



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - قسم العلوم الاجتماعية-

شعبة علم النفس



عنوان المذكرة

الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد

دراسة ميدانية عيادية لثلاث حالات بمستشفى عاشور زيان بمصلحة
الأمراض العقلية - أولاد جلال -

مذكرة تخرج مكتملة لنيل شهادة الماستر في تخصص: علم النفس العيادي

الصفة	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيساً	د	فبقوب عيسى
مشرف	د	عقون لحسن
مناقشاً	د	جوادي يوسف

إشراف الدكتورة:

بومعارف نسيمة

من إعداد الطالبة:

سمية قرفي

هبة الرحمان مريم نعمي

السنة الجامعية: 2022/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الشكر الأول والخالص لله عز وجل الذي أعاننا وأمدنا بالعزيمة والإرادة حتى وصلنا إلى هذه المرحلة وما قد انتهت بهذه الدراسة المتواضعة التي كَلَّلت السنوات الماضية.

ومن منطلق الحديث الكريم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله" يسرنا أن نتقدم بخالص الشكر للأستاذة المشرفة على هذه الرسالة: "بومعروف نسيمة" على ما بذلته من جهد في سبيل توجيهنا في هذا العمل ولم تبخل علينا بنصائحها وتعليماتها التي تمكَّنَّا من خلالها من إتمام عملنا بهذا الشكل. كما لا ننسى أن نتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير إلى الأسرة الجامعية وجميع أساتذة قسم علم النفس الذين تلقينا التعليم على أيديهم

شكرا جزيلا

إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى

إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة... إلى مهد طريق العلم والمعرفة

إلى جميع أساتذتي الأفاضل

إلى الروح التي غادرتني ... إلى إلهامي وقودتي إلى جدي الغالي

الأستاذ القدير عويسي عبد الحفيظ

إلى من جرع الكأس الفارغ ليسقيني قطرة حب

إلى من حصد الشوك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير "والدي العزيز"

إلى من أرضعتني الحب والحنان... إلى رمز الحب والعطاء والقوة

إلى القلب الرحيم "أمي الغالية"

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة

إلى رياحين حياتي وتوائم روحي "إخوتي"

إلى من صنع أيامي وكللها بالجمال... إلى رفيق الروح "زوجي"

سمية

إهداء

أقدم عملي المتواضع هذا إلى
ملاكي الحارس الذي أفنى حياته لأجل كمال حياتي ...
الذي كان دعاؤه سر نجاحي ...

إلى أبي

إلى من وهبت حياتها لتراني في المراتب العليا ...
التي انتظرت هذا النجاح بفارغ الصبر ...
إلى رمز التضحية، إلى سبب وجودي....

أمي أمدها الله العمر

إلى أمي الثانية منشأ طفولتي

جدتي أسأل الله شفاءها

هبة الرحمان مريم

فهرس المحتويات:

الصفحة	الموضوع
	- شكر وعرقان
	- الإهداء
	- فهرس المحتويات
	- فهرس الجداول
	- ملخص الدراسة
أ	- مقدمة
الجاناب النظري	
الفصل الأول: موضوع الدراسة	
2	1- إشكالية الدراسة
4	2- أسباب ودوافع اختيار موضوع الدراسة
4	3- أهمية الدراسة
4	4- أهداف الدراسة
5	5- تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة إجرائيا
5	6- الدراسات السابقة
6	7- التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الضغط النفسي	
09	- تمهيد
10	1- تعريف الضغط النفسي (stresse)
12	2- بعض المصطلحات المرتبطة بالضغط النفسي
13	3- نظريات الضغط النفسي
17	4- أنواع الضغوط
19	5- أسباب الضغط النفسي
21	6- أعراض وعلامات الضغط النفسي
22	7- آلية حدوث الضغط النفسي
23	8- تشخيص حالة الضغط النفسي
23	9- علاج الضغط النفس

26	10- طرق قياس الضغط النفسي
27	11- إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي
31	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث: طيف التوحد (spectre autistique)	
33	- تمهيد
34	1- تعريف طيف التوحد (spectre autistique)
36	2- أسباب طيف التوحد
45	3- أعراض طيف التوحد
48	4- تشخيص اضطراب طيف التوحد
53	5- التشخيص الفارقي بين طيف التوحد واضطرابات أخرى
58	6- علاج اضطراب طيف التوحد
66	7- البرامج التربوية العلاجية
68	8- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحد
70	- خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
73	- تمهيد
74	1- منهج الدراسة
74	2- عينة الدراسة
75	3- حدود الدراسة
75	4- أدوات الدراسة
80	5- خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض النتائج وتحليلها	
82	1- الحالة الأولى أم "أ"
85	2- الحالة الثانية أم "ك"
87	3- الحالة الثالثة أم "ج"
96	- خاتمة
	- المراجع

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
21	أعراض وعلامات الضغط النفسي	01
74	خصائص عينة الدراسة	02
78	كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط لفستائين	03
83	نتائج أم "أ" في مقياس إدراك الضغط	04
88	نتائج أم "ك" في مقياس إدراك الضغط	05
89	نتائج أم "م" في مقياس إدراك الضغط	06
91	جدول نتائج المقاييس لكل الحالات الثلاث	07

ملخص الدراسة:

هدفت دراسة موضوع الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد إلى معرفة مستوى، الضغط النفسي لدى الامهات أطفال طيف التوحد وهذا من أجل إلقاء الضوء على تأثير هذا المرض النفسي على الجانب النفسي في ضوء المتغيرات بمصلحة الأمراض العقلية بمستشفى عاشور زيان بولاية أولاد جلال على عينة مكونة من ثلاث حالات، تتراوح أعمارهم بين (30-42) وتم اختيارهم بطريقة قصدية.

تم تطبيق المنهج العيادي عبر مجموعة من الأدوات النفسية المتمثلة في المقابلة العيادية نصف موجهة التي طبقت على عينة الدراسة، وكذا تطبيق مقياس الضغط النفسي للفنغستين.

- إن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد مرتفع.
- إن الاضطراب النفسي قد أثر بشكل كبير على الجانب النفسي للأمهات مما خلف مجموعة من الاضطرابات النفسية مثل: القلق والتوتر.

Résumé

L'étude du sujet du stress psychologique chez les mères d'enfants autistes visait à connaître le niveau de stress psychologique chez les mères d'enfants autistes, afin de faire la lumière sur l'impact de cette maladie mentale sur l'aspect psychologique à la lumière de les variables à l'hôpital AshourZayan de Walad Jalal sur un échantillon de trois cas, dont l'âge varie entre (30-42), elles ont été choisies de manière intentionnelle.

L'approche clinique a été appliquée à travers un ensemble d'outils psychologiques représentés dans l'entretien clinique semi-guidé qui a été appliqué à l'échantillon d'étude, ainsi que l'application de l'échelle de stress psychologique de Fengstein.

- Le niveau de stress psychologique chez les mères d'enfants autistes est élevé.
- Les perturbations psychologiques ont grandement affecté l'aspect psychologique des mères, entraînant un groupe de troubles psychologiques tels que: l'anxiété et la tension.

المقدمة

تمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديرة بالاهتمام لما لها من تأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، ولما تسببه من تكاليف باهظة جراء علاج الأمراض والمشكلات التي تنجم عنها أو تترافق معها، ورغم تعدد مصادر الضغوط وتنوعها تبقى إصابة أحد أفراد الأسرة بأحد الأمراض من العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغط وقد حظيت الضغوط الناتجة عن الإصابة بالإعاقة باهتمام العديد من الباحثين لأنه غالباً ما تمتد الإعاقة إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة والأقارب وحتى الجيران، خصوصاً الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدًا إذا كان مصاباً بإعاقة طيف التوحد لأنها من أعقد الإعاقات وأصعبها لما تتسم به من الانغلاق والنمطية، ولما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها (أم، ربة بيت) وبين الاهتمام الزائد بابنها واضطرابها في الكثير من الأحيان إلى التنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري.

ويشير "عادل عز الدين الأشول" إلى أن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطاً بحد ذاتها، فصدور استجابة من شخص معين لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقرر إذا كان هذا الشخص يعاني من الضغط أم لا، فهي عبارة عن مثير له إمكانية محتملة في أن يولد استجابة المواجهة أو الهرب ومما تجدر 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 لها بنفس الأسلوب. (أمال محمود عبد المنعم، 2006).

وهذه الاستجابات يطلق عليها اسم إستراتيجيات المواجهة التي تعتبر مجموعة من العمليات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث الضاغط كمهدد من أجل التحكم، التحمل أو التقليل من تأثيره على الرفاهية الجسمية والنفسية (Schweitzer MB .1994).

فمهما تكن الإجراءات المتخذة للتخفيف من حدة الضغط الناتج عن إعاقة طيف التوحد إلا أن الموقف يتطلب تعرف الأم عليها ومواجهتها بالاعتماد على ما تملكه من معارف وما تقوم به من مجهود في سبيل التكفل بابنها المعاق. ونظراً لأهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول الضغط النفسي لدى أم طفل طيف التوحد وتم تقسيم الدراسة إلى:



- الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية الذي يمثل مدخل إلى الدراسة وهو بمثابة تقديم الدراسة حيث تم فيه عرض الإشكالية، أهمية الموضوع، وأهداف الدراسة ثم تحديد المفاهيم والدراسات السابقة. وتنقسم الدراسة إلى جانب نظري ويشمل على:

- الفصل الأول: الضغط النفسي ويتضمن، مفهوم الضغط النفسي، بعض المصطلحات المرتبطة بالضغط النفسي، نظريات الضغط النفسي، أنواع الضغوط، أسباب الضغط النفسي، أعراض وعلامات الضغط النفسي، آلية حدوث الضغط النفسي، تشخيص حالة الضغط النفسي، علاج الضغط النفسي، طرق قياس الضغط النفسي، أخيرا استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

- الفصل الثاني: طيف التوحد، حيث تناولنا فيه تعريف طيف التوحد، أسباب طيف التوحد، أعراض طيف التوحد، تشخيص طيف التوحد وإلى التشخيص الفارقي بين طيف التوحد وبين الاضطرابات الأخرى، المجالات العلاجية لطيف التوحد بالإضافة إلى علاقة الأسرة بطفل طيف التوحد. أما الجانب التطبيقي يتضمن قسمين وهما:

- الفصل الرابع: يمثل منهجية الدراسة وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي أتبعناها في الجانب الميداني ويتضمن منهج الدراسة، مجموعة البحث، مكان إجراء الدراسة، أدوات الدراسة، طريقة إجراء الدراسة.

- الفصل الخامس: خصص لعرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج ويضم الاستنتاج العام الذي يخص النتائج الفصل المتحصل عليها وذلك من خلال أدوات الدراسة وتقديم بعض التوصيات والاقتراحات. وفي الأخير، تم وضع خاتمة الدراسة، قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول

موضوع الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- أسباب اختيار موضوع الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- أهداف الدراسة
- 5- تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة إجرائيا
- 6- الدراسات السابقة
- 7- التعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة

إن البنون زينة الحياة الدنيا وهبة من الله سبحانه وتعالى للوالدين فيعد ميلاد طفل في الأسرة حدثاً سعيداً، إذ تنظر الكثير من الأمهات للطفل على أنه امتداد للذات أو للنفس، فهو يزودهم بالإحساس والأمان، باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة الموجودة بالفعل ويوثق العلاقة بين الزوجين.

ويترجم الوالدين في مشروع الطفل المستقبلي أي الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما يحققان من خلالها رغباتهما غير المشبعة حيث يتوقعان دائماً الكمال والسرور لطفلهما، هذه التوقعات ستوضع على المحك أثناء المواجهة مع واقع وحقيقة الطفل بعد الولادة، يقول "Phillpo Lejeune": (الأمهات غالباً ما يستبدلون الطفل الخيالي بالطفل الواقعي عند الولادة، فيعدّ ميلاد طفل يتمتع بالصحة الجسمية، العقلية والنفسية نعمة كبيرة بالنسبة للأبوين ويجسد تحققاً لتوقعاتهما، لكن قد يحدث أن يكون الطفل مصاباً بإعاقة أو اضطراب يعيق نموه في جوانب مختلفة سواء كانت عقلية، نفسية، جسدية أو معرفية إذ يذكر "Jorden"، أن هناك توقعات يحتفظ بها (الأمهات بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة، فإذا ما وقع عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة) (جميل 1988).

والأم بصفة خاصة ترى أن الطفل المنتظر سيكون مفعماً بجميع الفضائل وجميع المواهب وتأتي الفكرة المؤلمة بأنه سيكون أحمقاً أو معتوهاً أو معاقاً (H. Deutch، 2008) وأحياناً قد تصبح هذه المخاوف أو الأفكار المؤلمة حقيقة، فتفاجئ الأم بولادة طفل غير عادي، وغالباً ما يثير هذا الاكتشاف مشاعر يتمزج فيها الخوف بالأسى وخيبة الأمل مع الشعور بالذنب والارتباك والحرج، هنا يعتبر الأولياء أن المشروع الذي يربطهم بطفلهم اهتز إلى الأبد وعليه قد يدفن جميع رغباتهم (صحراوي، 1975) فليس من السهل على الإنسان أن يتحمل مسؤولية الأمومة والأبوة ولأنهما من أعقد المسؤوليات وخصوصاً إذا ما أصبح الإنسان أمّاً أو أباً لطفل غير عادي.

تعتبر اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة في الأسرة مرحلة حاسمة في حياتهم، وتعود أهمية هذه اللحظة من حيث أنها تقود إلى تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية لكل فرد من الأسرة. (ماجد السيد عبيد، 2002).

فيصاب الوالدين بصدمة أليمة عندما يبلغهما أن ابنهما يعاني من إعاقة عقلية فيتولد لدى هذه العائلة الشعور بالضغط والإحباط والقلق فتراودهم جملة من التساؤلات عن منشأ هذه الإعاقة (اليد حلوة، 2001).

فهذا الاكتشاف يؤدي بالأم إلى الشعور بالأسى وخيبة الأمل والإحساس بالذنب لأنه ليس من السهل التعامل مع الطفل غير عادي وثقل مسؤولية الرعاية من ذوي الاحتياجات الخاصة بالنظر إلى أنها أكثر

من يحتك بالطفل سواء كانت الإعاقة جسدية، حسية أو اضطراب نمائي كطيف التوحد، والذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا إذ يتسم الطفل المصاب به بالاعتزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم وتتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها المعرفي، الاجتماعي، اللغوي.

فطيف التوحد يعد أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وأيضا للوالدين والعائلة بأجمعها كما يعتبر اضطرابا محيرا ومؤلما للأمهات يصعب عليهم فهمه (طارق عمار، 2008) حيث يتميز طفل طيف التوحد بنمو غي طبيعي على مستوى التواصل، السلوك، العلاقات الاجتماعية وردود الأفعال، ويظهر طيف التوحد في السنوات الأولى للطفل من (2-4) سنوات.

كما يواجه والدي الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، العديد من الصعوبات بسبب عدم استجابة الطفل المتوحد فهما يحتاجان إلى مساعدة لاخترق الحاجز الذي يعزل عن حوله ويحتاجان إلى مساعدة تسهل لهم التفاعل المثمر مع الطفل وتمثل خصائص الطفل طيف توحّد جزءا من حياة الوالدين فبعض الأطفال يتصفون بخصائص تعتبر معوقة لأدوار الوالدين أو تمثل ضغطا إضافيا على دورهما فالوالدين غالبا تتتابهم ردّة فعل نفسية خاصة للأم.

حيث تتعزل الأم عن المجتمع نتيجة انشغالها باحتياجات الطفل الاعتمادي الذي يحتاج إلى قدر كبير من الرعاية عن الطفل العادي، كما يتقل كأهل الأسرة المجهود الرائد والالتزامات المادية التي يتطلبها العلاج والتأهيل بالإضافة إلى إحساسها بعدم قدرة طفلها على التعامل والتفاعل مع الآخرين ورفقائه في نفس السنة ومشاكل التأخر الدراسي والمشاكل التي تنتج أثناء وجوده مع الآخرين كل هذا يساهم في ظهور أعراض الضغط والقلق والاكتئاب، فقد تشعر الأم بالذنب أو بالمسؤولية عن إنجاب هذا الطفل بالإضافة إلى القلق وعدم الثقة في المستقبل وفقدان الاهتمام بالكثير من أمور الحياة وتنعكس تلك الحالة الاكتئابية على سلوك الأم وعلاقتها بطفلها مما يخلف العديد من المشاكل والضغوط (نادية إبراهيم أبو السعود، 2009).

فالضغط النفسي هو الحالة النفسية والبدنية والشعورية تتتاب البشر جميعا وفي جميع الأعمار، يختبرها الشخص بوجود خطر أو سبب يعرض استقراره، أو وجوده المالي أو الاجتماعي أو لمن يرتبط به بعلاقات أسرية أو عاطفية إلى التغيير، فهو حالة من الإنهاك البدني والشعوري المستمر نتيجة محاولتنا ضبط أوضاعنا النفسية والبدنية، والشعورية في مواجهة التغيرات في محيطنا الخارجي، فوجود طفل توحدي في الأسرة قد يؤدي إلى ظهور الضغط النفسي للأم بسبب السمات التي يتميز بها هذا الطفل من انطواء على الذات ونمطية السلوك وغياب الاتصال الاجتماعي وكذلك مع الواقع فكل هذا يؤدي إلى عبئ ومسؤولية إضافة إلى عملية التربية والتنشئة الاجتماعية.

انطلاقاً مما سبق نطرح التساؤل التالي:

- ما مستوى الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد؟

2- أسباب اختيار موضوع الدراسة

- ويعود السبب الأساسي والكامن وراء اختيارنا لهذا الموضوع هو أن أمهات أطفال طيف التوحد يعيشون عدّة ظروف وأحداث تجعلهم تحت ضغوط نفسية حادة.
- أن مرض طيف التوحد أصبح مرض العصر.
- تركيز الاهتمام بأطفال طيف التوحد وعدم المراعاة للضغوطات التي تواجهها أمهاتهم
- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع في حد علمنا.

3- أهمية الدراسة

- الكشف عن مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد.
- قلة الدراسات الجزائرية التي تصدت لدراسة ظاهرة الضغط النفسي لأمهات أطفال المتوحدين، حسب حدود اطلاعنا.
- أهمية إجراء دراسة ميدانية حول هذا الموضوع للاستفادة من نتائجها في مجال تقديم خدمات نفسية اجتماعية لهؤلاء المرضى وخدمات إرشادية للتخفيف والتقليل من مستوى الضغط النفسي.
- التدريب على إجراءات البحث العلمي.

4- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

- الكشف عن الحالة النفسية لأمهات أطفال طيف التوحد.
- إبراز أهمية العلاج النفسي في التقليل من انتشار الضغط النفسي.
- لفت الانتباه لهذه الشريحة من المجتمع ومدى انتشار هذا الاضطراب فيه ومدّة تأثيره السلبي على الأمهات.
- البحث عن الآثار النفسية الناتجة عن وجود طفل توحدي في العائلة بالأخص الأم.

5- تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة إجرائيا

نظرا لأن المفاهيم الأساسية لها أهمية كبيرة لما تحملها من الدلالات والمقاصد لها أثر مباشر على كل بحث، لذا لكل بحث خصوصيته التي تميزه عن غيره من البحوث، فالمفاهيم هي التي تُعبر عن طبيعة الموضوعات والظواهر التي يقوم الباحث بدراستها، ومن أهم المفاهيم المستخدمة في هذه الدراسة ما يلي:

- الضغط النفسي:

هو استجابة انفعالية وفيزيولوجية شديدة ناتجة عن مثيرات البيئة الداخلية والخارجية للفرد تجعله غير قادر على تحقيق التكيف مما يؤدي إلى اختلال التوازن لدى الفرد. وفي بحثنا هذا هي الدرجة التي تتحصل عليها أم ذوي طفل توحدي على مقياس الضغط النفسي بمقياس الباحث "مقياس إدراك الضغط النفسي «للفنستين»".

- طيف التوحد: (استجابة انفعالية)

هو الاضطراب الذي يصيب الأطفال في سن مبكر ما بين السننتين والأربع سنوات يتميز بالانطواء وضعف التواصل الاجتماعي أو انعدامه، وكذا لغته المحدودة أو غيابها إضافة إلى السلوك النمطي.

6- الدراسات السابقة**- دراسة براجل إحسان (2009)**

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن درجة الضغط النفسي الذي تعاني منه عينة من أمهات الأطفال طيف التوحديين، والتعرف على طبيعة الفروق بين الأمهات في درجة الضغط النفسي تبعا لمتغيرات الدراسة (سن الأم، المستوى التعليمي للأم، عمل الأم).

وتكونت عينة الدراسة من 33 أما من ولاية باتنة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وذلك تم ببناء استبيان لقياس الضغط لدى أمهات أطفال طيف التوحد

وجاءت نتائج الدراسة كالاتي:

تعاني أمهات أطفال طيف التوحد من درجة متوسطة من الضغط النفسي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغط النفسي بين أمهات أطفال طيف التوحد تبعا لمتغيرات الدراسة (السن، المستوى التعليمي، العمل).

