والتوافق أم/ طفل يسمح بتعزيز الافتراض القائل أن الكثير من الإضطرابات العقلية هي نتيجة للخبرات العلائقية السلبية مع الوالدين في مرحلة الطفولة.

### التعلق واضطرابات الشخصية وانعكاساتها على العنف الأسري

قبل الخوض في هذا، لابد من توضيح بعض الحقائق التي أثبتتها البحوث والدراسات حول الجرائم التي ترتكب في الوسط الأسري، حيث بينت هذه الدراسات أن جريمة قتل أحد الوالدين أو كليهما هو نمط إجرامي ينتشر أكثر لدى الأشخاص في الأسرة الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة (مثلاً: فصاميون). كما أن جريمة قتل الأبناء أو أحد الزوجين للأخر هو عبارة عن نمط إجرامي ينتشر أكثر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات أو سمة من سمات اضطراب الشخصية وغالباً ما تكون هناك تشاركيّة في التأثير لدى الشخص ما بين اضطراب الشخصية ونوبات الاكتئاب الحاد أو أعراضه. أما فيما يتعلق بالأسباب المحددة لوقوع جريمة قتل الوالدين -حسب الدراسات- هي من جهة نتائجة تفسخ وتحلل ذهاني décompensation psychotique لدى المُرتكب للجريمة ومن جهة لوجود ومصاحبة الفعل بعض الظروف الموقعة كارتفاع مستوى الصراع مع الوالدين. بينما فيما يتعلق بقتل الأبناء أو قتل أحد الزوجين للأخر، فذلك يعود نتيجة لنقص في مستوى الحميمية وانطفاء جذوة الحب بين الأفراد وهي محفزات قوية لارتكاب الجرم ضد شريك الحياة أو الأبناء.

لقد حددت العديد من الدراسات العلاقة الموجودة بين اضطرابات الشخصية ومختلف أنماط التعلق. فالعوامل المرضية في اضطرابات التعلق (التعلق غير الآمن) في الطفولة تساهُم في نمو وتطور اضطرابات الشخصية (Fonagy, P., Leigh, 1996)

### أسلوب التعلق المتخوف/المشوش crantif/désorganisé

ينجم عن هذا النوع اضطراب الشخصية الحدية trouble de la personnalité limité (borderline) لديها علاقة بقلق الانفصال في الطفولة.

اضطراب الشخصية الحدية : يتسم الفرد فيها بعد استقرار في العلاقات الاجتماعية، على مستوى الهوية والعواطف. الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم مستوى كبير من الحساسية عند حدوث تقارب حميي مع طرف آخر، لأن تقرب شخص أكثر منهم يتترجم لديهم على أنه محاولة تغافل، وابتعد الشخص عنه يتترجم على أساس أنه إهمال لهم. أين هي الوسطية إذا؟ يمتازون برد فعل قوي عند شعورهم بانحسار مستوى الحميمية بينهم وبين الآخرين وذلك كونهم يفسرونها على أنه إهمال أو رفض لذواتهم angoisse d'abandon وعوض أن يتم التحكم في ذلك الشعور داخلياً، يستجيبون لذلك الموقف من خلال خلق جو مشحون بينهم وبين الآخرين حتى يبعدوا شبح فكرة التخلّي والنبذ من أذهانهم؛ كما أن التحكم في الآخرين والسيطرة عليهم عبارة عن إستراتيجية غالباً ما يتبنّاها أولئك لمواجهة القلق. يعانون من هشاشة واضطراب الهوية، لديهم مشاعر بعدم القيمة لدى الآخرين وسوف يتركونهم ويرحلون، كما أن للغير مكان لا يقل أهمية عن العوامل الأخرى حيث يخافون من فقدان الآخر.

### أسلوب التعلق المنشغل/القلق préoccupé/ambivalent

ينجم عن هذا النوع من التعلق اضطراب الشخصية : الاعتمادية trouble de la personnalité dépendante  
البارانويدية trouble de la personnalité paranoïaque  
الهستيرية histrionique

### اضطراب الشخصية الاعتمادية dépendante

هذه الشخصية لا تستطيع اتخاذ قراراً أو عمل أي شيء بمفردها بل تحتاج دائماً للآخرين في كل شيء، فليست لديها القدرة على المبادرة أو القدرة على التنفيذ وإنما هي تعمل فقط بتوجيهه من الآخرين وأحياناً لا تعمل على الإطلاق وتنتظر من الآخرين العون والمساندة طول الوقت. وهو إن كان شاباً نجده يأتي للخطبة مع أمه وهي تتحدث باليابسة عنه طول الوقت، وفي زياراته التالية لا يستطيع البت في أي شيء دون الرجوع لأمه (أو أبيه أو أخيه الأكبر). فلا بد من وجود أحد في حياته يعتمد عليه، وإن كانت فتاة نجد أمها تحركها كما تشاء وتسير على علاقتها بخطيبها أو زوجها فتدخل في كل شيء في علاقتها. وهذا الشخص في حالة كونه زوجاً يحتاج من زوجته أن تقوم بكل شيء وتحمل مسؤولية الأسرة ويصبح هو في خلفية الصورة دائماً وهذا يشكل عبئاً على الزوجة إضافة إلى إحساسها المؤلم بضعف زوجها سلبيته، ومع هذا، نجد أن هذا الزوج مطلوب جداً من المرأة المسترجلة قوية الشخصية لأنها ترغب في أن تكون هي الأقوى في العلاقة الزوجية.

### اضطراب الشخصية البارانويدية (الشكاك المتعالي) paranoïaque

محور هذه الشخصية الشك في كل الناس وسوء الظن بهم وتوقع العداء والإيذاء منهم فكل الناس في نظره أشرار متآمرون. هو شخص لا يعرف الحب أو الرحمة أو التسامح لأنه في طفولته المبكرة لم يتلق الحب من مصادره الأساسية (والدين)، لذلك لم يتعلم قانون الحب. وهو دائم الشعور بالاضطهاد والخيانة من حوله، وهذا الشعور يولد لديه كراهية ومبول عدوانية ناحية كل من يتعامل معهم. ويتخذ عدوانه صوراً كثيرة منها النقد اللاذع والمستمر للآخرين، أو السخرية الجارحة منهم وفي نفس الوقت لا يتحمل أي نقد من أحد فهو لا يخطئ أبداً (في نظر نفسه) وهو شديد الحساسية لأي شيء يخصه. والشخص البارانويدي لا يغير رأيه بالحوار أو النقاش فلديه ثوابت لا تتغير، ولذلك فالكلام معه مجده ومتعب دون فائدة، وهو يسيء تأويل كل كلمة ويبحث فيما بين الكلمات عن النوايا السيئة ويتوقع الغدر والخيانة من كل من يتعامل معهم. وهو دائم الاتهام لغيره ومهما حاول الطرف الآخر إثبات براءته فلن ينجح بل يزيد من شكه وسوء ظنه، بل أن محاولات التوడد والتقارب من الآخرين تجاهه تقلقه وتزيد من شكوكه . وفي بداية حياته تكون لديه مشاعر اضطهاد وكراهيّة للناس ولذلك يسعى لامتلاك القوة (امتلاك المال أو امتلاك المناصب أو غيرها) فإذا استقرت أوضاعه المالية والاجتماعية ووصل إلى ما يريد فإنه يشعر بالاستعلاء والفخر والعظمة ويتعالى على الآخرين وينظر إليهم باحتقار.

### اضطراب الشخصية الهستيرية histrionique

هذه الشخصية نجدها أكثر في الفتيات والنساء عموماً، وهي شخصية مثيرة للجدل ومحيرة. فهي شخصية تضع من يتعامل معها في حيرة وتناقض، تراها غالباً جميلة أو جذابة، تغري بالحب ولا تعطيه، تغوي ولا تشبع، تهدّد ولا تقني، والويل لمن يتعامل معها. تبدي حرارة عاطفية شديدة في الخارج في حين أنها من الداخل باردة عاطفياً. تبدي إغراء جنسياً يهتز له أقوى الرجال، في حين أنها تعاني من البرود الجنسي في الحقيقة، وتكره العلاقة الجنسية وتتفرق منها. تعرفها من اهتمامها الشديد بمظهرها، فهي تلبس الوانا صارخة تجذب الأنظار مثل الأحمر الفاقع والأصفر الفاقع والأخضر الزاهي والمزركشات. وحين تتكلم تحدث بشكل درامي وكأنها على المسرح وتبالغ في كل شيء لتجذب اهتمام مستمعيها. ولها علاقات متعددة تبدو حميمية في ظاهرها لأنها قادرة على التلويع بالحب وبالصدقة، ولكن في الحقيقة هي غير قادرة على أي منها. وفي

بدايات العلاقة تراها شديدة الحماس وترفع الطرف الآخر في السماء ولكن بعد وقت قصير يفتر حماسها وتتنفف عواطفها الوقتية الزائفة وتهبط بمن أحبته إلى ساق أرض.

يتعلق بها الكثيرون لجمالها وشياكلها وأحياناً لجاذبيتها وإغرائها، ولكنها تكون غير قادرة على حب حقيقي، وهي متعلقة وسطحية وخادعة ومخدوعة في نفس الوقت، وبالتالي فإن الحياة الزوجية معها تبدو صعبة. وهي شخصية هشة غير ناضجة، عندما تواجه أي ضغط خارجي لا تتحمله فيحدث لها أعراض هستيرية (إغماء - تشنج - شلل هستيري - فقد النطق - أو غيره) وذلك لجذب التعاطف والاهتمام من حولها وإذا لم تجد ذلك فهي تهدد بالانتحار بطريقة درامية وربما تحاول بعد أن تكتب خطاباً رومانسيّاً أو تهديداً، كل هذا بهدف استعادة الاهتمام بها. كما أنها أنانية لا تهتم إلا بنفسها، ولا تستطيع الاهتمام بزوجها أو بيتهما أو ابنائهما، لذلك فهي زوجة فاشلة وأم فاشلة تقضي معظم الوقت في شراء الملابس والمجوهرات والإكسسوارات وتقضي بقيتها في التزيين والفرجة على نفسها في المرأة واستعراض كل هذا في المناسبات والحفلات.

### أسلوب التعلق المنفصل/المجتنب *détaché/évitant*

ينجم عن هذا النمط من التعلق اضطراب الشخصيات التالية: **النرجسية** trouble de la personnalité narcissique، **المضادة للمجتمع** trouble de la personnalité antisociale، **الفاصامية** narcissique trouble de la personnalité obsessive، **الوسواسية القهريّة** personnalité schizophrénique compulsive.

### اضطراب الشخصية النرجسية *narcissique*

يعتبر الشخص النرجسي شخص يعاني من قلق الفرض والنبد من طرف الآخر ويحب السيطرة واستغلال الآخرين ليحافظ على مكانته وتحكمه في الآخر، وذلك بداعي إذلال الآخرين **humiliation** الشعور بالجرح النرجسي حينما يشعر أن الآخر يود الانفصال عنه، يمتاز بالغدر والخيانة، يشعر بالإهانة لما يستشعر البرود في العلاقة الحميمية بينه وبين الآخر. كذلك فقدانه للشخص الذي كان يستخدمه لأجل أن يشعر بالقوة والسيطرة ويشعر بذلك كجرح نرجسي، وسبب هيجانه وغضبه هو اندفاعه إلى التَّسْيُّد على شريك الحياة

### اضطراب الشخصية الفاصامية

يرتكبون -أي الأبناء من هذا النمط من الشخصية- كثيراً جرائم القتل في حق الوالدين، يعانون من تحمل ذهاني وينزعون إلى التحرّب، غياب الحدود بين الذات والآخر، وبين الحلم و الواقع، يظهرون هذيان وأوهام تتعلق بالاضطهاد أو توهم العظمة تصبح واقعية لديه، الإصرار على الضحية (والوالدين) شعوراً منه أنهم يضطهدونه. لكن رغم هذا نجد أن ما يقارب 50% من قاتلي والديهم ليس لديهم اضطرابات ذهانية وهذا ما يدفع إلى العمل على فهم الجيد للجوانب المتعلقة بهؤلاء.

### المضادة للمجتمع *antisociale*

إن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هي الأخرى ذات علاقة باستعمال الآخر لتحقيق مآرب الذات (من خلال السيطرة عليه)، يستخدم الآخرين ويبتذلهم جنسياً من خلال إيهامهم وخداعهم عن طريق نصب الفخاخ للفتيات قليلاً الحظ وإنجازهن على الزواج منه من خلال خلق صراع بينهن وبين أوليائهن (يعني فضجهن أو الإذعان لنزواته)؛ لديه تجاوزات سلوكية سواء داخل محيط الأسرة أو خارجها؛ فاشل على مستوى العلاقات الاجتماعية (من خلال تصرفات سلبية معادية للمجتمع)

### اضطراب الشخصية الوسواسية القهريّة

والشخص الوسواسي يلتزم التزاماً صارماً بالدقة الشديدة والنظام الحرفي في كل شيء ويهتم بالتفاصيل الصغيرة ولا يدع أي شيء دون مناقشته وبحثه بشكل مرهق وهو عنيد لا يتنازل عن شيء ولا يتسامح في شيء، وهو حريص وحرصه يصل أحياناً لدرجة البخل، وعقلاني لا يولي المشاعر اهتماماً. وعلاماته في

فترة الخطوبة أنه يسأل عن كل التفاصيل وبعد الزواج الشك في الطرف الآخر والشك في خطوة يقوم بها لدرجة خلق جو مشحون، ويعمل لكل شيء ألف حساب ويكون ممسكاً جداً في الإنفاق وفي الهدايا، ومشغولاً بحساب كل شيء. وبخل الوسواسي لا يتوقف عند المال فقط، فكما أنه بخيل مادياً فهو بخيل عاطفياً لا يعبر عن مشاعره ولا يحوط شريكة حياته بعواطفه فالحياة لديه جافة وعقلانية ومحسوبة بدقة.

## لناول فهم هؤلاء

الآن بإمكاننا رؤية الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية: الحدية، النرجسية، المضادة للمجتمع... الخ. هم في خطر عند التصرف ورد الفعل القوي عند فقدان شيء يودون امتلاكه وخاصة العلاقة الحميمية بينهم وبين أعضاء أسرتهم خاصة بين الزوجين. فالاعتمادية، الإختلاف، التصادم مع الآخر عبارة عن خبرات يعيشها المضطرب بشكل عدواني ويفرغها على الطرف الذي يبنده أو يهجره، فالجرح النرجسي غالباً ما يكون على علاقة بالشعور بالإهانة والعار. فأولئك الأشخاص يعيشون في الحضيض، يظهرون الكثير من العدوانية، غياب الحدود بين ذواتهم وبين الآخرين، وجود سمات معادية للمجتمع، اضطراب في الهوية، الصاق التهمة دائماً بالآخر كآلية للتخفيف من الفراق الداخلي أو إخفاء الخوف الداخلي الذي يعيشه، هناك صعوبة كبيرة في تقبل مساعدة الآخرين لهم لأنهم لا يظهرون معاناتهم الداخلية للأخر والسبب في ذلك يعود إما أنهم لا يشعرون بذلك أو لا يودون إظهارها للأخرين، يزهرون دائماً الجانب القوي فيهم ويا ويله من يفكر في الخدش في الجانب الضعيف الذي يسترون عليه دائماً.

بالنسبة للدافع من وراء ارتكاب الجرم مثلاً: نجد أن قتل الوالدين أو أحدهما من طرف أبيائهم مثلاً نتيجة تعرض الطفل إلى إساءة جسدية حادة لأن الطفل المعنف في صغره يصبح جزءاً من المشكلة لما يكبر ويصبح أبوه أو أمها، الانتقام والتأثير منهما، المعاناة من الضياع والاضطراب العقلي والنفسي كالاكتئاب الحاد. أما بالنسبة لدافع الوالدين أو أحدهما على ارتكاب الجرم وقتل فلذة كبده، بسبب الإبعاد وانقطاع العلاقة الحميمية وتراجعها، التفكير في الانتحار تتبعها حالة من الضياع النفسي والاضطراب العقلي وأما بالنسبة للألم فسبب تدهور الحالة العقلية ثم انقطاع العلاقة الحميمية ونادرًا التفكير في الانتحار. وأخيراً قتل أحد الزوجين للطرف الآخر، فالدافع للجرائم نتيجة انقطاع العلاقات الحميمية بينهما بدرجة أكبر لكنهم ينتحرون في غالب الأحيان بطلها رجال حيث يقدم الأب على قتل زوجته ثم أبنائه ثم ينتحر خطوة أخيرة وهذا رغبة في الانتقام نتيجة إحساسه بالعار والإهانة نتيجة ترك زوجته له وأحياناً تحرمه من رؤية أبنائه.

