



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسةرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

الضغط النفسي و أساليب المواجهة لدى أم الطفل المصاب

باضطراب بالتوحد

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا-بسةرة.

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس _ تخصص عيادي

إشراف الأستاذة :

مسعود وفاء .

إعداد الطالبة :

لبصير الزهرة .

السنة الجامعية :

. 2017/2016

شكر وتقدير

نشكر الله و نحمده أن وفقنا لإنجاز هذا العمل، و يسر لنا
الجهد و الوقت لإتمامه، إن على كل شيءقدير .

وانطلاقاً من قوله تعالى «: ربي إشرح لي صدري ويسر لي أمري
وأحلل عقدة من لساني يفقه قولي»

نتوجه بجزيل الشكر والتقدير وعظيم الامتنان إلى جميع
أساتذة علم النفس و خاصة الأستاذة المشرفة " مسعود وفاء "
التي لم تبخل علينا بجهدها وملاحظاتها ونصائحها وكذلك

الأستاذ عبد الحميد عقابة لمساعدته لنا .

ونشكر كل من أحاطنا بالرعاية و الإرشاد إلى كل أساتذة
قسم علم النفس.

وكذلك نشكر اللجنة التي سنتقدم بكل تقدير لمناقشة عملنا هذا
في الختام نشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب
أو من بعيد.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع:

إلى الشمعة التي احترقت لتضيء لي دروب الحياة ، إلى

مصدر العنان ومنبع الأمان

إلى من تحك قدميها نزال الجنان .. **أبي** .

إلى من شقي من أجل أن يفتح لي درب الحياة

إلى من انتظر و أمل في هذا النجاح بفارغ

الصبر ... **أبي** .

إلى إخوتي بهاء وإبتسام و عبد الحق ، عبد الحميد وشاهين

والطفل المنتظر ، إلى عمتي والتي اعتبرها أختي كبرى ،

إلى خالي العزيز بوبكر ،

إلى كل الأحباب من قريب وبعيد .

إلى كل من ذكره قلبي ولم يذكره قلبي

ملخص الدراسة :

يشكل موضوع الضغط النفسي لدى مختلف شرائح المجتمع مجالا واسعا للبحث ، كما أن التعامل معه يعتبر أكثر تعقيدا نظرا لإختلاف كيفية الاستجابة و التعامل مع هذه الضغوط.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة الضغط النفسي و الكشف عن أساليب المواجهة الأكثر إستخداما لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب بالتوحد ، وذلك بالإعتماد على (3) حالات بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بسكرة .

وتمثلت تساؤلات الدراسة في :

* ماهي أساليب المواجهة التي تستخدمها أم الطفل المصاب بإضطراب اللتوحد ؟

* ماهي أساليب المواجهة الأكثر استخداما لدى أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد ؟

و لأجل تحقيق الأهداف المرجوة تم الإعتماد على المنهج العيادي وبإستخدام الأدوات المناسبة لموضوع البحث المتمثلة في المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة و مقياس إدراك الضغط النفسي لفنستاين (Levenstein& All) و اختبار الوضعيات المرهقة (CISS) .

وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

* إن مستوى الضغط النفسي لدى أم الطفل المصاب باضطراب بالتوحد كان (0.87) للحالة الأولى ، (0.82) للحالة الثانية ، (0.74) للحالة الثالثة .

* تستخدم أم الطفل المصاب بالتوحد أساليب مختلفة لمواجهة الضغط النفسي متمثلة في الأسلوب المركز حول الانفعال ، يليه الأسلوب المركز حول العمل والمهمة ، ثم الأسلوب المركز حول تجنب ، وفي المرتبة الأخيرة الأسلوب المركز حول الشرود والحيرة يليه الأسلوب المركز حول اللهو الاجتماعي .

*الأساليب الأكثر استخداما لدى أم الطفل المصاب باضطراب التوحد الأسلوب المركز حول الانفعال.

الموضوع فهرس المحتويات الصفحة

أ	شكر وتقدير.....	
ب	إهداء.....	
ج	ملخص الدراسة.....	
د	فهرس المحتويات.....	
هـ	قائمة الجداول.....	
و	قائمة الأشكال.....	

الفصل الأول : الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-	مقدمة / إشكالية.....	ص3
2-	تساؤلات الدراسة.....	ص5
3-	دواعي إختيار موضوع الدراسة.....	ص6
4-	أهمية الدراسة.....	ص7
5-	أهداف الدراسة.....	ص7
6-	مصطلحات الدراسة.....	ص8
7-	الدراسات السابقة.....	ص8

الجانب النظري



الفصل الثاني : الضغط النفسي وأساليب المواجهة

تمهيد ص21

أولاً : الضغط النفسي .

- 1- تطور مفهوم الضغط النفسي.....ص21
- 2- مفهوم الضغط النفسي.....ص22
- 3- أنواع الضغط النفسي.....ص24
- 4- أعراض ومظاهر الضغط النفسي.....ص27
- 5- مصادر الضغط النفسي.....ص30
- 6- النظريات المفسرة للضغط النفسي.....ص34

ثانياً : أساليب المواجهة

- 1- تطور مفهوم أساليب المواجهة.....ص 43
- 2- مفهوم أساليب المواجهة.....ص 43
- 3- أهمية أساليب المواجهة.....ص 44
- 4- مميزات أساليب المواجهة.....ص 45
- 5- نظريات أساليب المواجهة.....ص46
- 6- أنواع أساليب المواجهة.....ص49
- 7- العوامل المؤثرة في تحديد نوع أساليب المواجهة.....ص47

الفصل الثالث : التوحد

55 ص..... خلاصة الفصل

58 ص..... تمهيد

58 ص..... 1- البدايات التاريخية لإضطراب التوحد

61 ص..... 2- مفهوم إضطراب التوحد

63 ص..... 3- العوامل المسببة لإضطراب التوحد

70 ص..... 4- أنواع إضطراب التوحد

76 ص..... 5- خصائص وسمات الطفل التوحيدي

83 ص..... 6- أهمية دراسة إضطراب التوحد

84 ص..... 7- تشخيص إضطراب التوحد

86 ص..... 8- طريقة التكفل بالطفل التوحيدي

100 ص..... 9- وجود طفل توحد

الجانب التطبيقي

103 ص..... خلاصة الفصل

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

106 ص..... تمهيد

106 ص..... 1- الدراسة الإستطلاعية والهدف منها

107	2- حدود الدراسة.....ص
107	2-1 حدود زمانية.....ص
107	2-2 حدود مكانية.....ص
107	2-3 حدود بشرية.....ص
107	3- حالات الدراسة.....ص
108	4- منهج الدراسة.....ص
108	5- أدوات الدراسة.....ص
109	5-1 المقابلة الإكلينيكية - نصف الموجهة.....ص
109	5-2 اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي.....ص
110	5-2-1 طريقة تصحيح الإختبار.....ص
111	5-2-2 الخصائص السيكومترية للإختبار.....ص
112	5-3 مقياس الوضعيات المرهقة CISS.....ص
113	5-3-1 محاور المقياس.....ص
113	5-3-2 الخصائص.....ص
	الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة

أولا : الحالة الأولى

115	1- تقديم الحالة.....ص
115	2- ملخص المقابلة مع الحالة.....ص
116	3- تحليل المقابلة مع الحالة.....ص
118	4- تحليل إختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة.....ص

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS ص 119

6- التحليل العام للحالة..... ص 122

ثانيا : الحالة الثانية

1- تقديم الحالة..... ص 124

2- ملخص المقابلة مع الحالة..... ص 124

3- تحليل المقابلة مع الحالة..... ص 125

4- تحليل إختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة..... ص 127

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة..... ص 128

6- التحليل العام للحالة..... ص 131

ثالثا : الحالة الثالثة

1- تقديم الحالة..... ص 133

2- ملخص المقابلة مع الحالة..... ص 134

3- تحليل المقابلة مع الحالة..... ص 135

4- تحليل إختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة..... ص 136

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة..... ص 137

6- التحليل العام للحالة..... ص 141

مناقشة عامة..... ص 143

خاتمة..... ص 145

الإقتراحات..... ص 146

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
ص 29	مظاهر الضغط النفسي على شخصية الفرد	رقم (1)
ص 107	خصائص حالات الدراسة	رقم (2)
ص 111	كيفية تنقيط البنود الخاصة باختبار الضغط النفسي	رقم (3)
ص 118	نتائج اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة الأولى	رقم (4)
ص 119	جدول التنقيط للحالة الأولى	رقم (5)
ص 121	تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة الأولى	رقم 6
ص 127	نتائج اختبار مؤشر الضغط النفسي للحالة الثانية	رقم 7
ص 128	جدول التنقيط للحالة الثانية	رقم 8
ص 130	تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة الثانية	رقم 9
ص 136	نتائج اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة الثالثة	رقم (10)
ص 137	جدول التنقيط للحالة الثالثة	رقم (11)
ص 139	تحليل مقياس الوضعيات المرهقة ciss للحالة الثالثة	رقم (12)
ص 143	نتائج الحالات بالنسبة لأساليب المواجهة المستخدمة والمتوسط الحسابي لها	رقم (13)

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
ص 39	مخطط يوضح ديناميكية حدوث الضغط النفسي عند كوبر (1981)	1
ص 40	يوضح نموذج لازاروس وفولكمان, Lazarus & Folkman, (1984)	2

الفصل الأول : الإطار العام لإشكالية الدراسة

الفصل الأول : الإطار العام لإشكالية الدراسة

- 1- مقدمة / إشكالية .
- 2- تساؤلات الدراسة
- 3- دواعي إختيار موضوع الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة .
- 5- أهداف الدراسة .
- 6- مصطلحات الدراسة .
- 7- الدراسات السابقة .

1- مقدمة/ إشكالية :

أصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في كافة المجتمعات ، وغدت مظهرا طبيعيا من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث بعصر الضغوط ، فالحياة تتميز بالتعقيد في المواقف الأسرية والحياة الاجتماعية عامة.

وكذلك التغيير السريع مما يجعل الفرد في مراحل حياته قد يشعر بالعجز وعدم القدرة على فهم التغييرات التي حدثت في كل مرحلة من تلك المراحل ، وبالتالي تزداد الصعوبات التي تواجهه نتيجة لتلك التغييرات وتستلزم منه مطالب من الممكن ان تفوق قدراته وإمكاناته ، ماقد تجعله أكثر عرضة للوقوع تحت الضغوط.

و تعتبر الضغوط من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية تعقيدا ، ويلاحظ أن هذه الظاهرة تزايدت وأصبحت كسمة العصر ، وتلاحقت على الإنسان وانتشرت في جميع مجالات الحياة .

ورغم تعدد مصادر الضغوط النفسية وتنوعها تبقى إصابة أحد أفراد الأسرة بأحد الأمراض أو الإضطرابات من العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغط .

فميلاد الطفل في الأسرة يعتبر حدثا سعيدا ، إذ يرى بعض الآباء ان المولود يزودهم بالإحساس والأمان ، كما ان ميلاده يزيد من قوة ترابط العائلة ويوثق العلاقة بين الأم والأب وذلك بسبب نظرة الأب للمولود الجديد ، وخاصة إذا كان الأول حيث يعتبر إمتداد للذات أو النفس ، ويبقى الوالدان في انتظار ما إن يكبر الطفل ، لكن ماقد يسبب خيبة الأمل إذا كان الطفل يعاني من إعاقة أو إضطراب ما يعيق نموه في مختلف الجوانب سواء كان جانب عقلي أو نفسي أو جسدي أو معرفي ، حيث أن هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان عندما يكون الطفل حديث الولادة ، فإذا حصل عكس ما كانينتظره كانت النتيجة مشاعر عديدة من الألم والقلق ، والخوف ، الشعور بالذنب والعجز والقصور(عبد الله حماد ، 2012 ، ص 2) .

حيث أشارت دراسة بروس "BRUCE 2001" أن الوالدين اللذين لديهما أطفال ذوي إعاقة ، يعيشان خبرات وأفكار ومشاعر وسلوكيات وأعراض جسمية مرافقة لحالة الحزن والضغط المتزايد ، وهذه الخبرات قد تكون مفيدة ، باعتبارها استجابة نموذجية لحالة الحزن والضغط لذلك فإن الوالدين يعيشان مواقف معينة وشديدة طوال حياتهم تتضمن معتقدات متمثلة في تشوش الأفكار ، الإنشغال الدائم ، ومشاعر تشمل القلق والحزن والتوتر ، الغضب ، العزلة . وسلوكيات يشمل اضطرابات النوم والأكل والبكاء .

أما فسيولوجيا فتتضمن مشاكل في المعدة ، الحساسية وضيق التنفس . (البسطامي ، 2013 ، ص 3)

والأم خاصة ترى أن الطفل المنتظر الذي لطالما اعتبرته إنجازاً وأمل سيكون مفعماً بجميع المواهب ويتمتع بنمو سليم ، ويأتي العكس بأنه يعاني من إعاقة جسدية أو حسية أو عقلية كالتخلف العقلي ، وقد يعاني من اضطراب نمائي كالتوحد .

حيث يعتبر التوحد أحد الأشكال الحادة جداً أو الشديدة ضمن مجموعة من الإضطرابات التي يطلق عليها الاضطرابات النمائية المنتشرة (خطاب ، 2009 ، ص 16) .

ويعرف كذلك بأنه اضطراب نمائي شامل يؤثر سلباً على العديد من المجالات منها المعرفية، الاجتماعية ، اللغوية، الإنفعالية، فالتوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة سواء بالنسبة للطفل أو بالنسبة لوالديه مايسبب الضغط داخل الأسرة .

و الأم إضافة إلى تفاجئها بإعاقة ابنها و بصفتها ملازمة له طوال فترة نموه عاجزة أمام مسؤوليات وواجبات طفلها ، وكلما كبر الطفل زاد شعورها بالعجز والخيبة والقلق خاصة أنها تقوم بدورين دور ملازمة طفلها الذي بحاجة إلى عناية خاصة ودور ربة البيت والمسؤوليات .

و نجد الأمهات تتناهب صدمات شديدة عند معرفتهم هذا الأمر يلي ذلك مشاعر الرفض والإنكار وعدم التقبل لحالة ابنهم ثم الخوف والقلق ومحاولة التعايش مع الواقع وتقبله والسعي لإيجاد العلاج المناسب لحالة ابنهم. كل تلك المشاعر السلبية والقلق والخوف تجعل أمهات الأطفال يقعون تحت تأثير الضغوط النفسية والجسدية والتي تستمر معهم كلما تقدم طفلهم في المراحل العمرية وما ينتج عن ذلك من صعوبة السيطرة على سلوكياته والخوف على مستقبله. (علي أمين، 2015، ص 4) .

وأمام تلك الضغوط التي تتعرض لها الأم نجدها تستجيب بالاعتماد على طرق للتقليل أو لمواجهتها وهي ماتسمى باستراتيجيات المواجهة لتلك المواقف أو لمسببات الضغوط ، وحسب لازاروس تعرف تلك الإستراتيجيات على أنها " مجموعة الأساليب أو الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للحكم أو خفض أو تحمل الحدث المدرك المهدد " (زواني، 2006 ، ص 56) .

ويعتبرها كذلك لازاروس (1944) محصلة كل المجهودات المعرفية والسلوكية التي تعمل على التحكم في الموقف وتعديله أو تغيير التصور الذاتي المرتبط بها ، وذلك من خلال أساليب المواجهة ، تعمل على تحويل درجة الاهتمام أو الإبتعاد عن مصدر الضغط من خلال الهروب وتجنب المشكل بالتركيز على

نشاطات أخرى تخلق من قيمة المعنى الذاتي للتجربة وتخفف من حدة الإنفعال المرتبط بها (شفيق ، 2010 ، ص 4) .

حيث توضح اميرة بخش(2002) أن الضغوط الأسرية هي عبارة عن مجموعة من الخبرات المتراكمة الناتجة عن حدث معين يصيب أحد أفراد الأسرة ويؤثر في جميع أفرادها بدرجات متفاوتة ، وينتج عن هذا الحدث مجموعة من الحاجات النفسية والمادية والاجتماعية غير مشبعة مثل عدم دراية الأسرة بكيفية مواجهة هذا الحدث ونقص الموارد والخدمات المتاحة ، ويؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالعجز ، وبالتالي بالضغط مما يدفع الأسرة إلى إتباع بعض الأساليب التكيفية الناجحة والغير الناجحة ، يتوقف نجاح الأسرة في التوافق مع الضغط على مقدار توافر الخدمات والدعم الاجتماعي الذي تحصل عليه من البيئة المحيطة .(عبد الله فرح ، 2005، ص 2) .

ولا شك أن التكيف مع وجود طفل معاق في الأسرة يتطلب الكثير من المهارات التي لا بد من توافرها لأولياء الأمور لئلا نكونوا من مواجهة متطلبات وجود هذا الطفل المعاق، وإذا فحصنا بموضوعية مدى توفر الظروف المناسبة التي تزود هؤلاء الأفراد بالمهارات والمعارف وكذلك القصور في الإمكانيات المادية مع زيادة العبء المادي في حال وجود طفل معاق ، فلا شك أن ذلك هو مصدر الضغوط لدى أولياء أمور المعاقين وأساليبهم في مواجهتها. (حماد ، 2012 ، ص 3) .

و الطفل بذلك الاضطراب وتلك السمات يشكل ضغطا على الأم نتيجة الرعاية الخاصة إضافة وأن تلك الرعاية تقع على عاتقها نظراً لانشغال الأب في الغالب ، ولأنها أكثر تعاملًا معه وأكثر احتكاكاً به إلى جانب مسؤوليتها الكبيرة في تحقيق وتلبية احتياجاته اليومية ، مما يجعلها تقع تحت الضغط النفسي الذي يجعلها تفكر في اللجوء إلى أساليب وطرق للتعامل معه ومواجهته ..

و من هنا وجب صياغة إشكالية الدراسة في التساؤل الآتي :

2- تساؤلات الدراسة :

* ماهي أساليب المواجهة التي تستخدمها أم الطفل المصاب بالتوحد ؟

* ماهي أساليب المواجهة الأكثر استخداما لدى أم الطفل المصاب بالتوحد ؟

وإعتامادا على المنهج العيادي تم هيكلة العمل بالشكل التالي :

تم تقسيم موضوع الدراسة إلى الإطار العام لإشكالية الدراسة ، الجانب النظري ، والجانب التطبيقي .

حيث خصصنا الفصل الأول للإطار العام للإشكالية والذي يمثل مدخل إلى الدراسة وهو بمثابة تقديم البحث حيث تم فيه عرض الإشكالية ، التساؤل ، أهمية الموضوع ، أهداف البحث ، وتحديد المفاهيم

والدراسات السابقة.

الجانب النظري تم تقسيمه إلى :

الفصل الثاني : الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة والذي يحتوي على الجزء الأول المركز حول الضغط النفسي : ويتضمن تطور مفهوم الضغط النفسي ، مفهوم الضغط النفسي ، أنواعه ، أعراضه ، مصادره ، ، النظريات المفسرة للضغط النفسي .

أما الجزء الثاني حول أساليب المواجهة : تطور مفهوم أساليب المواجهة ، مفهوم أساليب المواجهة ، أهمية أساليب المواجهة المواجهة ، مميزاتها ، ، أنواعها ، النظريات المفسرة ، والعوامل المؤثرة في تحديد أساليب المواجهة .

الفصل الثالث تم تخصيصه للتوحد : وشمل البدايات التاريخية للتوحد ، تعريف التوحد ، العوامل المسببة لاضطراب التوحد ، أنواع التوحد ، خصائص وسمات الطفل التوحدي ، أهمية دراسة اضطراب التوحد ، تشخيصه علاجه ، وأخيرا ولادة طفل توحدي في الأسرة.

أما الجانب التطبيقي يتضمن فصلين :

الفصل الرابع : يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية للدراسة والخطوات التي اتبعناها في الجانب الميداني ويتضمن الدراسة الاستطلاعية والهدف منها ، حالات الدراسة، منهج الدراسة ، أدوات الدراسة .

الفصل الخامس : خصص لعرض وتحليل نتائج الدراسة تم فيها تحليل الحالات والتحليل الذي يخص النتائج المتحصل عليها من خلال أدوات الدراسة ، والتحليل العام للحالات ، و المناقشة العامة . و في الأخير تم وضع خاتمة البحث ، قائمة المراجع والملاحق .

3- دواعي اختيار الموضوع :

- خطورة اضطراب التوحد الذي يعد من الإعاقات النمائية الشديدة ، وبصفته لا يؤثر فقط على الطفل بل يتعدى ذلك إلى أفراد الأسرة وخاصة الأم ، وهذا ما أثار إهتمام الطالبة لهذا الموضوع من أجل دراسة الضغط النفسي الذي تتعرض له الأم والطرق التي تلجأ إليها لمواجهة ، وبناءا على ذلك تتحدد دوافع اختيار الموضوع في النقاط التالية :
- الميل الشخصي لدراسة هذا الموضوع من جانب الفضول العلمي .

- محاولة التعرف على طبيعة الأساليب التي تستخدمها أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد في مواجهة الضغط .
- ازدياد تأكيد الدراسات على دور الضغط النفسي كعامل مهدد للصحة النفسية والجسدية للأفراد وهذا ما حث الفضول الشخصي لإستكشاف هذه الظاهرة لدى أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد
- تركيز الدراسات السابقة العربية منها و المحلية على موضوع الضغط النفسي وأساليب مواجهته .

4- أهمية الدراسة :

لأهمية هذه الدراسة جانبان :

أ - الأهمية النظرية :

إن دراسة هذا الموضوع يوفر إطارا نظريا لمختلف المتغيرات المتمثلة في التوحد والضغط النفسي وأساليب المواجهة ، وذلك لأن التوحد يعد أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا فهو لا يؤثر فقط على الطفل بل أيضا على المسؤول عن رعايته ، لذلك خصصت الطالبة الباحثة هذه الدراسة على هذا الموضوع وتكمن أهميتها في :

- التركيز على أن ليس الطفل فقط الذي يتأثر بالإضطراب بل كذلك الأم بصفقتها ملازمة لطفلها والمسؤولة عنه والتركيز على الجانب النفسي للأم من ناحية الضغوط التي تتأثر لها وكيفية مواجهة تلك الضغوط.

ب- الأهمية التطبيقية :

يمكن أن تعتبر هذه الدراسة منطلق لدراسة أخرى مشابهة أو أكثر تفصيلا وعمقا ، إضافة إلى أنها تركز على جانب آخر مهم وهو أم الطفل المصاب بالتوحد بصفقتها ملازمة لطفلها و أيضا عرضة للإضطرابات النفسية .

5- أهداف الدراسة :

تحدد أهداف الدراسة في النقاط التالية :

- معرفة طبيعة الضغط النفسي الذي تتعرض له أم الطفل المصاب بالتوحد.
- التعرف على أساليب المواجهة الأكثر إستخداما لدى أم الطفل المصاب بالتوحد في التعامل والتخفيف من الضغط النفسي .

6- مصطلحات الدراسة :

6-1 التوحد :

مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه ، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، إلى جانب وجود النشاط الحركي المفرط. (زينب محمد ، 2009 ، ص 13) .

إجرائيا: المقصود بالتوحد في هذا البحث ، هو الإضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال في سن مبكرة ، والذي يمس مظاهر متعددة يتميز بالإنطواء وضعف التفاعل الاجتماعي أو إنعدامه ، السلوك النمطي . والطفل المصاب بالتوحد هو الذي يشخص من طرف الأخصائيين بأنه يعاني من إضطراب التوحد والذي تظهر عليه الأعراض الموجودة في محكات التشخيص.

6-2 الضغط النفسي :

يشير الضغط النفسي إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد ، سواء بكليته أو على جزء منه ، وبدرجة توجد لديه إحساس بالتوتر ، أو تشويها في تكامل شخصيته . (دايلي ، 2013 ، ص 31)
إجرائيا: يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد ، تولد لديه الإحساس بالتوتر وعدم التوازن. و يتحدد مفهوم الضغط النفسي في هذا البحث بالدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب بالتوحد من خلال تطبيق مقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي .

6-3 أساليب المواجهة :

عرفها لطفي عبد الباسط (1994) أنها :« مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات الدينامية ، السلوكية أو المعرفية، يسعى من خلالها الفرد لمواجهة الموقف الضاغط أو لحل المشكلة أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عنها . (حملاوي ، 2014 ، ص 17) .

إجرائيا: هي مجموعة الطرق والمحاولات التي تبذلها أم الطفل المصاب بالتوحد للتعامل مع الموقف الضاغط الذي تتعرض له للتخلص منه أو الحد من الآثار الناتجة عنه.

ويمكن التعرف على الأساليب التي تستخدمها أم الطفل المصاب بالتوحد من خلال تطبيق اختبار الوضعيات المرهقة CISS .

7-الدراسات السابقة :

إن الهدف من عرض الدراسات السابقة والإطلاع عليها يكمن في الإستعانة بها في الدراسة الحالية ، والمتمثلة في كونها توفر الخلفية العلمية والإطار المرجعي والنظري ، ويتم الإعتماد عليها في صياغة الإشكالية وتحديد أبعادها ، وتفسير نتائج الدراسة الحالية ، وكذا موقعة هذه الأخيرة بينها .

وفيما يلي عرض لبعض الدراسات الأقرب للدراسة الحالية :

• **دراسة كاشف (2000م) مصر :**

بعنوان دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية . بمصر سنة (2000) .
وقد هدفت الدراسة الى التعرف على أنواع الضغوط التي تعاني منها أم الطفل المعاق سواء كانت الإعاقة سمعية أو بصرية أو عقلية ، أيضا التعرف على أهم الإحتياجات الأسرية في اسرة الطفل المعاق وتحديد أكثرها أهمية ، واهم مصادر المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الأم . كما هدفت الدراسة أيضا إلى التعرف على تأثير عدد من العوامل مثل نوع الإعاقة ، درجة تعليم الأم ، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة ، ونوع الطفل المعاق على متغيرات الدراسة .
ولهذه الأغراض استخدمت الباحثة المنهج الوصفي معتمدة على جمع البيانات على مقياس الضغوط الأسرية ، واشتملت عينة الدراسة الحالية في صورتها الأولية على (157) أما .
وأظهرت النتائج :

- أن أهم الضغوط لدى الأم هي ضغوط رعاية الطفل المعاق والهموم المستقبلية المرتبطة بمستقبل الطفل والضغوط المادية كما أوضحت أنه ترتبط الإحتياجات الأسرية بمصادر الضغط ارتباكا واضحا ، فالحاجة لتأمين مستقبل الطفل احتلت المرتبة الأولى تليها مباشرة الإحتياجات المعرفية وحاجات رعاية الطفل .
- أهمية دور المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الأم في التخفيف من الإحساس بالضغوط أو الإحتياجات، فالمساندة الاجتماعية سواء كانت من داخل أو خارج الأسرة تعمل على تخفيف الإحساس بالضغط والتقليل من التأثيرات السلبية للإعاقة ، حيث يزيد الإحساس بالضغوط كلما زادت عزلة الأسرة وكلما تقوَّعت حول نفسها .

- نوع الطفل المعاق ذكرا كان أم أنثى ، لا يؤثر في الإقلال من الضغوط أو الإحتياجات الأسرية .

• **دراسة العازمي (2009م) الكويت :**

بعنوان الضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال المعاقين، دراسة مقارنة، سنة (2009 م) .
وقد هدفت إلى معرفة الضغوط الأسرية التي تتعرض لها أسر المعاقين وتحديد مستوى هذه الضغوط واختلافها باختلاف نوع الإعاقة وجنس الطفل المعاق.

إعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، معتمدة في جمع البيانات على استمارة تحديد المستوى الاجتماعي والاقتصادي إعداد: عبد العزيز الشخص ،(1995) واختبار ستانفورد - بينيه (الصورة الرابعة) ومقياس الضغوط الأسرية إعداد هولرويد تعريب: جلال جرار (1979) ، وطبقت على عينة من (261) أما لأطفال (ذكور- إناث) بمدارس التربية الخاصة بالكويت .

وأظهرت نتائج الدراسة :

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأمهات المعاقين بصرياً في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.
-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين وأمهات المصابين بالشلل الدماغي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متغير الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين بصريا وأمهات المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البصرية.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الضغوطات لأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً في اتجاه الذكور،وعلى الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين بصريا في أ في اتجاه الإناث، وأيضاً على الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في اتجاه الإناث.

• دراسة عبد الغني (2009م) بعنوان :

الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة .

هدفت الدراسة الى المقارنة بين درجة التعرض للضغوط النفسية وأساليب معالجتها لدى إباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث الجنس (ذكور أو إناث) ونوع الإعاقة وعمر المعاق .

استخدمت الباحث في الدراسة المنهج المقارن ، واعتمدت الدراسة في جمع البيانات على مقياس للضغوط النفسية وأساليب مواجهة الضغوط من إعداد زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص .

أظهرت نتائج الدراسة :

- وجود فروق دالة إحصائية بين آباء وأمهات ذوي الإحتياجات الخاصة حسب جنس ونوع الإعاقة وعمر المعاق في الضغوط النفسية التالية : الأعراض النفسية والسيكوسوماتية ، ومشاعر اليأس والإحباط ، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل ، والمشكلات الأسرية و الإجتماعية ، والقلق على المستقبل ، والأداء الاستقلالي للطفل .

- وجود فروق دالة إحصائياً بين آباء وأمّهات ذوي الاحتياجات الخاصة في أساليب مواجهة الضغط التالية : الممارسات المعرفية العامة ، والممارسات المعرفية المتخصصة ، والممارسات المختلطة .

• دراسة خالد محمد الحبيش (2003) جدة :

بعنوان الضغوط النفسية لدى أسر الطفل المعاق وأهم مصادرها ، وقد هدفت الدراسة الى معرفة أهم مصادر الضغط النفسي الذي تتعرض له أسرة الطفل المعاق ،

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة وأدوات جمع البيانات متمثلة في مقياس الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها (من إعداد الباحث). على عينة من آباء وأمّهات لأطفال معاقين ذهنياً.

أظهرت نتائج الدراسة إلى :

- تعاني أمّهات الأطفال المعاقين من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالآباء وكانت النتائج كما يلي:
- 90% من الأمّهات تعانين من القلق حول مستقبل الطفل مقابل 45 % (من الآباء).
- 55 % من الأمّهات تعانين من المشكلات الصحية للطفل مقابل 36 % (من الآباء).
- 27 % من الأمّهات تعانين عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل مقابل 18 % (من الآباء).
- 18 % من الأمّهات تعانين من مشاكل الأداء الاستقلالي للطفل مقابل 36 % (من الآباء).

• دراسة أميرة طه بخش (2001):

بعنوان الضغوط الأسرية لدى أمّهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية بمدينة جدة .

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغوط الأسرية التي تواجه أمّهات الأطفال المعاقين عقلياً

وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط . تم الإعتماد في الدراسة على مقياس الضغوط لأمّهات الأطفال المعاقين عقلياً، مقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً ، مقياس المساندة الاجتماعية (من إعداد الباحثة) . على عينة ضمت (100) أم لأطفال معاقين عقلياً من مدينة جدة ملتحقين بمركز الإنماء الفكري ، أعمار الأمّهات بين 24-45 سنة بينما تتراوح أعمار الأطفال بين 6 سنوات 14 - سنة.

توصلت الدراسة إلى :

- يوجد ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقاً لأهميتها النسبية لأمّهات الأطفال المعاقين عقلياً .

- توجد علاقة ارتباطيه دالة بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة ، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية لهن .

- توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط.

- لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية .
(جبالي ، 2012 ص38- 39) .

الدراسات الأجنبية :

• دراسة شو وبيجر (Cho , George and Berner , 2007) نيورك :

بعنوان التكيف مع الأطفال المعاقين ، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة مستويات التكيف بين آباء وأمّهات كوريين ، وآباء كوريين - أمريكيين لديهم أبناء معاقون .
تم الإعتماد على المنهج المقارن ، والمقابلة .

طبقة على عينة (16) أم في كل مجموعة ، قسموا الى مجموعتين تمت مقابلتهم لتوضيح كيفية وصف الأمهات للأزمة التي عاشوها عندما أخبرن أن أبنائهن معاقون ، ووصف عمليات التكيف ، ومصادر التوتر والدعم .

أظهرت نتائج الدراسة :

- أن كلا الآباء الكوريين والأمريكيين مروا بخبرة عملية التحول فيما يتعلق بأفكارهم ، ومعتقداتهم ، ومشاعرهم نحو أطفالهم المعاقين .

- كلا المجموعتين من الأمهات أظهرت مشاعر الخجل ولوم الذات والأسى والإنكار والغضب عند معرفتهم بإعاقة أبنائهن .

- أشارت النتائج إلى أن 3% (24 % من الكوريين و 22% من الكوريين - الأمريكيين) شعروا باليأس في الأشهر الأولى وأن 46% (24 % من الكوريين و 22% من الكوريين - الأمريكيين) أشاروا إلى أن فترة الحزن واليأس استمرت لمدة عام ، أما ما تبقى فقد أشار 13 % من الكوريين و 6% من الكوريين - الأمريكيين أنهم عانوا لمدة عامين على الأقل من المشاعر السلبية .

• **دراسة فيليب (Philippe , 2008) لندن :**

بعنوان مدى مساهمة مهارة إدراك حل المشكلات في تكيف أمهات المعاقين في التعامل مع أطفالهم من ذوي الإحتياجات الخاصة .

وقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى مساهمة مهارة إدراك حل المشكلات في تكيف أمهات المعاقين في التعامل مع أطفالهم من ذوي الإحتياجات الخاصة . وتكونت عينة الدراسة من (16) أما لأطفال معاقين تتراوح بين (2 و 20) عاما . وأظهرت النتائج أن تقييم الأمهات لإرتباط التوتر مع الإعاقة كان مرتفعا في تقاريرهن عن سوء التكيف ، وأظهرت النتائج كذلك أن الكفاءة في استخدام حل المشكلات ترتبط بالتكيف الجيد ، وقد ظهر جزء من العلاقة من خلال أسلوب المواجهة للأمهات ، كالثقة بأن استخدام أسلوب حل المشكلات يزيد من احتمالية اختيار أساليب موجهة تكيفية عند مواجهة توترات لها علاقة بالإعاقة . وكذلك أظهرت النتائج أن مهارات حل المشكلات تساهم بشكل كبير في مواجهة التوترات الناجمة عن الإعاقة ، وأساليب التكيف وزيادة وعي وخبرة الأمهات في المشكلات القادمة . (الخالدي ، 2010، ص 61-76)

• وفي دراسة براين (Brainan,2002) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية و نقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الاطفال التوحديين، وتألفت العينة من (112) أمماً لأطفال توحديين ، و استخدم مقياس الدعم الاجتماعي المدرك و مقياس الضغوط النفسية. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الضغوط النفسية و مقدار الدعم الاجتماعي المدرك، و كانت العلاقة بينهما عكسية (محمود عصفور ، 2012، ص 57-63).

دراسة إيوا بسيلا 1999 Ewa Psula بولندا :

بعنوان بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة) .

وقد هدفت الدراسة إلى تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الأطفال المصابين بالتوحد وأيضا إلى تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

تم إستخدام المنهج المقارن ، بالاعتماد على أدوات متمثلة فياستمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة ، ومقياس الضغط لدى العائلة QRS من إعداد (Holryuod 1987) . تم التطبيق على عينة من 25 أم

طفل مصاب بمتلازمة داون ، تراوحت أعمار الأمهات ما بين 26 سنة إلى 58 سنة. تراوحت أعمار الأطفال ما بين 4 إلى 20 سنة .

وتوصلت الدراسة إلى:

- الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون يعانون من ضغوط منخفضة بسبب وضوح التشخيص ومآل الإصابة منذ الولادة.

- أمهات الأطفال المصابون التوحد يعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد 30 شهرا بعد الولادة وغموض مآل الإصابة .

- أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون هي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن.

- أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التبعية لصالح الأمهات المصاب أبنائهن بالتوحد.

* دراسة أولي و ويليام

بعنوان مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وأساليب مواجهتها ، على عينة 200 أم لأطفال معاقين ذهنيا بتطبيق -مقياس الضغوط (1997). و مقياس أساليب التعامل مع الضغوط.

وتوصلت إلى :

- تعاني الأمهات من ضغوط نفسية شديدة أهم مصادرها (رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية)

- تستعمل الأمهات أساليب تعامل إيجابية وسلبية تتمثل فيما يلي:

- 44% من الأمهات تستخدم أساليب الهروب ، تحاشي حل المشكلة، إنكار الإعاقة.
- 41% من الأمهات تستخدم أساليب تقبل إعاقة الطفل وظروفه.
- 23.5% من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات.
- 12.5% من الأمهات تستخدم أساليب تحدي الضغوط ومواجهة الموقف.
- الأمهات الغير متزوجات تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالمتزوجات.
- الأمهات الأقل تعليماً تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالأعلى تعليماً.

• دراسة فلينت وود **Flynt et wood 1989**: مونتغومري **Montgomery**

بعنوان دراسة الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته. بمدينة. وقد هدفت إلى معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على الأمهات طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة (سن الابن المعاق ، سن الأم ، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة).
أستخدم في الدراسة المنهج الوصفي ، بالإعتماد على مقياس الضغط الأسري **Family Stress** طبق على عينة مكونة من 90 أملاًطفال من فئة التخلف الذهني المتوسط ، أعمار الأمهات من 25 إلى 60 سنة، أعمار الأبناء من 6 إلى 21 سنة.

توصلت إلى النتائج:

- وجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من سن الأم.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجات الضغوط وفقاً لاختلاف سن الإبن.
- وجود فروق دالة بين الأمهات ذات المستوى الاقتصادية والاجتماعية المرتفع والأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض في القدرة إلى مواجهة الضغوط لصالح الأمهات ذات المستوى المرتفع

• دراسة دونوفان **Donovan (1988)**: بفرجينيا **Virginie**

بعنوان الإدراك الأمومي للضغط الأسري و أساليب مواجهته.
وقد هدفت إلى معرفة الاختلاف في الإدراك الأمومي للضغط الأسري الناجم عن الإعاقة الذهنية للأبناء وطرق مواجهة هذه الضغوط .

تم استخدام المنهج الوصفي والإعتماد على مقياس الضغط النفسي مقياس أساليب المواجهة .
وطبق على عينة مكونة من 450 أم لأبناء معاقين إعاقة ذهنية بسيطة وإعاقة ذهنية شديدة .سن
الأمهات من 29 إلى 59 سنة، سن الأطفال من 6 إلى 18 سنة .