- دراسة عدي عصفور (2013):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد وتكونت عينة الدراسة من 41 أما من أمهات أطفال طيف التوحد تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وقامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات أطفال طيف التوحد.

أظهرت نتائج الدراسة أن: مستوى الضغوط النفسية لأمهات طيف التوحد في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات طيف التوحد بينما أظهرت وجود فروق ذات دلالة لمجالي القلق على مستقبل الطفل ومجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة.

- دراسة نورا لدين جبالي (2013):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي باستخدام استمارة لقياس مستوى الضغط النفسي لدى عينة الدراسة المتكونة من 66 أما تم اختيارهن بطريقة قصدية؛ وتوصلت النتائج إلى:

* إن لمتغير جنس الطفل المصاب بطيف التوحد تأثير على مستوى الضغوط النفسية على الأم.

* لا يؤثر متغير سن الابن المصاب بطيف التوحد على مستوى الضغوط النفسية أو نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط.

* إن لمتغير سن أم الطفل المصاب بطيف التوحد تأثير على مستوى الضغوط.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات الثلاث السابقة يظهر لنا مدى تقاربها وتطابقها من حيث المنهج حيث اعتمدت كلها المنهج الوصفي وذلك لأنه الأنسب لهكذا نوع من الدراسات.

- اعتمدت الدراسات على عينة أكثر من 40 وقل من 60 أما من أمهات طفل طيف التوحد وذلك لتحقيق أهداف الدراسة وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية وذلك راجع إلى صعوبة توفر العينة مما يحتم على الباحثين اختيار العينة القصدية.

-اختلفت الدراسات في الأداة المطبقة من حيث المضمون، حيث لجأ الباحث إلى بناء مقياس للضغط خاص به وذلك راجع إلى غياب مقياس مرجعي، وقد قام كل باحث باستخراج الخصائص السيكومترية لأداة بحثه (الصدق/الثبات).

- اعتمدت الدراسات السابقة كلها على برنامج spss وذلك لاستخراج المستوى والفروق (اختبارات/اختبار انوفا).

- تقاربت نتائج الدراسات السابقة من حيث وجود مستوى مرتفع من الضغط وكذا وجود فروق تبعاً للجنس والسن والمستوى التعليمي للأمم.

الفصل الثاني:

الضغط النفسي

(Stresse)

تمهيد

- 1- تعريف الضغط النفسي
- 2- بعض المصطلحات المرتبطة بالضغط النفسي
- 3- نظريات الضغط النفسي
- 4- أنواع الضغوط
- 5- أسباب الضغط النفسي
- 6- أعراض وعلامات الضغط النفسي
- 7- آلية حدوث الضغط النفسي
- 8- تشخيص حالة الضغط النفسي
- 9- علاج الضغط النفسي
- 10- طرق قياس الضغط النفسي
- 11- استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعدّ مصطلح الضغط من المصطلحات القديمة المتداولة في عدّة مجالات: (العلوم الطبيعية، الفيزيائية والعلوم الإنسانية)، وتُعتبر الضغوط النفسية أحد المظاهر الرئيسية المميزة لمجتمعاتنا المعاصرة وذلك لاختراقها معظم الميادين (الدراسة، العمل، بيئة...إلخ) وفي حقيقة الأمر مفهوم الضغط النفسي مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية إذ استُخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدّة والصعوبات الهندسية، ومن العلماء الذين استعملوا مفهوم الضغط في المجال الهندسي نجد هوك "Hooke" حيث اعتبر الضغط استجابة النظام أو البناء للحمولة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

لكن الاستخدام الرسمي لمصطلح الضغط كان في أوائل القرن الرابع عشر حيث كان يُقصد به: المشقة والعسر والمحنة والأسى (جمعة سيد يوسف، 2007).

وفي أواخر القرن الثامن عشر أصبح يشير إلى القوة، التوتر، الإجهاد. وفي القرن العشرين عرّفت القواميس الأجنبية الضغط بأنه الضيق أو القوة، وحديثاً أصبح يُستخدم مصطلح الضغط بصفة عامة لوصف الأحداث الخارجية التي تؤدي إلى الشعور بالضيق وعدم الإرتياح (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ومن بين الرّواد في دراسة الضغوط لدينا كانون "Canon" الذي أعطى لمصطلح الضغط معنى فيزيولوجي ونفسي في آن واحد عام 1928، أمّا سيلبي "Selye" فقد أدخل كلمة الضغط في الطب وبيّن تأثيره على التوازن البيولوجي، كما إهتم لازاروس "Lazerus" 1966 بالتقويم المعرفي للمواقف الضاغطة، أمّا جوردن "Gordon" 1993 رأى أن الضغوط هي إستجابة نفسية وإنفعالية وفيزيولوجية للجسم إتجاه أي مطلب يتمّ إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد.

وستنطرق في هذا الفصل إلى أهم العناصر المتعلقة بمصطلح الضغط النفسي.

1- تعريف الضغط النفسي: (Stresse)

تعددت التعريفات المعطاة لمفهوم الضغط النفسي بتعدد الأسس والنماذج التفسيرية، حيث صنّفت هذه التعريفات لثلاث مجموعات وعلى ثلاث أسس هي: الأساس البيئي، الفيزيولوجي والأساس النفسي، وتتمثل فيما يلي:

أ- تعريف الضغوط وفق النموذج البيئي

- **تعريف ميكانيك 'Mechanic' 1978:** يشير مصطلح الضغوط إلى ردود فعل الفرد الداخلية التي تحدث بسبب تفاعل الفرد مع ظروف البيئة المحيطة به وتُسبب له ضيقاً وتوتراً، وتُعرف بالمواقف الضاغطة (Mechanic, 1978).

- **تعريف فاروق السيد عثمان 2008:** هي تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية، كما قد تنتج من الصراع، الإحباط، الحرمان والقلق (فاروق السيد عثمان، 2008).

ب- تعريف الضغوط وفق النموذج الفيزيولوجي

- **تعريف هانز سيلبي "Hans Selye":** الضغط هو حالة من عدم التوازن داخل الكائن الحي والتي يثيرها التباين الواقعي وتظهر من خلال استجابات فيزيولوجية ووجدانية وسلوكية متعددة (Hans Selye, 1981).

- **تعريف ستيرت وسيثيروند "Stuart & Sutheriond" 1997:** الضغوط هي الإنفعالات النفسية الشديدة التي تقع على الفرد وتؤثر عليه نفسياً وجسماً إلى أن يمتد تأثيره إلى حدوث المرض العقلي (Stuart, Sutheriond, 1997).

ج- تعريف الضغوط وفق النموذج النفسي

- **تعريف لازاروس "Lazarus" 1966:** الضغوط هي تلك المواقف والأحداث غير السعيدة التي يمرّ بها الفرد، والتي من شأنها أن تجعل هذا الفرد في حالة نفسية تتميز بالتوتر الشديد، كذلك هي الإستجابات الإنفعالية والسلوكية عندما يتعرض الفرد لمواقف أو أحداث غير سارة (ناضل وجيه، محمد شعت، 2005).

- **تعريف راجح 1979:** الضغط هو حالة إنفعالية مؤلمة تنشأ من إحباط دافع أو أكثر، وهو حالة نفسية ثابتة نسبياً من القلق والتوتر تنشأ من التعارض بين دافعين لا يمكن إرضاءهما في آن واحد (أحمد عزت راجح، 1979).

د- تعريف العلماء للضغط النفسي

- تعريف سيلبي "Selye":

أشار إلى أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات بيئية معينة كالمشاكل الأسرية أو فقدان العمل...إلخ، والتي تضع الأفراد تحت الضغط النفسي (شهريار الرواشد، 2006).

- تعريف بيك "Beck" 1986:

يرى أن الضغط النفسي هو استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته، أو مشكلة ليس لها حل تسبب له الإحباط وتغوق إترانه، أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والإكتئاب (وليد السيد خليفة، 2008).

ج) تعريف أكسون "Axon":

الضغط النفسي هو حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثا يدركون أنها تهدد وجودهم النفسي والجسمي، ويكونون غير متأكدين من قدرتهم على التعامل مع هذه الأحداث (جمعة السيد يوسف، 2001).

د) تعريف ليفين وسكوتش "Scotch & Levine":

الضغط النفسي هو حالة من الإضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية للفرد والتي تتضمن مواقف يدرك فيها الفرد بأنّ هناك فرقا بين ما يُطلب منه وبين قدرته على الإستجابة لها (هارون توفيق الرشيد، 1999).

هـ) تعريف جوردن "Gordon":

هو الإستجابات النفسية والإنفعالية والفيزيولوجية للجسم إتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد (رضوان إبراهيم بوناب، 2012).

و) تعريف فونتانا "fontana":

الضغوط هي حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانيات الشخصية للكائن الحي (عبد العزيز المجيد محمد، 2005).

إمن كل ما سبق نستخلص أنّ أصل الكلمة مستعار من العلوم الفيزيائية حيث تُشير للشدة والصعوبة، إلا أنه انتقل استعماله إلى مجال العلوم الإنسانية عامة وعلم النفس خاصة وأصبح يعني استجابة نفسية وانفعالية وفيزيولوجية يُحدثها الجسم إتجاه مطلب خارجي يهدد الفرد.

2- بعض المصطلحات المرتبطة بالضغط النفسي

لا يزال هناك خلط عند الكثير من الناس حول مفهوم الضغط النفسي كما يوجد كذلك تداخل بين عدة مفاهيم مشابهة له ولهذا سنحاول من خلال هذا العنصر توضيح الفروق الموجودة بين مصطلح الضغط النفسي والمصطلحات الأخرى.

- **القلق:** القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق، فالشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متوترا ومضطربا ومترددا (سيجموند فرويد، 1962، ص3-4). ويختلف القلق عن الضغط في: أن الضغط النفسي يعتبر سببا مباشرا لظهور القلق، وأن القلق هو الجانب السلبي للضغط فالقلق يعتبر أخطر من الضغط النفسي.

- **الإحباط:** هو إعاقة الفرد عن الوصول لأهدافه، ويعتبر الضغط النفسي سببا مباشرا لحدوث الإحباط، كما يعبر الإحباط عن الجانب السلبي للضغط النفسي.

- **التعب:** هو فقدان الكفاءة وعدم القدرة على القيام بأي مجهود عقلي أو جسمي نتيجة المجهود المكثف وينتهي أثره بحصول الفرد على الراحة والنوم، بينما الضغط النفسي يستمر لفترة أطول نسبيا.

- **الإجهاد:** أي عدم القدرة على التحمل ومواجهة الضغوط كما أنه نتيجة فيزيولوجية للضغط النفسي، والإجهاد ينشأ من الفرد فقط بينما الضغط النفسي ينشأ من المحيط.

- **الإحترق النفسي:** هو استجابة للضغط النفسي المزمن الذي يؤدي إلى إجهاد مادي أو نفسي للفرد وينشأ كنتيجة للضغط والعوامل الشخصية وحتى البيئية التي تتجاوز قدرة الفرد على التحمل (محمد الصيرفي، 2008).

- **الإكتئاب:** هو حالة انفعالية دائمة نسبيا من الحزن والانقباض والضيق والشعور بالهم ونقص الدافعية، له درجات متنوعة، ويعد أخطر من الضغط النفسي ولا يتخلص منه بسهولة.

- **التوتر:** هو شعور بعدم الارتياح العام نفسيا وجسديا مع خوف غير مبرر وفقدان الطمأنينة والثقة بالنفس، يرافقه كذلك الاندفاع والعجلة (www.islamweb.net/consult، 2022/05/02، 17:30).

رغم تشابه الأسباب بين التوتر والضغط النفسي إلا أنهما ليسا واحدا فالتوتر هو حالة داخلية، أما الضغط النفسي هو حالة وظرف ومحفز خارجي يسبب استجابات داخلية، أي أن الضغوطات تسبب التوتر.

3- نظريات الضغط النفسي:

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط تبعا لإختلاف الأطر التي تبنتها وانطلقت منها سواء كانت فيزيولوجية أو نفسية أو إجتماعية (فاروق السيد عثمان، 2008).

وفيما يلي عرض موجز للنظريات التي فسرت الضغوط النفسية:

أولاً: النظريات الفيزيولوجية:

أ- نظرية "كانون canon" أعراض المواجهة والهروب:

يعتبر كانون من أوائل أين استخدموا عبارة "الضغط"، وعرفه: "برد الفعل في حالة الطوارئ".

وسميت نظريته به التسمية لأن استجابة الفرد للضغوط تجعله إما يواجه المواقف أو يتجنبه ويهرب منه (عبد الرؤوف طلاع، 2000).

وقد بينت دراسته أن مصادر الضغط الانفعالية كالآلام والخوف والغضب التي تسبب تغيرا في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي ترجع إلى التغيرات في إفرازات الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين، وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانيزم وآلية في الجسم تساعد على الإحتفاظ بإتزان حيوي، ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يخل بهذا التوازن اذ فشل الجسم في التعامل معه أو ما اعتبره كانون ضغطا يؤدي بالفرد إلى الإصابة بمشكلات عضوية (علي عسكر، 2003).

ب- نظرية "هانز سيلبي Hans selye" أعراض التوافق العام:

تأثر سيلبي بتخصصه في الطب هو أي دفعه لتفسير الضغط تفسيراً فيزيولوجياً حيث توصل إلى أن هناك استجابة متسلسلة للضغوط من الممكن التنبؤ بها أسماها الأعراض العامة للتكيفة (عبد الرحمن بن أحمد محمد هيجان، 1998).

وتتطلب نظريته من سلسلة ترى أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل الضغط ويميز الفرد على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، ويعتبر سيلبي أن أعراض الاستجابة الفيزيولوجية للضغط عالية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة (فاروق السيد عثمان، 2008).

وقد قسم سيلبي مجموعة الأعراض التوافقية للضغط إلى 3 مراحل وهي: مرحلة الإنذار، مرحلة المقاومة ومرحلة الإنهاك.

ثانياً: النظريات السلوكية المعرفية:

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن حالة الضغط أو الإجهاد ترجع افتقار الفرد لنموذج معرفي مناسب، فالضغط لا يتوقف على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على الاستجابة المعرفية وتوقعات الفرد، حيث أكدوا على أن إدراك الفرد للعناصر الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك إدراكه للعلاقات التي تربط بين عناصر وأجزاء المجال من شأنه أن يؤدي بالفرد إلى إعادة تنظيم المجال في صورة جديدة وهذه الصورة هي ما يفسرها أصحاب النظرية بـ "التعلم الذي ينشأ عن عملية الاستبصار والذي يتضمن عمليتين من أهم العمليات العقلية التي يمارسها الفرد في موقف التعلم وإدراك العلاقات (أنور محمد الشرفالي، 2012).

والاستبصار عملية تتوقف على قدرة الفرد العقلية وعلى درجة نضوجه كما تحتاج إلى قدر من الخبرة السابقة والتي تساعد على فهم الموقف وإدراك عناصره كما أن أهم ما يميز عملية الاستبصار هو إمكانية استخدام الحلول التي تعلمها الفرد في مواجهة المواقف الجديدة. ومن أهم رواد هذا الإتجاه نجد:

أ- نظرية لازاروس Lazarus:

يعتبر لازاروس أول من قدم وجهة النظر المعرفية النفسية للضغوط حيث عرف الضغط بالشيء الذي يقيمه الفرد بأنه ضار أو مهدد، ولقد أسس نموذجاً للتقييم المعرفي حيث يتم تقييم الأحداث الضاغطة وفق مرحلتين:

- **مرحلة التقييم الأولي:** يقصد به تقييم الفرد للحدث هل هو سلبي أم إيجابي أم عادي، فإذا أدرك الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار أو مهدد أو تحدي.
- **مرحلة التقييم الثانوي:** يقصد به تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية والمادية والاجتماعي لمواجهة الحدث الذي قيمه كحدث ضغوط وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد (أبو حطب فؤاد، 2003).

وتنشأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولي والثانوي، وكلما كانت إمكانيات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل والعكس صحيح (شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش، 2008).

ب- نظرية "سبيلبرجر" speilberger:

اعتمد على نظرية الدوافع في تفسيره للضغوط، إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً كبيراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها،

وفي ضوء هذه الأبعاد يحدد محتوى النظرية فيما يلي:

- التعرف على طبيعة الضغوط.

- قياس مستوى القلق الناتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.
- قياس الفروق الفردية في الميل إلى القلق.
- توفير السلوكيات المناسبة للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.
- تحديد مستوى الإستجابة.

فهذه النظرية تركز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وإدراك الفرد لها، ثم إن الضغط يبدأ بمثير يهدد حياة الفرد، ثم إدراك الفرد له (أحمد نايل العزيز، 2009).

ج- نظرية "موراي" murry :

يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيين على اعتبار أن كلاهما يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك (هول كالفين، ليندزي جاردنر، ترجمة فرج أحمد فرج، 1978). يعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تسهل أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز موراي بين نوعين من الضغوط هما:

- **ضغط بيتا Beta stress**: يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.
- **ضغط ألفا Alpha stress**: يشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي (طه، سلامة عيد العظيم حسين، 2006).

ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول (بيتا) ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة ما، أما عندما يحدث تفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة هذا ما يعبر عنه بمفهوم (ألفا) (هول كالفين، ليندزي جاردنر، ترجمة فرج أحمد فرج، 1978).

د. نظرية إليس Ellis:

تقوم نظريته على مبدأ أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في حد ذاتها بل تتوقف على الأسلوب والطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة (ماجدة بهاء الدين، 2008).

ثالثاً: النظريات الإجتماعية:

بما أن الفرد كائن إجتماعي يعيش والتفاعل مع الآخرين فلا شك بأن سلوكه يتأثر بطبيعة علاقته بهم، فمحاولة فهم سلوكه ومشاكله خارج السياق الإجتماعي تقضي إلى فهم جزئي فقط.

أ- نظرية "كارسون carson" :

يشير كاسون أن الضغوط النفسية التي يعانيها الفرد تعزى إلى أنماط التفاعل المختلفة وظيفيا بين الأفراد والضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ من العلاقات الشخصية وهذا يعني أن الضغوط تحدث عندما يكو هناك إضطراب في أنماط العلاقات الشخصية كالتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة (طه، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

ب-نظرية باندورا bandora:

يشير باندورا إلى قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصادمة والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه وهذه الفعالية تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع الضغوط (ماجدة بهاء الدين، 2000).

رابعاً: نظريات التحليل النفسي:

أ- نظرية " فرويد ffreud " :

يرى فرويد أن الأنا يعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة له إما بالعدول عنها أو الهرب منها أو التكيف معها، فالزيادة في الضغط النفسي تولد الإحساس بالألم وإنخفاضه يؤدي إلى الإحساس باللذة، فحسب التحليل النفسي ينظر للضغط من منظور نفسي داخلي حيث يؤكد على أهمية ودور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد السلوك السوي واللاسوي للفرد، فالصراع بين مكونات الجهاز التنفسي الثلاث: الهو، الأنا والأنا الأعلى وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع ينتج عن هذا ضغط نفسي (الملتقى الدولي حول سيكولوجية الإتصال والعلاقات الإنسانية، 2006).

ب-نظرية "فانتت vaillant" :

قام بوضع ميكانيزمات الدفاع في شكل هرمي يتكون من أربعة أجزاء: الأجزاء الذهانية وفي المقابل العصائية، النضج وفي المقابل عدم النضج. ويرى أن هذه الميكانيزمات تعدل إدراك الفرد للأحداث الضاغطة التي يواجهها ومن ثم ينخفض الضغط (طه، سلامة عبد العظيم حسين، 2006).

4- أنواع الضغوط

حاول الباحثون تقسيم الضغوط إلى أنواع ذلك حسب معايير تصنيف معينة منها مايلي:

أولاً: تصنيف على معيار الآثار المترتبة عليها:

حيث ميّز هانز سيلبي "Selye" بين نوعين من الضغوط وهما:

أ- **ضغط إيجابي:** هذا النوع من الضغط يُعدّ حافزاً يدفع الفرد نحو الأداء الأفضل ويساعده على الإبداع وتنمية الثقة بالنفس.

ب- **ضغط سلبي:** هو الصورة المدمرة ويؤدّي إلى إختلال وظيفي في تكيف الكائن (محمد حسن محمد حمدات، 2007)، حيث يؤثر في حالته الجسدية والنفسية، وهذا يؤدي إلى إختلال في الإستجابة المعرفية والنفسية.

ثانياً: تصنيف على معيار السبب:

أ- الضغوط الأسرية (تنافر أسري، الانفصال، وفاة...إلخ)

ب- ضغوط النقص (نقص الممتلكات، الأموال، نقص الأصدقاء...إلخ)

ت- ضغوط العدوان (سوء المعاملة من العائلة، من الأقرن...إلخ)

ث- ضغوط السيطرة (التأديب، العقاب القاسي...إلخ) (عمر وصفي عقيلي، 2005).