## الوقاية

لذا يستحسن في هذه الحالات خطوة أولى هي البحث عن مساعدة من الآخر للتدخل قبل حدوث السلوك الإجرامي، تحطيم حاجز العزلة والتعبير بما يشعر به مما يهدده وبهذا كيانه وكيان أسرته؛ تزويد هؤلاء بمعلومات تتعلق حول حقيقة انقطاع العلاقات الحميمية وانحسارها ولماذا؛ وذلك من خلال القيام بالتحسيس والتوعية أو ورشات تدريبية لهؤلاء، من خلال الإصغاء لهم لأن الشخص المضطرب خاصة من لديه أفكار انتحارية في حاجة إلى من يصغي إليه أكثر من ينصحه، كذلك على المختصينتناول الظاهرة من مختلف جوانبها انتلاقاً من مواجهة تحدياتها وليس فقط جمع الملفات وتصنيفها؛ شيء مهم كذلك هو البحث في العوامل الموقنية التي تشكل رهانات وهي عوامل تحفيظ بالأسرة كوجود معاناة نفسية أخرى كالاكتئاب وكذا عدم النبش في خصوصية كل فرد من ذوي الشخصيات المذكورة لأن النبش فيها يعتبر عاملاً مجرراً لما تحتويه.

## المراجع

1. Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., et Gerber, A. (1996), The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64. 22-31.
2. George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985), *The Berkeley Adult attachment interview*. Unpublished manuscript, university of California. Berkeley.
3. Zimmermann, P. (2000). L'attachement à l'adolescence: mesure, développement et adaptation. In G. M. Tarabusly, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Dir.), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain*. Canada. *Presses de l'Université du Québec*. 181-204.

## **Apport des méthodes projectives chez les enfants instables psychomoteurs**

Boucherit Saci  
Université BMA - Annaba

### **1. L'instabilité chez l'enfant et approches projectives**

Le présent travail consiste dans la présentation des données issues des protocoles de TAT d'enfants présentant une instabilité psychomotrice il s'agira d'apporter un éclairage clinique et psychopathologique dans la compréhension de l'instabilité infantile.

Le dispositif de recherche mis en place concerne des enfants instables âgés de 6 à 8 ans, s'appuie sur l'utilisation d'une médiation particulière, le collage, et sur la passation de tests projectifs (TAT). Le groupe d'enfants instables se compose d'un groupe d'enfants qui présentent une hyperkinésie, un déficit de l'attention et une impulsivité voire des troubles de langage. Tous les enfants ont participé à des groupes de collage qui ont duré en moyenne une année. Des enfants, rencontrés dans un cadre scolaire, qui ont également participé à des ateliers de collage (sur 4 séances).

Un tests projectif (TAT) a été proposé à ces enfants avant le début du collage. C'est plus spécifiquement le protocole de TAT des enfants instables qui seront interrogés dans la contribution qu'ils apportent à l'approche de la psychodynamique de l'enfant instable et à l'approche diagnostique.

C'est la capacité de ces enfants à jouer avec les images et avec les mots qui est particulièrement travaillée dans les épreuves projectives. L'investissement d'une aire de jeu dans le "trouvé-créé" est fortement mobilisé.

Une lecture des données recueillies dans les différents travaux (peu nombreux) permet de dégager un certain nombre de points particuliers. Toutefois, il faut souligner que ces études ne se réfèrent pas au même référentiel méthodologique et ne mettent pas l'accent sur les mêmes indicateurs. Voici les principaux aspects relevés dans ces études :

La place du contrôle formel du stimulus est mise en défaut dans les protocoles d'enfants instables. Les réponses sont laborieuses, incertaines. L'émergence d'un traitement sensoriel du stimulus (réponses couleurs, estompages).

Les représentations humaines apparaissent en faible nombre et la place des kinesthésies humaines se trouve précaire a également mis en évidence une grande rareté des kinesthésies chez les enfants instables avant une séance de relaxation, ainsi qu'un morcellement important des réponses. Après la relaxation, il note l'apparition des kinesthésies aux membres (jambes, bras...) "anormales pour l'âge ainsi qu'une réunification des perceptions qui sont plus globales et solides. On explique ces résultats par le fait que "les enfants instables ne sentent pas leur hyperkinésie pour une excellente raison que cette activité incessante sert de "senti", de "vécu", de "frontière". Des difficultés de jeu entre le réel et l'imaginaire ont été relevées, ainsi qu'un évitement du conflit qui nécessite des relances de la part du clinicien et une difficulté de fonctionnement de l'enfant instable dans un espace transitionnel. On constate également que "les opérations symbolisantes sont marquées par la rupture et la faille".

Une problématique se joue autour des enveloppes et des limites, dans le registre corporel, l'apparition de réponses anatomiques et d'images de corps.

L'émergence d'éléments dépressifs au TAT.

On inscrit la problématique de l'hyperactivité infantile dans le champ plus large des pathologies de la symbolisation. V. Quartier, quant à lui, a observé (notre étude va globalement dans le sens de ces résultats), à partir de la passation du TAT, que les enfants instables collent leurs récits au percept (mobilisation de procédés de réponses RE 1 et qu'ils restent dans une approche descriptive du matériel. Ils évitent principalement dans leurs récits toute mise en relation des

personnages (IF3). V. Quartier constate également un recours plus fréquent chez les enfants non-agités aux représentations d'action (IF6), les mouvements sont mis en scène dans leurs histoires au cours desquelles ces enfants introduisent des personnages non figurés sur l'image (IF1).

## 2. Les Protocoles de TAT

La question du travail de l'imaginaire qui prend une place importante dans cette épreuve sera ainsi particulièrement analysée, en particulier en appui sur la feuille de dépouillement des procédés d'élaboration des récits, proposée spécifiquement pour la clinique infantile par M. Boekholt. Le recours à la sphère motrice (MC), à l'inhibition/évitement (EI) et au contrôle (OC) sont des procédés d'élaboration des récits prévalents chez les enfants instables.

Certains résultats apparaissent toutefois étonnantes : un nombre plus important “ d'expression crue liée à une thématique sexuelle ou agressive ” (IF8), en plus grand ombre chez les enfants instables ; un nombre équivalent “ de fausses perceptions, scotomes, bizarries perceptives ” (OC8) .

## 3. Motricité et représentation d'action

Nous observons, sans grand étonnement, une instabilité motrice plus importante chez les enfants instables pendant la passation. Ils s'agitent, se lèvent, se tortillent sur leur chaise, trépignent d'impatience (certains enfants tentent de prendre les planches). Le débit de parole est également très rapide. Cette motricité, ne se met pas au service de la construction et de l'élaboration d'un récit ou plus exactement d'une histoire, dans le TAT.

Par ailleurs, le récit produit par les enfants instables est plus “ figé ” (RE1, EI1, EI2) “ Là c'est un serpent, non pas un serpent. Là, un petit mur en pierre. Là, un animal, je ne sais pas comment il s'appelle, un canard. Là une grande falaise et là, un petit pont ”.

La planche 11, qui peut avoir un caractère anxiogène de par son aspect flou, ambigu et chaotique, fait appel à la capacité d'élaboration, de reconstruction d'un espace par le sujet. Il semble ainsi, (réponses kinesthésiques), que nous pouvons nous interroger sur la représentation intérieurisée du mouvement chez l'enfant instable. Le corps est mis “ sur la scène ” par les enfants instables.

## 4. Recours à l'imaginaire : une mise en scène

Les récits des enfants instables sont courts, laborieux (“ ça me dit rien du tout ”, “ ça me dit pas grand-chose ”, “ je ne sais pas ce qu'ils font ” “ j'arrive pas à imaginer ”, “ je peux rien imaginer ”, “ j'ai plus d'histoires dans ma tête ”) et ponctués par des mots, des expressions qui ferment la possibilité de déploiement de l'imaginaire (“ et c'est tout ” “ et c'est bon ”, “ fini ”). Le clinicien se sent contraint, de par la pauvreté de certains récits qui restent descriptifs, proches du contenu manifeste des planches, de poser des questions afin de tenter de faire advenir une mise en histoire (une fille de 7 ans, planche 5, “ elle regarde parce qu'elle entendait du bruit (?) Je sais pas ” ; un autre enfant de 8 ans, planche 1 “ C'est un garçon qui fait du violon. Fini ” ; un autre enfant de 6 ans, planche 6BM “ Un monsieur et une dame (?). Les enfants instables semblent plus particulièrement investir la réalité perceptive des planches et évitent ainsi la mise en scène de conflits. Selon M. Boekholt: “ Lorsque prédominent les organisations parentielles désignées pathologies narcissiques par R. Mises (1990), les productions se heurtent à la pauvreté du travail associatif. Les relais pris par l'agir, dans des situations privilégiant le dire, l'accrochage aux

réalités environnementales sont alors autant de substituts de l'activité psychique dont la défaillance se détache en creux sur un fond de dépendance objectal et de vulnérabilité". Chez les enfants instables, " l'expression crue " fait irruption et prend un caractère brutal (enfant 8 ans, planche 8BM : " des messieurs qui sont en train de couper le ventre à quelqu'un et à un garçon avec un couteau...un fusil... " ; la fille de 7 ans planche 8BM, " ça me dit qu'il y a un monsieur qui a tué un chien, euh un homme, ils ont tué un homme, c'est ça puisqu'on voit un couteau et c'est bon ". Ces exemples montrent que l'emploi d'expressions violentes et/ou crues est ici mobilisé dans un fonctionnement psychique qui témoigne d'une secondarisation dans une fantasmatisation " adaptée ".

## **5. Modalités défensives : inhibition et contrôle**

Les récits des enfants instables sont marqués par l'évitement, l'inhibition et le contrôle, et les fausses perceptions concernent plus particulièrement la structure du récit (enfant de 7 ans, planche 6BM: " C'est euh... ils sont à la banque et euh il y a une dame qui fait euh... la queue...euh... il y a un monsieur derrière qui lui aussi fait la queue et réfléchit à quoi il va demander. " ; la fille de 7 ans, planche 2 : " Des gens qui font la guerre... c'est ça ce que cela me donne... " ; la même file, planche 3BM : " Un cheval. Tout le dessin est gris. (?) Il y a un petit garçon " ).

## **6. Affect et représentation**

Le récit des enfants instables est marqué par une expression plus importante d'affects. Mais les affects qui offrent une possibilité de dire des choses de soi sur la scène externe paraissent " envahissants " chez les enfants instables et semblent avoir du mal à se mettre en latence (l'enfant de 8 ans, planche 3BM" C'est une dame... qui est triste et elle est collée contre la baignoire " ; un autre de 6 ans, planche 6BM : " Un homme qui a des menottes, non... une dame qui regarde à la fenêtre et un bonhomme qui est triste et qui va bientôt pleurer (?) parce que sa femme est partie ou bien elle est morte " ; planche 13B, " Un petit garçon qui est vers une porte qui est triste, non qui est pauvre " ). Au vu de ces éléments cliniques, l'hypothèse de l'instabilité comme lutte contre la dépression interroge particulièrement.

## **7. Illustrations cliniques**

Le protocole de TAT d'un enfant instable, la fille de 7 ans, a été choisi. Il présente une spécificité au regard de la synthèse qui vient d'être proposée.

### **7.1. Appréhension de l'image**

À la lecture du protocole de TAT de la fille de 7 ans, différents points interrogent. Tout d'abord, on peut constater un temps de passation plus long (19mn). Et ça peut s'expliquer par le fait que la passation est ponctuée par une grande agitation (prévalence des procédés traduisant le recours à la sphère motrice et corporelle, un départ soudain de la salle (à la planche 16) pendant plus de 5 minutes. L'agitation de cette fille envahit totalement la situation projective et entrave la mise en récit. Les procédés traduisant le recours à l'évitement et l'inhibition (EI) dominent également le récit. La fille de 7 ans semble ne pas regarder la planche qui lui est présentée dans un premier temps, elle continue de jouer. C'est ainsi que le temps de latence (temps entre la présentation de la planche et le début du récit) est relativement long pour la plupart des planches.

## Mise en récit : interaction entre les personnages

**La fille de 7 ans** a beaucoup de difficultés à créer une histoire à partir du matériel figuratif des planches : “ y'a pas d'histoires ” exprime-t-elle à la première planche du TAT. “ Lorsqu'on demande au sujet de “ raconter une histoire à partir du stimulus ” on fait simultanément appel au laisser-aller (imagination libre) et au contrôle (histoire à partir du matériel). De l'articulation entre processus primaire et processus secondaire dépendra la transmissibilité de l'histoire au psychologue. Le récit est dominé par les “ procédés traduisant le recours à la sphère motrice et corporelle ” et ceux “ traduisant le recours à l'évitement et l'inhibition ”. Quatre planches sont refusées (planche 4, 6BM, 10, 19). Quand un récit peut advenir, celle-ci est courte et laborieuse. Dans les récits la fille, les personnages perçus sont anonymes, c'est-à-dire dépourvus de statut familial ou social (planche 5 : “ elle regarde parce qu'elle entendait du bruit ” : planche 1 : “ un garçon qui fait du violon ” ; planche 8BM : “[...] Ils ont tué un homme [...] ”. Elle est très surprise parce qu'il y a plein d'assiettes cassées ”). L'anonymat semble avoir pour but d'éviter l'évocation de représentations de relations trop identifiables et trop chargées sur le plan pulsionnel.

En effet, dans les récits de la fille de 7 ans, les interactions entre les personnages sont chargées d'agressivité, de violence. Les personnages sont frappés (planches 3BM et 13B), poussés dans le vide (planche 11), font la guerre (planche 2), sont tués (planche 8BM). Ce sont essentiellement des relations négatives qui dominent. L'entourage est perçu comme menaçant. Il n'y a pas d'issues possibles. L'agressivité n'est pas insérée dans une histoire, elle revêt un caractère brutal sans possibilité de reprise. Cela figure la prévalence des processus primaires.

La présence de fausses perceptions dans les récits de la fille est notable et apparaît très souvent aux mêmes planches (planches 1 et 2) (planche 2 : “ Des gens qui font la guerre... c'est cela ce que ça me donne ”).

La fille vient faire irruption sans possibilité de reprise et elle semble figurer un échec du travail de liaison alors que, chez Louis, la guerre est prise dans un contexte particulier, et inscrite dans un réseau de sens.

## 7.2. Discussion

Il est intéressant de mettre en perspective la lecture de protocoles du TAT d'enfants instables avec le travail de collage effectué avec ces mêmes enfants. Nous proposons de mettre l'accent sur quatre points particuliers :

- le mode d'appréhension du support ;
- le mode d'investissement de l'imaginaire ;
- la motricité mise à l'épreuve ;
- le mode de relation à l'autre, à l'objet.

Rappelons que les enfants instables ont participé à des groupes de collage qui ont duré en moyenne 1 mois, selon une méthodologie dont nous avons explicité l'intérêt par ailleurs avec cette population d'enfants.

Le point commun entre la médiation du collage d'une part, et le TAT d'autre part réside dans le fait que ces deux médiations sollicitent l'imaginaire du sujet. Ce sont des objets potentiels, en attente d'être imaginés.

Selon Didier Anzieu, les épreuves projectives viennent solliciter des conduites perceptives et projectives. La projection est “ un comportement imageant qui met en cause la relation du sujet avec le monde ” .

Cette mise en perspective de la projection et de la perception se fait à partir du modèle du rêve. En effet, dans le rêve, il s'effectue une régression de la libido au stade de la satisfaction hallucinatoire du désir. L'hallucination peut se définir comme la capacité de l'enfant à maîtriser l'absence par une mise en images.

De même, le travail de collage peut être comparé au travail du rêve. Dans le collage, une régression s'effectue : le feuilletage des images incite le sujet à penser en images. Intervient ensuite un travail de transformation, de traitement de l'image, des perceptions externes, par le biais de la main qui déchire, découpe.

