جامعة يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم العلوم الإجتماعية

العنوان

الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة :
فايزة يحياوي

إشراف الأستاذة:
فتحية عبد القادر شكراوي

السنة الدراسية 2020-2021

الإهداء

أُهدي ثمرة نجاحي إلي نور دربي وحياتي وتاج رأسي

"أبي" رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه،

كان خير صديق وسند في أكتافي.

إلى أمي الغالية أطال الله في عُمرها

كذلك أهديه إلى إخوتي وأخواتي

والى صديق سادني كثيرا رامي

والى جميع أطفالي الذين عرفتهم خلال بحثي

وأُخصص الإهداء إلى عصفوري "آدم".

شكر وعرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

"ولئن شكرتم لأزيدنَّكم"

صدق الله العظيم

الشكر لله الواحد الأحد لتوفيقه لي، فبفضله وصلت إلى هذه المرحلة التي أعتبرها مصدر عز وفخر لي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الفاضلة في انجاز هذا البحث:

"فتحية عبد القادر شكراوي"

والى جميع مُسيري قسم العلوم الاجتماعية

وكل من ساندني ووقف إلى جانبي من قريب أو بعيد

شكراً لمن منحني الوجود وربَّاني وأعطاني ثقته

وحُبَّهُ الذي لم يبخل عني بشيء الذي نزعها من نفسه

ومنحني إياها "أبي" لك كل الشكر فبك وصلت

إلى المعالي وبفضل دعواتك.

قائمة المحتويات

الفهرس:

المحتويات	الصفحة
بسملة.....	-
شكر	-
إهداء	-
قائمة المحتويات.....	
قائمة الجداول.....	-
الملخص.....	-
مقدمة.....	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول: **الإطار العام للدراسة**	
1-الإشكالية:	05
2_فرضيات البحث.....	08
3_ أسباب اختيار الموضوع.....	08
4_ أهمية الدراسة:	08
5_ أهداف الدراسة:	08
6 _ تحديد المصطلحات:	09
7_ الدراسات السابقة:	09
الفصل الثاني: **الضغط النفسي**	
تمهيد:	17
1_ نشأة وتطور الضغط النفسي:	18
2_تعريف الضغط النفسي:	19
3_الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين:.....	20
4_مصادر الضغط النفسي:	21
5_ أنواع الضغط النفسي:	23

6_ أعراض الضغط النفسي:.....	24
7_ آثار الضغط النفسي:	25
8_ علاج الضغط النفسي:	27
9_ النظريات المفسرة للضغط النفسي:	30
10_ طرق مواجهة الضغط النفسي:	35
11_ أساليب قياس الضغط النفسي:	37
خلاصة الفصل:	40
الفصل الثالث: **التوحد**	
تمهيد.....	42
1_ لمحة تاريخية عن التوحد:	43
2_ تعريف التوحد:	45
3_ نسبة انتشار التوحد:	47
4_ أعراض التوحد:	50
5 _ أسباب التوحد:	58
6_ أنواع التوحد:	64
7_ سمات الطفل التوحدي:	66
8_ المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:	72
9_ علاج اضطرابات التوحد:	74
10_ أدوات تشخيص وقياس التوحد:	79
11_ تكيُّف الأسرة مع التوحد:	81
خلاصة الفصل:	82
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع **الإجراءات الميدانية للدراسة**	
تمهيد.....	85
1_ منهج الدراسة:	86
2_ الدراسة الاستطلاعية:	86

3_ حدود الدراسة:	86
4_ عينة الدراسة:	87
5_ أدوات الدراسة:	88
خلاصة الفصل:	91
الفصل الخامس **عرض وتحليل النتائج**	
1_ عرض النتائج:	93
2_ مناقشة الفرضيات:	115
خاتمة.....	ج
قائمة المراجع.....	121
الملاحق.....	127

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
جدول رقم01	يمثل المقارنة بين الضغوط الايجابية والسلبية حسب كيلي 1994:	23
جدول رقم02	يمثل آثار الضغط النفسي حسب ماجدة بهاء الدين:	26
جدول رقم 03	يوضح درجة الضغط النفسي	97
جدول رقم 04	يوضح درجة الضغط النفسي	102
جدول رقم 05	يوضح درجة الضغط النفسي	106
جدول رقم06	يوضح درجة الضغط النفسي	111
الجدول رقم 07	يوضح درجة الضغط النفسي	115

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة معاناة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من الضغط النفسي.

حيث حددت الدراسة بالتساؤل العام: هل تُعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية؟

وتتفرع منها التساؤلات الجزئية:

- هل تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي مرتفع؟

- هل تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي متوسط؟

حيث انقسمت هذه الدراسة إلى جانبين:

- جانب نظري تناولنا فيه ثلاث فصول: تحت عنوان الفصل التمهيدي للدراسة والثاني الضغط النفسي والثالث التوحد. أمَّا الجانب التطبيقي استند على البحث الميداني والتحقق من الفرضيات.

- أُجريت الدراسة في بلدية عين بوسيف، وتم اختيار (05) حالات (أمهات)، مُستعملة في هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي بالاعتماد على دراسة الحالة وقد تمَّ تطبيق مقياس الضغط النفسي للكشف عن الضغط الموجود لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

توصلنا إلى تحقيق الفرضية العامة التي تنص على أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعاني من ضغط نفسي، وكذلك تحققت الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أنه تعامي أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي مرتفع من خلال: البكاء، القلق، التوتر، الخوف. وتحققت الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي متوسط من خلال نبرات الصوت مع التفاؤل.

مقدمة

مقدمة

قال تعالى في كتابه: " ولقد خلقنا الإنسان في كبد "

واستنادا إلى الحكمة الربانية، و إلى دين الفطرة السليمة على حد تعبير الشيخ الفاضل الإمام الغزالي فإن الإنسان مذ خلق وعلى مر الأزمان يكابد شتى الضغوطات النفسية.

والتي أصبحت في عصرنا الراهن سمة أساسية، نظرا لما يتميز به من تطورات وتغيرات معقدة وأمراض، فهي تشمل العديد من المواضيع و الأشياء التربوية، الدراسية، المهنية، الأسرية والصحية، ...وغيرها؛ والتي تُولِّد صعوبة كبيرة ونوعا من العجز في مواجهتها والتعامل معها بإيجابية.

ولئن كانت الضغوط النفسية قضية العصر في كل المجتمعات، و تَمُسُّ كل شرائحه، إلاّ أن شريحة أمهات الأطفال التوحديين من أكثر الشرائح حساسية وعدمه للإصابة بها.

وفي هذا فقد أشارت الدراسات أن معايشة الضغوط تؤثر سلبا على صحة الأفراد ؛ و بالتالي تساهم في تطوير جميع الأعراض المرضية، فأحداث الحياة الضاغطة و المستمرة تستنفذ طاقة الفرد و قدراته على التكيف، و تعرضه للإجهاد ؛ و الذي عادة ما يكون نقطة بداية المرض النفسي.

و إذا تناولنا فئة الأمومة (الأم) خاصة أم الطفل التوحدي، فإنها غالبا ما تواجه أزمات نفسية حادة . فإصابة طفل توحد في الأسرة يعتبر من أعقد الإعاقات و أصعبها لما تتسم به من الانغلاق و النمطية، و لما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر ؛ و هذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الموجودة على عاتقها وبين الاهتمام الزائد بابنها واضطرارها في الكثير من الأحيان إلى التنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع التوافق الأسري.

كان الهدف الأسمى والأساسي من هذه الدراسة هو معرفة نسبة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. و عليه قُسِّم البحث إلى جانبين: جانب نظري، و جانب تطبيقي. الجانب النظري قُسِّم إلى ثلاثة فصول، حيث تطرقت في الفصل الأول إلى: إشكالية البحث وفرضياته، أسباب اختيار الموضوع، أهمية و أهداف الدراسة، والدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني: فقد تم التركيز فيه على الضغط النفسي، إذ تعرضت إلى نشأة و تطور الضغط النفسي، مفهومه، مصادره، أنواعه، أعراضه، آثاره، وعلاجه و الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسرة الأطفال التوحديين، وكذلك طرق قياس الضغط النفسي:

أما الفصل الثالث: فقد قمت بالتركيز على التوحد، حيث تناولت فيه: تعريف التوحد، أعراضه و أنواعه، أسبابه، وسمات الطفل التوحدي، وعلاجه، وأدوات تشخيصه و قياسه.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد قُسِّم إلى فصلين:

الفصل الرابع: تناولت فيه الجانب المنهجي الذي يضم: منهج البحث، عينة البحث، الحدود الزمنية و المكانية.

أما الفصل الخامس و الأخير فيتضمن: عرض النتائج و تحليلها.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية:

يُعتبر ميلاد طفل جديد في الأسرة فرحة كبيرة للوالدين والأسرة ككل،ولاشك أن كل أب وأم ينتظرون طفلهم القادم بشوق ولهفة كبيرين، ويتمثل ذلك بالممارسة السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها والتي تظهر على استعدادهم لاستقبال ذلك الطفل وتحمل المسؤولية، ومن هذه المظاهر التي نتحدث عنها اهتمام الوالدين وخاصة الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها ويظهر ذلك في أدائها الحذر لمهامها الوظيفية في البيت ومراجعتها المستمرة للطبيب المختص، حيث تُعْتَبَرُ عملية الحمل عند الأم وإنجاب طفل من أهم الأحداث التي تمر بها في حياتها، فمنذ الطفولة المبكرة نجد أن الطفلة الصغيرة تعبر عن رغبتها الشديدة في الأمومة من خلال لعبها بالدمى وتقمص دور الأم، فهذا الطفل المستقبلي موجود منذ ممتع للأنا.

كما يتطلع الوالدان القدم في المعاش الهوامي للطفلة الصغيرة، وحسب الباحث **"ليبوفينزي"** 1985 فان هذا الطفل محفوظ في هوام نشط، والذي تفكر فيه الفتاة دائما دون أن تبوح به، فهو يعتبر أن الطفل ما هو إلا نتاج لرغبات قديمة للأمومة والذي يمثل الصراع الأوديبي وهوامات الطفولة للأم، فَيُعْتَبَرُ الطفل بالنسبة للمرأة كتعويض لفقدان الموضوع القضيبي، وبالتالي يحقق لها إشباعا نرجسيا، وبالتالي فالطفل الذي يولد مكتمل النمو في صحة جيدة سوف يحقق إشباعا نرجسيا للام ومحاط تحت نرجسي لا حدود له، وهو تجسيد للكمال وتوغل رائع

لميلاد طفلهم ويتوقعون قدومه معافى وسليما، ويحلمان بشكله ويخططان لمستقبله وما المهنة التي سيعمل بها، ويتحاوران في كثير من القضايا التي تبدو لهما أنها قريبة ويهيمان بالأمور الدقيقة التي تتعلق بمهنته ولباسه وسلوكياته، فليس من السهل على الإنسان أن يتحمل مسؤولية الأبوة أو الأمومة وذلك لأنها من اعقد المسؤوليات وخصوصا إذا كان أبا أو أما لطفل غير عادي.

يبدو أن هذه الخواطر تنشأ عفويًا في حالة مجيء طفل يتمتع بصحة جسمية وعقلية سوية، وفي حين تحتل صورة 'الوليد المثالي' عندما يأتي الطفل بإعاقة ما سواء كانت وراثية أم بيئية مكتسبة، ولهذا فان ميلاد طفل ذي إعاقة في الأسرة يمثل صدمة شديدة لأعضاء النسق الأسري خاصة الأم، حيث هي بداية مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى أحداث تغبر جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة نذكر عبارة قد ذكرتها إحدى الأمهات في معرض حديثها(عندما عرفت أن طفلي معاق أحسست بأن شيئا ما بداخلي قد مات، شيء اعرفه تماما بأنه لن يعود إلى الحياة أبدا). تمثل هذه العبارة صورة عن شدة الصدمة النفسية والألم الذي قد يشعر به الوالدين وخاصة الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة

طفلها، إن الشعور بالصدمة ليس متساويا بين الآباء، بل يتراوح في شدته بين فرد وآخر وبين أسرة وأخرى، وكذلك بين إعاقة وأخرى.