ثالثاً: تصنيف على معيار الشدّة:

صنّفها بابكوك "Babcock" إلى ثلاث أنواع هي:

أ- **ضغط ناتج عن الصراعات الداخلية:** كالعصاب وهذا النوع مرتبط بالمفهوم الذي يُعطيه الطب العقلي للقلق.

ب- **ضغط ذو أصل خارجي:** أي صادر من بيئة الفرد كمواجهته للعراقيل خلال سعيه لتحقيق أهدافه.

ت- **ضغط مرتبط بالحاجة إلى الإبداع:** فالمبدع في حاجة لأن يعيش في بيئة تُحفّزه على إستغلال طاقاته الإبداعية (لوكيا الهاشمي، بن زروال فتيحة، 2006).

رابعاً: تصنيف على أساس الفترة الزمنية:

أي الفترة التي تستغرقها الشدّة أو التوتر ومدى تأثيرها على صحة الإنسان، ويُقسّم جينس **jains** الضغوط إلى:

- أ- الضغوط البسيطة: تستمر من ثواني معدودة إلى ساعات طويلة، تكون ناجمة عن مضايقات صادرة عن أشخاص أو أحداث غير هامة.
- ب- الضغوط المتوسطة: تمتد من ساعات إلى أيام وتتجم عن بعض الأمور، كفترة عمل إضافية أو زيارة شخص غير مرغوب فيه.
- ت- الضغوط المضاعفة: هي التي تستمر لأسابيع وأشهر وتتجم عن أحداث كبيرة كموت شخص عزيز أو فشل دراسي. (فائق فوزي عبد الخالق، 1996).

خامسا: تصنيف على معيار المصدر:

صنّفها "Mc Grath" إلى:

- أ- الضغوط الناتجة عن البيئة المادية: يتعرض لها الفرد داخل نطاق دراسته أو عمله أثناء تأدية مسؤولياته.
- ب- الضغوط الناتجة عن البيئة الاجتماعية: تظهر لدى الأفراد الذين يتفاعلون معاً في مجالات العمل أو الدراسة.
- ت- الضغوط الناتجة عن النظام الشخصي للفرد: تُعزى إلى الخصائص الشخصية المتوارثة أو المكتسبة (فاروق عبده فلية، السيد عبد المجيد، 2009).

سادسا: تصنيف على معيار الفئة التي ينتمي إليها الضغط:

وهنا تتعدّد الأنواع ونذكر منها مايلي:

- أ- ضغوط انفعالية ونفسية: كالقلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية... إلخ
- ب- ضغوط أسرية: بما فيها الصراعات الأسرية، الانفصال، تربية الأطفال... إلخ
- ج- ضغوط اجتماعية: التفاعل مع الآخرين سواء كثرة اللقاءات أو قلّتها... إلخ (ماجدة بهاء الدين، 2008).
- د- ضغوط العمل: كالصراع مع الرؤساء، تغيير مكان العمل، كثرة المسؤوليات، اضطراب العلاقة مع الزملاء.

* إضافة لأنواع أخرى:

- هـ- ضغوط مالية: نقص الإمكانات المادية، زيادة تكاليف المعيشة، خسائر مالية... إلخ
- و- ضغوط دراسية: وهي نوعان نجد منها الضغوط الإيجابية التي تحفز الطالب على الأداء والمثابرة وتتميز بعدم تجاوزها حد احتمال الطالب ممّا يجعل منها محفزاً بدل أن تكون عائقاً كالقلق الذي يسبق

الامتحانات والذي يكون بدرجة متوسطة ومناسبة، أما الضغوط السلبية هي التي تتجاوز حدها نطاق احتمال الطالب حيث أصبحت تحدّ من إمكانياته وتؤثر على قدراته كقلق الامتحان الزائد والمبالغ فيه.

ز- ضغوط متعلّقة بالطبيعة: كالزلازل، الفيضانات... إلخ (محمد حسن غانم).

ص- ضغوط صحية: إنّ إصابة الإنسان ببعض الأمراض العضوية خاصة المزمنة منها ما يرفقها من أعراض جانبية وتكلفة مادية تصبح هذه الأعراض مصدرًا لشعور المريض بالضغوط النفسية (فاطمة عبد الرحيم النوايسة، 2013).

5- أسباب الضغط النفسي

أولاً: الأسباب العامة للضغوط:

إنّ مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء أو داخلية نفسية كطبيعة شخصية الفرد ومسببات خارجية، إذ أنّ ما يسبب الضغط يختلف من شخص إلى آخر.

1- المصادر الداخلية للضغوط النفسية:

الانفعال في درجة معقولة يحمي الإنسان من الخطر ويشحن طاقته للإنجاز، لكن في حالات كثيرة تتحول الانفعالات إلى مصدر من مصادر الاضطراب ومنها مايلي:

أ- نمط الشخصية:

يُعرفها عمار كشرود في معجمه بأنها: "تشير إلى الخصائص والسمات التي تتوافر في تركيب وكيان الشخص (عمار الطيب كشرود، 1994).

ويمكن تصنيف الأفراد إلى نمطين من أنماط الشخصية: أحدهما أكثر قابلية للضغوط بسبب رغبته في إنجاز أكبر عدد من المهام في أقصر وقت ممكن والمبالغة في طموحاته، وكأنّه يُسابق الزمن ويُعرف بالنمط "أ"، أمّا النمط الثاني فيكون عكس النمط الأول ويُعرف بالنمط "ب" الذي يتمييز بالثقة والهدوء وكذلك أخذ الأمور ببساطة وأخذ الوقت في التعامل مع الأمور ومواجهتها (علي حمدي، 2000).

ب- المشكلات الصحية:

المرتبطة بالصحة الجسدية والفيزيولوجية أي الأعضاء الحيوية، والتهيج النفسي (الإستعداد) لقبول المرض، وضعف المقاومة الداخلية، كذلك يرجع الضغط النفسي إلى نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين فيترايد إفراز الأدرينالين منها عندما يواجه ضغوطاً ونتيجة لهذا تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمدّ الجسم

بالطاقة التي تجعل في حالة تأهب دائم للمرض، فالمرض يُعتبر مصدرًا أساسيًا للضغط النفسي (أحمد نايل العزيز، 2009).

2- المصادر الخارجية للضغوط النفسية:

أ- **المشاكل الأسرية:** نذكر منها: نقص التأييد الأسري، التنافر الأسري، انفصال الوالدين وغياب أحدهما، مرض أحد الوالدين، عدم الاستقرار المنزلي، انعدام التحاور والتأهم وكثرة المجادلات. فإذا كان المناخ المنزلي مشبعًا بالتوتر والخلافات والمشاكل فهذا سيكون عاملاً إضافياً يُلقى بأعبائه على كاهل الفرد ويُحمّله ضغوطاً مختلفة.

ب- **مشاكل العمل:** وتنشأ من مهنة الفرد وعدم الرضى عن المركز الوظيفي، أو عن الراتب أو اضطراب العلاقة بين الزملاء أو المدراء أو كثرة المسؤوليات.

ج- **المشاكل المالية أو الإقتصادية:** مثل انخفاض الدخل، وارتفاع معدلات البطالة وازدياد تكاليف العيش.

د- **المشاكل الاجتماعية:** المتمثلة في سوء العلاقة مع الآخرين وصعوبة تكوين صداقات، كذلك العزلة، موت عزيز، صراع الأجيال (ماجدة بهاء الدين، 2008).

هـ- **المتغيرات الطبيعية:** مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وغيرها (طه، عبد العظيم حسين، 2006)، كذلك هيا خاصة بدرجة الحرارة والبرودة، وتضاريس الأرض، والموارد الطبيعية، وازدحام السكان وقلة الخدمات... إلخ

و- **ضغوط سياسية:** وتنشأ من عدم الرضا عن الحكم القائم، ونتيجة الصراعات السياسية وهيمنة قوى خارجية، وغياب المشاركة السياسية.

ي- **ضغوط كيميائية:** كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين، النيكوتين، المخدرات بأنواعها.

6- أعراض وعلامات الضغط النفسي:

عندما يفشل الفرد في التحكم بالمصادر التي تسبب له ضيقاً أو ازعاجاً فإنه يمرّ بخبرة أو حالة تُعرف بالواجهة أو الهرب ومع استمرار المصادر المسببة للضغط تظهر الأعراض إلا أنها تختلف ولا تظهر جميعاً في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص (علي عسكر، 2003). وتُصنّف الأعراض الناتجة عن الضغط النفسي في الجدول الآتي: (ماجدة بهاء الدين، 2008)

جدول رقم (1) يوضّح أعراض وعلامات الضغط النفسي

أعراض جسدية	أعراض نفسية وانفعالية	أعراض سلوكية	أعراض معرفية
- صداع	- قلق	- فرط الأكل أو نقص الشهية	- النسيان وصعوبة استرجاع الأحداث
- كزّ الأسنان	- إهتياج	- إنعدام الصبر	- صعوبة في التركيز
- جفاف الحلق	- شعور بخطر الموت	- ميل إلى الجدل	- صعوبة في إتخاذ القرارات
- شدّ الفكّين	- إكتئاب	- مماطلة	- اضطراب في التفكير
- ألم في الصدر	- غضب	- زيادة التدخين، الكحول، الأدوية...	- إستحواذ فكرة واحدة على الفرد
- خفقان القلب	- فرط الحساسية	- إنعزال	- انخفاض في الإنتاج أو دافعية منخفضة
- قصر التنفس	- بلادة	- تجنب المسؤولية	- تزايد معدّل الأخطاء
- إرتفاع ضغط الدم	- حزن	- أداء سيئ في العمل	- إصدار أحكام غير صائبة
- ألم عضلي عسر الهضم	- شعور بفقدان الأمل	- تغيير في العلاقات العائلية والحميمة	
- إمساك أو إسهال	- شعور بالعجز	- تدهور في العناية بالصّحة	
- زيادة في التعرّق	- شعور بالرغبة في البكاء	- لوم الغير	
- تعب	- عدوانية	- عدم الثقة بالآخرين	
- أرق أو نوم زائد	- تقلّب المزاج	- تصيّد الأخطاء	
- مرض متكرّر	- الخوف من المستقبل		
- توتر عالي			
- آلام الظهر			
- إلتهاب الجلد			

7- آلية حدوث الضغط النفسي

إنّ مراحل حدوث الضغط النفسي تختلف باختلاف الانتماءات الفكرية والنظرية للعلماء، سوف نتعرّض في هذا العنصر لوجهة نظر هانز سيلبي "Hand Selye" حيث كان له إسهام هام في تفسير الضغط النفسي بفضل أبحاثه وملاحظاته، وتوصّل إلى أسماء تناذر التكيف العام، ويضمّ ثلاث مراحل لعملية الإستجابة للضغط وهي:

➤ المرحلة الأولى: مرحلة الإنذار (الإستجابة)

تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط وهذا الانتباه يولّد تغيرات فيزيولوجية، في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فيحدث نتيجة التعرّض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيباً لها وهي عبارة عن مجموعة من التغيرات العضوية الكيميائية فترتفع نسبة السكر في الدم، وبتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني فيكون في حالة استنفار وتأهب من أجل التكيف مع العامل المهّدّد (عبد الله محمد قاسم، 2001، ص 116-117).

➤ المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة (المواجهة)

إذا استمر الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة المقاومة له، فيقوم الفرد بمقاومة الحدث الضاغط، ففي هذه المرحلة تختفي التغيرات التي حدثت في المرحلة السابقة، فإذا نجحت المقاومة حتى تصبح طاقة الجسم على التكيف مُجهدّة، ثم تضعف وسائل مقاومته، ويصبح عاجزاً على التكيف فيدخل في المرحلة التالية (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 128-129).

➤ المرحلة الثالثة: مرحلة الإجهاد (الإنهاك)

تظهر هذه المرحلة بشكل غير متوقع فتكون الطاقة قد استنفذت فيحدث الإنهيار، ويؤدّي استمرار الإستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الإضطرابات السيكوسوماتية والإجهاد (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 129). ومن الأعراض التي تصيب الفرد في هذه المرحلة هي: إرهاق جسمي مزمن، إضطرابات مزمنة في المعدة والقولون، صداع مزمن، إكتئاب، العزلة الإجتماعية وقطع العلاقات الإجتماعية (محمد حسن غانم، ص 106-107).

8- تشخيص حالة الضغط النفسي

إنّ تشخيص حالة الضغط لا يتم بصفة محددة ودقيقة مثل باقي الأمراض. فهناك بعض المؤشرات الدالة على وجود الضغط منها: اضطرابات النوم، القلق، الإستثارة، التعب، فقدان الشهية، الصداع، آلام صدرية، إسهال، مغص... إلخ، شرط أن لا ترتبط هذه الأعراض بأيّ سبب عضوي وذلك بعد إجراء فحص نفسي وبيولوجي، ويتركز التناول الإكلينيكي للضغط على معطيات لفحوصات مختلفة منها:

أ- فحص عيادي: الهدف منه تقدير مختلف الإضطرابات المرتبطة بالضغط.

ب- فحص إجتماعي - مهني: هدفه البحث عن عوامل الضغط ومصادره في أسلوب معيشة الفرد ونمط حياته (ظروف العمل أو الدراسة، الحياة الأسرية... إلخ) والغرض منها إيضاح عوامل الإحباط والإلتزامات والإرغامات المفرطة.

ت- فحص نفسي: يهدف لفحص قدرة الفرد في إدارة الضغط من حيث التحكم في وضبطه وأساليب مواجهته، فهو يتّجه لدراسة بنية الشخصية لأنّها مهمة في تحديد مدى قابلية الفرد للتأثر بالضغط ذلك من خلال معرفة سمات طبعه وسلوكه، كما يهتم بالجانب الوراثي، والمعاش اليومي، والتجارب السابقة الصدمات.

ث- فحص تاريخي: هدف هذا الفحص هو حصر المقدار المتراكم في حياة الفرد لأنّ لهذا التراكم تأثير خطير على صحته، ويتم تقدير ذلك من خلال حصر أهم الأحداث الحياتية التي تعرّض لها الفرد (موت شخص عزيز، طلاق، سجن... إلخ). ويشير بينسابات "Bensabat" إلى أنّ هناك علاقة قوية بين مجموع التغيرات الضاغطة التي طرأت في حياة الفرد وتواتر الأمراض والإضطرابات.

9- علاج الضغط النفسي

هناك علاجات مختلفة نذكر منها:

• العلاج المعرفي

فالحدث الضاغط لا يسبب القلق والتوتر في ذاته وإنما الأفكار والإعتقادات التي يكونها الفرد عن الموقف بإعتباره يمثل تهديدا وضرا له هي السبب في حدوث الضغط النفسي فالنقيّم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة وذلك لأن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحاديث السلبية التي يكونها الفرد عن الموقف أو للحدث الضاغط يؤدي إلى تغيير الإستجابة الإنفعالية والسلوكية نحو الحدث وهناك عدة فنيات تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط نذكر منها:

أ- إيقاف الأفكار السلبية: إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجيا على أن تحل محلها أفكارا أكثر عقلانية تساعد التصرف بالطريقة المناسبة.

ب- إدارة الذات: هو أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد على إحداث تغيير في سلوكهم وخفض إستجابات القلق الناتجة عن الموقف الضاغط ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الفرد كيفية ملاحظه سلوكه وصياغه أهدافه وتقييم ما يتم من تقدم ومراقبه الذات كان يكون لدى الفرد سجل يسجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها ثم التقييم ويتم هذا عن طريق اجراء مقارنة بين السلوك وبين المعايير والأهداف التي وضعها لهذا الاداء أو السلوك فهل السلوك يحقق الهدف أم لا وبعدها التعزيز أي تقديم التعزيز الايجابي عند ظهور الاستجابة المطلوبة.

ج- أحاديث الذات: تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذ استطاع التخلص من الأحاديث السلبية فهي التي تجعله يشعر بالخوف وعدم الكفاءة عند مواجهه الحدث الضاغط عكس الأحاديث الايجابية فالتفكير الايجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل مع بالطريقة الملائمة.

د- التخيل أو التصور البصري: يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيل مقترنا بالاسترخاء وهكذا يستطيع التدرّب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط . .

هـ- حل المشكلات: يشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولاً إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصددّها، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وتهدف إلى تنمية مهارات الافراد وتتضمن عدة خطوات تتمثل في التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، والتدريب على حل المشكلات ينطوي على أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعاليتّه مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في المواقف الضاغطة (ماجدة كماء الدين، 2008)

والهدف من العلاج المعرفي ليس القيام بتحليل منطقي للأفكار والاعتقادات اللاعقلانية الموجودة عند المفحوص وإنما محاولة إكساب هذا الاخير عدة مهارات تمكنه من التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة.

• العلاج السلوكي:

يستخدم السلوكيون في علاجهم للضغط الاسترخاء فهو مرادف للصحة والهدوء والهروب من المشاكل ويظهر كأنه نوع من مضادات الضغط النفسي ومن أهم تقنيات الاسترخاء المستعملة:

أ- تمارين التنفس الاسترخائي: في حالات الضغط يشتكى الشخص من حالة التوتر وضيق التنفس التي تعتبر توترات عضلية في مستوى الحزام البطني وفي مستوى الصدر والعنق هذه التوترات العضلية هي مصدر الإحساس بضيق التنفس والتدريب على التنفس بطريقة معينة بشكل ضيق في إخراج الهواء مما يساعد الشخص على التخفيف من الضغط النفسي فمن خلال عملية الشهيق الطويلة تتم عملية

الزفير كاملة ومع تكرار هذه العملية يشعر الإنسان براحة وإسترخاء بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. (حليله معيزة، 2002)

ب- الإسترخاء العضلي والفكري: فيه يقوم المريض بالاستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينه وبتخيل نفسه في المكان الذي يفضله ومحاولة الاسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدأ من أصابع القدم، فالكاحل الركبة، الظهر، الكتفين، فأصابع اليد ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محاولاً إبعاد جميع الأفكار عن الذهن وجعله خالياً وهذا ممكن بالتمرين والتكرار وذلك لمدة عشرة دقائق تكرر مرتين إلى ثلاث مرات يومياً. تتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضاً يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة.

ج- التغذية الرجعية: تعتبر وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء وهي عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقب أدائه لتوضيح صحة استجاباته أو خطأها وبناءً على ذلك قد يستمر الفرد أو يعدل سلوكه أو يتوقف لأنه حقق هدفه.

د- تعديل أسلوب الحياة: يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيق أهدافه، كما يشمل أيضاً قدرته ودوافعه فأسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد وليس ثابت تماماً، بل يمكن تعديله وتطويره تبعاً لمتطلبات البيئة التي يعيش فيها الفرد وعلى هذا فالاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته على المقاومة... وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد وعاداته فأصبح يمارس رياضة المشي مثلاً ويقلل من المنبهات فإن ذلك يساعده في مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعال (ماجدة بهاء الدين، 2008)

هـ- التدريب على السلوك التوكيدي: يعني التدريب على قول "لا" ورفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والتعبير عن الأفكار بطريقة حسنة هذا ما يكسب الشخص فعالية في البدا والاستمرار في التفاعلات الإجتماعية ويمكنه من فهم وتنظيم إنفعالاته وفي ضوء ما تقدم فإن التدريب على إكتساب هذه المهارات يساعد الفرد على حل مشكلاته بطريقة ملائمة ويزيد من ثقته بنفسه.

و- التدريب على إدارة الوقت: يهدف هذا الأسلوب إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه وإستثماره في كل مايفيد وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط فمن خلال إدارة الوقت والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط، إذ أن التخطيط الفعال يتضمن تحليل الوقت وتحديد الهدف وجدوله الأنشطة والمهام فالعمل على التنفيذ.

• العلاج الكيميائي:

ويتم اللجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية المهدئة والفيتامينات مثل "C" و "B" حيث تعتبر الفيتامينات ذات أهمية كبيرة في علاج الضغط النفسي بالإضافة إلى العقاقير مثل : مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب ومن أهم العقاقير الحيوية المضادة للضغط النفسي نذكر:

أ- مضادات القلق: تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولها خمس مميزات من ناحية المفعول، وهذه المميزات هي:

خاصية مضادة للقلق

خاصية منومة

خاصية منشطة للنعاس

خاصية مضادة للارتعاش

خاصية تحقق استرخاء العضلات

ب- المهدئات:

تستعمل كآلية مهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد "Méprobammate"

"Benzo diazpine"

ج- مضادات الاكتئاب:

تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكر المزاج وحالات التوتر الشديد وتحسن القدرة على التفكير وتعالج اضطرابات النوم ومن بين هذه المضادات "Praymarel"، "Athymie"، "Laroscyl".