Nous postulons que ce mouvement passe par un travail de projection qui fait appel à une réalité tant interne qu'externe. De plus, les épreuves projectives et le travail de collage confronteraient le sujet à des expériences qui s'inscrivent dans le registre des expériences de séparation (découpage déchirement dans le collage) et à des expériences qui interrogent la dialectique pulsionnelle (contact avec les images).

## Bibliographie

1. Fournier P. (1997), *Le syndrome hyperkinétique chez l'enfant : approche descriptive et explicative*. Thèse de Doctorat en médecine Lyon 1.
2. Berger M. (1999), *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Dunod.
3. Rausch de Traubenberg N. (1990), *Santé mentale, pathologie mentale : des différents niveaux de prédiction à partir des techniques projectives, psychologie médicale*. Dunod.
4. Anzieu D, Chabert C. (1961), Les méthodes projectives, PUF.
5. Boekholt M. (1987), Niveau des conflits et dépression. Leur expression à la planche 12 BG du TAT chez l'adolescent et l'adulte, *Psychologie française*. Tome 32. N° 3. 169-174.

## المشكلات الأسرية للأبناء المراهقين و الحاجة إلى الإرشاد

بداوي مسعودة  
URNOP- Université d'Alger 2

### مقدمة

للمراقة في عالم اليوم مكانة بارزة ، و أهمية متميزة لدى مختلف بلدان العالم، وهذا إيمانا بأهمية هذه المرحلة في حياة الفرد، و أثرها البالغ في بناء شخصيته و تكوينها، و بيان حالها في المستقبل و تشكيل أبعاد نموه الجسمية و الحركية و العقلية و الإنفعالية و النفسية، وفي تحديد معلم سلوكه الاجتماعي.

وقد أصبح الاهتمام بالمراقة في الوقت الحاضر أحد أهم المعايير التي يقياس بها تقدم المجتمع و تطوره و تحضره، إذ أن الاهتمام بالمراقة ورعايتها و حمايتها في أي أمة، هو في الواقع الاهتمام بمستقبل هذه الأمة و إرثها. ذلك أن الاعتناء بها ليس حديثا، بل يعود إلى سنوات ماضية ، فمنذ بدء الحياة على الأرض، إهتم الآباء والأمهات، كما اهتمت المجتمعات بتربيه أبنائها ورعايتهم، و حمايتهم للعيش بسلام مع أفراد مجتمعهم، و عليه فالطفل ينمو ويرتقي إلى أن يصل مراقا، ذا شخصية اجتماعية سوية، بقدر ما يتواجد من عوامل التربية و مقوماتها في الوسط الإنساني الاجتماعي الذي يعيش فيه.

إن البيئة الاجتماعية المحيطة بالمراقا، تؤدي دورا هاما و فاعلا في إعداده للحياة الاجتماعية الفاعلة، عن طريق تزويده بقيم المجتمع و إتجاهاته، فضلا عن المعارف و المهارات الالزمة من أجل استمراره، و توافقه بصورة إيجابية في الحياة الاجتماعية . و الأسرة هي الوسيط الذي إصطلاح عليه المجتمع، لتحقيق دوافعه الطبيعية، و الاجتماعية و هي المدرسة الأولى التي تقوم بتنشئته، و تربيته، و تطبيعه الاجتماعي، و المكون الأساسي لشخصيته من الجوانب كافة، و أول أفراد الأسرة و أولاهم بذلك، إنما هما الزوجان، إذ هما الأصل الذي تصدر عنه علاقات المراقا، و تنطلق منه خطاه في المجتمع، و إليهما يعود حسن توافقه أو عدمه مع المحيط الذي يعيش فيه، إذ يتعلم المراقا أنماط السلوك التي يتبعها في حياته، و يمتلك الوسائل التي تساعده في تحقيق توافقه داخل الأسرة و خارجها (محمد زيد حдан، 1990).

كما تقوم الأسرة بعملية التنشئة الاجتماعية للطفل، الذي يصبح مراقا من خلال الضبط و الثواب و العقاب. حيث تترسخ و تتكون لديه مستقبلا، نظرته نحو نفسه و الآخرين و إتجاهاته بفضل علاقته بوالديه ورعايتهم له، و بقدر ما تتضمن هذه العلاقة من دفء و تقبل و إشباع أو نبذ و تفريغ. تكون إستجابات الفرد نحو الآخرين، و مواجهة المشكلات و الصعوبات التي تعترض طريقه، و تعيق توافقه.(علي عبد الواحد وافي، 1995، ص: 91) ذلك أن الأساليب الأسرية في معاملة الأبناء تؤدي دورا حاسما في تنشئة الطفل، المراقا مستقبلا، و بالتالي تؤثر على قدراته في التكيف مع واقع المجتمع الواسع، و يتبيّن ذلك من خلال درجة التوافق أو عدم التوافق مع البيئة التي يعيش فيها كفرد.

### الإشكالية

إن حياة المراقا مرتبطة بأولى علاقاته و معاملته لوالديه، إذ تؤثر بشكل كبير و بدرجة عالية في تحديد إنجعلاته، إن إعطاءه جوا من الإطمئنان يؤدي به إلى تنشئة سليمة. أما تربيته على المخاوف و القلق، فيؤدي به إلى عدم القدرة على مواجهة مصاعب الحياة، و بالتالي يبقى مراقا مضطربا، وسط أسرته و مع رفاقه و جماعة الأقران و هذه التربية القائمة على الخوف و عدم الإطمئنان، تتبع الأبناء في مختلف مراحل حياتهم اللاحقة.(موسن و آخرون (Mussen et al., 1993

هذا وقد قام "Miller" (1976) في أعماله، بتوضيح أن الوالدين يتroxofan أكثر بمجرد بلوغ المراقا سن 17 سنة، و هذا لشعورهما بأنهما مطالبان أكثر بمراقبة العلاقات الجنسية لأبنائهم و ميلهم إلى تعاطي المخدرات و خطورة إنحرافهم عن أسلوب حياتهم داخل الأسرة (جوديث ستيفنس لونغ و كومونس، 1992

(Judith Stevens, Long, Commons, 2000) فملاحظة تغيرات مزاجهم و إنفعالاتهم نحو الآخرين، تؤدي إلى تمحور أنظارهم نحوهم و تكثُر التساؤلات و الإستفسارات حول كل ما يمكن أن يحدث لهم خارج المنزل، كعلاقتهم مع الأصدقاء، الصديقات و الرفاق، و هذا ينبع فيهم (والدين) شعورا بالخوف نحو ما يمكن أن يحدث لأنائهم، بمجرد خروجهم من المنزل، فيواجهون في بعض الأحيان معارضتهم من حيث مطالبهم بالإنسانية إلى القيم و العادات التي نشأوا عليها، فنجد هم يتذلّلون في شؤون حياتهم الخاصة داخل الأسرة و خارجها، في اختيار أصدقائهم و كيفية قضاء وقت فراغهم، تقليدهم للموضة، عدم التأثر عن البيت مدة طويلة، خوفا عليهم من الإنحراف. غير أن مثل هذه المعاملات، قد تسبّب القلق لدى المراهقين و تجعلهم يتمسكون بأرائهم، حتى ولو أدى الأمر إلى عصيان أحد الوالدين (رمضان محمد القذافي، 2000).

و مما يزيد الأمر صعوبة، هو عدم فهم كثير من الآباء و الأمهات لاحتاجات أنائهم المراهقين و قيامهم بالأدوار الصحيحة كما يجب أن تكون، و عدم تقديم الإرشاد السليم و المناسب. فمنهم من الآباء و الأمهات، من يرون في أسلوب التشدد و عمليات الضبط و التحكم، الأسلوب الأمثل للتوجيه السليم و يعرضون حينها المراهق إلى أنواع من الإضطرابات السلوكية، يصعب عليه إلى حد كبير أن يصل إلى مرحلة النضج و لا يتعلم تدبير أموره بنفسه، و لا يمكنه أن يصل إلى الإستقلال في بسر و سهولة (أحمد عبد العزيز سلامة، بدون تاريخ، ص : 58). فهم بين أمرين، إما أن يتوجهوا "مشكلات المراهقة" لسبب نقص المعلومات و إفتقاد الخبرة، و إما أن يتعاملوا معها بكل مالديهم من قصور و عدم معرفة، و كلا الطريقتين تؤدي بالمرأهق إلى صعوبة التكيف و تخلق لديه مشكلات يعيشها يوميا مع أسرته (رمضان محمد القذافي، 2000).

## الفرضيات

- توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى التعليمي للأمهات و المشكلات الأسرية التي تتعرض لها بناتهن المراهقات .
- توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى التعليمي للأباء و المشكلات الأسرية التي يتعرض لها أنباوهن المراهقون .

## تحديد المفاهيم

### تحديد مفهوم المشكلة

هناك تعاريف متعددة للمشكلة من بينها ما يلي :

حسب وورن (Warren) : " هي صياغة موقف تكون فيه بعض العناصر، أو الظروف، أو العوامل المعينة معروفة، و تكون المعطيات آنذاك هي محاولة إكتشاف العناصر غير المعروفة، أو تلك الظروف المجهولة...." (Lalande, 1937، أما لاند (Lalande) : " فيرى بأنها مسألة مطروحة للحل بها صعوبة (Lalande, 1960)

في حين يرى بدوي : " بأنها ظاهرة تتكون من عدة أحداث، أو وقائع متشابكة و ممتزجة بعضها بالبعض الآخر لفترة من الوقت، و يكتنفها الغموض و اللبس، تواجه الفرد أو الجماعة، و يصعب حلها قبل معرفة أسبابها، و الظروف المحيطة بها و تحليله للوصول إلى إتخاذ قرار بشأنها " ( بدوي، أحمد زكي، 1978).

فقد ورد في قاموس لاروسse (Larousse) " بأنها سؤال يجب حلّه بطرق علمية، و هي كل ما هو صعب شرحه أو حلّه، يعتبر مشكل حقيقي بينما يعرّفها علماء الاجتماع و علماء التربية و علم النفس بأنها عبارة عن "عقبة أو عائق تحول بين الأفراد و بين إرضاء حاجاتهم " (عبد العلي الجسماني، 1994). كما أنها تختلف عن بعضها من حيث الشدة ، فهناك مشكلات بسيطة يسهل حلها أو مواجهتها، و مشكلات صعبة أو حادة، أو شديدة الأثر. و تعرف شدة المشكلة بما تتركه لدى المراهقين من إضطراب وظيفي في النواحي الجسمية، و العقلية و الاجتماعية و النفسية. كما يعرف البعض شدة المشكلة بمدى تكرارها أو توادرها، كما تختلف

ال المشكلات عن بعضها من حيث نوع المشكلة. فهناك مشكلات مالية، و مشكلات نفسية، و مشكلات عاطفية و مشكلات أسرية ... و هذه المشكلات تختلف بدورها من مراهق لأخر ومن جنس لأخر.

### المشكلات الأسرية

يقصد بها معاناة الفرد من عدم الشعور بالدفء الوالدي، و عدم الإنتماء العائلي، و التفضيل بين الأخوة و الأخوات و التحكم الوالدي الصارم في المتصروف اليومي، و ممارسة الهوايات، و اختيار الأصدقاء، و إتخاذ القرارات و عدم التشجيع و القسوة الوالدية.

### التعريف الإجرائي للمشكلات الأسرية

هي كل العقبات أو العوائق التي تصادف الأبناء المراهقين في حياتهم اليومية و ضمن علاقاتهم بأبائهم و أمهاتهم، و تأتي هذه المشكلات كنتيجة لأساليب المعاملة الخاطئة . و هذه المشكلات الأسرية يمكن تحديدها وفقا لقائمتي من المشكلات لكل من الباحثين "منيرة حلمي (1965).

### عينة الدراسة

تكونت العينة من 240 تلميذاً و تلميذة، ثم قسمنا العينة إلى فئتين، فئة الذكور (120) و فئة الإناث (120) ، ثم طبقنا عليهم اختباراً (المشكلات الأسرية التي يتعرض لها الأبناء المراهقين و المراهقات).

### الأدوات المستعملة لجمع البيانات

من أجل تحقيق أهداف البحث والإجابة عن التساؤلات التي طرحتها، اعتمدت الباحثة على أداة في جمع البيانات و تتمثل في :

مقياس (اختبار) خاص بمشكلات الأبناء المراهقين (ذكور، إناث) (أنظر الملحق)

### المعالجة الإحصائية

إن الهدف من استخدام التقنيات الإحصائية هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعد على التحليل و التفسير و الحكم.

و التقنيات التي استعملت في الدراسة كالتالي :

- النسب المئوية : هي تحويل التكرارات المحصل عليها إلى نسب مئوية ، و التي نحسبها بالقانون التالي :

$$ن م = \frac{\text{مج ت}}{100}$$

حيث يرمز مج ت إلى مجموع التكرارات.  
و ن يرمز إلى عدد أفراد العينة

### اختبار كاي مربع ( $\chi^2$ )

يعتبر اختبار ( $\chi^2$ ) من أهم اختبارات الدلالة الإحصائية الlaparametric و أكثرها شيوعاً نظراً سهولة إجرائه و فوائد़ه في تقدير الفروق بين العينات، أو في مدى تطابقها، و يستخدم في البيانات التي تكون على المقياس "المستوى الأسمى" و التي تكون على شكل تكرارات .

و يسمح هذا الإختبار بحساب الفرق بين التكرار الواقعي و التكرار المتوقع، إذ أنه كلما زاد الفرق بينهما، زادت لذلك دلالة الفرق بين التكرارين، يستخدم في علاج فرضيات البحث (الخمسة) لغرض قياس دلالة تأثير أساليب المعاملة الوالدية على الأبناء المراهقين

### عرض و تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

**التساؤل :** هل توجد فروق بين المستوى التعليمي للأمهات و المشكلات الأسرية التي تتعرض لها بناتهن المراهقات ؟

و للتحقق من صحة الفرضية، تم تطبيق اختبار المشكلات التي تتعرض لها التلميذات (الإناث) المراهقات، وأسفرت النتائج عن ما يلي :

**جدول رقم (1) : يوضح الفروق في مشكلات البيت و الأسرة بين التلميذات اللواتي ينتمين إلى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى و العالي**

مستوى الدلالة	ك <sup>2</sup>	ذوات المستوى العالى		إناث/أمهات ذوات المستوى الأدنى		المجموعات الفقرات
		%	ت	%	ت	
0.05	12.34	%40	16	%100	40	1- لا يسمح لي بالخروج مع أصدقائي (صديقاتي)
0.05	5.52	%32.5	13	%90	40	2- أخاف مصارحة أسرتي بالأشياء التي تخمني
0.05	5.91	%52.5	21	%100	40	3-أشعر بالألم لأن أمي لا تفهمني
0.05	13.4	%37.5	15	%77.5	31	4-أشكوا قسوة أخي الأكبر مني
0.05	3.54	%17	15	%85	34	5-أتأسف لأن أسرتي لا ترحب بأصدقائي (صديقاتي)
0.05	25.8	%70	28	%92.5	37	6-يزعجي لوم أسرتي عند تأخرني عن العودة إلى البيت
0.05	6.26	%35	14	%82.5	33	7- يؤلمني تقييد حرري في البيت
0.05	33	%65	26	%100	40	8- يضايقني أن عقلية أمي قديمة
0.05	5.16	%32.5	13	%67.5	27	9-أشكوا قلة الراحة في البيت
0.05	45.9	%60	24	%100	40	10- تؤلمني معاملة أمي لي بقسوة
0.05	45.9	%42.5	17	%82.5	33	11- يؤسفني أن أمي تعاملني وكأنني طفلة
0.05	37	%72.5	29	%90	36	12- تسمح لي بعمل أشياء قالت لي عنها أنها خاطئة
0.05	10.3	%35	14	%72.5	29	13- لا يسمح لي اختيار ملابسي بنفسي
0.05	10.32	%45	18	%67.5	27	14- تنتقدني أمي
0.05	13.12	%70	28	%80	32	15- أمي تفضل أخي علي
0.05	17	%22.5	9	%90	36	16- ليس لي غرفة خاصة بي
0.05	18.2	%60	24	%80	32	17- أريد حرية أكثر في البيت