توصلت النتائج إلى :

- وجود فروق دالة في معاني الإدراك الأمومي للضغط الأسري وفقا لسن الابن المعاق وجنسه، عدد الأبناء في الأسرة وتعدد إعاقاتهم ، سن الأم و الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة لصالح الأمهات كبار السن، أمهات الأبناء الكبار، أمهات الذكور.
- وجود فروق دالة بين أمهات الأبناء المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة وأمهات الأبناء المعاقين ذهنيا بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط لصالح الأمهات المعاقين بدرجة بسيطة أي أنهن أكثر قدرة على مواجهة الضغط.
- تختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري . (جبالي ، 2012 ص 36-45)

تعقيب على الدراسات السابقة :

بعد إستعراض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الضغط النفسي و أساليب المواجهة وأم الطفل التوحدي تم تلخيصها فيما يلي :

*من حيث الهدف :

يلاحظ أن معظم الدراسات السابقة سواء الأجنبية أو العربية تناولت متغيرات الدراسة الحالية وهي كالتالي :

ففي دراسة كاشف (2000) ودراسة العازمي (2009م)) ، وخالد محمد الحبيش (2003) ، و دراسة أميرة طه بخش (2001) والدراسة الأجنبية ل إيوا بيلا ، ، ودراسة فلينت وود ، ودراسة دونوفان (1988) كان الهدف منها دراسة الضغوط النفسية الواقعة على أم الطفل المعاق ومعرفة آثار ومصادر تلك الضغوط النفسية .

أما دراسة فيليب (2008) ودراسة اولي وويليام ودراسة شو وبيرنر (2007) ودراسة عبد الغني (2009) فكلا الدراستين متشابهتين من حيث المواجهة ، فكان الهدف منها دراسة حل المشكلات وأساليب المواجهة لدى أمهات الأطفال المعاقين .

ونجد دراسة براين (2002) ، ودراسة إيوا بسيلا ، فتناولتا متغير التوحد ، وهذا ما يتداخل مع دراستنا الحالية ، بحيث هدفت دراسة براين إلى دراسة الضغط النفسي ونقص الدعم الاجتماعي لدى أم الطفل المصاب

بالتوحد ، ودراسية إيوا بسيلا التي هدفت على معرفة بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وبالتالي التشابه يكمن في متغير الضغط النفسي وأم الطفل المصاب بالتوحد.

*من حيث المنهج :

تتشابه دراستنا مع دراسة خالد محمد الحبش (2003) من حيث المنهج فقد تم الإعتماد على المنهج العيادي " دراسة الحالة "

وتتشابه دراسة العازمي (2009) ودراسة عبد الغني (2009) ودراسة شو وبيرنر (2007) ودراسة إيوا بسيلا من حيث المنهج فقد تم الإعتماد على المنهج المقارن .

أما بالنسبة لدراسة دونوفان (1988) ودراسة فلينت وود ، ودراسة أولي وويليام ، و براين (2002)، ودراسة فيليب (2008) ، وأميره طه بخش (2001) ، ودراسة الكاشف فلم يتم تحديد المنهج المتبع .

بينما دراسة العازمي (2009) ودراسة فلينت وود فقد تشابها من حيث المنهج المستخدم الوصفي.

*من حيث الأداة :

تختلف دراستنا عن دراسة كاشف (2000) ودراسة العازمي (2009) ، ودراسة أميرة طه بخش (2001) ، ودراسة إيوا بسيلا ، فلينت وود ، ودراسة دونوفان من حيث الأداة ، فقد اعتمدت كل من الدراسات التالية على مقياس الضغوط الأسرية.

بينما هناك تشابه بين دراستنا ودراسة خالد محمد الحبش (2003) ، ودراسة براين (2002) ، ودراسة أولي وويليام فقد تم الإعتماد على مقياس الضغط النفسي.

وبالنسبة لمقياس المواجهة فقد تم الإعتماد عليه في الدراسة الحالية والدراسات الأخرى التي تتشابه في نفس المقياس والمتمثلة في دراسة عبد الغني (2009) و أولي وويليام ودراسة دونوفان (1988) ، وخالد محمد الحبش (2003).

أما بالنسبة لدراسة فيليب (2008) ، ودراسة شو وبيرنر فلم يتم تحديد الأداة المعتمدة .

وفي الأخير تأتي دراسة أميره طه بخش (2001) والتي اعتمدت على عدة أدوات في دراستها المتمثلة في مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقليا. و مقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقليا. و مقياس المساندة الاجتماعية.

وعليه فموقع هذا البحث من الدراسات السابقة نلخصه في النقاط التالية :

بعض الدراسات التي تناولتها الطالبة تتداخل مع موضوع البحث من حيث متغير الضغط النفسي إستراتيجيات المواجهة وإضطراب التوحد.

• اتفق البحث الحالي مع بعض الدراسات في الأهداف أو المنهج و اختلف معها في الأدوات المعتمد عليها.

• اختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة في حجم العينة و مكان إجراء البحث .

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة :

اتفقت دراستنا مع الدراسات السابقة على أهمية دراسة موضوع الضغط النفسي ومدى تأثيره على الجوانب النفسية والاجتماعية لدى حالات الدراسة المتمثلة في أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد .

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على مدى تأثير إعاقة الطفل على أفراد الأسرة وخاصة الأم .

بينما تميزت الدراسة الحالية عن تلك الدراسات في :

التركيز على الأم باعتبارها الأكثر تضررا وتأثيرا بإضطراب طفلها التوحيدي ، من ناحية الضغط النفسي الذي تتعرض له نتيجة لذلك ، والتعرف على الإستراتيجيات التي تلجأ إليها حالات الدراسة في مواجهتهم لتلك الضغوط النفسية ، وكذلك محاولة التعرف على أكثر الإستراتيجيات إستخداما لدى كل أم.

خلاصة :

يتضح لنا مما سبق ضرورة الدراسات السابقة التي لها إرتباط بموضوع الدراسة من ناحية تناولها للمتغيرات ، فقد تم الإستفادة منها في إشكالية الدراسة ، وسوف نستفيد منها كذلك في تحليل العام للحالات .

الجانب النظري

الفصل الثاني : الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة

تمهيد

أولا : الضغط النفسي

- 1- تطور مفهوم الضغط النفسي .
- 2- مفهوم الضغط النفسي .
- 3- أنواع الضغط النفسي .
- 4- أعراض ومظاهر الضغط النفسي .
- 5- مصادر الضغط النفسي .
- 6- النظريات المفسرة للضغط النفسي .

ثانيا : أساليب المواجهة

- 1- تطور مفهوم أساليب المواجهة.
 - 2- مفهوم أساليب المواجهة
 - 3- أهمية أساليب المواجهة .
 - 4- مميزات أساليب المواجهة .
 - 5- أنواع أساليب المواجهة .
 - 6- النظريات المفسرة لأساليب المواجهة .
 - 7- العوامل المؤثرة في تحديد أساليب المواجهة المستخدمة .
- خلاصة .

تمهيد :

تعد الضغوط النفسية سمة من سمات الحياة المعاصرة ، ومظهر من المظاهر الرئيسية للحياة ، وذلك نتيجة لتغيرات المجتمعات الإنسانية وتحولاتها بأبعادها المختلفة ، ما يؤدي بالفرد الى الشعور بالضجر والتوتر والضييق سواء كان الفرد صغير أو كبير ، وبالرغم من تعدد المصادر المؤدية إلى الضغط النفسي إلا أنه يؤثر بشكل كبير على مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية واختلال توازنه ، ما ينشأ عنه آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف والعجز عن ممارسة الحياة بشكل طبيعي ، و من هنا يلجأ الفرد إلى طرق ووسائل تكيفية تساعد على الإستمرار في الحياة والتغلب على الضغط النفسي ، والتي تسمى باستراتيجيات المواجهة.

و منا هنا سنحاول من خلال المبحث الأول من هذا الفصل التعرف أكثر على الضغط النفسي و أهم مصادره وآثاره ، ثم التطرق إلى المبحث الثاني المتمثل في استراتيجيات مواجهة ذلك الضغط وأنواعها وخصائصه .

أولاً : الضغط النفسي**1- تطور مفهوم الضغط النفسي**

شهدت كلمة الضغط (Stress) تطوراً و ذلك عبر فترات من الزمن، فهذه الكلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية Stringe

أو هي تعني شد، ضيق، عقد أو ربط أي الاحتضان الشديد للجسد بواسطة الأطراف و هذا الاحتضان لا يجب أن يكون الشعور فيه متبادل، بل على العكس يكون ممل يؤدي إلى الإختناق الذي يعتبر مصدراً للقلق.

و نظراً لشيوع كلمة "ضغوط" سواء في الحياة العامة أو في مجال العمل فقد يتبادر إلى الذهن أنه من السهل إيجاد تعريف محدد لهذا المفهوم بصفة عامة و مفهوم "ضغوط العمل" بالتحديد. إلا أن مفهوم الضغوط أصبح محط اهتمام الباحثين في مجالات مختلفة كعلم النفس و الاجتماع و الإدارة و الطب وغيرها ... مما أدى إلى تعدد الزوايا التي يتم منها تعريفه و استخدامه و دراسته.

إن تحديد مفهوم "الضغطStress" " من الناحية الزمنية صعب للغاية و يحتمل أن هذا المصطلح استعمل لأول مرة خلال القرن الرابع عشر، و لكن هذا الاستعمال لم يكن بصورة ثابتة و منظمة، و قد استعملت فيما بعد في الكتب الإنجليزية مفاهيم أخرى للدلالة على الضغط من stress،: straisse وبالرغم من الكلمة و مشتقاتها وجدت منذ قرون إلا أن أصلها غير معروف إلى حد الآن .

و لأنه من الصعب البحث في ذلك قبل القرن الرابع عشر، إلا أنه يمكن القول بأن بداية انتشار هذه الكلمة كان خلال القرن التاسع عشر، و خلال هذه الفترة، يقول الفيزيولوجي Claude Bernard " أن التغيرات الخارجية في البيئة يمكنها أن تعطل الكائن العضوي و لكي يحافظ على نفسه يجب أن يتكيف بطريقة مناسبة مع هذه التغيرات و أنه من المهم أن يحصل العضو على التكيف، و لكي يحافظ على نفسه يجب أن يتكيف بطريقة مناسبة مع هذه التغيرات، و يبدو أن هذا أول اعتراف بالنتائج المضرة الكامنة في عملية الإجهاد التي تخل اتزان الجهاز العضوي. و يعتبر الفيزيولوجي الأمريكي "والتر كانونWalter Cannon" من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط و عرفه برد الفعل في حالة الطوارئ Emergency response. أو رد الفعل العسكري Militaristic response بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة . و قد كشف أبحاث كانون عن وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي .أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه .

و يعتبر "هانز سيلايHans Selye" من أشهر الباحثين الذي ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط و يعرف بأب الضغط . و يرجع الفضل إلى كتاباته و محاضراته في تعريف الجمهور و الباحثين، و خاصة في المجال الطبي بتأثير الضغوط على الإنسان، و أفضل مساهمة له حول موضوع الضغط هو كتابه الذي أصدره عام 1956. و قد عرف الضغط في البداية بأنه الآثار الناتجة عن العوامل الضاغطة. (العبودي ، 2007 ، ص18)

2- مفهوم الضغط النفسي :

بالنسبة للتأصيل للمصطلح ، نجد أن لفظ Stress قد اشتق من اللفظ الفرنسي القديم Destresse ، والذي يعني الاختناق والضيق أو الشعور بالظلم.

وقد تحول اللفظ في الإنجليزية الى Stress ليعني التناقض ، أما لفظة Distress في الإنجليزية فتعني الشيء الغير مرغوب فيه أو الغير محبوب.

وقد أصبحت الحالة في اللغة الإنجليزية الحديثة تستدعي وجود لفظ يعبر عن معنى الضغط Pressure و معنى التأكيد في آن واحد Emphasis ، وذلك لوصف حالة الألم المتضمن في اللفظ الأول والاعتدالية المتضمنة في اللفظ الثاني ، فكان مصطلح Stress هو الكفيل بهذين اللفظين ، وأصبح مصطلح الضغط Stress في الأدب الفني Technical Litration

هو الدال على معنى الضغط النفسي ولكن لا يجب أن يكون Stress بمعنى الضغط إلا من خلال السياق الذي يتضمنه. (علي الفرماوي ، 2009 ، ص 21).

تعرف الضغوط إجمالاً بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يرى الفرد أنها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاعته النفسية.

كذلك الضغط Stress فهو الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي ، وقدرته على الإستجابة لها . (السيد عبيد ، 2008 ، ص 20)

عرف سيبيليجر 1971 Spielberg الضغوط بأنها القوة الخارجية التي تحدث تأثيراً على الفرد ، كخواص موضوعات البيئة ، أو ظروف مثيرة ، تتميز بدرجة من الخطر الموضوعي.

فالضغوط النفسية تشير إلى الإحساس الناتج عن فقدان المطالب و الإمكانيات ، وبصاحبه عادة مواقف فشل حيث يصبح هذا الفشل في مواجهة المطالب والإمكانيات ، مؤثراً قويا في إحداث الضغوط النفسية.

(السيد خليفة ، 2008 ، ص 127)

يعرفه لازاروس Lazarus (1966-1984) بأنه نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادره الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة ، أي مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والبيئة الخارجية

ويعرفه البيلاوي (1988) على أنه الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التكيف ، وتزداد هذه الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف والمطالب أو استمرت لفترة طويلة ، وترى السمداوني (1993) أن الضغوط النفسية حالة نفسية تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة . (نايل الغرير ، 2009 ، ص 24-25)

يعرف جولدنسون (Goldenson) الضغط النفسي بأنه حالة من الشدة النفسية والتي تتطلب من الفرد التكيف معها.

ويعرفه كولمان (Coleman , 1983) على أنه متطلب تكيفي ينتج عن مواقف وردود أفعال لأوضاع فيها إمكانية لأذى الفرد. ويمكن القول بأن الضغط النفسي يشير إلى متطلبات تكيفية يجب أن يتعامل معها الفرد إذا رغب إشباع في حاجات مختلفة. (السميران ، 2014 ، ص 16) .

يجمع "أكسون" بين جوانب الضغط النفسي في تعريفه له بأنه « حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثاً يدركون على أنها تهدد وجودهم النفسي، والجسمي، ويكونون غير متأكدين من قدرتهم على التعامل مع هذه الأحداث. (صالح، 2012، ص 26) .

عرفه غولدنبر (Goldenberg, 1977) الضغوط النفسية بأنها " ظروف شديدة تنهك الإنسان وتبدد قدراته " .

ووصفها بلوشر (Blosner , 1987) بأنها التهديد الذي يواجه إشباع الحاجات .

وهو حالة من التوتر الشديد و الانعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد، وتخلق حالة من اختلال التوازن و اضطراب السلوك (أبو الحصين ، 2010 ، ص21) .

وهكذا نتوصل إلى تعريف الضغط النفسي بأنه يشر إلى جملة العوامل الخارجية والتي تكون ضاغطة على الفرد وعندما تزداد شدتها فيؤدي ذلك إلى فقدان قدرة الفرد على التوازن والتكيف ما يؤدي إلى تغير نمط سلوكياته.

3-أنواع الضغط النفسي :

صنف البعض الضغوطات التي نعاني منها الى ثلاث أصناف :

- 1) ضغوطات يمكن التنبؤ بها مستقبلا ويمكن السيطرة عليها .
- 2) ضغوطات يمكن التنبؤ بها ولا يمكن السيطرة عليها .

وتتعدد الضغوط النفسية تبعا لتعدد مدارس علم النفس ، وتخصص علماء النفس ، ويشير الخطيب (2003) إلى أن هنالك عدة أنواع منها :

1 -ضغوط غير حادة : وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط وأعراضه التي من السهولة ملاحظتها .

2- ضغوط حادة : وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف هذه الاستجابات من شخص إلى آخر ولا يشير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية ، وإنما هي استجابات عادية تشير إلى ضرورة التدخل.

3- ضغوط متأخرة : وهي لا تظهر دائما أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة .

4- ضغوط بعد الصدمة : وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك أثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى.

و من المهم المعرفة بأن الضغوط النفسية أصبحت جزءا من الحياة اليومية مما يحتم علينا التعرف على مسببات الضغوط النفسية بهدف التخفيف من حدتها .

ويذكر (ولكسون وآخرون ،1997) إن بعض الباحثين قاموا بوضع استراتيجيات للتوافق مع الضغوط النفسية تنقسم إلى التوافق المتمركز حول المشكلة والتوافق المتمركز حول الإنفعال ، فالتوافق المتمركز حول المشكلة فيه يقيم الفرد الموقف الضاغط ويفعل أي شيء حياله ، أما المتمركز حول الانفعال فيه يركز الفرد على الاستجابة الانفعالية للمشكلة فيحاول تخفيف القلق حيال المشكلة بدون التعامل الحقيقي مع الموقف . ومعظم الناس يستخدمون التوافق المتمركز حول المشكلة.

كما أشار سيلبي (Selye,1976) إلى نوعين من الضغط النفسي هما :

أولا : الضغط النفسي السيئ "Bad Stress" وهذا يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمى كذلك الألم "Distress" مثل فقدان عمل أو فقدان عزيز .

ثانيا : الضغط النفسي الجيد " Good Sress" وهذا يؤدي الى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة كولادة طفل جديد أو سفر في عمل أو بعثة دراسية .

وتحدث سيلبي (Selye) عن نوعين آخرين من الضغط النفسي هما :

أولا : الضغط النفسي الزائد "Hyper Stress" وينتج عنه تراكم الأحداث السلبية للضغط النفسي المنخفض بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف معها .

ثانيا : الضغط النفسي المنخفض "Over Stress" ويحدث عندما يشعر الفرد بالملل وانعدام التحدي والشعور بالإثارة.

ويؤكد سيلبي (Selye,1976) أن الإنسان عادة مايعاني في حياته من نوع أو عدة أنواع من الضغوط الأربعة المذكورة سابقا .

وقد ميز لازاروس وكوهن (Lazarus ,Cohen,1977) بين نوعين من الضغوط :

أولا : الضغوط الخارجية "External Environmental Stress" والتي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة .

ثانيا : الضغوط الداخلية (الشخصية) "Internal "Personal"Stress" والتي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد.

وتتخذ الضغوط النفسية شكلين أساسيين أشار إليتهما كل من بروهان (1989, Bruhan) حيث الضغوط الإيجابية والتي تنتج عن زيادة العبء المصاحب للترقية في السلم الوظيفي ، والضغوط السلبية التي أشار إليها سيلبي (Selye, 1976) وهذه تنتج عن الفشل في الوظيفة أو العمل.

إن الضغوط يمكن أن تتنوع وتتشكل بحيث تشمل كافة مناحي الحياة التي يعيشها الإنسان والتي يمكن وضعها ضمن الأنواع التالية :

- ✓ **ضغوط العمل:** وهذه ناتجة عن إرهاق العمل ومتاعبه في الصناعة ،أولى نتائجها الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب والملل اللذين يؤديان إلى القلق النفسي حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد .وأثار تلك النتائج على التكيف في العمل والإنتاج ، فإذا ما استنقل هذا الإحساس لدى العامل في عمله ،فسوف تكون النتائج : التأثير على كمية الإنتاج ، أو نوعيته ، أو ساعات العمل ، مما يؤدي إلى تدهور الصحة العامل الجسدي والنفسي وغالبا ما يؤدي إلى سوء تكيف مهني .. ومن أولى تلك الأعراض ، هي زيادة الإصابات في العمل والحوادث ، وربما تكون قاتلة فضلا عن زيادة الغياب أو التأخر عن العمل ، وربما يصل الى الانقطاع عنه وتركه نهائيا .
- ✓ **الضغوط الاقتصادية:** فلها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة أو فقدان العمل بشكل نهائي ، إذا ما كان مصدر رزقه ، فينعكس ذلك على حالته النفسية ، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة .
- ✓ **الضغوط الإجتماعية:** معايير المجتمع تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها ، والخروج عنها يعد خروجا على العرف والتقاليد الإجتماعية وبالتالي تحدث إشكاليات لتلك المخالفات التي تصبح قوى ضاغطة على الفرد وتسبب له أزمات واختلالا يؤثر في تعاملاته وعلاقاته الإجتماعية .
- ✓ **الضغوط الأسرية:** تشكل بعواملها التربوية ضغطا شديدا على رب الأسرة وأثرا على التنشئة الأسرية ، فمعظم الأسر التي يحكمها سلوك تربوي متعلم ينتج عنه التزام وإلا اختل تكوين الأسرة وتفتتت معايير الضبط ونتج عنه تفكك الأسرة إذا ما اختل سلوك رب الأسرة أو ربة البيت .
- ✓ **الضغوط الدراسية:** على طالب المدرسة في مختلف المراحل الدراسية ضغطا شديدا في حالة عدم استجابته للوائح المدرسة أو المعهد أو الكلية ، فهو مطالب بأن يحقق النجاح في الدراسة ، لإرضاء طموحه الشخصي الذاتي أولا ، ورد الجميل لأسرته التي خصصت من دخلها المادي كنفقات الدراسة ثانيا فضلا عن المؤسسة التعليمية التي صرفت الأموال المتمثلة في مستلزمات الدراسة الدراسة كتوفير المدرسين المتخصصين والاحتياجات المادية العلمية في العملية التعليمية .

✓ الضغوط العاطفية بكل نواحيها ، النفسية ، الإنفعالية: فإنها تمثل لبني البشر واحدة من مستلزمات وجوده الإنساني . فالعاطفة لدى الإنسان غريزة اختصها الله عند البشر دون باقي المخلوقات . فعندما

يعاق الإنسان في طلب الزواج والاستقرار العائلي بسبب الحاجة الإقتصادية أو عدم الإتفاق مع شريك الحياة وتتعثر جهوده في الاستقرار الزواجي ، يشكل ذلك ضغطا عاطفيا ، تكون نتائجه نفسية ، مما يجعله يرتبك في حياته اليومية وتعامله وفي عمله أيضا ... إلى أن يجد الحل في التوصل إلى تسوية مشاكله . (نايل الغرير ، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، 2009 ، ص 27-31)

5- أعراض ومظاهر الضغط النفسي :

تظهر أعراض الضغط النفسي على الفرد عندما يتعرض لمرافق ضاغطة ، وتتمثل في الأعراض الجسمية والأعراض النفسية والأعراض السلوكية ، ومن أشهر التصنيفات لأعراض الضغط النفسي ، تصنيف " باربارا براهام 1004 وقسمها إلى (أعراض جسمية ، وأعراض انفعالية ، وأعراض ذهنية ، وأعراض العلاقات مع الآخرين) ويصنف كذلك " فيرا بيبفرا 1006 " م الأعراض المصاحبة لضغط النفسي إلي (أعراض جسمية وأعراض عقلية) . أما دومينيك شالفن 1005م فيميز بين نوعين من الأعراض : (أعراض جسمية سماها الضغط ، و أعراض نفسية سماها إستجابة عدم التكيف . وتجدر الإشارة أن هذه الأعراض تختلف من شخص لآخر ، كما يمكن أن تجتمع دفعة واحدة عند الشخص ، أو قد تكون منفردة .

انتهت الدراسات في مجال الصحة إلى إقرار وجود علاقة بين الضغط النفسي المزمن و ظهور أمراض خاصة فيما يتعلق بالاضطرابات السيكوسوماتية .

كما أن الضغط النفسي الذهني يمكن أن يزيد خطورة الموت حتى ثلاث مرات عند الأفراد الذين لديهم دورة شريان تاجي ضعيفة بسبب ما تطلقه أجسامنا من مواد كيميائية التي تزيد في الألم والالتهاب في عدة اضطرابات جسدية وذلك عندما يشعر الفرد أنه مضغوط نفسيا .

كما تؤكد ذلك نتائج «دراسة أحمد عبد الخالق (،) 1003 والتي مفادها أن أعلى مستويات الاضطرابات النفسية و العضوية توجد لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة ، وأن التعرض لأحداث الحياة الضاغطة لفترة طويلة و مستمرة لا تؤدي إلى القلق فحسب بل تزيد من معدل الاضطرابات

النفسية وتؤدي إلى الوفاة و إلى تقدم العمر قبل الأوان ...و كذلك نتائج دراسة (العتيبي)1001التي كشفت عن وجود علاقة طردية بين ضغوط أحداث الحياة اليومية والاضطرابات النفسية و السيكوسوماتية .»

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن الضغوط النفسية تؤدي إلى مشكلات نفسية، مثل: الاكتئاب و القلق وتعاطي المخدرات و توصل "ماك أندرو (1000) Macandor أن (العمال المكلفين بالتعامل مع جثث القتلى الناتجة عن المخاطر الطبيعية، يشعرون بالقلق و الأسى) .

وتوصل "شعبان جاب الله رضوان1002 "أن الأعراض الاكتئابية تنشأ بسبب أحداث الحياة المثيرة للمشقة.

ويرى "أكيسكال" (1001م AKiskal) أن انتشار الاكتئاب عند النساء أعلى منه عند الرجال، ويعود إلى تعرض المرأة للضغوط النفسية المرتبطة بدورها السلبي، و ابتعادها عن اتخاذ القرارات المصيرية في الحياة.

و الجدول التالي يبين لنا أهم المظاهر المتعلقة بالضغط النفسي و التي تظهر جليا على شخصية الانسان.

جدول رقم (01) يوضح مظاهر الضغط النفسي على شخصية الفرد.

المظاهر الجسمية	المظاهر الإنفعالية
<p>جفاف الفم والبلعوم، التعب والانهيار العام، رجفة أو ارتعاش عصبي، سرعة خفقان القلب. إسهال فيمقابل إمساك، تردد الحاجة للتبول، اضطراب المعدة و الجهاز الهضمي. ألم الرقبة، ألم أسفل الظهر ألم أعلاالظهر، نوبات دوار، فقدان الشهية للطعام أو العكس زيادة الشهية، ألم في الصدر تشنج عضلات الجسم.</p>	<p>تناوب في المزاج والانفعال، دافع قوي للبكاء ، دافع قوي لإيذاء الآخرين، شعور بعدم الاستقرار العاطفي، فقدان الشعور بالمتعة ،شعور بالقلق و الحزن. خوف من المستقبل و توقع حوادث وشيكة الحصول، خوف من عدم استحسان الآخرين ،خوف من الفشل، صعوبة الاستغراق بالنوم، ضعف الاستمتاع بالجنس، قلة الصبر على غير العادة الشعور بأن الأمور خارجة عن السيطرة، الشعور بفقدان الأمل و خيئته.</p>
المظاهر المعرفية	المظاهر السلوكية
<p>ضعف في التركيز ضعف في الذاكرة تفكير غير منطقي، اضطراب في التفكير، انشغالداخلي. كوابيس</p>	<p>مظاهر مباشرة :حدة الطبع، إرتجالية التصرف ، الحديث أكثرمن العادة،الخوف السريع ، التعلثم بالحديث، صعوبة الجلوس لفترة من الزمن ، التهجم اللفظي على أحد ما، صعوبة بقائه بالحيوية نفسها طويلا ، الإنسحابية ، الدخول في نوبات بكاء مظاهر غير مباشرة : زيادة التدخين ، زيادة إستهلاك الكحول ،زيادة إستخدام الأدوية للتخفيف من التوتر ، اللجوء إلى النوم كوسيلة هروب ، مشاهدة التلفاز أيضا كوسيلة هروب ، تكرار زيارة الطبيب لشكاوي صحية.</p>

(صالح، 2012، ص 14).

ونستخلص من هذا أن الضغط النفسي له أعراض ومظاهر عديدة تؤثر على الفرد على مختلف الجوانب سواء الجسدية ، الإنفعالية ، المعرفية والسلوكية مما تؤدي إلى نتائج سلبية على أداء وشخصية الفرد.

6- مصادر الضغط النفسي :

على الرغم من أن الفرد قد تعرض لكثير من الضغوط طوال مراحل حياته . إلا أن طبيعة الضغوط التي تفرضها عليه قد تغيرت وكذلك مدى استعابه لهذه الضغوط ، وكما ترى تغيرات الحياة وكيف أن التحول من المجتمع الزراعي الى المجتمع الصناعي والحضري قد جلب معه المزيد من الضغوط بالإضافة إلى الكثير من " التحركية "

أو بمعنى آخر القابلية للحرك أو الانتقال الإجتماعي والجغرافي والتلوث البيئي والدمار والزحام والحروب وغيره . فمن منظور المجتمع فإن هذا التطور قد أدى إلى حدوث مشكلات خطيرة وأصبح عاملاً ضاغطاً على الفرد ولذلك يبدأ التأثير السلبي لتلك الأحداث على الفرد.

يحدد حامد زهران (1977) مصادر للضغوط متمثلة في الخجل ، وعدم الجرأة ، الاحترام ، النظام ، الغضب ، اللامبالاة ، عدم التعاون ، الأنانية ، عدم الحماس ، ضعف الدافع.

وقد تبين أن جزء من الأحداث التي تسبب الضغوط تقع على الطريقة التي نفكر بها في حياتنا اليومية ومن خلال هذا الإطار يمكن أن نغير من تفكيرنا وبالتالي نستطيع أن نغير من حياتنا بالإضافة إلى أن مواجهة الضغوط تقع على الطريقة التي تتعامل بها وتدير بها الضغوط.

أما كابلان (1981,Caplan) فقد إعتبر التغير الإجتماعي السريع مصدراً من مصادر الضغوط ، فالتغيرات الإجتماعية التي سببتها التكنولوجيا الحديثة قد أساءت وضع كثير من الناس ، وبعيدا عن عادات الحياة المعاصرة ، وأوضح كابلان Caplan أن عملية الإقتلاع من الجذور هذه سواء كانت بدنية أو نفسية هي غالبا تجربة تسبب الأذى ، والضرر ، وعندما تكون الإستجابة لتلك التغيرات غير كافية بشكل ماتعتبر التغيرات مصدراً للضغوط.

فمصادر الضغوط عبارة عن مثير له إمكانية محتملة ف أن يولد استجابة المواجهة أو الهروب عند شخص معين ، وأن الإنسان عادة مايتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط بعضها مصدره بيولوجي والآخر نفسي وبعضها إجتماعي .

كذلك الأحداث الغامضة تعتبر أكثر إحداثا للضغوط من الأحداث الواضحة ، فعندما يكون مصدر الضغوط غامضا .

نجد أن الشخص ليس لديه فرصة للتعرف ، ولكنه في تلك الحالة يضطر لبذل كل جهده لفهم مصدر الضغط ، وبالتالي تكون مضيعة الوقت ، أما إذا كان مصدر الضغط واضح أو متوقع ، يعطى ذلك للفرد فرصة لمواجهة هذه الضغوط .

ومما يجدر الإشارة إليه أن الإنسان عادة ما يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من مصادر الضغوط ، فالبعض منها بيولوجي والآخر نفسي . وبعضها فلسفي أو اجتماعي وبصرف النظر عن نوع مصادر الضغوط وطبيعتها فإن جسم الإنسان يستجيب لهذه الضغوط بنفس الأسلوب ، وعموما فإن إستجابة المواجهة أو الهروب هي التي تطلق عليها استجابات الضغوط وحينما تحدث هذه الاستجابة فإن الجسم يخزن طاقاته لكي يستخدمها ، وحينما يعجز عن تصريف هذا المخزون يصبح رد الفعل سلبيا .

وقد تنشأ الضغوط من أسباب تتعلق بالمنظمات او المنشآت التي تعمل بها وتسمى " بالضغوط التنظيمية " وهناك الأسباب الشائعة الأخرى التي يتأثر بها الناس خارج حدود ونطاق مجال أعمالهم وهي ما تطلق عليها " الضغوط التي تنتج عن السمات الشخصية والسلوكية للفرد " .

1- ضغوط السمات الشخصية والسلوكية

وهي تلك الضغوط التي تنتج من داخل الفرد ، حيث يقوم بفرض متطلبات مستمرة على حياته وترتبط هذه الضغوط بما يحمله الفرد من قيم أساسية تؤثر في اتجاهاته وبالتالي في سلوكه .

وفي هذا المجال سوق نقوم بتقسيم أنماط الشخصية إلى نمطين:

أ - نمط الشخصية النشطة : وغالبا ما تتسم بعدم الصبر والمنافسة والجدية والشعور الدائم بعدم كفاية الوقت ومحاولة تحقيق عدة أشياء في وقت واحد ، ونظرا لما تتصف به هذه الشخصية من عدم القدرة على الصبر فإنها تبدو عدوانية ومتوترة .

ب - نمط الشخصية المرنة : وهي تمثل الأشخاص الذين يتحلون بالصبر والأسلوب المرن في التعامل مع الآخرين ، وهم يحافظون على مستوى التناغم والتنسيق داخل المنشأة والأشخاص في هذا النمط أكثر انتقاحا للتغذية العكسية ، حيث يدركون بحسهم ماذا يجب أن يفعلوه في كل موقف .

مما سبق يتضح الدور الذي تلعبه السمات الشخصية والسلوكية في مدى زيادة الضغوط أو تناقصها .

2-المشكلات الشخصية :

تمثل المشكلات الشخصية للفرد أحد المصادر الهامة للضغوط ،فالمشكلات الأسرية تسبب الكثير من الضغوط حيث يكون هناك صراع لعمل توازن بين متطلبات المعيشة والحياة المتداخلة من حيث السعي للحفاظ على تماسك الأسرة بالإضافة إلى انخفاض الدخل الاقتصادي للأسرة ، والمشكلات الصحية والعلاقات العائلية من مصادر الضغوط النفسية في حياة الفرد.

3- تأثير التغيير :

أثبتت الأبحاث أن التغييرات الحياتية الإيجابية والسلبية تتحدد مع بعضها لتخلق نوعا من الضغوط أثناء قيام الفرد بالتوافق مع أي موقف جديد . ومن خلال الدراسات التي أجريت على الضغوط أثبتت أن الأحداث التي يتعرض لها الفرد ولا يستطيع السيطرة عليها أو توقعها تكون أكثر نسيبا للضغوط عن تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها .

والأحداث الغامضة تعتبر أكثر إحداثا للضغوط من الأحداث الواضحة ، فعندما يكون مسبب الضغوط غامضا نجد أن الشخص ليس لديه فرصة للتعرف ولكنه في تلك الحالة يضطر لبذل كل جهده لفهم مسبب الضغط ، وبالتالي يكون تضيق الوقت أم إذا كان مسبب الضغط واضح ومتوقع ويعطي ذلك للفرد فرصة لمواجهة هذه الضغوط.

والأحداث الإنفعالية أو العاطفية أيضا من مصادر الضغوط والتي تؤدي إلى انفعالات مكبوتة ومنها : دخول المستشفى - تغيير المدرسة - وفاة أحد الوالدين أو كليهما - طلاق الوالدين - العقاب او النقد الشديد - فشل العلاقات العاطفية .

واهتم الباحثون بدراسة احداث الحياة المسببة للضغوط و من هذه الأحداث الضوضاء والزحام والقيام برحلات يومية للوصول لأماكن العمل فكل هذه الأحداث ربما تكون مسببة للضغط لبعض الأفراد ولا تكون مسببة بالنسبة للآخرين وبالتالي فالضغوط هي نتيجة للتقديرات الشخصية .

وقد قسم حسن عبد المعطي (1994) الحوادث الصدمية إلى نوعين أساسيين هما :

- 1- الكوارث الطبيعية : ومنها البراكين والزلازل والأعاصير والفيضانات والسيول .
- 2- كوارث من صنع البشر ومنها الحروب، الإغتصاب ، والاختطاف ، وتصادم السيارات وتحطم القطارات والطائرات .

ويذكر سواء كانت هذه الأحداث طبيعية أو من صنع البشر فهي تؤثر على الأفراد وتسبب لهم الضغط.

ويحدد "ماك لين" متغيرين أساسيين لفهم طبيعة الضغوط هما "العبء الكمي" Quantative و "Overload

وهو زيادة حجم الأعمال والمستويات المطلوبة من الأفراد والجماعات لمواجهة الإحساس بالضغط . و"العبء التكيفي" Quantative Overload وهو أن الأعمال والمسئوليات تتطوي على نوع من الصعوبة والتحدي مما لا تؤهلهم وإمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم السابقة لإنجازها لمواجهة الضغوط.

فيحدث الضغط إذا من خلال منظومة صيغة تفاعل المتغيرات البيئية مع المتغيرات الذاتية ويقع الفرد في نهايته تحت طائلة ضغط ما وهي تحدث على النحو الآتي :

- 1- حوادث خطيرة مهددة.
- 2- فرد يدرك هذه الحوادث بأنها خطيرة ومهددة فهي ليست كذلك في حد ذاتها وإنما الفرد الذي يصعب عليها هذه الصفة.
- 3- يبذل الفرد نشاطا توافيقيا تكيفيا لمواجهة هذه الحوادث والضغوط .
- 4- يفشل الفرد في التكيف مع هذه الضغوط Stress.
- 5- الشعور بحالة الإنضغاط فيشعر الفرد بالإعياء والإنهاك والمشقة ويستطيع الفرد أن يعبر عن هذه الحالة في تقرير ذاتي في صفات نفسية مثل مكتئب وحزين وقلق وخائف وفي صفات سوماتية مشدود متوتر .

لذا تعددت وجهات نظر الباحثين حول مصادر شعور الفرد بالضغط النفسي فمنهما :

- أ- مصادر خارجية : وهي الأحداث الخارجية وأثارها لنمو مشاعر الضغط النفسي .
- ب- مصادر داخلية : وهي تمثل معتقدات وافكار وانفعالات الفرد التي يستقبل بها ما يمر به من أحداث .
- ج- مصادر خارجية وداخلية معا : وفيه تتفاعل الأحداث الداخلية والخارجية معا في إثارة ونمور الشعور بالضغط النفسي حيث ترجع أسباب الشعور بالضغط النفسي إلى مصدرين :
 - ✓ مصادر داخلية وتشمل (الإصابة بالأمراض - الشعور بالوحدة - الآلام الجسمية)
 - ✓ مصادر خارجية وتشمل (مشاكل مالية - إصابة أفراد العائلة بمرض خطير - الطلاق - اختناقات المرور - مشاكل العمل) .

فمصادر الضغوط عبارة عن مثير له إمكانية محتملة في أن يولد استجابة المواجهة أو الهروب عند شخص معين ، وأن الإنسان عادة ما يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط بعضها بيولوجي والآخر نفسي وبعضها اجتماعي. وعموما لا يمكن القول بأن شخصا ما يعاني من الضغوط مالم يكن هناك مصدر لهذه الضغوط ، واستجابات من جانب الفرد وعلى ذلك فإن العناصر الرئيسية

التي تشكل أي موقف ضاغط هي : (مصادر الموقف الضاغط ، الإستجابة لهذا الموقف الضاغط) ، وبدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك مواقف ضاغطة ، حيث أن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطا ، كما أن صدور استجابة شخص معين لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقرر أن هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا ومصادر الضغوط عبارة عن مثير له إمكانية محتملة من أن يولد استجابة المواجهة أو الهرب عند شخص معين . (السيد خليفة ، 2008 ، ص 146-151)

7- النظريات المفسرة للضغط النفسي .