وهي قادرة على التقليل من الشعور بالضغط النفسي لدى الشخص غير أن استعمالها وتناولها لمدة طويلة وبكيفية غير طبية يجعله يدخل في حالة ارتباط فيزيولوجي تكون له آثار جانبية سلبية على التوازن النفسي للشخص وتتحول من مفعولها المضاد للضغط النفسي إلى مفعول مخفف للضغط مع لآثار جانبية (حليله معيظه، 2002)

10- طرق قياس الضغط النفسي

يمثل قياس الضغوط وفحصها والتعرف على مستوياتها لدى الفرد أحد الإهتمامات الرئيسية لدى علماء النفس، وجدير بالذكر أنّ هناك طرقًا متعددة لقياس وفحص مستوى الضغوط، منها:

➤ المقاييس الفيزيولوجية

➤ المؤشرات الكيميائية الحيوية

➤ المقاييس والإختبارات النفسية: التي تضم:

(أ) أساليب التقدير الذاتي **Self – report** ومنها:

- الإستبانات أو الإستخبارات Questionnaires

- المقابلات Interviewus

ب) المقاييس السلوكية Behavioral Scales وتضم:

- الملاحظة Observation: في المواقف الطبيعية والمصطنعة
- الإختبارات الأدائية Performance scales. (جمعة سيد يوسف، 2007، ص 25)

وفي الحقيقة لا توجد وسيلة قياس مناسبة لكل المجتمعات لقياس الضغوط لذلك تختلف وسائل وطرق قياس الضغوط باختلاف المجال الذي تُعدّل المقاييس، فهناك مقاييس تستهدف قياس الضغوط المهنية، ومقاييس مُعدّة لقياس الضغوط الأكاديمية لدى الطلاب، ومقاييس أعدت لقياس الضغوط الأسرية، كما أنّ المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط تختلف باختلاف العمر الزمني للأفراد، فهناك مقاييس تقيس الضغوط لدى الأطفال والمراهقين، كذلك الراشدين. فالمقاييس المستخدمة في قياس الضغوط كثيرة ومتنوعة (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 40)

11- إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي:

أ- تعريفها:

رغم إختلاف تعريف العلماء حول مفهوم "مواجهة الضغوط" إلا أنه يوجد إتفاق متزايد على أن المواجهة تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتأمين حاجاته الملحة من خلال السيطرة على الظروف التي تتضمن الأذى والتهديد والتحدي، وهذه الحاجات يدركها الفرد على أنها تتجاوز إمكانياته (عقل فاخر، 1988).

وقد بدأ الاهتمام بدراسة موضوع إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية منذ الستينات. وتعد دراسة "مورفي Murphy" في 1962 من أوائل الدراسات التي استخدمت هذا المصطلح وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهدد بهدف السيطرة عليها، ومن الذين أسهموا بدراسة إستراتيجيات التعامل مع الضغوط ك: كارل مينجر "Carl Meninger" ووصفها بأنها "حيل ووسائل تنظيم طبيعية سوية للضغوط" (رجاء مريم، 2007).

ب- إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة والمركزة حول الإنفعال:

تعتبر إستراتيجيات المواجهة من الإستراتيجيات المتعددة الأبعاد والأكثر استجابة للضغط، والتي تؤدي في الأخير إلى التغيير من الوضعية المهددة حقيقة سواء بإنتهاج أساليب المتمركزة حول المشكل أو المتمركزة حول الإنفعال، وفي هذا العنصر سنتعرض بالتفصيل إلى إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال والمركزة حول المشكل.

أولاً: إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الإنفعالات وخفض المشقة والضييق الإنفعالي الذي حدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة. (طه 2006). وتعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم إنفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، التنظيم الإنفعالي المركز على التعامل مع الخوف والغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الإنفعال مواجهة سلوكية وانفعالية ومواجهة معرفية انفعالية. (آيت حمودة، 2006)

يمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها الوضعية عدة أشكال، إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الإنفعال بطرق مختلفة فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الإنتباه، التجنب أو الهروب أو تمني زوال مصدر الضيق والإنزعاج، فهي تعمل على تغيير إتجاه الإنتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة، أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الإنفعالية هي توظيف نشاط معرفي الذي يغير ويبدل المعنى الذاتي للتجربة مثل إعادة تقييم الوضعية وتضخيم الجوانب الإيجابية للحدث إعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف وتقليل المستوى الإنفعالي شرط ألا يتعدى الضغط عتبة معينة (Dantchev, 1989).

وتأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها المواقف الضاغطة عدة أشكال وهي مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليل الضيق الإنفعالي مثل: التجنب، التهرب، إتهام الذات، إعادة التقييم الإيجابي، والتي سنعرضها فيما يلي:

- إستراتيجية التهرب والتجنب:

تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه. (آيت حمودة، 2006)

وتتضمن هذه الأساليب إستراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه أفضل أو في مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث، ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعاً، كما تتضمن إستراتيجية التهرب من خلال النوم، الأكل، الكحول والأدوية والمخدرات، فالتهرب والتجنب يسمح للفرد بالخروج من التفاعل مع الحدث الضاغط دون تغييره (grasiani et al, 1998)

- إتمام الذات:

حيث يبقى الفرد سلبياً وجامداً أمام التأثير في الموقف الضاغط ويتم نفسه بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه.

- إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي:

تشير إلى المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي (Dantchev, 1989).

ثانيا: إستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة:

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة، وحسب (1992) (Schafer) فهي تشير إلى تلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي أو مع الموقف الضاغط مباشرة وفيها يتم إستيعاب أو إستبعاد مصادر الضغوط والتعامل مع آثار المشكلة (المجيد، 2005)

و هي محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق إستعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، وإتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطة أو بدائل، حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط. (آيت حمودة، 2006)

ويضيف كل من (Wood Meclano et side) بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على عدة مراحل وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة والتنفيذ. (الزيان فتحي مصطفى، 2001).

وتشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكلة على مجموعة من الأساليب وسنعرضها فيما يلي:

- إستراتيجيات البحث عن حل المشكل:

تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية وبصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل، وتتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول.

وينتقل الحل الأفضل وفقا لما يريده مع مواجهة أكبر وإكتشاف ما هو مهم في الحياة (Grasiani et al 1998) يمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد سيتحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة. (الشناوي عبد الرحمان، 1998)

ويضيف (1987) (Nezu) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات عباره عن عملية معرفية سلوكية يحدد فيها الفرد وبواسطتها إستراتيجيات وحدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة. (حسين على فايد، 2000)

- استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي:

يشير مفهوم السند الاجتماعي إلى مشاعر ايجابية منها إحساس الفرد بالقيمة والتقدير والإحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمده من الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية. (عبد المنعم عبد الله حبيب، 2005)

يعرف Sarasou المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توفر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد بأنه في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانيه عند الحاجة.

ويشير Le pore إلى أن المساند الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في الأوقات الضيقة، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتتمثل في الغالب في الأسرة الأصدقاء وزملاء العمل. (حسن علي قايد، 2000)

وفي هذا السياق يرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة الهادفة الى تنظيم الإستجابات العاطفية، بل هو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساندة الاجتماعية للتحقيق من الوضع الضاغط وأثره. (آيت حموده، 2006)

ويشير فولكمان ولازاروس إلى أن كل من إستراتيجية المواجهة التي تتركز على المشكلة وإستراتيجية المواجهة التي تركز على الإنفعال تستخدمان غالباً في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد يسهلان أو يعوقان بعضهما البعض وأن إستراتيجية المواجهة التي تركز على المشكلة تكون متشابهة لإستراتيجية الإشعال (طه، 2006)

ثالثاً: التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات:

لقد أثبتت الدراسات التي قام بها كل من هانبرج وآخرون أن كل من إستراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل والمركزة على الإنفعال غالباً ما تحدثان بصفة متزامنة ومتتابعة ومن أجل إبراز العلاقة التفاعلية بين وظائف هذين النوعين من الإستراتيجيات، قام كل من الباحثان لازاروس وفولكمان بدراسة على مئة شخص يهدفان منها إلى الكشف عن مدى استعمال النوعين بشكل مزدوج وبعد تحليل النتائج تبين أن % 18 منهم يلجئون إلى استعمال نوع واحد فقط من نوعي الإستراتيجيات في مواجهتهم للضغط وهذا يدل أو يشير إلى وجود تزامن في عمل إستراتيجيات المواجهة معاً. (نزيهة زواتي، 2001)

حيث يوجد تفاعل بين الإستراتيجية المتمركزة على المشكل وتلك المتمركزة على الإنفعال إذ أن الإنفعال المرتفع وعدم التحكم فيه يؤثر على النشاط المعرفي اللازم للأساليب المتمركزة حول المشكلة.

خلاصة الفصل:

لقد تناولنا في هذا الفصل مفهوم الضغط النفسي الذي هو بمثابة استجابة نفسية فيزيولوجية غير تكيفية إنحاء مواقف الحياة والتي يختلف الأفراد في إدراكها على أنها أحداث ضاغطة أم لا وقد تعددت الآراء وتعريفات الضغط نظرا لكثرة النظريات المفسرة له واتجاهاتها، كما أن للضغط أنواع وأسباب وآثار عده تتجم عنه وفي نهاية الفصل تم الإشارة إلى مجموعة من الطرق والأساليب العلاجية المتبعة والتي تهدف إلى التخفيف حدة الضغط وتسعى إلى تحقيق تكيف الفرد مع مختلف المواقف الحياتية ومثلما تختلف طرق العلاج من حالة لأخرى.

الفصل الثالث:

طيف التوحد

(spectre autistique)

تمهيد

- 1- تعريف طيف التوحد
- 2- أسباب طيف التوحد
- 3- أعراض طيف التوحد
- 4- تشخيص طيف التوحد
- 5- التشخيص الفارقي
- 6- علاج اضطراب طيف التوحد
- 7- البرامج التربوية العلاجية
- 8- علاقة الأسرة بالطفل التوحدي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر طيف التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي، والاجتماعي والحركي، وفي عمليات الانتباه والادراك واختبار الوقائع، ولا يتوقف تأثير اضطراب طيف التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة، بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضع وإلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل، وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم طيف التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه، والأعراض التي يظهر عليها للتمكن من تشخيصه وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، والتعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لعلاج هذا الاضطراب ولو بدرجة ضئيلة.

1- تعريف طيف التوحد: (spectre autistique)

أ- لغة: طيف التوحد «Autism» مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه (soi-méme) .(Blich et al. 1999. P109).

ب- اصطلاحاً: لقد تعددت تعريف طيف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

عرف اضطراب طيف التوحد من طرف العديد من الباحثين ومنهم نجد ليو كانر (Leo kanner) (1943) الذي عرف اضطراب طيف التوحد على أنه: «حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم» (Norbert Sillamy. 1999. P31)

ويصف الأطفال التوحديين بأنهم لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما أنهم يقاومون التغيير كلياً، ويظهر ذلك من خلال تكرار استعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق كمال الدسوقي (1988) على طيف التوحد مصطلح (الاجترارية) والتي هي «الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالاة بالآخرين ومع الميل للتراجع إلى الخيالات الباتولوجية التي تنظم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائماً على حساب الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الرغبة عند رفض تصديقها». (ماجدة على عمارة، 2005، ص15)

ويرى اسماعيل بدر (1997) أ، طيف التوحد هو: «اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التغيرات الانفعالية، خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية». (محمد أحمد خطاب، 2009، ص17)

والتوحد عند جمال مثقال هو: «هو اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين إضافة إلى ضعف أو انعدام اللغة لديهم، خاصة في مراحل العصر الأولى». (جمال مثقال قاسم، 2000، ص128)

اما الدليل الإحصائي الرابع المراجع لتشخيص الإضطرابات العقلية والنفسية (2000 DSM-IV-RT) فعرفه على أنه الإضطرابات الإرتقائية المتشددة، الذي يشير إلى أن الطفل التوحدي يكون منطوي ومنعزل

على نفسه، حيث يكاد التواصل الاجتماعي ينعدم سواء باللغة أو باللعب، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم كما يتميزون أيضا بالنمطية والتكرار حيث يكررون دائما سلوك واحد أو أكثر American Psychiatrie (assoiaton.2003.p85).

أما كولمان (Coleman) (2003)، فيصف الذاتية بأنها إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر (إيهاب محمد خليل، 2002، ص40).

إضافة إلى التعريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي طيف التوحد على أنه: "إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث، كما أنه قليل الانتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الإجتماعية والعرقية". (سعيد حسن، 2002).

ولابد من الإشارة إلى أن التباين في تعريف ومصطلحات طيف التوحد مثل الإجتزائية، الذاتية، عصاب الطفل، توحد الطفولة المبكر، الفصام الطفولي، زهان الطفولة، التفكير الاجتزازي، قد أحدث الكثير من الإرباك حول هذا المفهوم.

إلا أن فات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والاندفاعية) تختلف منها عن الأطفال التوحديين، حيث ساعد البحث الحديث وعلم الجينات والكيمياء العصبية وعلم الأعصاب في إبراز طيف التوحد كخلل صحي أو إعاقة تطويرية شاملة. (أسامة محمد البطانية، 2007).

ومن خلال التعريف السابقة نجد أن طيف التوحد اضطراب متعدد الاسباب والاعراض، ويسبب قصورا في النمو وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

ومن كل ما سبق ذكره نقول أن اضطراب طيف التوحد اضطراب في النمو، يصيب الطفل في سنواته الأولى، ويظهر على شكل أعراض متنوعة ومتعددة ومختلفة في درجتها وشدتها، من طفل لآخر، والمؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة، التواصل، النمو الحسي والحركي، النمو الانفعالي، النمو الاجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي إلى آخره ما يجعله منطويا ومنسحبا عن العالم الخارجي مكونا لذاته عالما خاصا به.

واضطراب طيف التوحد يعود لعدة أسباب نفسية، بيولوجية، كيميائية تؤدي بالطفل للإصابة به.

2-أسباب طيف التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجع إليها حدوثه، سواء كانت نفسية، بيولوجية، وراثية جينية أو كيميائية حيوية. ورغم تعدد الأسباب واختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الاضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

أ- النفسية (Psychological Factor):

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر (Kanner) في نظرية "البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء"، بأنهم يميلون إلى عدم اظهار العاطفة وأنهم رافضون وسليبيون اتجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في اظهار التعافل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالاتصال مع والدي بأي شكل من الأشكال. (جمال مقال قاسم، 2000).

ولقد أشار بيتلهين (Bettelheim) إلى أن سبب طيف التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل (سعيد حسني العزة، 2002، ص61) والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم، فتتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعد اهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد. (ماجد علي عمارة، 2005).

كما يرى أولجرمان (Olgorman) (1980) بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب اضطراب التوحد، فالطفل يعاني من طيف التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه، وقد يرجع الاضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام، أو سبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالدها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في اضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن

العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولية عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا في الإعاقة، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها بسبب غيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل اهتماماتها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلا، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد. (نفس المرجع، 2005).

ومنه نستنتج أن اضطراب طيف التوحد يمكن أن يعود لعوامل نفسية، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن اضطراب طيف التوحد قد يعود لأسباب جينية وراثية.

ب- الوراثة الجينية (Factor Genetie):

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد بحيث تقوم المورثات (الجينات) بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل... الخ، إضافة للكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سببا لحدوث هذا الاضطراب.

وإن نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال المتوحدين تشير إلى وجود كروموزوم إكس (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح من (5-6%) من الحالات، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من البنات خاصة في الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بتخلف عقلي، كما أن التصلب الذي ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذو صلة بإعاقة طيف التوحد في نسبة تصل إلى حوالي (5%) من الحالات تقريبا. (ماجد علي عمارة، 2005، ص27).

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصا في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (03) دراسات في مجال التوائم، إثنان تم إجراءهما في بريطانيا والثالثة في اسكندنافيا، وخلصت الدراسة إلى أن معدل حدوث حالة طيف التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح بين (36-91%) في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت (0-10%) إضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود وماندال (Judd et Mandell) حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100%) في حالة إصابة أحدهما باضطراب

التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير للجينات والكروموزومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي فإن احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة. (جمال مقال قاسم، 2000).

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida) (1993) أن هناك ارتباطا بين طيف التوحد وبين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع طيف التوحد وهذا الكروموزوم الذي يسمى (fragl X) يعتبر شكل وراثي حديث مسبب طيف التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم، وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي (10.7%) من حالات طيف التوحد (بحي القبالي، 2008) الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (5%) من حالات طيف التوحد وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن (90%) كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال (20 أو 24) يوم من الحمل أو في الثلاث أشهر الأولى وتفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات (7-13-15). (مصطفى نوري القمش، 2007، ص172).

وتشير دراسة ماكدونال وآخرون (Macdonal et al) (1994) إلى أن الإصابة بإعاقة طيف التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (36%) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص596).

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (Brawn et al) (1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلانجاست (Blonguist) إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات طيف التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي "فينال كينونيوريا" (PK4) وحالات التوحد. (جمال مقال قاسم، 2000، ص135).

كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب طيف التوحد وهناك بحث جديد قدم أول حقائق لهذه الحالة لأول مرة، تعرف الباحثون على التفاعل بين جينات محددة تضاعف خطر إصابة الأطفال بالتوحد. (محمد عدنان عليوات، 2007، ص157).

حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى (Gabra4) أنه مرتبط بمخاطر طيف التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف بـ (Gabrbi) الذي يظهر أنه يقود إلى هذا الخطر. (محمد عدنان عليوات، نفس المرجع).

رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن طيف التوحد قد يعود إلى سبب جيني، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن طيف التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

ج- البيولوجية (Somatic Factor):

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحني ويعود لأسباب عديدة حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه.

فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الإنزيمات، كما أن وجود علق وأمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة. (رفعت محمد بهجت، 2007).

توصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن طيف التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ. (R.jordon et Al 1997.p3).

كما أكد ووترهوس (Waterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10%-80%.

وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والاستجابة السمعية المستتارة من جذع المخ، لدى الطفل التوحدي. (سهى أحمد أمين نصر، 2002، ص22).

ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون (Condon) جمع أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية لاضطراب طيف التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال طيف التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء

الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطي لهم للمرة عندما يعطي لهم للمرة الثانية بعد جزء من الثانية أو حتى ثانية كاملة بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتاً أطول للاستجابة.

وقد أشار الباحثون إلى أن أنواع متعددة من الدلائل عليا مثل: مشكلات اللغة، الخلل في التأزر الحسي الحركي، النمطية في السلوك، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق واحتمالية وجود طيف التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد، كما أن معظمهم لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود طيف التوحد في جميع أنحاء العالم في مختلف الطبقات الاجتماعية. (خولة أحمد يحيى، 2003).

وفي دراسة تقدمت بها سمية عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لإتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة بين (8-10 ديسمبر 1998)، ذكرت أن أسباب إعاقة طيف التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية، قد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكررموزومات تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص O_2 مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد.

كما أشارت الدراسات لارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب طيف التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل. (سعيد حسين العزة، 2002).

في هذا الاتجاه يؤكدون بدراساتهم أن اضطراب طيف التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تؤكد أن اضطراب طيف التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

د - الكيميائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب طيف التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا بعض منها ويتكون المخ من والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما

يسمى بالمواصلات العصبية (Neuro transmetteur) وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر البعض منها:

إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين، التي ترتفع في بعض أطفال طيف التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص598).

حيث أنه على الأقل، ثلث مرضى اضطراب طيف التوحد لديهم إرتفاع في بلازما السيروتونين (plasma serotonin) وهذا الاكتشاف ليس خاصا بإضطراب طيف التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب طيف التوحد يظهرون أيضا تلك الصفة. (محمد أحمد حطاب، 2009، ص46).

كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص599).

ويشير سيمون وجيليس (Simond And Gillies) (1994) إلى إحتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrief) (1964) ودراسة أوليفر وأوجرمان (Oliverman and o Croman) (1966) . (السيد علي عمارة، 2005، ص29).

وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد طيف التوحد يعود إلى اضطرابات كيميائية حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب طيف التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما سنتعرض إليه فيما يلي:

هـ - خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير، وهذا يعود لظهور طيف التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طول الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

كما حاول بعض الباحثين تفسير طيف التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للإعتقاد بأن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية، وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد تؤدي إلى اضطرابات معينة (السمع - النظر)، والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد، ولكن تتبع الأسباب السابقة أظهر أن الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي، لذلك لا نستطيع الجزم بأن هذه الأسباب قد تؤدي إلى التوحد. (أسامة محمد البطانية، 2007).

كما قد ترجع إعاقة طيف التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذ قد يكون هناك قصورا معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرئيس المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخخ وجذع الدماغ في حالات طيف التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Bacha valier and Merjarian) (1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة. (قحطان أحمد الظاهرة، 2009).

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتوية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين. (إيهاب محمد، 2003، ص 75).

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Treavarther et Al) (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم.

وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد.

وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سببا في حالة طيف التوحد ولكن هناك إتجاه آخر يؤكد أن اضطراب طيف التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها.

و- أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة ما تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد.

وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

• **الإلتهابات الفيروسية (Viral infection) :**

• الحصبة الألمانية: وهي إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

- تضخم الخلايا الفيروسية: وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.

- الإلتهاب الدماغى الفيروسي: وهو التهاب دماغى فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

• اضطرابات عملية الأيض (netaboli) : تمثل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الإنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحديّة.

- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

• نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية افترض أن يكون طيف التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلية مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد. (خولة أحمد يحي، 2003، ص 595).

• **متلازمة التشوهات الولادية:**

• التشوهات الولادية الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.

• التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.

• تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغازرة شعر الجسم وليونة المفاصل.

- السمنة واصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.
- الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.

كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي:

- التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.
- التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيمويات البيئية مثل الرصاص والزرنيق وغيرها من السموم.
- نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.
- إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص596).

فالأم قبل الولادة أو أثناءها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها وبالتالي وجود إمكانية

إصابته باضطراب طيف التوحد (R.jardon et al; 1997; p03).

كما قد وجد العالمان دايكن وماكلان (Dyken and Maclaman) أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرض لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصا بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل.

وقد أشار كالفن Calvin إلى أن نسبة حدوث طيف التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (أطفال الخدج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.

كما أشار (Geno) إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال، مما قد يشير إلى أسباب متعلقة بالمناعة (جمال مقال قاسم، 2005، ص133).

وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث اضطراب التوحد.

فأسباب ما قبل الولادة أو أثنائها قد تؤدي لحدوث اضطراب طيف التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الالتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية لاضطراب طيف التوحد وعدم معرفة السبب الرئيسي له، إلا أنه نقول أن اضطراب طيف التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة التي سبق ذكرها من أسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي إجمعت وأدت لوجود اضطراب طيف التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بالنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.

3- أعراض طيف التوحد:

إن أعراض اضطراب طيف التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الإجتماعية، الإتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الإجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك.

وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.

- لا يحب أن يحضنه أحد.

- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

- لا يخاف من الخطر.

- يكرر كلام الآخرين.

- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.

- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.

- ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.
 - بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
 - يقاوم تغيير الروتين.
 - لا ينظر في عين من يكلمه.
 - يستمتع بلف الأشياء.
 - تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
 - فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
 - وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين.
 - قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال (محمد علي كامل، 2003).
- فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ الوالدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الإجتماعي.
- والأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة. (خالدة نيسان، 2009).
- حيث ترى خالدة نيسان (2009) أن الأطفال التوحديون تظهر لديهم أعراض كصعوبة الإتصال وبطء نمو اللغة أو توفقه تماما، أو يستخدم لغة الإشارة.
- فالرضع لا يستطيعون الوغوة وعندما تظهر لغة الطفل في تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات والجمل غير ذات معنى، وبعض الأطفال يكون الدين عكس الضمائر (أنت بدلا من أنا) وعادة ما يقوله الآخرون.
- مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أن 50% من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم.
- كما أن الأطفال التوحديون لا يتعال في المزاح والسخرية.

يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية، كما يذكر لويس مليكة (1998) أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحس وإمساك وحركات غير منضبطة. (إيهاب محمد خليل، 2003).

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كان (kanner) ابنه قائلا "يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤنب، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب، بدوا أنه منسحب ومتفوق على نفسه". (إبراهيم عبد الله فرح الزريقان، 2011).

كما يشير كوجال وكوفرت (Koegal and Lovert) (1972) أن الأوتيزم يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية، وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية. (طارق عامر، 2008).

أما سميث (Smith) (2001) فإنه يلخص أعراض طيف التوحد على النحو التالي:

- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:
- لا يطور مودة وصدقة للآباء وأعضاء الأسرة.
- نادرا ما يلاحظ الإنفعالات مثل العطف والغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية مثل: (الإبتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي)
- لا يوجد تواصل بالعين.
- اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.
- قدرات تواصل ضعيفة:
- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نمطي وتكراري.
- لا يحافظ على المحادثة.
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.
- عكس الضمائر.

- الإصرار على التماثل:
- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسياً.
- ظهور سلوك تكراري.
- سلوكات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.
- أنماط سلوك غير اعتيادية:
- إعتداء على الآخرين خصوصاً في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.
- تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان، 2004).
- فإن أعراض طيف التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

4- تشخيص اضطراب طيف التوحد:

إن تشخيص اضطراب طيف التوحد ليس بالأمر السهل بإعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر وكذا لعدم وجود اختبارات طبية إلى تطبيق لتشخيصه.

حيث يتم تشخيص طيف التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل العمر ثلاثة سنوات، في نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين. ويمر تشخيص طيف التوحد على عدد من المختصين منهم أطباء الأطفال (مختص في أعصاب المخ) طبيب نفسي، طبيب عام، مختص قياس تربوي، مختص اجتماعي، حيث يتم عمل تخطيط المخ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض عضوي.

وتشخيص اضطراب طيف التوحد مر بعدة محاولات، أولها كانت لـ كانر (kanner) (1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء أيضاً كل من العالمان بولان وسبنسر اللذان وضعوا مقياس أعراض طيف التوحد في المراحل العمرية الأولى.

كما تجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد، وكذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD 10) وكذا الدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR).

أ- معايير تشخيص طيف التوحد كما نص عليها DSM IV TR :

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV TR إلى أن أعراض طيف التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر من المجموعات (1، 2، 3) التالية وإثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2، 3).

وتتضمن المجموعة (1):

- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:
 - قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الإبتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية والاتصال مع الآخرين.
 - قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخريين.
 - غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر
 - قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو انجاز أعمال مشتركة معهم.

وتتضمن المجموعة (2):

- قصور كفي في القدرات على التواصل: ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:
 - تأخر أو غياب تاء في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).
 - لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.
 - بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه ومواصلة.
 - غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخرين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

تتم المجموعة (3):

- قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية وتكرارية: كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:
 - استغراق وانشغال بأنشطة وإهتمامات نمطية شادة من حيث شدتها وطبيعتها.
 - حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، وضرب الرأس، وتحريك الجذع للأمام والخلف).
 - إنشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة، سلسلة مفاتيح.
 - جهود وعدم مرونة في الإلتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى لها. (يحي القبائلي، 2001، ص257).
- ونفس الشيء تجده في تشخيص اضطراب طيف التوحد وفقا للدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) فحسبه وحسب الدليل العاشر (ICD 10) فإن اضطراب طيف التوحد يبدأ قبل سن الثالثة. (American Psychiatric Association, 2003, p87)

ب- التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي الـ (ICD 10) ظهر في عام (1993)، حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
- قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.
- سلوكيات وإهتمامات تتصف بالنمطية والرتابة.
- أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة، ريت (RETT) أو انفصام الشخصية المبكر. (يحي القبائلي، 2001).

ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن اضطراب التوحد. يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف والعيش السوي، ومن أجل التعرف على اضطراب طيف التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة للتوحد.

ج- العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن تشخيص اضطراب طيف التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

- من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل.

- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشنكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- إنعدام الحوار ابتداء من 2-3 أشهر.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.
- اضطراب في النوم والأرق.
- وعامة طفل هادئ (جامد).
- اضطرابات في الأكل (انعدام المص، فقدان الشهية).
- إنعدام الإبتسامة التلقائية ابتداء من الشهر الثالث. (Daniel Marcell, 2006)

- من 06 أشهر إلى 12 شهر:

- غير حنون، وغير مبال بالألعاب الاجتماعية.
- متصلب، وغير مبالي بما يؤخذ بين الأيدي (rigide).
- انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.
- نفور واشمئزاز من المأكولات الصلبة.
- عدم إنتظام مرحلة التطور الحركي.

- السنة الثانية والثالثة:

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.
- متعصب.
- يقوم بصرف الإنسان بالإضافة إلى الحك والمسح.

- السنة الرابعة والخامسة:

- غياب التواصل البصري.
- اللعب، غياب الابتكار التخيل ولعب الأدوار.
- اللغة محددة ومنعدمة.
- يقاوم التعبير الذي يحدث في البيئة المحيطة به (Manon Leboyer, 1995).

وعليه فحسب هذا الباحث فإن أعراض اضطراب طيف التوحد تشمل مراحل العمر بدءاً من الميلاد إلى غاية سن الخامسة.

حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنقص أو تزيد في الشدة.

ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد، في حالة أن طفلاً ما أظهر 07 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص طيف التوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- يقاوم التعلم.
- يقاوم تغيير الروتين.
- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- لا يبدي خوفاً من المخاطر.
- يشير بالإيماءات.
- لا يحب العناق.
- فرط الحركة.
- انعدام التواصل البشري.
- تدوير الأجسام واللعب معها.
- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
- يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.
- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان، 2009).

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أنه يصعب تشخيص اضطراب طيف التوحد لذلك لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها كما قد يحدث خلط بين اضطراب طيف التوحد واضطرابات أخرى.

5- التشخيص الفارقي بين طيف التوحد واضطرابات أخرى:

إن كل من اضطراب طيف التوحد ومجموعة الاضطرابات الأخرى تشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب طيف التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لابد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب طيف التوحد من باقي الاضطرابات.

أ- طيف التوحد واضطراب ريت " Rett " :

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

وعليه فإن اضطراب "ريت" يحدث لدى الإناث والذي يظهر في أعراض تتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته. (g.le lord, 1991).

يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب طيف التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6-8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سيماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد وبصاحبها إعاقة عقلية شديدة (إيهاب محمد خليل، 2009).

فالاضطرابات صعب جدا التمييز بينهما، ما يؤدي لصعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن وذو خبرة، تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبرجر asperger.

ب- طيف التوحد واضطراب اسبرجر (Asperger) :

تشمل أعراض اضطراب اسبرجر قصور في مهارات التوازن الاككتاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت النفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مقال قاسم، 2000).

هناك تشابه في نواحي القصور والتمثل في التفاعل الاجتماعي والاتصال وفي محدودية الاهتمامات، لكن على الرغم من وجود هذا التشابه بين اضطراب إسبرجر واضطراب طيف التوحد إلا أنه هناك أوجه اختلاف من بين الاضطرابين تتمثل فيما يلي :

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر هذا القصور.
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبرجر.
- لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب بالأسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (ايهاب محمد خليل، 2002)

كما أن اضطراب أسبرجر asperger لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما طيف التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (ماجد على عمارة، 2005). ويبيدي ترديدا لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الأسبرجر فهو كثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي. (g.lalord, 1991)

وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الإسبرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدة كما أنهم لديهم اهتمامات متضاربة، وتكمن الاختلافات بين أطفال الأسبرجر وأطفال طيف التوحد في النمو الحركي فطفل اضطراب الأسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي ولده نقص وتأخر واضح في نمو المهارات الحركية (حوردين ريتا، 2007)

فالإضطرابان يظهران من أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد، لكن المختص النفسي المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارقي دقيق يدرك أنهما اضطرابان مختلفان.

ج- طيف التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب طيف التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال "فريمان وريتفو (Frimen et Ritvovs)" أكدوا بأن حوالي 57% من لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهام تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أدائهم أقل في المهام اللفظية، بما يكون أداء المتخلفين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، إلا أنه يبقى طيف التوحد يتميز عن الإعاقة العملية في بعض النقاط وهي:

- المعوقين عقليا يتعلقون بالغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.
- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي والبصري.
- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا.
- للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا. (سهي أحمد أمين نصر، 2003).

والطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما قد تشير بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد المجالات كالرياضة أو الموسيقى، الرسم... الخ. (إيهاب محمد خليل، 2009).

رغم أن اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان نسبة (80%-90%) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما إضطرابان منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد.

د- طيف التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل أعراض طيف التوحد مع أعراض التخلف العقلي، إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي.

- السلوك النمطي: إن السلوكيات العملية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

- سلوك العدوان والتخريب: منتشر أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل هو إعاقة عقلية شديدة.

- النشاط الزائد: فالأطفال التوحديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، والذي يعود لوجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كهز الرأس لدى الطفل التوحدي.

- وعن المهارات الإنتقالية والعناية بالذات فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس. (سعيد حسي العزة، 2002)

وعلى غرار الاختلاف والتشابه بين اضطراب طيف التوحد واضطراب التخلف العقلي يحد كذلك أن اضطراب الفصام بدوره تميز بأعراض تميزه عن اضطراب التوحد.

هـ - طيف التوحد وفصام الطفولة:

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصهما، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي، الذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

إن بدء ظهور أعراض طيف التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين طيف التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة. (خولة أحمد يحي، 2000).

وعلى المخلص النفسي أن يحذر من تداخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقي لكي يفرق بين اضطراب طيف التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم.

و - طيف التوحد والصمم:

كثيرا ما يبدو الطفل الذاتوي أو التوحيدي وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي، كذلك حد ما يسمى بالصمم الإختياري (الإنتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة. (خالدة نيسان، 2009)

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحيدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال وانحطاط في القوى والاكنتاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما إن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي استفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (G.lelord. 1991)

إن الانسحاب الاجتماعي أو الإنزعاج من تغيير الروتين وسلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل التوحيدي، وإذا بدا الطفل وكأنه يعاني من طيف التوحد فلا بد من فحصه لاستبعاد الصمم ولذلك فإن إضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى طيف التوحد في أول انطباع. (خولة أحمد يحي، 2000)

ز - طيف التوحد والحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغير كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، وفي جملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغيير لأعراض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادئ جدا، مسالم، ساكن، غياب التعبير الإيحائي (Mimiques)، اضطرابات المزاج (Troubles de Tonus) يمكن أن تظهر في حالة الاكتئاب والحرمان العاطفي الكبير.

إذا كان نظريا قدرات التواصل محتفظة بهما يمكن أن تكون مخفية أو معيقة من الانسحاب المعمق. (le (profondeur du retrait) وشدة الجمود الحركي (mertie motice) ، غير أن الإلاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض السلوكات العزلة والانسحاب عند الطفل الصغير المحروم أو المكتئب، في حين أن نفس الإلاح يشكل دائما ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحيدي (D Marcelli, 2006) .

ولتشخيص اضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جدا في الأعراض، لا بد من تشخيص فارقي دقيق يميؤ بين اضطراب طيف التوحد وهذه

الاضطرابات الأخرى كاضطراب ريت "Rett" واضطراب أسيرجر واضطراب الإعاقة العقلية كذلك التخلف العقلي وفصام الطفولة والصرع وأيضا الحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع، ومختلف الاضطرابات الأخرى.

6- علاج اضطراب طيف التوحد:

إن كون طيف التوحد اضطراب ذو أعراض تختلف من طفل لآخر كما تختلف في الشدة والحدة، فإنه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال المتوحدين، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية.

فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن طيف التوحد ليس اضطرابا ذو علاج شاف مادام سببه الرئيسي غير معروف، ورغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل والتقليل من أعراضه وكذلك التعديل من سلوكه، وعلاج مشكلات اللغة والاتصال، ويكون العلاج أيضا بالموسيقى والفن والأدوية والعقاقير.

وستعرض في هذا البرنامج مختلف البرامج العلاجية التي قد تساعد الطفل التوحدي على عيش حياة عادية وذلك من خلال علاج نفسي، سلوكي، دوائي، غذائي... الخ

أ- العلاج النفسي:

حسب "محمد أحمد الخطاب" كان استخدام التحليل النفسي كجلسات لعلاج طيف التوحد هو الأسلوب السائد في السبعينات من القرن السابق.

وهناك من الباحثين "تيفين زيور" (1998) من يرى أن العلاج النفسي للطفل التوحدي يسعني أن يبدأ أولا بإخراجه من قوقعته الذاتية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة لإثارة اللمسة.

وينبغي أن تكون الأمر واضحا تماما بأنه لا ينبغي في مثل هذه الحالات أن يحدث احتكاك جسدي بالطفل، ذلك لأنه يصعب عليه تحمله ومعظم برامج المعاجين التحليلين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحيحة من الناحية العقلية. (نفس المرجع السابق).

كما أن الكفالة النفسية للأطفال التوحديين لا بد أن تكون مبكرة قدر الإمكان، حيث تأخذ الطابع الفردي، كما تأخذ الطابع الجماعي، وذلك يكون في المراكز المتخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات وهذه الكفالة تتبع بتدريب وتحسين الجانب اللغوي والحركي. (Petit La Rousse De La Médecine, 2007).

وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن أي طفل يعاني تأخر لغوي، اجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي. (محمد على كامل، 2003).

يؤكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج النفسي في مساعدة الطفل التوحدي وكذلك أسرته، إلا أنه ليس العلاج الوحيد كما أنه غير كافي، ولهذا فإن حالة الطفل التوحدي يمكن أن تتحسن أكثر وذلك من خلال العلاج الطبي.

ب- العلاج الطبي:

الهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال طيف التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

لقد استخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحديين بشكل مباشر، استعمل الليثيوم (Lithium) في علاج الاضطرابات الإنفعالية (الهوس-الاكتئاب) وقد أشهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين ومع الاضطراب الانفعالي الموسى الاكتئابي، وعقار الناالتركسون (Naltrexonen) لا زال قيد الدراسة ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، وخفض السلوكات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

وعقار الفنفلورامين (Fenfluramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال التوحديين لهذا العقار منها تحسن السلوك الاجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التملل الحركي وهناك بعض العلامات والإشارات السلبية مثل فقدان الوزن والنعاس واضطرابات في النوم. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان، 2004).

كما أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم نوبات صرعية وخصوصاً أولئك الأشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) ويعطون أدوية مضادة للصرع، أيضاً الحبسة الصرعية موجودة لدى بعض حالات طيف التوحد ولقد أعطيت العقارات الدوائية أهمية وإنتباها ويحتاج الآباء والمعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريب على علاج طيف التوحد باستخدام أدوية مثل بارالديهاد

(Paraldehyde) أو الفوليوم (Valium) ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال التوحديين لضبطها بشكل مناسب. (إبراهيم عبد الله فرح الزريقان، 2004، ص300).

ولدى العديد من الأفراد التوحديين مشكلات في النوم، ويمكن لمادة ميلاتونين (Melatonin) المنتجة من خلال هذه الغدة الصنوبرية في الدماغ أن تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم - الصحيان.

وهناك أدلة على أن فيتامين (B06) مساعد في علاج التوحد، حيث أن المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة، كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات، تقوى دور الإنزيمات في الجسم (إبراهيم عبد الله فرح الزريقان، 2001).

بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته، من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيه هذا علما أنه لحد الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو شفاء ناجح لحالات التوحد، لكن هناك ما يخفف من حدة الأعراض ويساند ويسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد السلوك العدوانى أو يهدئ من ثورات الغضب. (محمد أحمد الخطاب، 2009)

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذه الأدوية والعقارات يآثر في نوبات الهيجان والغضب لدى الطفل التوحدي كما يؤثر على سلوكه بالتالي لا بد من مساعدة الطفل على تعديل السلوك وذلك يكون من خلال العلاج السلوكي.

ج- العلاج السلوكي:

تقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل، ويرجع السبب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة طيف التوحد لعدة أسباب منها:

- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الإختصاصيين.
- هذا الأسلوب لا يعير إهتماما للأسباب المؤدية إلى طيف التوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.
- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.
- ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد إتفق المختصون أنه يمكن استخدام النمذجة والاشراط الإجرائي لمساعدة التوحدين (يحيى القباني، 2001).

بعد أن يتم تعليم الطفل التوحدي السلوك الجديد فإن المختص أو الأسرة يعملان مع الطفل على تطبيق هذا السلوك الجديد إلى مواقف مختلفة كما تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد وهذا ما سنتعرض إليه في طريقة لوفاس (Lovaas) في تعديل السلوك.

- طريقة لوفاس في تعديل السلوك (lovaas behavior modification) :

تم استخدام هذا الأسلوب لأول مرة من قبل (لوفاس) في أمريكا في فترة الستينات وتم استخدام طرق عقاب قاسية لتخفيض السلوك غير المرغوب فيه، وظهرت الفكرة مرة أخرى وأصبحت شائعة للأطفال ما قبل الدراسة، لأنها توفر نوعاً من العناية بأمل الشفاء. (خالدة نبيان، 2009).

وتعتمد طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشرافية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف واطسن (Watson) في بداية القرن الماضي، المطور من خلال سكنر (Skinner) لاحقاً، محاولاً ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكات الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكات غير المرغوبة، لقد أشار لوفاس بأن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنتظم.

إن طريقة لوفاس تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان، وتمكن الآباء والمعلمين لأن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال المتوحدين، تطبيق البرنامج بكفاءة ودقة يقوي حياة العمل التوحدي ويغذي علاقاته مع الأسرة والأصدقاء. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان، 2004، ص307).