0.05	52.4	%95	38	%100	40	18- تعارض آرائي مع آراء أمي
0.05	29	%85	34	%100	40	19- أريد حبا و عطفا
0.05	38.4	%45	18	%95	38	20- لا أجد من أفضي إليه بمتاعبي
0.05	35.6	%47.5	19	%80	35	21- سريعاً ما تنسى أمي أوامرها التي تصدرها إلي
0.05	12.7	%45	18	%67.5	27	22- أحمل ذكريات طفولة غير سعيدة
0.05	32.5	%82.5	28	%95	38	23- مشاحنات عائلية
0.05	23.8	%50	20	%95	38	24- لا أستطيع مناقشة مشاكل معينة في البيت
0.05	27.4	%72.5	29	%95	38	25- أداء الواجبات المنزلية في أوقات فراغي
0.05	20.16	%70	28	%100	40	26- الحيرة في التفضيل بين الولد والبنت
0.05	24	%62.5	25	%85	34	27- أمنى أحياناً لو لم أخلق
0.05	21.3	%32.5	13	%67.5	27	28- لا تسمح لي أسرتي بتربية هواية عندي
0.05	24	%70	28	%95	38	29- لا تسمح لي أسرتي بالإجتماع بالجنس الآخر
0.05	15.2	%45	18	%82.5	33	30- متآلمة لأن أمي لا تثق بي

جدول رقم (2): يوضح الفروق في مشكلات البيت والأسرة بين التلميذات اللواتي ينتمين إلى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط والعالي

مستوى الدلالة	ك <sup>2</sup>	إناث/أمهات ذوات المستوى العالى		إناث/أمهات ذوات المستوى المتوسط		المجموعات الفقرات
		%	ت	%	ت	
0.05	8.36	%40	16	%80	32	1- لا يسمح لي بالخروج مع أصدقائي (صديقاني)
0.05	6.72	%32.5	13	%87.5	35	2- أخاف مصارحة أسرتي بالأشياء التي تخمني
0.05	26.6	%75	21	%90	36	3-أشعر بالألم لأن أمي لا تفهمني
0.05	10.78	%37.5	15	%72.5	29	4-أشكو قسوة أخي الأكبر مني
0.05	8.2	%37.5	15	%55	22	5-أتأسف لأن أسرتي لا ترحب بأصدقائي (صديقاني)
0.05	19.44	%70	28	%87.5	35	6-يزعجي لوم أسرتي عند تأخرني عن العودة إلى البيت
0.05	6.96	%35	14	%72.5	29	7- يؤلمني تقييد حرري في البيت
0.05	29	%65	26	%95	38	8- يضايقني أن عقلية أمي قديمة
0.05	11.2	%32.5	13	%94.5	38	9-أشكو قلة الراحة في البيت
0.05	35.06	%60	24	%97.5	39	10- تؤلمني معاملة أمي لي بقسوة

0.05	22.4	%42.5	17	%65	26	11- يؤسفني أن أمي تعاملني و كأنني طفلة
0.05	38.34	%72.5	29	%77.5	31	12- تسمح لي بعمل أشياء قالت لي عنها أنها خاطئة
0.05	10.4	%35	14	%60	24	13- لا يسمح لي اختيار ملابسي بنفسى
0.05	18.4	%45	18	%100	40	14- تنتقدني أمي
0.05	15	%70	28	%80	32	15- أمي تفضل أخي علي
0.05	8.78	%22.5	9	%95	38	16- ليس لي غرفة خاصة بي
0.05	19.72	%60	24	%70	28	17- أريد حرية أكثر في البيت
0.05	46.18	%95	38	%100	40	18- تعارض آرائي مع آراء أمي
0.05	25.52	%85	34	%97.5	39	19- أريد حبا و عطفا
0.05	30.5	%45	18	%100	40	20- لا أجد من أفضى إليه بمعندي
0.05	23.14	%47.5	19	%97.5	39	21- سريعاً ما تنسى أمي أوامرها التي تصدرها إلى
0.05	5	%45	18	%67.5	27	22- أحمل ذكريات لطفولة غير سعيدة
0.05	22.58	%82.5	28	%90	36	23- مشاحنات عائلية
0.05	29.7	%50	20	%100	40	24- لا أستطيع مناقشة مشاكل معينة في البيت
0.05	24.24	%72.5	29	%92.5	37	25- أداء الواجبات المنزلية في أوقات فراغي
0.05	9.08	%70	28	%95	38	26- الحيرة في التفضيل بين الولد و البنت
0.05	5.9	%62.5	25	%100	40	27- أتمنى أحياناً لو لم أخلق
0.05	6.4	%32.5	13	%67.5	27	28- لا تسمح لي أسرتي بتربية هواية عندي
0.05	29.76	%70	28	%95	38	29- لا تسمح لي أسرتي بالإجتماع بالجنس الآخر
0.05	5.9	%45	18	%77.5	31	30- متالمة لأن أمي لا تثق بي

## ثانياً : عرض و تحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

التساؤل : هل توجد فروق بين المستوى التعليمي للأباء و المشكلات الأسرية التي يتعرض لها أبناؤهم المراهقين ؟

و للتحقق من صحة الفرضية، تم تطبيق اختبار المشكلات التي يتعرض لها التلاميذ (الذكور) و أسفرت النتائج عن ما يلي :

**جدول رقم (3): يوضح الفروق في مشكلات البيت و الأسرة بين التلاميذ الذين ينتمون إلى الآباء ذوي المستوى التعليمي الأدنى و العالى**

مستوى الدلالة	كما <sup>2</sup>	ذكور/الآباء ذوي المستوى العالى		ذكور/الآباء ذوي المستوى الأدنى		المجموعات	الفقرات
		%	ت	%	ت		
0.05	7.12	%32.5	13	%30	12	1- لا يسمح لي بالخروج مع أصدقائي (صديقاتي)	
0.05	4.4	%17.5	7	%80	32	2- أخاف مصارحة أسرتي بالأشياء التي تخصني	
0.05	6.4	%40	16	%82.5	33	3-أشعر بالألم لأن أبي لا يفهمنى	
0.05	13.76	%65	26	%87.5	35	4-يزعجني لوم أسرتي عند تأثيري عن العودة إلى البيت	
0.05	16.4	%67.5	27	%87.5	35	5-يضايقني أن عقلية أبي قديمة	
0.05	9.78	%10	4	%47.5	19	6-أشكر قلة الراحة في البيت	
0.05	13.8	%67.5	27	%77.5	31	7-تولمني معاملة أبي لي بقسوة	
0.05	15.4	%65	26	%67.5	27	8-كثيراً ما يغير القواعد التي علياً أن أتبعها	
0.05	13.4	%45	18	%37.5	15	9-يؤسفني أن أبي يعاملني وكأنني طفل	
0.05	16.4	%75	28	%70	30	10-ينتقدني أبي	
0.05	10.4	%15	6	%92.5	37	11-ليس لي غرفة خاصة بي	
0.05	11.42	%37.5	15	%60	24	12-أريد حرية أكثر في البيت	
0.05	4	%20	8	%20	8	13-متالم لأن أبي لا يثق بي	
0.05	26.8	%92.5	37	%100	40	14-تتعارض آرائي مع آراء أبي	
0.05	15.34	%42.5	17	%65	26	15-أريد حباً و عطفاً	
0.05	12.22	%32.5	13	%87.5	35	16- لا أجد من أفضي إليه بمتاعبي	
0.05	7.2	%32.5	13	%25	10	17- أحمل ذكريات لطفولة غير سعيدة	
0.05	20.6	%57.5	23	%95	36	18- مشاحنات عائلية	
0.05	15	%37.5	15	%92.5	37	19- لا أستطيع مناقشة مشاكل معينة في البيت	
0.05	15.16	%60	24	%79.5	32	20-الحيرة في التفضيل بين الولد و البنت	
0.05	4.8	%25	10	%37.5	15	21-أتنمى أحياناً لو لم أخلق	
0.05	14.8	%40	16	%75	30	22- لا تسمح لي أسرتي بالإجتماع بالجنس الآخر	

جدول رقم (4) : يوضح الفروق في مشكلات البيت و الأسرة بين التلاميذ الذين ينتمون إلى الآباء ذوي المستوى التعليمي المتوسط و العالى

مستوى الدلالة	كما <sup>2</sup>	ذكور/الآباء ذو المستوى العالى		ذكور/الآباء ذو التعليم المتوسط		المجموعات
		%	ت	%	ت	
0.05	4.6	%32.5	13	%25	10	الفقرات
0.05	4.06	%17.5	7	%72.5	29	1- لا يسمح لي بالخروج مع أصدقائي
0.05	8.8	%40	16	%75	30	2- أخاف مصارحة أسرتي بالأشياء التي تخصني
0.05	13	%65	26	%72.5	29	3-أشعر بالألم لأن أبي لا يفهمني
0.05	16.4	%67.5	27	%87.5	35	4-يزعجي لوم أسرتي عند تأخري عن العودة إلى البيت
0.05	4.8	%10	4	%52.5	21	5- يضايقني أن عقلية أبي قديمة
0.05	15	%67.5	27	%67.5	27	6-أشكو قلة الراحة في البيت
0.05	15.2	%65	26	%55	22	7- تؤلمني معاملة أبي لي بقسوة
0.05	8.6	%45	18	%37.5	15	8- كثيراً ما يغير القواعد التي علياً أن أتبعها
0.05	21.2	%75	28	%72.5	29	9- يؤسفني أن أبي يعاملني وكأنني طفل
0.05	11	%15	6	%95	38	10- ينتقدني أبي
0.05	6.16	%37.5	15	%55	22	11- ليس لي غرفة خاصة بي
0.05	5.5	%20	8	%10	4	12- أريد حرية أكثر في البيت
0.05	31.8	%92.5	37	%95	38	13- متالم لأن أبي لا يثق بي
0.05	5.48	%42.5	17	%77.5	31	14- تعارض آرائي مع آراء أبي
0.05	11.5	%32.5	13	%67.5	37	15- أريد حباً و عطفاً
0.05	4.12	%32.5	13	%42.5	17	16- لا أجد من أفضي إليه بمتاعبي
0.05	12.6	%57.5	23	%77.5	31	17- أحمل ذكريات طفولة غير سعيدة
0.05	18.8	%37.5	15	%90	36	18- مشاحنات عائلية
0.05	6.56	%60	24	%75	30	19- لا أستطيع مناقشة مشاكل معينة في البيت
0.05	3.6	%25	10	%20	8	20- الحيرة في التفضيل بين الولد والبنت
0.05	18.5	%40	16	%77.5	31	21- أتمنى أحياناً لو لم أخلق
						22- لا تسمح لي أسرتي بالإجتماع بالجنس الآخر

نستنتج من خلال تحليلنا لنتائج الإختبار الخاص بمشكلات الأبناء المراهقين على أنه "توجد فروق في المستوى التعليمي للأمهات و المشكلات الأسرية التي تتعرض لها بناتهن المراهقات" حيث اتضح من خلال نتائج الجدول (1) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي تتعرض لها البنات اللواتي ينتمين إلى ذوات الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى والعلوي عند مستوى (0.05) مما يدل أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالى.

و كشف التحليل الإحصائي في الجدول (2) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي تتعرض لها البنات اللواتي ينتمين إلى ذوات الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط و العالى عند مستوى (0.05) مما يدل عن أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالى.

كما تبين من خلال مناقشة نتائج الجدول (3) على أنه "توجد فروق في المستوى التعليمي للأباء و المشكلات التي يتعرض لها أبناءهم المراهقين". فقد كشفت نتائج المعالجة الإحصائية في الجدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يتعرض لها الأبناء الذين ينتمون إلى آباء ذوي المستوى التعليمي الأدنى و العالى عند مستوى (0.05) مما يدل عن أن الآباء ذوي المستوى التعليمي الأدنى أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من أبناء الآباء ذوي المستوى التعليمي العالى.

و اتضح من خلال نتائج الجدول (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يتعرض لها الأبناء الذين ينتمون إلى آباء ذوي المستوى التعليمي المتوسط و العالى عند مستوى (0.05) مما يدل عن أن الآباء ذوي المستوى التعليمي المتوسط أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من أبناء الآباء ذوي المستوى التعليمي العالى.

كما تبين من نتائج الجدول (1، 2، 3، 4) على أنه حتى الأسلوب الديمقراطي عند الآباء و الأمهات ذروا المستوى التعليمي العالى، لا يخلو من المشكلات الأسرية، لكنها أقل حدة من تلك المشكلات التي يتعرض لها الأبناء المراهقون المنتسبون إلى آباء و أمهات ذوي مستوى تعليمي متوسط و أدنى.

## خاتمة

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي تتعرض لها البنات اللواتي ينتمين إلى ذوات الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى و العالى عند مستوى 0,05 مما يدل على أن بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالى.

كما كشفت نتائج الدراسة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات الأسرية التي تتعرض لها البنات اللواتي ينتمين إلى ذوات الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط و العالى عند مستوى 0,05 مما يدل أن بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من بنات الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالى.

هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يتعرض لها الأبناء الذين ينتمون إلى آباء ذوي المستوى التعليمي الأدنى و العالى عند مستوى 0,05 مما يدل على أن أبناء الآباء ذوي المستوى التعليمي الأدنى أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من أبناء الآباء ذوي المستوى التعليمي العالى.

كما إتضح من نتائج البحث، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يتعرض لها الأبناء الذين ينتمون إلى آباء ذوي المستوى التعليمي المتوسط و العالى عند مستوى 0,05 مما يدل على أن الآباء ذوي المستوى التعليمي المتوسط أكثر معاناة من المشكلات الأسرية من أبناء الآباء ذوي المستوى التعليمي العالى.

مما يؤكد أن المشكلات الأسرية التي يتعرض لها الأبناء المراهقون (ذكور، إناث) هي نتيجة سوء العلاقة الزوجية للأبوبين و أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة، و تتفق هذه النتائج مع ما إنتهت إليه بعض نتائج دراسات بيترسون وزيل (1986) و إميرى (1982) في أن إنعدام التوافق في العلاقة الزوجية بين الأبوبين،

يؤثر في العلاقة بين الآباء والأبناء، و يؤدي إلى نشوء العديد من المشكلات السلوكية لدى الأبناء، وهذا ما دعم الفرضية الرابعة والخامسة.

و عليه و رغم النتائج المهمة التي توصل إليها البحث، فإنها تظل نتائج جزئية، تحتاج إلى مزيد من البحث للتحقق من صحة بعض النتائج ، و لاختبار فرضيات أخرى ، فليس هناك من بحث واحد يمكنه التعرف على كل أساليب المعاملة الوالدية و مشكلات الأبناء المراهقين ، إذ أن الصورة الشاملة و الكاملة لدراسة الأسرة تتطلب مجهودات و إمكانيات كبيرة ومع ذلك فإن نتائج البحث الحالي، تفتح آفاقاً جديدة لبحوث قادمة تلقي الضوء على دراسة معمقة وواسعة لمشكلات الأبناء المراهقين و توسيعية مختلفة المسؤولين التربويين، و النفسيين، و علماء الاجتماع بمخاطرها، لأن الحديث عنها يوحى بالتشديد على ضرورة إصلاح واقع الأسرة النفسي و التربوي و الاجتماعي. فالأسرة هي الموقع الأول الذي تبدأ فيه شخصية الأبناء بالتلور من حيث إتجاهاتهم وميولهم الفكرية و عقائدهم و أذواقهم التي تحدد سلوكهم الاجتماعي العام (قيس النوري، 1981).

و على ضوء ما تقدم نأمل أن تكون هذه الدراسة قد أسهمت ولو بقسط بسيط في إلقاء الضوء على الطرق و الأساليب التربوية المعمول بها في الأسرة الجزائرية و الوقوف على الأساليب الخاطئة كأسلوب القسوة و التسلط و أسلوب التذبذب و أسلوب الترققة و التي يترتب عليها آثار سلبية في بناء شخصية المراهق، منها الخوف و ضعف الشخصية.

كما أن الإستعانة بمثل هذه الأساليب، قد يعرض الأبناء المراهقين إلى الشعور بفقدان الثقة بالنفس و العجز و القصور عند مواجهة المواقف أيا كانت درجة صعوبتها (فهمي، مصطفى).