تعددت المقاربات النظرية التي تناولت الضغط النفسي بتعدد المرجعيات العلمية لها ، حيث اعتبر الفيزيولوجيون الضغط النفسي إستجابة داخلية ذات طابع فيزيولوجي بينما اعتبره السيكولوجيون عاملا منبها للحالة التي يشعر فيها الفرد بعدم قدرته على تحمل الموقف الضاغط والتعامل معه بشكل إيجابي ، وقد اعتبره آخرون على أنه - الضغط النفسي - محصلة للتفاعل الذي يحدث بين البنية النفسية والمعرفية والإنفعالية للفرد وبيئته المحيطة به وسنتناول فيما يلي هذين الإتجاهين النظريين بالدراسة والتحليل :

6-1 الإتجاه الفيزيولوجي :

يركز الإتجاه الفيزيولوجي في تفسيره للضغط النفسي على العلاقة الخطية التي تبدأ بالتعرض لموقف ضاغط وتنتهي بالإستجابة الفيزيولوجية إزاءها ، ومن بين النظريات التي سارت في هذا الإتجاه نذكر :

- نظرية وولتر كانون Walter Cannon

قدم كانون Cannon أول تطبيق لمفهوم الضغط النفسي على الإنسان " إذ إعتبر أن الضغط النفسي هو مصدر إضطراب للإتزان الحيوي Homeostasis تحت ظروف نقص الأكسجين ، والبرد ، والحرارة وانخفاض السكر في الدم".

وقد لاحظ كانون Cannon تغيرات فيزيولوجية تحصل في الجسم تحضر الفرد أن يقف ويواجه الحدث أو الموقف الضاغط ، أو يهرب من الموقف ... ويفسر ذلك بأن الإستجابة الفورية التي تظهر تلقائياً كردة فعل لإدراك الخطر تدفع إلى تسارع النبض وزيادة التنفس وتشنج العضلات ، وإرتفاع ضغط الدم وتوسع في بؤبؤ العين وغيره ، وكل ذلك يحدث نتيجة إطلاق الغدة النخامية لهرمون Adrenocorticotrophic والذي يستثير بدوره غدة الأدرينالين لفرز هرمونات Corticosteroid و Epinephrine .

كما تواصلت أعمال كانون Cannon حول الضغط النفسي مع الأبحاث المخبرية التي نشرها هانز سيللي عندما قاب لمرضى يعانون إضافة إلى مرضهم العضوي من أعراض أخرى مثل نقص الوزن ، وفقدان الشهية للطعام ونقص القوة العضلية ، و غياب الطموح ... الخ .

واكتشف وجود عوامل " Agent " مؤذية داخل الأجسام أطلق عليها عوامل الضغط النفسي Stressors كما صاغ مفهوم تتافر التكيف العام Syndrome Général D'adaptation (SGA) يشير به الى استجابة عضوية لصعوبات البيئة وقد تضمن هذا التتافر ثلاثة مراحل لعملية الإستجابة للضغط النفسي ، وهي :

👉 مرحلة الإنذار Alarm Stage:

تحدث في هذه المرحلة إثارة الجسم بسبب إطلاق الهرمونات من النظام الغدي، حيث أن إطلاق الغدة النخامية لهرمون (ACTH) الذي بدوره يؤدي إلى إفراز هرمون الأدرينالين والكورتيزول في مجرى الدم وتتميز هذه المرحلة بالمظاهر الآتية :

"شحوب اللون ، إصفرار الوجه ، وزيادة نبضات القلب ، وزيادة ضغط الدم ، وتوسع الاوعية الدموية للقلب والعضلات ، وزيادة نشاط الكبد ، وتوسع القصبات الهوائية .

لكن الجسم لا يستطيع البقاء طويلاً في هذه المرحلة فيمر إلى المرحلة الموالية .

👉 مرحلة المقاومة Resistance Stage:

بعد أن يكون الجسم في حالة إستجابة لمرحلة الإنذار يدخل في ردة فعل سماها سيللي بالمقاومة Resistance "إذ يقاوم الجسم الظروف الطارئة وذلك محاولة منه التكيف مع عامل الضغط النفسي ، هنا تهبط الإثارة الفيزيولوجية لكنها تبقى أعلى من المعدل الطبيعي ويعيد الجسم إطلاق هرمون الأدرينالين " .

ومن جملة الإستجابات البيوكيميائية لهذه المرحلة إنتاج الجلوكوز Glucose والإحتفاظ بالماء La Rétention D'eau وتحرير الطاقة وتحويل الدهون إلى جلوسيدات .
 وإن زيادة مدة الضغط النفسي تجعل الجسم ضعيفا في مناعته وحساسا في قابليته للتأثير بالضغط النفسي وبالتالي يمر الجسم إلى المرحلة الأخيرة من الضغط النفسي .

مرحلة الإنهاك : Epuisement Stage .

في هذه المرحلة يفشل الجسم في المقاومة والتكيف مع العامل الضاغط مما يعرض الجسم للمشكلات الفيزيولوجية والسيكولوجية والإنفعالية منها : صعوبة التركيز وفقدان معالم التوجيه وغياب الإتصال مع الواقع وعدم تناسق الحركات مصحوبة بإضطرابات في الكلام .

إن الأعمال المخبرية لسيلي Selye قد ساعدت الباحثين على فهم أكثر للضغط النفسي ، حيث قدم نموذج تناذر التكيف العام (SGA) تفسيرا لدور المقاومة والإنهاك لطاقة الجسم مما يتسبب في إعتلال الصحة وإلحاق أضرار وظيفية بأجهزة الجسم قد تظهر في أعراض سيكوسوماتية .
 إلا أن ما يؤخذ عليه هو تقييده في تفسير الضغط النفسي بالتركيز على الميكانيزمات الفيزيولوجية والبيولوجية كإستجابة جسمية فقط ، علما أن هذه الإستجابات هي غير محددة وقد تختلف بإختلاف العوامل الضاغطة مما قد يؤدي إلى الإختلافي الإفرازات الهرمونية المسؤولة على تأمين التجنب أو الهروب من الموقف الضاغط وذلك بسبب الإختلافات الفيزيولوجية والبيوكيميائية ما بين الأفراد وتجاربهم في الحياة.

فضلا عن نموذج تناذر التكيف العام لم يترك مجالا للعوامل النفسية والدور الإيجابي للفرد الذي قد يعالج فيه الموقف ويختار السلوك المناسب من خلال إدراكه وتفسيره وتقييمه للموقف ثم اختيار الإستجابة الصحية ، أو المضطربة التي سوف يستجيب بها إزاء الموقف الضاغط المدرك.

ويعد هذا التجاهل من الدوافع التي جعلت المهتمين بالضغط النفسي يتابعون البحث والتقصي لمعرفة طبيعة العوامل الضاغطة ، وكذا العوامل التي تتوسط بين الخصائص النفسية للأفراد واستجاباتهم المختلفة للضغط النفسي بالرغم من تعرضهم لنفس العوامل الضاغطة وهذا ما يتميز به الإتجاه السيكولوجي .

6-2 الاتجاه السيكولوجي :

أخذت الأبحاث السيكولوجية حول الضغط النفسي منحيين :

المنحنى الأول :

اعتبر الضغط النفسي مثيرا يشتمل على مجموعة من العوامل المثيرة للضغط النفسي تدعى بمصادر الضغط النفسي ، وحسب هذه الإتجاه فإن تراكم المشكلات التي تفوق طاقة تحمل الفرد تؤدي إلى ضغط نفسي وهي نوعان :

-أحداث الحياة الرئيسية Life Events-

قدم هولمز وراهي Holmes & Rahe نتائج لمجموعة من البحوث خلال فترة الستينات خلاصا فيها إلى نتيجة مفادها أن المرض يزداد خلال أوقات التغيرات العنيفة للشخص .

بناء على هذه النتيجة ركز هولمز وراهي البحث على دراسة العلاقة بين المرضى ومتغيرات الحياة مركزين على السؤالين التاليين وهما:

- كيف يصنف الناس تجارب تغيرات الحياة في درجات الضغط النفسي . Stress Fulness؟

- هل هناك إرتباط بين تغيرات الحياة المتراكمة وتكرار المرض ؟

وتوصلا إلى تصنيف أحداث الحياة التي تسبب ضغطا نفسيا لدى الأفراد وهي عبارة عن 43 حدثا رتبت وفق درجة أهمية الضغط النفسي التي تسببه ، وتتمثل هذه الأحداث في الأوضاع الأسرية والشخصية والمهنية .

والملاحظ أن هذه المراقبة في فهم الضغط النفسي " تنظر له على أنه سببا روريا ومعجلا للإصابة بالمرض.

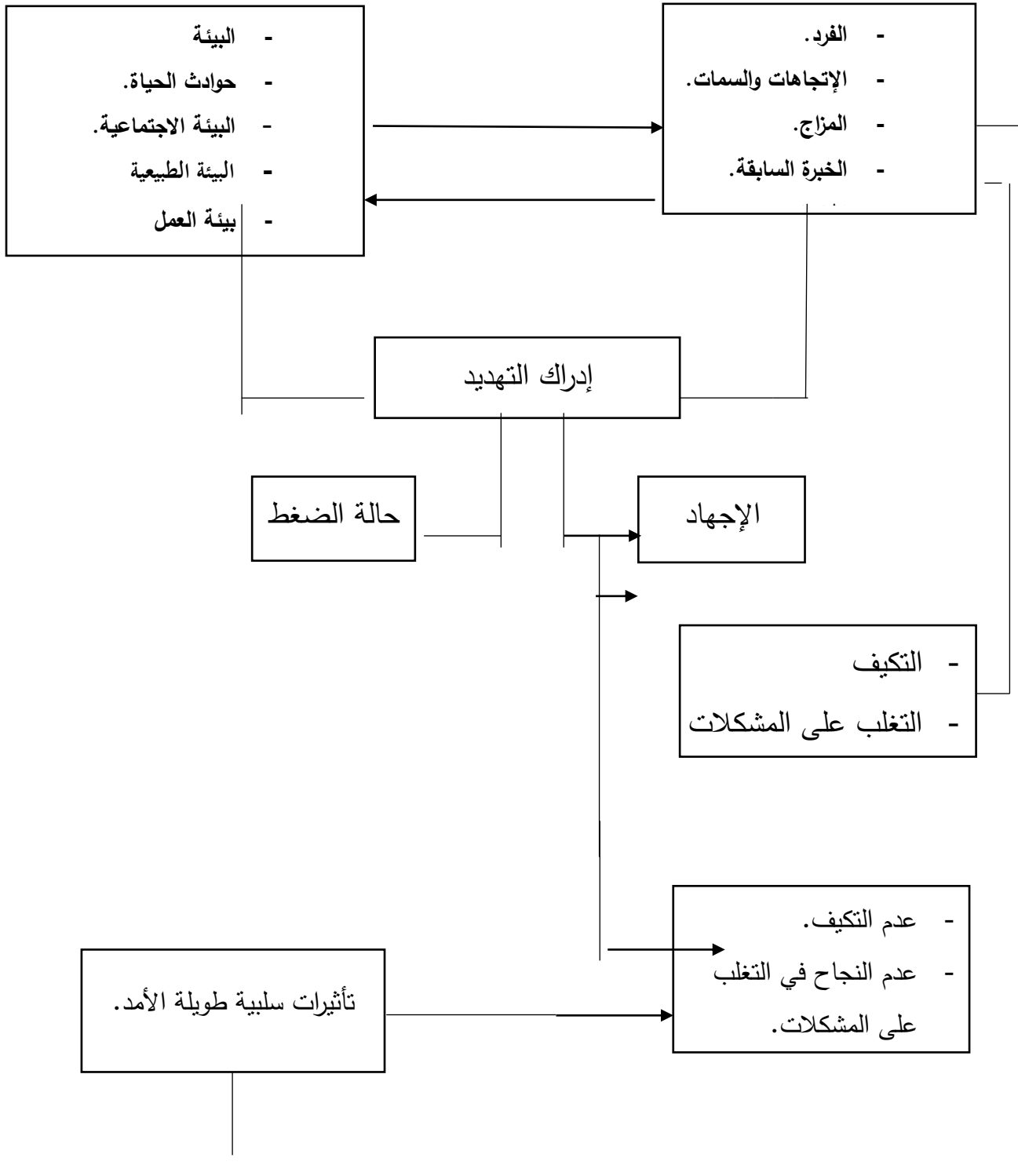
إلا أنها أغفلت أن هناك فروقا فردية في إستجابات الأفراد إزاء نفس الحدث الضاغط ، فهناك من يدرك الحدث الضاغط بطريقة عقلانية غير إنفعالية ، وبالتالي يكون تقييمه أكثر إيجابية حيث يستطيع ضبط إنفعالاته بإختيار الأسلوب الإنفعالي المناسب ليخفف من آثار الحدث الضاغط المدرك ، بينما هناك من يختار أسلوبا إنفعاليا

يتميز بالحساسية المفرطة إزاء نفس الحدث الضاغط ، ومن المتوقع أن ترتفع شدة الضغط لديه لتشكل أزمة (أو مشكلة) يصعب عليه حلها ، وعليه فإن عملية توقع الإستجابة للمرض تصبح أمرا نسبيا قد يتوقف على شخصية الفرد ومحيطه الاجتماعي والثقافي.

المنحنى الثاني :

يصف هذا الإتجاه الضغط النفسي على أنه علاقة تفاعلية بين الفرد والبيئة ، فليست البيئة فقط هي التي تؤثر في الفرد سواء تعلق الامر بأحداث الحياة الرئيسية أو المشاهدات اليومية بل يتدخل أو يتفاعل الفرد مع مصادر الضغط النفسي Stress As Interaction وهو ما يطلق عليه الضغط النفسي المتفاعل ، ومن رواده كوبر Couper الذي قدم نموذجا يبين أن إستجابة الفرد للمواقف الضاغطة تقسم إلى قسمين : بيئة داخلية تتمثل في الإتجاهات والسمات والمزاج والخبرة السابقة والحاجات الخاصة للفرد ، وبيئة خارجية تتمثل في الحوادث البيئية كحوادث الحياة والبيئة الاجتماعية وبيئة العمل والبيئة الطبيعية . ويتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض من خلال الموقف الضاغط المدرك الذي سوف يؤدي إلى إدراك الفرد للتهديد مما يؤدي بدوره إلى ظهور حالة من الإجهاد والإرهاق بالإضافة إلى حدوث تغيرات فيزيولوجية ومعرفية ونفسية تساعد الفرد في تقييمه للوضعية التي هو فيها حتى يستطيع السيطرة على هذه الوضعية من خلال تحقيق التكيف ، وفي حالة فشل الفرد في التغلب على الموقف الضاغط يؤدي إلى آثارا سلبية طويلة الأمد نتيجة عدم التكيف والتغلب على المشكلات ، حيث تتدخل فيه العوامل المعرفية للفرد وكيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط مما يؤدي به إلى فشل في تحقيق إتزانه وتكيفه .

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الآتي :



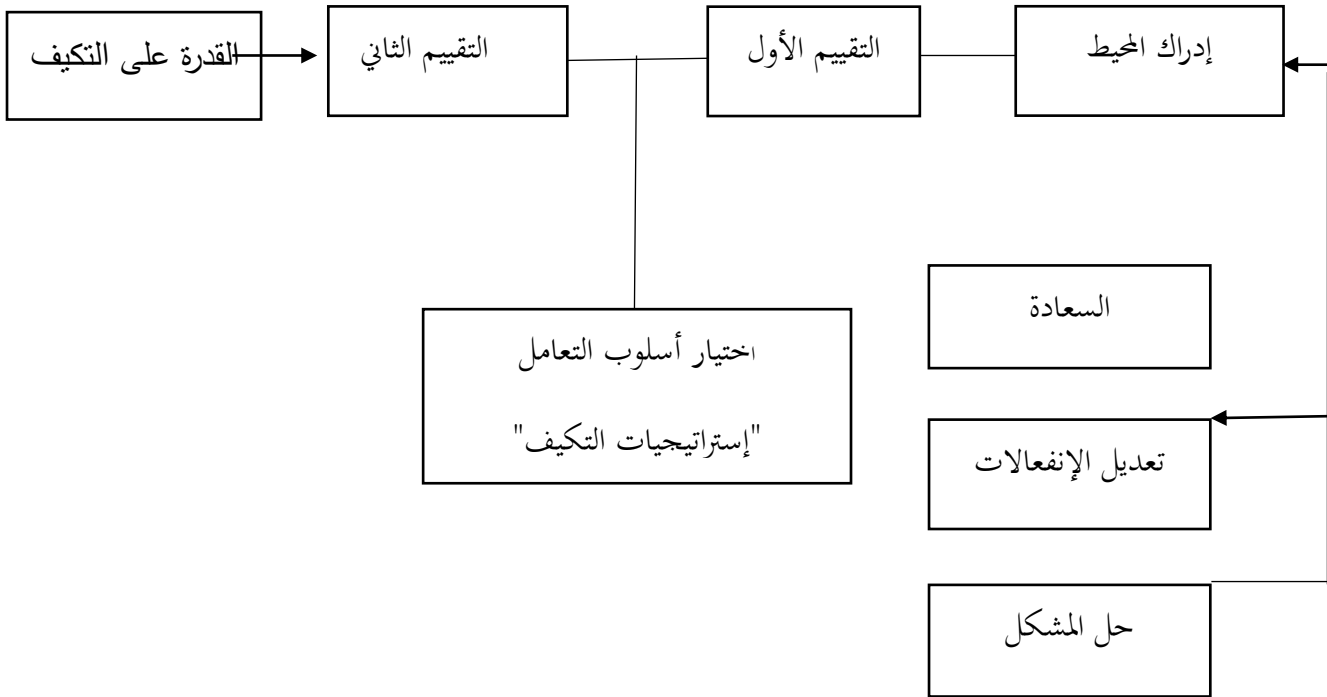
مخطط (01) يوضح ديناميكية حدوث الضغط النفسي عند كوبر (1981) .

كما قدم لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman نموذجا آخر في ذات السياق التفاعلي حيث يرى أن الضغط النفسي هو نتيجة التفاعل الديناميكي بين الفرد والبيئة .

إذ يركز على دور تفاعل كل من شدة الإحتمال Hardiness أو تماسك الإحساس Sens Of Coherence أو أساليب المواجهة Coping Styles أو بعض أنماط الشخصية A.

كما يركز نموذج لازاروس على التقييم المعرفي للوقائع بحث يتم إدراك الضغط أو توقع حدوث ضغط ما ، حيث يكون هذا التقييم من خلال تصورين الأول يكون تصورا سطحيا وأوليا للموقف ثم يتبنى تصورا ثانويا أعمق من التصور الأول ، يبحث يدرك الفرد حالة الضغط ويستعد لمواجهة هذا الضغط بتحديد وسائل المقاومة ، ثم إختيار الإستجابة المناسبة بناء على إدراك وتصورات الفرد للموقف الضاغط ونمط الشخصية .

ويمكن توضيح ذلك في المخطط الآتي :



مخطط رقم (2) يوضح نموذج لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkma.

(أبي مولود عبد الفتاح ، 2008، صص24-31)

6-3 الإتجاه المعرفي :

أ- النموذج المعرفي لبيك Beck: يعتبر بيك أن النظام المعرفي الداخلي هو المسؤول عن تحديد استجابة الفرد للضغط - باعتباره مثير - بناء على سيرورة حركية تستوجب استدخال متواصل للتفسيرات و التحليلات و التقييمات لمختلف الوضعيات و المواقف الخارجية ، فتحدد درجة ضغط المثير و مدى خطورته متصل بتفسير الفرد له و تقييمه له ، ومن ثم تحديد الاستجابة الملائمة، و يرى أن عملية التقدير تحدث بصفة تلقائية آلية دائمة سريعة تظهر بعد فترة من الممارسة الحياتية على شكل عادة. إن تحديد الفرد للاستجابة يكون على مستويين : تحديد الاستجابة السلوكية، و التي تستوجب قيامه بتحديد اتجاه القوة و درجتها و انعكاساتها ، هذا ما اصطلح عليه بيك من جهة، و من جهة أخرى تحديد « inclinaison comportementale الاستجابة الانفعالية "réponse affective" المصاحبة للسلوك ، فمثلا عندما يتعرض الفرد إلى وضعية خطيرة غالبا ما تظهر عليه مشاعر الخوف و القلق المصاحبة للهروب أو المواجهة ، إن هذان العنصران أي الاستجابة السلوكية و الانفعالية هما نتاج التأويلات و التفسيرات و البناءات الفكرية الشخصية للوضعية الضاغطة ، والقيام برد فعل معين يسمح بفهم هذه الأخيرة .

يؤكد بيك كذلك على أن النظام المعرفي الداخلي هو المسؤول عن تحديد كل ردود الافعال مهما كان نوعها، و حدوث تعارض بين الداخل و الخارج من شأنه أن يؤدي إلى الاضطراب. ب- نظرية البناءات الشخصية لكيلي Kelly : تعتبر هذه النظرية من أهم النظريات التي تسمح بفهم استجابة الفرد للضغط باعتباره مثير ، فقد سلط الضوء على الطريقة التي يبني و يكون بها كل شخص معاني لخبراته ، وتكيف نمط إدراكه للعالم من حوله بناء على تفاعله مع المحيط. إن نظرية كيلي تعطي الأولوية القصوى للمعاني والمفاهيم الضمنية للتقييم المعرفي والذي يشمل تقييم الوضعية من جهة ، و التقييمات المعرفية السابقة الناتجة عن خبرات الفرد من جهة أخرى. و يعتبر كيلي أن البناء الشخصي هو الذي يسمح بإعطاء تفسير و إجراء مقارنات للوضعيات المختلفة على أساس التشابه والاختلاف، مما يسمح للفرد تطوير قدرته على الحدس و التوقع الناتج عن بناءات فكرية في سيرورة دائمة ، هذا ما يجعلها مرنة خاضعة لتعديلات مستمرة بناء على النتائج المتحصل عليها.

ج- النظرية الإدراكية لسبيلبرج **Spielleerger**: تعتبر نظرية لسبيلبرجفي القلق مقدمة من أجل فهم تفسيره للضغط، بحيث أنه ميز بين نوعين من القلق هما: القلق كحالة و يكون استجابة لموقف أو ظرف ضاغط، و القلق كسمة أو القلق العصابي أو المزمن و الذي يكون اتجاه سلوكي ناتج عن الخبرات السابقة، وبالتالي فإن القلق كحالة و الضغط على علاقة ثابتة إذ يؤكد أن القلق هو عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل للضغط، الذي يرى بأنه تقدير و تفسير ذاتي لموقف خاص على أنه خطير. (والي وداد ، 2014، ص 118-119)

ثانيا :أساليب المواجهة .

1- تطور مفهوم المواجهة:

من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية (Coping) تعنيبالفرنسية (Faire face)ويقصد بها التسوية أو التعامل إي استجابات تكيفيه للتغيراتالتي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد.

وتاريخيامفهوم المواجهة (Coping) يتصل بمفهومين هما :

ميكانيزمات الدفاع Mécanismes de defense : الذي تطور مع نهاية القرن 19م من طرف نظرية التحليل النفسي.

التكيف Adaptation: الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19معتما في ذلك على علم الطبائع والبيولوجيا وعلم نفس الحيوان .

حيث تعد الدراسة التي قام بها مورفي (Murphy1962) من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح المواجهة و الإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة والخطرة بهدف السيطرة والتغلب عليها .

أما مصطلح (Coping) فقد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه وتم تطويره من بعد في مراحل أخرى.

2- مفهوم أساليب المواجهة (COPING)

يشير لفظ المواجهة في " المعجم الأساسي لعلم النفس" لتلك الطريقة التي يتعامل بها فيوضعية ضاغطة والتحكم فيها وضبطها وقد تكون عبارة عن استجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد والخطر ، وقد تكون استجابة مخففة كتقليص الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية واللجوء إلى الأدوية، فالمواجهة قبل كل شيء هي ميكانيزم من أصل نفسي يؤثر على استجابات الجهاز العصبي الغددي. (عبد الحفيظ ، 2013، ص 95).

يرجع أصل كلمة استراتيجيه إلى الكلمة اليونانية "استراتيجيوس"strategos" التي تعني فنون الحرب وإدارة المعارك.

ويعرف قاموس ويبستر Webster الإستراتيجية على أنها علم تخطيط وتوجيه العمليات العسكرية.

ويعرف مصطلح استراتيجية لغويا فن استخدام الإمكانيات والوسائل المتاحة بطريقة مثلى، لتحقيق الأهداف الموجودة على أفضل وجه ممكن، بمعنى أنها طرق معينة لمعالجة المشكلة أو مباشرة مهمة ما، أو إساليب عملية لتحقيق هدف معين. (مسعود ، 2008 ، ص 151)

المواجهة حسب لازاروس (1981) Lazarus هي تلك الميكانيزمات التي تمثل محصلة المجهودات التي يبذلها الفرد قصد التكيف مع تغيرات البيئة الداخلية والخارجية (الفيزيائية والاجتماعية) وبذلك تختلف عن استجابة الضغط لأنها تتغير حسب خصائص الوضعية (شفيق ، 2009 ، ص 77).

وحسب لازاروس وفولكمان (LAZARUS ET FOLKMAN 1984) تعرف المواجهة :

"بمجموع المجهودات الفكرية والسلوكية والذهنية الموجهة نحو التحكم أو التقليل أو تفهم المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد أو تتجاوز المصادر الفردية " (حمداش ، 2002 ، ص 213) .

يعرف معجم علم النفس والطب النفسي استراتيجيات المواجهة coping strategie بأنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف ، واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات، في مقابل إستخدام الحيل الدفاعية ، واللفظ يطلق على الإستراتيجيات التي تصمم لمعالجة مصدر القلق عكس الحيل الدفاعية التي تتوجه لمعالجة القلق مباشرة وليس مصدره (مسعود ، 2008 ، ص 152).

رغم اختلاف التعاريف وتعددتها إلا أنه يظهر لنا أن استراتيجيات المواجهة هي الطرق التي يتعامل بها الفرد مع الأحداث والمواقف المسببة للضغط وذلك عن طريق استخدامه لمجموعة من الجهود والسلوكيات لمواجهتها والتعامل معها.

3-أهمية أساليب المواجهة:

يمكن القول أن عملية مواجهة الضغط النفسي هي قضية ذاتية، وتجربة شخصية، وقرار شخصي، وأن المواجهة تتأثر بشدة القواعد الاجتماعية التي تفسر كيف تتم مواجهة أحداث معينة، حيث يشير weber (1995) إلى تأثير استراتيجيات المواجهة بالعوامل الاجتماعية التي بشكل أو بآخر طريقة لهذه المواجهة.

ويمكن اعتبارها مواجهة الضغط النفسي طريقة أو محاولة من الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط، هذه المحاولة إما تكون فاعلة، وبالتالي تخفف من آثار الضغط السلبية ،و إما أن تكون غير فاعلة فتساهم

في تقاوم الضغط النفسي وهذا ما يراه لازورس وفولكمان حيث أكدوا أنه إذا كان الضغط النفسي مظهرا محتوما في أوضاع الفرد ، ومن المتعذر عليه اجتنابه، فإن أسلوب المواجهة هو الذي يضع فرقا في مصلحة التكيف، فالصحة والحالة الجيدة تعتبر رهن الطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط.

ويرى سيوارد (seaward 1999) أن استراتيجيات التعامل أو أساليب المواجهة هي الطرائق التي سيستخدمها الفرد عندما يعاني ضغط نفسي في المواقف التي يعتقد أنها تفوق قدراته، بهدف التعايش مع الضغط الذي تعرض له، وبعض هذه الأساليب تكون طبيعية ورد فعل تلقائي عندما يكون العامل الضاغط بسيطا، ولكن عندما يمون الموقف الضاغط شديدا فإن التكيف الاعتيادي يصبح غير كاف ، ونتيجة لذلك يصبح لدى الفرد إنهاك ذهني وانفعالي، ويبدأ بالعمل على تطوير سلوكه وتعديل حتى تتكون لديه أساليب جديدة للتكيف مع الضواغط التي يتعرض لها.

وعليه فإن أساليب مواجهة الضغط النفسي تساعد على التعايش معها بهدف الحصول على التوازن مع ظروف الحياة اليومية وأحداثها وإحباطاتها، ويجري اختيارها لتساعد الفرد في أثناء تعامله مع متطلبات العالم الخارجي.

وعن مدى فعالية أساليب المواجهة وطرق التعامل مع الضغوط في تحقيق التوازن يرى إفرلي Efferly أنه توجد عدة طرق في التعامل تبعث على التوافق، وأساليب أخرى تبعث على سوء التوافق فالأساليب التي تؤدي إلى تحقيق التوافق هي التي تخفض من الضغط وتعزز من صحة الفرد على المدى البعيد كالإسترخاء مثلا، وبعض التمارين الرياضية ، أما الأساليب التي تبعث على سوء التوافق فهي تلك التي تخفض من الضغوط عاجلا و تؤدي إلى تآكل الصحة آجلا مثل تعاطي الكحول واستخدام العقاقير بشكل سيء والانسحاب من التفاعل الاجتماعي.(مسعود، 2008، ص 163-164) .

4 - مميزات أساليب المواجهة :

إن أساليب المواجهة التي يستعملها الفرد لها أهمية كبيرة في حياته ، ويظهر هذا خاصة من خلال حميته من الإضطرابات الجسمية والنفسية والسلوكية وهذا إذا أحسن إستعمالها في الموقف التي تشكل له ضغطا في حياته ، ولهذه الأساليب أو الإستراتيجيات المواجهة مميزات وخصائص متعددة حددها Lazarus , (1993) في النقاط التالية :

- المواجهة عملية معقدة ، يستعمل فيها الأفراد أغلب إستراتيجيات المواجهة الأساسية إتجاه الوضعيات الضاغطة .
- ترتبط المواجهة بالتقدير والتقييم (Appraisal) كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف ، فإذا بين التقييم بأن هناك شئى يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة المركزة على المشكل ، أما إذا أظهر التقييم بأن ليس هناك شئى يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة المركزة على الإنفعال .
- عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعامل ، والصحة أو العائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.
- هناك مجموعة من إستراتيجيات المواجهة تبدو أكثر ثباتا وإستقرارا من الإستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة ، بينما ترتبط الإستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة على سبيل المثال : التفكير الإيجابي إتجاه الموقف هي ثابتة نسبيا وترتبط كثيرا بالشخصية ، في حين إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي فهي غير ثابتة وترتبط كثيرا بالسياق الاجتماعي .
- إستراتيجيات المواجهة تتغير منذ المرحلة الأولى من الموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة.
- تعتبر سلوكيات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الإنفعالية ، حيث ترتبط بعض إستراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية ، في حين ترتبط إستراتيجيات أخرى بنتائج سلبية .
- إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرفة للضغط (الصحة الجسدية ، والوظيفة الاجتماعية والوجود الذاتي) .

- تعتبر المواجهة مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم وتقليص أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد وتقوم مورده الشخصية وتضم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية ، وتصنف إلى نوعان مواجهة ترتكز على الإنفعال مثل التجنب الهروب وإتخاذ المسافة ، وأخرى تركز على المشكل مثل التصدي ومخططات حل المشكل ، حيث يهدف النوع الأول إلى تقليص حالة التوتر والضييق الإنفعالي المصاحب للضغط .والثاني

يضم طرق تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها مما يؤدي إلى تغيير الحالة الإنفعالية وهذه هي وظائف المواجهة . (صندلي ريمة ، 2011 ، 74) .

5- النظريات المفسرة لأساليب المواجهة:

هناك عديد من النظريات والنماذج التي تعني بمفهوم المواجهة، من حيث الدور الذي يسهم به كسلوك في التخفيف أو التقليل من التوتر والقلق الناتج عن مصادر الضغط التين واجهها في حياتنا، ولكن إطار أو نظرية رؤية لهذا المفهوم قد تختلف في نواحي، وقد تتشابه في نواحي اهرى مع غيرها من النظريات، ومن أهم النظريات أو النماذج الأكثر شيوعا في تناول مفهوم المواجهة مايلي:

1- النموذج الحيواني.

2- نظرية "فرويد" في الشخصية (النموذج السيكودينامي).)

3 - النظرية المعرفية (النموذج التفاعلي).

5-1 النموذج الحيواني:

يعد هذا النموذج متأثرا بنظرية النشوء والتطور والارتقاء لداروين(1859) التي تدور حول مبدأ الصراع من اجل البقاء، فالكائنات التي تبقى هي التي تكون اقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات البيئية الطبيعية وهو ما عبر عنه داروين بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح. وحسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة إي تهديد حيوي، وقد أشار Cannon(1932) إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة، وهي استجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفيزيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات الضاغطة مثلا هروب الخروف من الذئب.

أن هذا الأسلوب يكون ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الانفعالي أو المعرفي في الاستجابة للمواقف. إي أن الفرد يلجا إلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية:

- ميكانيزم الهروب (التجنب) في حالة الخوف والفرع .
- ميكانيزم الهجوم في حالة الغضب.

5-2 نظرية "فرويد" في الشخصية:

ترجع الأصول النظرية لمفهوم المواجهة في علم النفس إلى أفكار "فرويد" حول الشخصية الإنسانية والآليات الدفاعية والتي قدمها فرويد(1920-1936) وتلاميذه.

ونوجز نظرية "فرويد" في الشخصية لفهم مصدر الصراعات والضغوط التي يواجهها الفرد وكيفية معالجته لها.

لقد قسم "فرويد" (1933) الشخصية الإنسانية إلى ثلاث بنيات وهي :

✓ **البنية الأولى:** الهو يختص بكل ما هو موروث وغريزي ويعد الهو ساس الشخصية ومصدر الطاقة هذا النظام، حيث تسعى هذه الغرائز الناتجة عن مصادر حيوية وجسمية للإشباع من خلال مصدر خارجي، وذلك لتقليل التوتر الناتج عنها، وينتج التوتر وعندما لراحة مع زيادة هذه الطاقة الناتجة عن تنبيه داخلي والتي لا يستطيع الهو تحمله وبالتالي يبحث الهو عنا لخفض الفوري لهذا التوتر دون اهتمام بقيم المجتمع ومعاييرها ، ويسمى هذا الميل نحو الإشباع الوري بمبدأ اللذة ويقسم فرويد' هذه الغرائز إلى الغريزة الجنسية وغريزة الموت، وغريزة العدوان ، ومع محاولات الهو للإشباع الفوري للهو يتطور وينشأ الأنا.

✓ **البنية الثانية:** الأنا يعتبر الأنا الوصلة المباشرة مع العالم الخارجي ويسعى الأنا لتحقيق التوازن بين العالم الخارجي بمعايير وضوابطه وبين عالم الهو الغريزي برغباته واندفاعاته . وهذه المهمة من وجهة نظر فرويد من أصعب المهام و يتحكم في وظائف الأنا مبدأ الواقعية والذي يعمل على إشباع وتفريغ التوتر الناشئ عن الغرائز في ضوء ظروف بيئية واجتماعية وأخلاقية مناسبة.

✓ **البنية الثالثة:** الأنا الأعلى يعد الأنا الأعلى بمثابة القاضي والحاكم على صحة الأشياء من خطئها، فهو يسعى إلى المثالية والمعايير والأخلاق التي تصبح فيما بعد جزءا من العالم الداخلي للفرد أثناء تطور الشخصي. فبينما يطلب الهو المتعة الفورية ويختبر الأنا الواقع ويطلب الأنا الأعلى إلى الكمال من هنا ينشأ الصراع الناتج عن التفاعل المستمر والصدمات المتتالية بين هذه المكونات الثلاثة وتسمى هذه لطبيعة الإنسان، تؤدي هذه الرغبات الموروثة التي تصادم بين الفرد والبيئة حيث لا تسمح هذه الأخيرة بمعاييرها وأخلاقها هذا الإشباع وبالتالي لا يرضى الأنا ولا الأنا الأعلى كذلك مما ينتج عن هذا الصراع القلق والتوتر. ولأن القلق يسبب الألم فان افردي يسعى إلى تقليل هذا الألم بأسرع ما يمكن لذا يلجأ لاستخدام ما يسمى بالآليات الدفاعية التي تعمل للإخفاء هذه الصراعات المؤلمة. ولقد حدد فرويد استخدام هذه الآليات الدفاعية فبمواجهة ومعالجة مصادر الضغوط الداخلية، وهي الصراعات الجنسية والعدائية ، بينما اتجه " ادلر " في نظريته أن استخدام هذه الآليات الدفاعية تقتصر في مواجهة الضغوط الخارجية والتهديدات البيئية.. ولكن قدمت " آنا فرويد " رؤية تجمع بين التوجهين معا، حيث أشارت غالى الآليات الدفاعية تستخدم في مواجهة كل من المهددات الداخلية والمهددات الخارجية هذا عن القلق الناجم عن الصراعات المثيرة للضغط النفسي من منظور نظرية فرويد في الشخصية.

- أما عن الآليات التي يقدمها الأنا لتحقيق التوافق بين الهو ، الأنا، الأنا الأعلى، فهي تتمثل فيما يلي :
- 1- الكبت: يقصد به بأنه نمط خاض من الإنكار ويعرفه " وايت1964 White " انه نسيان أو طرح الذكريات المؤلمة أو المهددة من الشعور ويحدث الطرح في مواجهة الدوافع الغريزية التي تقابل بمعارضة اجتماعية وأخلاقية فيسعى الكبت إلى كف الدوافع المهددة من خلال ردها إلى اللاشعور.
 - 2- الإنكار: استخدام " فرويد " الإنكار ليصف الآلية التي يرفض بها الفرد إدراك الواقع بالإضافة إلى أن هذه الآلية تحدث عندما لا يستطيع الفرد الهروب مواجهة مصدر التهديد خاصة عندما يكون مصدر الألم مؤقتا بدرجة كبيرة فاصل خيار له هو إنكار هذا الألم.
 - 3- التبرير :وهو تشويه للواقع في محاولة لتبرير الأفكار والمشاعر والأحداث التي تجعلنا غير مرتاحين فإننا نلجأ إلى هذا الأسلوب كي نتجنب الألم الناتج عن الضغوط النفسية.
 - 4- التحويل :هو تحويل الضغوط النفسية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجيا، من خلال العمليات الحسية والحركية والعمليات الفسيولوجية، لتخفيف اثر الضغط النفسي.
 - 5- التسامي :وهو الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتسبب ضغطا نفسيا وتصعبا إلى مستوى أعلى أو أسمى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيا
 - 6- التثبيت :من خلال آلية التثبيت يثبت الفرد على مرحلة من مراحل النمو النفسي بسبب أن المرحلة التالية محملة بالتوتر والقلق. ويحدث التثبيت لدى الطفل لكي يحمي نفسه من القلق.

وأخيرا فهناك بعض الخصائص التي تميز بين المفهومين، فاستراتيجيات المواجهة تتميز بالمرونة والواقعية و المنطقية والسماح بالتعبير عنه والاختيار والاتجاه نحو المستقبل والوعي به. أما الآليات الدفاعية تتسم بالتصلب وتشويه الواقع والمنطق كما تتسم بالجبرية و اللاوعي أي أن الفرد لا يكون مدركا أو واعيا بها عند حدوثها.