فاكتشاف الأم لأهمية هذا الحدث في حياتها وما يتسم بصعوبة في تَقَبُّل الأمر بالنسبة لحجم هذه المهمة وتعقيدها لأنه ليس من السهل التعامل مع طفل غير عادي وثقل مسؤولية الرعاية للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالنظر إلى أنها أكثر من يحتك بالطفل سواء كانت الإعاقة جسدية كالحركية أو حسية كالبصرية أو السمعية أو اضطراب نمائي كالتوحد.

يُعَدُ التوحد من أبرز الاضطرابات تعقيداً كونه يتسم بالوحدة والانغلاق على الذات ، ويمتد تأثيره ليشمل جوانب عديدة منها المعرفية، الاجتماعية واللغوية وكذلك الجانب الانفعالي. يلاحظ على الطفل التوحدي إفراط في الانطواء والانعزال وُيعاني ضعف في العلاقات مع الآخرين وتقوقع داخل الذات وعدم الارتباط بالآخرين حتى أقرب الناس إليه وهم والديه إلا أنه يستجيب ويتفاعل مع البيئة التي لا حياة فيها، ويكون انفعاله حاد لأي تغيير طفيف في البيئة من حوله مثل: ترتيب الأثاث داخل البيت، ويتجنب التحديق والاتصال بالعين والتعرف الوجهي، فهو من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للوالدين والعائلة، كماُيعتبر اضطرابُمؤلم ومحير للآباء ويَصعُب عليهم فهمه، وبالتالي فانَّ موضوع التوحد والتعامل معه يشغُلُ حيزاً كبيرا من الجهود العلمية للمختصين في علم النفس والتربية في عالمنا المُعاصر وذلك لما يَفتقدُ المتوحدين لوعي الذات بشكل واضح وضُعف الرابطة الوجدانية والتعاطف الانفعالي والميل الواضح لانتقاء مُثيرات محددة من البُنية والانتباه إليها بشكل مفرد وبالتالي أصبحت نفسية ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والتوحديين بصفة خاصة من المشاكل الرئيسية التي يُواجهها العالم بأكمله وأصبحت الحاجة ماسة الآن إلى تكاثُف الجهود الإنسانية لضمان دمج هذه الفئة في المجتمع.

كما أنَّ هذا الاضطراب يظهر بعد الولادة ومع مرور الوقت وهذا ما يؤثر على الأسرة بالسلب ، والواقع أنَّ هناك العديد من الدراسات التي تطرَّقت لهذه المجالات التي تُساعدنا في التَّعرُّف على أهم المشاكل التي تتعرَّضُ لها أُسَر الأطفال التوحديين والتي سيكونُ لها الأثر البالغ على التكيُّف سواءٌ داخل التنظيم الأسري ذاته أو خارج هذا التنظيم.

ويرجعُ شُعور أُسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتوحديين بصفة أخص بالضغوط النفسية بدرجة أكبر من أسر الأطفال العاديين، لأنَّ الأسرة غالباً ما تفقدُ المُساندة من المجتمع بالإضافة إلى وجود فجوة بين ما يتوقعه الوالدان من المتخصصين، وما يُقَدمُ لهما بالفعل من معلومات وخدمات لطفلهما، علاوة عن الرغبة الجامحة في سرعة ظُهور نتائج ايجابية، والتخلُّص مما قد يُعدُّ عائقاً حقيقياً

أمام العودة للحياة العادية، وذلك يُعرضهم لعدد من الضُغوط، الأمرُ الذي يجعلُ الأُمهات يَسْعَونَ إلى تطوير أساليب مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقة الطفل فضلاً عن تلبية الحاجات الخاصة بهم لمُواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء.

كما أنَّ أحداث الحياة الضاغطة التي تعاني منها أمهات الأطفال التوحديين بوابة واسعة للدخول إلى الأمراض النفسية وانحرافات الشخصية كونها أحد أمراض الحصر الحضارية الناتجة عن كثرة الانشغال وتراكم المسؤوليات الكثيرة والقلق والتوتر المصاحبين لهما. كما أنَّ من أهم الأحداث الضاغطة التي تُؤثر على الأمهات وتجعلهُنَّ يَشعرنَّ بالتوتر والإحباط هو اضطرار البعض لترك أعمالهن بسبب الوقت الإضافي المطلوب منهُنَّ لرعاية الابن المضطرب، بحيث يجدنَ صعوبات في الخروج للعمل بسبب الاحتياطات الزائدة التي ينبغي اتخاذها لحمايته، وقد ينعكس ذلك تعلى الناحية المادية للأسرة، كما أنَّهُنَّ يُعانين من مستوىً عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين إلا أنهن يعانين ألم إلى درجة أنَّهُنَّ يمرُرن بمرحلة إنكار الذات وعدم التصديق والحزن وقد يتولد لدى الأم الشعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة ويُسيطر عليها الشعور بالإحباط والاضطهاد فهي تترقبُ ابتسامة أو علامة حب بينما تصطدم بعدم رغبته في التواصل معها. وكذلك بعض الأمهات تستعمل أسلوب الرفض كرد فعل لمواجهة الاضطراب، والهروب واللجوء إلى التذمر والشكوى.

فالضغوط النفسية ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية تَنتَابُ الجميع وكل الأعمار، يختبرُها الشخص بوجود خطر أو سبب يُعرض استقراره أو وجوده المادي أو الاجتماعي ولمن 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.

ونظراً لأهمية موضوع الضغط النفسي وأساليب المواجهة لدى أم الطفل التوحدي ومن خلال معايشة بعض أمهات الأطفال التوحديين ورؤية مشاعر الحزن والاكتئاب على ملامحهم وكذلك نقص الاهتمام بدراسة طرق الأولياء والأمهات خصوصاً في مواجهة الضغوط وإيجاد الحلول المناسبة التي تُخفف من صراعهم المؤلم مع الحياة في ظل محاولة تكيُّفهم مع وجود طفل التوحد ومتطلباته. وهذا ما سنحاولُ معرفته والإجابة عليه من خلال التساؤلات التالية:

_هل تُعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي ؟

2_فرضيات البحث

الفرضية العامة:

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوطات نفسية.

الفرضيات الجزئية:

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي مرتفع.

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي متوسط.

3_ أسباب اختيار الموضوع

_ الرغبة في التعرف على اضطراب التوحد والتعمُّق فيه.

_ الاهتمام بفئة أطفال التوحد المشكلة بحد ذاتها.

_ التعرُّف على معاناة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

_ حُبي للأطفال وتعلُّقهم بي.

4_ أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

_ التعرف على الضغوطات ا لتي تعيشها أمهات أطفال التوحد.

_قلَّة الدراسات و الأبحاث العلمية العربية والمحلية التي تطرَّقت لموضوع الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد عكس فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى.

أهمية إجراء دراسة ميدانية حول هذا الموضوع للاستفادة من نتائج الدراسة وتوظيفها في مجال تقدم خدمات نفسية اجتماعية لهؤلاء الأمهات وخدمات إرشادية لتخفيف مستوى الضغط النفسي لديهن.

_ تركز هذه الدراسة على أحد جوانب المعاش النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد نظراً لأنَّ الأم هي أكثر تأثُّراً بحالة طفلها على عكس أغلب البحوث في ميدان التوحد التي ركزت على الطفل المصاب.

5_ أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي :

*التعرف على المعاناة التي تتعرض لها الأمهات.

*محاولة وضع جلسات نفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد من أجل التقليل من شدَّة الضغط النفسي.

*اقتراح معلومات ودورات تقوم على أساس علمي حول كل ما يتعلَّق بالضغط النفسي وكيفية التخلُّص منه، لكي تتولى المؤسسات المعنية بالتوعية.

*لفت الانتباه لهذه الشريحة من المجتمع ومدى انتشار هذا الاضطراب وتأثيره على الأمهات.

6 _ تحديد المصطلحات:

أ-الضغط النفسي اصطلاحا:

يُعرّف (1972) الضغط بأنه أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية، يكون على درجة من الشدَّة والحدَّة بحيث يؤدي ارتفاعه إلى اختلال في السلوك أو عدم التوافق ،أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض. (عبد المعطي،2006، ص 20).

الضغط النفسي إجرائيا:

يتحدد مفهوم الضغط النفسي في هذا البحث بالدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل التوحدي .

ب-التوحد:

اضطراب نمائي يؤثر على مظاهر النمو العقلي.

أم الطفل التوحدي:

أ- الطفل التوحدي اصطلاحاً:

يُعرف الدليل التشخيصي الرابع (dsm4) التوحد هو حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل الذي يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللُّغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسي والنمو الحركي وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاثة الأولى. (مصطفى نوري القمش،2011،ص 23).

ب-التعريف الإجرائي للطفل المصاب بالتوحد:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (2) إلى (17) سنة الملتحقة بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة.

التعريف الإجرائي لأم الطفل التوحدي:

هُنَّ أمهات الأطفال المصابون بالتوحد المُسجلين بمدرسة أقسام التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة.

7_ الدراسات السابقة:

أ-الدراسات العربية:

* دراسة الشايب (1994): **بعنوان الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية للتعامل مع ضغوطهم النفسية:** والتي هدفت إلى التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية للتعامل مع ضغوطهم النفسية وقد تألفت من (150) مرشدا ومرشدة في مديريات

التربية في عمان، حيث طبق عليهم استبيان استراتيجيات التكيف استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية، وقد لأشارت الدراسة إلى:

_ أن إستراتيجية حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من حيث الاستخدام.

_ هناك فروق فردية تعزى إلى متغير الجنس في استخدام استراتيجيات المواجهة والتمارين الرياضية والترفيه لصالح الذكور.

* دراسة البديرات (2006): **بعنوان التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال التوحديين:** هدفت الدراسة إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال التوحديين وعلاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم والمستوى الاقتصادي وتألفت عينة الدراسة من (88) فرداً وشكلوا ما نسبته (82)من عينة الدراسة المختارة من إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين تم اختيارهم بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات وقد استخدم فيها مقياس مطور من قبل الباحث يضم (44) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة التوحديين تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث ومتغير درجة التعليم لصالح المرحلة الأساسية، ومتغير الدخل الشهري لصالح الدخل الشهري المتدني.

* دراسة غدي عصفور (2012): **بعنوان الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، تكونت عينة الدراسة من (40) أماً من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وقامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد، بعد إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة حيث تم استخدام اختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين 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 المراهقين التوحديين بينما أظهرت وجود فروق ذات دلالة لمجالي القلق على مستقبل الطفل ومجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة.

* دراسة زعارير(2009): **بعنوان مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره:** تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم الأطفال الذين يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن،

طُبق عليهم مقياس الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص.

انتهت النتائج بأن أبرز الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيُعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

* دراسة سهام رياض الخفش(2001): **بعنوان استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء ذوي الاحتياجات الخاصة:** تألفت عينة الدراسة من (525) فرداً منهم (423) أباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و (102) آباء لأطفال عاديين.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الاختلاف في الاستراتيجيات التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم، ومعرفة إن كانت هناك فروق ذات دلالة الاستراتيجيات تعزى لمتغيرات حالة الطفل وشدة الحالة وجنس الوالدين والمستوى التحصيلي لديهم وان كان هناك فروق بين آباء ذوي الاحتياجات الخاصة وآباء الأطفال العاديين، استخدم تحليل التباين الأحادي (ت) والتحليل التمييزي، وأظهرت النتائج:

استراتيجية حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من ناحية استخدمها من قبل آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وآباء الأطفال العاديين، وجود فروق دالة إحصائيا تبعاً لحالة الطفل في استخدام الاستراتيجيات التالية:

الاسترخاء(ضبط التوتر) والتمارين الرياضية واللياقة البدنية والترفيهية، وجود فروق بين آباء ذوي الاحتياجات الخاصة مع ضغوطهم النفسية تعزى للمستوى التحصيلي.