و أخيراً يمكننا القول بأن نتائج الدراسة الحالية ، تؤكد ضرورة إعادة النظر الجادة في الطرق و الأساليب التربوية، الممارسة فعلياً في الأسرة الجزائرية، حتى تسمح للممارسين التربويين و العياديين و الإجتماعيين بتوفير جهودهم في بحث مختلف التفاعلات (interactions) داخل الأسرة، ضمن علاقة الزوجين بعضهما البعض، و علاقتهم بأبنائهم المراهقين، للحد من بعض الممارسات التربوية الخاطئة، و إستبدالها بالأساليب و الطرق السليمة التي من شأنها تحقيق مناخ أسري سعيد و هادئ مليء بالحب و التفاهم و الإتصال العاطفي مما يجعل الأبناء المراهقين أكثر استعداداً للتواافق النفسي الاجتماعي.

## الاقتراحات

في ضوء ما كشفت عنه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن تقديم الإقتراحات التالية.

نظراً لأهمية الأسرة في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي للأبناء فإنه على الآباء والأمهات أن يقدموا نماذج سوية في المعاملة بينهما حتى يقتدي بها أبناؤهم في حياتهم الزوجية مستقبلاً.

إتباع أساليب سوية مع أبنائهم تشعرهم بالحب والتقبل مما يؤدي إلى تكوين شخصيات سوية وناضجة تحمل عبء الحياة الزوجية مستقبلاً، و الإبتعاد عن الأساليب الغير سوية التي تؤدي إلى الإضطراب مما ينعكس سلباً على الحياة الزوجية مستقبلاً.

يجب أن يخضع الزواج الذي يسبق قيام الأسرة للبحث العلمي أو التوجيه المخطط لمعالجة الأزمات و التعقيدات التي يواجهها الأزواج و التي تهدد أدوارهم التربوية و الاجتماعية.

مقابلة الزوجين عن طريق العلاج النفسي الأسري ومحاولة الحد من الخلافات الزوجية المزمنة و الحادة و المستمرة التي تؤدي إلى إعاقة تعلم الطفل لدوره الجنسي.

نجاح الحياة الزوجية للأسرة، يكون بالإعتماد على مهارة الزوجين في حل صراعاتهما.

يجب أن يتყق الزوجان على : تجنب المشكلات التافهة المتفرعة من المشكلة الرئيسية، كما يتعلمان تجنب تبادل الإتهامات أو الإهانات أثناء المناقشة أو تحمّل كل طرف للطرف الآخر سبب المشاكل.

تدريب الأزواج على حل معظم مشاكلهم بأنفسهم بالإعتماد على المنطق و الموضوعية، و دون إشراك أحد

الأقارب في ذلك.

القوامة في يد الرجل، لا يعني السلطة على المرأة بل يعني ضرورة التعاون و التشاور بين الزوجين في كل أمر من أمور الأسرة ومن ضرورة إحسان الزوج لزوجته و حسن معاشرتها و معاملتها إمثلاً لقوله جل شأنه : " و أمرهم شوري بينهم".

كما يستلزم على الأسرة أن تدرك إدراكاً واعياً، أن للمرأة خصائص و حاجات يجب فهمها و تلبيتها. لأن جانباً من مشكلات الأبناء المراهقين، يوحي بالتسديد على ضرورة إصلاح واقع الأسرة النفسي و التربوي و الاجتماعي، فالأسرة هي الموقع الأول الذي تبدأ فيه شخصية الأبناء بالتلور من " حيث إتجاهاتهم و ميلولهم الفكرية و عقائدهم و آذواقهم التي تحدد سلوكهم الاجتماعي العام.

إن الحديث عن الأسرة، هو الحديث عن الآباء و الأساليب التي يميلان إليها في تنشئة الأبناء، فإذا كان نمط هذه الأساليب يميل إلى خلق نموذج لشخصية تعاني من مشكلات سلوكية معينة، فإن على علماء الأنثروبولوجيا و الاجتماع و التربية و علم النفس تشخيص تلك المشكلات و تصميم الأساليب العلمية و العملية لمعالجتها.

يجب أن تتركز الأساليب في تربية الأنثى ليس على الضبط القهري القيمي، بل يتعدى ذلك إلى إستثمار مبدأ المكافأة لغرس الميل الإيجابية في شخصية الفتاة.

لقد تركت ظاهرة الفصل بين الجنسين في مراحل الطفولة و المراهقة أثارها السلبية في مواقف الفتيات بالنسبة لعملية التفاعل الجاري بين الذكر و الأنثى و عليه " وجوب التركيز على النتائج الفكرية و العاطفية والعملية التي تسببها الإتجاهات التقليدية غير الموضوعية التي تولد لها المعايير المتحيزة ضد الأنثى. الإستعانة بالبحوث العلمية الميدانية و التجريبية لإعادة تنظيم علاقات الأفراد من الأجيال المتعاقبة ذات الإتجاهات الفكرية و النفسية المختلفة، و أن التناقض بين نظرية الأبناء و الوالدين، يمكن عن طريق البحث العلمية الميدانية أن يحول إلى اختلاف ينطوي على عنصر التكامل البناء، إذ ما صور على أنه يعني أن الأدوار التي يؤديها طرف، يعتمد عليها نجاح الأدوار التي يؤديها الطرف الآخر.

تووية الآباء و الأمهات بمخاطر القسوة و إستعمال الأساليب الديكتاتورية المتسلطة على الأبناء المراهقين أن يكونوا واقعيين فيما يتوقعونه من أبنائهم المراهقين، حيث لا يتوقعون منهم أكثر مما تسمح به طاقتهم و إمكاناتهم البدنية و العقلية.

أن يهئا لأبنائهم المثل الطيب و القدوة الصالحة في كل ما يدعونه إليهم من خير، و أن يهئا لهم الجو المنزلي الصالح، الغني بمثيراته الثقافية و المملوء بالعواطف الإنسانية النبيلة، و الخالي بقدر الإمكان من التوترات، و الصراعات و الخلافات العائلية، ومن التناقض في سياسة تربية أبنائهم.

أن يعبروا لأبنائهم المراهقين عن مدى ثقتهم بهم عن طريق مشاركتهم في المواضيع الأسرية و إتخاذ آراءهم بكل إهتمام.

أن يساعدوا أبنائهم من كشف و تفريح و تنمية إستعداداتهم و مواهبهم و قدراتهم العقلية، و إكتساب المعارف و المهارات و الإتجاهات العقلية السليمة التي يحتاجونها في مواجهة مشكلاتهم.

أن يتركوا لأبنائهم التصرف ضمن حدود معقولة و أن يتوصلا إلى قرارات خاصة بهم، نابعة من تفكيرهم. أن يشجعوا أبنائهم على التحدث معهم، و إشعارهم بالحرية في إشراكهم فيما يقفهم بتواجدهما و الإستماع إليهم عندما يشعرون بالرغبة في التحدث.

أن يكون الأب صاحب القرار، قادرًا على إتخاذه، و مشاركة أسرته في صناعته و تنفيذه، أي أن يكون مؤثراً، فعال الدور و الشخصية في إدارة شؤون الأسرة و توجيه حياتها و مستقبلها.

أن يتوارد الأب مع أبنائه، و يعايشهم لحظة بلحظة و يتبع أخبارهم، و طموحاتهم الفردية، و يستجيب لها كلما لزم أن يقضي أكثر ما يستطيع من وقته معهم.

## المراجع

1. أبو جادو صالح محمد علي (1998)، *سيكولوجية التنشئة الاجتماعية*، دار المسيرة للنشر و الطباعة، عمان.

- .2 أبو ناهية صلاح الدين (1987)، المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء، دار النهضة العربية ، القاهرة.
- .3 إسماعيل محمد عماد الدين (1982) : النمو في مرحلة المراهقة، دار القلم بالكويت، ط 1.
- .4 إسماعيل محمد عماد الدين (1984) : الاتجاهات الوالدية في تنشئة الطفل - كيف نربى أطفالنا - دار النهضة العربية، القاهرة، طبعة ثانية.

# **الذاكرة النشطة و تأثيرها على عملية القراءة لدى الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب اللغة الخاص**

عنو عزيزة  
جامعة الجزائر 2

## **1. مقدمة**

يولد الطفل بمجموعة من القدرات و الوظائف المستعدة للعمل عند الحاجة و الضرورة، و لابد لهذه القدرات أن تنمو و تتطور و هذا ما يحدث خلال السنوات الأولى من حياته، فيقوم فيها بـاستيعاب تعلمات جديدة و مهارات تقوم بصفق مواهبه و تطوير عقله لكي يجعل منه فرداً داخل مجتمع مؤثراً و متأثراً به. كما تبدأ أول الإكتسابات مع بداية ظهور أول القدرات و الوظائف الهامة، منها اللغة و هي أهم وسيلة التواصل الطفل بعالمه الخارجي، و الإتصال يسمح بتطوير اللغة و معه تتطور إكتسابات الطفل و تنوع و يتعلم بذلك أكثر، و تبقى هذه الحلة تدور على هذا النحو ليتمكن من خلالها الطفل التعلم و التطور نحو الأحسن.

و في بعض الأحيان لا تظهر اللغة في وقتها المحدد و يطول ظهورها بسبب علة أو خلل قد يصيب الدماغي مرحلة ما من تطور الجنين أو بتعقدات خلال الولادة، و هذا ما يحد من قدرات الطفل و يجعل إكتساباته ضئيلة، و من بين الإختلالات التي قد تعرقل نمو الطفل خاصة من الجانب اللغوي يوجد إضطراب اللغة الخاص و التي عرفها الباحثان والش و بون (Walch et Bon 2009) بأنها إضطراب حاد و دائم لتطور إنتاجات و فهم اللغة و الكلام دون وجود أي إصابة عصبية مكتسبة أثناء الطفولة مثل صمم أو إصابة خلقية في أعضاء النطق، أو إنعدام تحفيز لغوي، أو إعاقة ذهنية أو إضطراب اجتياحي للتطور (التوحد) (Walch et Bon, 2009).

و عليه فإن إضطراب اللغة الخاص هو إضطراب دائم و مميز لبنية اللغة الشفهية لدى طفل ذو ذكاء عادي و يحمل سمع جيد و لديه الرغبة في التواصل، كما لا يحمل الطفل أي إضطراب عصبي معيق لإتصاله مع الغير (Grégoire et Piérart, 2004)، فإضطراب اللغة الخاص له خاصية تجعل إكتسابات الطفل غير مفهومة و مبهمة بالنسبة له، مما لا يسمح بتخزينها في دماغه و تعلمها بصفة جيدة، و هذا ما يؤدي حتماً إلى عدم إستعمالها.

هناك إحصائيات تظهر نسبة الإصابة بهذا الإضطراب حسب تومبلين (Tomblin 1957) لدى الأفراد بـ 0.5% و تزيد النسبة إلى 0.21% في عائلة ذات سوابق مرضية لأحد أفرادها من الدرجة الأولى و 2.8% لمن يكون الشخصان من نفس الجنس و بنسبة 33% للتوائم من خلتين مختلفتين و 71% للتوائم من خلية واحدة (Monfort et Sanchez, 2001).

كما يبدو أن الإصابة تمثل الذكور أكثر من الإناث بمعدل ثالث أولاد مصابين مقابل بنتواحدة (Poncette, 2009)، و تعد نسبة الإصابة بهذا الإضطراب طفل من بين 1000 (Dalla-Piazza, 2001). أما التصنيف العالمي لتشخيص و إحصاء الإضطرابات العقلية في طبعته الرابعة المراجعة (DSM-IV-R) فتقدير نسبة ظهور هذا الإضطراب بـ 5% لدى الأطفال في سن ما قبل الدراسة و 3% من الأطفال في السن الدراسي.

أما فيما يخص الإحصائيات في البيئة الجزائرية فلم نتمكن من الوصول إليها و لا نعلم إن وجدت إحصائيات خاصة بإضطراب اللغة الخاص، غير أن جمعية مستقبل الديسفريا لولاية الجزائر (ADWA) أشارت في أحد المقالات الصحفية في جريدة النصر ليوم 10 أكتوبر 2011 إلى أن الإضطراب اللغة الخاص يصيب 1% من الأطفال.

كما تجدر الإشارة إلى أنه يظهر على الطفل المصاب بإضطراب اللغة الخاص إضطرابات من الناحية النفسية-العصبية منها إصابات عامة تخص الخريطة العادية لعدم التناظر بين نصفي الكرة الدماغية خاصة عند الفصوص الجدارية-الخلفية و الجدارية-الصدغية. وحسب الباحثين يرجع هذا الخلل إلى مراحل تطور

الجنبين، حيث أن بعض الخلايا العصبية لا تنتقل نحو نصف الكرة الدماغية، و هذا ما يحدث إعادة تنظيم في هيمنة نصف الكرة الدماغية مع تطور زائد للنصف الكروي الأيمن.

ولقد ذكرت دراسة كل من جونسون و آخرون (1981) Cohen et al. و كوان و آخرون (1991) Johnson et al. أن هذا الإختلال الذي يمس نصف الكرة الدماغية يظهر لدى معظم الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص من خلال عدم القدرة على تحليل المنبهات المتسلسلة المقدمة بصفة سريعة، و هذا يتزامن مع الهيمنة الأولية للطفل، فلدى هذه الشريحة يتطور النصف الكروي الأيسر بصفة بطيئة، و هذا ما يفتح المجال لحدوث إضطرابات خلال التوزيع العصبيوني، و يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً حسب بعض الدراسات Manfort et Sanchez, 2001).

و إنطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أن اللغة ملكة هامة في حياة الفرد فهي سبيله للإتصال مع الآخرين، و من الضروري أن تنمو الملكة بصفة سليمة، فإذا حدث أي خلل أثناء المرحلة الجنينية للطفل أو في طفولته المبكرة، فمن المحتمل أن يتعرقل هذا النمو، و يظهر على شكل تأخر لغوي لا يعني و لا يؤخذ بعين الإعتبار، كون معظم الأطفال يستطيعون تجاوز هذا التأخير البسيط و يواصلون نموهم بصفة عادلة، و تبقى فئة قليلة من الأطفال غير قادرين على الرقي بلغتهم حتى سن متاخرة لأنهم مصابون بإضطراب اللغة الخاص.

كما تعتبر الذاكرة العاملة هامة في حياة الطفل حيث تأخذ حصة هامة من تعلماته الجديدة و القيام بنشاطات مختلفة، و لقد وصفها الباحث بادلي (1974) Baddeley على أنها نظام للإحتفاظ المؤقت و معالجة المعلومة الازمة لتحقيق العمليات المعرفية المعقدة (Baddeley et Wilson, 2002).

أما بالنسبة لإعتبار الذاكرة أهم الوظائف المعرفية المرتبطة باللغة، و التي بدونها لا نستطيع القيام بأبسط الأفعال كالكتابة و الأكل، و التي تتطلب تدخل عدة ميكانيزمات معرفية معقدة، و التي قام بتعريفها الباحثان أتكينسون و شيفرين Atkinson et Schiffren على أنها الخزان الذي يقوم بحفظ المعلومة الجديدة و إستيعابها (Matlin, 2001).

و لقد أشارت الدراسات السابقة لبادلي و إيتش Baddeley et Hitch أن الذاكرة النشطة تقوم بعمليات معرفية معقدة كالقراءة و حل المشكلات (Gil, 2003)، فتعتبر وظيفتها هامة، و في هذا الصدد توصلت نتائج دراسة الباحثة بن صافية عن الذاكرة النشطة لدى المصابين بعسر القراءة، و هذا اعتماداً على النمو النظري للذاكرة العاملة لبادلي Baddeley على أن الأطفال المصابين بعسر القراءة لديهم مشاكل على مستوى الذاكرة من خلال نقص في وحدة الإحتفاظ و مشاكل في تخزين المعلومات و معالجة غير كافية للمعلومات مما يؤثر على سير عملية الإسترجاع.

كما بينت دراسة الباحثين جاثركول و بادلي (1990) Gathercole et Baddeley و التي تكلمت عن مجموعة من الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص حيث إستتاجا وجود إضطراب هام في الذاكرة النشطة، و بال خاصة في أحد مكوناتها المتمثل في الحلقة الفونولوجية (Gillet et al. 2000).

ولقد أكدت نتائج دراسة بن سالم على وجود إضطرابات خاصة بالحلقة الفونولوجية كالقلب و الإبدال للحروف و الإخفاق في التحويل، حيث كلما انخفضت النتائج الذاكرة النشطة إنخفضت في اختبار القراءة، و هذا ما يؤكد أن هناك تأثير واضح للذاكرة النشطة على عملية القراءة.

وإنطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أن الذاكرة العاملة تتدخل خلال أداء النشاطات المعرفية المعقدة، حيث تقوم بعدة نشاطات تساهم في إجراء بعض المهام المعرفية الهامة، و لمعرفة درجة العلاقة الواحدة بالأخرى تجد عملية القراءة و التي عرفها مازو Mazeau على أنها إستخراج المعنى من المتابعة التسلسلية للعلامات المكتوبة التي تنتهي إلى رمز تعسفي مشترك بين المجتمع الدولي بأسره (Mazeau, 2005). كما تجدر الإشارة إلى أنه من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة كدراسة بيشون وأدامس Bishop et (1990)

Adams اللذان يستنتاجا أن حوالي 75% من الأطفال في سن خمس سنوات يظهر لديهم إضطرابات اللغة الشفهية، وفي سن الثامنة والنصف يظهر لديهم إضطرابات في القراءة و الكتابة تعود إلى أسباب مختلفة . ولقد كشفت دراسة الباحثة بوخرارز آسيا عن وجود فروق في أداء المفكرة البصرية-الفضائية لدى تلاميذ ذوي صعوبات تعلم القراءة مقارنة بنظرائهم العاديين، و ذلك من خلال إجراء مقارنة بين مجموعتي البحث على مستوى الذاكرة النشطة بنظاميها المفكرة البصرية-الفضائية و الحلقـة الفـونـولـوجـيـة، فـتـأـكـدـ وـجـودـ فـرـوـقـ دـالـةـ إحـصـائـيـاـ بـيـنـ تـلـامـيـذـ ذـوـيـ صـعـوبـاتـ تـلـمـعـ القرـاءـةـ وـ أـقـرـانـهـمـ ذـوـيـ القرـاءـةـ السـلـيمـةـ لـصالـحـ التـلـامـيـذـ العـادـيـينـ (بوخرارز ، 2010).

و عليه نهدف من خلال هذه الدراسة إلى محاولة دراسة حالة الذاكرة النشطة و تقديرها و ملاحظة علاقتها بعملية القراءة لدى الطفل المسعف المصايب بإضطراب اللغة الخاص، بالإضافة إلى محاولة إستخلاص جميع الإضطرابات الخاصة بالذاكرة العاملة و تأثيرها على عملية القراءة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص.

و تقديم أداة إكلينيكية مكيفة يمكن للمختصين في ميدان علم النفس العصبي إستعمالها لتقديم الذاكرة النشطة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص. بناءً على ما تم عرضه يمكن طرح التساؤل العلمي التالي :

هل يؤثر إضطراب الذاكرة النشطة على عملية القراءة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص؟

### الفرضيات

- \* يوجد إضطراب في الذاكرة النشطة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص.
- \* قد تكون كل مكونات الذاكرة النشطة مضطربة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص.
- \* يوجد إضطراب في عملية القراءة نتيجة إضطراب الذاكرة النشطة لدى الأطفال المسعفين المصايبين بإضطراب اللغة الخاص.

### 2. إجراءات الدراسة

#### العينة

تكونت عينة البحث من 4 أطفال مسعفين مصايبين بإضطراب اللغة الخاص مختارين بصفة عشوائية منتمين إلى مستويات إقتصادية اجتماعية متوسطة، تتراوح أعمارهم ما بين 9-12 سنة، ذوي مستويات تعليمية مختلفة يتدرسون بمركز التكيف المدرسي على رمي المتخصص بين عكرون الجزائر العاصمة.

**جدول (1) : خصائص أفراد العينة**

المستوى التعليمي	نوع الإضطراب	مستوى النضج QI	المتغيرات الحالات	
			الحالة (1X)	الحالة (2X)
السنة أولى إبتدائي	إضطراب فونولوجي تركيبي	78	(1X)	الحالة (1X)
السنة الثانية إبتدائي	إضطراب الإنتاج الفونولوجي	80	(2X)	الحالة (2X)
السنة الثالثة إبتدائي	العرض الدلالي البراغماتي	72	(3X)	الحالة (3X)
السنة الثالثة إبتدائي	إضطراب إستقبالي	75	(4X)	الحالة (4X)

## منهج البحث

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي الذي يعتمد على الملاحظة بصفة أولية، حيث إستخدمنا دراسة الحالة التي تعد إحدى طرق البحث العيادي التي تستخدم الوصف والتحليل للحصول على معلومات شاملة عن الحالة بمختلف العوامل المؤثرة فيها، و تتبع تغير و تطور الحالة، إذ تعتبر دراسة الحالة كوسيلة هامة لجمع و تلخيص أكبر عدد ممكн من المعلومات عن الحالة و موضوع الدراسة. و هي تعرف بالإطار الذي ينظم و ينتقى الأخصائى العيادي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها عن الفرد بواسطة : الملاحظة، المقابلة، السيرة الشخصية، التاريخ الإجتماعي، الإختبارات السيكولوجية، و الفحوص الطبية.

## أدوات البحث

### إختبار رسم الرجل

أعد هذا الإختبار الباحثة، فلورانس كوداينف Florenc Goodenough وهو يتضمن من ورقة بيضاء و قلم رصاص، حيث يطلب من الطفل « أرسم رجل » يطبق على الأطفال الذين أعمارهم ما بين 3-13 سنة، حيث يمكنه هدف إختبار رسم الرجل في الوصول إلى إكتشاف الذكاء العام QI (بن سالم، 2009). يتم تصحيح إختبار رسم الرجل عن طريق حساب العمر العقلي على العمر الزمني مضروب في 100 فتحصل على الذكاء العام، و ذلك بعد تحويل النقاط المتحصل عليها لدى المفحوص إلى عمر عقلي.

$$\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

### سلم إضطراب اللغة الخاص لجرار Gérard

هو عبارة عن سلم تم إنشائه من طرف الباحثان جيرار و دوكاس Gérard et Dugas في قسم علم النفس المرضى للأطفال و المراهقين بمستشفى روبر دوبري Robert et Debré بباريس سنة 1988، و هو يسمح بإثبات تطور الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص من خلال تضمنه لعدة تسوالات يتم الإجابة عنها من طرف الوالدين، و قد تم إختيار هذه الأسئلة بطريقة تسمح بقياس السلوكيات اللسانية غير السوية الأكثر ملاحظة لدى الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص (Gérard, 1994).

كما أن سلم إضطراب اللغة الخاص عبارة عن مجموعة من الأسئلة يتم الإجابة عنها من طرف الوالدين لكي نتعرف على المستوى اللغوي للطفل، و كيفية تواصله مع الآخرين، و هل يحمل الطفل تأخراً في المجال اللغوي مقارنة بالأطفال الآخرين، و يسمح هذا السلم بالتعرف على القيمة الكمية عن رأي الأفراد المحظيين بالطفل و أولياءه حول مختلف الصعوبات التي يواجهها الطفل المصاب بإضطراب اللغة الخاص، و هذا من خلال إستعمال سلم إضطراب اللغة الخاص (Gérard, 1999).

كما يوضع السلم في يد أحد الوالدين أو أفراد عائلة الطفل و يطلب منه الإجابة عن كل الأسئلة المقترحة في السلم بوضع علامة الخانة المناسبة لما يراه الفرد كإجابة عن التساؤل، و هذا حسب التنقيط الموضوع أمام كل سؤال من 0 إلى 3 نقاط و يناسب هذا التنقيط الملاحظات التالية في السلم: أبداً أو مطلقاً (0)، قليلاً أو أحياناً (1)، كثيراً أو غالباً (2)، دائماً (3).

## **بطارية القياس النفس- لساني L2MA للباحثة شري مولار كلود و آخرون Cherie-Muller Claude et al.**

تعرف على أنها بطارية مصممة لقياس النفس-لساني لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 8 سنوات و نصف و 11 سنة و نصف، حيث تقوم بقياس اللغة الشفهية و المكتوبة و الذاكرة و الإنتماء، و الكشف عن إضطرابات التعلم المدرسية (Chevrie-Muller et al., 1997)، كما تعتبر البطارية أداة تستعمل في الميدان الأرطوفوني و التي تسمح بإستكشاف وصفي و تفسيري، كما تمدنا بالمعلومات حول إضطراب التعلم و درجة حذته، كما يمح التحليل الكامل بتحديد نوع إعادة التربية المناسبة (Ibid, 1997).

كما قمنا بتحقيق صدق البطارية من خلال الصدق التكويني حيث بلغت معاملات الإرتباط ما بين 0.55 إلى 0.72 دالة إحصائية عند مستوى 0.01. أما بالنسبة لثبات البطارية فقد تم تطبيقها على عينة مكونة من 100 طفل مصاب بإضطراب اللغة الخاص و ذلك بعد إعادة تطبيقها خلال فترة 15 يوماً، حيث بلغ معامل الثبات 0.81 دال إحصائيًا عند مستوى 0.01.

### **3. عرض النتائج و تفسيرها**

#### **عرض الحالات و تقويمها العام**

#### **الحالة (1X)**

الحالة تبلغ من العمر 9 سنوات مصابة بإضطراب اللغة الخاص من نوع فونولوجي تركيبي، و هي متدرسة بمركز التكيف المدرسي علي رملي في المستوى الإبتدائي و تحديد في السنة الأولى لا يشير ملفها إلى وجود إضطرابات في الطفولة المبكرة النمو النفسي الحركي عادي و النمو اللغوي متاخر نوعاً ما، كما لا يحمل الملف أية معلومات أخرى حول الحالة.

#### **نتائج اختبار رسم الرجل**

تحصلت الحالة على نقطة 51/16، و هذا ما يعطي لها، عمر عقلي يساوي 7 سنوات، و أثناء حساب حاصل الذكاء كانت النتيجة 78 QI، و تدخل ضمن التصنيف المناسب للمنطقة الهامشية للنطق بمعنى بطيء في التفكير.

#### **نتائج سلم إضطراب اللغة الخاص**

أسفرت نتائج سلم إضطراب اللغة الخاص بغالبية الأجوبة المقدرة بـ19 للإجابة قليلاً و أحياناً، تليها 12 إصابة لأبداً، و 11 جواب بكثيراً أو غالباً، مما يدل على أن الحالة لديها مشاكل لغوية خاصة في الجانب التعبيري و الفهم يعتبر عادياً.

#### **نتائج بطارية القياس النفس- لساني L2MA**

#### **\* اختبار الذاكرة**

بند الإسترجاع: كانت نتائج الحالة في إسترجاع الكلمات بـ3/6 فقد تذكرت الحالة كلمات «سفارة و حداء و هاتف»، أما بند إسترجاع الكلمات بمساعدة بصرية: كانت النتيجة 6/5 أي تذكرت الحالة كل الكلمات الصحيحة ما عدا كلمة «فستان» بالنسبة لبند الإسترجاع بعد مدة من الزمن : فالنتيجة هي 6/5 فقد تذكرت

الحالة كل الكلمات ما عدا كلمة واحد هي «فستان». أما بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب طبيعي: فالنتيجة هي 0/5 لم تستطع الحالة تذكر ولا سلسلة واحدة من الأرقام في الترتيب الصحيح. بالنسبة لذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب عكسي: كانت النتيجة 5/2 حيث تمكنت الحالة من تذكر سلسلتين صحيحتين من أصل خمسة. أما الإختبار الحركي-البصري: حصلت الحالة على نتيجة 21/60 ولم تستطع الحالة رسم الأشكال بصفة صحيحة.

#### \* اختبار القراءة

#### \* بند قراءة الكلمات الخالية من المعنى

تحصلت الحالة على نتيجة 13/20 حيث قامت الحالة بقراءة 13 كلمة بصفة صحيحة و7 كلمات بصفة خاطئة وهي عظارات- يستطيع- جر تقالة - ظيوانات - عوiber-ريشما-راسيوم.

#### \* بند قراءة الكلمات المتداولة

تحصلت الحالة على نتيجة 8/10 حيث قرأت الحالة 8 كلمات بصفة صحيحة و كلمتان فقط بصفة خاطئة و هما برتقالة و حيوانات.

#### بند قراءة الكلمات غير المتداولة

تحصلت الحالة على نتيجة 5/10 حيث قرأت الحالة 5 كلمات صحيحة و5 كلمات خاطئة و هي جهاز-ميكانيكي- جاموس-مهندس- بلاستيك .

#### التقويم العام للحالة (IX)

تحصلت الحالة الأولى على متوسط يبلغ 8.66 في اختبار القراءة، و تعتبر هذه النتيجة متوسطة مقارنة بالنتيجة الكلية لعينة الدراسة من الأطفال و الذين بلغت نتيجة المتوسط الحسابي لديهم 12.29، أما فيما يخص البندود الخاصة بالذاكرة النشطة، فنلاحظ أن الحالة تحصلت على نتيجة 4.33 و هذا في البند الذي يقيس الحلقه الفونولوجية و تعتبر هذه النتيجة حسنة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة و التي بلغت 4.88. أما فيما يخص البند الذي يقوم بقياس النظام المركزي أي المكون الرئيسي للذاكرة النشطة فالنتيجة كانت 1، و هذه النتيجة متوسطة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة و التي بلغت 2.08. أما البند الأخير و الذي يقيس السجل البصري-الفضائي للذاكرة النشطة بلغ 21 و تعتبر هذه النتيجة متوسطة مقارنة بالنتيجة الكلية المتحصل عليها في العينة، و التي بلغت 39.94. و كانت نتائج الحالة متوسطة مما يدل على وجود إضطرابات قليلة في الذاكرة النشطة و عملية القراءة.

#### الحالة (2X)

الحالة (2X) تبلغ من العمر 10 سنوات مصاب بإضطراب اللغة الخاص من نوع إضطراب الإنتاج الفونولوجي، و هو متدرس بمدرسة ADWA المتخصصة بالأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص، دخل المفحوص المدرسة سنة 2009 و كان عمره 7 سنوات.

## نتائج اختبار رسم الرجل

تحصلت الحالة على نقطة 21/5 و هذا ما يعكس العمر العقلي المساوي 8 سنوات، و أثناء حساب الذكاء العام بلغ IQ80 ما يناسب التصنيف بطيء التفكير نادراً مشابه للخلف العقلي.

### نتائج بطارية مقياس النفس-لساني L2MA

#### \* اختبار الذاكرة

**بند الإسترجاع:** كانت نتائج الحالة في إسترجاع الكلمات 4/6 فقد تذكرت الحالة كلمات «صفارة-دراجة-فستان-تفاح»، بند إسترجاع الكلمات بمساعدة بصرية: كانت النتيجة 4/6 أي تذكرت الحالة كل الكلمات الصحيحة ما عدا كلمتين هما هاتف و حذاء، بند الإسترجاع بعد مدة من الزمن: فالنتيجة هي 4/6 فقد تذكرت الحالة كل الكلمات ما عدا كلمتين هما هاتف و حذاء، أما بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب طبيعي: فالنتيجة هي 0/5 لم تستطع الحالة تذكر و لا سلسلة واحدة من الأرقام في الترتيب الصحيح. كذلك بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب عكسي: كانت النتيجة 0/5 فلم تتمكن الحالة من تذكر أية سلسلة صحيحة في الترتيب العكسي، أما الاختبار الحركي-البصري: حصلت الحالة على نتيجة 9/60 و لم تستطع رسم الأشكال بصفة صحيحة و كان أداؤها جد سيء.

#### اختبار القراءة

##### \* بند قراءة الكلمات الحالية من المعنى

تحصلت الحالة على نتيجة 20/2 حيث قامت الحالة بقراءة كلمتين صحيحتين من أصل 20 كلمة و باقي الكلمات كانت كلها خاطئة و محاولات الحالة كانت غالباً خاطئة.

##### \* بند قراءة الكلمات المتداولة

تحصلت الحالة على نتيجة 10/4 حيث قرأت 4 كلمات بصفة صحيحة و بقيت 6 كلمات قرأت كلها بصفة خاطئة.

##### \* بند قراءة الكلمات غير المتداولة

تحصلت الحالة على نتيجة 10/3 حيث قرأت الحالة 3 كلمات صحيحة و بقيت 7 كلمات تم قرائتها بصفة خاطئة و متقطعة مع بعض التردد في قرائتها.