ويتضح أنه على الرغم من أن تلك الآليات تستخدم لتقليل التوتر والقلق ، فهي ليست مكافئة تماما لمفهوم المواجهة..

3-5 النموذج التفاعلي:

ارتبط هذا النموذج بإسهامات وبحوث كل لازاروس وفولكمان (1984). وقد جاء كرد فعل على النموذج السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، حيث أكد هذا لاتجاه بان الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة بعقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لا شعورية ولا إرادية .

أكد هذا النموذج أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين مطالب البيئة وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية أوالنموذج.

ففي عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم هي:

التقييم الأولي(المبدئي): فيه يقيم الفرد الموقف من حيث هو مهدد أو لا .

التقييم الثانوي: فيه يحدد خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لديه للتعامل مع الموقف.

إعادة التقييم: فيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغظ نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخض الموقف الضاغظ. (عبد الحفيظ ، 2013 ، ص 101-107) .

6-أنواع أساليب المواجهة:

6-1أساليب المواجهة الفعالة:

تتضمن سلوكيات فعالة تساعد الفرد على حل المشكلة، وتتمثل في: البحث عن المعلومات، التفكير في حلول بديلة للمشكلة، طلب المساندة الاجتماعية . فهي التي تؤثر - المواجهة الفعالة - على كل من الصحة والتوافق النفسي للأفراد، كما أنها ترتبط أيضا وبشكل دال بانخفاض المشكلات النفسية لدى الفرد، فالأفراد الذين يستخدمون أساليب المواجهة أكثر فاعلية وتوافقية في مواجهة الضغوط يتمتعون بمستوى ملائم من لصحة النفسية، وأيضا يظهرون مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة، كما تساعد الأفراد على حل المشكلات واتخاذ القرارات.

6-2 أساليب المواجهة غير الفعالة:

هي عبارة عن مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة، وتتمثل في: سلوكيات التجنب كإنكار المشكلة الموجودة، القيام بأفعال غير ملائمة كالسلوك العدواني أو تعاطي العقاقير والمخدرات.

وهناك أساليب مواجهة تعتبر إشكالية، فإستراتيجية التجنب أو الهروب تمثل مشكلة للفرد، كما أن أنماط التفكير المختلفة وظيفيا تعتبر هي الأخرى أسلوب مواجهة غير فعال، وبالتالي لا تساعد الفرد على اتخاذ القرارات وحل المشكلات التي تواجهه ، بل تؤدي إلى الأمراض العصبية وظهور الأعراض النفسية.

إن الأصل في الحد من المواجهة الغير عملية هو البحث عن مستويات عديدة، حيث يرى "ماثويز" وآخرون أن الأسباب الغير عملية متعددة وتتغير من فرد إلى آخر، والذي أرجعها إلى: ❁ تقييم خاطئ للموقف بسبب عدم الوعي.

❁ تقييم خاطئ للموقف نتيجة لاكتناظ المعلومات وتشابكها .

❁ عدم الإلمام بالقيم والقواعد الاجتماعية المعمول بها .

❁ اختيار الفرد لاستراتيجيات مواجهة مناسبة، لكنه يفتقر للقدرات اللازمة لاستخدامها .

❁ اختيار استراتيجيات مناسبة ينجح في تحقيقها مبدئيا، لكنه سرعان ما يفشل لأسباب مجهولة .

إن استراتيجيات المواجهة قد تتراوح من استراتيجيات فعالة في مقابل استراتيجيات مواجهة غير فعالة، وذلك يعتمد على خصائص الشخص وعلى الظروف البيئية أيضا، كما تختلف أساليب المواجهة باختلاف العمر، وطبيعة الموقف الضاغط، والبناء المعرفي، ونمط الشخصية. ويشير "تايلور (Taylor)(1999) ("إلى عدم وجود أسلوب تكيف أكثر فاعلية من الآخر، فكل أسلوب من أساليب التكيف له إيجابيات وسلبيات تختلف باختلاف مصدر الضغوط النفسية، شخصية الفرد، إلا أن هناك دراسات نفسية تشير أو تدعم التأثير الإيجابي لأسلوب تكيف معين في مواجهة مصدر الضغوط النفسية من جهة ، وفي التقليل من الأعراض النفسية الناجمة عن هذا المصدر من جهة أخرى. (مزلق ، 2013 ، ص 122-123) .

6- العوامل المؤثرة في تحديد أساليب المواجهة المستخدمة :

أدى الاختلاف الذي عرفه مفهوم الضغط النفسي من جهة و للمواجهة من جهة أخرى إلى اختلافات في تحديد طبيعة العوامل المؤثرة في نوع المواجهة المستخدم بين من يركز على أثر العوامل الشخصية مثل كوباسا (Kobassa (1979، هان (Haan(1977) وباحثون آخرون اهتموا بدور الموقف الضاغط: شولر و بيرلين (Schooler&Pearlin(1978). فيما عمد اتجاه ثالث إلى بحث أثر التقييم المعرفي في تحديد نوع أسلوب المواجهة :لازاروس و فولكمان (1984 , 1985) Lazarus&Folkman ماكراي (McCrae(1984 لكن هذا الاختلاف لم يمنع من التأكيد على الدور المتكامل لهذه العوامل.

العوامل الشخصية والاجتماعية :

تلعب هذه العوامل دورا هاما في تحديد نوع التعامل كونها تعتبر ركيزة أساسية تتحكم في مدى قدرة الفرد على مواجهة التحديات وتغيير الوضعيات المهددة ، حيث يؤكد الباحثان ماك كراي و كوستا (1986) McCrae & Costa أن المميزات الشخصية تلعب دورا مسييا أكثر من العوامل الضاغطة في التقييم المعرفي وتحديد جهود المواجهة . فيما توصل هولاهان وموس (1985) Holahan & Moos إلى أن بعض الخصائص مثل الثقة بالنفس والقدرة على الاحتفاظ بالهدوء خلال الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون علامات فارقة بين من يعانون من الضغوط ومن يتمكنون من مواجهتها . وهو ما يتفق مع دراسة لازاروس وفولكمان التي توصلت إلى أن أسلوب المواجهة يكون أكثر فعالية عندما يملك الفرد تقييما إيجابيا لإمكاناته وقدراته على التحكم . إضافة إلى ذلك فإنه توجد مجموعة من المتغيرات الفردية والاجتماعية التي تؤثر في نوع المواجهة نذكر منها:

الانبساطية والعصابية :

شكل تقسيم أيزنك Eysenck للشخصية إلى بعدين : انبساطي وعصابي منطلقا للعديد من الدراسات حول العلاقة بين هذين البعدين ونوع المواجهة ، فقد كشفت دراسات كل من ماك كراي وكوستا (1986) McCrae & Costa باركر و اندلر (1990) Parker & Endler عن وجود ارتباط بين سمات الشخصية العصابية وأساليب المواجهة التجنبية فيما كان الارتباط موجبا بين الانبساطية وأساليب المواجهة المركزة حول المشكل .

وخلصت دراسة غوميز (1999) Gomez لعينة من المراهقين إلى وجود ارتباط إيجابي بين العصابية وأساليب التعامل المركزة حول المشكل ووجود علاقة موجبة بين الانبساطية والأساليب التقريبية فالأفراد الذين تكون نسبة القلق عندهم عالية يكونون عموما أكثر من يعاني من صعوبة في التعامل مع المواقف الضاغطة وتكون أساليب تعاملهم مع الضغوط أقل فعالية من الانبساطيين ، خاصة عندما يتعلق الأمر

بالعوامل المتكررة أو طويلة الأمد . فارتفاع نسبة القلق يترافق مع تأثيرات معرفية سلبية تؤدي بدورها إلى لجوء متكرر لأساليب تعامل مركزة على الانفعال نظرا لاستشعار الفرد الدائم للتهديد مما يؤدي إلى نتائج عضوية (الجهاز السمبثاوي) .

وهذه الأساليب تهدف إلى مواجهة نتائج الوضعية التي تؤثر بدورها على نسبة القلق ، فالعصابيون يكونون أقل استعمالا لطرق المواجهة التقريبية لأنهم يميلون للتركيز على استجاباتهم النفسية بدل التركيز على المشكل .

حسب أيزنك (1983) Eysenck فإن العصابية ترتبط بوجود مشاعر الذنب مع نزعات اكتئابية تتعلق بالخوف من الفشل وعدم التكيف لذلك فإن الأحداث التي تسبب تهديدا واقعا أو متخيلا خلال تفاعل الفرد مع المحيط تدفع مباشرة إلى سلوكيات تجنبية متكررة مع المواقف الجديدة .

للجنس :

يعتبر أحد أبرز المتغيرات التي حظيت بالدراسة فيما يتعلق بتأثيره في نوع المواجهة المستخدم وذلك نظرا للاختلافات بين الجنسين من حيث التنشئة الاجتماعية أو الدور الجنسي وما هو مطلوب من كل منهما ، فالإناث يلجأن إلى استعمال أكبر لأساليب متمركزة حول الانفعال في مواجهتهن للضغط وقد يستعملن بعض أساليب التقرب السلوكي حسب غروسمان وآخرون (Grossman & al (1987) حول مجموعة من طلبة الطب حيث وجدت أن الإناث يبحثن أقل من الذكور عن مواجهة المشكل وكانت أكثر الأساليب التي يلجأن إليها هي التفكير الخيالي والبحث عن السند والهروب ولوم الذات (Vitaliano et al in: Graziani & Swendsen.P101) كما أن ميل الإناث إلى الإنكار الانتقائي أكبر حسبشولر وبيرلين (Schooler & Pearlin (1984). وهذه الدراسات تؤكد بأن الإناث يفضلن استراتيجيات أقل فعالية بغض النظر عن مدى إيجابيتها أو سلبيتها قصد الحفاظ على التوازن الانفعالي كما أثبتت دراسات : كارفر (Carver (1989، لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman (1980) أن الذكور يكونون أقل بحثا عن السند الاجتماعي وأكثر لجوءا إلى المواجهة المركزة على المشكل .

وفي دراسة سيفج كرنك (Seiffge-Krenk حول أساليب المواجهة عند المراهقين توصل إلى وجود اختلافات واضحة بين الجنسين فيما يتعلق بأساليب التجنب والأساليب النشطة ، فكانت درجات الإناث أكبر منها عند الذكور إضافة إلى اختلاف فيما يتعلق بالبحث عن السند الانفعالي حيث وجد أن الإناث يملن إلى مناقشة مشاكلهن مع الآخرين والتحدث عنها . كما وجد أيضا أن الإناث يفكرن في النتائج ويتوقعن العواقب السلبية وهو ما يزيد من الأثر الانفعالي لذلك يلجأن إلى أساليب لخفض التوتر . أما الذكور فكانوا أكثر تفاؤلا ولا يستسلمون بسهولة وأنهم أقل استعمالا لأساليب المواجهة التجنبية إلا في

حالة وجود مشكل يصعب حله والتعامل معه وهنا غالبا ما يلجؤون إلى سلوكيات لا اجتماعية أو تعاطي المخدرات. غير أن دراسات أخرى :

كاندك (Kendek (1987، هاميلتون و فاغوت (Hamilton & Fagot (1988) لم تتوصل إلى وجود فروق بين الجنسين بالنسبة لنوعي المواجهة ما يؤكد أن هذا العامل لا يؤثر منفردا في عملية المواجهة أي أن هناك متغيرات شخصية أخرى تلعب دورا في هذا الاختيار .

للسن :

انطلقت الآراء المنادية باعتبار السن أحد العوامل المؤثرة في نوع المواجهة من فكرة مفادها أن الفرد يكتسب أساليب مواجهة متنوعة ويتعرف على مدى نجاعتها من خلال الخبرة التي تشكل عاملا فارقا بين الأفراد في تحديد كفاءتهم تجاه معالجة المشاكل . ونميز هنا وجهة نظر ماك كراي (McCrae

الذي يعتبر أن الاختلافات بين المراهقين والراشدين في أنواع التعامل إنما تتبع من الفروق في التجارب وفي العوامل المسببة للضغط بالنسبة لكل فئة ، وقد أكد سيفج كرنك (1994) Seiffge-Krenk أنه مع تقدم المراهقين في السن يزيد الميل إلى أساليب المواجهة النشطة من خلال البحث عن المعلومات وتحليل أبعاد المشكل . وذلك نظرا إلى النمو الاجتماعي والمعرفي الذي يساعدهم على تطوير قدراتهم وفهم أكبر لمختلف الوضعيات الجديدة التي يواجهونها .

السند (الدعم) الاجتماعي :

ظهرت أهمية هذا العامل في أول الأمر عند دراسة العلاقة بين الضغط النفسي والمرض وهذا المفهوم يشمل عدة عناصر مثل وجود وعدد العلاقات الاجتماعية أو الخصائص البنائية للشبكة الاجتماعية ثم الدور المنوط بها . وهنا تتداخل ثلاث ميكانيزمات أساسية :

- الأثر المباشر للدعم على الجانب الصحي للفرد.
- المساعدة على معالجة الأزمات والصراعات.
- تأثير وقائي يحمي الفرد من وضعيات مشابهة.

إن فعالية دور الدعم الاجتماعي لا تتحدد فقط بحجم العلاقات الاجتماعية وقوة الشبكة الاجتماعية وإنما يلعب الإدراك الشخصي كذلك دورا هاما ، حيث نلاحظ عند بعض الأفراد حالة من الرضا في ظل غياب سند حقيقي وذلكما يعبر عنه بالدعم المدرك " Soutien perçu " . فيما يميل البعض الآخر لأن يكونوا محاطين بشبكة علاقات واسعة .

ويلعب الدعم الاجتماعي دورا هاما في التقليل من الأعراض الاكتئابية الناجمة عن الموقف الضاغط

بالتالي يساعد على المواجهة ويشمل ذلك :

- دعم تقييمي : تطوير فهم أفضل للحدث الضاغط واختيار الاستراتيجية المناسبة للتعامل معه.
- دعم معرفي : يزود الفرد بالتغذية الراجعة ويمكنه من مواجهة الموقف وترتيب الأولويات.
- دعم مادي : من خلال تقديم المساعدة والوسائل اللازمة لتخطي المشكل.
- دعم عاطفي : من خلال التقبل والمشاركة الوجدانية.

من خلال هذه الأهمية اختلف الباحثون في تصنيف الدعم الاجتماعي بين كونه مصدرا من مصادر المواجهة وكونه عاملا مساهما فيها ، فقد أكدت دراسة هولاهان و موس (1990) Holahan&Moos أهمية الدعم الاجتماعي كعامل مواجهة وأن غيابه يؤدي إلى استعمال أساليب مواجهة غير فعالة.

الكفاية الذاتية :

تتعلق بالخصائص الجسدية والصحية للفرد ، فقد أثبتت الدراسات أن العوامل الصحية ذات تأثير كبير في تحديد نوع المواجهة وقد لوحظ ذلك خصوصا عند عينات من المرضى حيث كانت أهم الميكانيزمات المستخدمة تتمثل في الإنكار والبحث عن السند نظرا للأثر الانفعالي الذي يتركه اعتلال البنية الجسدية.

الضبط والتحكم في الوضعية :

إن الإحساس بالتحكم في المواقف أُعتبر كإحدى الخصائص الثابتة في الشخصية فحسب كوباسا (1979) Kobassa ووبروخون وشوايزر (1994) Bruchon & Schweitzer يتوافق هذا الإحساس مع جملة عمليات معرفية إدراكية تحلل وتراجع معطيات الوضعية بهدف ضمان والحفاظ على التوازن .

فالميكانيزمات التي يلجأ إليها الفرد تخضع لتأثير هذا النظام الذي يقوم بتحليل التصورات والادراكات وإمكانية تطبيقها من خلال الاستجابات ثم الفوارق بين البعدين وفي هذا الإطار يلعب كل من الانتباه والذاكرة دورا بارزا خلال عملية المعالجة الذهنية للمعلومات ، وبالتالي فكلما زاد الإحساس بالقدرة على التحكم في الموقف المهدد ترتفع نسبة الثقة بالنفس والاستقلالية في الأداء فيكون بمقدور الشخص استثمار طاقاته في حل المشكل وعلى العكس من ذلك فإن الشعور بفقدان التحكم "Perte du contrôle" يرتبط بظهور مشاعر العجز أمام التهديد وهو ما يسهم في اتجاه الفرد نحو أساليب تعامل تجنبية قصد تخفيف التوتر الذي تسببه هذه الوضعية. تعتبر النظرية التفاعلية الفرد في تفاعل دائم مع المحيط وبالتالي فالعلاقة المتبادلة بينهما لها أثر كبير في تحديد نمط الاستجابة للعوامل الضاغطة ولا يمكن الحديث عن اختيار نوع معين من أساليب المواجهة دون معرفة طبيعة الموقف الذي يعايشه الفرد وبالتالي فإن نوع التعامل يتأثر كثيرا بما تشكله الوضعية من تهديد أو فقدان أو تحد. (شفيق ، 2009 ، ص 86-90) .

الفصل الثالث : التوحد

تمهيد

- 1- البدايات التاريخية لإضطراب التوحد .
- 2- مفهوم إضطراب التوحد .
- 3- العوامل المسببة لإضطراب التوحد .
- 4- أنواع التوحد .
- 5- خصائص وسمات الطفل التوحدي .
- 6- أهمية دراسة إضطراب التوحد .
- 7- تشخيص إضطراب التوحد .
- 8- التكفل بالطفل التوحدي .
- 9- وجود طفل توحدي في الأسرة .

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية ، التطورية تعقيدا التي تصيب الطفل وتعيق تواصله الاجتماعي واللفظي والغير اللفظي كما تعيق نشاطه التخيلي وتفاعلاته الاجتماعية المتبادلة ، ولذلك و نظرا لتأثيرها على مختلف جوانب نمو الطفل نجده لا يؤثر فقط على الطفل وعلى جوانب حياته ، بل يمتد كذلك الى الأسرة وخاصة الأم التي تحاول التعايش والتكيف مع الاضطراب الذي يعاني منه طفلها ، ولفهم هذا الاضطراب أكثر سنحاول في هذا الفصل محاولة تسليط الضوء على التوحد من حيث المفهوم و معرفة العوامل المؤدية إليه ، وخصائص الطفل التوحدي ، وكذلك أهمية دراسته ومختلف الطرق العلاجية لعلاج هذا الاضطراب و التخفيف منه .

1- البدايات التاريخية لاضطراب التوحد:

لم يتفق الباحثون تماما على البداية الحقيقية لاكتشاف التوحد بالرغم من أن اكتشافه لا يعني بأي حال من الأحوال أنه لم يكن موجودا من قبل ، وهذا الحال قد يكون كذلك لبقية حالات فئات التربية الخاصة كصعوبات التعلم ، إذ أن الفروق الفردية موجودة منذ أن وجد الإنسان مازالت هناك فروق من النواحي البيولوجية والطبيعية والاجتماعية، كما أن الفروق موجودة على مستوى الفرد الواحد ، فلا يمكن أن تكون القدرات المتعددة لدى أي فرد على درجة واحدة ، ويمكن أن يكون في بعض منها متميز ، والبعض الآخر يكون مقبولا فيها ، وربما في البعض الآخر لا يرقى أن يكون بالمستوى المقبول .

على أيه حال، يكاد يكون هناك اتفاق بين المهتمين على أن أول من اكتشف التوحد هو ليو كانر LeoKanner الطبيب النفسي الأمريكي في مركز جون هوبكنز الطبي عام (1943) الذي توصل إلى خصائص مشتركة لأحد عشر طفلا وهي الانسحاب الاجتماعي ، وغرابة التعامل مع الآخرين ، والتماثل ، والقصور الواضح في التواصل مع الآخرين واضطرابات في السلوك اللفظي (مثل السلوك النمطي ، قصور التخيل في اللعب) وصعوبة فهم المفاهيم المجردة ، والاضطرابات اللغوية (مثل المصادرة ، وعكس الضمائر).

ومع هذا فهناك من يربط التوحد بالطفل الذي وجد في غابة أفيرون الفرنسية والذي أطلق عليه اسم فكتور .

كان هذا الطفل بعمر 10 سنوات، وشخص على أنه معتوه. عمل معه إيتارد مدير معهد الصم والبكم في باريس خمس سنوات، ولم يحقق معه إلا بعض النجاح الاجتماعي ثم تركه إيتارد بعد أن وصل إلى مرحلة البلوغ ليتولاه سيجوين أحد طلاب إيتارد.

إن الحكم على فكتور على أنه طفل مصاب بالتوحد لا يتسم بالمنطق لأن هذا الطفل عاش مع الحيوانات وكان يتصرف مثلهم حيث كان يمشي على أربعة وينبح كما تنبح الكلاب ويأكل اللحم النيئ فلم يتعلم الكلام، وكان يسحب الناس إلى الأشياء التي يريد أن يتعامل معها ، وكان إيتارد يعلمه السلوك وفق السياق الاجتماعي ويعيده لكنه يرجع إلى السلوكيات الغير اجتماعية التي تعلمها في السابق ، فكيف نريده ان يتعامل مع الآخرين كحال الأطفال المصابين بالتوحد الذين عاشوا مع أقرانهم.

وهناك من ربط التوحد بما توصل إليه الطبيب النفسي بلوير (Bleuler) حيث تحدث عن بعض الخصائص المشتركة مع حالات التوحد للأشخاص الفصاميين وهي العزلة واللعب بأجزاء الأشياء والنقوب حول الذات وهي من الخصائص للفرد المصاب بالتوحد، وكان يطلق على الأشخاص الذين يتصفون بأعراض التوحد التي توصل إليها كانر بفصام الطفولة بالرغم من أن هناك فرقا بين، التوحد الطفولي والفصام الطفولي كما سيوضح لاحقا .

لقد ذاع صيت كانر عبر العالم حيث ارتبط اسمه ارتباطا وثيقا بالتوحد ، بينما لم يذع صيت الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر (Hans Asperger) الذي توصل عام (1944) في بحثه الذي كتبه باللغة الألمانية إلى مجموعة من الأعراض مشابهة بعض الشيء مع أعراض أطفال كانر كالفصوم في التفاعل الاجتماعي ، الفصوم في التواصل مع الآخرين وفهمهم لمشاعرهم ولكن كانت ثلاثة من أحد عشر من عينة كانر لا يتكلمون تماما والبقية نادرا ما يتكلمون بينما كانت ثلاثة من أحد عشر من عينة كانر لا يتكلمون تماما والبقية نادرا ما يتكلمون بينما كانت عينة هانز أسبيرجر تتكلم وقد أطلق اسبيرجر على أطفاله مصطلح التوحد المرضي (AutistiquePsychopathe).

وقد يكون عدم انتشار صيت إسبيرجر لأن مقالته كتبت باللغة الألمانية بينما كتبت بحوث كانر باللغة الإنجليزية وهي لغة عالمية تستخدم في جميع بقاع العالم ، بينما اللغة الألمانية محدودة الاستخدام ، كما قد يكون هناك عدم ارتياحالعالم لألمانيا التي كانت سببا للحرب العالمية الثانية ، ولم ينتشر اسمه في العالم إلا بعد أن ترجمت أعماله إلى اللغة الإنجليزية وخاصة في المجتمعات العربية ، إضافة إلى وجود بعض التباعد بين عينة أسبيرجر وعينة كانر .

وقد كان لـ لورناوينج (Lorna Wing) التي لها بنت تعاني من حالات التوحد، دور هام في إثارة الاهتمام بأعمال أسبيرجر عام (1981) عندما وصفت (19) حالة لأعمار ما بين (5-35) سنة كانت مشابهة للأعراض التي ذكرها إسبيرجر حدث ذلك عندما التقت لورنا (طبيبة الأطفال) مع هانز اسبيرجر في إحدى اللقاءات العلمية في فيينا ،وقامت بتلخيص بحثه من خلال تقارير دورية .

ثم ذكر اسبيرجر كأحد إعاقات النمو الشائعة في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة عام (1994) لأول مرة ، كذلك ذكره في نفس العام الدليل الدولي لتصنيف الأمراض الطبعة العاشرة . ولا بد من الإشارة أن كتابات لورنا وينج كانت داعمة تماما لأعمال اسبيرجر .

وعلى أية حال فإن التوحد عالم غريب يكتنفه الغموض، وكان محل إتمام كثير من الباحثين على اختلاف تخصصاتهم للتعرف على فهم طبيعة التوحد فهما حقيقيا يساعد على وضع المعايير التشخيصية دون أن يكون هناك خلط بينه وبين إعاقات أخرى، كما يساعد في نفس الوقت على وضع البرامج الكفيلة في كيفية التعامل مع الأطفال المصابين بالتوحد، وأصعب ما في الأمر أن أعراض التوحد تظهر منذ ولادة الطفل، وهي مرحلة في غاية الصعوبة للتشخيص ، ونحن نعرف أنه كلما كان التشخيص مبكرا كان العلاج فاعلا أو أوفر حظا في التعديل والتغيير .

كما أن التوحد ليس اضطرابات واحدا وإنما هو مجموعة من الاضطرابات في النمو والاستجابات للمثيرات الحسية وفي اللغة والكلام وغيرها. لقد عد التوحد سابقا اضطرابات انفعاليا، وبعد ذلك عدته الجمعية الأمريكية اضطرابات نمائي .

أطلق عليه التمرکز حول الذات أو الاجترارين لأن الطفل يعيش في عالم خاص غير مبال بالعالم الخارجي، وغير خاضع للمعايير الاجتماعية فهو مغلق حول نفسه يعيش في أحلامه وخيالاته مبتعدا عن الواقع الذي يعيشه .وكان المصاب به يشخص بالفصام ، وهذا ما ذهب إليه الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات الذهنية الطبعة الثانية في الستينات واستمرت إلى عام (1980) حيث صدرت الطبعة الثالثة التي فرقت بين الفصام وحالات التوحد بالرغم من بعض الأعراض المشتركة وهي التقولب حول الذات والابتعاد عن العالم الخارجي والعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع واضطراب الكلام واللازمات الحركية .

ولكنه يختلف في أهم الأعراض الفصامية وهي الهلوسات سواء كانت سمعية أو بصرية أو شمعية أو ذوقية ، والهذاء كهذاء الاضطهاد أو هذاء العظمة أو هذاء توهم المرض ، والضعف الجسمي ونقص الوزن ، كما أن هناك اختلافا في قدراتهم العقلية ، فمعظم الأطفال المصابين بالتوحد يكونون في خانة المعاقين عقليا ، بينما القدرات العقلية للأفراد الفصاميين قد تكون عادية وقد يمتلك بعضهم إبداعات.

وهناك اتفاق بين المهتمين على أن الفصام مرض بينما لا يكون هناك اتفاق بين المهتمين على أن اضطراب التوحد مرض فهناك من يعده عرضاً أو اضطراب في السلوك أو إعاقة عقلية. وأن معظم حالات الفصام كما يشير زهران (1977) عادة ما تظهر بين (15-30) سنة وتصل إلى أقصاها في أواخر العقد الثالث من العمر.

(قحطان ، 2009، ص ص 17-20).

2- مفهوم اضطراب التوحد :

• لغة:

كلمات التوحد Autisme و توحدي Autistic مشتقتان من الأصل اليوناني Autos وتعني النفس ، واليوم تنطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد ، وقد أعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة المبكر

EarlyInfantile Autism أو توحد الأطفال Childrenautism من قبل كانر Kanner(مصطفى ، 2011، ص 23).

• اصطلاحاً :

لقد تعددت تعريف التوحد بتعدد الاتجاهات التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ، نذكر بعض التعاريف : يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ،فهو شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج .

يظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير لفظي واللعب التخيلي والإبداعي، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية . (كوثر حسن عسلي ، 2006، ص 15).

فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة Disorder Pervasive Development لأنه يبدأ في السنوات الأولى من العمر. ومثل كل الإضطرابات أو الإعاقات التي تبدأ مبكرا ، فإنه يؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل، فيتترك آثار سلبية على تلك الجوانب ،فقد يؤثر على النمو المعرفي والاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام ، بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوي التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (خليفة ،2010، ص 11).

ويرى "إسماعيل بدر " (1997) أن التوحد هو :إضطراب إنفعالي من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (خطاب ، 2009 ، ص 17)

يطلق "فتحي عبد الرحيم" (1973) على إعاقة التوحد لفظ التمركز الذاتي ، ويعتبره بالإضافة الى سيكزوفرنيا الطفولة Childhood Schizophrenia من الاضطرابات السلوكية الحادة التي تصيب الأطفال في فوات الطفولة المبكرة والمتوسطة .

وذلك أن منذ أن ميز "كانر " Kanner (1943) التمركز الذاتي Autism كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التي تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال بخلاف سيكزوفرنيا الطفولة التي تحدث أثناء الطفولة المتوسطة (سيد سليمان ، 2000، ص 19).

تعريف hare&hare (1977) الأطفال الذين تظهر عليهم علامات ضعف القدرة على إقامة العلاقة مع الأشخاص الآخرين. وضعف الإستجابة للمتغيرات العائلية والاضطراب اللغوي الواضح ، أو فقدان القدرة على الكلام . (مليوح ،حلاسة ، ص 3).

ترى "كريستين ما يلز ' سنة 1994 أن التوحد حالة غير عادية، لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا. والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه شاذ ناجما عن تلف في الدماغ Brain Damage ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط الغير مألوف. ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال، وقد يكونوا طبيعيين، أو أذكاء جدا، أو متخلفين عقليا (خطاب2009، ص 15).

يطلق الأشول عام 1897 على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو الأنانية وهو يرى أنه اضطراب اتصالي خطير يبدأ أثناء مرحلة الطفولة المبكرة وعادة ما يبدأ قبل (30) شهرا وحتى (42) من عمر الطفل ويتصف الطفل التوحدي بالكلام عديم المعنى، والانسحاب داخل الذات، وليس لديه الاهتمام بالأفراد الآخرين، وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين، وقد يكون للطفل ميولا للحيوانات. (شاكر مجيد ، 2010، ص 27-28).

ترى الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المصابين بالتوحد National Society Of Autistic Children 1978، أن التوحد هو اضطراب في مظاهر متعددة هي النمو، الاستجابات الحسية للمثيرات ، التأخر الواضح في اللغة والكلام ، والتعلق الغير طبيعي بالأشياء . (الظاهر ، 2009، ص 23).

تعرف الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين (1978-2008) التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا، وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل الى سن (30) شهرا من العمر، ويتضمن اضطرابا في سرعة أو تتابع النمو، واضطرابا حسيا في الاستجابة للمثيرات ن واضطرابا في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطرابا في العلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث .(الزارع ، 2010، ص 29).

3- العوامل المسببة لإضطراب التوحد

3-1 عوامل وراثية، جينية:

يمكن أن تكون الوراثة أحد أسباب اضطراب التوحد. وهذا يفسر إصابة إخوة الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالاضطراب نفسه أو إصابة أقاربهم بعدد من الإعاقات النمائية.

كما تجدر الإشارة الى أنه لا يظهر على أغلبه حالات اضطراب التوحد تشوهات واضحة في الكروموسومات. ولكن هذا لا يعني أنه ليست هناك جينات تسبب اضطراب التوحد، بل إنها لم تحدد بعد، وقد اقترح الباحثون أن هناك من (3-10) جينات تتفاعل معا وتسبب التوحد، وتوجد هذه الجينات في (3-4) كروموسومات مختلفة. إذ أن نسبة ذوي اضطراب التوحد ممن لديهم اضطراب في الكروموسومات تتراوح بين (4-5%).

وجد جيلبرج (1998) أن (2.5) من ذوي اضطراب التوحد يعانون تشوهات في كروموسوم (x) بالإضافة الى أن هناك ارتباطا بين الكروموسومين (7-2) وبين ظهور صفات توحدية لدى بعض الأطفال، فقد وجد أن الكروموسوم (7) يحمل جينا يدعى (HOXA1) يمكن أن يكون هو الجين الأقوى الذي يحتمل أنه سبب ظهور أعراض التوحد ، كما اهتمت الدراسات بكروموسومين آخرين هما (13-15) اللذان يرتبطان بالمتلازمتين الجينيتين ، واللذان تتصفان بحدوث تأخر نمائي وظهور أعراض توحدية لدى بعض الحالات المنتمية لهما .

و من خلال البحوث التي ركزت على إمكانية وراثة التوحد، وبحثت من خلال تكرار الإصابة ضمن الإخوة، فقد ذكرت تلك البحوث أن فرصة إنجاب طفل آخر مصاب باضطراب التوحد تتراوح بين (9%-3) . ولكن هذه النسبة لا تعد قوية للحكم على أن سبب اضطراب التوحد هو جيني أو كروموسومي، ولكن نسبة انتشار التوحد بين الناس عامة هي تقريبا (5-15) لكل (10000) مولود، بينما تصل إلى (8-6) في كل مولود لديه أخ توحيدي، وعليه تضاعفت الفرصة هنا (100) مرة، وهذا مؤشر على إمكانية وجود عوامل جينية مسببة لاضطراب التوحد.

أما الدراسات التي تناولت التوائم المتطابقة والتوائم الغير متطابقة، فقد أشارت بعض تلك الدراسات الى أن إمكانية تماثل اضطراب التوحد بين التوأمين المتطابقين من (96%-36).

وفي دراسات أخرى تراوحت النسبة في التوائم المتطابقة ما بين (100%-60)، أما بالنسبة للدراسات التي تناولت التوائم الغير متطابقة فقد ذكرت أن احتمالية تكرار الإصابة هي (0%) باستثناء دراسة واحدة لـ رينفو وزملائه هي (24%). وفي دراسات أخرى ذكرت أن تكرار الإصابة في التوائم الغير متطابقة لم تتجاوز (50%).

الأطعمة بشكل مباشر. أما النيوروببتيد-وهو سلسلة من الأحماض الأمينية - فإنه يتكون من سلسلتين أو أكثر من الأحماض الأمينية، وهي تعمل بمثابة مخدر يلاحظ عملها لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد في عدم الشعور بالألم والتعمد نحو إيذاء سلوك إيذاء الذات والنشاط الحركي الزائد والإصرار الشديد على تكرار السلوكيات وضعف في الترابط الاجتماعي، كما حدث لمجموعة من الحيوانات تم حقنها بببتيدات أفيونية . ويذكر أن الدراسات لم تشر بشكل كبير إلى ارتفاع في نسبة الببتيدات الأفيونية لدى معظم الأفراد ذوي اضطراب التوحد. فقد كانت النتائج ضئيلة الى حد ما. وتذكر الشامي (2004) أنه تم فحص بول مجموعة من الأفراد ذوي اضطراب التوحد ، إذ وجدت لدى (5%) منهم مقادير كبيرة من الأحماض الأمينية (البيبتيد) .

3-1-1 النوربينفرين :

يذكر تورتوا وآخرون (2000) أن هذا الناقل معني بالمحافظة على اليقظة والأحلام وتنظيم المزاج، أيضا يضيف يونق وآخرون (Young & All , 1982) و الشامي (2004) أن هذا الناقل له علاقة قوية بدرجة التوتر والقلق والإثارة ، كما أن لديه تأثير على الدمج الحسي الحركي . وقد اختلفت الدراسات التي أشارت إلى وجود نسب متفاوتة في هذا الناقل لدى المصابين باضطرابات طيف التوحد.

3-1-2 الأستيكلولين :

يضبط هذا الناقل العصبي النشاط في مناطق الدماغ المرتبطة بالانتباه والتعلم والذاكرة، حيث يقل مستوى هذا الناقل لدى المصابين بمرض الزهايمر، ولم ترد دراسات تفيد بوجود نسب عالية أو منخفضة من هذا الناقل لدى المصابين باضطرابات نمائية.

يذكر الشخص والسرطاوي (1999) أن هنالك دراسات عديدة تشير الى أن سبب اضطرابات النمو احتمال وجود دور للأندروفين كمسبب لدهانات الطفولة بشكل عام. والأندر وفين عبارة عن مركبات كيميائية تتدخل في استجابة المخ للألم الجسدي والضغط الانفعالي. كما يبدو أن هذه المركبات تقوم بوظيفة تشبه الى حد كبير وظيفة المخدرات الطبيعية، حيث تتحكم في مزاج الفرد وكذلك درجة إحساسه بالضغط. وقد أجرى كل من جيلبير جوترني وسولونير هولم (1985) دراسة تضمنت فحص عينات من مركبات الأندروفين التي أخذت من السائل المخي والنخاع الشوكي وذلك لمجموعتين الأولى تضم مجموعة من الأطفال التوحديين والثانية تضم مجموعة أطفال يعانون من ذهانات يعانون من ذهانات مختلفة، وبعد أخذ الفحوصات تمت مقارنة هذه الفحوصات مع مجموعة أطفال عاديين حيث وجد أن تركيز هذا المركب (الأندروفين) كان أكثر لدى من يعانون من توحد وذهانات طفولة عن العاديين .

3-2 عوامل اجتماعية :

يرى فيها أصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم، فضلا عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي الى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد.

واعتقد " كانر " بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة التي قادت الى كل التصرفات الأخرى الغير طبيعية. فقد كتب كانر بأن جميع آباء الأطفال تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم وأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم.

وهو يرى بأن توحد الطفولة المبكرة قد يكون عائدا الى وراثة الطفل لعامل بعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو كنتيجة للأساليب الغربية التي يعتمد عليها الأبوان الغربيان أثناء تربية طفلها أو بسبب تداخل تلك المشكلة معا.

وفي السنوات الأخيرة وصفت العديد من الدراسات التي استخدمت أساليب أكثر موضوعية للمقارنة بين مجموعات من آباء لديهم أطفال توحديين وبين آباء أطفالهم معاقون أو متخلفون عقليا فقط أو طبيعيين. واستخدام الفئة الثانية من الأسر للمقارنة هو بحد ذاته وجود الاضطرابات الانفعالية وردود الأفعال العاطفية لدى من يعني بالطفل.

ولم تثبت هذه الدراسات الموضوعية أي دليل على ان آباء الأطفال التوحديين ذوو شخصيات غريبة أو أنهم أثروا على شخصية طفلهم بصورة خاطئة أثناء تربيتهم له. (شاكرا مجيد، 2010، ص 64-65) .

3-3 العوامل البيولوجية ونيورولوجية :

في دراسة قام بها موتورن وآخرون (1997) على طفل عمره عامين يعاني من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الصدغي الأيمن ، وفي دراسة أخرى قام بها كاتس (1998) للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية Neurontomical&Neuroegnitive بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالتوحد ، تم عمل رنين مغناطيس وتحليل كمي لتشريح المخ كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حج كل من نواة الكودات Caudate و الأميجدال Amygdaloid وقرن آمون Hippocampal وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ Cerebellar Vermis Lobules وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم من 5-6 ، 8-3 سنة .

ويعتقد الباحثون أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات Lesions في المناطق الشبكية Reticular والدهلز Vestibular وجذع الدماغ Brain stem، وينظر إلى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق ، وثمة نظرية أخرى تقترض أن التوحيديون يفشلون في تنمية التخصص النصفي الكروي وبخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ، ورغم أنهم أقل قصورا في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأغراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ القشرية الوسطى Mesocortex أو الحوفية Mesolimbic و المخطط Stratum.