* دراسة جبالي صباح(2011): **الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون:** وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وشمل البحث عينة قوامها (66) أم لأطفال مصابين بمتلازمة داون تم انتقائهن بطريقة قصدية، وقانت الباحثة بتصميم أدوات البحث

مستخدمة استمارة البيانات الشخصية واستبيان الضغوط النفسية واستبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية. وقد أسفرت نتائج البحث على:

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون من ضغوط نفسية مرتفعة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الايجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الابن المصاب.

_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية وتوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغيرات سن الأم والمؤهل التعليمي للأم.

ب-الدراسات الأجنبية:

* دراسة فلينت وود(1989): **بعنوان دراسة الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته:** والتي هدفت إلى معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة(سن الابن المعاق، سن الأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة)، تكونت العينة من (90) أم لأطفال من فئة التخلف الذهني المتوسط، أعمار الأمهات من (25) إلى (60) سنة وأعمار الأبناء من (06) إلى (21)، استخدم مقياس الضغط الأسري. وانتهت نتائج الدراسة كالتالي:

_ وجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من سن الأم.

_ لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط وفقاً لاختلاف سن الابن.

_ وجود فروق دالة بين الأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع والأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض في القدرة على مواجهة الضغوط لصالح الأمهات ذات المستوى المرتفع.

* دراسة ايوا بسيلا(1999) Ewa & Pisula: **بعنوان بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة):**

هدفت الدراسة لتحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الأطفال المصابين بالتوحد وتحديد بروفيل الضغط النفسي بأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

تكونت العينة من (25) أم طفل مصاب بالتوحد و (25) أم طفل مصاب بمتلازمة داون، تراوحت أعمار الأمهات ما بين (26) سنة إلى (58) سنة، وتراوحن أعمار الأطفال ما بين (04) إلى (20) سنة.

استعملت استمارات البيانات الأولية من إعداد الباحثة ومقياس الضغط لدى العائلة (QRS) من إعداد (Hilryuod 1987). توصلت النتائج أن الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يُعانون من ضغوط منخفضة بسبب وضوح التشخيص و مآل الإصابة منذ الولادة. كما أن أمهات الأطفال التوحديين يُعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد (30) شهراً بعد الولادة وغموض مآل الإصابة أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات متلازمة داون وهي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن، أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد التبعية لصالح الأمهات المصاب أبنائهم بالتوحد.

_ التعليق على الدراسات السابقة:

من هنا يُمكننا القول عما سبق من الدراسات أعلاه وبما تخدم ويُميز موضوع بحثنا:

فان أغلب الدراسات تناولت الضغط النفسي عند أمهات وآباء الأطفال المعاقين ذهنياً على غرار الأطفال التوحديين، وقد أجمعت كلها تقريباً على أن أمهات الأطفال المعاقين يُعانون من ضغوط نفسية مرتفعة أكثر مقارنة بالآباء.

* فقد تم تناول موضوع الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لدى فئات مختلفة طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة بمتغيرات تعزى إلى(سن الأم، الابن، المستوى التعليمي، والسند.....)وهذا ما سنُحاول التوصل إليه في دراستنا الحالية:

-وقد اتجهت كل الدراسات إلى تسليط الضوء على الأثر السلبي لتربية طفل معاق أو غير سليم على الأم التي تعيش حالة من القلق، الاكتئاب والحزن، والضيق جرَّاء إصابة ابنها مما يدفعها إلى البحث عن حلول تُخلصها أو تُخفف عنها التوتر.

1_ من حيث الهدف:

لاحظنا أن معظم الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية أنها تناولت متغيرات الدراسة الحالية وهي كالتالي.

_ في دراسة غدي عصفور (2012) ودراسة زعارير (2009) وكذلك دراسة ايوا بسيلا (1999) كان الهدف منها هو دراسة متغير واحد من متغيرات الدراسة الحالية وهو الضغط النفسي الواقع على أم الطفل المُعاق أو التوحدي أو إخوته ومعرفة آثار ومصادر تلك الضغوط النفسية بالإضافة إلى دراسته مع متغير الحاجيات لدى أولياء المعاقين مثل دراسة السرطاوي (1998)، فتناولت الضغط النفسي وفق متغيرات (السن، والمستوى التعليمي وغيره...).

كما تمَّ تناول كلا مُتغيرات الدراسة الحالية في دراسة الجبالي (2012) وفق متغيرات السن وغيره، غير أن الدراسة طُبقت على ذوي الاحتياجات الخاصة وأطفال متلازمة داون.

2_ من حيث المنهج:

اختلفت المناهج حسب متغيرات الدراسة عند أغلب الدراسات استعملت المنهج الوصفي والمنهج المقارن، وذلك لكبر حجم العينة حيث كانت أصغر عينة تبلغ (40) وأكبر عينة تبلغ (525)، كما أن هناك بعض الدراسات لم يتم ذكر أو تحديد للمنهج الذي اتبعته في الدراسة، أما فيما بَخُص الدراسة الحالية وقد اعتمدت على المنهج العيادي (دراسة الحالة) وعلى عينة مُتكونة من (05) أمهات للأطفال المصابين بالتوحد.

3_ من حيث الأداة:

لقد اعتمدت في هذه الدراسة على مقياس إدراك الضغط النفسي للفنستاين (PSQ)، وهذا يختلف تماماً عن الدراسات التي تمَّ عرضها، حيثُ أن بعضها استخدم مقياس الضغوط ومقياس التعامل نع الضغوط، واعتمدت البعض الأخرى على مقياس الضغوط النفسية و مقياس أساليب المواجهة من إعداد الشخص.

4_ من حيثُ النتائج:

_ اتفقت أغلب الدراسات على وجود إدراك مرتفع للضغط النفسي لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة والتوحديين.

_ اختلفت نتائج الدراسات نوعاً ما في وجود الفروق ذات الدلالة الإحصائية في أساليب مواجهة الضغوط لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً للمتغيرات.

_ أساليب المواجهة التي تعتمد على حل المشكلات هي الأكثر استخداماً مثل دراسة الشايب والخفش.

وعلى هذا الأساس جاء البحث التالي ليؤكد نفي بعض الجوانب التي تمَّ التطرُّق إليها في الدراسات السابقة والذي استفاد منه الباحث فيما يلي:

- صياغة الفرضيات واختيار المنهج الأكثر ملائمة للبحث الحالي.

- الاطلاع على الأدوات المعتمد عليها في قياس المتغيرات في الدراسة

الفصل الثاني:

الضغط النفسي

تمهيد:

بات مصطلح الضغط النفسي من المصطلحات الشائعة وكثيرة الاستخدام لدى الإنسان وأصبح يُشكل جُزءاً من يشكل جزءاً من مفردات الوقت الحاضر وارتبطت طبيعة الحياة المعاصرة بزيادة الضغوط، وأصبح مصطلح الضغط النفسي مصطلحاً رئيسياً في عدة مجالات كالطب وعلم النفس، وعلم الاجتماع وغيرها....

ومما لاشك فيه أَنَّه ثمة علاقة بين الوقوع في تأثير الضغوط المختلفة كولادة طفل غير عادي في الأسرة، ولأنَّ الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة فإنها تزداد تعقيداً إذا كانت الأم أُماً لطفل مصاب باضطراب نمائي كالتوحد، وذلك لأنَّ كل أم تتوقع وتنتظر أن تُرزق بطفل سوي وطبيعي.

ومن أجل فهم الضغط النفسي لدى العامة وخاصة الضغط عند أم الطفل التوحدي، لذا سنتطرق في هذا الفصل إلى نشأة وتطور مصطلح الضغط النفسي ومفهومه، وأنواع الضغط النفسي التي يمكن التعرض لها، ومصادرها، والآثار المترتبة عن الضغوط وأعراضها، وأخيرًا بعض النظريات المفسرة له وطرق مواجهته.

1_ نشأة وتطور الضغط النفسي:

إنَّ دراسة مصطلح الضغط النفسي من الناحية الزمنية هو أمر ليس باليسير لأنَّ كلمة ضغط (Stringer) في حد ذاتها سابقة لتاريخه فهناك من يراها مأخوذة من الكلمة اللاتينية« Stress » التي تعني "سحبه بشدة"، وأن هذه الكلمة استخدمت لأول مرة خلال القرن الرابع عشر، ولكن لم يكن هذا الاستخدام بصورة ثابتة ومنظمة. (ناصر لميس،2003 ص 42).

- يرى لازاروس (lazaros 1996) أن الأدبيات المعنية بهذا المصطلح ترى أن نشأة مفهوم الضغط يرتبط تاريخياً بميدان الهندسة، وهي تعني في الاستخدام العلمي قوة خاصة، أو تأكيد لكلمة أو فكرة خلال الكلام أو الكتابة وترى كوباسا (ko bassa 1979) أن مفهوم الضغط انتقل إلى علم الاجتماع عام 1946، وأوضح كوكس (cox) أن الضغوط تظهر في مجموعة المتاعب(troubles) التي يقصد بها المواقف التي تخرج عن النمط العادي للحياة أو مواقف تعرقل الأنشطة العادية.

(الموسوي حسن،1998، ص102).

إن هذا المفهوم الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي، تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حيث كان يُشير إلى الإجهاد Strain والضغط " presse" والعبء " "Load".

انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلاليته كعلم له منهج خاص به، وأيضاً استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد "هانز سيلي" الطبيب الكندي عام 1956،عندما درس "أثر

التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد".

ويرى مارشال وكوبر (Marshall and Cooper 1979) أن الاشتقاق اللغوي للمصطلح مشتق من اللغة اللاتينية، وقد استخدمت شعبياً في القرن السابع عشر بمعنى الشدة، الحزن أو البلاء.

(المحمداوي محمود، 1990).

وأشار النابلسي وآخرون (1991) أن ابن سينا أول من درس الضغط النفسي بطريقة علمية تجريبية، فقد قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحد مطاولة الآخر وكانت النتيجة هزال الحمل، ومن ثَمَّ موته، وذلك بالرغم من إعطائه نفس كميات الغذاء التي يستهلكها حمل آخر، ويعيش في ظروف طبيعية، ليُسَجلَ ابن سينا عدة سبقات في آن معاً، فهو قد أرسى المبدأ التجريبي ومبدأ

علم النفس الحيواني، ومبدأ البسيكوسوماتيك، وخاصة مبدأ الضغط النفسي الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت خوفاً، وقد كُررت هذه التجربة على أيدي باحثي القرن العشرين.

(محمد أحمد النابلسي و آخرون،1991، ص16).

وفي سنة 1914 قام الفيزيولوجي الأمريكي والتر كانون (W ,canon) بربط مصطلح الضغط بعمليات التنظيم الهرموني للانفعالات عند الحيوانات وفي سنة 1945 قام كل من الطبيبين" J ,spiegel و R ,grinker " وهما طبيبين مختصين في الأمراض العقلية والنفسية التي ظهرت أثناء الحرب وقد ذكرا ذلك في كتاب لهما تحت عنوان: "أشخاص تحت الضغط Men Under stress "، ليُشير إلى الحالة النفسية للجنود المُعَرَّضين لانفعالات المعارك، والتي تُنتج اضطرابات عقلية نفسية حادة ومزمنة.