إنه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط، وإنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم على استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدريب عليها بشرط أن يكون الهدف واضحاً وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم أساليب السلوك الاجتماعي. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2000، ص94).

إن محاولة تعديل سلوك الطفل التوحدي تجعله يصاب بنوبات غضب وهيجان خاصة وأن من خصائصه رفض التغيير في البيئة، ومن أجل هذا أوردنا عنصر وهو يتحدث عن كيفية التعامل مع هذه النوبات.

- التعامل مع نوبات الهيجان أو الغضب:

إن كل نوبات الغضب والهيجان أو تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات تحدث عد مواجهته لموقف لا يستطيع القيام بالمطلوب فيه مثلا من حل سؤال جملة أو كتابة جملة أو رسم شكل محدد أو غيرها من مهام مسؤولية التعلم، لذلك يجب الانتباه للطفل التوحدي ومعرفة حاجاته الفعلية المسببة له نوبات أو الإنحراف السلوكي، والاستجابة الفورية لها بتوفير الدعم والتعزيز النفسي والسلوكي والمادي الذي يمكن الطفل التوحدي من إدراك نواقص سلوكه وآليات انتقاله للتعلم من موقف لآخر، وحضن أو ضم الطفل بهدوء والتحدث معه ببطء ووضوح عن مواقف التعلم الحالية. (محمد زياد حمدان، 2002، ص119).

وهناك أيضا العلاج بالمعانقة وقد يقوم الآباء بمعانقة الطفل لمدة طويلة من الوقت حتى وإن قاوم أو عارض الطفل، ويعتقد من يستخدمون هذه التقنية أنه يدعم الرابطة الإنفعالية بين الآباء والطفل، ويزعم البعض أنه ينشط أو يحفز أجزاء معينة من الدماغ الذي يمكن الطفل من الإحساس بحدود بدنه. (محمد السعيد أبو حلاوة، 1997، ص39)

د- العلاج البيئي:

يتضمن العلاج البيئي في علاج "إعاقة التوحد" تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة (عبد الرحمان سيد سليمان، 2000، ص94)

والعلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول حياة المريض أو بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى مفهوم الذي ينظر إلى المستشفى بإعتبارها مجتمعا علاجيا، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض الذي يتعامل فيه على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء، ويعتبر المصطلح مكافئا لمصطلح العلاج المحيطي وبالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج الذاتوية. (محمد أحمد الخطاب، 2000، ص91).

وعليه فإن العلاج البيئي أثبت فعاليته وأهميته في المساهمة في علاج اضطراب طيف التوحد كغيره من العلاجات الكثيرة الأخرى التي ساهمت في محاولة علاج طيف التوحد كالعلاج بالحمية أو النظام الغذائي.

هـ- العلاج الغذائي:

لقد أعطت المشكلات الغذائية أهمية لإحتمالية أن يكون سببا في طيف التوحد فالأطفال التوحديون غالبا ما تكون لديهم متغيرات قوية من الطعام، أو حب وتفضيل لبعض الأطعمة، وربما يطورون اضطرابا في عملية الهضم، وهناك مؤشرات على أن الحامض الأميني تريبتوفان (Tryptophan) في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي المهمة لسيرورتين الناقلات العصبية وعلى السلوك. لقد أشارت أدلة إلى أن الأطفال التوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لـ كاسيين (Casein) بروتين حليب البقر، وجلوتين (النشا) وهذا يمكن أن يكون سببا للتوحد، واعتمادا على ذلك فإن الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين (B6) في العدا وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات. (إبراهيم عبد الله، فرج الزريعات، 2004).

فتعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل، وعادة ما يصاب أطفال طيف التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية، كفقر الدم والسمنة وزيادة الوزن وتسوس الأسنان وبعض الإضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال والحساسية الغذائية وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تحقيق حدة أعراض التوحد. (نادية عبد الرحمان بن ويلح اللهي، 2009)

ويستعمل في علاج طيف التوحد النظام الغذائي الذي يخفف من مضاعفات الاضطرابات النفسية السلوكية، التي قد تحدها الحساسية لدى الطفل التوحدي وذلك بإتباع ما يلي:

- إعطاء الجرعة ضد الحساسية وإبعاد الطفل التوحدي عن البيئة كونها مصدر الحساسية.
- تناول وجبات غذائية متوازنة.
- إضافة لتناول الأطعمة الطبيعية وبعض الزيوت كزيت كبد الحوت.
- كما ينصح بأحد الفيتامينات المركبة، والحقن بعض المواد الحيوية. (محمد زياد حمدان)

إن العلاج الغذائي يعتبر من بين العلاجات التي تكاد تحقق أعراض طيف التوحد كما تخفف الحساسية لدى الطفل التوحدي وبالإضافة إليه يركز في علاج هذا الاضطراب على حواس الطفل لادماجه وكذا إدماج حواسه كالتدريب على الدمج الحسي.

و- التدريب على الدمج الحسي:

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 قدرة المؤثرات الحسية والعمل سويا ليكون رد الفعل مناسباً، هناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون مشاكل حركية والأطفال قد يستفيدون من هذا العلاج. (بحيى القبالي، 2009).

ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن التدريب بالدمج الحسي ربما يكون مفيداً للأطفال التوحديين والدراسات المجراة على هذه الطريقة قليلة ونادرة، ومع ذلك فقد أدت إلى استنتاجات عكسية ومع أن هذه الطريقة لا يبدو أنها تحسن اللغة، أو تضبط السلوكيات التوحدية، أو تقلل من السلوك التوحدي، إلا أنها تقدم أنشطة طبيعية وصحية وهذه الأنشطة مهمة للأطفال التوحديين كما هي مهمة للأطفال العاديين إن أشكال النشاط الأخرى غير المعالجة بالدمج الحسي مثل ألعاب سطح الطاولة أو التسلق على أدوات وأجهزة الملعب ربما تكون ممتعة وصحية ولا تحتاج إلى إشراف متخصص. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان، 2004).

إضافة إلى العلاج بالدمج الحسي للطفل التوحدي بحد علاجات أخرى منها العلاج بالدمج السمعي.

- علاج طيف طيف التوحد بالدمج السمعي:

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات، ونسبة نجاحه تتجاوز 80% لقد ظهر أولاً في فرنسا، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين، ويتألف من ساعتين ونصف للاستماع مرتين في اليوم، والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى المبرمجة، إن الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بإنخفاض الحساسية للصوت وزيادة قدرتهم على الكلام. (خالدة نيسان).

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي، ويفيد المدافعون عن هذه الطريقة أنها تساعد ذوي إعاقة طيف التوحد على تلقى مدخلات حسية. (محمد السعيد أبو حلاوة، 1997) فتدريب الطفل التوحدي على الدمج السمعي ضروري كضرورة تدريبية على التدريب البصري.

- علاج طيف طيف التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديين إلى أن عيونهم تألمهم عندما يرون بعض الألوان. ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال المتوحدين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة لإختلافات المؤلمة وإثارة ملفنة للنظر، (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان، 2004)

كما أن معظم السلوكيات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات التعلم تن تنجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى عن توفير معلومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئية التي تمثلها ولذلك يجب تتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد للتغلب على الضعف والتشوش الذي قد يحدث، هذا إضافة لضرورة عرض المريض على أطباء عيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصحية لحل مشاكل القرب أو البعد البصري. (محمد زياد حمدان، 2002)

فعلاج الطفل التوحدي من خلال التدريب على الحواس وكذا السمع والبصر مهم جدا لأنه يساعد ويسهل العلاجات الكثيرة الأخرى التي تعتمد على هذه الحواس كالعلاج بالموسيقى.

- العلاج بالموسيقى:

وجد أن العلاج بالموسيقى له تأثير قوي على الأشخاص المصابين بحالة طيف التوحد حيث أن لها تأثير واضح في تغيير بعض السلوكيات، يساعد صوت الموسيقى الطفل الذي يعاني من ثورة نفسية قوية تتمثل في إظهار المزيد من الحركات النمطية ثم يبدأ بالهدوء شيئا فشيئا، حتى يستحوذ صوت الموسيقى على تركيزه، فيتخلص من تلك الحركات والإنفعالات المختلفة.

والأشكال الإيقاعية والموسيقية تلعب والتفاعل يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحدين، وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعدة التدريس، كما أن علاج التفاعل الموسيقى المكثف من قبل معالج موسيقى مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الإنفعالي والإستعداد التواصلي للأطفال التوحدين وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو والتعليم. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقان، 2004)

كما تعتبر الموسيقى لغة عالمية يفهمها الجميع وكذلك الطفل التوحدي حيث يستجيب لها شعوريا وسلوكيا وذلك بالإسترخاء والهدوء والرغبة في الإستجابة للآخرين والتفاعل معهم. (محمد زياد حمدان، 2002)

وإن كان للموسيقى أهمية في علاج الطفل التوحدي وتحسين سلوكه وكذا جعله يتفاعل مع الآخرين فهناك أيضا العلاج باللعب الذي يساعد الأطفال على التواصل.

- العلاج باللعب:

إن اللعب يساعد الطفل التوحدي على الإندماج والتكيف مع البيئة كونه لا يتكلم كثيرا ولا يتفاعل مع الآخرين، ولهذا فإن اللعب يعتبر طريقة غير مباشرة لتفاعل الطفل التوحدي مع الآخرين وإنشاء علاقات مع الآخرين، كما يساعد اللعب الطفل التوحدي على التعبير وكذلك إستعمال خيالهم كما أن اللعب يمثل طريقة تعليمية للطفل ومن الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال طيف التوحد قيمة بارزة في نموهم الإجتماعي ويمنحهم بالإضافة لذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الإجتماعي وتشكل مجموعة

الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة لَانطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من العلاجات الأخرى التي يمكن أن تساعد الطفل التوحدى بالإضافة إلى العلاج النفسي، والطبي، والسلوكي، والبنّي والغذائي وكذلك الدمج الحسي والسمعي والبصري والموسيقى واللعب، فهناك أيضا العلاج بالإبر الصينية وكذلك العلاج بالقصص الإجتماعية والعلاج الأسري الذي تشارك فيه الأم طفلها التوحدى في كل النشاطات المنزلية وهذا يدخل في العلاج بالحياة اليومية.

رغم أن العلاج يساعد الطفل التوحدى على التخفيف من الأعراض إلا أنه وحده لا يكفي لكي يعيش حياة شبه عادية وبالتالي لا بد من وجود برامج تربوية علاجية، ومن بين هذه البرامج هناك طريقة Teach .

7- البرامج التربوية العلاجية:

أ- برنامج Teach :

هو برنامج أسسه (Eric Schopler) في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة ويعتمد Tech مقياس (cors) كأساس للتقييم في البرنامج.

إن برنامج Teach معترف به عالميا ويستعمل في الكثير من البلدان وبعد أن أنه Eric schopler سيره بعد وقت طويل (Garymesibov) (Bernadette Roge 2003 p147) .

إلا جزءا مهما من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال التوحديين بحيث يتضمن روتيننا وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في القدرات الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة. (يحيى القبالي، 2004، في 246).

ويتم تقديم علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل في مراكز Teach في الولايات المتحدة الأمريكية، كما يقدم هذا البرنامج تأهيلا متكاملًا للطفل لأنه شامل .

بالإضافة إلى برنامج Teach هناك برنامج (Leap) .

ب- برنامج ليب (Leap) :

بدأ برنامج ليب (Leap) (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحيدين من عمر (3-5) سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما تمتاز به برنامج ليب (Leap) أنه يجمع الأطفال التوحيدين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك الكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

و التركيز الأولي البرنامج (Leap) يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقدم الاستشارات حسب الحالة ويشمل التدريب على:

- تنظيم الصف.
- ضبط الصف.
- منهاج إشراف.
- متابعة لما وراء عمل المعلمين.
- تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية.
- مشاركة الأسرة.

وفي برنامج (Leap) تم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي ووضع استراتيجيات لإشباع حاجاتهم، ولا بد من مشاركة الأسرة ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع. (يحي القبالي، 2004، ص247).

ج- برنامج (Fast For Ward) :

وهو برنامج إلكتروني يعمل (بالابتكار، كمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996) بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة (Paula Tallal).

حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال التوحديين الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرته على وضع سماعات في أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمتع للأصوات الصادرة عن هذه اللغة، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية، وقد تم تطوير برامج أخرى متشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي (بحيى القبالي، 2004، ص248).

إن الاهتمام بالطفل التوحدي سواء كان ذلك بالعلاج أو البرامج التربوية يساعد كثيرا الأسرة على التوافق مع طفلهم المضطرب.

8- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحدي:

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية، النفسية، والإجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصا إذا كان هذا الطفل معوقا والوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية لهذا الموقف حيث تمر هذه الاستجابة بمراحل أولها الصدمة حيث تختلف في شدتها ومداها الزمني وهذا حسب طبيعة الإعاقة فيتساءل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلما وكذلك هناك مرحلة الإنكار.

حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة ولكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدين القادران على مساعدة ابنهما حيث أن الإنكار يكون كرد فعل للحدث الصدمي والقوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث الفعال آخر وهو إسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى إلا أن هذا الأخير يشير مشاكل بين الوالدين (الأم والأب) ويكون مدمرا للعلاقة.

كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل والوالدين خاصة، وبالتالي يؤثر على سلوكهما سلبا. (Roger Perron et al. 1997)

بالإضافة إلى هذه الانفعالات قد يمر الوالدين مرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لا بد من مرحلة القبول.

والقبول خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق والتكيف بالنسبة للوالدين والذي يكون ثقيل الطفل المعاق والذي هو خطوة أساسية للشفاء والنمو التي فيها يعترف الوالدين بقيمة الطفل والذي له أحاسيس، مشاعر ورغبات ككل الأطفال وله الدافع للاستمتاع بالحياة وامتناع الغير (حسن عبد المعطي، 2004)

إن تنشئة ورعاية طفل مصاب باضطراب طيف التوحد من بين أكثر المشكلات الضاغطة التي يمكن أن تواجهها الأسرة فقد تضع نوبات الصراح والغضب والهياج الحركي والإنفعالي التي غالبا ما تصدر عن ممثل هذا الطفل جميع أفراد الأسرة على حافة الانهيار العصبي لكن تقبل الوالدين والأسرة ككل هذا

الاضطراب يصبح من السهل مواجهته والإعتناء بطفلهم وذلك من خلال التخطيط لمستقبله وتوفير
الإمكانيات له وكذلك محاولة بعد علاجه وتعليمه كيفية الإعتناء بنفسه.

خلاصة الفصل:

يعتبر طيف التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي كما أنه اضطراب غامض وم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الإجتماعية والاتصال والأفعال القهرية. وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب ريت، أسبرجر، إعاقة عقلية، تخلف عقلي، فصام الطفولة، الصم... الخ مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي، بيئي، أو غيره وكذا مساعدة الأسرة على تقبل هذا المرض ومحاولة التوافق مع طفلهم حيث أن الأم خاصة قد تتعرض للضغط وتواجه العديد الصعوبات والمسؤولياته في تعاملاتها مع طفلها.

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- عينة الدراسة

3- حدود الدراسة

4- أدوات الدراسة

- الدراسة الإستطلاعية
- المقابلة العيادية النصف موجهة
- مقياس إدراك الضغط

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذه الدراسة، فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الهدف والأهمية، بالإضافة إلى الفصول التي هي: الضغط النفسي، والتوحد.

سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي دراسة حيث سنتناول فيه أولا المنهج المستخدم، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

1- منهج الدراسة:

المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية مجال الدراسات النفسية ولقد إعتدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة موضوع دراستنا من جهة وفردانية الحالات من جهة أخرى.

والمنهج العيادي بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد (Ronald 1983).

ويعرف "D.Lagache" المنهج العيادي على أنه: تناول السيرة منظورها الخاص وكذلك التعرف على مواقف تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات تحركها محاولات الفرد لحلها. (Chahraoui et Benony200)

ويقوم المنهج على دراسة الحالة بإعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية للحصول على أكبر قدر ممكن المعلومات عن المفحوص.

فدراسة الحالة " حسب مصطفى عبد المعطي" هي نوع من البحث المتعلق بالعوامل المعقدة التي تساهم في فردية وحدة اجتماعية ما، فعن طريق إستخدام عدد من أدوات البحث وبالإطلاع على الخبرات الماضية للحالة يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة وعلاقتها بالبيئة وبعد التعمق في العوامل والقوى التي تحكم سلوكها وتحليل نتائج تلك العوامل وعلاقتها، يستطيع الفاحص أن ينشئ صورة متكاملة عن الحالة.

وهي ملاحظة معمقة لموضوع معين قد تستمر أحيانا لسنوات يتم فيها جمع المعطيات عن نفس الشخص من كل الجوانب (Sillanny Norbert, 1996).

وتعرف "Favez Boutennie" دراسة حالة في علم النفس العيادي بأنها الفحص العميق لحالة فردية وذلك إنطلاقا من ملاحظة وصفية معينة وربطها بتاريخ المفحوص ويسمح ذلك بفهم المفحوص في كل معاشه (عنوة، 2005)

2- عينة الدراسة

أ- مجتمع الدراسة: تم إجراء الدراسة الميداني بالمؤسسة الاستشفائية "عاشور زيان" بولاد جلال بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بولاد جلال، وهي مؤسسة ذات طابع إداري "مرفق عام تابع لوزارة الصحة واصلاح المستشفيات، وبمعتبر القرار الوزاري 1 فيفري 2006 تم إعادة تنظيم القطاع وأصبح مقسما إلى مؤسستين هما المؤسسة الاستشفائية (المستشفى سابقا والمستشفى العمومية للصحة الجوارية التي تقع في أولاد جلال عبارة عن مجمع بحي العربي بن مهدي، وتاريخ تشغيلها 4 أبريل 1984.

ب- **عينة الدراسة:** تعرف العينة على أنها مجموعة وحدات للبحث التي تريد الحصول على البيانات منها أو عنها سواء كانت وحدات العدّ إنسانا أو حيوانا أو نباتا أو جمادا، ويتم اختيارها بطريقة معينة، وانطلاقا من اشكالية الدراسة حول حالات الضغط النفسي لأمهات أطفال التوحد، تم اختيار ثلاث حالات تتراوح أعمارهم بين 30 و 42 وذلك بطريقة قصدية نظرا لمتطلبات المنهج العيادي. مجموعته بحثنا تتكون من 3 حالات وهن أمهات لأطفال توحيين.

جدول رقم (02): يوضح خصائص عينة الدراسة

الحالات	السن	المستوى الدراسي	عمر الابن	سن اكتشاف المرض
أم "أ"	30	الثالثة ثانوي	9 سنوات	4 سنوات
أم "ك"	42	السادسة ابتدائي	6 سنوات	سنتين ونصف
أم "م"	33	ثالثة ثانوي	3 سنوات	سنتين

3- حدود الدراسة:

أ- **الحدود المكانية:** تم اجراء الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة الاستشفائية عاشور زيان بمصلحة الأمراض العقلية بأولاد جلال

ب- **الحدود الزمانية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية من الفترة الممتدة من 2022/3/5 إلى غاية 2022/3/26.

ج- **الحدود البشرية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة متكونة من ثلاث حالات اختيرت بطريقة قصدية في مصلحة الأمراض العقلية لولاية أولاد جلال.

4- أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات الدراسة ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تم الإستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة والمتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس إدراك الضغط (PSQ) للفنستين Levenstein .

• الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية دراسة مسحية إستكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لإرتباطها المباشر بالميدان مما يضيف صفة الموضوعية على البحث. (مصطفى العشوي، 1994)

كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة وصياغتها. (مجدي عزيز، 1981)

ولقد قمنا بالدراسة الإستطلاعية في مستشفى الواقع بالتحديد في الجهة الشرقية لمدينة أولاد جلال وذلك للتأكد من وجود مجموعة البحث.

• المقابلة العيادية النصف موجة:

المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث العيادي للإتصال مع المفحوص ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وعلى الفاحص أن يكون ذو أن صاغية، ويسهل دائما الكلام أخذا بعين الاعتبار الإتصال غير الشفوي (Chilland Colette 1989)، وتعرف بصفة عامة بأنها "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من العلوامات لإستخدامها في البحث العلمي". (محمد شفيق، 1958) وتعرفها الباحثة "كاترين سيسو (Catrine Syssan) "على أنها": محادثة بين الفاحص والمفحوص وجها لوجه، فمصطلح المقابلة يشير أو يدل على الممارسة التي تتعلق بالكلام (Catrine Syssan, 1998). "إن طبيعة البحث الذي تقوم به يستدعي إستعمال المقابلة النصف موجهة لأنها تخدم موضوع بحثنا، فهي ليست مفتوحة تماما، إذ أنها تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نوعا من الحرية في التعبير في حدود السؤال المطروح. م يعرف محمد" حسن عالم" المقابلة النصف موجهة بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على إجابة من المفحوص، ومن المفهوم طبعا أن هذا الأسلوب لا يتحد شكل تحقيق، وإنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف، ويحرص الباحث ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة. (حسن غانم، 2004)

ولإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة وضعناها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور بحيث كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر معلومات حول الطفل التوحيدي وعن الحالة النفسية للأم وعلاقتها مع الطفل وزوجها وجيرانها، وهذه المحاور هي:

- المحور الأول: بيانات عامة حول الطفل التوحيدي.