ويشير " داكن " و"ماكملان " 1993 إلى أن تعرض الام لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها، كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد.

وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحيديون عن الأطفال الطبيعيين، فقد اكتشف ضمور في بعض الفصوص المخية.

وتشير العديد من الأبحاث إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم أن الضعف العصبي المحدود نفسه مازال محيرا ولم يعرف بعد، وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم أن هذه العلاقة المحددة بالإعاقة مازالت غير واضحة .

أن الأشخاص التوحيديين لديهم أيضا احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراسات على أن (EEGS) غير طبيعية في 20-65% من الأطفال التوحيديين توصف بميلان حاد او نوبات من موجات حادة منطلقة، بالإضافة الى EEG الغير طبيعي للأطفال التوحيديين فإن لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع.

لذلك أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية الى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص التوحديين المتوفين حديثا وجهل هذه الأنسجة متاحة للبحث ، وهو ما أشار اليه Zielke & all 1996 وقد أشارت دراسة قامت بها Lanker & all 1988 بهدف اختبار تعرف الأطفال التوحديين على الأصوات البيئية من خلال المقارنة بين التعرف على صورة الشيء المتقدم مع الكلمة الدالة عليها (يربط عامة بوظيفة الشق الأيسر من المخ) مقابل التعرف على الصورة مع الصوت الناتج عن الشيء (يرتبط بنصف قشرة المخ اليمنى) وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق بين الأصوات والتعرف على الكلمة بين الأسوياء والتوحديين ولكن كان لديهم درجات عالية على مقارنة النمط البصري وأغلب هؤلاء يتمتعون بقدرات ومهام بصرية جيدة غالبا مرتبطة بالشق الأيسر وعملياته ، كما لوحظ عند تحليل الأخطاء الخاصة بارتباط الكلمة بالصورة أنها تزداد على الكلام التي تشير الى البشر (السيد خليفة ، 2010 ، ص 37-40) .

3-4 عوامل نفسية :

خلال فترة الخمسينيات وحت السبعينيات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي ، وأنصار التعلم بوجه عام ، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى ، فكانر Kanner عام (1995) كان يقول بأن ممارسات الوالدين الغير منسقة أو الغير مترابطة في رعايتهم لأبنائهم ، وذلك البرود العاطفي تجاههم هم ما يسبب التوحد ، وهذا ما يوافق عليه برونو بيتلهم Bruno Bettelhiem الذي يرى أن آباء الأطفال التوحديين باردون وقاسون ، ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحدي ، ولعل فرضية ما يسمى بالأم الثلجة (RefregeratedMother)

دليل على هذه المزاعم التي تلاشت اليوم ، ولم يعد لها أي مصداقية .

وهذه المزاعم التي كان يؤمن بها أصحابها ، نراها أيضا فيما اقترحه العالم السلوكي فيرستر Ferster الذي يقول : إن السلوك التوحدي في الأطفال يحدث بسبب عجزهم عن الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي الملائم . وفي نظره -فيرستر - إن الطريقة الوحيدة التي يختلف بها الطفل التوحدي عن الطفل العادي هي كمية الانتباه والاهتمام التي يتلقاها الطفل من والديه على هذا السلوك ، فيرستر - شأنه شأن كانر وغيره - يقدمون تفسيراً نفسياً لاضطراب التوحد ، وليس تفسيراً وراثياً أو بيولوجياً لأنهم لا يقتنعون إلا بالعوامل النفسية .(المغلوث ، 2006 ، ص 54-55).

3-5 عوامل بيوكيميائية :

توجد مود كيميائية مسماه بالناقلات العصبية، تقوم هذه الناقلات عندما تصل الإشارات الكهربائية للتفرعات الطرفية للخلايا العصبية من خلل نقاط التشابك، بالسماح للإشارة العصبية بالانتقال من خلية لأخرى تليها ، كما وجد أن هذه الناقلات لدى بعض ذوي اضطراب التوحد لا تعمل بالشكل الصحيح ، إذ أن الخلل قد يكون وظيفيا وليس في تركيب الدماغ أو تكوينه . كما أن هناك عددا لا بأس به من حالات اضطراب التوحد التي تستجيب للعقار الطبي وتعديل من إنتاج الناقلات العصبية وإفرازها.

وتعد الناقلات العصبية التالية من أكثر الناقلات تعرضا للبحث في مجال اضطرابات طيف التوحد:

3-5-1 السيروتونين (Serotonin) :

ارتبط هذا الناقل العصبي بالكثير من المشكلات السلوكية التي تظهر غالبا على أفرط مصابين باضطرابات نمائية ، وإعاقة عقلية ، ونشاط زائد ، وهذه المشكلات مثل :الاكتئاب ، الصداع النصفي ، واضطراب ضعف الانتباه ، والعدوان ، والعنف واضطراب ما قبل الطمث ، ومشكلات الاستحواذ والإكراه . كما أن للسيروتونين ارتباطا في السيرة والتحكم بالحركة الهادفة، بالإضافة الى معالجة المعلومات الحسية والسلوك الجنسي والشهوية والنوم والاستيقاظ، والإحساس بالألم والذاكرة والتفكير بالانتحار.

وقد تبين من خلال الفحوصات التي أجريت على دم مجموعة من أطفال ذوي اضطراب التوحد أن هناك نسبة عالية من السيروتونين في دمهم. فبالنسبة لمن يعانون من اضطراب التوحد فإن إنتاج السيروتونين ينخفض تدريجيا ما بين سن الثانية و سن الخامسة عشر دون أن يصل إلى المستوى الطبيعي.

3-5-2 الدوبامين (Dopamine) :

يطلق هذا الناقل من تركيب في جذع الدماغ يسمى ب سبستانيا نيقرا ، وهو ناقل يؤثر في مختلف الأنشطة الهامة التي تشمل الحركة والانتباه الاختياري والتعلم والأكل والشرب واكتشاف البيئة ، كما أن هذا الناقل ينظم الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية ، وتسبب قلة كميته مرض باركنسون والرعدة والحركات العنيفة ، كما أن زيادته تسبب بعض السلوكيات المشابهة لسلوكيات الأفراد ذوي اضطراب التوحد .

وقد أشارت دراسات عديدة الى أن هناك ارتفاعا في نسب حمض الهوموفانليك في بول الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وفي سائل الدماغ الشوكي، لأن تمثيل هذا الناقل في جسم الإنسان يحوله الى حمض هوموفانليك .

أشارت الدراسات التي أجريت في كل من إنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية باستخدام دلالات تشخيصية مشابهة لما سبق ذكرها إلى معدل انتشار اضطراب التوحد (4-5) أطفال في كل عشرة آلاف، وإذا وجد التخلف العقلي الشديد مع بعض ملامح التوحد يمكن أن يرتفع المعدل إلى 20 في كل عشرة آلاف .

كان سابقا يعتقد أنه أكثر شيوعا في الطبقات الاجتماعية الراقية، ولكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وكان السبب في ذلك هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله للعلاج في الطبقات الفقيرة ، وقدر معدل انتشار الاضطرابات مشوهة النمو بعشرة الى خمسة عشر حالة في كل عشرة آلاف طفل .

وينتشر التوحد بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (3-5) ولكن البنات يملن لأن يكن أشد اضطرابا وأكثر تاريخا أسريا للخل المعرض من الذكور .

وقد لوحظ أن حوالي 40% من المتوحدين لديهم معامل ذكاء يقل عن (50 الى 55)، وحوالي 30 % يتراوح معامل ذكائهم بين (50-70) ، ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء ، فحوالي 20 % من المتوحدين لديهم ذكاء غير لفظي سوي ، ودراسة سجلات معدلات الذكاء للمتوحدين تعكس مشاكلهم مع التسلسل اللغوي ومهارات التفكير المجرد مشيرة الى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة (خطاب ، 2009 ، ص 21-22).

4- أنواع اضطراب التوحد:

4-1 الاضطراب التوحدي:

الأطفال ذوي الاضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية ، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ. على الأقل ستة بنود من المجموعات 1، 2، 3 ويكون على الأقل بندين من (1) وبنود من كلاً من (.

3.2)

1. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين)

- * الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.
- * عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه.
- * قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما ، أو إحضارها، أو الإشارة عليها)
- * نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.

2. الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بند واحد على الأقل) .

- * تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً).
- * في حال المقدرة على الكلام ، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره.
- * الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام ، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.
- * نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به ، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه .

3. اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل).

- * الانهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق محدود، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة
- * مقاومة تغيير الرتبة.
- * نمطية وتكرار الحركات الجسمية (رفرفة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة .)
- * الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة .

ب. تأخر أو أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة)على الأقل بند من هذه المجموعة.

- * التفاعل الاجتماعي
- * اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.
- * اللعب المنطقي والتخيلي.

4-2 اضطراب ريتز :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر 6-18 شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشى، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها ، أو حركات مميزة لليدين .

مقياس التشخيص:

✓ كل البنود التالية :

* حمل وولادة طبيعيين

* تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة

* محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

✓ حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

* تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين 5-24 شهراً

* فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين 5-30 شهراً ، مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.

* فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الاجتماعي تتكون بعد هذا العمر .)

* ظهور مشية غير متزنة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.

* النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي والحركي.

4-3 اضطراب أسبيرجر :

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

* نقص المهارات الاجتماعية

* صعوبة في التعامل الاجتماعي .

* ضعف التركيز والتحكم

* محدودية الاهتمامات

* وجود ذكاء طبيعي

الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عاديا أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات "Autism High Functioning"

* لغة جيدة في التخاطب والقواعد:

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص:

أ. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل).

* ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري ، تعبيرات الوجه، حركة الجسم ، الإيماء والإشارة) .

* عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.

* قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها).

* نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع المجتمع حوله.

ب. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل) .

* القيام بالانهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدثها أو تركيزها.

* الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.

* تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (ررفة الأصابع أو اليدين ، التواء الذراعين أو الجسم ، حركة معقدة للجسم .)

* الانهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة.

ج. الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل

د. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).

هـ. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ماعد التفاعل الاجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

و. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كالفصام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى .

4-4 اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder

- حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر.
- تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والاجتماعية.)

مقياس التشخيص:

أ. تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل:

* للتواصل اللفظي وغير اللفظي

* العلاقات الاجتماعية.

- * اللعب
- * سلوكيات التكيف

ب. فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر (على الأقل بندين مما يلي)

- * اللغة الاستقبالية والتعبيرية
- * المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التكيف
- * التحكم في البول أو البراز.
- * اللعب
- * المهارات الحركية

ج. عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يلي):

1- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي:

- * ضعف السلوكيات غير اللفظية.
- * عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه.
- * ضعف التواصل الانفعالي والاجتماعي.

2- ضعف نوعي وكيفي في التواصل الاجتماعي :

- * تأخر أو نقص اللغة الكلامية.
- * عدم القدرة على ابتداء الحديث وإستمراريته.
- * نمطية وتكرار الحديث
- * نقص القدرة على تنوع اللعب
- * سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات ، بما فيها نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

* مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كانفصام الشخصية ، أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى

4-5 اضطرابات التطور العامة غير المحددة (PDD - NOS)

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

لكي يشخص الطفل في هذه المجموعة:

- لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة.

- ليس فيها درجة الاضطراب الموضوعية لأي من الأنواع السابقة .

حسب ما نشرته للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة ، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي ، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة ، وأن لا تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور (السابق ذكرها) ، انفصام الشخصية (الفصام) ، اضطراب حب النفس .(شيبب، 2008، ص 31-36).

5- خصائص وسمات الطفل التوحد :

5-1 خصائص سلوكية :

الطفل التوحد سلوكه محدود وضيق المدى ، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات إنفعالية حادة . وسلوكه لا يؤدي الى نمو الذات ، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين .
ومعظم سلوكيات الطفل التوحد تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه ، أو تدوير قلم بين أصابعه ، أو تكرار فك وربط رباط حذائه .

وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على أدائه ، أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء، حيث أن التغيير في أية صورة من صوره يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه.

كما أن شيوع السلوك الغير لفظي لدى بعض الأطفال التوحديين قد يكون مرجعه إلى أساليب السلوك التي يتدخل بها الآباء مع الأبناء، كما أن الفشل في إيجاد مفرزات شرطية مصممة يؤدي إلى ضيق ومحدودية في سلوك الطفل التوحدي ، ومعروف أن سلوك الطفل العادي السوي يتطور ويرتقي من خلال سلسلة متتابعة من السلوكيات المترابطة التي تشكل عادة في ضوء توافر مجموعة من المفرزات الشرطية.

ويرى (روث سولفيان 1988 R, Sullivan) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفا سلوكيا فقط لحالات التوحد ، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

- الوحدة الشديدة وعدم الإستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم وإستخدام اللغة بشكل سليم.
- الإحتفاظ بروتين معين .
- وهذه الملامح تبقى طوال حياة الأفراد ولكن غالبا - مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة إعدادا جيدا - تصبح هذه الملامح أقل شدة ، ولا يمكن علاج أعراض التوحد أبدا ويجب أن يتضمن الفحص الأعراض وتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الإضطراب .
- ويضيف (سولفيان) أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية ، وهذه السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف :
- قصور شديد في الإرتباط والتواصل مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام ، وتشيع المصادات في سنوات الأطفال التوحديين الباكرة ، وبعض الأطفال التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعي (اجتراري) ، أو بنغمة ثابتة دون تغيير ، و بعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق .

- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه إدراك سببه لأي تغييرات بسيطة في البيئة .
- التأخر (التخلف) في قدرات ومجالات معينة ، وأحيانا يصاحب التوحد مهارات عادية ، أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات أو الموسيقى ، أو الذاكرة.
- الإستخدام الغير مناسب للعب و الأشياء ، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.
- الحركات الجسمية الغريبة مثل : الهز المستمر للجسم ، أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع.
- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية ، فمثلا يبدو الطفل التوحدي وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله ، وعلاوة على ذلك ، فإنه قد يبالغ في الإستجابة للآخرين (على سبيل المثال إذا سمع صوتا عاديا قد يضع يديه على أذنيه).
- ينظر من خلال الناس ، أو يتجنب النظر الى العيون.
- البعض منهم لديه قدرات جيدة ، او فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة . ولكن بعضهم قد يمشي بشكل غريب ، كأن يمشي على أطراف أصابعه ، أو يكون غير قادر على الإمساك بالقلم .
- البعض منهم قد يكون لديه نشاط زائد بدرجة ، لكن بعضهم (أو مجموعة فرعية منهم) يتسمون بالكسل والخمول.
- عدم الحساسية لظاهرة الألم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج وبعضهم يمارس شد وخلع الشعر والأظافر) .
- بعضهم (حوالي 25% تقريبا) يعانون من الإصابة بنوبات صرع في العادة عند البلوغ .
- من الممكن أن يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات ، وأحيانا بدرجة شديدة وقد قدرت نسبة هؤلاء البعض حوالي 10% .

يرى "شاكرقنديل " أن أي قصور حاد في أداء الطفل عموما يؤدي الى عجز في عمليات نمو الشخصية ، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون إتساع أفق الشخصية أو حدوث ثراء خبرات الطفل . وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجزا عن التأثير في بيئته ، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دورا تحكيميا (مؤثرا) في مثيرات البيئة ، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة .

2-5 خصائص حركية :

يصل الطفل التوحدي الى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس سنه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو ، إلا أن هنالك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية. فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف ، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيرا منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه ، و في معظم الأحيان ، فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات ، فهم مثلا يضربون الأرض بأقدامهم الى الأمام أو الى الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدرا للنور يضاء وبطفاً .

وفي أوقات أخرى يبدو الأطفال التوحديين في موقف إستثارة ذاتية لأنفسهم ، فهم مثلا يحاولون وضع أيديهم حول أو أمام أعينهم ، ويدورون حول أنفسهم لفترات طويلة دون أن يبدو عليهم شعور بالدوار ، بل أن الفئات شديدة الإعاقة منهم قد يصل بهم الأمر إلى إيذاء أنفسهم ، وذلك يمثل الإستثارة الذاتية لديهم. ويعد فرط الحركة Hyperkinesis مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديين الصغار . في حيث أن نقص الحركة Hypokinesis أقل كزار وعندما تظهر فإنها غالبا ما تتبدل إلى فرط النشاط " النشاط الزائد " Hyperactivity وتلاحظ العدوانية ونوبات الغضب . وغالبا ما تكون بدون أن سبب ظاهر أو فوري ، وذلك بسبب التغيير أو المطالب ، ويتضمن سلوك إيذاء الذات ، خبط الرأس ، العض ، الخدش ، شد الشعر . وبالإضافة الى ذلك يوجد قصر في مدى الإنتباه ، وإنعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ، الأرق ، مشكلات الطعام والتغذية، وتكون إضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين .

3-5 خصائص بدنية :

غالبا ما يكون المظهر العام مقبولا إن لم يكون جذابا ، مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى 7 سنوات يكونون أقصر طولا من أقرانهم المساويين لهم في العمر والغير مصابين بالتوحد ،ومن حيث الثبات في العمر المبكر في استخدام اليد اليمنى فقط أو اليسرى فقط كمعظم الأطفال ،

فإننا نجدهم يختلفون عن الطفل السليم في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يترددون أو يتبادلون استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ، مما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر . كذلك نجد اختلافا عن الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع العام مما يشير الى خلل أو اضطراب في نمور طبقة الجلد المغطية للجسم Neuroectodermal Developemnt ويتعرض أطفال التوحد من طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس والسعال ، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثرمن حدوثها بين أطفال المجتمع العام ، كما يختلفون عن الطفل السليم في تجاوبهم مع تلك الأمراض وانعكاسات تأثيرها عليهم .

ففي الكثير من حالات التوحد قد لا ترتفع حرارة جسم الطفل التوحيدي المصاب بالحمى أو مرض معد يرفع حرارة الطفل السليم ، والبعض لا يشكو مما يعانيه من آلام بل لا يعبر عن ألهم بالكلام أو بتعابير الوجد أو حركة الجسم المتوجع .

و مع هذا فإن سلوكيات الطفل المتوحد أكثر رقة وهذوءا وتحسنا أثناء حالات المرض الألم ، مما يستدل منه الأبووان أو المدرس على أن الطفل يعاني مرضا أو توعكا أو ألما .

4-5 خصائص عقلية معرفية :

يغلب على الأطفال التوحيديين إنتقائية الإنتباه فيما يتعلق بأحداث البيئة التي يعيشون فيها . كما أن حواس الطفل التوحيدي ليست متميزة مثل حواس الطفل العادي ، قد يغطي عينيه حين يسمع صوتا لا يحب أن يسمعه ... وهكذا .

كما أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة شاذة غريبة . فهو في بعض الأحيان يتصرف كما لو كان ليس له خبرة بالأصوات والأشكال والروائح التي تحيط به ،بل وكأنه لا يشعر بالأشياء التي يلمسها ، فقد لا يستجيب لصوت مرتفع ، كما قد يبدي تجاهلا كاملا لشخص يعرفه جيدا من قبل .

وأیضا قد لا يبدي مبالاة للألم أو البرد ، بينما في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة لدرجة أنه يشعر بصوت خشخشة في الأوراق ، وقد يحملق بشكل مقصود الى مصدر للضوء ، أو الى مصباح مضاء ، أو يقوم ببرم جزء من ورق مكررا ذلك عدة مرات ، أو يخمش سطح منضدة .

ويذكر حسن مصطفى (2001) أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب ذكائهم أدنى من 50-55 (تخلف عقلي متوسط ، شديد أو عميق) ، 30% نسب ذكائهم 70 أو أكثر . وتظهر الدراسات الإكلينيكية والوبائية أن الخطورة بالنسبة لإضطراب التوحدية يزداد بتناقص نسب الذكاء ، وحوالي (1/5) خمس الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي عادي إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي Verbal Sequencing أكثر من المهارات البصرية المكانية Visiopotial (التصور المكاني) أو مهارات الإستظهار من الذاكرة Memory Rote وهذه النتائج تؤكد أهمية الخلل المرتبط بالوظائف اللغوية.

ويرى (روتر ، 1983) أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن كثيرا من الأطفال التوحديين لديهم قصورا معرفيا يصعب تفسيره في ضوء ما ، أطلق عليه (كانر) سلوك العزلة الاجتماعية بإعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين لأن يكونوا معوقين عقليا ، بينما الواقع ليس كذلك ، ولذلك يرى (روتر) أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة بشكل مناسب ، وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول ، كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر إجتماعية سواء نتيجة لإستخدام بعض أساليب التدخل ، أو أي شكل آخر فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ . ويذكر (روتر) أن هناك تفسيرين محتملين للآداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال :

الأول : أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة ، ولكنه يعتمد تجنب إعطائها .

الثاني : أن آداء الطفل التوحدي يكون عادة محكوما بطبيعة موقف الإختبار ، وليس بصعوبة المهم المطلوبة منه.

5-5 خصائص إجتماعية :

يشير الباحثون إلى أنه من الخصائص الاجتماعية المتداولة عند الطفل التوحدي هي الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، وأمام خاصية الانسحاب هذه يرى بعض الباحثين أن هذا الأمر لا ينطبق على جميع الحالات .

حيث يرى (شاكر قنديل ، 2000) أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم ، وقد يحبون الألعاب التي تتطلب إتصالا بدنيا ، بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه ويستمتع بمعارفته وإحتضانه ، أما الأطفال الأقل قدرة فقد يعانون قلقا حادا إذا غاب عن حياتهم شخص كبير مألوف لديهم .

وفي المقابل من وجهة النظر هذه نرى أن الباحثين الذين قارنوا بين علاقات الطفل التوحدي مع الآخرين وعلاقات الطفل العادي وحدوا أن هناك اختلافا كبيرا بين نوعين العلاقتين ، فالطفل التوحدي لا يظهر أدنى قدر من الاهتمام بوجود الآخرين ، كما أنه لا ينظر أبدا في وجه أحد ودليلهم على ذلك أننا نجد الطفل التوحدي قد يقترب من شخص بالغ ويبدو كأنه يريد أن يعانقه ، ومن ثم قد لا يقترب منه ، بل ويجلس في حجره ، ولكنه يشيح بوجهه بعيدا ، فهو لا يتجه الى الآخر ، ولا ينظر إليه مباشرة مثل الطفل العادي .

إن بعض السلوكيات الاجتماعية للطفل التوحدي يمكن تفسيرها في ضوء عجزه عن محاكاة سلوك الآخرين وتقليدهم ، فمثلا ليس بمقدوره الطفل التوحدي أن يبتسم للآخر الذي يبتسم له ، أو أن يصفق حينما يصفق الآخرون ، وفي كل الأحوال ، فإن من الواضح أن مصدر الإخفاق لدى الأطفال التوحديين فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي هو عدم قدرتهم على تبادل المشاعر في المواقف الاجتماعية ، أو على الأقال في العجز عن فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي ، ولذلك يلاحظ أن الأطفال التوحديين يعجزون عن تفسير مشاعر الآخرين خاصة من خلال التواصل الغير لفظي ، فقد لا يدرك الطفل التوحدي أن الشخص الذي يتكلم إليه يبدو ضجرا أو متمللا من حديثه على الرغم من أن وجه هذا الشخص وتصرفاته تعبر عن ذلك ، فهو - أي الشخص - قد يشيح بوجهه بعيدا أو ينظر من نافذة أو يكرر تتأوبه ، وهي سلوكيات يستوعبها الطفل العادي بسهولة وهكذا يبدو أن لدى الأطفال التوحديين قصورا في توفيق سلوكهم مع حاجات الآخرين .

ويقرر (حسن مصطفى ، 2001) أن كل الأطفال التوحديين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم، و مع الناس الآخرين .

فهم في الطفولة يوجد لديهم نقص كبير فيما يتعلق بالإبتسامة الاجتماعية ، والأوضاع المتوقعة لأن يأخذوا طريقهم إلى الإقتراب من البلوغ (الرشد) فالتلاحم البصري (بالعين) الغير سوي هو النتيجة الشائعة ... والنمو الاجتماعي للأطفال التوحديين يتميز بالنقص (إن لم يكن دائما غيابا كليا) لسلوك التعلق الطفلي ،

وفشل مبكر في الإرتباط النوعي بشخص ما ... والأطفال التوحديين غالبا ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم ، كالأباء والإخوة والمعلمين ، ويمكن أن يظهروا عمليا إنعداماً من قلق الإنفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء . وعندما يصل الأطفال التوحديين إلى سن المدرسة ، يمكن أن يقل إنسجامهم ، أو لا يكونوا في الوظيفة الجيدة للأطفال بصورة عملية واضحة . وبدلاً من ذلك يظهرون الفشل في اللعب مع الأقران وفي أن يكون لهم أصدقاء ، ويظهرون عدم البراعة ، وعدم ملائمة السلوك وبصفة خاصة يظهرون الفشل في نمو التعاطف Empathy بصورة ملحوظة .

5-6 الخصائص الإنفعالية :

هناك مجموعة من ردود الفعل الإنفعالية لدى التوحدي مثل نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ، وقد يشعر بالذعر من الأشياء الغير ضارة او مواقف معينة ، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله ، فقد يضحك لوقوع شخص أمامه ، وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ بدون سبب واضح ، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى الطفل التوحدي ، وقد أسفرت نتائج دراسة قام بها إسماعيل بدر (1997) إلى أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن المرح لديه ، والبعض لا يعانقه حتى أمه ، والبعض لا يظهر مظاهر إنفعالية كالدهشة والحزن والفرح ، ومع عدم الاستقرار الإنفعالي في البيت أو المدرسة ، وقد يقلد الآخرين في بعض التعبيرات الإنفعالية دون فهم أو تفاعل. (خطاب ، 2009 ، ص 25-36) .

6-أهمية دراسة اضطراب التوحد :

إن أهمية دراسة التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل ، وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته ، مع وجود فارق مهم ، وهو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة ، بينما الطفل التوحدي يثبت عندها. كما أننا نستطيع أن نرى النكوص إلى هذه المرحلة (مرحلة التمرکز حول الذات) يحدث في مرضى الفصام ، مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى مع الواقع ، ثم عاد إلى النكوص إلى تلك المرحلة (مرحلة التمرکز حول الذات) مع الاخذ في الحسبان بعض خصائص المراحل المتقدمة ، كما يجب أن نأخذ في الحسبان العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية . فالطفل الذي يولد بميول توحدية قد يستفز أمه لتعامله وبالتالي معاملة خاصة مميزة عن باقي إخوته ، مما ينمي فيه مظاهر المرض .

كما تأتي أهمية دراسة التوحد من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها . وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبات صرع ، وأن الذين تحدث لهم نوبات الصرع غالبا ما تقل نسبه ذكائهم عن (50) درجة ، وأنه قد لوحظ أن أن 20 بالمئة أو أكثر من حالات اضطراب التوحد يولد لدى أفرادها تاريخ لنوبة صرع أو أكثر .

كما أن من المضاعفات أيضا حدوث الإكتئاب في بداية المراهقة استجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة من اضطراب التوحد. وفي حالة التعرض لضغط نفسي أو إجتماعي يظهر المريض أعراضا كتأتونية (تصليبية) ، خاصة التهيج أو أخذ وضع ثابت ، أو ظهور حالة ذهانية غير نوعية ، مع ضلالات وهلاوس ، ولكنها تزول بزوال السبب.

كما تكمن أهمية دراسة اضطراب التوحد في أنه يسهم في حل هذا اللغز المحير الذي لم تعرف أسبابه ، ومساعدة الكثيرين من أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم التوحديين بشكل يساعدهم على فهمهم أكثر ومعرفة ما يريدونه . وكذلك التبصير بضرورة وجود خدمات متكاملة لهذه الفئة ، وتوفير المصادر المعينة لفهمهم ، وكذلك زيادة عدد المتخصصين لهذا الإضطراب لسد النقص في غيابهم ، ومن ثم توفير المعاهد والمراكز المتخصصة لفئة التوحد . (المغلوث ، 2006، ص 50-51).

7- تشخيص اضطراب التوحد :

منذ سنوات ليست ببعيدة لم يكن هناك وعي باضطراب التوحد ، وغالبا ما كان يتم تشخيص هؤلاء الأطفال على أنهم متأخرون عقليا أو لديهم تأخر لغوي شديد لأسباب مجهولة . ولكن في الآونة الحالية قد زاد الوعي بهذا الإضطراب وأعراضه، ويتم تشخيص هذا الإضطراب اكلينيكيًا حيث لا توجد حتى الآن وسائل معملية أو إشعاعية تمكننا من تشخيصه. ويعتمد التشخيص الإكلينيكي على ملاحظة الطفل بواسطة الطبيب النفسي المتخصص في الطب النفسي للأطفال مع سؤال الأبوين ثم الرجوع الى جداول ثابتة بها معايير لتشخيص هذا الإضطراب. ومن المعروف أن هناك نسقين تصنيفيين لأمراض الطب النفسية وأشكال العجز المختلفة يستخدمان على نطاق عالمي دولي . ولكل نسق منها أقسامه فيما يتعلق باضطراب التوحد ، وكل واحد منهما يتم تحديثه كل بعض سنوات أحدهما تقدمه الرابطة الأمريكية للطب النفسي ويسمى الدليل التشخيصي

والإحصائي للإضطرابات العقلية . وأما ثانيهما فتقدمه منظمة الصحة العالمية ويسمى التصنيف الدولي للأمراض ويتعين القول أنه ليس محتما على الآباء والأمهات استخدام قائمة المراجعة بأنفسهم ، فهي من الأصل لم تعد لهم، وإنما هي في حقيقة الأمر أداة إكلينيكية أساسية بالنسبة للمتخصصين .

الدليل التشخيصي والإحصائي للتوحد مقدم من الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام 1994.

ويتضمن هذا الدليل التشخيصي للتوحد إثني عشر بندا في ثلاث مجالات (أربعة منهما في مجال التفاعل الاجتماعي ، وأربعة آخرين في المقدرة على التواصل ، أما الأربعة الأخرى فهي في نمطية سلوكية وتكراره). ويتم تشخيص مرض التوحد عندما يكون لدى الطفل خلل في ستة بنود على الأقل من هذه الإثني عشر بندا ، شريطة أن يكون إثتان منهما على الأقل في مجال التفاعل الاجتماعي وواحد على الأقل في المجالين الآخرين . وتتخلص بنود هذا الدليل التشخيصي للتوحد في الآتي :

(أ) خلل في التفاعل الاجتماعي ويشمل :

- 1-خلل شديد في عدة سلوكيات غير لغوية مثل التواصل البصري ، فهم تعبيرات الوجه ، الأوضاع والإيماءات التي تنظم التفاعلات الاجتماعية .
- 2- خلل في تكوين علاقات مع الأصدقاء تتوافق مع مرحلة الطفل العمرية.
- 3 -عدم المقدرة على البحث التلقائي للمشاركة مع الآخرين في اهتماماتهم ومتعتهم أو إنجازاتهم مثل عدم الإشارة للأشياء التي تجذب الاهتمام أو إحضار شيء للآخرين يجذب إهتمامهم ليشاهدوه معهم.
- 4- عدم القدرة على تبادل المشاعر مع الآخرين.

(ب) خلل في التواصل ويشمل :

- 1-تأخر أو غياب كامل للكلام وعدم المحاولة لإستبدال هذا بلغة أخرى مثل : لغة الإشارة.
- 2- عدم المقدرة على بدء أو استمرار المحادثة عند هؤلاء الذين يستطيعون الكلام.
- 3- تكرار الكلام أو إستخدام لغة خاصة غير مفهومة.
- 4-عدم المقدرة على اللعب الإبتكاري والتقليد المناسب لعمر الطفل .

(ج) نمطية السلوك وتكراره وقلة الإهتمامات والأنشطة وتشمل :

- 1-الاهتمام المتكرر بشيء غير مألوف مع قلة اهتمامات الطفل .
- 2-الاهتمام الشديد الغير قابل للتغيير بعادات روتينية ليست ذات جدوى.
- 3-القيام بحركات تكرارية مثل تحريك اليد أو الأصابع أو تحريك الجسم كله أو ررفة الذراعين.
- 4-الاهتمام المتواصل بأجزاء من الأشياء . (جيهان مصطفى ، 2008 ، 41-42) .

8- طريقة التكفل بالطفل التوحدي :

مبادئ التدخل العلاجي :

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي :

- 1- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية .
- 2- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنظمة وبعيدة عن العملا عشوائي .
- 3- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
- 4- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
- 5- مراعاة تنوع أساليب التعليم .
- 6- مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل.

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار التوحد العديدة والمتنوعة .

ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحماية الغذائية . ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن التدخلات العلاجية التي سوف يستعرضها الباحث بعضها ذا طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع وبعضها ذا طابع

تجارى وما زال يعوزها الدليل على نجاحها .

كما يجب التأكيد على أنه لا يوجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص التوحديين كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد.

📌 أولاً : أساليب التدخل النفسي:

حاول ليوكانر Leo Kanner 1943 وهو أول من إكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم , ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم .

ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة .

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Melany Klien و برونوبتلهي Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عولجت باستخدام الأساليب النفسية ، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص التوحديين ذوى الأداء الوظيفي المرتفع ، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض .

كما يقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

ثانيا : أساليب التدخل السلوكي :

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا واستخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كل . وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في :

- أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبّقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً .
- ب -يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس .
- ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث الذاتوية (التوحد) فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .
- د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

- 1- برنامج لوفاس (YAP) Young Autistic Program .
- 2- برنامج معالجة وتعليم الذاتويين وذوى إعاقات التواصل .
- 3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training
- 4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)
- 5- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy DLT
- 6- التدريب على التكامل السمعي (ALT) AuditoryIntegration Training :
- 7- العلاج بالتكامل الحسي (SIT) Sensory Integration Therapy :

- 8- التواصل الميسر (Facilitated Communication) (FC):
- 9- العلاج بالمسك أو الاحتضان (Holding Therapy) (HT)
- 10- العلاج بالتدريبات البدنية (Physical Exercise) (PE)
- 11- التعليم اللطيف (Gentle Teaching) (GT) :
- 12- العلاج بالموسيقى (Music Therapy) (MT):

1- لوفاس (Lovaas Young Autistic Program (YAP):

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور إيفارلوفاس (Ivar Lovaas) وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك .ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين .ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم.

ويقبل الأطفال الذين شخّصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 5 سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40% ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام. ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهر القادماً حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً.

ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناء على ملاحظات لوفاس حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة .

حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه.

ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية :
المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهاجاً يشمل أكثر من 500 هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب.
حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء محبب له (قطعة شكولاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.
ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة.

وأهم المجالات التي يركز عليها لوفاس:

(الانتباه - التقليد - لغة الاستقبال - لغة التعبير - ما قبل الأكاديمي - الاعتماد على النفس)
ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالاً من المجالات السابقة وتضاف لها أهدافاً للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة. تتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين 60-90 دقيقة للأطفال المبتدئين تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل 10-15 دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد 60-90 دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين 10-15 دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً، وقد تطول مدة الجلسات للأطفال الغير مستجدين في البرنامج إلى 4 ساعات تتخللها فترات استراحة مدتها 1-5 دقائق وتنتهي باستراحة مدتها 15 دقيقة.

2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوي إعاقات التواصل: تيتش (Teacch)

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped هو برنامج تربوي للأطفال التوحديين ومن يعانون من مشكلات تواصل ، وقد طوره الدكتور (إريكشوبلر) في عام 1972م في جامعة نورث كارولينا ، ويعتبر أول برنامج تربوي مختص بتعليم التوحديين وكما يعتبر برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية.

هذا البرنامج له مميزات عديدة بالإضافة إلى التدخل المبكر فهو يعتمد على نظام STRUCTURE أو TEACHING أو التنظيم لبيئة الطفل سواء كان في المنزل أو البيت حيث أن هذه الطريقة أثبتت أنها تناسب الطفل التوحد و تناسب عالمه.

من مزايا هذا البرنامج انه ينظر إلى الطفل التوحدي كل على انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية - العقلية - العضلية - واللغوية وبذلك باستعمال اختبارات مدروسة. برنامج تيتش يدخل عالم الطفل التوحدي و يستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين. أيضا هذا البرنامج متكامل من عمر 3-18 سنة حيث أن تهيئة الطفل للمستقبل و تدريبه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له عامل جدا مهم لملئ الفراغ .. وإحساسه بأن يقوم بعمل منتج مفيد .قبل أن يكون وسيلة لكسب العيش.

إذن البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة تقوم على المعينات والدلائل البصرية لكي يتمكن الطالب من التكيف مع البيئة لأنه يعاني من بعضا من هذه السلوكيات:

- التعلق بالروتين.
- القلق والتوتر في البيئات التعليمية العادية.
- صعوبة في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام.
- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.

- صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر.
- صعوبة في فهم الكلام.
- صعوبة في فهم الأماكن والمساحات في الصف.
- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري عوضاً عن اللغة الملفوظة.
- وتقوم البيئة التعليمية المنظمة على:
 - تكوين روتين محدد.
 - تنظيم المساحات.
 - الجداول اليومية.
 - تنظيم العمل.
 - التعليم البصري.

ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الإدراكية ومهارات للتكيف في المجتمع ومهارات حركية والمهارات الأكاديمية. ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة. ويعطى برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المنبهات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحد.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي : تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل-جدول العمل -استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية .

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى.

3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) SocialSkills Training

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص الذاتويين على التفاعل الاجتماعي . ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الافتراضات وهي :

أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب .

ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

ج- إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص ، تمثيل الأدوار ،كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية .

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل الذاتوي متكلف وغريب من وجهة نظر النمطية لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية .

4- برنامج استخدام الصور في التواصل

(PECS) Picture Exchange Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص الذاتوي الذي يعاني من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب , الأم , المدرس) .

حيث ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل و يساعده علي تنفيذ رغباته و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل , يشرب , يقضي حاجته , يقرأ , في سوبر ماركت , يركب سيارة...الخ).

و هذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال الذاتويين الذين يعانون من قصور وسائل لتواصل اللفظي و غير اللفظي و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام 1994 حيث أبتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص التوحدي لصورة شيء يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب .

و يبني هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز , التلقين , التسلسل العكسيو غيرها . و لا تقتصر فائدة برنامج PECS علي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

5- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy DLT

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyoo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم و يطلق علي هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالذاتوية لديه معدل عالي من القلق ، ولذلك يركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة

على سلوكيات الطفل غير المناسبة وإهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته.

6- التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training) (ALT):

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard 1993 وقد افترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص الذاتويين مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الذاتويين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30) وهذا النوع من التدخل يأمل أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة .

وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي.

يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن ، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال و زيادة قدرتهم على الكلام ،زيادة تفاعلهم مع أقرانهم ، وتحسن سلوكهم الاجتماعي.

7- العلاج بالتكامل الحسي (Sensory Integration Therapy) (SIT)

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً ، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر ، الصوت ، اللمس ، التدوق ، الشم، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم. على ضوء تقييم الطفل ، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً ، وكما في العلاجات الأخرى ، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي ، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Jane Ayres، وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم ، السمع ، البصر ، اللمس ، التوازن ، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنهم . ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين.

8- التواصل الميسر (Facilitated Communication (FC):

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم ، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً ، حيث يقوم المدرب " المسهل " بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة ، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات ، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع . فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدون يقدمون السند والمساعدة الجسمية له ، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه بينما الفرد التوحدي يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاجي يبني على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل الذاتوي إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلية وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدي في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة . وقد حظيت هذه الطريقة بإهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر .

9- العلاج بالمسك أو الإحتضان (HoldingTherapy (HT):

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتوي ينتج عنه عدم توازن إنفعالي مما يؤدي إلى انسحاب إجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام فبالإحتضان ينتج من خلال

نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث . وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرسالخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركة الكبير وتستمر الجلسة لمدة) (٤٥ دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل . وفى هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات الذاتويين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل فى النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدؤا فى التدقيق فى وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا ايضاً بأن هذه تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي .ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى إستخدام أسلوب العلاج بالاحتضان فى علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً .

10- العلاج بالتدريبات البدنية (PE) Physical Exercise

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland سنة 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة %48 من (1286) فرداً من أباء الأطفال الذاتويين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص فى أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية فى الهواء الطلق تؤدى إلى تناقص هام فى إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي .

11- التعليم اللطيف (GT) GentleTeaching

أستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee فى 1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلى انه ناجح مع الأفراد ذوى صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما :

- 1- ان يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
2- ان سلوكيات المعاندة او العناد هي رسائل تواصلية قد تُشير الى اضطراب او عدم راحة او قلق أو غضب.

12- العلاج بالموسيقى (MT) Music Therapy :

هذا النوع يستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال الذاتيين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهذه مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية .

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال الذاتيين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدي الأطفال الذاتيين وبالتالي يمكن ان يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل .و هناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى و لكنها الأقل شيوعاً و انتشاراً.

ثالثاً: أساليب التدخل الطبي :

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالذاتوية فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجها و حتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح الى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالذاتوية ، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر .

ويركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى الذاتيين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص الذاتوى أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد

تُسِير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الاطفال الذاتويين مثل العقاقير المنبهة TimulantMeauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Antianxiety Medication والعقاقير المضادة للتشنجات Anticpnvulsants.

رابعاً : أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment :

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات . فقد أجريت في فرنسا دراسة 1982Lelard et al وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين "ب" آي ينتج عنه تحسنات سلوكية في (١٥) طفل ضمن عينه قوامها (44) طفل ذاتوي وفي دراسات أخرى قام بها 1988Martieau et aL قررت أن خلط فيتامين "ب6" مع المغنسيوم Magnesium ينتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين "ب" بمفرده.

خامساً : العلاج بالحمية الغذائية (DT) Dietary Treatment :

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعاني من الذاتوية دور بالغ الأهمية .

وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والذاتوية وقد أشارت إلى أن طفلها الذي يعاني من الذاتوية قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري. والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للذاتوية السكر، الطحين ، القمح ، الشيكولاتة ، الدجاج ، الطماطم ، وبعض الفواكه .

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألومنيوم .

وفى إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لاحظ فيها أن 40, 50% من الآباء الذين شعورأن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسيربروتينات هي الجلوتين Glutemمثل القمح والشعير والكازينCaseinوالذى يوجد فى لبن الأبقار ولبن الأم .
إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم .
(شبيب ، 37 - 51 ، 2008)

9- وجود طفل توحد في الأسرة :

لاشك أن كل أب وأم يتطلعون بلهفة وشوف كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه. ويتمثل ذلك بالممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بهما والتي تظهر استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل . من هذه المظاهر التي نتحدث عنها اهتمام الوالدين وخاصة الام بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها ويظهر ذلك في أدائها الحذر لمهامها الوظيفية في البيت ومراجعتها المستمرة للطبيب المختص .

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

وقبل أن أبدا الحديث عن الآثار المترتبة على ولادة الطفل التوحد في الأسرة أود أن أذكر للقارئ عبارة كانت قد ذكرتها إحدى الأمهات في معرض حديثها حين تأكد لديها أن طفلها معاق (عندما عرفت بأن طفلي

معاقا أحسست بأن شيئاً ما بداخلي قد مات ،شيئاً أعرف تماماً بأنه لن يعود إلى الحياة أبدا)، هذه العبارة تعطي للقارئ صورة عن شدة الصدمة والألم اللذان قد يشعر به الوالدان وخصوصا الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة طفلها. إن الشعور بالصدمة ليس متساويا بين الآباء ، بل يتراوح في شدته بين فرد وآخر ، وبين أسرة وأخرى وكذلك بين علاقة وأخرى وقد تؤثر في ذلك أيضا السن التي يتم فيها اكتشاف الإعاقة عند الطفل .

إن الصدمة تظهر بدرجات متفاوتة وتتم بمراحل مختلفة فالحيرة وعدم القدرة على فهم متطلبات الطفل الجديدة وطريقة التعامل معه تعد من المظاهر الهامة التي عبر عنها الوالدان في دراسات مختلفة. أسئلة كثيرة تراود الآباء يبحثون لها عن جواب و من هذها لأسئلة : ماذا يمكن أن نفعل لهذا الطفل ؟ كيف يمكن لنا أن نربيه ؟ هل لديه القدرة على التعلم ؟ هل سينمو هذا الطفل مثل غيره وهل سيشفى من إعاقته ؟... الخ من التساؤلات .

وحدد Mackeith 1973 ردود فعل الوالدين نحو طفلهما التوحدي في الجوانب الآتية :

- 1- فعل بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له .
- 2-ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواء منها ما يتعلق بعدم الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو في عدم الكفاءة في التربية والتنشئة.
- 3-ردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب.
- 4-الشعور بالذنب .
- 5-الشعور بالحرج وهو رد فعل إجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء أن المجتمع أو أفراد المجتمع سينظرون لهم نظرات خاصة .

إن ولادة الطفل التوحدي في الأسرة سيكون له كبير الأثر على إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والإجتماعي والإقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل هذه الأسرة لهذا الطفل . والواقع هناك العديد من الدراسات التي طرقت هذه المجالات .

وأود أن أشير هنا إلى بعض من هذه الدراسات وما نتج عنها من نتائج ستعيننا في معرفة أهم المشاكل التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين والتي سيكون لها الأثر البالغ على التكيف الأسري سواء داخل التنظيم الأسري ذاته أو خارج نطاق هذا التنظيم.

أ- الآثار النفسية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة :

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

وأكدت الدراسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضاً للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم . ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين ، كمشاعر الذنب ، الرفض المستمر للطفل ، الحماية الزائدة ، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس ، الشعور بفقدان الطفل ، الإنعزال عن الحياة الاجتماعية ، الشعور بالدونية والنقص ، الهروب من الواقع ، وعدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة ، عدم الإنسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة .

كل هذه المظاهر ماهي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يمكن إعرانها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحدي .

ب- الآثار الاجتماعية المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة :

أكد Farber 1963 في أبحاث على أثر وجود الطفل التوحدي على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض وبين أفراد الأسرة والآخرين خارج نطاق الأسرة ذاتها . وأشار إلى وجود آثار سلبية وأخرى إيجابية على تكيف الإخوة والأخوات في المجتمع وخاصة في المدرسة التي يدرسون بها . وأشار Simeonsson 1981 إلى أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة قد يخلق جو من عدم التنظيم الأسرة وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة مما قد تؤدي إلى إنفصال الوالدين أو إلى مشكلات في العلاقات بينهم . وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقتها بغيرها من الأسرة لإعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عنه في لقاءاتها .

ج- الآثار الاقتصادية المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة :

لا شك أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباء أخرى مالية أو إقتصادية هذا ما إذا علمنا ما أن هذه الأعباء غالباً ما تكون دائمة وتستمر طوال فترة حياة هذا الطفل . إذ أن الطفل التوحدي يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة . فهم بحاجة إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب وتكاليف أكثر من غيرهم ، فضلاً عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل ساهم بشكل كبير في إنقطاع الأم عن العمل . (سوسن شاكر مجيد ، 2010 ، ص ص 34-37).

خلاصة الفصل

يعتبر التوحد من أشد وأخطر الاضطرابات لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها للطفل الجانب المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي حيث يتميز الطفل التوحدى بخصائص معينة تجعله يختلف عن الطفل العادي من حيث السلوكات والتصرفات وطريقة التعامل ، وقد ترجع أسبابه الى أسباب نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية ، ومايجعل هذا الإضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه وتحديد ما إذا كان الطفل يعاني من التوحد أو إضطراب آخر ، و تكمن أهمية تشخيصه في علاجه ووضع برامج علاجية من أجل مساعدة الطفل التوحدى سواء بالعلاج النفسي أو الطبي ، أو السلوكي أو غيرها من العلاجات الأخرى وكذلك مساعدة الأسرة على تقبل هذا الإضطراب ومحاولة التكيف خاصة الأم التي تتأثر كذلك بهذا الإضطراب وتجد نفسها متعرضة للضغط وتجد صعوبات في التعامل مع طفلها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة :

تمهيد :

- 1- الدراسة الإستطلاعية و الهدف منها .
- 2- حدود الدراسة .
- 3- حالات الدراسة .
- 4- منهج الدراسة .
- 5- أدوات الدراسة .

تمهيد :

يعتبر ضبط الإطار المنهجي للدراسة من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسات العلمية ، والهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي إعتدنا عليها لتحقيق الأهداف المراد الوصول إليها من هذا البحث بعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية والفرضيات والهدف والأهمية وبالإضافة إلى الفصول النظرية .

سننظر في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا مهما في أي بحث حيث سنتناول المنهج المستخدم ، والحدود المكانية والزمانية وحالات الدراسة بالإضافة إلى الأدوات التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة.

1-الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لبناء البحث كله، وهي من الخطوات الأساسية التي يقوم بها الباحث أثناء دراسته لموضوع بحث معين، إذ تساعده على جمع كل المعلومات والحقائق التي تخدم موضوع بحثه ، كما تحدد له الطرق العلمية التي بواسطتها يتم دراسة الموضوع . وهي دراسة ميدانية أولية يقوم بها الباحث من أجل التعرف على الظاهرة المراد دراستها وذلك بهدف تكوين فهم مناسب لحالات الدراسة ،وبناء على ذلك فإن الدراسة الإستطلاعية تعد خطوة مهمة في البحث العلمي.

• وتهدف إلى التعرف على الظروف التي سوف تجري الدراسة الأساسية والصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث ، كما تفيد في التحقق من مناسبة الأدوات المستخدمة لجمع البيانات ، كما تهدف أيضا إلى إختيار عينة / حالات الدراسة .

وبما أن موضوع الدراسة يدور حول أم الطفل التوحيدي فقد توجهت الباحثة إلى المركز الذي يتواجد فيه الأطفال التوحيدين والمتمثل في المركز البيداغوجي للمعوقين ذهنيا بولاية بسكرة وذلك سعيا لتحقيق الأهداف التالية :

- تحديد حالات الدراسة المناسبة.
- التأكد من حضور أم الطفل المصاب بالتوحد والتعامل معنا .
- التأكد من إمكانية إجراء موضوع الدراسة ميدانيا .
- إجراء المقابلة مع الحالات .
- تطبيق الأدوات المناسبة للدراسة .

وهذا طبعاً بعد موافقة مدير المركز و الإستعانة بالأخصائي النفساني وبذلك تمكنت الطالبة من تحقيق الأهداف المسطرة من للدراسة الإستطلاعية .

2- حدود الدراسة :

المكانية : تم إجراء الدراسة الميدانية في المركز البيداغوجي للمعوقين عقليا في منقطة الكورس ، ولاية بسكرة على حالات متمثلة في أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد .
الزمانية : تم تطبيق الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة بين 20 فيفري إلى 13 مارس 2017 .
البشرية : تكونت حالات الدراسة الأساسية للدراسة الحالية من (03) حالات متمثلة في أمهات الأطفال المصابين بإضطراب التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا ببسكرة .

3- حالات الدراسة :

اعتمدت الطالبة في اختيارها لأفراد الدراسة على التعامل مع 3 حالات تمثلت في أمهات الأطفال المصابين بإضطراب التوحد ، وكانت خصائصها كما هو مبين في الجدول رقم (02) أدناه .

جدول (2) خصائص حالات الدراسة :

الحالات	السن	المستوى التعليمي	المستوى الإقتصادي	عمر الإبن
1-أم إحسان	45 سنة	ثانوي	متوسط	9 سنوات
2-أم هشام	46 سنة	/	متوسط	9 سنوات
3-أم وسيم	48 سنة	الرابعة متوسط	جيد	9 سنوات

4- منهج الدراسة :

المنهج العلمي أسلوب للتفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة . ويمتاز هذا الأسلوب بالمرحلية بمعنى انه يتكون من مجموعة من المراحل المتسلسلة والمتراطة التي يؤدي كل منها إلى المرحلة التالية .

ويرتبط تحديد الأسلوب أو المنهج العلمي الذي يستخدمه ويطبقه الباحث لدراسة ظاهرة أو مشكلة معينة بموضوع ومحتوى الظاهرة المدروسة ، بمعنى أن مناهج وأساليب البحث العلمي تختلف باختلاف الظواهر والمشكلات المدروسة. (عليان ، ب د)

ولما كان الهدف من الدراسة الحالية هو الكشف عن الضغط النفسي و أساليب المواجهة المستخدمة لدى كل حالة من حالات الدراسة، فقد تم الإعتماد على المنهج العيادي بإعتباره المنهج المناسب لهذه الدراسة ويعد أفضل المناهج وأدقها وأقدرها على دراسة الحالات الفردية ، ويعرفه دانيا لاغاش "D Lagache" على أنه تتاولا لسيرة من منظورها الخاص وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد تجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنا للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد لحلها "

أما العالمان بيشو وديلاي (P Pichot & J Delay 1996) فيؤكدان أن المنهج الإكلينيكي ينعدم من كل القوانين كما في اختبارات الذكاء ، يسمح بإعطاء علامات خاصة تتطلب بدورها وضع فرضيات تستلزم التحقيق ، حيث غالبا ما يعد هذا المنهج الطريقة الوحيدة في الدراسة الفردية ويعتمد في بناء تشخيصه على قواعد ناتجة عن ملاحظات الفاحص نفسه أو ملاحظات فاحصين آخرين توصلوا إلى نفس النتائج . (جدو ، 2013 ، ص 126) .

5- أدوات الدراسة :

لكل دراسة علمية أدوات يعتمد عليها الباحث لجمع المعلومات والقياس وذلك بهدف اختبار فروضه ، وفي الدراسة الحالية تم الإعتماد على الأدوات التالية :

- 1- المقابلة نصف موجهة.
- 2- اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي.
- 3- اختبار الوضعيات المرهقة CISS .

1-5 المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة :

هي تبادل لفظي بين المفحوص والأخصائي النفسي حيث تجرى وجها لوجه بغرض جمع المعلومات من الحالة والتعرف على مختلف التغيرات الانفعالية وآرائها من خلال حديثها .

وهي المقابلة التي تم الإعتماد عليها للحصول على أكبر قدر من المعلومات ، يقوم فيها الأخصائي النفسي بطرح جملة من الأسئلة تهدف للتوصل إلى إجابات تخدم البحث ، يتعين فيها على المفحوص الإجابة على هذه الأسئلة بحرية لكن دون الخروج عن إطار الموضوع . (صندلي ، 2012 ، ص 148) .

إن هذا النوع من المقابلات يسمح لنا بجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات والتعرف على الحالة أكثر وذلك لأن هذا النوع يعطي الحرية للمفحوص على الإجابة ، أي التعبير بحرية.

وتم تقسيم المقابلة نصف موجهة في هذه الدراسة إلى 3 محاور :

✓ المحور الأول : الحالة النفسية للألم .

✓ المحور الثاني : محور تعامل الأم مع الوضعية .

✓ المحور الثالث : الحياة العلائقية والنظرة المستقبلية للألم .

2-5 اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي:

تم بناء هذا المقياس من قبل "Levenstein& All 1993" لقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي (Perceived Stress Index) ويشمل هذا الإستبيان على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة والغير مباشرة ، تضم المباشرة حوالي 22 بند منها البنود رقم : 2 ، 3 ، 4 ، 5 ، 6 ، 8 ، 9 ، 11 ، 12 ، 14 ، 15 ، 16 ، 18 ، 19 ، 20 ، 22 ، 23 ، 24 ، 26 ، 27 ، 28 ، 30 .

تتقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين إلى اليسار (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة) وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط عالي عندما يجيب المفحوص بالقبول إتجاه الموقف ، بينما تشمل البنود الغير مباشرة 8 بنود منها رقم : 1 ، 7 ، 10 ، 13 ، 17 ، 21 ، 25 ، 29 .

تتقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4-1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة) .

5-2-1 طريقة التصحيح :

- تنقط بنود هذا الإختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي : 1- تقريبا .
 2- أحيانا .
 3- كثيرا .
 4- عادة .

ويتغير التقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة ، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية :

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام} - 30}{90}$$

90

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار من البنود المباشرة وغير مباشرة ، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط إلى (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط . (صندلي ، 2012 ، 156-157) .

جدول (3) يمثل كيفية تنقيط البنود الخاصة بإختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي .

البنود غير المباشرة	البنود المباشرة	البنود الإختبارات
أربع نقاط (04)	نقطة (01)	تقريبا
ثلاث نقاط (03)	نقطتان (02)	أحيانا
نقطتان (02)	ثلاث نقاط (03)	كثيرا
نقطة (01)	أربع نقاط (03)	عادة

2-2-5 الخصائص السيكومترية للإختبار :

صدق وثبات المقياس :

قامت الدكتورة حكيمة آيت حمودة بترجمة مقياس إدراك الضغط لليفنستين و آخرون " Levenstain et al" و طبقت على عينة من مدينة عنابة (الجزائر) للتأكد من صدق و ثبات الاختبار على المجتمع المحلي. و قد عرضت الصورة الأولية على عشرة (10) أستاذة في قسم علم النفس و علوم التربية بجامعة باجي مختار (عنابة) و ذلك لتحديد مدى تكافئ معنى البنود في اللغتين الإنجليزية و العربية و تعديل بعض العبارات و ذلك لتعطي مزيد من التبسيط و سهولة صياغة البنود و وضوحها. و قد قامت بتطبيق الاختبار على عينة من الطلاب (28 فرد من طلاب قسم علم النفس)، و طبقت وسائل القياس مرتين بفاصل زمني يقدر بالأسبوعين و تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأولى و الثاني اعتمادا على معامل ارتباط بيرسون (Person) و كانت النتيجة أن معامل الارتباط للمقياس ذات دلالة إحصائية مما يمكن القول أن المقياس مستوفي شروط الثبات و الصدق في نتائجه و صلاحية استخدامه في البحث العلمي الحالي. (يحيوي، 2015، ص62) .

3-5 مقياس الوضعيات المرهقة CISS من إعداد إندلر وباركر (1990) Norman S ,

Ender & James D.A Parker

يرمي مقياس CISS إلى معرفة ردود الأفعال إزاء المواقف المجهدة ، أي كيف يكون رد فعل المفحوص في حالات الإجهاد ؟ هل ينفعل ؟ أو يتجنب ؟ أو ماذا يفعل ؟ .

بعض نماذج عبارات المقياس :

في الوضعيات المرهقة يكون ميلي عادة إلى : ليس على الإطلاق كثيرا
05 04 03 02 01

- 1- أحسن تنظيم وفتي .
- 2- الاهتمام بالمشكل لأرى كيف يمكن حله
- 3- إعادة التفكير في أوقات جميلة قضيتها .
- 4- محاولة التواجد مع أناس آخرين.
- 5- لوم نفسي على تضييع الوقت
- 10- تحديد أولوياتي .
- 11- محاولة النوم.
- 12- تناول الأكلات التي أشتيتها .
- 13- الإحساس بقلق لأنني لم أستطع تجاوز الوضعية.
- 14- أن أصبح في وضع حرج ، أو منقبض.
- 15- التفكير في الطريقة التي عالجت بها مشاكل مشابهة .
- 41- مراقبة الوضعية جيدا .
- 42- فعل مجهود إضافي لسير الأمور .

ملاحظة (أنظر النموذج في الملاحق)

5-3-1 محاور المقياس

*محور العمل أو المهمة Tache:

01، 02، 06، 10، 15، 21، 24، 26، 27، 36، 39، 41، 42، 43، 46، 47.

*محور الإنفعال L'émotion:

05، 07، 08، 13، 14، 16، 17، 19، 22، 25، 28، 30، 33، 34، 38، 45.

*محور التجنب L' évitement:

03، 04، 09، 11، 12، 18، 20، 23، 29، 31، 32، 35، 37، 40، 44، 48.

*محور الشرود أو الحيرة Distraction:

09، 11، 15، 18، 20، 40، 44، 48.

*محور اللهو الاجتماعي Diversion Sociale:

04، 29، 31، 35، 37. (بوسنة، ب د، ص 95-97).

5-3-2 الخصائص السيكومترية للمقياس :

• صدق المقياس :

تم حساب صدق الإتساق الداخلي لمقياس أساليب المواجهة " CISS " ، و بينت النتائج أن قيم الصدق تتراوح ما بين 0.51 و 0.79 ، مما يفسر ارتفاع معامل الارتباط .

• ثبات المقياس :

أوضحت نتائج معاملات ثبات مقياس أساليب مواجهة الضغوط " CISS " بطريقة ألفا كرومباخ والتي تشير إلى 0.96 ، وعن طريق التجزئة النصفية للمقياس 0.89 وهما قيمتان مرتفعتان . (والي ، 2015 ، ص 150-151) .

الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة

أولا : الحالة الأولى

- 1 تقديم الحالة
- 2 ملخص المقابلة مع الحالة
- 3 تحليل المقابلة مع الحالة
- 4 تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي مع الحالة
- 5 تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS مع الحالة
- 6 التحليل العام للحالة .

ثانيا : الحالة الثانية

- 1 تقديم الحالة
- 2 ملخص المقابلة مع الحالة
- 3 تحليل المقابلة مع الحالة
- 4 تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي مع الحالة
- 5 تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS مع الحالة
- 6 التحليل العام للحالة .

ثالثا : الحالة الثالثة

- 1 تقديم الحالة
- 7 ملخص المقابلة مع الحالة
- 8 تحليل المقابلة مع الحالة
- 9 تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي مع الحالة
- 10 تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS مع الحالة
- 11 التحليل العام للحالة .

مناقشة عامة.

عرض وتحليل نتائج الدراسة :

أولا : الحالة الأولى

1- تقديم الحالة

الإسم : أم إحسان.	السن : 45 سنة.
المستوى التعليمي : ثانوي.	المستوى الاقتصادي : متوسط.
المهنة : لا توجد .	عدد الأبناء : 04.
ترتيب الطفل : الأخير.	

2- ملخص المقابلة مع الحالة :

أوضحت الحالة أن حملها بطفلتها إحسان كان مرغوب فيه والآن هي الطفلة المفضلة لديها ، فترة الحمل كانت طبيعية كل شي كان عادي ، حتى بعد الولادة حين أصبحت في سن 5 أشهر أين ارتفعت درجة حرارتها لتصل إلى 45 درجة وهي درجة مرتفعة جدا .

بعدها لم تلاحظ الأم شيئا لكن حسب ما أوضحت بدأت الشكوك تراودها حين رأت طفلتها لم تقم بالخطوات الأولى اللازمة كالحبو والمشي وكانت تنطق بكلمات أو حروف لكن سرعان ما تراجعت تلك القدرات ، الأمر الذي دفعها إلى إستشارة الأطباء والأخصائيين بعد ذلك تم تشخيص بأنها طفلة تعاني من التوحد ، الأم لم تتقبل ذلك لمدة 3 أيام في صدمة لم ترغب لا في الحديث ولا في الأكل فقط منعزلة في غرفة ، لكن بعد انقضاء تلك المدة حاولت التقبل والتصديق .

الأم كانت أحيانا تشعر بالندم بشأن لماذا يحدث لها ذلك ولماذا طفلتها مصابة بالتوحد ولكن رغم ذلك فهي تحاول التكيف ومعايشة الواقع لأنها حين ترى أن شيئا مفروض فعلها تقبله مهما كان .

لكن بعد معرفة أن طفلتها تعاني أيضا من مرض آخر ويجب اتباع نظام غذائي خاص بها تأثرت الأم بذلك وتعبت خاصة وأن طفلتها تعد مريضة بمرضين لذلك لم تستطيع التحمل في بداية الأمر ولحد الآن تتمنى بأن تكون التحاليل خاطئة دليل على عدم تقبلها .

الأم عصبية ولا تستطيع التحكم في انفعالاتها وكذلك شديدة الغضب لكن رغم ذلك تستطيع التركيز مع عدة أمور في نفس الوقت ، وغالبا تترك المشاكل التي تتعرض لها بدون حل على أساس أن ليس لديها وقت لحلها لكن فقط تبدي ردة الفعل الأمر الذي يدل على أنها تتصرف بإنفعال .

الحالة ترى بأن إنجابها لطفلة تعاني من التوحد أثر على حياتها وخاصة صحتها وهي تعاني من ضغوطات ، وتعاني من مشاكل مع زوجها التي ترجع السبب وراء ذلك مرض طفلتها ، لكن رغم ذلك فهي تعتقد بأن لها القدرة الكافية لرعاية طفلتها والإعتناء بها ، ولا تجد صعوبة في التواصل معها مقارنة بالبداية.

تشعر بالإحراج والشفقة على طفلتها حين تصطحبها معها إلى المناسبات الاجتماعية وذلك لنظرة المجتمع لها ، وعندما علمت الأم أن طفلتها تعاني من التوحد خافت وهي تظن أن شفاء إبنتها لن يكون سوى بالرقية الشرعية التي ترى بأنها العلاج الوحيد والمناسب لمرض طفلتها ، وهي تشعر بالمسؤولية والعجز إتجاه طفلتها نظرا لظروفها الاقتصادية المتوسطة وإهمال زوجها لها ولطفلتها وكذلك عدم تلقيها للدعم لا من زوجها ولا من الأهل والأقارب ، ونتيجة لذلك تشعر الأم بالضغط وتلجأ إلى جارتها للتكلم معها ومحاولة التخفيف من حدة ذلك الضغط بالدعاء وذكر الله مع الجارة .

وترى بأن العناية بطفلتها ستكون أصعب في المستقبل ولكن بالرغم من ذلك فهي ترى بأنها ستعيش حياة عادية مثلها مثل باقي إخوتها ، وبعد دخولها للمركز لاحظت الام تحسن على طفلتها وهي على أمل أن تتحسن أكثر .

3- تحليل المقابلة للحالة الأولى :

الحالة حملها كان مرغوب فيه وكانت تشعر بالفرح وكانت تريد ذلك قبل أن تعرف بأنها حامل أبدت ذلك في قولها "فرحانة بيه مش غير مرغوب يعني اكتشفتو انا المفروض على أساس نداوي باش نجيب قالوليراكي بالحمل " ، وبعد اكتشاف مرض طفلتها وبالرغم من ذلك صدمتها ورفضها في الأول لتصديق أن طفلتها مريضة تعاني من التوحد إلا أنها المفضلة وتراها مثلها مثل إخوتها حيث تقول " راهي عزيزة اكثر منهم راهي هي المفضلة " .

حاولت التكيف وتقبل ذلك لأنها إبنتها وستظل إبنتها رغما عنها ، فالأم ترى بأن لديها القدرة الكافية على رعايتها وتوفير الإمكانات اللازمة خاصة بعد مرضها الذي يتطلب ذلك أبدت ذلك في قولها " ايه انا راني

نحاول نعطيها كل وقتي أصلاً راني مهملاً دارني نشوف فيها هي برك ومع ريجيم نحاول نوفر لها لي نقدر عليه".

أما عن تمكنها من تحمل مسؤوليتها لوحدها خاصة وأن زوجها تركها فهي ترى بأنها صعبة وتشعر بالعجز أحيانا لكونها المسؤولة عن طفلتها وأبناءها الآخرين والمنزل في قولها "مسؤولة صعبة"،

نجد كذلك أن الزوج يزيد من مأساتها ولا يساعدها في التعامل مع طفلتها منسحب دائماً ولا يتحمل المسؤولية كزوج هذا ما عبرت عنه في قولها "راجلي ينسحب يخليني وحدي في كل شي معول عليا" فهي لا تتلقى الدعم حتى من الأهل والأقارب من خلال قولها "يسقسىو بالتليفون برك ربي يقدرك ربي يعاونك ، بصح باش يوقفو لا".

الأم عصبية ولا تستطيع التحكم في إنفعالاتها ويرجع ذلك إلى تحملها كل المسؤولية فهي تقوم بعدة أدوار في وقت واحد من ناحية طفلتها وأولادها الآخرين والمسؤولية داخل وخارج البيت ، اتضح ذلك في قولها " لا انا شديدة الغضب نعيظ ونخبط ومبعدا نفيق مع روجي" وهي شديدة الغضب وكثيرا ما تشعر بالتوتر والقلق دائماً ولا تشعر بالراحة ولكي تشعر بالراحة عليها الصراخ كأسلوب للتفريغ بدا ذلك من خلال قولها "أنا أصلاً لازم نعيظ باش نرتاح ونقرا الأذكار"

الأم ترجع أسباب مشاكلها مع زوجها وترك زوجها لها مرض طفلتها عبرت عن ذلك في قولها "ساعات نقول بالاك بسبب بنتي خلاني".

كما نلاحظ من قول الأم " الحاجة لي راجلي ماحبش يطاوعني فيها هي رقية قتلو لازم رقية" أنها ترى بأن ليس هناك علاج مناسب لطفلتها سوى الرقية الشرعية بالرغم من ترك زوجها لها إلا أنها يرفض ذلك ،

تشعر بالضغط والعجز وذلك بسبب مرض طفلتها الذي تراه بأنه أثر على حياتها في قولها " ايه على حياتي وخاصة صحي واش نقلك كايين ضغوطات" ، ونتيجة لكل تلك الضغوطات التي تشعر بها فهي تلجأ إلى جارتها للتخفيف من ذلك الضغط والتنفيس بدا ذلك في قولها " عندي جارتي نروح نهدر معاها مع ذكر الله والدعاء نروحها مخنوقة ونروح نرتاح " ، وترى بأن عليها تقبل طفلتها لأنه أمر مفروض عليها والذي يأتي من الله تتقبله فتقول " حاجة ربي نقبلها بذراع عليا".

4- تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة :

جدول رقم (04) يوضح نتائج اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة :

البنود	الدرجة
غير مباشرة	31
مباشرة	78
المجموع	109

مؤشر إدراك الضغط : مجموع القيم الخام - 30

90

$$0.87 = \frac{30-109}{90}$$

90

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول السابق ب (م 109) وبتطبيق معادلة مؤشر إدراك الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى الحالة مقدر ب (0.87) ، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط.

ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (7،1،10،13،17،21،25،29) وهي بنود غير مباشرة بالرفض " أبدا " فهي لا تشعر بالراحة ولا تشعر بأنها تقوم بأشياء تحبها ولا تشعر بالهدوء وغير مليئة بالحيوية، ليس لديها الوقت لنفسها ولا تمتع نفسها .

وأجابت على البنود المباشرة (2،3،4،5،6،8،9،11،12،13،15،16،18،19،20،22،23،24،26،27،28،30، بالقبول حيث أنها كثيرا ما تشعر بوجود متطلبات لديها ، وعادة تكون سريعة

الغضب وضيقه الخلق ، وترى بأن لديها أشياء كثيرة للقيام بها خاصة وأن عليها تحمل مسؤولية طفلتها وكذا أطفالها الآخرين لأن الزوج غير مهتم ولا يكثرث ، عادة ما تشعر بالوحدة والعزلة وتشعر بالتعب كثيرا ، وعادة ما تخاف من عدم استطاعتها إدارة الأمور لبلوغ أهدافها وأجابت على البند (14،15) بأنها كثيرا ما تشعر بالتوتر ومشاكلها ستتراكم لأنها تتركها وذلك لكثرة المسؤولية بدليل قولها "نخليها مايكونش عندي الوقت باش نحلها"، أحيانا تشعر بفقدان العزيمة ، كثيرا ما تشعر انها قامت بأشياء ملزمة بها وليس لأنها تريدتها فهي ترى بأنها مرغمة على تقبل مرض طفلتها ، وكثيرا ما تشعر بعبء المسؤولية وهذا ناتج عن تحملها للمسؤولية لوحدها بالرغم من وجود زوجها الذي يترك لها كامل المسؤولية بدليل قولها " راجلي ينسحب يخليني وحدي " .

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة :

جدول رقم (05) التتقيط للحالة الأولى :

1				2	54321
2				5	54321
3		1			54321
4	5		5		54321
5			5		54321
6				5	54321
7			5		54321
8			4		54321
9	5	5			54321
10				5	54321
11	1	1			54321
12	1	1			54321
13			3		54321
14			3		54321
15				3	54321

16			3		54321
17			5		54321
18	1	1			54321
19			3		54321
20	2	3			54321
21				3	54321
22			5		54321
23		1			54321
24				4	54321
25			3		54321
26				3	54321
27				5	54321
28			5		54321
29	3		3		54321
30			5		54321
31	3		3		54321
32			3		54321
33			5		54321
34			5		54321
35	5		5		54321
36				4	54321
37	3		3		54321
38			5		54321
39				5	54321
40	3	3			54321

41				5	54321
42				5	54321
43				5	54321
44	1	1			54321
45			3		54321
46				3	54321
47				5	54321
48	3	3			54321
المجموع	لهو إجتماعي	شروود وحيرة	تجنب	إنفعال	عمل أو مهمة

جدول (6) يوضح نتائج مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة

الدرجة	المحور
67	العمل أو المهمة
67	الإنفعال
42	التجنب
18	الشروود أو الحيرة
19	اللهو الاجتماعي

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة تعتمد على أسلوب المواجهة المركزة على العمل وأسلوب مركزة على الإنفعال بدرجة عالية ، إذ حصلت على محور العمل والمهنة على درجة 67 نقطة وهي درجة عالية، فالمفحوصة تواجه وضعياتها الإجهادية بواسطة اللجوء إلى العمل على هذه الوضعيات، بالإضافة إلى محور

الإنفعال بدرجة عالية مساوية لأسلوب المواجهة وتمثل في درجة 67 نقطة والتي تدل على أن الحالة تواجه ضغوطاتها عن طريق التنفيس الإنفعالي .

كما نجد في محور التجنب تحصلت على 42 درجة وهي متوسطة ، حيث تسعى الحالة إلى تجنب الأمور التي تجعلها تحت ضغط فهي تقوم بالهروب لتفادي الوضعية المرهقة وعدم القدرة على المواجهة وهذا لأجل التحكم أكثر في الوضعية.

أما درجات محاول الشرود أو الحيرة واللهو الاجتماعي فكانت الدرجات على التوالي (18) نقطة ، (19) نقطة فكانت ضعيفة أي أن الحالة في بعض الأوقات وغالبا ما تجد الحالة نفسها عاجزة وتائهة أمام الوضعيات ، وبالنسبة للهو الاجتماعي فتلجأ إليه الحالة للإبتعاد عن الوضعية وكنوع من التفرغ والتنفيس الإنفعالي .

6- التحليل العام للحالة :

من خلال تطبيقنا للمقابلة العيادية نصف موجهة ومقياس الضغط النفسي " ليفنستاين " ومقياس الوضعيات المرهقة على حالة الدراسة والتي هي أم لطفلة تعاني من التوحد ، وكان الهدف من دراستنا هو التعرف على طبيعة الضغط النفسي والأساليب التي تلجأ إليها تلك الأم لمواجهة ذلك الضغط ، معتمدين في ذلك على المنهج العيادي الذي يتلائم مع هذه الدراسة ، و من خلال النتائج المتحصل عليها و بحصول الحالة على درجة الضغط النفسي (0.87) والتي تتمثل في درجة مرتفعة لأن النتيجة تشير إلى أن أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من ضغط نفسي النتائج عن تحملها للمسؤولية لوحدها.

اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة دراسة أنسي وسيس (1986) : بحيث توصلت إلى الدراسة أن أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني يظهرون مستوعالي من الضغوط النفسية.

الحالة لا تتلقى الدعم لا من الزوج ولا من الأهل وهذا ما يجعلها تحت مسؤوليات التي تسبب لها الضغط ، هذا ما أكدته دراسة براين (Brainan,2002) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية و نقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الاطفال التوحديين، و توصلت إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الضغوط النفسية و مقدار الدعم الاجتماعي المدرك، و كانت العلاقة بينهما عكسية .(عصفور ، 2012، ص 57-63).

الحالة تستخدم أساليب متنوعة لمواجهة الضغوط النفسية ، فهي تستخدم أساليب مركزة حول العمل بدرجة (67) وهي أعلى درجة بالإضافة إلى استخدامها لأسلوب الإنفعال بنفس الدرجة المتمثلة في (67) هذا من خلال نتائج الإختبار وهو الأسلوب الثاني الذي تستخدمه الحالة وذلك بهدف خفض التوتر والضييق الإنفعالي الذي تسببه المواقف المجهددة إضافة إلى تعديل الحالة الإنفعالية ،حيث يرى كانون Canon " إن الإنفعالماهو إلا رد فعل طبيعي يصدر عن الفرد لمواجهة الطوارئ وإن وظيفته تحويل طاقة الفرد لتحقيق التوافق بيه وبين البيئة " .

إذ يظهر الجانب الإنفعالي لدى الحالة من خلال البكاء أثناء المقابلة و الغضب والقلق وإفشاء غليلها في أولادها وتفرغ إنفعالاتها عليهم ، الشيء الذي يجعلها تحس بالراحة ويساعدها على التفرغ الإنفعالي من الوضعيات الضاغطة والمقلقة ، وهذا ما أكدته دراسة أولي وويليام بعنوان مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا التي توصلت إلى أن 23.5% من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات "

وبالنسبة لأسلوب العمل أو المهمة فالحالة تلجأ عادة إلى أسلوب العمل وذلك لرؤيتها أن طفلها أمر واقع لا بد من تقبله والتعامل معه ومحاولة التكيف الأمر الذي أكدته نفس دراسة أولي وويليام التي توصلت أيضا إلى أن " 41 % من الأمهات تستخدم أساليب تقبل إعاقة الطفل وظروفه " (جبالي، 2012 ص 36-45) .