(العفيفي إيمان،ص 38، 39).

2_تعريف الضغط النفسي:

أ-لغة: يقصد به ضغطه ضغطاً، وزحمه أي شدد وضيق ويقابلها في الأصل اللاتيني (Stress) وهو مشتق من الكلمة اللاتينية (Sictus) ليشير إلى الصرامة ويدُل معناه على الشعور بالتوتر والإثارة والضيق، إذ يرجع في أصله إلى الفعل(Stringer) ويعني شدد وضيق.

(طه عبد العظيم،2006 ص17،18).

وفي قاموس علم النفس ل "حامد عبد السلام زهران"الذي أورد عدَّة معاني عربية لكلمة (Stress)، منها:

-الإجهاد، الشدة، الكرب، الضائقة، التشديد والانعصاب.

(حامد عبد السلام زهران،2005 ، ص 214).

ب-اصطلاحاً: يعرفه سيلي (1956-1971) أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرُّض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو المتطلبات البيئية مثل التغَيُّر في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت ضغط نفسي.

(ماجدة بهاء الدين،2008 ص 20).

-يُعرفه دافيد وف Davidoof (1983): بأنَّه مجموعة من المؤثرات غير السارة التي يُقيمُها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتُؤدي إلى اختلال في الوظائف النفسية والفيزيولوجية.

(ماجدة بهاء الدين،2008، ص 12).

-وعرَّفه عبد الستار إبراهيم(1998):هو أيُّ تغيُّر داخلي أو خارجي من شأنه أن يّؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة. وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما في ذلك ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر والصراعات الأسرية، ضغوطاً مثلها مثل الأحداث الداخلية كالإصابة بالمرض أو التغيُّرات الهرمونية. (طه عبد العظيم حسين، 2006 ص 21).

ويُعرفه بيك سنة (1986Beck): أن الضغط النفسي هو استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تُسببُ له الإحباط وتَعوقُ اتزانه أو موقف يُثيرُ أفكاراً عن العجز واليأس والاكتئاب. (وليد السيد خليفة، 2008 ص 128).

-ويُعرفه البيلاوي سنة (1998):أنه الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التكيف وتزداد هذه الحالة إلى درجة كلما ازدادت شدة الظروف والمطالب أو استمرت لفترة طويلة.

بالإضافة إلى السادوني سنة (1993): التي ترى أن الضغط النفسي حالة نفسية تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يُدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة. (أحمد نايل العزيز، 2009 ص 25).

ويُشير علي عبد السلام (2000):إلى أن الضغوط النفسية عبارة عن سلسلة من الأحداث الخارجية التي يُواجهها الفرد نتيجة للتعامل مع البيئة ومتطلباتها ممَّا يفرض عليه سرعة التوافق في مواجهة الأحداث لتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية والوصول إلى تحقيق التوازن.

(خالد محمد، 2008، ص 131، 132).

3_الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أُسر الأطفال التوحديين:

إنَّ وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن درجة تقبُّل الأسرة لهذا الطفل وأبرز المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين

بشكل عام، الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاكتئاب والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المالية والعزلة على الناس، ومن الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل معاق في الأسرة. إن الأس تعاني كثيراً من الضغوطات النفسية عند محاولتها التكيُّف والتعايش مع الطفل المعاق،وقد أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأُسر المعاقين إلى أنَّ أغلبية هذه الأسر تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصلُ عند بعضها إلى درجة المرض. (ثامري السعيد، 2019 ص 40).

***تعريف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين:**

هي ردود الفعل التي تُبديها الأمهات في حالة علمهنَّ بإعاقة أطفالهن، والإحساس المتزايد بالصدمة والشعور بالضيق والتوتر، ومشاعر الإحباط فيما يتعلَّق بسلوكيات أطفالهنَّ، وتعليمهم وكيفية رعايتهم والقلق على مستقبلهم، والتعرُّض للإحراج الاجتماعي في مواقف عديدة.

(ثامر فرح سهيل، 2015، ص 277)

4_مصادر الضغط النفسي:

تنقسم مصادر الضغط النفسي إلى مصدرين م داخلية وخارجية:

أولاً: المصادر الداخلية: تنبُع من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف.

*مصادر عضوية: وهي التي تتمثل في الإصابة بالمرض، وصعوبات النوم والإسراف في إجهاد الجسم عن طريق الألعاب أو الأعمال واختلال النظام الغذائي، والآثار الصحية والعضوية السلبية التي تنتج عن أخطائنا السلوكية في نظام الأكل والنوم، والعمل أو التدخين.

* مصادر كيميائية: وهي التي تتمثلُ في سُوء استخدام الأدوية والعقاقير والطعام.

(إبراهيم عبد الستار، 1998 ص 131).

* مصادر شخصية: وهي التي تنشأ داخل الفرد ذاتهُ مثل ضغوط أسلوب الحياة الذي يتبعه والضغوط الجسمية والعصبية والنفسية. (طه عبد العظيم حسين وآخرون، 2006 ص 39).

ثانياً: المصادر الخارجية: مثل ضغوط القيم والمعتقدات، الصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد. (طه عبد العظيم حسين وآخرون، 2006 ص 38).

* مصادر اجتماعية: والتي تتمثل في التشكيلات والوصفيات والتفاوت الحضري، وصراع الأجيال واختلاف الميول والاتجاهات، وصراع القيم وفقدان أو موت شخص عزيز، وكذلك الحوادث السَّارة التي يُمكن أن تكون مصدراً للضغط، حيث تؤدي إلى تغير الحياة، وتتطلب إعادة التوافق الثابت.

* مصادر فيزيقية: وهي التي تتمثل في ما يوجد في البيئة الطبيعية لما تحتويه من ضغوط الغلاف الجوي مثل درجة الحرارة والبرودة، والتضاريس (صحراء، جبال)، وكذلك الضغط السُّكاني في القُرى والأحياء الشعبية وازدحام السكان وقلَّة الخدمات، وضيق السكن وقلَّة عدد الحجرات في المنزل وضُعف الإضاءة والرُطوبة والضوضاء. (هارون توفيق الرشيد، 1999 ص 4).

* مصادر اقتصادية: تتمثل في ضغوط البطالة وانخفاض الإنتاج، وعدم عدالة توزيع الناتج القومي والتفاوت الطبقي، حيث يكون معنى الضغط هنا التبايُن بين المتطلَّبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد، وقدرته على الاستجابة لها.

* مصادر سياسية: قد تنشأ الضغوط من عدم الرضا عن نظام الحكم والصراعات السياسية والنقابية، وعدم أهلية النظام الحاكم، وضغط الحكم بالنسبة للحاكم، ويكون تعريف الضغط هنا على أنه عدم الرضا والشُعور بالوطأة الناتج عن عدم التكيُّف مع الأوضاع السياسية القائمة.

* مصادر مدرسية: وتتمثل في ضغوط المناهج الدراسية والامتحانات والعقوبات، والقواعد المدرسية وضغط الزملاء وازدحام الفصول والنشاط المدرسي والواجبات المنزلية، وما يتوقَّعُهُ الأهل من التلميذ والفشل الدراسي، تكون الضغوط المدرسية هي مجموعة من الصعوبات المباشرة التي يُواجهها التلميذ في المناخ المدرسي.

* مصادر حسب المستوى الاجتماعي: حيث تتشكل الضغوط وتختلف من شدَّتها وترتيبها ومصدرها طبقاً للوسط الاجتماعي الذي تنشأُ فيه، فما يُمثل ضغطاً في الطبقات العُليا قد لا يكون كذلك في الطبقات الوُسطى والدُنيا، ويأتي الفقر في مقدمة ضغوط الطبقات الدنيا، بينما هو لا يُعَدُّ كذلك في الطبقات العليا ، ولقد أثبتت الدراسات أنَّ أفراد الطبقات الدُنيا أكثر تأثُراً من أفراد الطبقة العُليا للضغوط.

(هارون توفيق الرشيد، 1999، ص 65).

5_ أنواع الضغط النفسي:

يُمكن تصنيف الضغوط النفسية إلى نوعين، هما:

1-الضغط النفسي الايجابي Austéires: عبارة عن التغيُّرات والتحديات التي تُفيد في نمو الفرد وتطوُّره، وهي درجة من الضغط والتوتر تدفع المرء للعمل بشكل مُتَتابع مما يجعله يُحسن الأداء العام ويُحقق أهدافه. (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 25).

2-الضغط النفسي السلبي Distress: إن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي مما يجعل الفرد عاجزاً عن تحقيق أهدافه كما يعجز عن التفاعل مع الآخرين مما يُؤثرُ سلبًا على حالته النفسية والجسدية.(وليد السيد، 2008 ص 137).

كما يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتُؤدي إلى تغييرات جسمية ومزاجية، ولهذا يُطلق عليها اسم المُحدثة للمرض، مثل وفاة شخص عزيز أو الإصابة بمرض مزمن.

(ثامري السعيد، 2019 ص 46).

-ويرى كفافي أنَّه يَشمُل على الأوضاع المُؤذية والمُولدة للألم والحزن والكآبة مثل حالات الفشل المهني والعاطفي، وحالات المرض وتؤدي هذه الحالة إلى عدم الاستقرار وفقدان التوازن.

(إيمان العفيفي، 2013، ص 85).

جدول رقم(01): يمثل المقارنة بين الضغوط الايجابية والسلبية حسب كيلي 1994:

الضغوط الايجابية	الضغوط السلبية
تمنح دافعاً للعمل ونظرة تحدي للعمل.	تُسبب انخفاض في الروح المعنوية وشعور تراكم العمل.
تساعد على التفكير والتركيز على النتائج.	تولد ارتباكاً وتدعو للتفكير في المجهود المبذول.
توفير القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر.	تعمل على ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها.
تمنحُ الإحساس بالمتعة والانجاز.	تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل.
تمُدُّ الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل.	تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل.
تساعد الفرد على النوم الجيد.	تسبب للفرد الشعور بالأرق
تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.	عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(عبد الرحمان الهيجان ،1998، ص 36).

6_ أعراض الضغط النفسي:

1-الأعراض الفيزيولوجية:

- التعرُّق الزائد.

- التوتر العضلي.

- عدم الانتظام في النوم.

- آلام الظهر وخاصة الجزء السفلي.

- التهاب جلدي

- التعب وفقدان الطاقة.

- الصُداع.

- آلام في العضلات وخاصة في الرقبة والأكتاف.

- الإمساك والإسهال.

- القرحة المُعدية.(علي عسكر،2009، ص 43،44).

2-الأعراض المعرفية:

- صُوبة في التركيز والتفكير والتذكر غير العقلاني.

- التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم.

- العجز عند اتخاذ القرارات.

- نقد الآخرين.

- تشويش الأفكار.

- الانحراف عن الوعي السَّوي.

- فقدان الثقة والتردد.

- ضُعف الفرد في حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات. (ناجية دايلي، 2013 ،ص 59).

3-الأعراض النفسية والانفعالية:

- الشعور بالخوف أو الموت.

- فساد في العادات والأحوال كالنظافة والمظهر.

- تجنُّب المسؤولية وإنكارها.

- نوبات الغضب الشديدة مع العُدوانية، واللُّجوء إلى العنف.

- الشُعور بعدم الأمان والحزن.

- الاكتئاب وسرعة البكاء. (ثامري السعيد، 2019 ص 43).

4-الأعراض السلوكية:

- تغيُّرات في الشهية.

- زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير.

- الإفراط في التدخين.

- قضم الأظافر. (سمير شيخاني، 2003، ص 19).

7_ آثار الضغط النفسي:

قام فونتانا بوضع قائمة للتغيُّرات التي تحدث للفرد عند تعرُّضها لضغوط وتتمثل في:

- نتائج فيزيولوجية لزيادة الضغط.

- تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط.

- تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط.

- تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط.

- وتُشير البحوث والدراسات سواء كانت نفسية أو طبية إلى أن الضغوط النفسية يترتَّبُ عليها العديد من الآثار التي تظهر على جوانب مختلفة يمكن حصرها فيما يلي:

جدول رقم(02): يمثل آثار الضغط النفسي حسب ماجدة بهاء الدين:

النتائج الفيزيولوجية لزيادة الضغوط	النتائج المعرفية لزيادة الضغوط	النتائج الانفعالية لزيادة الضغوط	النتائج السلوكية لزيادة الضغوط
-زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط رد الفعل وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورية الدموية وأمراض القلب. زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى زيادة استنفاذ الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص في الوزن. زيادة في إفراز الكولسترول يُعطي طاقة للجسم، وإذا استمر الضغط لفترة طويلة يحدث تصلُّب شرايين.	-عدم القدرة على التركيز -نقل الاستجابات السريعة، مما يؤدي اتخاذ قرارات خاطئة ومُتَسرعة. -ازدياد معدل الخطأ.	-زيادة التوترات ونقل القدرة على الاسترخاء . -زيادة الإحساس بالمرض. -حدوث تغيرات في الصفات الشخصية . -تزايد المشاكل الشخصية. -الحساسية والقلق المفرطة. -ظهور الشعور بعدم الرضا والاكتئاب. -انخفاض تقدير الذات.	-زيادة مشاكل التخاطب والتواصل والتأتأة. -نقص الاهتمام والحماس والتنازل عن الأهداف الحياتية. -انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح. -إلقاء اللَّوم على الآخرين. -ظهور سلوكات شاذة.

(ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 36).

8_ علاج الضغط النفسي:

هناك علاجات مختلفة نذكر منها:

1-العلاج المعرفي:

الحدث الضاغط لا يُسبب القلق والتوتر في ذاته وإنما الأفكار والاعتقادات التي يُكونها الفرد عن الموقف باعتباره يُمثل تهديداً وضرراً له، هي السبب في حدوث الضغط النفسي فالتقييم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة وذلك لأن تغيير الأفكار غير المنطقية والأحداث السلبية التي يُكونُها الفرد عن الموقف أو الحدث الضاغط، يؤدي إلى تغيير الاستجابة الانفعالية أو السلوكية نحو الحدث. (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص 35).

*العلاج المعرفي: هو العلاج الذي يُعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض، وبأسلوبه الذي اعتاده في حل مشاكله، إذ يعتمد المعالج على العمليات العقلية للمريض كالتخيُّل، والتذكر والانتباه، بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك. (محمد حمدي الحجار، 1998، ص 32).

وهناك عدة تقنية تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط، نذكر منها:

أ-إيقاف الأفكار السلبية: إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجياً على تحُلَّ محلها أفكار أكثر عقلانية تساعد على التصرف بطريقة مناسبة.

ب-إدارة الذات: أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد على إحداث تغيُّر في سلوكهم وخفض استجابة القلق الناتجة عن الموقف الضاغط ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الفرد كيفية ملاحظة سلوكه وصياغة أهدافه وتقييم ما يتم من تقدُّم ومراقبة الذات كأن يكون لدى الفرد سجل يُسَجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها ثم التقييم، ويتم هذا عن طريق إجراء مقارنة بين السلوك وبين المعايير والأهداف التي وضعها لهذا الأداء أو السلوك، فهل السلوك يحقق الهدف أم لا، وبعدها التعزيز أي تقديم التعزيز الايجابي عند ظهور الاستجابة المطلوبة.

ج-أحاديث الذات: تقوم على فكرة أنَّ الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة، إذا التخلُّص من الأحاديث السلبية فهي التي تجعله يشعر بالخوف وعدم الكفاءة عند مواجهة الحدث الضاغط عكس الأحاديث الايجابية للتفكير الايجابي في الحدث يساعد على التعامل معه بالطريقة الملائمة.

د-التخيُّل أو التصوُّر البصري: يتضمن تدريب الفرد على تخيُّل نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيُّل مقترناً بالاسترخاء وهكذا يستطيع التدرُّب على الحدث الذي يُتوقع أن يُسبب له الضغط.

ه-حل المشكلات: يُشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولاً إلى وضع خطة مُحكمة لحل المشكلة التي هو بصددها، ويُعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعَّالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وتهدف إلى تنمية مهارات الفرد، وتتضمن عدَّة خطوات تتمثل في التعرُّف 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. (ماجدة بهاء الدين، 2008 ص، 135).

2-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 نجد:

أ-تمارين التنفس الاسترخائي: في حالات الضغط يشتكي 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 يُشكل 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 يشعُر الإنسان براحة واسترخاء بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. (إيمان العفيفي، مرجع سابق، ص45).

ب-الاسترخاء العضلي والفكري: يقوم فيه المريض بالاستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينيه وتخيُّل نفسه في المكان الذي يفضله ومحاولة الاسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدءاً من أصابع القدم، فالكاحل، الركبة، الظهر، الكفين، الرقبة، فأصابع اليد، ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محاولاً إبعاد جميع الأفكار عن الذهن وجعله خالياً، وهذا ممكن بالتمرين والتكرار لمدة عشر دقائق(10) تُكرر مرتين إلى ثلاث مرات يومياً.

وتتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضا يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة.

ج-التغذية الرجعية: تُعتبر وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء وهي عبارة عن معلومات تُعطي للفرد عقب أدائه لتوضيح صحة استجاباته أ و خطئها، وبناءً على ذلك قد يستمر الفرد أو يُعدّل سلوكه أو يتوقف لأنَّه حقق هدفه.

د-تعديل أسلوب الحياة: يُمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيق أهدافه، كما يَشمُل أيضاً قدرته ودوافعه. فأسلوب الحياة هو كل ما يتعلَّق بشخصية الفرد وليس ثابت تماماً، بل يمكن تعديله وتطويره تبعاً لمتطلَّبات البيئة التي يعيش فيها الفرد وعلى هذا فالاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تَضعُفُ من قدرته على المقاومة...وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد فأصبح يُمارس رياضة المشي مثلاً ويُقلل من المنبهات فانَّ ذلك يُساعده في مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعَّال. (ماجدة بهاء، مرجع سابق، ص343).

ه-التدريب على السلوك التوكيدي: يعني على قول "لا" ورفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والتعبير عن الأفكار بطريقة حسنة، هذا ما يُكسب الشخص فعالية في البدء والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية ويُمَكنُه من فهم وتنظيم انفعالاته، وفي ضوء ما تقدَّم فانَّ التدريب على اكتساب 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 واستثماره في كل ما يُفيد وتَستخدم إدارة الوقت والتخطيط في خفض الضغوط فمن خلال إدارة والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط إذ أنَّ التخطيط الفعَّال يتضمن تحليل الوقت وتحديد الهدف.

3-العلاج الكيميائي:

ويتم اللُّجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية المُهَدئة والفيتامينات (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 والمضادة للضغط النفسي نذكر:

أ-مضادات القلق: تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولهما خمس مميزات من ناحية المفعول، وهي:

_ خاصية مضادة للقلق.

_ خاصية مُنَومة.

_ خاصية مُمَشطة للنُعاس.

_ خاصية مضادة للارتعاش.

_ خاصية تحقيق استرخاء العضلات.

ب-المُهدئات: تُستعمل كآلية مُهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد.(Méprobamateو Benzo diazipin)

ج-مضادات الاكتئاب: تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكُّر المزاج وحالات التوتر الشديد وتحسين القدرة على التفكير، وتُعالج اضطراب النوم ومن بينها (Athymie, Praymarael) وهي قادرة على التقليل من شعور الضغط النفسي لدى الشخص غير أنَّ استعمالها وتناولها لمدة طويلة وبكيفية غير طبيَّة يجعله يدخل في حالة ارتباط فيزيولوجي تكونُ له آثار جانبية سلبية على التوازن النفسي وتتحوَّل من مفعولها المضاد للضغط النفسي إلى مفعول مخفف للضغط مع الآثار الجانبية.

(جليلة معيزة، 2002 ،ص، 78).

9_ النظريات المفسرة للضغط النفسي:

1-النظرية الفيزيولوجية:

* نظرية ولتر كانون (W,cannon)

أُعتُبر الباحث "ولتر كانون" أوَّل من استخدم مفهوم الضغط وعرَّفه على أنه رد فعل في حالة الطوارئ أو رد فعل العسكري بسبب ارتباطه بأفعال القتال أو المواجهة، ففي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي، وقد بيَّنت دراساته تغيير في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي وذلك يرجع إلى التغيرات في إفراز عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يُهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة والضاغطة، وقد كشفت أبحاث "كانون" على وجود ميكانيزم أو آلة في جسم الإنسان تُساهم في احتفاظه بحالة التوازن () أي قدرة الفرد على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع إلى حالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيُّرات ومن ثَمَّ فانَّ أي مطلب خارجي بإمكانه أن يحل هذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه وهذا ما اعتبره و أسماه "كانون" ضغط يواجه الفرد، وقد أولى اهتمامه بدور الجهاز السمبثاوي وكأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي، وذلك لدوره في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة وتمكين الجسم من احتفاظ التوازن. (علي عسكري، 2000، ص، 33).

*** نظرية سيلي (Hans Selye) 1956:**

يُعَدُّ العالم "هانز سيلي" من أبرز العلماء المفسرين للضغوط النفسية على أساس فيزيولوجي، وينظر "سيلي" إلى الضغط على أنه استجابة لأحداث مثيرة من البيئة، وينصُب اهتمامه على الاستجابة التي يمكن النظر إليها كدليل أن الفرد يقع فعلاً تحت ضغط بيئة مزعجة، ويُعرف "هانز سيلي" الضغط بأَنَّه استجابة جسدية عامة أو غير محددة يقوم بها البدن في مواجهة أي مطلب منه، على أساس أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير موقف ضاغط وتعتبر هذه الاستجابة ضغطاً، كما يعتبر حدوثها مصحوباً بأعراض تمثل بالفعل حدوث الضغط.

(خالد العبد لي، 2012، ص، 47).

- وحدد سيلي ثلاث مراحل للدفاع ضدَّ الضغط النفسي، وهي:

أ- مرحلة الإنذار:

تكون هذه المرحلة تحت رقابة الجهاز قرب الوُدي الذي يبقى جهاز دوران وتفاعل الهدم والبناء في حالة اليقظة وفي هذه المرحلة يُحبذ الفرد كل قواه الدفاعية حيث يُسجل انخفاض الوظائف الحيوية، ارتفاع ضغط الدم ويزداد دوران الدم في العضلات والدماغ كما تزداد نبضات القلب ويتسارع إقلاع التنفس وإذا استمر الفرد في تعرضه لوضعية الضغط فانه ينتقل إلى المرحلة الثانية.

(محمد النابلسي، 2000، ص، 275).

ب-مرحلة المقاومة:

تبدأ هذه المرحلة بعد حوالي (48) ساعة من التعرُّض للضغط وفي هذه الحالة تختفي علامات الإنذار وغالباً ما تُعَوَّض بعلامات مضادة للضغط وفي هذه المرحلة يتكيَّف الكائن الحي مع الضغط لا إرادياً بآلية التوافق المتاحة، وإذا استمرَّت الضغوط أو كان الفرد غير قادر على الاستجابة بفعالية فانَّه يدخل المرحلة الأخيرة وهي مرحلة الإنهاك. (علي حسين وعبان، 2008، ص، 88).

ج-مرحلة الإجهاد أو الإنهاك:

ويكون فيها الجهاز المناعي قد ضَعُف والجسم عاجز وفقاً لطاقته التوافقية وقوته على مواجهة الضغط وقد يؤدي استمرار الحالة الضاغطة في هذه المرحلة إلى تدمير الأعضاء الداخلية للفرد مما قد يُسبب في موته. (عثمان يخلف، 2001، ص، 48).