- المحور الثاني: الحالة النفسية للأم قيل وعند إكتشاف الإعاقة.

- المحور الثالث: تعامل الأم مع الوضعية.

- المحور الرابع: الحياة العلائقية.

- المحور الخامس: نظرة المستقبلة للأم

• مقياس إدراك الضغط: Questionnaire de la perception du stress:

أ- وصف الإختبار:

أعد هذا الإختبار من طرف الباحث" لفنستاين وآخرين (Levenstein et al) "سنة (1993) بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط، يتكون هذا الاختبار من 30 عبارة تميز منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

- البنود المباشرة: تمثل 22 عبارة وتتمثل في العبارات رقم:(2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30)

وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالرفض.

- البنود غير مباشرة: تشمل (08) عبارة المتمثلة في العبارات رقم:(1، 7، 10، 13/ 17، 21، 25، 29) وتدل على وجود مؤشر إدراك الضغط المرتفع عندما يجيب عليها بالرفض وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض يجيب عليها بالقبول.

ب- كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي وتتمثل التعليمات:

أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع العلامة (X) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً، وذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، أحب بسرعة دون أن ترزع نفسك بمراجعة إجابتك وإحرص على وصف مسار حياتك بدقة خلال هذه المدة. هناك أربع إختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الإختبار وهي بالترتيب:

- تقريبا أبدا.
- أحيانا.
- كثيرا.
- عادة.

ج- كيفية تصحيح الإختبار: إن كيفية تصحيح وتنقيط عبارات الإختبارات يتم التدرج فيها من 1 إلى 4 نقاط، وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنتقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

أما البنود غير المباشرة فتنتقط من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة)

والجدول رقم (03) يوضح ذلك، إذ بعد تنقيط كل بند، نقوم بجمع الدرجات المحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

جدول رقم (03) يمثل كيفية تنقيط إختبار إدراك الضغط لفستين "Levenstein"

بنود غير مباشرة	بنود مباشرة	البنود الإختبار
4 نقاط	نقطة	1- تقريبا أبدا
3 نقاط	نقطتان	2- أحيانا
نقطتان	3 نقاط	3- كثيرا
نقطة	4 نقاط	4- عادة

د - الأساليب الإحصائية الخاصة بالمقياس:

يتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا المقياس وفق المعادلة التالية:

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

90

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر (0) ويدل على أدنى مستوى من الضغط إلى واحد (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط. (حكيمه أيت حمودة، 2005)

هـ - ثبات وصدق المقياس:

- الصدق: حسب دراسة "ليفستين (Levenstein)" التي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي، الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقياس الآخر للضغط، أظهرت النتائج أن هناك ارتباطا قويا بهذا المقياس مع "سمة القلق" يقدر بـ 0.75، ومع مقياس إدراك الضغط

"كوهن (Cohen) " بقدر بـ0.73، بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0.56 مع مقياس الإكتئاب وإرتباط ضعيف يقدر بـ 0.35 مع مقياس قلق الحالة.

-الثبتات: قام " ليفيستائين " بقياس التوافق الداخلي للإستبيان بإستعمال معامل (ألفا) فأظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ 0.90 كما أظهر قياس ثبات المقياس بإستعمال طريقة تطبيق وإعادة التطبيق الإختبار بعد فاصل زمني يقدر بثمانية أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر بـ0.80، يشير "ليفستائين وآخرون" سنة (1993) بأن هذا الإستبيان يعتبر أداة ثمينة وإضافية لوسائل البحوث النفسية الجسدية ويمكن أن يكون عاملا تنبؤيا هاما للحالة الصحية للفرد لاحقا (خليفة أيت حمودة، 2005)

خلاصة الفصل:

بعدما تم التعرض في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه في هذا الدراسة المتمثل في المنهج العيادي وكيفية اختيار مجموعة الدراسة وكذا مختلف الأدوات المستعملة، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي مع تحليلها ومناقشتها.

الفصل الخامس:

عرض النتائج وتحليلها

الحالة الأولى أم "أ"

الحالة الثانية أم "ك"

الحالة الثالثة أم "ج"

1- عرض النتائج وتحليلها:

سيتم في هذا الفصل التطرق إلى النتائج التي تم التوصل إليها مع الحالات الثلاث من خلال المقابلة النصف موجهة وتطبيق مقياس إدراك الضغط

الحالة الأولى: الأم (أ)

سيدة تبلغ من العمر 30 سنة، ذات مستوى إقتصادي لا بأس به ومستوى تعليمي الثالث ثانوي، وهي ربة بيت وموظفة في إحدى الشركات، منفصلة عن زوجها دون طلاق وتعيش مع ابنها البالغ من العمر 9 سنوات والذي إكتشفت بأنه طفل توحيدي عندما كان في عمره 4 سنوات.

1- تحليل محتوى المقابلة: حمل الأم ب (أ) كان أجمل ذكرى، كان طفلا مرعوبا فيه والذكر هو الجنس المفضل لديها، فترة الحمل جد عادية إلى غاية الشهر السابع أين تعرض الجنين لنزيف دماغي مما عجل بولادته.

بدأت الشكوك تراودها عندما بلغ أربعة أشهر ولم يبتسم والشهر الثامن ولم يجلس وتأخر في الكلام حتى بلغ عامين " بدبت نشك كي حكم ربع شهر وما ضحكش ولحق الثمن شهور ومقعدليش وحتى للعامين باه نطق" وما جعل شكوكها تزداد هو أن الطفل يتصرف بطريقة توحى إليها بأنه لا يستمع لمناداتها وكلامها وهذا ما دفعها إلى استشارة عدة أخصائيين ومراكز مثل : أخصائي في أمراض الأذن، مختصة أطفونية، مركز الصم البكم، تعلم الكلام عند بلوغه 3 سنوات والنصف بالإضافة إلى المختصة النفسية التي كانت تساعده بدورها وأخبرت الأم بأن طفلها غير عادي ويعاني من تأخر حسني حركي في مختلف جوانب نموه ؛ عدما ذهبت الأم لإستشارة أخصائية نفسية أخرى قالت لها بأن طفلها معوق ذهنيا ووجهتها إلى مختص في الطب العقلي وهنا عرفت أن (أ) حقيقة مصاب بالتوحد.

تقول malgré " :كنت شاكة بصح مكنتش نيماجيني بلي يكون مريض a ce point بعد إعلامها بالخبر أصبحت الأم كثيرة البكاء وأخذت تطرح عدة أسئلة عن طبيعة المرض وأسبابه، تارة تلوم نفسها ثم تفكر بأن الأمر قضاء الله وعليها تقبله، وبدأت تطبق كل تعليمات الطبيب العقلي على أمل أن يشفى، ترى بأن طفلها ذكي وهي أيضا تلح على معرفة سبب مرضه وتقول بأنها كانت تشك بأنه مريض حتى قبل أن يخبرها الطبيب "كي هدر ولا نلعب معاه يدور للور شغل سمع حاجة on dirai الجنون يهدرولو".

ويتضح من خلال المقابلة أن أم (أ) متعلقة كثيرا بطفلها حيث قالت "الحاجة لتهمني في هاذ الدنيا نبقى مع وليدي" وهذا ما يفسر وجود عناية كبيرة وحماية مفرطة له.

تعاني الأم (أ) مشاكل مع الزوج الذي انفصلت عنه دون طلاق، مما زاد قلقها على ابنها وترعرعه دون عناية الأب، وهي أيضا تحس بأنها تفتقد سند الزوج لها وتأمل العودة إليه حيث ترغب في إنجاب أطفال آخرين.

للأم علاقة جيدة مع أخواتها اللواتي تعيش معهن وصديقاتها في العمل مما جعلها تتقاسم معاناتها وتعوض ما حرمها إياه زوجها، ولكن الأقارب يخرجونها بالأسئلة خصوصا في المناسبات التي تجمع

العائلة ككل، حيث قالت "يقولولي ووليدك وين راح تخليه؟ .. مازال يدير هاذوك (les couches) ورغم هذا الإحراج إلا أنها تعتبر أن الدعم الذي تتلقاه من أخواتها وصديقاتها إضافة إلى المختصة النفسية يساعدها على نسيان كلام أقاربها.

تأخذ الأم (أ) عطل مرضية أو تتفاهم مع زميلاتها في العمل على الأوقات التي تلائمها وهكذا تكون قد كسبت وقتاً أطول للبقاء مع ابنها، رعايته واللعب معه وعدم تمكن الطفل (أ) من الإعتماد على نفسه يزيد من قلق الأم وخوفها على مستقبله حيث تقول: "تمنيت يبرا نشوفو راجل يتكل على روجو".

من خلال المقابلة مع الحالة (أ) تبين أن عدم تقبلها لمرض طفلها وخوفها الشديد على ابنها جعلها تلازمه لأطول وقت ممكن وتعطيه حماية مفرطة وتهتم به حتى على حساب حياتها الشخصية.

وبعد إجراء المقابلة نصف موجهة مع الحالة أم (أ) في المقابلة الأولى تم تطبيق مقياس إدراك الضغط عليها في المقابلة الثانية وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم (04) نتائج أم (أ) في مقياس إدراك الضغط:

الوضعيات الضاغطة	تقريباً أبداً	أحياناً	كثيراً	عادة
1- تشعر بالراحة		X		
2- تشعر بوجود متطلبات لديك			X	
3- أنت سريع الغضب وضيق الخلق		X		
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها			X	
5- تشعر بالوحدة			X	
6- تجد نفسك في مواقف صراعية				X
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً		X		
8- تشعر بالتعب			X	
9- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك			X	
10- تشعر بالهدوء		X		
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها				X
12- تشعر بالإحباط		X		
13- أنت مليئ بالحيوية		X		
14- تشعر بالتوتر		X		
15- تبدو مشاكلك أنها سنتراكم			X	
16- تشعر في أنك في عجلة من أمرك				X
17- تشعر بالأمن والحماية	X			

x				18- لديك عدة مخاوف
	x			19- انت تحت ضغط مقارنة بأشخاص آخرين
		X		20- تشعر بفقدان العزيمة
		X		21- تمتع نفسك
	x			22- أنت خائف من المستقبل
	x			23- تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس بأن تريدها
	x			24- تشعر بأنك وضع إنتقاد وحكم
	x			25- أنت شخص خالي من الهموم
	x			26- تشعر بالانهاك والتعب الفكري
	x			27- لديك قعوبات في الاسترخاء
	x			28- تشعر بعبئ المسؤولية
			x	29- لديك الوقت الكافي لتريح نفسك
	X			30- تشعر بأنك تحت ضغط مميت
16	42	23	12	المجموع
		93		المجموع العام

2- مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (أ):

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول رقم (4) تم الحصول على نقطة خام مقدرة بـ (مج - 93) وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم (أ) مقدر بـ 0.7، هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط.

ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود (17)، (25)، (29) وهي بنود غير مباشرة بالرفض فأم (أ) تشعر بالأمن والحماية وليس لديها الوقت الكافي لتريح نفسها فرغم المساعدة التي تتلقاها من إخوتها وصديقاتها إلا أن الانفصال والمشاكل الموجودة بينها وبين زوجها قد أثرت عليها سلبا وقد أجابت على البند رقم (5) بكثيرا يعني أنها تشعر بالوحدة كما تبدو لها مشاكلها بأنها ستتراكم وهذا حسب إجابتها على البند (15) عند الإجابة على بنود المقياس استوقفتها البنود (26)، (27)، (28) إذ كانت تجيب عليها وفي نفس الوقت توضح أنها تعبت من التفكير في طبيعة ومصير علاقتها بزوجها فبعد 3 سنوات من انفصالها ما زالت لم تتخذ القرار ولم تكلمه بشأن الطلاق، أحيانا تفكر بأن وجوده سيساعدها على رعاية ابنهما وينقص من عبء المسؤولية وأحيانا أخرى تفكر أن رجوعهما يعني رجوع المشاكل وسيشكل عبئا إضافيا عليها. كما أن أم (أ) لديها صعوبات في الإسترخاء حسب البند (27) وتشعر بأنها تحت ضغط

مميت ويتضح هذا من إجابتها على البند (29) بكثيرا وكما يظهر من المقابلة أنها تتحمل مسؤولية ابنها والعمل وشغل البيت لوحدها.

الحالة الثانية : أم (ك)

أم (ك) من العمر 42 سنة. هي أم لخمسة أطفال خمسة أطفال (بنت وأربع ذكور) المستوى الدراسي السادسة ابتدائي.

يبلغ ابنها من العمر 6 سنوات وهو الأصغر بين إخوته.

1- تحليل معطيات المقابلة:

كانت ظروف الحمل والولادة عادية، عندما بلغ (ك) 8 شهور لاحظت الأم وكذلك أختها أن الطفل لا يبتسم ولا يهتم بالناس الموجودين حوله، جربت أن تعلمه التصفيق أو تجعله يركز نظره عليها، وفشلت، هنا قررت أن تأخذه إلى الطبيب لكن زوجها لم يوافق لأنه يرى أن ابنه عادي وبصحة جيدة وسيتكلم مع الوقت وبعد 10 أشهر شاهد الزوج شريطا في التلفزة عن الطفل التوحدي وهنا أخذ يقارن بين الحركات التي يقوم بها الطفل الذي شاهده وحركات ابنه مثل: العزلة، ترجيح الجسد، الصوت الحاد، النظر غير المستقر، حينها أخذ ابنه إلى المستشفى أين تم تشخيص مرض الطفل تقول: "عرفت بلي راه مريض، كان باين عليه، كي يحكو الناس على أي مرض أنا نشوف لوليدي نكره حياتي".

الأم يائسة من شفاء ابنها تقول: "ما عندو حتى مستقبل، مريض والناس الكل قالولي مبيراش". الزوج والأسرة يساعدون الأم على الإهتمام بالطفل لكنها ترى أن مرض ابنها يلزمها البقاء في البيت والإهتمام به وتقدمه في العمر حسب رأيها لا يزيد من شيء إلا من حجم مسؤولياتها اتجاهه: "كل ما يكبر تكبر المسؤولية ومشاكلو معاه وكلام الناس يزيد".

أما بالنسبة للإبن (ك) فهو يكرر كلام الآخرين ولديه نوبات غضب شديدة مجهولة الأسباب إضافة إلى أنه يضحك في أوقات غير مناسبة ويتعلق بصفة غير طبيعية بالأشياء الغريبة وهذه الحركات هي التي تسبب إزعاجا لأمه تقول: "صوته ديما عالي ويبيكي على حاجات منعرفش واش عجبو فيها، ننقلق لازم نعسوا 24 ساعة فالنهار".

من أول سنة عرفت فيها بمرض ابنها إلى غاية إجراء المقابلة معها وهي ما زالت تعاني من الأرق والتوتر والخوف الشديد عليه تقول: "وليت مقلقة بزاف ومشكيتش نرجع كبكري، راني تهرب من الناس ونحشم بروحي".

من خلال المقابلة مع الحالة أم (ك) تبين أن شعورها بالخوف على ابنها يدفعها إلى ملازمته والإهتمام به طول الوقت، ويتضح أنها تشعر بالضيق جراء هذا كما أنها وبعد مرور ما يقارب الأربع سنوات على إكتشاف المرض لم تتقبل الأمر وتشعر بالحرج إزاء مرضه والذنب كذلك.

بعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (ك) في المقابلة الأولى تم تطبيق مقياس إدراك الضغط عليها في المقابلة الثانية وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم (05) نتائج أم (ك) في مقياس إدراك الضغط:

الوضعيات الضاغطة	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1- تشعر بالراحة	x			
2- تشعر بوجود متطلبات لديك				x
3- أنت سريع الغضب وضيق الخلق			x	
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها				x
5- تشعر بالوحدة			x	
6- تجد نفسك في مواقف صراعية		x		
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا	x			
8- تشعر بالتعب			x	
9- تخاف من عدم استطاعتك ادارة الأمور لبلوغ أهدافك				x
10- تشعر بالهدوء	x			
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها		x		
12- تشعر بالإحباط			x	
13- أنت مليئ بالحيوية		x		
14- تشعر بالتوتر			x	
15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				x
16- تشعر في أنك في عجلة من أمرك		x		
17- تشعر بالأمن والحماية	x			
18- لديك عدة مخاوف			x	
19- أنت تحت ضغط كمقارنة بأشخاص آخرين				x
20- تشعر بفقدان العزيمة				x
21- تمتع نفسك		x		
22- أنت خائف من المستقبل			x	
23- تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس بأن تريدها				x
24- تشعر بأنك وضع إنتقاد وحكم			x	
25- أنت شخص خالي من الهموم	x			

	x			26- تشعر بالإنهاك والتعب الفكري
	x			27- لديك قعوبات في الاسترخاء
x				28- تشعر بعبئ المسؤولية
		x		29- لديك الوقت الكافي لتريح نفسك
	x			30- تشعر بأنك تحت ضغط مميت
32	33	15	20	المجموع
100				المجموع العام

2- مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (ك):

بعد القيام بتتقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول رقم (05) تم التحصل على نقطة خام مقدرة بـ (مج-100) وبتطبيق معادلة مؤشر الضغط تم الحصول على مؤشر إدراك الضغط عند أم (ك) مقدر بـ 0.77 هذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط لأنها تقع فوق المتوسط ويبدو هذا من خلال إجابتها على البنود غير المباشرة بالرفض مثل (1)، (7)، (10)، (17) فهي لا تشعر بالراحة ولا الهدوء واتضح ذلك من قولها في المقابلة أن صراخ ابنها ومرضه يزعجها ويحملها فوق طاقتها. كما أنها تشعر بالتوتر ولديها الكثير من المخاوف وهذا يتضح من خلال إجابتها على البندين (14)، (18) بكثيرا، فالمسؤولية وملازمة ابنها بصفة دائمة يشعرها بالتوتر ومخاوفها تتجلى في قلقها على مستقبله وكلام الناس، ونظرتهم لها ولمرض (ك) ويظهر هذا من خلال إجابتها على البند رقم (24) بكثيرا فهي تشعر أنها وضع انتقاد وحكم من الآخرين.

الحالة الثالثة: أم (م)

تبلغ من العمر 33 سنة، مستواها التعليمي الثالثة ثانوي، المستوى الاقتصادي لا بأس به، زوجها مغترب. (م) هو ابنها الأصغر وعمره 3 سنوات و4 أشهر.

1- تحليل محتوى المقابلة: حمل الأم ب (م) لم يكن مرغوبا به، فترة الحمل جد صعبة مقارنة بطفلها الأول والولادة كانت عسيرة.

تأخر ظهور اللغة عند الطفل (م) وعدم تواصله معها ومع أخوه كان السبب في إستشارة مختص نفسي وهو الذي وجهها إلى طبيب، التشخيص كان يختلف من طبيب لآخر تقول الأم: " ما يلعب مع حتى واحد، ميحكي والو، سنتيت وقتاه يهدر mais بلا فايده عمبالي ما يسمعش ولا كيما هدرتش معاه وقدامو خرج مريض" الأم كانت حد متأثرة ومتحوفة من مسؤولية الإبن ومرضه إذ قالت: "نحس روحي مقلقة

بزاف، نحس بلي المرض ديالو مخلاني لدير الامان فحتى واحد" فإختلاف التشخيص من طبيب لآخر وعدم تواجد زوجها معها في هذه المرحلة لا هو ولا أي أحد من العائلة جعلها تفقد الثقة بهم جميعا. أخذت إبنها إلى طبيب عقلي وهو الذي أخبرها بأنه مصاب بالتوحد وبعدها المختص النفسي أيدا هذا فالأعراض التي ظهرت عند الطفل (م) من صراخ وتعلق بأشياء غريبة ورفض التغيير وترديد بعض الأظهرت أنه طفل توحدتي تقول الأم "psychologue": تعرفت بمرض وليدي حرب يخليني تحكي أنا عاهدت الكلمات، روعي كل شيء يبقى بيني وبين نفسي " فالأم ترى أن معاناتها من الصعب أن تستطيع التعبير عنها بمفردات، إضافة إلى أنها تفكر في أن المختص الذي لم يتمكن من تحديد نوع اضطراب إبنها بطبيعة الحال لن يتمكن من فهم ما تريد قولها : "نحس واحد ميفهمني، أنا مش خايفة على الطفل، خايفه على حياتي أنا، هناك راه عايش فعالم ثاني".