بالإضافة إلى ذلك نجد أن الحالة تلجأ إلى أسلوب التجنب الذي سجلت فيه 42 نقطة وهو الأسلوب الذي تعتمد عليه الحالة إلى جانب الأسلوب الإنفعالي والأسلوب العملي فهي تقوم بتحاشي الوضعيات الضاغطة بواسطة الهروب وعدم المواجهة فتوصلت دراسة أولي وويليام إلى أن 44 % من الأمهات تستخدم أساليب الهروب ، تحاشي حل المشكلة، إنكار الإعاقة وذلك لعدم الوقوع تحت الضغط .

أما أسلوب الشرود أو الحيرة واللهو الاجتماعي فهما آخر أسلوبين تعتمد عليهم لكن بدرجة أقل من الأساليب السالفة الذكر .

ثانيا : الحالة الثانية

1- تقديم الحالة :

البيانات الشخصية :

الإسم : أم هشام

السن : 46 سنة

المستوى التعليمي : /

المستوى الإقتصادي : متوسط

المهنة : /

عدد الأطفال : 5

رتبة الطفل : 4

2- ملخص المقابلة مع الحالة :

أوضحت الأم أن حملها بطفلها كان مرغوب فيه، فمن خلال المقابلة تبين أن أم هشام لم تكن تعرف بوجود مرض يسمى بالتوحد فقط كانت تلاحظ على طفلها حركات غريبة مثل مشاهدة التلفاز والصراخ بدون سبب بصوت مزعج مايسبب لها ألم الرأس والقلق ، لكن بعد إكتشاف المرض ومعرفة بأنه طفل توحيدي وبعد محاولة شرح لها ماهو التوحد خاصة وأنها لم تدرس ليس لها مستوى تعليمي لم تصدق ذلك ، لكن مع الوقت ومع سلوكيات طفلها المتمثلة في الصراخ وتكسير الأشياء لم تتحمل فتشعر بالقلق والتوتر ولم تحس بالراحة إلا في الوقت الذي أدخلته للمركز ففي الوقت الذي يكون فيه هشام في المركز تحس هي بالراحة وتجد الحرية .

أوضحت أم هشام أن مشكلتها هي القلق الدائم في دائما ما تشعر بالقلق وخاصة بوجود طفلها التوحيدي ولا تستطيع التحكم في إنفعالاتها كما أن عند تعرضها لمشكلة ما تتركها بدون حل لأن لديها مشاكل كثيرة ،وهي عديمة التركيز لا يمكنها التركيز جيدا .

يظهر على الأم عدم المبالاة بطفلها وعدم الاهتمام به كما يجب فهي تضربه وتصرخ عليه وتنتظر فقط الوقت الذي يذهب فيه للمركز لترتاح ، فهي تحاول أن تراه مثله مثل أخوته لكي لا تتعب في التفكير وتتحاشى ذلك بمشاهدتها للتلفاز ، الأم ترى بأن ليس لديها القدرة الكافية لرعايته فهي تشعر بالتعب كثيرا لتلك المسؤولية كما تجد صعوبة في التواصل معه لأنه لا يتحدث فقط يصرخ دائما.

فهي تشعر بالإحراج عند إصطحابه معها للمناسبات الاجتماعية عند ذهابها للأقارب وقليلًا ماتخرج من البيت لأن لم يكن لديها أين تتركه ، الظروف الاقتصادية ضعيفة جدا الأمر الذي جعلها لا تأخذه للطبيب للجزائر العاصمة وعدم توفير له كل ما يلزمه وأيضا عدم قدرتها على العناية به فهي ترى بأنه متعب كثيرا مقارنة بإخوته . الأم تشعر بالعجز إتجاهه وكذلك ترى بأن عليها ملازمته طوال الوقت ولكن بعد دخوله للمركز معظم الوقت يكون في المركز وعند رجوعه للبيت تتركه مع التلفاز ومشاهدة طيور الجنة لكي يسكت.

الأم لا تتلقى الدعم لا من الزوج ولا من الأهل فالزوج دائما خارج البيت وعند دخوله للبيت ويسمع صراخ وسيم يتشاجر مع زوجته بسبب ذلك يطلب منها أن تقوم بإسكاته .

وهي تتحاشى التفكير في مستقبل طفلها وتحاول تجنب ذلك ، وبالرغم من دخوله للمركز إلا أنها لا ترى أي تغير أو تحسن في طفلها .

3- تحليل المقابلة مع الحالة الثانية :

حمل الأم كان مرغوب فيه من قبل كلا الوالدين ، ظروف الحمل والولادة كانت طبيعية ، كل شي كان عادي لكن بعد الولادة بدأت تلاحظ أن طفلها لم ينطق وكذلك سلوكيات غريبة يقوم بها لم تكن تلاحظها على إخوته فهو لا يستجيب ولا يتكلم فقط يشاهد التلفاز ويصرخ حيث تقول " يشوف تليفزيون ويضحك وحدو وساعات يكون ساكت ويبدا يعيط" ، بعد أخذه للأطباء وتشخيص بأنه طفل توحيدي لم تكن تعرف الأم ماهو التوحد وذلك نظرا لأنها لم تدرس لم تصدق وتؤكد أن طفلها بخير ولا يعاني من شئ حيث قالت " ماكنتش نعرف مرض التوحد هناك ومبعدا كي فهموني ماقدرتش نصدق" .

الأم لا تتحمل صراخ طفلها وسلوكاته فهي تشعر بالقلق نتيجة لذلك وأبدت ذلك في قولها "كي نسمعو يعيط هكاك نقلق ياسر"، وعند تعرضها لأمر ضاغط لا يمكنها التحكم في إنفعالاتها وليست لديها القدرة على التركيز .

وبالرغم من تكرارها لقول أنه ولدها ومحاول توضيح التقبل لمرض طفلها إلا أنها تشعر بالقلق منه ولا تحس بالراحة إلا عندما يذهب للمركز حيث فنقول الأم " بصح تهنيت كي راهو في المركز نريح كي يكون مكانش" ، الأم تحاول عدم التفكير في حالة طفلها وذلك لمحاولة التحاشي والتجنب لكي لا تقع تحت الضغط عبرت عن

ذلك في قولها " كي نتفكر بلي عندي طفل مريض مانحملش روجي نولي نسي في روجي نتفرج " ، بالنسبة لرعاية طفلتها فهي متعبة ولا تستطيع التحمل من جهة طفلها التوحدي ومن جهة زوجها وأطفالها الآخرين فهي تقول " مع لولاد مانيش قادرا نتعب ياسر " ، ونظرا لعدم قدرة طفلها على الحديث فهي تجد صعوبة في التواصل معه تقول الأم " ايه لضرك مزالت صعوبة " .

تقول الأم "الإمكانيات مكانش كل شي تعبان" مايدل على أن الظروف المادية متدهورة ذلك ما يبرر عدم قدرتها على أخذها للجزائر العاصمة و هي تشعر بأن المسؤولية اتجاهه صعبة و تشعر بالعجز من خلال قولها " مسؤولية صعبة" وذلك لعدم وجود من يدعمها ، فالأم لا تتلقى الدعم لا من الزوج ولا من الأهل والأقارب الأمر الذي يجعلها تحت ضغط والذي تحاول التخفيف منه عن طريق الدعاء والبكاء ومحاولة النسيان فتقول " نبقا نبكي وندعي باش ننسا شويا" .

بالنسبة لعلاقة الأم بطفلها فهي تراها مثلها مثل العلاقة مع باقي إخوته لكن هو يسبب لها القلق كثيرا من خلال قولها " هو يقلقني ياسر مش كيما هوما" ، وعلاقتها بزوجها لم تتغير مثلها مثل الأول الذي تغير هو أنه لا يهتم بطفله وعند دخوله للبيت يتشاجر مع زوجته بسبب سلوكيات طفله التي يرونها مزعجة .

الأم تحاول تجنب التفكير في مستقبل طفلها لأن ذلك يسبب لها الضغط والقلق بشأنه فتقول " مانحبش نخمم في المستقبل وفي لي جاي مانيش حابا نزيد على روجي بتخمام" ولا ترى أي إختلاف في دخوله للمركز الإختلاف الوحيد أنها تحس بالراحة وهو بعيد عنها .

4- تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة:

جدول (07) يوضح نتائج اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي :

البنود	الدرجة
الغير مباشرة	29
المباشرة	75
المجموع	104

مؤشر إدراك الضغط : مجموع القيم الخام - 30

90

$$0.82 = \frac{74-30}{90}$$

90

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول السابق ب (مجموع 104) وبتطبيق معادلة مؤشر إدراك الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى الحالة مقدر ب (0.82) هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط.

ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (1،7، 1، 29، 21، 17) وهي بنود غير مباشرة بالرفض فهي لا تشعر بالراحة وأحيانا ما تشعر بأنها مليئة بالحيوية ، ولا تشعر بالأمن والحماية ولا تمتع نفسها لملازمة طفلها دائما ، ولا تشعر بأنها تحت ضغط مميت .

وإجابتها على البند (2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30) بالقبول، الذي يدل على مؤشر إدراك ضغط مرتفع، فالحالة كثيرا ما تشعر بوجود متطلبات لديها وعادة ما تشعر بالوحدة أو العزلة، وتشعر بالتعب لتحملها المسؤولية، وكثيرا ما تشعر بالتوتر في قولها " ايه ديما مانحملش " كما أنها عادة ترى نفسها تحت ضغط مميت مقارنة بالأشخاص العاديين، وكثيرا ما تجد نفسها خائفة من المستقبل، أحيانا تشعر بفقدان العزيمة، وتشعر بعبء المسؤولية كثيرا في قولها " مسؤولية صعبة " .

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة Ciss للحالة:

جدول رقم (07) جدول التقييط للحالة الثانية :

1				1	54321
2				1	54321
3		2			54321
4	3	3			54321
5			5		54321
6				2	54321
7			4		54321
8				5	54321
9	1	1			54321
10				1	54321
11	3	3			54321
12	1	1			54321
13			5		54321
14			3		54321

15				1	54321
16			5		54321
17			1		54321
18	1	1			54321
19			4		54321
20	1	1			54321
21				1	54321
22			5		54321
23		1			54321
24				5	54321
25			2		54321
26				5	54321
27				1	54321
28			5		54321
29		1			54321
30			3		54321
31	1	1			54321
32		1			54321
33			3		54321
34			4		54321
35	1	1			54321
36				1	54321
37	1	1			54321
38			5		54321

39				2	54321
40	4	4			54321
41				1	54321
42				1	54321
43				2	54321
44		5			54321
45			5		54321
46				1	54321
47				1	54321
48	5	5			54321
اللهم الإجتماعي	الشروع والحيرة	التجنب	الإنفعال	العمل أو المهمة	المحاور
7	20	32	64	27	المجموع

جدول رقم (08) تحليل إختبار الوضعيات المرهقة CISS للحالة

الدرجة	المحور
27	العمل أو المهمة
64	الإنفعال
32	التجنب
20	الشروع والحيرة
7	اللهم الإجتماعي

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة تستخدم في مواجهة الضغوط النفسية أسلوب مركزة حول الإنفعال بالدرجة الأولى والتي تحصلت فيها على درجة (64) وهي أعلى درجة مقارنة بدرجات الأساليب المستخدمة الأخرى وهذا الذي يفسر أن الحالة تواجه بالإنفعال ولا تستطيع السيطرة على إنفعالاتها ، والذي يدل على سيطرة الطابع الإنفعالي أي شخصية غير مستقرة تأثرة لأتفه الأسباب .

32 نقطة سلوك تجنبني حيث تسعى الحالة إلى تحاشي الأمور المرهقة بواسطة الهروب وعدم القدرة المواجهة ذلك لأجل التحكم في الوضعيات أحسن .

27 نقطة عمل ومهمة فالحالة تواجه الوضعية بمباشرة أعمال ومهام تكيفية بالرغم من بقائها في البيت إلا أنها تحاول مشاهدة التلفاز لشغل نفسها عن التفكير في حالة طفلها .

تلجأ الحالة إلى أسلوب مركزة حول الشرود والحيرة حيث تحصل على (20) نقطة حيث تجد الحالة نفسها في غالب الأحيان حائرة ، تائهة أمام مثل هذه الوضعيات .

أدنى نقطة تحصلت فيها على (7) نقاط بالنسبة لبعدها الاجتماعي ، فالحالة تستعمل هذه الأسلوب كحل أخير لمقاومة الضغوط النفسية والتخفيف منها .

6- التحليل العام للحالة :

من خلال تطبيقنا للمقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس الضغط النفسي " ليفنستاين " ومقياس الوضعيات المرهقة على حالة الدراسة والتي هي أم لطفلة تعاني من التوحد ، وكان الهدف من دراستنا هو التعرف على طبيعة الضغط النفسي والأساليب التي تلجأ إليها تلك الأم لمواجهة ذلك الضغط ، معتمدين في ذلك على المنهج العيادي الذي يتلائم مع هذه الدراسة ، و من خلال النتائج المتحصل عليها و بحصول الحالة على درجة الضغط النفسي (0.82) والتي تدل على ضغط نفسي مرتفع لدى الحالة لأن الحالة غير متقبلة لمرض طفلها ومتعبة من تحمل المسؤولية التي ترى نفسها عاجزة أمامها .

فالأمر لا يستطيع تحمل سلوكيات طفلها التي ترى بأنها تسبب لها ألم الرأس والقلق الشديد وبالتالي لا يمكنها التحكم في إنفعالاتها حيث بين ميلز (Miles 1986) أن السلوك الذي يمارسه الطفل المعاق يشكل ضغطاً كبيراً على أمه (جبالي ، 2011، ص 31).

وهذا ما أكدته دراسة قام بها هازال وروس وماكدونالد (Hassal Rose&McDonal 2005) بعنوان الضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وتكونت العينة من 46 أمماً، استخدم الباحثون مقياس

فايلاند للنضج الاجتماعي ومقياس الدعم الأسري وتوصلت الدراسة إلى وجود ضغوط عالية لدى الأمهات بخاصة في مجال التحكم بالذات يعزى إلى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأبناء، كما أظهرت الدراسة بأن الأمهات اللاتي يتمتعن بمستوى عال من الدعم الاجتماعي كانت الضغوط النفسية لديهن متدنية " الأمر الذي يفسر عدم تلقيها الدعم ، فالحالة لم تتلقى الدعم لا من الزوج ولا من الأهل ما يجعل ضغطها مرتفع .

الأم ترى نفسها غير قادرة على الرعاية الكافية لطفلها من ناحية أنها ترى نفسها عاجزة و من ناحية الظروف الاقتصادية المتدهورة ، فالإمكانيات غير متوفرة لا للعناية ولا لمحاولة العلاج ، وهذا ما أكدته دراسة سنجي وجويال و سنجي وواليا (Singhi Goyal , Singhi&Walia , 1990) حول المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية والحركية في المجتمع الهندي ، وتوصل الباحثون إلى مجموعة من المشكلات التي تواجهها الأمهات مثل المشكلات المالية والإنزعاج الأسرية وعدم إنتظام برامج الأمهات ، وقلة التواصل والتفاعل الاجتماعي وتدني مستوى التكيف الزواجي ، كما أظهرت ردود فعل عصابية " فالأم من أهم المشكلات التي تواجهها من ناحية طفلها هي المشكلات المالية لتغيير حياتها ومحاولة علاج طفلها ، ومن الملاحظ من المقابلة النصف موجهة أن الحالة ليست لها علاقات إجتماعية و حتى علاقتها بزوجها لا تتسم بالتكيف الزواجي .

الحالة تستخدم أساليب مواجهة لمحاولة التخفيف من حدة الوضعيات المرهقة التي تتعرض لها فمجمّل الأساليب التي تستخدمها تصل إلى 150 نقطة ، فالأم من أكثر الأساليب التي تستخدمها لمواجهة الضغط نجد الأسلوب المركز حول الإنفعال والتي تحصلت فيها على 64 نقطة كأعلى نقطة على جدول التنقيط ، حيث تواجه الحالة الوضعيات المرهقة المسببة للضغط بالإنفعال وذلك نتيجة للموقف الضاغط الشديد المتمثل في مرض طفلها فيرى كل من (بولهان و كينتار) (Paulhan&Quintard) أن المواجهة المركزة على الإنفعال تصير فعالة عندما يتعرض الشخص إلى المواقف الضاغطة الشديدة بحيث يصعب عليه إيجاد حل في ذلك الوقت، مثلما هو الحال عند الإصابة بمرض مزمن، و بالتالي تصبح الأسلوب الموجهة نحو الإنفعال هي الفعالة للتخفيف من شدة التوتر الإنفعالي" (برزوان حسيبة ، 2016، ص 107) ، هذا ما يفسر لجوء الحالة إلى الأسلوب المركز حول الإنفعال كأسلوب أول .

وكتائني أسلوب للمواجهة فالحالة تستخدم الأسلوب المركزة حول التجنب ، فهي تتحاشى الوضعيات المرهقة وتحاول تجنب التفكير في حالة طفلها سواء الحالية أو المستقبلية ، وتحصلت في هذه الأسلوب على 32 نقطة ، فالأمر يتعلق هنا بموقف تجنب أو إنكار لتلك الوضعية الضاغطة المتمثلة في حالة طفلها بما أنها لا تستطيع فعل أي شيء.

وبليه المواجهة المتمركزة حول العمل و المهمة كحل ثالث تلجأ إليه والذي تحصلت فيه على 27 نقطة ، فالحالة تداري هذه الوضعية الضاغطة بواسطة الشروع في نشاط ما في البيت سواء مشاهدة التلفاز أو أي عمل منزلي لأن هذه الأسلوب هي وسيلتها الدفاعية.

20 نقطة شرود وحيرة ، وهي الأسلوب الرابعة التي تلجأ إليها الحالة فهي أحيانا تقع في الشرود والحيرة فتجد نفسها حائرة أمام وضعية طفلها ولا تجد السبيل للخروج من مشاكلها سوى في القابلية السريعة للدهشة والحيرة . و في الأخير نجد أسلوب اللهو الاجتماعي ب (7) نقاط كأضعف أسلوب فهو آخر ما تفكر فيه .

إذا فالحالة تركز على أسلوب الإنفعال والتجنب وذلك لحل المشكلات كرد فعل لمواجهة الضغط النفسي وكأسلوبين مناسبين للتكيف مع الوضعيات المرهقة والبحث عن التوازن النفسي .

ثالثا : الحالة الثالثة

1- تقديم الحالة :

البيانات الشخصية :

السن : 48 سنة.

الإسم : أم وسيم

المستوى الاقتصادي : جيد.

المستوى التعليمي : رابعة متوسط.

عدد الأولاد : 5

المهنة : /

رتبة وسيم : 5

2- ملخص المقابلة مع الحالة الثالثة :

حمل الأم " أم وسيم " لم يكن مرغوبا به ، فترة الحمل جد صعبة وذلك راجع لمحاولتها الإجهاضعدة مرات وعدم تقبلها لفكرة أن تكون حامل وفي تلك الفترة كانت تفضل العزلة والبكاء ، وتأخرت ولادته بمدة 40 يوم عن اليوم الذي مفروض أن يلد فيه .

الأم لم تلاحظ شيئاً على طفلها فقط فيما يخص الكلام في سن 3 سنوات ولم ينطق بأي حرف أو كلمة وفي عمر عامين و6 أشهر كانت حرارته ترتفع دائما وسقط على رأسه ما سبب له كسر .

لاحظت الأم على طفلها سلوكات غريبة ما جعلها تأخذه للجزائر العاصمة لعمل الفحوص اللازمة وهنا تأكدت بأنه طفل توحدي ، عند معرفتها للخبر لم تخبر أي أحد حتى زوجها أخبرته لاحقا فهي ترى بأن عليها تقبله وليس لديها ما تفعله ، وما جعل تقبل الأمر صعبا هو أنها تعرف جيدا معنى أن يكون لديها طفل توحدي وهذا الذي تم استنتاجه من خلال المقابلة حيث ترى بأن قول كلمة التوحد تأثر ، الأمر الذي جعلها تنتهد وتبكي أثناء المقابلة .

الأم تشعر بالقلق والتوتر أحيانا ولديها صعوبة في التركيز ، وعند تعرضها لوضعية ضاغطة أحيانا تتحكم في ردود أفعالها وإنفعالاتها وتبكي ، وتقوم بحل المشاكل التي تواجهها وأحيانا تتركها عندما لا يكون لديها الوقت .

الأم تلجأ إلى التشهد والإستغفار لمحاولة التخفيف من حدة القلق والضغط الذي تتعرض له ، وترى بأن وجود طفل توحدي يؤثر على حياتها في كل الجوانب.

بالنسبة لتعامل الام مع الوضعية فهي تشعر بالقلق جراء سلوكات طفلها المتمثلة في تكسير الأشياء ومفرط الحركة ، وتجد صعوبة في التواصل معه لأنه لا يجيب فهي تحس بأنها تتكلم لوحدها تريده أن يتحدث لكي يتواصل مع الناس والمجتمع الذي لا يرحم وتدعي الله أن تكون لها القدرة الكافية لرعايته لأن المسؤولية اتجاهه صعبة فهي لا تستطيع التحمل وترى بأنها تتحمل فوق طاقتها ، طفل توحدي بالنسبة لها ليس شيئ سهل فهي تشعر بالعجز ولكن عليها التحمل وملازمته كل الوقت الأمر الذي يسبب لها الضغط ، فتلجأ إلى طيبة نفسانية لمحاولة التفريغ عن نفسها ولفحصه .

فعلاقة الأم بطفلها مثل أي علاقة أم بطفلها ليس هناك إختلاف فقط في عدم النطق فهذا الذي يسبب لها القلق لأنها لا تفهم ماذا يريد وهي تحاول معه على أمل أن يتحسن ، وحتى علاقتها مع زوجها لم تتغير فهو كان من الأول متقبل الطفل والآن هو المفضل لديهم .

تتلقى أم وسيم الدعم من زوجها فهو يساعدها ويحاول معها و عندما يتذكر طفله والتوحد يبكي لكن من الأهل والأقارب لا تتلقى الدعم سوى من عمه طفلها ، وبالنسبة لرعاية طفلها فستصعب مع الوقت وكلما كبر تزيد المسؤولية صعوبة ، ولكن هي على أمل أن يعيش مثله مثل الكل لأنه لا يختلف عليهم ، وعند دخوله للمركز فهي تشعر بإرتياح.

3- تحليل المقابلة مع الحالة الثالثة :

حمل الأم لم يكن مرغوب به من قبلها لكن الأب كان متقبل لفكرة أنها حامل ، حاولت الأم الإجهاض عدة مرات لأنها رفضت الحمل وكانت تفضل الإنعزال تبين ذلك من خلال قولها " **حببت نطيح ونقلق ونقعد وحدي ماتقبلتش** " ، في الحديث عن مراحل الحمل فالولادة كانت طبيعية لكن الإختلاف كان في تأخر نمو وسيم عن المدة المفروضة بحيث تأخر لمدة 40 يوم ، وولادته كانت طبيعية كل شئ كان طبيعي إلى وصوله لسن عامين و 6 أشهر حيث كانت ترتفع درجة حرارته بصفة مستمرة تبين ذلك من خلال قولها " **وسخانة تطلعو من كان في عامين و6 أشهر ، تطلع سخانة ياسر** " ، وتعرض لكسر على مستوى رأسه ، الأم بدأت تراودها الشكوك عند بلوغه سن 3 سنوات ولم ينطق بأي كلمة أو حرف الأمراض الذي جعلها تأخذه للفحص للتأكد من حالته بعدها تأكدت الأم بأن طفلها يعاني من التوحد لم تتقبل الفكرة وفضلت عدم إخبار أحد بدليل قولها " **ماقلت لحتى واحد** " .

تبين من خلال المقابلة أن الأم تعرف جيدا معنى التوحد الأمر الذي جعلها تتأثر ولم تتقبل ومعنى أن يكون لديها طفل توحد بدليل قولها " **نقولو التوحد الواحد يتأثر** " وكذلك قولها " **طفل توحد واش معناه مش ساهلا** " .

الأم تشعر بالتوتر والقلق وليست لديها القدرة على التركيز ، وبالنسبة للإنفعالات فهي أحيانا ما تتحكم في إنفعالاتها بينت ذلك في قولها " **ساعة ساعة نتحكم** " ، تفضل الأم حل المشكلة الذي تتعرض له و أحيانا تتركه عندما لا يكون لديها الوقت فنقول " **نحلوالمشكل** " ، تشعر الأم بالقلق وهذا راجع لسلوكات طفلها وصعوبة التواصل معه وعند تعرضها للقلق أو لأمر ضاغط فهي تلجأ إلى الدعاء والأذكار كأسلوب لمحاولة التخفيف من حدة القلق والضغط عبرت عن ذلك في قولها " **باش نرتاح ونقرا الأذكار** " .

لديها القدرة لرعايته لكن بالنسبة للمسؤولية فهي ترى بأنها عاجزة وتحتمل فوق طاقتها عبرت عن ذلك في قولها " نحس روعي في ضغط حاملا فوق طاقتي " وبالرغم من ذلك العجز إلا أنها تتحمل لقولها " كايين عاجز بصح راني متحملا" وعليها ملازمته طوال الوقت، وترى بأن مسؤولية طفلها ستزيد صعوبة كلما كبر ولكن بالرغم من

ذلك فهي ترى بأنه سيعيش حياة إستقلالية في قولها " والمسؤولية تزيد وين يكبر راني نخمم كيفاه ندير" و كذلك " يعيش كيما لولاد كامل عندي نورمال انا يعيش"

وللتخفيف من حدة الضغوط تلجأ الأم أيضا إلى طيبة نفسانية لتشعر بالراحة وتفحص طفلها فتقول " آه ، نقول نروح لطبيبة نفسانية تشوفو ونريح انا" مايفسرالإرتباط العاطفي للعائلة وإحساسهم بمسؤولية طفلهم التوحيدي والأمر الذي يخفف عن الأم هو دعم الزوج لها وتقبل طفله ورؤيته من زاوية أنه الطفل المفضل في العائلة ، عبرت عن ذلك في قولها " وولا هو المفضل" وفي قولها " يعاوني ويحاول معايا باش نلقاو حل ويتحسن" .

4- تحليل اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي للحالة:

جدول (09) يوضح نتائج اختبار مؤشر إدراك الضغط النفسي

المحاور	الدرجة
غير مباشرة	30
مباشرة	67
المجموع	97

مجموع القيم الخام -30

مؤشر إدراك الضغط

90

$$0.74 = \frac{67-30}{90}$$

90

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول : ب (مجموع 97) وبتطبيق معادلة مؤشر إدراك الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى الحالة مقدر ب (0.74) هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط.

ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (7،1،17،29) وهي بنود غير مباشرة ، فهي لا تشعر بالراحة بإجابتها بالرفض " تقريبا أبدا " ولا تشعر بالهدوء وغير مليئة بالحيوية ، ولا تشعر بالأمن والحماية وذلك في البند "17" أحيانا ما تشعر بأنها تحت ضغط مميت وذلك راجع لتلقيها أحيانا الدعم من زوجها الأمر الذي يفسر عدم شعورها دائما بأنها تحت ضغط مميت.

وإجابتها على البند 3، 14، 12، 8، 6، 22، 30 بالقبول ، فهي سريعة الغضب وضيق الخلق ، وكثيرا ما تشعر بأنها تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين ،وعادة تشعر بأنها وضع انتقاد الآخرين ،وتشعر بأنها تقوم بأشياء ملزمة بها وليس لأنها تريدها حيث تقول " حاجة عطاها لنا ربي نتقبلوها وخلص " ، وهي عادة ماتشعر بالوحدة والإنعزال فدائما في البيت لا تخرج ولا يأتيها أهلها او أهل زوجها حتى عمة طفلها لم تعد تأتي.

5- تحليل مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة

جدول (11) التنقيط للحالة الثالثة :

1				2	54321
2				5	54321
3		1			54321
1		1	4		54321
5					54321
6				5	54321
7			4		54321
8			5		54321
9	3	3			54321
10				3	54321

11	2	2			54321
12	2	2			54321
13			5		54321
14			2		54321
15				3	54321
16			2		54321
17			2		54321
18	1	1			54321
19			1		54321
20	1	1			54321
21				3	54321
22			2		54321
23		1			54321
24				3	54321
25			3		54321
26				2	54321
27				3	54321
28			3		54321
29	2	2			54321
30			2		54321
31	1	1			54321
32		1			54321
33			2		54321
34			2		54321
35	1	1			54321
36				4	54321

37	2		2			54321
38				2		54321
39					3	54321
40	3		3			54321
41					4	54321
42					4	54321
43					4	54321
44	2		2			54321
45				1		54321
46					3	54321
47					3	54321
48	2		2			54321
اللهم الاجتماعي	الشروع والحيرة	التجنب	الإنفعال	العمل والمهمة	المحاور	
07	16	26	41	54	المجموع	

جدول رقم (12) نتائج مقياس الوضعيات المرهقة CISS للحالة:

الدرجة	البند
54	العمل والمهمة
41	الإنفعال
26	التجنب
16	الشروع والحيرة
7	اللهم الاجتماعي

نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة تستخدم لمواجهة الوضعيات المرهقة والضاغطة أسلوب مركزة حول العمل والمهمة بـ (54) نقطة وهي الغالبة، ما يعني أن الحالة تداري وضعياتها المرهقة بالشروع في العمل ، فالحالة تعمل على محاولة إيجاد حل لطفلها ومحاولة تحسين حالته وذلك من أجل تغيير العلاقة بينها وبين الوضعية التي تعيشها ويتضح هذا من خلال إجابتها على البند رقم (26) فهي تقوم بأفعال تكيفية دون تحديد آجالها وذلك لمحاولة التخفيف من شدة الضغط والبند رقم (24) فالحالة تجد نفسها في تحليل الوضعية المرهقة.

(41) نقطة سلوك إنفعالي، ما يدل على أن الحالة شخصية غير مستقرة وثائرة لأتفه الأسباب ، هذا ما عبرت عنه في البند رقم (7) فهي ترتبك جراء مشاكلها ، وتشعر بالقلق لأنها لأنها لا تستطيع تجاوز الوضعية في البند (13) .

تحصلت الحالة في بعد التجنب على (26) نقطة وهو ما يدل على أن الحالة تستخدم الإستراتيجية المركزة حول التجنب كأسلوب ثالث لمواجهة الضغوط ، يتضح هذا من خلال إجابتها على البند رقم (4) فهي تتجنب التواجد مع الناس .

يليه أسلوب الشرود والحيرة حيث تحصلت الحالة على نقطة (16) نقطة ، فالحالة قليلا ما تلجأ إلى الأسلوب الموجهة نحو الشرود والحيرة أي قليلا ما تجد نفسها تائهة أمام الوضعيات .

وكحل أخير تفكير فيه الحالة اللهو الاجتماعي فتحصلت فيه على نقطة (07) وهي أدنى نقطة ، هذا ما عبرت عنه في إجابتها على البند رقم (31) فهي لا تقضي الوقت مع أصدقاء ولا تتحدث مع شخص تحب نصائحه في إجابتها على البند رقم (35) بالرفض.

وكخلاصة نلاحظ من الجدول أن من الأساليب الأكثر إستخداما لدى أم وسيم نجد الأسلوب المركز حول العمل والمهمة والأسلوب المركزة حول الإنفعال ، إلا أن مواجهتها للوضعيات المرهقة يركز على الأسلوب المركز حول العمل والمهمة يأتي في المرتبة الأولى بنقطة (54).

6- التحليل العام للحالة الثالثة :

من خلال تطبيقنا للمقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس الضغط النفسي " ليفنستاين " ومقياس الوضعيات المرهقة على حالة الدراسة والتي هي أم لطفلة تعاني من التوحد ، وكان الهدف من دراستنا هو التعرف على طبيعة الضغط النفسي والأساليب التي تلجأ إليها تلك الأم لمواجهة ذلك الضغط ، معتمدين في ذلك على المنهج العيادي الذي يتلائم مع هذه الدراسة ، و من خلال النتائج المتحصل عليها و بحصول الحالة على درجة الضغط النفسي (0.74) والتي تدل على ضغط نفسي مرتفع لدى الحالة لأن الأم تجد صعوبة في التواصل مع طفلها ورعايته خاصة إنعدام اللغة عنده ماجعلها تقف تحت الضغط ، هذا ما أكدته دراسة إيوا بسيلا بعنوان بروفييل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون التي توصلت إلى أن أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن". الذي يفسر ارتفاع الضغط لديها .

ويعرف والتر كانون (Walter Cannon) الضغط النفسي على أنه "رد الفعل في حالة الطوارئ" (بوفتاح ، 2005، ص 33) .فنتيجة لصعوبة الرعاية ومتطلبات طفلها التوحدي وشعورها أحيانا بالعجز يسبب لها الضغط ، فيعرفه ريتشارد لازاروسمجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد ، بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف" (بوفتاح ، 2005، ص 33) ، وبالتالي فالأم تحاول التخفيف ومواجهة ذلك الضغط بواسطة أساليب تراها مناسبة .

فيعرف لازاروسوفولكمان (Lazarus&Folkman , 1984) المواجهة بأنها الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة بإستمرار ، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف ، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته (بروزان ، 2016،ص 105) .

فالأم ترى بأن حالة طفلها ستزداد صعوبة وبالتالي ستزداد المسؤولية ومنه ستعاني أكثر من الضغط نتيجة لمتطلبات الموقف المرهق ، وبالتالي فالأم تستخدم أساليب مواجهة بمجموع 144 نقطة ،

فيرى لوي كروك (Louis Crocq ,1997) أن الإستجابة للضغط ضرورية لأنها تجعل الشخص في حالة إنذار ، وتجعله يستعد لإستعمال السلوكيات التكيفية التي تسمح له للمواجهة والتعامل الأحسن مع الموقف الضاغط " (بروزان ، 2016،ص 105)، ومنه فالأسلوب التي تلجأ إليها بالمرتبة الأولى للمواجهة

هي الأسلوب المركزة حول العمل والمهمة وذلك لمحاولة التركيز على عمل أو مهمة معينة ومحاولة إيجاد الحل ،حيث أنها وسيلتها الدفاعية المسيطرة والوسيلة التكيفية الأولى للتغلب على الوضعية.

وكحل ثاني تلجأ إليها الحالة لمواجهة الضغط نجد الأسلوب الإنفعالي ، فالحالة تعتمد على الأسلوب المركزة حول الإنفعال ب (41) نقطة ، حيث أن الأم تستخدم الأسلوب الإنفعالي كحيلة دفاعية محاولة

التفيس والتفريغ الإنفعالي ، حيث يرى "لازاروس " أن أساليب المواجهة التي تركز على الإنفعال تتعلق بالإستجابات الإنفعالية وهي تهدف إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ الحدث الضغط الذي يواجه الفرد . (بروزان ، 2016،ص 107). وبهذا فالأم تحاول تنظيم الإنفعالات السلبية والتي قليلا ما تتحكم فيها والتي تنشأ عن الوضعية الضاغطة.

أما بالنسبة للأسلوب الثالث الذي تعتمد عليه الحالة فهي الأسلوب المركزة حول التجنب والتي تحصلت فيها على (26) نقطة ، فهي قليلا ما تتخذ السلوك التجنبي كوسيلة دفاعية .

أما آخر ما تعتمد عليه الحالة فهي الأسلوب المركزة حول الشرود والحيرة فهي قليلا ما تجد نفسها حائرة وتائهة أمام ما يجعلها في ضغط ويسبب لها مشكل وتحصلت في هذه الأسلوب على (16) نقطة ، أما آخر أسلوب تلجأ إليها وكحل أخير الأسلوب المركز حول اللهو ب (07) نقاط الذي يفسر عدم محاولتها التواجد مع الآخرين وعدم محاولتها التحدث إلى شخص قريب في حالة وقوعها تحت الوضعيات الضاغطة.

يمكن القول من النتائج المتحصل عليها على اختبار الوضعيات المرهقة أن الحالة تستخدم إستراتيجيتي المركزة حول العمل والمهمة و الإنفعال ، لكن إعتادها على الأسلوب المركزة حول العمل والمهمة تأتي في المرتبة الأولى بنقطة (54).

مناقشة عامة :

من خلال عرض وتحليل نتائج حالات الدراسة ، تم وضع النتائج في جدول حتى يستنى لنا الخروج باستنتاج عام .

فالجدول التالي يوضح نتائج الحالات بالنسبة لأساليب المواجهة المستخدمة .

جدول رقم (13)

الحالات	العمل والمهمة	الإنفعال	التجنب	الشروع والحيرة	اللهو الإجتماعي
الحالة 1	67	67	42	18	19
الحالة 2	27	64	32	20	7
الحالة 3	54	41	26	16	7
المتوسط الحسابي	49.33	57.33	33.33	18	11

من خلال الجدول رقم (13) نرى أن الحالات تستخدم أساليب متنوعة في مواجهة الضغط النفسي الذي تعاني منه ، فالحالات تستخدم أسلوب مركز حول العمل والمهمة بمتوسط حسابي قدر بـ (49.33) ما يدل على أن الحالة ترى بأن العمل الوسيلة التكيفية للتغلب على الوضعية الضاغطة وهو ثاني أسلوب .

أما بالنسبة للأسلوب المركز حول الإنفعال قدر بمتوسط (57.33) وهو ما يفسر عدم قدرة الحالات على السيطرة على الإنفعالات ويمثل أول ما تلجأ إليه الحالات.

في المرتبة الثالثة يأتي الأسلوب المركز حول التجنب بمتوسط (33.33) ، ويليه في المرتبة الرابعة الشروع والحيرة الذي تحصلت فيه الحالات على متوسط متمثل في (18) ، أما في المرتبة الأخيرة نجد الأسلوب المركز حول اللهو الإجتماعي كآخر أسلوب تلجأ إليه الحالات بمتوسط حسابي (11) نظرا لضرورة ملازمة الطفل والرعاية.

والأساليب الأكثر إستخداما لدى أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد هو الأسلوب المركز حول الإنفعال ، فالحالات تلجأ إلى أسلوب التنفيس الإنفعالي فهي لا تستطيع السيطرة على إنفعالاتها نظرا للضغوط النفسية التي تتعرض لها وهي بذلك تقوم بالتخفيف من درجة الضغوط ، فيرى "لازاروس" أن الأساليب المواجهة التي تركز على الانفعال تتعلق بالاستجابات الانفعالية و هي تهدف إلي تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد " (زواني ، 2016 ، ص 107) ، وبالتالي فالحالات تلجأ إلى هذا الأسلوب بهدف التخفيف من الإنفعالات السلبية .

- إذن يمكن القول أن أم الطفل المصاب بإضطراب التوحد تستخدم أساليب مواجهة متنوعة ، والأسلوب الأكثر إستخداما يتمثل في الأسلوب المركز حول الإنفعال .