- وعليه فان النظرية الفيزيولوجية التي يُمثلها كل من "كانون" و "سيلي" اهتمت بالجانب العضوي وأهملت الجانب النفسي والاجتماعي والسلوكي في تفسيرها.

2-النظرية المعرفية السلوكية:

*** نظرية لازاروس:**

يعتبر "لازاروس" العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنَّه ليس المثير وليس الاستجابة اللذان يُحددان الضغط ولكنَّ إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تُحدد الضغط ولقد أولى "لازاروس" أهمية كبيرة للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة، وقد اهتم بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية وعرَّف الضغط النفسي بأنَّه مصطلح عام يُشير على كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتُج عنها ردود أفعال ضاغطة وأكَّد أن مجال الضغط ليس مثيراً واستجابة بل له علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة. فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (جاسم، 2008، ص 274).

حيث يتم تقييم الأحداث الضاغطة وفق مرحلتين:

1-المرحلة الأولى: عملية التقييم الأولي:

في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ قد تدرك الأحداث على أساس أنها قد تقود إلى نتائج ايجابية، سلبية أو مُحايدة، وتكون سلبية وسيئة بناءً على ما يُمكن أن تُسببه من أذى، تهديد أو تحدي.

2-المرحلة الثانية: عملية التقييم الثانوي:

تبدأ عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث، ويَتمُ في هذه المرحلة مواجهة إجراء تقييم للإمكانيات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث وما إذا كانت كافية وتنشأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولي والتقييم الثانوي، وكلَّما كانت إمكانية التعامل مع الموقف عالية فان الضغط يكون أقل أو العكس صحيح.

*** نظرية سبيلبرجSbielerger :**

تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق ضرورية لفهم الضغوط فقد أتمَّ نظريته على أساس التمييز بين طورين من القلق الأول "القلق كسمة" أو القلق المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي "القلق كحالة" وهو قلق موضعي يعتمد على الظروف الضاغطة ويربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة،

ويَعتبر الضغط الناتج ضاغطاً مُسبباً لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق، ويهتم بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي قد تكون ضاغطة، كما يُميزُ بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة الخطر الموضوعي.

(وليد خليفة، 2008، ص، 152).

وعليه فان النظرية المعرفية السلوكية التي يُمثلها كل من "لازاروس" و"سبيلبرجر" ركَّزت على الجوانب المعرفية للفرد كأحد أسباب الضغوط وأغفلت في ذلك بقية الجوانب الأخرى في حياته.

3-النظرية السلوكية:

تنظر هذه النظرية إلى الضغوط النفسية على أنها تأتي نتيجة عوامل مصدرها البيئة، وهذه العوامل يمكن التحكم بها والسبب الرئيسي يُمنح من البيئة وتذهب النظرية السلوكية على أن بعض الأفراد يتأثرون أكثر من غيرهم بالضغوط البيئية ولهذا فان هذه الضغوط تُظهر آثار مختلفة من حيث شدتها وحدتها، والسلوكية على اختلاف مراحلها (القديمة والجديدة) تؤكدُ على الرُكن البيئي في الضغوط النفسية.

بالإضافة إلى ذلك فهي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق مُتُعلَّمة من خلال الخبرات التي يتعرَّضُ لها الفرد، ولقد اعتقد كل من "واطسون" و "سكينر" أن عملية التوافق الشخصي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكن تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات بيئية أو إثباتها، ولقد اختلف "واطسون" و "سكينر" حيث ألغى "واطسون" دور الإنسان إذ يقول: "إذ التوافق يتشكل بطريقة آلية".

بينما رفض "باندورا" كل تغيُّر للسلوك الإنساني بطريق ميكانيكية، وأوضح "توكمن" أنه عندما يجد الأفراد علاقاتهم مع الآخرين غير مُثابة فإنّهم ينسلخون عن الآخرين، ويُبدون اهتمام أقل فيما يتعلَّق بالتلميحات الاجتماعية وينتُج عن هذا السلوك شكلا شاذاً أو متوافق. (مفتاح عبد العزيز).

- إن السلوكية بمختلف مراحلها تركز على العنصر البيئي كمسبب رئيسي للضغوط النفسية وتؤكد على أم سوء التوافق ناتج عن خلل الخبرات التي يتعرَّضُ لها الفرد في الوسط البيئي، بهذا فإنها تُهمل كل الجوانب الأخرى سواء كانت اجتماعية أو فيزيولوجية.

4-النظرية المعرفية:

ركَّز "بيك"Beack على ثلاث مستويات من المعرفة، المستوى الأول يشمل الأفكار الأوتوماتيكية ويُطلق عليه الحوار أو الحديث الذاتي، وإذا كانت هذه الأفكار سلبية فإنها تكون مسببة للضغط، أما المستوى الثاني: تأتي العمليات المعرفية وتشمل على كيفية تفاعل الفرد مع المثير، أي طرق تقديم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وأسلوب التنبؤ وتقييم أحداث المستقبل، والمستوى الثالث يشير إلى التركيبات المعرفية أو المخططات وهي عبارة عن معرفة وخبرات يكتسبها الفرد أثناء نموه، ويخزن هذه المعرفية على شكل صيغ عقلية ثابتة تسمى المخططات ، وإذا كانت هذه المخططات محيطه، فإنها تخلف أفكار سلبية تأتي عقل الفرد دون أن يلاحظها وتؤدي إلى تأثير عكسي على أدائه، ويفسر الضغط النفسي على أنه ناتج من اضطراب المعرفة والتي تؤدي إلى إدراك مشوش للمشكلات والضغط ، ويرى أنه لا نستطيع فهم ردود أفعال الأشخاص اتجاه الأحداث الضاغطة والضغوط التي تمر بهم ما لم تفهم الطريقة التي يفكرون بها. ووفقاً لمنهج "بيك" ونظريته المعرفية فان الحدث لا يُفسر نفسه إنما الشخص هو الذي يتولى إدراك وتفسير الحدث من خلال مَنطقَهُ الخاص وخريطته المعرفية، وبناءً على ذلك تتباين رُدودنا لنفس الموقف الضاغط الواحد من شخص لآخر بل من نفس الفرد إذا تغيَّرت وجهة نظره. (هني العامرية، 2013، ص، 33).

وعليه فان النظرية المعرفية التي يتبناها "بيك" تُركز على التركيبات والمخططات المعرفية كمُسبب رئيسي للضغوط النفسية، حيث القسوة في الحديث الذاتي يُعزز الأفكار السلبية التي تؤدي بالوقوع في الضغوط.

ومن خلال ما سبق يتضح الاختلاف النظري في تفسير الضغوط النفسية من حيث نُشُوئه ومصادره، فلكل توجُّه نظري وجهة خاص به، وكذلك اختلاف الزاوية العلمية من حيث المقاربة فنجد النظرية الفيزيولوجية ترى أن الضغط النفسي نمط من الاستجابة العضوية للعوامل النفسية والاجتماعية، الطبيعة التي لا يستطيع الفرد مراقبتها. أما نظرية "سبيلبرجر" تُفسر الضغط النفسي على أساس العوامل البيئية الضاغطة وتُحدد خصائصها ونوعيتها كما أكدت هذه النظرية على طريقة تفكير وإدراك الفرد للموقف الضاغط ومدى تأثيره عليه، وهي نفس التوجُّه النظري نجد نظرية "لازاروس" الذي يُفسر الضغط النفسي على أساس تفاعل العوامل الذاتية شرط وجود مُتغيرات وسطية بينهما كما أكدت على دور العمليات المعرفية، حيث أن هذه الأخيرة التي تُحدد تأثير الفرد بالموقف الضاغط، هذا بالنسبة للنظرية المعرفية السلوكية أما النظرية المعرفية فتُفسر الضغط على أساس تفسير وإدراك الفرد للأحداث

الضاغطة من خلال المخططات المعرفية، إن هذه الآراء قد ألمَّت بكل مُسببات الضغوط فكل واحدة تحدثت عن عامل يُساهم في ظهور الضغط النفسي وبالتالي فكل نظرية تُكَمل الأخرى.

10_ طرق مواجهة الضغط النفسي:

يوجد وظيفتان أساسيتان لوسائل المواجهة الأولى هي:

تنظيم الانفعالات (التعامل المتمركز حول الانفعالات)، والثانية هي: تناول المشكلة التي تسبب الأسى (التعامل المتمركز حول المشكلة).

وقد أظهر كل من "فول كمان" و "لازاروس" في دراستهما 1980 أنَّ كلا النوعين من التعامل يستخدمان في معظم المواجهات الضاغطة وأنَّ المساهمة النسبية لكل منهما تختلف تبعاً للكيفية التي تقدر بها المواجهة.

ويُؤكد "ماكري" أن الأسلوبين: التركيز على المشكلة والتركيز على الانفعال غير مُتعارضين وأَّن الناس عادة ما تلجأ إلى خليط منهما عند مواجهة كثير من المواقف ولكن هناك بعض المتغيرات التي تُشير إلى غلبة استخدام أحدهما على الآخر فأسلوب المواجهة المتمركز على المشكلة يكون أكثر استخداماً في المواقف التي يعتقد فيها الناس أنه مفيد يُمكن حدوثه بخصوص المشكلة، بينما يزيد احتمال استخدام الفرد لأسلوب المواجهة بالتمركز حول الانفعال عندما يكون الاعتقاد بأنَّ موقف المشقة هو شيء مستمر، ولا يُمكن تغييره وأنه وَجب على الفرد أن يتحمله.

وترى "بونا مكي" أنه يوجد وظيفتان لوسائل المواجهة هما تعديل العلاقة بين الفرد وبيئته المزعجة وضبط الانفعالات الضاغطة

وقد حدد "سيلي" (Seely 1980) ثلاث مراحل لمواجهة الضغط النفسي:

التنبيه: تبدأ بمجرد إدراك الفرد وجود مصدر ضغط سواء أكان نفسياً أو اجتماعياً، وهنا يُظهر الجسم استجابات عديدة.

المقاومة: يُفرز الجسم هرمونات تساعده على المقاومة.

الإنهاك: مع استمرار تعرُّض الفرد للحدث الضاغط فان الطاقة اللازمة للتكيُّف قد تُنهك ويحدث انهيار للجسم. (عربيات، 2005، ص 252).

وقدم "كوهين" (Cohen) 1944: مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة ضغوط الحياة شملت:

1-التفكير العقلاني: إستراتيجية يلجأ خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.

2-التخيُّل: لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.

3-الإنكار: عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادره القلق بالتجاهل والانغلاق، وكأنَّها لم تحدث على الإطلاق.

4-حل المشكلة: نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

5-الدعابة: إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة.

6-الفكاهة (Hurmor): ببساطة وبروح الفكاهة وبالتالي قهرها والتغلُّب عليها، كما أنَّها تؤكد على الانفعالات الايجابية أثناء المواجهة.

ولقد سَعت بعض البحوث إلى دراسة أساليب وطرق وعمليات واستراتيجيات التعامل أو مواجهة المواقف الضاغطة فقد أكد "مارتن" و "يون" 1992 على أسلوبين من أساليب مواجهة ضغوط الحياة، هما:

1-الاستراتيجيات الانفعالية في المواجهة: وفيها يلجأ الفرد إلى استخدام ردود الأفعال الانفعالية في مواجهة الضغوط منها التوتر، الشك، الغضب والانزعاج.

2-الاستراتيجيات المعرفية في المواجهة: وفيها يلجأ الفرد إلى إعادة التفسير الايجابي والتحليل المنطقي وبعض أنماط التفكير والنشاط التخيلي. (الرشيدي والخليفي، ص 161، 162).