في الخمس شهور الأولى التي عرفت تعرض إبنها إبتسمت بالإفعال وكانت تتصرف بعنف مع الآخرين "حسيت روعي كرهت الناس الكل، لتشوفني تقولي اتفرغي لولدك، روعي لراجلك يعاونك، ميعرفوا والو" وبعد فترة غيرت من أسلوب تعاملها مع مرض إبنها، فهي لاحظت عدم إهتمام زوجها بالطفل ولا بها وأرادت أن تتصرف مثله تقول: "عاش حياتوا، قتلوا ولدك مريض قالي يشبهلك" وهي ترى أن ملامح إبنها تشبه كثيرا ملامح الزوج تقول: "ممكن كرهتو على الشبه لفيه من باباه، أصلا كرهتو من قبل ما يزيد". كانت تتوقع أن مرض إبنها سيحذب تعاطف زوجها وإهتمامه وبعد مرور أشهر دون أن يصدر منه أي رد فعل إيجابي قررت الأم أن تحسن علاقتها بأهلها والجيران وتتفرغ لأبنائها، تقول: "خلاني نبعد على الناس الكل، وفي الشدة غدر بيا وبعدي هو" فالزوج كان يفرض عليها أن تقلل وتحد من معاملتها مع أهلها ولا تكلم أحدا من الجيران أو الأصدقاء الذين كانت تعرفهم من قبل إطلاقا.

الطفل (م) لا ينتبه لوجود أخوه ولا يلعب معه وهذا ما يجعل الأخ الكبير يضربه تقول: "مريض ميعرفش، بصح خوه يضربو، الطفل هاداك ولدي يصح عمري ولا حسيت به"

ويبدو من خلال المقابلة أن الأم مازالت غير متقبلة لوجود (م) ولا مرضه اذا كلما حدثت عنه تقول (طفل) ولم تذكر إسمه ولو لمرة واحدة أثناء المقابلة رغم أن الحديث يدور عنه.

ترى أم (م) أنها تقوم بواجبها نحوه إذ تطعمه وتغير له ملابسه وتتركه يلعب لوحده في غرفته تقول: "هو مش محتاجني ولا شايفني، يشبه لباباه في كلش، ممكن حتى هناك عندو l'autisme ومش فايقين بيه"

فيما يتعلق مسؤولياتها وبنشاطاتها اليومية تقول : "حاملة فوق طاقتي"، فهي تعتني بإبنها المريض وأم زوجها وتدرس إبنها الآخر، تأخذه إلى المدرسة وهي التي تشتري ما تحتاجه في البيت وتتكفل بأولادها . تقول: " يوم كامل تحري، دقيقة معنديش نقعد فيها وفالاخر يقولي هو ولا أمو واش راكي تديري".

ومن خلال المقابلة يتضح أن الحالة شديدة التوتر ويظهر هذا من خلال الحركات التي تقوم بها وعدم تقبلها لمرض طفلها والحروب من الواقع ويتم ذلك بلجولها المفرط إلى أحلام اليقظة حيث قالت: " يوم كامل تحلم، تغسل وحلم، نطيب وتفكر إتخليت روعي فكل الحالات".

وبعد إجراء المقابلة نصف الموجهة مع الحالة أم (م) في المقابلة الأولى ثم تطبيق مقياس إدراك الضغط عليها في المقابلة الثانية وتظهر النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم (06) نتائج أم (م) في مقياس إدراك الضغط

الوضعية الضاغطة	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1- تشعر بالراحة	x			
2- تشعر بوجود متطلبات لديك				x
3- أنت سريع الغضب وضيق الخلق		x		
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها			x	
5- تشعر بالوحدة			x	
6- تجد نفسك في مواقف صراعية			x	
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا	x			
8- تشعر بالتعب			x	
9- تخاف من عدم استطاعتك ادارة الأمور لبلوغ أهدافك			x	
10- تشعر بالهدوء		x		
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها				x
12- تشعر بالإحباط				x
13- أنت مليئ بالحيوية		x		
14- تشعر بالتوتر			x	
15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم			x	
16- تشعر في أنك في عجلة من أمرك				x
17- تشعر بالأمن والحماية	x			
18- لديك عدة مخاوف			x	
19- أنت تحت ضغط كمقارنة بأشخاص آخرين		x		
20- تشعر بفقدان العزيمة				x
21- تمتع نفسك	x			
22- أنت خائف من المستقبل			x	
23- تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس بأن تريدها				x

	X			24- تشعر بأنك وضع إنتقاد وحكم
X				25- أنت شخص خالي من الهموم
	X			26- تشعر بالإنهاك والتعب الفكري
X				27- لديك قعوبات في الاسترخاء
	X			28- تشعر بعبئ المسؤولية
	X			29- لديك الوقت الكافي لتريح نفسك
X				30- تشعر بأنك تحت ضغط مميت
33	38	10	16	المجموع
97				المجموع العام

2- مناقشة مقياس إدراك الضغط للحالة أم (م):

بعد تنقيط مقياس إدراك الضغط وجمع النقاط كما هو مبين في الجدول (16) ثم الحصول على نقطة خام مقدرة ب (مج-97) بتطبيق معادلة مؤشر الضغط تحصلنا على مؤشر إدراك الضغط لدى أم (م) مقدر ب 0.74 وهذه الدرجة تدل على مستوى مرتفع من الضغط.

يتضح من خلال إجابتها على البنود غير المباشرة (1)، (7)، (17)، (21) بتقريباً أبدأ، وقد تجلى هذا في المقابلة إذ أن الحالة تفتقد لمساعدة زوجها وإهتمامه إذ قالت "واحد ما يفهمني"، "المرض ديالو مخلاني ندير لآمان فحتى واحد". وقد أجابت على البنود (5)، (8)، (28)، بكثيراً فهي تشعر بالوحدة والتعب وعبء المسؤولية نظراً لكوها تتولى رعاية وإدارة شؤون الطفلين بمفردها، إضافة إلى ألهأ كثيراً ما تشعر بالتعب والتوتر، الإنهاك والتعب الفكري ولديها صعوبات في الإسترخاء ويظهر هذا في المقابلة أيضاً حين قالت: "حاملة فوق طاقتي"، "يوم كامل بحري، دقيقة معنديش باه نقعد".

جدول نتائج المقاييس لكل الحالات الثلاث

مقياس ادراك الضغط		الحالات
المستوى	مؤشر ادراك الضغط	
مستوى مرتفع	0.7	أم "أ"
مستوى مرتفع	0.77	أم "ك"
مستوى مرتفع	0.74	أم "م"

2- الإستنتاج العام:

يعتبر التوحد من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب مرض ابنها وضعيات ومسؤوليات جديدة وهذا ما يجعلها تحاول التكيف، ويشير مصطلح الضغط للصعوبات العديدة التي يعايشها الفرد عند مواجهته للأحداث الضاغطة ففشل الأم في تحقيق التكيف وعجز قدراتها وإمكاناتها عن مواجهة المتطلبات الخارجية قد يجعلها عرضة للضغط النفسي، ولهذا أردنا من خلال موضوع دراستنا التعرف على إستراتيجيات مواجهة الضغط لدى أم الطفل التوحدي وعلاقتها بشدة أو مستوى الضغط النفسي.

ولقد تم استعمال المقابلة النصف موجهة ومقياس إدراك الضغط للفستين ومقياس إستراتيجيات المواجهة لبولهان وفيما يخص مجموعة البحث فقد اخترنا 3 حالات وهن أمهات أطفال طيف التوحد حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن أمهات الأطفال طيف التوحد يستخدمن إستراتيجيات مختلفة في مواجهتن للضغط النفسي وهذا ما أسفرت عنه الفكرة التي تشير إلى أن "الأفراد لا يستحيون للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في إستجابتهم لإختلاف نمط الشخصية، فالأشخاص ذوي الحساسية للتحدّي القادم من البيئة هم الأكثر حساسية وشعورا بالنقص وسريعوا التأثر مسببات الضغوط ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأشخاص الأكثر استرخاء وصيرا، رضا عن العمل والحياة وغير العدوانيين يستعملون إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل (طه، 2005)

وقد دلت عملية تحليل النتائج على أن أمهات أطفال طيف التوحد يستخدمن إستراتيجيات مختلفة في مواجهتين للضغط النفسي سواء كانت هطه الاستراتيجيات مركزة على حل المشكل أو مركزة على الإنفعال، كما أدت النتائج إلى كشف مستواهن المرتفع من الضغط النفسي ويظهر ذلك كالتالي (0,7)، (0,77)، (0,74) على الترتيب.

يمكن أن يؤخذ على هذه الدراسة نسبة دقة إجراءاتها كون مجموعة البحث ليست بالكبيرة من جهة حتى تكون النتائج ممثلة للمجتمع زيادة على أن الدراسة لم تتطرق إلى أثر العوامل والمتغيرات الداخلية (كعمر الأم، مستواها التعليمي، سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب) وعلى الرغم من أن هذه النقاط أو المآخذ يمكن أن تعتبر كعيوب ونقائص إلا أنها لا تنقص بالضرورة من أهمية الدراسة كونها يمكن أن تسهم على الأقل في تطوير آفاق البحث العلمي وتوجيه إهتمام المختصين النفسيين إلى التكفل بأمهات أطفال يف التوحد إلى زيادة الوعي والإهتمام هذه الإعاقة النمائية وخصائصها وكيفية التعامل أو مواجهة الضغط الناتج عنها.

صعوبات الدراسة: لا تخلو دراستنا كأى دراسة أخرى من الصعوبات والتي تتمثل في :
تغيير مكان إجراء الدراسة: حيث حصلنا على الموافقة في أحد المراكز على إجراء البحث بداية شهر فيفري لكن أمهات الأطفال رفضن أن يكن موضع دراسة.

قابلنا ثلاث حالات فقط، حالتين من ولاية أولاد جلال وحالة أصولها من الجزائر العاصمة.

اقتراحات وتوصيات:

بناء على ما تم التوصل عليه من خلال نتائج هذه الدراسة المتعلقة بالضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد، ارتأينا ما يلي:

- التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي وبأمهات الأطفال المرضى عموماً.
- تلعب طريقة الإعلان عن المرض دوراً كبيراً في التخفيف من الآلام والضغط النفسي لدى الأم، فالكلمات المختارة والتفاعل الوجداني وفهم طبيعة المرض قد يساعدها على المواجهة بطريقة أفضل ويخفف الضغط لديها.
- تنظيم الملتقيات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب والأعراض الخاصة به، لمساعدة الأولياء على فهمه، إضافة لتقديم الاقتراحات والارشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل وأولياءه.
- من الأفضل متابعة الأم من قبل مختص نفسي ويكمن دوره في مساعدتها على إيجاد واستثمار قدراتها الأمومية وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها.

خاتمة

الخاتمة:

إن الضغط لا يكاد يفارق الإنسان في هذا العصر لدرجة أنه أصبح يسمى عصر الضغط، وهو ينتج عن موقف ضاغط يؤدي إلى الاستجابة له ومحاولة تسييره والتعامل معه. من المعلوم أن إستراتيجيات مواجهة الضغط تتغير من موقف لآخر ومن فرد إلى آخر وذلك حسب طبيعة الموقف الضاغط وشخصية الفرد، والضغط ناتج عن إصابة الإبن بإعاقة طيف التوحد جدير بأن يواجه بأساليب ناجحة تضمن التكفل الجيد بالطفل ورعايته. وما يمكن استخلاصه في النهاية لدى أمهات الأطفال طيف التوحد يبقى من المواضيع الهامة التي نأمل أن تجرى حولها في المستقبل سلسلة من الدراسات والأبحاث لغرض التخفيف من حدة الضغط الناتج عن الإعاقة.

المراجع

الدراسات العربية:

- ❖ إبراهيم فرج عبد الله الزريقات (2004): التوحد: الخصائص والعلاج، دار المسيرة، عمان، الأردن بدون طبعة.
- ❖ أحمد نايل العزيز، أحمد لطيف أبو السعود التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق، رام الله، ط 1، 2009.
- ❖ أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح (2007): علم نفس الطفل غير العادي، دار السيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- ❖ إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل (2009): الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، الطبعة الأولى.
- ❖ جمال متقال القاسم، ماجدة السيد عيد (2000) الإضطرابات السلوكية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمال، الأردن، الطبعة الأولى.
- ❖ جمعة السيد يوسف، إدارة الضغوط، مركز لتكوين للدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية، جامع القاهرة، ط1، 2003.
- ❖ جوردن ريتا، الأطفال التوحديون، جوانب النمو وطرق التدريس، الشركة الدولية للطباعة والنشر، القاهرة، ط2، 2007.
- ❖ حسن مصطفى عبد المعطي، 2004، الأمراض السيسكومترية، التشخيص، الأسباب والعلاج، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ط1.
- ❖ حمد السعيد أبو حلاوة (1997): المرجع في إضطراب التوحد، التشخيص والعلاج، مصر، الطبعة الأولى.
- ❖ حمد زياد حمدان (2002): التوحد لدى الأطفال: تشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة، الإسكندرية، بدون طبع.
- ❖ خولة أحمد يحي (2001) : الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الطبعه الأولى.
- ❖ رجاء مريم، الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية، مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس مجلد 5 العدد 1، 2007.
- ❖ رفعت محمد بهجت، الأطفال التوحديون، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، دون طبع، 2007.
- ❖ سامر جميل رضوان، الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان، ط1، 2002.

- ❖ سرور سعيد عبد الغني، مهارات مواجهة الضغوط في علاقتها بكل من ذكاء الوجداني ومركز التحكم، مجلة مستقبل التربية العربية، مجلد9، عدد 29. أبريل. 2003.
- ❖ سعيد حسني العزة (2000) : الإرشاد الأسري، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى.
- ❖ سهى أحمد أمين نصر، الاتصال اللغوي للطفل التوحيدي: التشخيص والبرامج العلاجية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2002.
- ❖ سلامة عبد العظيم حسين، استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية، دار الفكر، عمان، الأردن، ط 1، 2006.
- ❖ عاقل فاخر، معجم العلوم النفسية دار الرائد العربي، بيروت دون طبعة، 1988.
- ❖ عبد الله محمد قاسم، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، ط 1، 2001.
- ❖ علي حمدي، سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل، المكتبة الجامعية، مصر، ط 2، 2000.
- ❖ علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها دار الكتاب الحديث، الجزائر، ط 3، 2003.
- ❖ عمار الطيب كشرود، معجم مصطلحات علم النفس الصناعي والتنظيمي والإدارة (الإنجليزي، عربي) دار الكتب الوطنية، ليبيا، 1994.
- ❖ فاروق السيد عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 2008.
- ❖ فاروق عبده فلية، السيد عبد المجيد، السلوك التنظيمي في المؤسسات التعليمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط 1، 2013.
- ❖ فاطمة عبد الرحيم النواسية، الضغوط والأزمات والأساليب المساندة، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط 1، 2013.
- ❖ ماجد سيد علي عمارة، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء الشروق مصر، بدون طبعة، 2005.
- ❖ ماجدة بهاء الدين، الضغط النفسي مشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار الوفاء للنشر الأردن، ط 3، 2006.
- ❖ محمد أحمد الخطاب (2009): سيكولوجية الطفل التوحيدي، دار الثقافة للنشر والأولى.
- ❖ محمد الصيرفي، الضغط والقلق الإداري، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، دون طبعة، 2008، (www.islamweb.net/consult. 2008/05/2 (. 17 :30)
- ❖ محمد حسن غانم، كيفية تواجه الضغوط النفسية، آداب حلون، قسم علم النفس، مصر، دون طبعة، دون سنة النشر.

- ❖ محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحديون، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، بدون طبعة.
- ❖ مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة (2007): الإضطرابات السلوكية والإنفعالية.
- ❖ محمد علي كامل (2003): الأوتيزم، الإعاقة الغامضة بين المفهوم و العلاج، مركز الإسكندرية، مصر.

الدراسات الأجنبية:

- Association American de psychiatrie (2003): Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dsm4, masson, Paris.
- Bloche, H et all (1999): Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris. -Norbert Sillamy (1999): Dictionnaire de psychologie, édition janine faure (Larousse), Paris
- Mechanic.d, students under stress, study in the social psychology of adaptation, the university of wix onsim press 1978.
- Sely.h, the stress, conc epttody in i.L kufash, L.P, xhle singer et At, (ED.S) hamd book on stress and anxiety, sam Francisco jossy bass, 1981
- Daniel Marcelli (2006): Enfant et psychopatologie, edition Masson paris.
- Mario Leboyer (1985): L'autisme infantile, presse universitaire de france Paris, 1 ére édition.
- Lelord Suava (1991): L'autisme de l'enfant, Masson, Paris.
- Bernardeter rogé;2003;Autisme comorender et ag

الملاحق

الملحق رقم (1):

دليل المقابلة النصف موجهة

- البيانات الشخصية:
 - الاسم:
 - السن:
 - المستوى الدراسي:
 - المهنة:
 - مهنة الزوج:
 - عدد الأولاد:
 - مكان السكن: - قرية
 - نوع السكن : - فردي
 - حي شعبي
 - مدينة
 - مع العائلة
- 1- بيانات عامة حول الطفل التوحد:
- اسم الطفل:
 - عمره:
 - رتبته بين الإخوة:
 - سن الإصابة:
- 2- الحالة النفسية للأم قبل وعند اكتشاف الحالة:
- كيف كان إبنك قبل أن تعرفي أنه مريض؟
 - كيف تربي؟
 - من أدركت أن طفلك يعاني من التوحد؟
 - من أخبرك بذلك و كيف رد فعلك؟
 - كيف كان شعورك عندما علمت بذلك؟
 - ماذا فعلت عند سماعك الخبر؟
 - هل تظنين أن إيجابك لطفل طيف التوحد أثر على حياتك؟
 - كيف ذلك و هل تشعرين بالذنب؟
- 3- تعامل الأم مع الوضعية
- عند إدراكك ومعرفتك بأن ابنك مصاب بالتوحد ماذا فكرتي أن تفعلي؟
 - كيف كان رد فعل زوجك وهل تلقيتي الدعم منه ؟
 - كيف فكرتي أن تدخلي إبنك للمركز، ولماذا؟
 - كيف تتعاملين مع الوضع في الوقت الحالي؟

- هل تظنين أنك توفرين له كل الإمكانيات وتعطين له كل وقتك ؟
- هل تجدين الوقت الكافي للعناية به وبنفسك وبعائلتك ؟
- كيف هو وضعك في العمل وهل تستطيعين مواصلته؟
- 4- الحياة العلائقية:
 - كيف هي علاقتك مع طفلك ؟
 - هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك للإعاقة ؟
 - هل تعاملينه بنفس طريقة تعاملك مع الآخرين ؟ ولماذا؟
 - هل تغيرت علاقتك مع زوجك ؟
 - وهل تأثرت هذه العلاقة بإصابة إبنك ؟
 - هل تغيرت علاقتك بعائلتك كلها والجيران والأصدقاء بعد أن علمت أن إبنك مصاب بالتوحد ؟
- 5- النظرة المستقبلية للأم:
 - هل تعتقدين أن العناية بإبنك ستكون أصعب في المستقبل؟
 - هل تعتقدين أنه سيعيش حياة عادية ويحقق الاستقلالية؟
 - هل تظنين أنه سيشفي في المستقبل ؟
 - هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأطفال لو أتيح لك ذلك ؟ ولماذا؟
 - هل تظنين أنك قادرة على مواجهة هذه الوضعية والتعامل معها ؟

مقياس إدراك الضغط

P-S-Q

التعليمية: في كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الخانة المناسبة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً، وذلك من خلال سنة أو سنتين الماضيتين أجب دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك وأحرص على مسار حياتك خلال هذه المدة.

عادة	كثيرا	أحيانا	تقريبا أبدا	الوضعيات الضاغطة
				1- تشعر بالراحة
				2- تشعر بوجود متطلبات لديك
				3- أنت سريع الغضب وضيق الخلق
				4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها
				5- تشعر بالوحدة
				6- تجد نفسك في مواقف صراعية
				7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا
				8- تشعر بالتعب
				9- تخاف من عدم استطاعتك ادارة الأمور لبلوغ أهدافك
				10- تشعر بالهدوء
				11- لديك عدة قرارات لاتخاذها
				12- تشعر بالإحباط
				13- أنت مليئ بالحيوية
				14- تشعر بالتوتر
				15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم
				16- تشعر في أنك في عجلة من أمرك
				17- تشعر بالأمن والحماية

الملاحق

				18- لديك عدة مخاوف
				19- أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص آخرين
				20- تشعر بفقدان العزيمة
				21- تمتع نفسك
				22- أنت خائف من المستقبل
				23- تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس بأن تريدها
				24- تشعر بأنك وضع إنتقاد وحكم
				25- أنت شخص خالي من الهموم
				26- تشعر بالانهاك والتعب الفكري
				27- لديك قعوبات في الاسترخاء
				28- تشعر بعبئ المسؤولية
				29- لديك الوقت الكافي لتريح نفسك
				30- تشعر بأنك تحت ضغط مميت
				المجموع
				المجموع العام