#### التقويم العام للحالة (2X)

تحصلت الحالة الثانية على متوسط يبلغ 3 في اختبار القراءة، و تعتبر هذه النتيجة ضعيفة مقارنة بالنتيجة الكلية لعينة الدراسة من الأطفال العاديين، و الذين بلغت نتيجة المتوسط الحسابي لديهم 12.29، أما فيما يخص البنود الخاصة بالذاكرة النشطة، فنلاحظ أن الحالة تحصلت على نتيجة 4، و هذا في البند الذي يقيس الحالة الفونولوجية و تعتبر هذه النتيجة حسنة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة، و التي تقدر 4.88. أما فيما يخص البند الذي يقوم بقياس النظام المركزي أي المكون الرئيسي للذاكرة النشطة، فالنتيجة كانت 0 و هذه النتيجة ضعيفة جداً مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة التي تقدر بـ 2.08. أما البند الأخير و الذي يقيس السجل البصري-الفضائي للذاكرة النشطة بلغت 9 و تعتبر هذه النتيجة ضعيفة مقارنة بالنتيجة الكلية

المتحصل عليها في العينة و التي بلغت 39.94. وقد تبين أن نتائج الحالة في غالبيتها ضعيفة أي أن الحالة تعاني مشاكل في الذاكرة النشطة و عملية القراءة.

### الحالة (3X)

المفحوص يبلغ من العمر 11 سنوات مصاب بإضطراب اللغة الخاص من نوع إضطراب الإنتاج الفونولوجي، و هو متدرس بمدرسة التكيف المدرسي علي رملي المتخصص، و دخل المدرسة سنة 2009 و كان عمره 8 سنوات.

### نتائج اختبار رسم الرجل

تحصلت الحالة على نقطة 51/23 و هذا ما يناسب عمر عقلي يساوي 8 سنوات، و بلغ حاصل الذكاء العام QI 72، حيث تتنمي الحالة إلى المنطقة الهاشمية للنطق يتضمن أحياناً حالات بطئ-عادي و حالات التخلف العقلي.

### نتائج بطارية النفس-لسانی L2MA

#### \* اختبار الذاكرة

**بند الإسترجاع:** كانت نتائج الحالة في إسترجاع الكلمات 4/6 فقد تذكرت الكلمات «صفارة-تفاحة-دراجة-هاتف»، بند إسترجاع الكلمات بمساعدة بصرية: كانت النتيجة 5/6 أي تذكرت الحالة كل الكلمات الصحيحة ما عدا كلمة «حذاء». أما بند الإسترجاع بعد مدة من الزمن : فالنتيجة هي 5/6 فقد تذكرت الحالة كل الكلمات ما عدا كلمة واحدة هي «حذاء». بالنسبة لبند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب طبيعي: فالنتيجة هي 1/5 إستطاعت الحالة تذكر سلسلة أرقام واحدة في الترتيب الصحيح، أما البقية فكانت مختلطة بشكل كبير أو تم نسيانها. أما بند ذاكرة تسلسل الأرقام وكانت مختلطة بشكل كبير أو تم نسيانها. أما بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب عكسي: كانت النتيجة 1/5 حيث تمكنت الحالة من تذكر سلسلة أرقام واحدة في الترتيب الصحيح، أما البقية وكانت مختلطة بشكل كبير أو تم نسيانها. أما بالنسبة للإختبار الحركي-البصري: حصلت الحالة على نتيجة 12/60 و لم تستطع الحالة رسم الأشكال بصفة صحيحة و أدءها حد سيء للرسوم فهي أحياناً لا تتناسب الشكل المطلوب.

#### إختبار القراءة

\* **بند قراءة الكلمات الخالية من المعنى :** تحصلت الحالة على نتيجة 3/20 حيث قامت الحالة بقراءة 3 كلمات بصفة صحيحة و 17 كلمة قرأت كلها بصفة خاطئة و بطبيعة مع كثير من التردد.

\* **بند قراءة الكلمات المتدالوة:** تحصلت الحالة على نتيجة 4/10 حيث قرأت الحالة 4 كلمات بصفة صحيحة، و بقيت 6 كلمات لم يتم قرائتها بصفة صحيحة، و كانت غالباً لا علاقة لها بالكلمة المكتوبة.

\* **بند قراءة الكلمات غير المتدالوة:** تحصلت الحالة على نتيجة 0/10 و هي أدنى نتيجة تحصلت عليها الحالة التي لم تتمكن من قراءة كل الكلمات، و غالباً ما كانت الحالة تحاول قراءة تنبؤية الكلمات التي تشبهها حرفيأً.

### التقويم العام للحالة (3X)

تحصلت الحالة الثالثة على متوسط 2.33 في إختبار القراءة، و تعتبر هذه النتيجة ضعيفة مقارنة بالنتيجة الكلية لعينة الدراسة من الأطفال العاديين، و الذين بلغت نتيجة المتوسط الحسابي لديهم 12.29. أما فيما يخص

البنود الخاصة بالذاكرة النشطة، فنلاحظ أن الحالة تحصلت على نتيجة 4.66. و هذا في البند الخاص بالحلقة الفونولوجية و تعتبر هذه النتيجة حسنة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة التي بلغت 4.88. أما فيما يخص مقياس النظام المركزي أي المكون الرئيسي للذاكرة النشطة فالنتيجة كانت 1، و هذه النتيجة متوسطة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة و التي تقدر 2.08. أما البند الأخير و الذي يقيس السجل البصري-الفضائي للذاكرة العاملة فقدرها 12 و هي ضعيفة مقارنة بالنتيجة الكلية المتحصل عليها في العينة التي بلغت 39.94. و لقد إختلفت المعطيات بين النتيجة الضعيفة و الحسنة، و هذا ما بين وجود بعض الإضطرابات في عملية القراءة و في السجل البصري-الفضائي أما الحلقة-الفونولوجية و النظام المركزي فلم نلاحظ وجود إضطرابات كون النتيجة متوسطة و حسنة.

#### الحالة (4X)

تبلغ المفحوصة من العمر 12 سنة مصابة بإضطراب اللغة الخاص من نوع إضطراب الإنتاج الفونولوجي، و هي متدرسة بمركز التكيف المدرسي علي رملي في المستوى الإبتدائي، و تحديداً في السنة الأولى لا يشير ملفها إلى وجود إضطرابات في الطفولة المبكرة مع نمو نفسي-حركي عادي و نمو لغوي متاخر نوعاً ما، كما لا يحتوي الملف على أي معلومات أخرى.

#### نتائج اختبار رسم الرجل

تحصلت الحالة على نقطة 25/51، و هذا ما يشير إلى عمر عقلي يساوي 9 سنوات و حاصل ذكاء عام 7QI، و الإنتماء إلى التصنيف المناسب للمنطقة الهاشمية للنطق الذي يتضمن أحياناً حالات بطء-عادي و حالات التخلف العقلي.

#### نتائج بطارية مقياس النفس-لسانی L2MA

##### \* اختبار الذاكرة

**بند الإسترجاع:** كانت نتائج الحالة في إسترجاع الكلمات 3/6 فقد تذكرت الحالة كلمات «دراجة-تفاح-هاتف». أما بند إسترجاع الكلمات بمساعدة بصرية: كانت النتيجة 6/6 أي تذكرت الحالة كل الكلمات. و فيما يخص بند الإسترجاع بعد مدة من الزمن: فالنتيجة 5/6 فقد تذكرت الحالة كل الكلمات ما عدا كلمة واحدة «تفاح». أما بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب طبيعي: فالنتيجة هي 0/5 لم تستطع الحالة تذكر و لا سلسلة واحدة من الأرقام في الترتيب الصحيح. كذلك بند ذاكرة تسلسل الأرقام بترتيب عكسي: كانت النتيجة 0/5 حيث لم تتمكن الحالة من تذكر أي سلسلة أرقام صحيحة في الترتيب العكسي. أما الإختبار الحركي-البصري: حصلت الحالة على 60/63 و لم تستطع رسم الأشكال بصفة صحيحة، و كانت بعض الأشكال غير مناسبة مع الشكل الموجب رسمه.

#### اختبار القراءة

تحصلت الحالة على نتيجة 14/20 حيث قامت الحالة بقراءة 14 كلمة بصفة صحيحة و 6 كلمات بصفة خاطئة و هي ظيونات-عوبيـر-ميغراـس-نيـهام-راسـيوم-جيـكار.

## \* بند قراءة الكلمات المتدالوة

تحصلت الحالة على نتيجة 10/8 حيث قرأت الحالة كلمات بصفة صحيحة و كلمتان فقط بصفة خاطئة و هما برتقالية و حيوانات.

## \* بند قراءة الكلمات غير المتدالوة

تحصلت الحالة على نتيجة 10/6 حيث قرأت الحالة 6 كلمات صحيحة و 4 كلمات خاطئة و هي مرسول- ميكانيكي-جاموس-دусوقة.

## التقويم العام للحالة (4X)

تحصلت الحالة الرابعة على متوسط بلغ 9.33 في اختبار القراءة، و تعتبر هذه النتيجة متوسطة مقارنة بالنتيجة الكلية لعينة الدراسة من الأطفال العاديين، و الذين بلغت نتيجة المتوسط الحسابي لديهم 12.29. أما فيما يخص البنود الخاصة بالذاكرة النشطة، فنلاحظ أن الحالة تحصلت على 4.66، و هذا في البند الذي يقيس الحلقة الفونولوجية، و تعتبر هذه النتيجة حسنة مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة و التي بلغت 4.88. أما فيما يخص البند الذي يقوم بقياس النظام المركزي أي المكون الرئيسي للذاكرة النشطة فالنتيجة كانت 0 و هي ضعيفة جداً مقارنة بالنتيجة المتحصل عليها في العينة و التي قدرت بـ 2.08. أما البند الأخير و الذي يقيس السجل البصري-الفضائي للذاكرة النشطة بلغ 39.94. حيث اختلفت النتائج بين الحسنة و الضعف جداً، و هذا ما بين وجود بعض الإضطرابات في كل من النظام المركزي و اختبار القراءة، و تبقى النتيجة في بنود الحلقة الفونولوجية و السجل البصري-الفضائي متوسطة إلى حسنة.

## 4. مناقشة نتائج الدراسة

نستخلص من كل النتائج المذكورة سابقاً أن معظم الحالات تحصلت على متوسط اختبار القراءة يقدر بـ 6.23 و عند مقارنة هذه النتيجة، بالنتيجة المحصل عليها خلال تطبيق الإختبار على العينة السوية متوسطها 12.92 حيث تقدر نسبة إختبار القراءة لدى الحالات 48.33%. فنلاحظ أن النتيجة متوسطة أي أنها تظهر وجود إضطرابات متوسطة في عملية القراءة لدى معظم الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب اللغة، حيث أوضحت دراسة بيسبوب أن أغلبية الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص في سن ما قبل المدرسة نجد لديهم قدرات قرائية تحت المعدل العادي في سن 15 سنة، كما أظهرت دراسة ماك آرثر (Mc Arthur 2000) أنه من بين مجموعة 102 طفلاً مصاباً بإضطراب اللغة الخاص و 110 طفل مصاب بعسر القراءة et al., التطورى أكثر من 53% من الأطفال تبين لديهم في نفس الوقت إضطراب في تطور اللغة الخاص، و كذا عسر في القراءة التطوري و 55% من الأطفال المصابين بعسر القراءة التطوري لديهم إضطراب تعلم في اللغة الشفهية و 51% من الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص لديهم إضطراب في تعلم القراءة (Poncelet et al., 2009)، بحيث توصل الباحثان بيلار وجيلي (1986) إلى أن المشكل في حالة الإصابة بعسر القراءة يعود إلى إصابة على مستوى ميكانيزم التكرار اللفظي في الحلقة الفونولوجية (حرمي، 2007).

ولقد أسفرت الدراسة الحالية على أن هناك ضعف ملحوظ في الذاكرة النشطة لدى هذه الفئة من الأطفال مقارنة بالأطفال الأسوية، حيث تحصلت الحالات على متوسط 4.26 في بند الحلقة الفونولوجية و عند مقارنة هذه النتيجة بما تم الحصول عليه لدى العينة السوية قدر متوسطها 4.88 و هي نتيجة حسنة أي أنها تظهر وجود إضطرابات طفيفة في الحلقة الفونولوجية لدى الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب اللغة الخاص و قد بينت دراسة الباحث ماجوريس و آخرون (Majerus et al., 2008) حيث تم التطرق إلى تميز إضطراب الذاكرة النشطة لدى أطفال مصابين بإضطراب اللغة الخاص، فقدموا لمجموعة أطفال بين 7 و 10 سنوات

مهمة الإحتفاظ بترتيب تسلسلي (التعرف أو إعادة ترتيب الترتيب التسلسلي) و مهمة الإحتفاظ بالمعلومة(التذكر أو التعرف على الكلمات فردية بدون معنى) لكن النتائج لم تظهر إصابات خاصة للإحتفاظ بترتيب تسلسلي بل إصابات مستقلة على شكل إجابات أي وجود إصابات ملحوظة في مهمتي الإنتاج و عدم وجودها في مهمتي التعرف، رغم تساوي مستوى صعوبة المهام المختلفة و تكونت المجموعة الضابطة من أطفال ذوي نفس العمر الزمني العمر المعجمي). فأسفرت النتائج عن وجود صعوبات حادة لمهمة تكرار الكلمات ليست قصيرة المدى (Poncelet *et al.*, 2009).

و إنطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أنه على الرغم من مطالب التخزين اللفظي للمهام المعقدة، فإن سعة الذاكرة المستخدمة في الدراسة لا تستطيع توضيح ببساطة وجود عجز في الحلة الفونولوجية، و يظهر أنه بعدن 8 سنوات يستطيع الأطفال ذوي حلقة فونولوجية ضعيفة تخطي إضطراباتهم الفونولوجية الخاصة بالتعلم، وقد يرجع هذا إلى تكرار اللغة المعروضة و مساهمة لأنظمة المعرفة السليمة للتعلم (Gathercole,2004).

ولقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية أن أفراد العينة تحصلوا على متوسط 0.7 في البند الذي يقيس النظام المركزي للذاكرة النشطة، في حين قدر متوسط العينة السوية 2.08. مما يؤكد أن الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص يعانون من إضطرابات هامة في مكون النظام المركزي، حيث تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة الباحثان جاثركلو و أرشيبالد (Garthercole et Archibald (2003) وجود إضطرابات واضحة في كل من الحلقة الفونولوجية و النظام المركزي أكثر بحوالى 50 مرة، مما وجد لدى عامة الأطفال و هذا الجمع بين إضطرابات الحلقة الفونولوجية و النظام المركزي يتافق مع ملامح الذاكرة النشطة لدى مجموعة صغيرة من الأطفال ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة التي تملك لغة محدودة و تفترض هذه النتائج وجود اضطراب في وظيفة النظام المركزي لدى المصابين بإضطراب اللغة الخاص مع وجود ضعف إضافي في الحلقة الفونولوجية لدى الكثير من الحالات (Gathercole,2004).

كما تحصل أفراد العينة على متوسط 3.22 في بند السجل البصري-الفضائي مقارنة بمتوسط 3.94 لدى أفراد العينة الأسواء، حيث يمكن اعتبار النتيجة متوسطة لدى الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص، مما يبين وجود إضطرابات متوسطة في السجل البصري-الفضائي لدى هذه الفئة من الأطفال.

و هذا ما يتحقق مع دراسة الباحث ماتزلوز و آخرون (Metz-Lutz *et al.*, 2004) المتعلقة بدراسة صعوبات القراءة على أن أكبر عدد من الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب لديهم مشاكل في الأنشطة البصرية-الفضائية، حيث أكدت نتائج التحليل البصري حسب نموذج سيمور Seymour وجود ضعف ملحوظ في الذاكرة النشطة، و ذلك إثر إصابة المكون البصري-الفضائي، و عليه يحتاج هنا الطفل إلى وقت أطول لمعالجة المعلومات في السجل البصري(Metz-Lutz *et al.*, 2004).

ولقد بيّنت دراسة الباحث ماتزلوز و آخرون (Metz-Lutz et Al 2004) بـاستعمال بطارية اختبار الذاكرة النشطة للأطفال، و أجريت على 730 طفل منهم 98 طفل لديهم صعوبات في التعلم، و دلت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين لديهم صعوبات في الحركة الدقيقة و قدرات أدنى على مستوى السجل البصري-الفضائي بالمقارنة مع النظاريين الآخرين (النظام المركزي و الحلقة الفونولوجية) (Metz-Lutz,2004).