وفيما يتعلق بأساليب مواجهة الضغوط في البيئة العربية يحدد عبد المعطي 1994 سبعة أساليب لمواجهة الضغوط على النحو التالي:

1-التعامل من خلال الحدث: ويتضمن كيفية استفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المنطقي.

2-الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى: ويشمل مدى قدرة الفرد على إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الصارمة، والتفكير في الأشياء الجديدة في حياته.

3-التجنُّب والإنكار: ويشمل هذا الأسلوب مشاعر الانقباض التخيُّلي، وإنكار المعاني والنتائج المترتبة على الحادثة.

4-طلب المساعدة الاجتماعية: ويتضمن محاولات الفرد للبحث على من يُسانده في محنته ويَمدُه بالتوجيه للتعامل مع الحدث.

5-الالتحام والاقتحام القهري: ويشمل هذا الأسلوب مدى تداخل الأفكار التلقائية المرتبطة بالحدث بصورة قهرية، وتكرار الأحلام المضطربة والموجات المؤلمة من الأحاسيس والسلوكيات المتكررة.

6-العلاقات الاجتماعية: ويتضمن محاولات الفرد إيجاد مُتنفس عن الأحداث التي مرَّت في علاقات مع الآخرين بالتواجد معهم والاهتمام بعقد علاقات مع الرفاق والأصدقاء.

7-تنمية الكفاءة الذاتية: ويتضمن ذلك قيام الفرد بتكريس الجهد للعمل، والانجاز لمشروعات وخطط جديدة ترضي طموحاته وتطرد الأفكار المرتبطة بالحدث، مما يُشعره بالكفاءة والرضا عن الذات.

وبينما ترتبط ضغوط الحياة بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية فانَّ مصادر المواجهة تُعدُ عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً بشرط أن يَعي الفرد كيفية التحمُّل وما هي العمليات أو الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما، كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أن عوامل الاستقرار التي تُعين الفرد على الاحتفاظ بفاعلية الذات أثناء القدرات الضاغطة من حياته، وبات هناك اقتناع بضرورة الاهتمام بدراسة هذه العمليات في محاولة للإجابة على سؤال محتواه، كيف يستطيع الفرد أن يتحمل أو يُطيق أو يُدير الضغوط بنجاح خلال حياته.

(إبراهيم، 1994، ص، 96).

11_ أساليب قياس الضغط النفسي:

أنتجت الدراسات والتراكمات التي تناولت موضوع الضغط النفسي عدة طرق و وسائل لتقييمه وقياسه، من حيث التوتر ومن حيث الخطورة، وتكرار العوامل الضاغطة وتصنف العوامل الضاغطة في (04) أربع صور:

1_ أحداث الحياة العامة.

2_ اعتداءات قصيرة المدى.

3_ توترات مرتبطة بالدور الاجتماعي.

4_ ضغوط وأحداث خاصة.

1-قياس الضغط في المُختبر: وذلك من منطلق تعريض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تُسبب الضغط لفترة قصيرة، ثم ملاحظة التـأثير الذي يُحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية ونشاط الغدد الصمَّاء واستجاباتهم السيكولوجية، وقد توصَّل الباحثون استناداً إلى منحى الضغط الحاد إلى فهم الأحداث التي تُسبب الضغط كذلك إلى فهم الكيفية التي تُساهم فيها الفروق الفردية في حدوث الضغط ودور المساندة الاجتماعية.

فمنحى الضغط الحاد ذُو فائدة كبيرة في التعرُف إلى الكيفية التي تُغير وتؤثر بها العوامل البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية بعضها في البعض الآخر في مواقف الضغط قصير المدى.

2-مقياس تفسير إعادة التكيُّف الاجتماعي (SRRS) ل Holmes Rahe: حيث قام الباحثان (1967) بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم التغيُرات في حياتهم، ثم قاموا بتحديد النقاط التي تعكس كمية التغيير التي يجب القيام بها لدى التعرض لكل من هذه الأحداث لذلك وعلى سبيل المثال: إذا تُوفي شريك الحياة، فان جميع مظاهر الحياة تتعطَّل، ولكنَّ التعرُض لمخالفة سير قد يؤدي إلى الضيق والانزعاج، ولكنَّه لا يُسبب بالضرورة حدوث تغيير كبير في الحياة، وللحصول على درجة عن مستوى الضغط تُجمع قيم النقاط المرتبطة بالأحداث التي تعرض إليها الفرد خلال السنة التي سبقت تطبيق القائمة.

ومع أنَّ أغلب الناس يتعرضون لبعض الأحداث الضاغطة فان بعضهم يتعرض إلى الكثير من الضغط، وهذه المجموعة من الناس حسب "هولمز" و "راة" يكونون أكث عرضة للإصابة بالمرض. وقد أقرَّ الباحثون بوجود إشكالية أثناء قياس أحداث الحياة الضاغطة بهذا المقياس (SRRS) من حيث أنه لا يفرق بين الحوادث الايجابية والسلبية.

كما أن هذا المقياس يتجاهل الفروق الفردية من خلال تحديده مسبقاً للنقاط التي تعكس مقدار الضغط، كما أن تقييم الأحداث الضاغطة يتجاهل الإجهاد المرتبط بالحياة اليومية.

3مقياس الضغط المُدرك (SPS) Cohen al (1983): نظراً لأن الناس يختلفون فيما يمكن يُعدُّوه سبباً للضغط، فقد شعر كثير من الباحثون أن الضغط يُشكل وسيلة أفضل لقياس الضغط من الأدوات التي تقيس تعرض الأفراد لأحداث معينة تسبب الضغط.

ولتحقيق ذلك قام كوهن وزملاؤه (1983) بتطوير أداة لقياس الضغط المدرك، وحسب ما توصلت إليه نتائج البحوث، فان الضغط المدرك يتنبأ بمدى أوسع من النتائج الصحيحة.

حيث تناولت فقرات المقياس من أسئلة حول مسار وأفكار الفرد خلال الشهر السابق ويُطلب منه تبيان عدد المرات التي شعر أو فكر بطريقة معينة بسرعة كبيرة باستخدام البدائل (مطلقاً، نادراً، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً).

مثال: خلال الشهر الماضي كم مرة كنت متضايقاً بسبب حدوث أمر غير متوَقع؟

مطلقاً ☐ كثيراً جداً ☐ كثيراً ☐ أحياناً ☐ نادراً ☐

4-مقياس المنغصات لLazarus (1981):

قام الباحثون بدراسة الأحداث التي تسبب ضغوطاً بسيطة وتأثيراتها التراكمية على الوضع الصحي والمرضي، ومن هذا المنطلق قام "لازاروس" ومعاونوه (Kanner,coyne,Schaffer) بتطوير مقياس المنغصات وتحتوي فقرات المقياس على مصادر توتر يمكن أن تتراوح بين مسببات الإزعاج الثانية إلى الضغوطات الشديدة والمشاكل أو الصعوبات وهي في (08) صور: منغصات إدارية، منغصات صحية، وقتية، شخصية، محيطية، مالية ومنغصات الأمن.

ويكون المطلوب من الفرد وضع دائرة يحدد فيها مدى حدة كل منغص واجهة الشهر السابق (1، 2، 3).

مثال 01: وضع الأشياء في غير أماكنها أو فقدانها 1-2-3-4-5.

(العفيفي إيمان، 2013، ص، 76- 79).

خلاصة الفصل:

أصبحت الضغوط النفسية حقيقة نعيشها يومياً نتيجة التطور الكبير والتراكمات الحياتية وزيادة الأعباء والمتطلَّبات اليومية التي تفوق قدرة الفرد على تحملها، مما يجعله يعيش في ضيق وتوتر وعبء كبير يولد له الشعور بالضغط ، حيث أنه لا توجد أي وضعية من الوضعيات المعاشة إلا وتؤثر في مستواه وشدته كالوضعية الاقتصادية أو الاجتماعية أو حتى الأسرية التي يتأثر بها الوالدان خاصة، فيما يتعلق بمسؤولية الأبناء وتربيتهم خاصة عندما يكون أحدهم غير سوي أو مصاب بإعاقة ما، وهذا ما يترك بداخلهم أثراً عميقاً ويُسبب لهما الحزن الشديد والضيق وخيبة الأمل تترجم في شكل ضغوط.

الفصل الثالث:

التوحد

تمهيد:

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية الصعبة والمعقدة والتي تُصيب في عمر مبكر، حيث أن التوحد تمَّ تصنيفه في الآونة الأخيرة على أنه أحد فئات التربية الخاصة، والتي لها تعريف وخصائص وطرق تشخيص وتقييم، وبرامج تدخل سلوكي وتربوي لكل طفل توحدي حسب طبيعة المشكلات التي يعاني منها.

إذ أن التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويُقدَّر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1% من بين 500 شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة (4،1) ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة للإصابة بالتوحد.

ومن خلال ما سبق سنتعرف على مفهوم التوحد، ونظرة تاريخية عنه، والنظريات المفسرة له، ونسبة انتشاره وأعراضه وأسبابه، إضافة إلى التشخيص والعلاج.

1_ لمحة تاريخية عن التوحد:

يُعدُ "مود زلي Maudasly" أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 وكان يُعدُها ذهانات. ولكن "ليو كانر Leo Kenner" الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب علم نفس الطفل عام 1953 أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المختلفين عقلياً بجامعة هارفرد في الولايات المتحدة الأمريكية ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غي عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم مختلفين عقلياً فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية Early infantile Autisme. حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم. ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات متعددة التوحد Autisme، ذهان الطفولة children psycho sis، والنمط غي السوي في النمو (الشاذ) Atypical Développement. ويرى الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقُّد التشخيص.

وعلى الرغم من أن "كانر" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM 2) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام 1988.

حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM 3) والتي فرَّقت بوضوح بين الفُصام وإعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء على الذات والانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينهما. ذلك أن حالات إعاقة التوحد تخلو تماماً من أعراض الهلوسة أو الهذاءات. وبذلك فقد عُرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي. أما الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الاضطرابات العقلية الذي صدر عام 1994 The diagnostic statistical manuel of mental disorder (DSM 4) فقد وضع اضطراب التوحد واضطرابات أخرى مثل متلازمة Retts، واضطرابات الطفولة المنحلة، واضطرابات

Asperger واضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر، واضطرابات الطفولة التراجعي ضمن الاضطرابات النفسية.

وحدد ثلاث محكات لاضطراب التوحد الطفو لي وأشار إلى أن ظهور ستة (6) أو أكثر من المظاهر من المحكات المذكورة أدناه فانه يعد الطفل يعاني من علامات التوحد، وهي مايلي:

1-الخلل في التفاعل الاجتماعي وتتضمن العلامات الآتية: ضعف كبير في استخدام السلوك غير اللفظي ونقص التواصل بالعينين والوجه وعدم التمايز أو كراهية العواطف والافتقار إلى نمو وتطور علاقات الأصدقاء وضعف استجابته لهم واهتمامه بهم وقد يرتبط الطفل آلياً بشخص بعينه وأحياناً يكون ارتباط بعض الأطفال بوالديهم غريباً، ضعف الاستجابة للسلوك الاجتماعي والانفعالي للآخرين. وفي بعض الحالات يتبع الاضطراب فترة من النمو الطبيعي نسبياً فيكون الطفل اجتماعياً في سنواته الأولى، ولكن يلاحظ في الطفولة المبكرة وجود فشل ثابت في نمو اللعب الجماعي وعدم الاهتمام بالآخرين وقد يصلون إلى مرحلة من الاندماج السلبي في ألعاب الأطفال الآخرين.