خاتمة :

تناولنا في بحثنا هذا الذي قمنا به والذي كان موضوعه " الضغط النفسي وأساليب المواجهة لدى أم الطفل المصاب بالتوحد " ، حيث انطلقنا من التساولين : ماهي أساليب المواجهة التي تستخدمها أم الطفل المصاب بالتوحد ؟ ، ماهي أساليب المواجهة الأكثر استخداما لدى أم الطفل المصاب بالتوحد؟ حيث قمنا بالإعتماد على المنهج العيادي ومقياس الضغط النفسي الذي يحتوي على 30 عبارة و مقياس الوضعيات المرهقة الذي يحتوي على 48 عبارة و 5 بنود ، لأنهم المناسبين لدارستنا .

وقد تم إجراء هذه الدراسة على 3 حالات متمثلة في أم الطفل المصاب بالتوحد بالمركز البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بولاية بسكرة ، وكانت النتائج التي توصلنا إليها هي أن أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من ضغط نفسي مرتفع و تستخدم أساليب متنوعة في مواجهة الضغط النفسي لكن الأسلوب الأكثر إستخداما لدى حالات الدراسة هو الأسلوب المركز حول الإنفعال .

و في الأخير تبقى هذه الدراسة مفتوحة ومتواصلة ، وهذا ما دفعنا لوضع إقتراحات بغرض الحث على المزيد من الدراسات في هذا المجال و من جوانب أخرى .

الإقتراحات:

إستنادا إلى النتائج المحققة في هذه الدراسة يمكننا الخروج بجملة من الاقتراحات، والتي أخصها فيما يلي :

- 1- القيام بمزيد من الدراسات تبحث في الضغط النفسي لمعرفة مصادره لدى عينات أخرى ومعرفة تأثيره على الفرد وتوافقه، وتحديد الأساليب التي يجب إتباعها من أجل التخفيف منها والتغلب عليها .
- 2- الاهتمام بموضوع التوحد كموضوع مهم ومعقد والإهتمام بالطفل المصاب بالتوحد وإدماجه وتدريبه على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي في عمر مبكر مما يساعد على الإندماج في الحياة اليومية.
- 3- نشر الوعي لأم الطفل المصاب بالتوحد ومحاولة التعريف بالتوحد أكثر ومايجب فعله وإتباعه
- 4- التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي وبأمهات الأطفال المرضى عموما.
- 5- من الافضل قمتابع الأم من قبل مختص نفسي و يكمن دوره في مساعدتها على إيجاد و استثمار قدراتها الأمومية و تزويدها بالطرق التربويه الملائمة لحاله طفلها.
- 6- تنظيم الملتقيات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب و الأعراض الخاصه به ، لمساعدته الأولياء على فهمه إضافة لتقديم الإقتراحات و الإرشادات التربوية العلاجية و لتوطيد العلاقة بين الطفل و أوليائه.

قائمة المراجع

- 1- أبي مولود ، عبد الفتاح : (2008) ،علاقة الضغط النفسي بالإكتئاب في ضوء متغيري مركز الضبط والذكاء الإنفعالي لدى عينة من طلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه علم النفس العيادي ، جامعة وهران .
- 2- أحمد خطاب ، محمد : (2009) ،سيكولوجية الطفل التوحدي تعريفها- تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي ، ط 1 ، دار الثقافة ، عمان (الأردن) .
- 3- المغلوث، أحمد فهد حمد : (2006) ، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه ،ب ط ،مكتبة الملك ، الرياض .
- 4- أحمد علي أمين ،فرح نهلة ، و أحمد فرح ، علي: (2015) ، الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ، السودان .
- 5- نايل الغرير، أحمد ، و أبو أسعد ،أحمد : (2009) ، التعامل مع الضغوط النفسي ، دار الشروق للنشر والتوزيع ،عمان (الأردن) .
- 6- أنهيتي ، حملاوي ، نورة ،سلمى : (2013) ، استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى عمال الصحة المصابين بداء السكري ، جامعة أكلي محمد أولحاج ، البويرة .
- 7- البسطامي، سلام راضي أنيس : (2013) ، مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس ، رسالة ماجستير الإدارة التربوية ،جامعة النجاح الوطنية ، نابلس (فلسطين) .
- 8- الخالدي ، أميرة بنت عيد : (2014) ، دور الأسرة في تأهيل الطفل المعاق ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ،رسالة ماجستير في التأهيل والرعاية الاجتماعية ، الرياض (السعودية) ، 2014.
- 9- العبودي ، فاتح : (2007) ، الضغط النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي ، رسالة ماجستير في علم النفس التنظيمي وتسيير الموارد البشرية ، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية ، قسنطينة .
- 10- الفرماوي وآخرون، حمدي علي : (2009) ، الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان، 2009 .
- 11- السيد خليفة ، وليد : (2010) (الإعاقة الغامضة (التوحد) ، ب ط ، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر ، الإسكندرية (مصر) .

- 12-برزوان ، حسيبة : (2016) ، فعالية إستراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي ، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية ، جامعة الجزائر ، العدد 44 ، جوان .
- 13-بلقاسم ، مخلوف : (2012) ، استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتفاؤل والتشاؤم لدى التلاميذ المقبلين على امتحان البكالوريا الرياضية . رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي الرياضي، جامعة حسيبة بن بوعلي ، الشلف .
- 14_ بهاء الدين سيد عبيد ، ماجدة : (2008) ، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية ، ط 1، دار صفاء ، عمان (الأردن) .
- 15_ يوفتاح ، محمد: (2015)، الضغط النفسي وعلاقته بمستوى الطموح الدراسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي ، رسالة مكملة لنيل ماجستير ،جامعة ورقلة ، ورقلة (الجزائر) .
- 16_ بوسنة ، عبد الوافي زهير : (2012) ، محاضرات في تقنيات الفحص العيادي لطلبة السنة الأولى ماستر عيادي ، قسم علم النفس ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة .
- 17_ بن عابد الزارع ، نايف : (2001) ، المدخل إلى اضطراب التوحد : المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ، دار الفكر ، الأردن .
- 18_ بن نبهان العامرية، منى بنت عبد الله : (2014) ، أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية ،رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي ، جامعة نزوى .
- 19_ جبالي ، صباح : (2012)، الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون ،رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة فرحات عباس ، سطيف .
- 20_ جدو ، عبد الحفيظ : (2013) ، إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، سطيف .
- 21-جيلالي ، سليمان : (2012) ، الإنتاج الإسقاطي عند المراهق ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو ، 2012
- 22-حسن عسلي ، كوثر : (2006)، التوحد ، دار صفاء ، الأردن .

- 23- حمداش ، نوال ، الإجهاد المهني لدى الزوجة العاملة الجزائرية واستراتيجيات تعاملها معه ، رسالة ماجستير ، جامعة منتوري ، قسنطينة.
- 24- دايلي، ناجية : (2013) ، الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق ، رسالة مكملة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة فرحات عباس ، سطيف .
- 25_رحي ، مصطفى عليان : (ب س) ، البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته ، ب د، بيت الأفكار الدولية .
- 26-سيد سليمان ، عبد الرحمان : (2000) ، الذاتية 'إعاقة التوحد لدى الأطفال' ، ط1، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة (مصر).
- 27-شاكر مجيد ، سوسن: (2010)، التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه ، ط2، دييونو للطباعة والنشر والتوزيع ، بغداد .
- 28-شبيب ، عادل جاسب : (2008) ، ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء ، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا قسم علم النفس .
- 29-شفيق ، ساعد : (2009) ، مصادر الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المراهقين ، رسالة ماجستير علم النفس المرضي الاجتماعي ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة 2009.
- 30-صالحي ، هناء : (2012) ، علاقة الضغط النفسي بمستوى الطموح لدى طلبة الجامعة المقيمين بجامعة ورقلة ، رسالة مكملة لنيل ماجستير في علم النفس المدرسي ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة .
- 31-صندلي ، ريمة (2011) ، الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للإنتحار ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة فرحات عباس ، سطيف .
- 32-فاروق مصطفى ، أسامة : (2011) ، سمات التوحد ، دار المسيرة ، الأردن .
- 33-فضل محمد ، زينب محمد : (2009) ، أثر التدخل المبكر على النمو اللغوي للأطفال ذوي اضطراب التوحد ، رسالة ماجستير في علم النفس ، جامعة خرطوم ، السعودية .

- 34- قحطان ، أحمد الظاهر: (2009) ، التوحد ، ب ط ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان .
- 35- محمود عصفور ، غدي عمر : (2012) ، الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين ، كلية العلوم التربوية والنفسية ، رسالة لنيل درجة ماجستير في الإرشاد النفسي ، عمان (الأردن) .
- 36- مزلق ، وفاء : (2013) ، إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة الهضاب ، سطيف .
- 37- مسعود ، وفاء : (2008) ، مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة لدى الأستاذ الجامعي ، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة .
- 38- مسلم أبو الحصين، محمد فرج الله : (2012) ، الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ، غزة .
- 39- مصطفى، جيهان : (2008) ، التوحد ، ب ط ، دار أخبار اليوم ، القاهرة (مصر) .
- 40- مليوح ، حلاسة ، خليفة ،فايزة : (2014) ، مداخلة:المقاربات النظرية للتوحد ، قطب شتمة ، بسكرة .
- 41- والي ، و داد : (2015) ، استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقين الجانحين ذكور إناث ، رسالة ماجستير علم النفس العيادي ، كلية العلوم الاجتماعية ، وهران = .
- 42- يحيياوي ، شهرة : (2015) ، الضغط النفسي عند أم الطفل الأصم ، قسم العلوم الاجتماعية ، البويرة الجزائر) ، 2015 .

الملاحق

الملحق رقم (01) المقابلة كما وردت

المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى :

المحور الأول : الحالة النفسية للأم

س1- هل حملك كان مرغوب فيه ؟

ج - فرحانة بيه مش غير مرغوب يعني اكتشفتو انا المفروض على أساس نداوي باش نجيب قالولي راكي بالحمل

س-2 :كيف كانت حالة طفلك قبل اكتشاف بأنه يعاني من التوحد ؟

ج- عادي كل شي تاها كان عادي سخانة برك تطلع.

س3-:ماذا لاحظت عليه بعد الولادة ؟

ج- هي كانت ولادة طبيعية كل شي تاها عادي ومبعدا بعد الولادة في 5 أشهر تطلعها السخانة 45 ديما وبرك الخطوات الأولى مادارتهاش .

س4- س :كيف عرفت أن طفلك يعاني من التوحد وكيف كانت ردة فعلك ؟

ج- شفت الخطوات تاها الأولى مادارتهاش وكانت تقول كلمات ومبعدا تراجعت ماولاتش تهدر ديته جريت بيها و مبعدا طلع عندها التوحد شخصوها بلي توحد و مانكذبش عليك 3الايام الأولى ماتقبلتش و مابغيت نطيب مابغيت نهدر مابغيت ندير والو جاب ربي بنتي كاينا ومبعدا تقبلتها وخلص وكي دخلت للمركز فرحت ،هي تمكر فيا ديما .

س5- حاليا ماهو شعورك اتجاه إعاقة إبنك ؟

ج- كي زادت دخلت في ريجيم ماوليتش ناكل انا ثاني تعبت من جهة مرضها ومن جهة ريجيم.

س6- هل تشعرين بالضيق والتوتر في أغلب الأوقات ؟

ج- أحيانا ايه انا عصبية نعصب كل شي مجمول .

س7- عند تعرضك لموقف ضاغط هل لديك القدرة في التحكم في إنفعالاتك ؟

ج- لا انا شديدة الغضب نعيظ ونخبط ومبعدا نفيق مع روجي بيكم ماحوشش عليا ، انا خواتاتي يقسيوني بكلمة نرجعهم ثم ثم مانقدرش نسكت .

س8- :عند تعرضك لمشكلة تفكرين في حل سريع أو تتركها للوقت ؟

نخليها مايكونش عندي الوقت باش نحلها بصح ردة الفعل نديرها في دقيقة ،

س9 :هل تعانين صعوبات في التركيز ؟

انا نركز ايه مع قده من حاجة .

س 10:عندما تشعرين بالقلق والضغط ماذا تفعلي ؟

أنا أصلا لازم نعيظ باش نرتاح ونقرا الأذكار.

س11 :عندما تكونين في حالة قلق وتوتر كيف تتصرفين مع زوجك و أولادك ؟

راجلي أصلا هارب عليا ديما منسحب، ولادي نعيظ ونرجع نبوس ونحضن.

س12 :عند تعرضك لموقف ضاغط هل لديك القدرة في التحكم في إنفعالاتك ؟

ج- لا انا شديدة الغضب نعيظ ونخبط ومبعدا نفيق مع روجي ، انا خواتاتي يقسيوني بكلمة نرجعهم ثم ثم مانقدرش نسكت .

س13 :هل تظنين أن إنجابك لطفل توحي أثر على حياتك؟

ج- ايه على حياتي وخاصة صحتي واش نقلك كاين ضغوطات ، ونقول اذا أحبك الله ابتلاك ربي حب يسمع دعاء تاغي عن طريق بنتي ،ساعات ندخل في واحد الدوامة ومبعدا نقول ربي خلقها هكا تعيش عادي وتموت عادي وخلص .

محور تعامل الأم مع الوضعية :

س1- :كيف تعاملتي مع الموقف ؟

ج- ساعات نقنط نقول علاه هكا ونضعف ،وراني نحاول نتكيف انا بطبعي كي نشوف حاجة مفروضة عليا نتقبلها

س2- :حاليا ماهو شعورك اتجاه إعاقة إبنك ؟

ج- كي زادت دخلت في ريجيم ماوليتش ناكل انا ثاني تعبت من جهة مرضها ومن جهة ريجيم.

س3-: ماهي السلوكات التي يقوم بها طفلك ؟

ج -حركية وتضريني على غفلة وتخطب الحاجة ، تفلقني نعيط .

س-4 :هل تعتقدين أن لديك القدرة الكافية لرعايته ؟

ج- ايه الحمد لله بصح كيما قتلك مع ريجيم شويا برك ساعات ماتحبش تاكل ، ونزيدك اختي عندها 15 يوم جابتلبي بيبي حاكمتها ،ماعنديش وقت للراحة.

س5-: هل تجدين صعوبة في التواصل مع طفلك ؟

ج- صعوبة في البداية كنت مانفهمهاش ضرك عادت تقول كلمة ولا تلمح برك نحاول نفهمها .

س6- س :بماذا تشعرين عند اصطحابك لطفلك معك في المناسبات الاجتماعية ؟

ج- ايه واحد الوقت رحنا لتيازة بنتي خرجت من الكار ضربت طفلة ومشات بنتها لي وراها بدات تاكل في روحها مش متريبين وتعيط قتلها مدام سامحيني بنتي مريضة من ذوي الاحتياجات الخاصة ، نحشم ونقلق تغيضني روعي وبنتي .

س7- :عند معرفتك بأن طفلك يعاني من التوحد ماذا فكرتي أن تفعلي ؟

ج- خفت شويا ومبعدا عادي ولضرك الحاجة لي راجلي ماحبش يطاوعني فيها هي رقية قتلو لازم رقية ، حاليا قلت نروح لدارنا ونروح مع واحد من خاوتي ونديرلها رقية.

س8- هل تظنين أنك توفرين له كل الإمكانيات و تعطين له كل وقتك ؟

ج- ايه انا راني نحاول نعطيها كل وقتي أصلا راني مهملا داري نشوف فيها هي برك ومع ريجيم نحاول نوفرلها لي نقدر عليه.

س9- كيف ترين المسؤولية اتجاه طفلك ؟

ج- مسؤولية صعبة قبل كانت شويا وضرك ريجيم لازم أكل خاص قبل كنت خايفا من التوحد وضرك وليت نقول كن غير جا التوحد برك وعندي أمل يكونو التحاليل غالطين.

س10-:هل تشعرين بالعجز أحيانا إتجاه طفلك ؟

ج- نعجز برك كي نبقا مع روجي نخم نحس روجي عاجزة و غير كي تجي هي قدامي ننسا ، نقول علاه ربي ماعطاهاش لوحدا من خالاتها لباس عليهم ظروفهم مش كيفي.

س11: هل تعتقدن بأنه يجب عليك ملازمته كل اليوم ؟

ج- ديما بصح كي دخلت للمركز شويا ريحت ونبقا نخم فيها .

س-12: بماذا تشعرين عند اصطحابك لطفلك معك في المناسبات الاجتماعية ؟

ج- ايه واحد الوقت رحنا لتيازة بنتي خرجت من الكار ضربت طفلة ومشات بنتها لي وراها بدات تاكل في روحها مش متريبين وتعيط قتلها مدام سامحيني بنتي مريضة من ذوي الاحتياجات الخاصة ، نحشم ونقلق تغيضني روجي وبنتي .

س13- ماهي الطرق التي تلجئين إليها عندما تكونين في حالة ضغط ؟

ج- عندي جرتي نروح نهدر معاها مع ذكر الله والدعاء نروحها مخنوقة ونروح نرتاح ، حاجة ربي نقبلها بذراع عليا .

محور الحياة العلائقية والنظرة المستقبلية للأم

س-1 1- كيف هي علاقتك مع طفلك ؟

س- علاقة عادية مثل أي أم وبنتها فرحانة بيها .

س2- هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك للإعاقه ؟

ج- لا أنا أصلا فرحت بيها كي جات وحتى كي عرفت صح تقلقت ماتقبلتش بصح قعدت بنتي و ضرك راهي عزيزة اكثر منهم راهي هي المفضلة .

س3- هل تغيرت علاقتك مع زوجك ؟ و هل تأثرت هذه العلاقة بإصابه إبنك ؟

ج- صرائلتي مشكلة معاه عندي عامين تزوج وخالني راح للسكريتيرة تاغو يعول عليا وهو ينسحب ساعات نقول بالاك بسبب بنتي خالني .

س4- هل تلقيتي الدعم من زوجك ؟

ج- لا كيما قتلك راجلي ينسحب يخليني وحدي في كل شي معول عليا وحتى راح وخالني مع وحدا أخرى.

س-5 هل تلقيتي الدعم من الأهل والأقارب ؟

ج- يسقسيو بالتيليفون برك ربي يقدرك ربي يعاونك ، بصح باش يوقفو لا أنا مانديرش فيهم الثقة.

س-6 هل تعتقدين أن العناية بابنك ستكون أصعب في المستقبل؟

ج- ايه صح راني معاها ضرك ونحاول ، بصح أكيد وين تكبر وين يصعب كل شي معاها .

س-7: هل تعتقدين بان ابنك سيعيش حياة عادية ويحقق الإستقلالية ؟

ج- ايه عادي كيفها كيف لولاد كيما خاوتها.

س- 8 :هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأطفال إذا أتيح لك ذلك ؟

ج- لا خلاص من احسان كملت.

س :9 ما الاختلاف قبل وبعد ادخال طفلك للمركز ؟

ج- ولات تحاول توصلي واش راهي حابا تلمح برك نفهمها .

س10 :هل ترين بأنه تحسن ؟

ج- ايه شويما تحسنت مادابيا تتحسن أكثر.

المقابلة كما وردت مع الحالة الثانية :

المحور الأول : الحالة النفسية للأم

س1- هل حملك كان مرغوب فيه ؟

ج - ايه كنت حابا وكنت نسنا فيه غير وقتاه يجي .

س-2 :كيف كانت حالة طفلك قبل اكتشاف بأنه يعاني من التوحد ؟

ج- كان عادي ، كيما خاوتو غير يشوف تليفزيون ويضحك وحدو وساعات يكون ساكت ويبدا يعيط كنت نقول عادي.

س3- ماذا لاحظت عليه بعد الولادة ؟

ج- الحمل كان عادي كل شي عادي وبعد الولادة وليت نشوف فيه مش كيما خاوتو ديتو لطبيب كي ولا عندو 4 سنين وشفتمو ماهدرش.

س4- كيف عرفت أن طفلك يعاني من التوحد وكيف كانت ردة فعلك ؟

ج - ماكنتش نعرف مرض التوحد هذاك ومبعدا كي فهموني ماقدرتش نصدق ولدي لباس عليه ولضرك نشوف فيه عادي راهو ولدي .

س5- هل تشعرين بالضيق والتوتر في أغلب الأوقات ؟

ج- ايه ديمما مانحملش وكي نسمعو يعيط هكاك نقلق ياسر .

س6- عند تعرضك لمشكلة تفكرين في حل سريع أو تتركها للوقت ؟

ج-لا نخليها للوقت ما عندي مانديرلها لي فيا يكفيني .

س7- عند تعرضك لموقف ضاغط هل لديك القدرة في التحكم في إنفعالاتك ؟

ج- مشكلتي راني نقلق ونعيط باش نريح نشعل في دقيقة.

س8- هل تعانين صعوبات في التركيز ؟

ج- مانركزش مانقدرش نخمم .

س 9- عندما تشعرين بالقلق والضغط ماذا تفعلي ؟

نعيط نبكي حتى هشام مانحملوش .

س10: عندما تكونين في حالة قلق وتوتر كيف تتصرفين مع زوجك و أولادك ؟

ج- نقلهم اخطوني خلوني وحدي لي يهدر معايا نشعل فيه.

س11: هل تظنين أن إنجابك لطفل توحي أثر على حياتك؟

ج- واش نقلق يا بنتي أنا أصلا تعبانة في حياتي الظروف المادية ووحدني واحد مايجيني وكي نحب نخرج نشوفو نقول كيفاه نديرلو نولي نبطل تعبت.

محور تعامل الأم مع الوضعية :

س1- كيف تعاملتي مع الموقف ؟

ج- مادرت والو مانعرفش كيفاه نتصرف معاه خطراه ماقريتش مانفهمش ساعات نضربو ونعيط عليه وخلص.

س2- حاليا ماهو شعورك اتجاه إعاقة إبنك ؟

ج- عادي كيما خاوتو صح تعب وتخمام بصح نحاول نشوفو كيف خاوتو و كي نتفكر بلي عندي طفل مريض مانحملش روجي نولي نسي في روجي نتفرج .

س3- ماهي السلوكات التي يقوم بها طفلك ؟

ج - ديما وحدو ساكت ومايجاوبش كي نعيطو يحقرنا ويبقا يلعب وحدو يتحرك ياسر يدير رايو ولازم واش يحب نديرلو ولا يبكي ويخبط وساعات يعيط يديرلي صطرا تاع راس .

س4- هل تعتقدين أن لديك القدرة الكافية لرعايته ؟

ج- مع لولاد مانيش قادرا نتعب ياسر ، بصح تهنيت كي راهو في المركز نزيح كي يكون مكانش.

س5- هل تجدين صعوبة في التواصل مع طفلك ؟

ج-ايه لضرك مزالت صعوبة قتلك مايهدرش يعيط برك مانفهموش واش يحوس .

س6- بماذا تشعرين عند اصطحابك لطفلك معك في المناسبات الاجتماعية ؟

ج- نقلق منو ياسر علابالك مانخرجش أنا ديما في دار وكي نروح لأهلي بيذا يخبط ويكسر ويعيط نحشم نروح .

س7- عند معرفتك بأن طفلك يعاني من التوحد ماذا فكرتي أن تفعلي ؟

ج- ماخمت في والو ماكنتش نعرف التوحد و كي حكاولي وفهموني خمت نديه للطبة للدراير بصح الله غالب ماقدرناش ظروف تعبانة .

س8- هل تظنين أنك توفرين له كل الإمكانيات و تعطين له كل وقتك ؟

ج- الإمكانيات مكانش كل شي تعبنا بصح الوقت نعطيه الوقت شويا كي يروح من المركز .

س9- كيف ترين المسؤولية اتجاه طفلك ؟

ج- مسؤولية صعبية خاوتو وماتعبتش معاهم كيفو هو .

س10- هل تشعرين بالعجز أحيانا إتجاه طفلك ؟

ج- ياسر مكانش حتى لي يريحني فيه بنتي برك بصح ماتقدرلوش .

س11: هل تعتقدين بأنه يجب عليك ملازمته كل اليوم ؟

ج- هديك لازما بصح ضرك كي دخلتو للمركز كي يجي نبقا معاه ولا نخليه يتفرج طيور الجنة برك باش يخطيني .

س13- ماهي الطرق التي تلجئين إليها عندما تكونين في حالة ضغط ؟

ج- نبقا نبكي وندعي باش ننسا شويا.

محور الحياة العلائقية والنظرة المستقبلية للأم

س-1 كيف هي علاقتك مع طفلك ؟

س-عادي كيفو كيف خاوتو بصح هو يقلقني ياسر مش كيما هو ما .

س2- هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك للإعاقه ؟

ج- لا من بكري حتى قبل مانعرف بلي عندو توحده كي يعيط هكاك نقلق وضرك وليت نقلق أكثر ومانحملش.

س3- هل تغيرت علاقتك مع زوجك ؟

ج- لا عادي أصلا هو و أنا ماناش فاهمين وشيه هو التوحده ،و ساعات كي يقلق منو يقولي سكتيه علينا نتقابض معاه.

س4- هل تلقيتي الدعم من زوجك ؟

ج- معايا هو عادي بصح ديما البرا يخرج وكي يدخل نتقابضو مايتهاش في ولدو .

س5- هل تلقيتي الدعم من الأهل والأقارب ؟

ج- مايجونيش وكي نروح دقيقة ونروح مانقعدش ماعاونونيش حتى في دراهم باش نديه للذراير.

س6- هل تعتقدين أن العناية بابنك ستكون أصعب في المستقبل؟

ج- مانحبش نخم في المستقبل وفي لي جاي مانيش حابا نزيد على روجي بتخمام.

س-7: هل تعتقد بان ابنك سيعيش حياة عادية ويحقق الإستقلالية ؟

ج- راني حابا يعيش كيفو كيف خاوتو ندعو ربي وخلص .

س- 8 : هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأطفال إذا أتيح لك ذلك ؟

ج- أنا زدت بعدو طفل .

س : 9 ما الاختلاف قبل وبعد ادخال طفلك للمركز ؟

ج- ماتبدل والو بصح وليت نريح الوقت لي يكون فيه في المركز .

س 10 : هل ترين بأنه تحسن ؟

ج- كل شي كيما راهو مزال يعيط ومايهدرش .

المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة :

محور الحالة النفسية للأم

س 1- هل حملك كان مرغوب فيه ؟

ج - اها مكانش مرغوب خلاص ، ماتقبلتش في الأول ماكنتش دايراتو في بالي . لولا حبيت نطيح ونقلق ونقعد وحدي ماتقبلتش

س-2 : كيف كانت حالة طفلك قبل اكتشاف بأنه يعاني من التوحد ؟

ج- كان نورمال هو نورمالمون يزيد في 10 جانفي بصح هو زاد في 21 ديسمبر .

س3-:ماذا لاحظت عليه بعد الولادة ؟

ج- لالا ماكنت ملاحظة والو مبعدا كي شفت الهدرة برك مكانش 3 سنين بديت نشك وسخانة تطلعو من كان في عامين و6 أشهر ، تطلع سخانة ياسر . طاحلي مرة على راسو كي كان صغير كي درتلو سكانار قالي عندو كسر كي طاح تقيا ، مبعدا داويتو 3 سنين ماهدر مناطق حتى ضرك يقول كلمة برك ماما بابا يفهم بصح باش يهدر مايهدرش يفهم برك..

س4- كيف عرفت أن طفلك يعاني من التوحد وكيف كانت ردة فعلك ؟

ج- أنا شكيت من تصرفات وسلوكياتو بصح قالولي ماعندوش حتان ديتو لدزاير قالولي عندو AUTISME قالولي مش حاجة كبيرة انا مش عارفا بصح شويا كي نقولو التوحد الواحد يتأثر.

س5- حاليا ماهو شعورك اتجاه إعاقة إبنك ؟

ج- حاجة عطاها لنا ربي نتقبلوها وخلص الحمد لله واش راح نديرو.

س6- هل تشعرين بالضيق والتوتر في أغلب الأوقات ؟

ج- ايه ساعة ساعة.

س7- عند تعرضك لموقف ضاغط هل لديك القدرة في التحكم في إنفعالاتك ؟

ج- ايه ساعة ساعة نتحكم مانضربوش هو . و كي نقلق نبكي مانبكيش قدامهم.

س8- س : عند تعرضك لمشكلة تفكرين في حل سريع أو تتركها للوقت ؟

ج- نحلوا المشكل وساعات نخليه يتحل وحدو كي نكون مش قادرا ،

س9 : هل تعانين صعوبات في التركيز ؟

ج- ايه ساعة ساعة يروح طول.

س10 : عندما تشعرين بالقلق والضغط ماذا تفعلي ؟

ج- أنا أصلا لازم نعيط باش نرتاح ونقرا الأذكار.

س11 : عندما تكونين في حالة قلق وتوتر كيف تتصرفين مع زوجك و أولادك ؟

ج- نقلق ندير شويا هكا مع روجي ومبعدا ، ساعات تجيني نعيط على لولاد حتى لي يدير حاجة صغيرة نعيط. مبعدا نستغفر ونشهد وخلص.

س13 : هل تظنين أن إنجابك لطفل توحي أثر على حياتك؟

ج- اه ايه يآثر ديما وعلى كل الجوانب .

محور تعامل الأم مع الوضعية :

س1- كيف تعاملتي مع الموقف ؟

ج- ماقلت لحتى واحد ، كنت وحدي قلت لراجلي عدو التوحد قالي لا ولدي لباس عليه ماعدوش التوحد .

س3- ماهي السلوكات التي يقوم بها طفلك ؟

ج -لا عادي بصح باننتلي مايسمعش ديتو لذراير درتلو راديو اورالام على راسو قالولي شويا ما في راسو كيما زاد و كي يشوف حاجة يحب يديها ويكسر كي مايديهاش ومايركحش يقلقني .

س-4 هل تعتقدين أن لديك القدرة الكافية لرعايته ؟

ج- ايه ان شاء الله نقولو ربي يعطينا القوة وخلص .

س5- هل تجدين صعوبة في التواصل مع طفلك ؟

ج- مكانش تواصل معاه نحس روحي نحكي وحدي ، و أنا حاباتو يهدر باش يهدر مع الناس المجتمع مايرحمش .

س6- بماذا تشعرين عند اصطحابك لطفلك معك في المناسبات الاجتماعية ؟

ج- ساعات كي يخرج معايا يقولو اه مسكين يشف نزيد ننقلق .

س7- عند معرفتك بأن طفلك يعاني من التوحد ماذا فكرتي أن تفعلي ؟

ج-(تتهدت ويكات) مدة دقيقتين وهي ساكتا تبكي . شويا قلت كيفاه ،واش راح ندير نحاولو معاه وخلص مولاها ربي لي خلقو مايضيعو .

س8- هل تظنين أنك توفرين له كل الإمكانيات و تعطين له كل وقتك ؟

ج- ربي يقدرني وقتي كامل ليه ونحاول نوفرلو انا وباباه كل شي .

س9- كيف ترين المسؤولية اتجاه طفلك ؟

ج- ساعة ساعة نحس روحي في ضغط حاملا فوق طاقتي نخرج ونشري وزيدي وسيم ولولاد و راجلي .

س10- هل تشعرين بالعجز أحيانا إتجاه طفلك ؟

ج- ايه كايين عاجز بصح راني متحملا ، راكي عارفا طفل توحدي واش معناه مش ساهلا .

س11- هل تعتقدن بأنه يجب عليك ملازمته كل اليوم ؟

ج- ايه نشوف واش يحتاجو برك ونبقا معاه ديما .

س12- ماهي الطرق التي تلجئين إليها عندما تكونين في حالة ضغط ؟

ج- آه ، نقول نروح لطبيبة نفسانية تشوفو ونريح أنا

محور الحياة العلائقية والنظرة المستقبلية للأم

س-1 1- كيف هي علاقتك مع طفلك ؟

ج - علاقة كيما أي أم وولدها مكانش اختلاف غير كي ولا مايهدرش ومانفهمش واش يحوس هنا نولي نقلق كي مانفهموش .

س2- هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك للإعاقه ؟

ج-لا لا علاه حاجة ما تتبدل وراني نحاول معاه باش يتحسن حاباتو يهدر برك .

س3- هل تغيرت علاقتك مع زوجك ؟ و هل تأثرت هذه العلاقة بإصابه إبنك ؟

ج- لالا اها نورمال أصلا كان عندي زوج ولاد و زوج بنات وهو طفل الاخر قلت مانيش مستحقا لا طفلة لا طفل ومبعدا تقبلنا و ولا هو المفضل .

س4- هل تلقيتي الدعم من زوجك ؟

ج- ايه يعاوني ويحاول معايا باش نلقاو حل ويتحسن و حتى هو يبكي كي يتفكر .

س-5 هل تلقيتي الدعم من الأهل والأقارب ؟

ج- عمّو برك كانت تجي معايا وضرك راني وحدي يسقسو عليه ساعات برك

س-6 -هل تعتقدن أن العناية بإبنك ستكون أصعب في المستقبل؟

ج- ايه والمسؤولية تزيد وبن يكبر راني نخم كيفاه ندير .

س-7 هل تعتقد ان ابنك سيعيش حياة عادية ويحقق الإستقلالية ؟

ج- نقول ان شاء الله يولي نورمال ، يعيش كيما لولاد كامل عندي نورمال انا يعيش.

س- 8 هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأطفال إذا أُتيح لك ذلك ؟

ج - لالا مستحيل انا هذا وماقبلتوش

س 9- ما الاختلاف قبل وبعد ادخال طفلك للمركز ؟

ج- كي راني نجيبو في المركز نريح راني مرحيا.

س10 - هل ترين بأنه تحسن ؟

ج- ايه راهم يقولو تحسن .

ملحق رقم (2) :

إستبيان إدراك الضغط النفسي للفينستين (P,S ,Q) Le Venstein

التعليمة :

- لكل عبارة من العبارات التالية ، ضع علامة (*) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين .
- أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بالتفكير أو مراجعة إجابتك وإحرص على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة .

الرقم	البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعر بالراحة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك.				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق .				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها.				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة.				
06	تجد نفسك في مواقف صراعية .				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا .				
08	تشعر بالتعب .				
09	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك .				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لإتخاذها .				

				تشعر بالإحباط	12
				أنت مليئ بالحيوية .	13
				تشعر بالتوتر	14
				تبدو مشاكلك أنها ستتراكم.	15
				تشعر بأنك في عجلة من أمرك.	16
				تشعر بالأمن والحماية.	17
				لديك عدة مخاوف .	18
				أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين.	19
				تشعر بفقدان العزيمة.	20
				تمتع بنفسك.	21
				أنت خائف من المستقبل.	22
				تشعر بأنك وضع انتقاد وحكم.	23
				أنت شخص خالي من الهموم .	24
				تشعر بالإرهاك والتعب الفكري .	25
				لديك صعوبات في الإسترخاء .	26
				تشعر بعبء المسؤولية .	27
				لديك الوقت الكافي لنفسك .	28

				تشعر أنك تحت ضغط مميت .	29
				تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها .	30

ملحق رقم (3) .

مقياس الوضعيات المرهقة CISS

الحالة الأولى :

اللقب :
العمر :
الجنس :
المهنة :
المستوى الدراسي :
المستوى الاجتماعي :
المستوى الاقتصادي :

التعليمة : قد يجد الفرد نفسه في وضعيات معيشية مختلفة يكون أثرها شديد ، حيث يرى أنها مرهقة . إنها عبارة عن حوادث أو وضعيات تضعه في مأزق وتتطلب منه قوى لأجل مجابتهها .

هناك طرق عديدة تسمح بمواجهة الوضعيات المرهقة ، لذلك يطلب منك تحديد ما تقوم به أو ماتحس به عادة ، عندما تجد نفسك تعيش وضعيات صعبة أو مراحل إرهاق مهمة .

أجب على كل عبارة من العبارات التالية برسم دائرة حول الرقم الذي يناسب نمط رد فعلك عادة .

علما أن طريقة الإجابة عبارة عن سلم من :

1 : ليس على الإطلاق إلى 5 كثيرا ، مرورا بإجابات وسطية (2 ، 3 ، 4) تسمح لك بتحديد الدرجة التي تناسبك .

تقديم المقياس :

العبارات	في الوضعيات المرهقة يكون ميلي عادة إلى :	ليس على الإطلاق	كثيرا
1	أحسن تنظيم وقتي .		
2	الاهتمام بالمشكل لأرى كيف يمكن حله .		

					إعادة التفكير في أوقات جميلة قضيتها .	3
					محاولة التواجد مع أناس آخرين .	4
					لوم نفسي على تضييع الوقت .	5
					فعل ما أظنه مجديا .	6
					الإرتباك من جراء مشاكلي .	7
					لوم نفسي على تواجدي في هذه الوضعية .	8
					القيام بقضاء حوائجي .	9
					تحديد أولوياتي .	10
					محاولة النوم .	11
					أتناول الأكلات التي أشتهيها .	12
					الإحساس بقلق لأنني لا أستطيع تجاوز الوضعية .	13
					أن أصبح في وضع محرج أو منقبض .	14
					التفكير في الطريقة التي عالجت بها مشاكل مشابهة.	15
					القول لنفسي أنه ليس من الواقع أن يحصل هذا لي .	16
					لوم نفسي على حساسياتي المفرطة وإنفعالي أمام المشكل .	17
					الذهاب إلى المطعم لأتناول وجبة ما .	18

					أن أصبح أكثر عنادا .	19
					شراء شيء ما .	20
					تحديد طريقة ما ثم إتباعها .	21
					لوم نفسي لعدم معرفتي ما سأفعل .	22
					الذهاب إلى السهرة أو حفلة عند الأصدقاء .	23
					أن أجهد نفسي في تحليل الوضعية .	24
					أن أكون مشددا ولا أجد ما أفعل .	25
					مباشرة أفعال تكيف دون تحديد آجالها .	26
					التفكير فيما حدث وإستخلاص أخطائي .	27
					تمني القدرة على تغيير ما حدث أو ما أحس به .	28
					زيارة صديق .	29
					القلق إزاء ما سأفعل .	30
					قضاء وقت مع صديق حميم .	31
					الذهاب في نزهة .	32
					القول لنفسي أن هذا لن يحدث أبدا بعد اليوم .	33
					تكرار الحديث عن نقصي وعدم تكييفي العام .	34
					الحديث مع شخص أحب نصائحه .	35
					تحليل المشكل قبل فعل أي شيء .	36

					الإتصال هاتفيا بصديق .	37
					الغضب .	38
					ضبط أولوياتي (حساباتي) .	39
					مشاهدة فيلم .	40
					مراقبة الوضعية جيدا .	41
					فعل مجهود إضافي لسير الأمور .	42
					وضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل .	43
					إيجاد طريقة لنفادي التفكير وبالتالي تفادي كامل الوضعية .	44
					إفشاء غليلي في الآخرين .	45
					إنتهاز الفرصة من الوضعية لإظهار ما بوسعي فعله .	46
					محاولة تنظيم الأمور للسيطرة على الوضعية أحسن .	47
					مشاهدة التلفاز .	48