كما تشير نتائج الدراسة الحالية فيما يتعلق بإضطراب مكونات الذاكرة النشطة لدى الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص، حيث نجد إضطرابات قليلة في وظيفة الحلقة الفونولوجية، و هذا بالرجوع إلى النتائج المترابطة بين الأسواء و الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص. أما فيما يخص الإضطرابات الملحوظة في وظيفة النظام المركزي فهي كبيرة و هذا بالرجوع إلى الفارق الكبير بين النتيجة الخاصة بالأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص و الخاصة بالأطفال الأسواء.

أما وظيفة السجل البصري-الفضائي فهناك إضطرابات نوعاً ما متوسطة، و هذا عند ملاحظة الفارق بين نتيجة الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص مقارنة بالأطفال الأسواء.

أما فيما يخص معرفة علاقة الذاكرة النشطة بعملية القراءة في هذه الدراسة و معرفة تأثير الأولى على الثانية، فنلاحظ أن مجموع النتائج المتحصل عليها في نتائج الإختبار الذي يقيس القراءة لدى الأطفال

المسعفين المصابين بإضطراب اللغة الخاص بلغ متوسط 6.23 مقارنة بمتوسط 12.29 لدى الأطفال الأسيوبياء. أما فيما يخص نتائج اختبار الذاكرة النشطة لدى الأطفال المصابين بإضطراب اللغة الخاص بلغ متوسطها 9.08 مقارنة بمتوسط 15.63 للأطفال الأسيوبياء، مما يشير إلى وجود إنخفاض في مهارة القراءة وذاكرة النشطة لدى الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب اللغة الخاص.

أخيراً نأمل أن تفتح هذه الدراسة أفاقاً واسعة أمام الباحثين والأخصائيين لدراسة تأثير الذاكرة النشطة على مهارة القراءة لدى الأطفال المسعفين المصابين بإضطراب لغوية أخرى، و إيجاد التقنيات النفسية و العصبية التي تساهم في التكفل النفسي العصبي المبكر تقادياً لصعوبات التعلم.

#### المراجع

1. بن صافية أمال (2002)، الذاكرة العاملة لدى المصابين بعسر القراءة (تناول) نفس معرفي من خلال نموذج بادلي للذاكرة العاملة، ماجستير غير منشورة-جامعة الجزائر.
2. بن سالم سهيلة (2009)، تأثير الذاكرة العاملة على عملية القراءة عند الطفل المصاب بمتلازمة دوان، ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.
3. Badelley, P. et Wilson, R. (2002), *Traité de neuropsychologie de l'enfant*, Solal, Paris.
4. Dalla-Piazza, S. (2001), *Handicaps et déficiences de l'enfant*, De Boeck, Bruxelles.
5. Goode nough, F.,(1959), *Le test du dessin d'un bonhomme*, PUF.

## **L'acte culturel, vecteur essentiel dans l'apprentissage scolaire et la reconstruction du Self**

Bouchentouf Mehadjia  
URNOP - Université Alger 2

### **Introduction**

Avant d'aborder le sujet, permettez-moi de revenir sur le terme « échec » terme, qui me semble inapproprié, puisque l'enfant est en perpétuel apprentissage (scolaire), car, chez chaque enfant, existent des besoins spécifiques, auxquels l'institution scolaire doit s'adapter, assurant à l'enfant une efficacité adaptative. J'utiliserais donc, quant à moi, le terme « dysfonctionnement » ou « inadaptation », par rapport à un milieu autre.

Il n'est pas question, pour nous, de nous fourvoyer dans un débat ancien mais qui dure encore, sur les prédominances des processus mémoriaux, l'autonomie de la vie psychique, le dualisme corps/esprit, espace/temps ou encore le rapport des neurosciences aux sciences sociales.

Les lectures psychopédagogiques et neuropsychologiques nous apprennent que l'« échec scolaire », est souvent lié à une mauvaise estime de soi et à un désinvestissement du self, affaiblissant l'efficacité personnelle, en milieu scolaire.

Notre souci premier est de démontrer toute l'utilité pédagogique et thérapeutique de l'acte culturel, qui vient renforcer l'efficacité personnelle, dans un milieu extra-scolaire ; il devient, dès lors, un élément constructif du Self.

Nous restons persuadés, que les principaux centres d'intérêt, chez l'enfant, intérêts linguistiques, intérêts pratiques et intérêts affectifs et émotionnels restent l'acting et ses effets sur lui-même, ainsi que sur les autres. Il y a, dans cet acting, une particularité pour l'interaction.

Il s'agit donc, pour nous, très simplement, d'opérer un retour sur les activités culturelles, dites « pédagogies du détournement », offertes par des institutions, souvent, pour remédier à des insuffisances scolaires, chez l'enfant, tout en considérant l'acte culturel, comme un vecteur essentiel, dans l'accès à la connaissance et comme un acte réparateur.

Nous offrons donc, à l'enfant, les moyens nécessaires pour palier certaines difficultés. En effet, l'enfant peut construire sa perception de l'acte, dans une situation d'adaptation, avec, comme résultante, un compromis entre sa propre perception et les besoins du milieu scolaire.

Pour cela, nous proposons une approche en deux temps :

- Installer, dans une première phase, le cadre théorique, dans lequel nous inscrivons cette tentative d'évaluation des objectifs fixés, aux actions culturelles ; tout en évaluant celles produites, accueillies ou accompagnées par l'institution scolaire.
- Qualifier les objectifs de l'institution scolaire, en termes d'apport cognitif et de progression des connaissances. D'où l'importance de ce débat au sujet de l'« échec scolaire ».

Ainsi, notre orientation va se situer dans une approche et une mise en « place », de tout acte culturel, comme système d'orientation, par rapport à une situation d'inadaptation. Sans doute, chez un bon nombre d'enfants, l'adaptation scolaire se passe d'une manière progressive. Toutefois, pour ceux qui sont en difficulté scolaire, il est essentiel de tenir compte des diversités cognitives.

L'enfant, qui arrive à l'échec, est en « inadaptation », dès lors, qu'il n'est plus dans son milieu naturel (familial). Il change de milieu et parfois de langue.

Les progrès des neurosciences permettent, aujourd'hui, de réfuter, sans conteste, la séparation traditionnelle entre sciences de la nature et sciences de la culture.

## **1. Le cadre de l'évaluation et ses outils**

Nous nous sommes permis d'emprunter notre cadre de référence, à la neuropsychologie, à l'anthropologie culturelle et à la psychologie scolaire, dans une didactique : création/action/réception, dans une perspective culturelle et pédagogique, qui va englober et l'actant, c'est-à-dire l'enfant créateur et le recevant, c'est-à-dire l'institution, aussi bien scolaire que culturelle, laquelle apporte sa dynamique et donne sa propre orientation.

Il est désormais reconnu, que l'environnement social a un rôle causal, dans la sélection des mécanismes cognitifs et leur développement.

La personne vit dans un milieu social et scolaire de plus en plus complexe, qui exige des réponses aux comportements et aux attentes des autres. Qu'en est-il de la perspective thérapeutique dans ce cas-là ?

Cette interaction permanente fonde le lien entre l'importance des groupes sociaux et la capacité cognitive.

Le potentiel cognitif de l'enfant est tributaire des facteurs et des conditions, qui vont intervenir au moment où doit se faire l'effort indispensable à l'intégration scolaire.

L'institution scolaire croit aux permanences des informations qu'elle doit organiser, analyser, exploiter et transmettre.

Mais ce processus est soumis à ses propres représentations de la réalité. Comment va-t-elle les transmettre à l'enfant ?

Devons-nous anticiper sur nos propres représentations du bouleversement mondial ?

Nous savons que les représentations sont conditionnées par nos propres sens, nos expériences, nos acquis en normes et en valeurs et par nos propres activités.

Les mécanismes cognitifs, considérés sous l'angle de leur mobilisation dans des interactions sociales, éclairent l'esprit humain et sa façon de bousculer certaines considérations à la base de son progrès.

Les représentations étant un intermédiaire déterminant entre l'input sensoriel et l'output comportemental : n'a-t-il pas-là, un rôle à faire jouer à l'interaction entre mécanismes cognitifs et dispositifs culturels, à même d'influencer ces représentations ?

Mais encore faut-il s'entendre sur la définition de la culture.

Il est généralement admis, que la culture est une expression qui englobe un héritage d'objets, de symboles, de modes de pensées et de comportements, qui permettent de distinguer un groupe humain et fonde le lien d'appartenance de tous ses membres.

Mais cette acception commune, privilégie abusivement la dimension statique du patrimoine et n'envisage les acquis historiques, que dans une inertie, qui en ferait, dans les meilleurs des cas, un simple catalyseur, qui sortirait indemne de l'interaction cognitive. Car, si la culture est une somme de créations, elle ne s'y réduit pas.

Derrière l'œuvre culturelle, il y a l'acte culturel. Il y a cette dynamique imprévisible, qui élargit, sans cesse, les possibilités offertes à l'individu, comme au groupe, de s'épanouir. Il y a cette représentation constante, que l'individu se fait d'une situation, qui traverse la sensation et la mémoire, c'est-à-dire cette représentation cognitive.

Les hommes entretiennent des rapports sociaux, qui créent et recréent sans cesse, des savoirs, des règles et des valeurs, qui organisent leur vie quotidienne.

La culture est, dès lors, une construction sociale permanente. Et c'est en ce sens que nous envisageons le rôle de la culture dans les mécanismes cognitifs, aussi bien au niveau de l'acquisition des connaissances, que dans l'apprentissage du raisonnement, à l'école.

Le but immédiat de l'action culturelle est d'organiser l'intérêt autour de l'émotion et de la conscience, mais elle peut et doit le concentrer aussi, sur la raison et la logique.

Ses sollicitations sensorielles doivent répondre à des besoins et à des vœux culturels socialement utiles, à même de participer à l'élargissement des choix humains.

La culture doit participer, dans notre entendement, à donner à la société, entre autres, aux institutions scolaires, cette capacité de se remettre en cause en permanence, de modifier ses règles et ses approches, au fur et à mesure, que les problèmes se présentent à l'enfant, dans son évolution.

Il faut que l'Institution ait cette capacité d'aller au-delà d'elle-même, pour réapprendre à canaliser la capacité adaptative de l'enfant. Une capacité adaptative, dont l'efficience peut se mesurer à la profusion de sa créativité et à la pertinence de ces actes créateurs.

Seule cette faculté adaptative peut venir à bout de la rigidité de certaines normes, qui ne sont, finalement, que des seuils de comportements et d'attitudes, que des hommes ont bien voulu se fixer, comme seul moyen de faire bouger un système d'idées sur le monde, que nous appelons valeurs.

Michel Serres (2012) de l'Académie Française a bien dit que « *les sciences ne disent pas le sens ; seules les cultures l'annoncent* ».

Nous avons, alors, essayé de donner du sens, aux activités, aussi bien ludiques et manuelles, que créatives et intellectuelles, offertes par notre institution, le Palais de la Culture d'Alger que nous avons dirigé 13 années durant, lieu de la révélation de la créativité et de l'art, en train de se faire.

## **2. Le sens de l'acte culturel**

Il est évident que nous allons avoir, comme ligne directrice, celle de démontrer cette capacité, que possède l'acte culturel, à faire participer l'enfant à l'éducation, à l'art, à l'éducation des sens, à l'exploration de soi ; car, le but de l'acte culturel, tel que nous le concevons, est celui de permettre, à chaque enfant, de se chercher à travers son histoire, de se critiquer, et surtout de rêver, dans une perspective de réparation et de prévention psycho-cognitives.

L'institution culturelle ne peut se contenter d'intervenir à des stades intermédiaires de la production intellectuelle ni même de participer à l'éclosion des talents ; elle doit, nécessairement, contribuer à la mise en terre des semis de la création.

Pour nous, l'ultime objectif de l'action publique en la matière, est de favoriser le développement personnel et l'accomplissement humain du citoyen. Dès lors, c'est au moment où se déclenche, chez l'individu, l'ingénieuse symbiose entre le physique, l'intellectuel et l'émotionnel, que l'institution doit se joindre à cette alchimie.

Cette activité culturelle, appelant d'autres sphères cognitives, va le réorienter en lui apprenant à optimiser la canalisation de son potentiel cognitivo-affectif, dans des perspectives toujours plus motivantes et plus enrichissantes.

Nous ne perdons pas de vue que l'homme n'a pu évoluer que lorsque la culture, en devenant un facteur essentiel, a pu façonner son esprit en lui permettant d'entrer dans un monde symbolique.

Ces hommes nous ont transmis des actes mémoriels, à travers une culture, qui donne forme à notre capacité cognitive. Et c'est donc elle, qui peut intervenir dans la reconstruction des liens de continuité, dans la compréhension des faits d'acquisition et dans l'apprentissage du parcours du sens.

Nous restons profondément convaincus que l'acte créateur est un acte, qui aide à la réparation et à la reconquête de soi.

Les mécanismes cognitifs, considérés sous l'angle de leur mobilisation dans des interactions sociales, éclairent l'esprit humain et sa façon de bousculer certaines considérations, à la base de son progrès.

## **3. L'interaction cognitive et le sens des activités**

Notre travail de réflexion est essentiellement le résultat d'une longue expérience dans la prise en charge de l'enfant et du jeune en difficulté et, ces derniers années, celle, en tant que responsable d'une institution culturelle, en mettant en place des activités culturelles, au profit d'enfants scolarisées.

L'enfant, qui investit l'acte culturel, dans un milieu autre, comme un élément positif, dans la quête de soi, va peu à peu réapprendre à développer ses connaissances scolaires.

Cette activité culturelle en dehors des normes scolaires, va le positionner non comme créateur, mais surtout comme acteur et promoteur.

Je ne ferai, pas, ici, faire un inventaire exhaustif de toutes les actions culturelles que nous avons mises en place et proposées aux enfants, dans le cadre des activités parascolaires dans ce que nous appelons la pédagogie du détour.

Il s'est agi, pour nous, de faire travailler les enfants en ateliers (théâtre, expression corporelle, art plastique, conte,...), sans qu'ils soient tous, en « échec scolaire », mais comptant, parmi eux, des enfants, qui présentaient, plutôt, une sorte de « ralenti » scolaire.

Leur participation quasi régulière, leur investissement dans l'une ou l'autre des activités, la reconnaissance de l'institution, de leurs pairs et du public (entre autres, les parents) lors de représentations, les a confortés et positionnés, dans un rapport à l'Autre, plutôt gratifiant.

Cette reconnaissance, leur a donc redonné foi en eux et une certaine estime de Soi, qu'ils semblaient avoir perdu, en milieu scolaire.

Ainsi donc, l'acte culturel a opéré comme élément de reconstruction, en leur donnant la possibilité d'apprendre autrement et les a réconciliés avec leur milieu scolaire.

## Conclusion

Nous avons essayé de donner du sens aux activités, aussi bien ludiques et manuelles, que créatives et intellectuelles, offertes par notre institution, lieu de la révélation de la créativité et de l'art, en train de se faire.

Cette contribution doit nous faire réfléchir, aujourd'hui, sur l'apport de la psychologie scolaire, par le biais de la notion de capacité adaptative. Nous la proposons, en faisant de l'acte culturel, un instrument, non seulement de réparation, mais également, de différenciation, dans ce que la culture peut transmettre, en tant que facteur à même de réguler certaines « faiblesses cognitives ».

En investissant l'acte culturel, dans un milieu autre, comme élément positif et constructeur, l'enfant va réapprendre, petit à petit, à s'adapter au milieu scolaire, avec des capacités mobilisantes, autour de son propre corps, en mettant en scène au sens propre et au sens symbolique, son propre Self.

## Bibliographie

1. Bruner, J. (1991), *Car la culture donne forme à l'esprit : de la révolution cognitive à la psychologie culturelle*. Eshel, Paris.
2. Lahire, B. (2004), *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*. La Découverte. Paris.
3. Mario d'Angelo, I., (2002), *Diversité culturelle et dialogues des civilisations, l'évolution des concepts*. Europe, Paris.
4. Puren, C. (2002), Perspective sujet et perspective objet en didactique des langues. *Revue de didactologie des langues*. N° 03. 9-37.
5. Regourd, S. (2002), L'exception culturelle, PUF.