2-خلل في التواصل والنشاط التخُّلي ومن مظاهره: التأخر في التواصل اللفظي وغير اللفظي فقد تغيب الكلمة كلية وقد تنمو ولكن من دون نضج وبتركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلمات (Echolalia) المباشرة أو المتأخر، استخدام اللغة الأولية، النمطية والإعادة في استخدام اللغة، استخدام اللغة غير العادية والاستعمال الخاطئ للضمائر وعدم القدرة على عدم استعمال المصطلحات المجرَّدة ويكون للطفل نطق خاص به ويعرف معناه فقط من يعرفون ماضي الطفل، ولقد أسماها "كانر" لغة مجازية (Langue Metaphorical) ويكون الكلام على وتيرة واحدة. أما التواصل غير اللفظي كتعبيرات الوجه والإيماءات. وأما خلل النشاط التخيلي فد يشمل غياب الترميز أو اللعب الخيالي باللعب وغياب لعب أدوار الكبار أو يكون اللعب التخيلي مقصوراً أو متكرراً بصورة آلية مثل محاكاة شخصية تلفزيونية.

3-ضعف الأنشطة والاهتمامات والتكرار في السلوك: ومن مظاهره تكرار عمل ونشاط معين والتكرار في الحركات والاهتمام بنوع معين من الأشياء، ويظهر التوحد بوضوح بعد عدد قليل من الأسابيع حيث نجد أن الأطفال يفتقرون إلى الاتصال مع أمهاتهم حتى عند تغذيتهم وقلَّما يبتسمون، وعندما يصلون إلى عمر (2-3) سنوات يبدؤون في التواصل مع عائلاتهم.

وتمَّ انجاز أول دراسة على الأطفال التوحديين في مقاطعة "ميدل سكس" في انجلترا عام 1964 حيث اختير كل طفل يعيش هناك وكان عمره الزمني يتراوح بين (8 أو 9 أو 10) سنوات بغض النظر عمَّا إذا كان معاقاً أو جسدياً أو لم يكن. ولقد بينت الدراسة أن ما بين أربعة إلى خمسة أطفال من بين كل

عشرة آلاف طفل من نفس العمر الزمني لديهم سلوك توحدي نصفهم لديهم السلوك التوحدي النمطي الذي وصفه "كانر". ومعظم الدراسات في الفترات المؤخرة ما يلي:

* أهمية تطور اللغة بالنسبة لأطفال التوحد خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة مابين (5-6) سنوات حيث أن تطور اللغة في هذه المرحلة العمرية يُعدُّ أحد العوامل المهمة في نمو بعض المهارات والقدرات لدى الأطفال في المراحل اللاحقة من العمر.

* إن مجرد تمتع أطفال التوحد ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية واللغوية الجيدة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون تدخل المختص من اجل التدريب في بعض مجالات معينة مثل العمليات الحسابية أو الموسيقى أو الكمبيوتر على سبيل المثال والتي تُتيح الفرصة أمام هؤلاء بشكل الأفراد لإيجاد المجال الملائم لهم في الحياة والذي يُمكنهم من الاندماج في المجتمع ويُساعدهم على التوافق الاجتماعي بشكل أفضل.

* إن عدداً من الدراسات اللاحقة ركزت على أطفال التوحد ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع (نسبياً) وبالتالي كان من المُتَوقَّع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر ايجابية لو قارنَّاها بنتائج الدراسة السابقة.

* إن وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات المبكرة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة. (سوسن شاكر مجيد، 2016، ص 19-23).

2_ تعريف التوحد:

* التوحد: اضطراب فيسيولوجي في الدماغ يُسبب صعوبات نمائية، ويُمكن للأعراض المتعددة للتوحد أن توجد لمفردها أو متلازمة مع حالات أخرى كالتخلُّف العقلي، الصُم والصرع.

* عبارة عن اضطراب إعاقة حاد يبدأ منذ الولادة أو خلال عامين ونصف من الولادة.

* التوحد هو اضطراب في النمو disorder in development، يؤثر على مظاهر النمو العقلي. (أحمد سعد جلال، 2008، ص 67).

كلمتا التوحد Autisme وتوحدي Autistique مشتقتان من الأصل اليوناني Autos وتعني النفس، واليوم تطبق بشكل استثنائي على اضطراب تطوري نسميه التوحد، وقد أُعطيت التسمية المفضلة توحد الطفولة من قبل "كانر Kanner ".

* والتوحد إعاقة نمائية تطورية تتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي والاتصال، والأفراد التوحديين يُبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة.

* ويُعرفه "عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطي، 1992 ،280": التوحد على أنه من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يُؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وعادة ما يُصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذو المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين.

(أسامة فاروق، السيد كمال الشربيني، 2016، ص 23).

* ويُعرفه Dunlap و Koegl أن التوحد الطفولي أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة وتظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك غير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات التالية:

- الافتقار إلى اللغة المناسبة.

- الافتقار إلى السلوك الاجتماعي الملائم.

- العجز الشديد في الحواس.

- اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي.

- أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر.

- انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء.

* أمَّا Smith فقد عرَّف التوحد الطفولي عام 1975 بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع وفقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، الترديد الميكانيكي للكلمات والعبارات السلبية في التغيير، الإعادة المملة للأفعال.

* ويُطلق عبد المنعم الحنفي 1978 على إعاقة التوحد مصطلح الانشغالية بالذات ويقرر أن المصطلح أدخله (بلولر) ليَصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم

الخارجي. ويرى أن كل طفل مُنسحب بشكل متطرف قد يجلس ويلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات الورق وقد بَدا عليه الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله.

* وفي عام 1978 اقترح كل من "Freeman و Ritvo" تعريفاً للأشخاص التوحديين وقد أخذت الجمعية الوطنية للأشخاص التوحديين بهذا التعريف وهو الآن أكثر قَبولاً لدى العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة. ويتضمن التعريف خصائص وصفات الشخص التوحدي بأنه الفرد الذي توجد لديه الإعراض التالية، وذلك قبل ثلاثين شهراً من العمر:

- اضطرابا في سرعة النمو أو مراحله.

-اضطرابا في الاستجابة للمثيرات الحسية.

-اضطرابا في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

-اضطرابا في التقليد المناسب للأشخاص والأحداث والموضوعات.

* أما Hare فعرَّفه بأنَّه العجز الشديد جدًّا في الجوانب الانفعالية وتظهر على الأطفال علامات ضعف القدرة على إقامة العلاقة مع الأشخاص الآخرين، وضُعف الاستجابة للمثيرات العائلية، والاضطراب اللُّغوي الواضح، أو فقدان القدرة على الكلام.

* أمَّا الأستاذ يحي الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة فقد وصف التوحد الطفولي عام 2003 بأنه نوع من الانغلاق على الذات من الولادة، حيثُ يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءاً من أمه وان كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع الأشياء المادية وبالتالي يُعاق نُمُوُّه اللُّغوي والاجتماعي والمعرفي. (سوسن شاكر مجيد، 2016، ص 24-28).

3_ نسبة انتشار التوحد:

في عام 1997 قامت مراكز السيطرة على الأمراض ومنعها بوضع تقدير أوسع لمرض التوحد وأن نسبة المصابين تصل إلى 1 لكل 500. وهذا التقدير يُشير إلى أن هناك ما يُقارب (500،000) شخص في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من مرض التوحد أو سلسلة اضطرابات التوحد.

كما تبيَّن بأن التوحد يصيب الأطفال الذكور بنسبة أربع أضعاف من الإناث، ولا يوجد أي فوارق عرقية، اجتماعية، اقتصادية أو ثقافية معروفة. مع أنه من الممكن وجود بعض الروابط الوراثية مع بعض أشكال، كما لا يرتبط ذلك بأي خلفيات ثقافية أو عائلية أو أية ممارسات. كما تم تفنيد النظريات

القديمة تماماً والتي أقحمت تصرفات الوالدين في التسبب في تكرار حدوث التوحد.(أحمد سعد جلال، 2008، ص 71).

* أشارت التقديرات الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي بلغت ما يقارب (2-6) حالات في كل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة (0،02%) ، (0،6%)، وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (2:1) ولغاية (5:1).

وأشار كل من العالمان Part و Lotter عام 1996 إلى أن من بين الأعمار (8،9،10) سنوات هناك (4،5) أطفال مصابين بالتوحد الطفولي ولكل عشرة آلاف طفل وأثبتت دراسة Aurhus التي أُجريت في الدانمارك عام 1970 ذات النتائج.

أما Cathy Pratt المسؤولة عن مركز أنديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد الطفولي من (5،15) حالة لكل عشرة آلاف حالة، أما في عام 2000 فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوحت مابين (7-48) حالة لكل عشرة الآلاف حالة مُشخصة كأعراض للتوحد أو اضطرابات النمو Parvasive développement disorder وأعراض مرض Asperges syndrome.

وأشار مركز أبحاث في جامعة كامبردج في تقرير له بازدياد عدد حالات التوحد حيث أصبحت 75 حالة في كل عشرة آلاف من عمر (5-11) سنة وتُعدُّ هذه النسبة كبيرة عمَّا كان معروف سابقا، وهو 5 حالات في كل عشرة آلاف ولادة.

وفي عام 2002 عقد المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشارت الدكتورة Marie Bristol إلى أن حالات التوحد الطفولي يمكن توزيعها كما يلي:

* هناك (1) من (1000) حالة طفل صُنف بأنه توحد كلاسيكي Classic Autisme.

* وهناك (1) من كل (500) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد Autism Spectrum ويتضمن أعراض اضطرابات النمو PDD.

* وهناك من (1) من كل (200) حالة من أعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو PDD وأعراض مرض اسبرجر Asperges Syndrome. وأنَّ حالات التوحد وأعراض التوحد

في زيادة ولا تُعرف أسباب ذلك، وأنَّ أعراض التوحد تتغير عبر المواقع الجغرافية وذلك لتوفر الخبرات والتشخيص الدقيق ووجود المهنيين ذوي العلاقة ببرامج التوحد والعوامل البيئية الأخرى.

- أماَّ دراسة Wingو Rinland و Chess عام 1971 فأشارت إلى أن (0،01%) من الأطفال المعوقين يقعون ضمن فئة الأطفال الذين لديهم أعراض الانفصال الطفولي أو أعراض Kenner Syndrome.

وأكد بعض الباحثين أن عائلات الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي منحدرة من طبقات متوسطة الدخل وذات تأهيل مهني بسيط. وأن نموذج السلوك التوحدي يبدأ من الولادة أو خلال السنوات الأولى من عمر الطفل وثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد عمر ثلاثة سنوات. وقد صنفت ست (6) عائلات كان لأطفالها علامات التوحد الطفولي بأنَّ عائلتين لاحظت علامات التوحد على أطفالها في عمر أقل من سنتين (2) وعائلتين أُخريين لاحظت علامات التوحد الطفولي الثانية والثالثة من العمر. وأشاروا إلى أن الأطفال من عمر (4-7) فقد فقدوا التواصل اللُّغوي والاتصال مع الآخرين فضلاً عن ظهور علامات السلوك التكراري. وربما تظهر أعراض الانفصال الطفولي مصحوبة ببعض الاضطرابات الأخرى التي قد تؤثر على الدماغ والجهاز العصبي المركزي كالتخلف العقلي والصرع والاضطرابات الأيضية.

وأشارت دراسة 1967Lotter بأن 25% من الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي يقعون ضمن فئة التخلف العقلي البسيط و 56% ضمن فئة التخلف العقلي الشديد.

واكتشف باحثون آخرون أنَّ خصائص متماثلة أو متشابهة ومختلفة مابين التوحد الطفولي والإعاقات الأخرى وخاصة فيا يتعلق بالنمو اللغوي والاضطرابات في السمع والبصر وبعض مظاهر التخلف العقلي.

وأشارت الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور غالباً ما تكون أكبر منها لدى الإناث ولقد لاحظ (كانر) زيادة الذكور أربع مرات في مجموعة الأطفال ممن لديهم أعراض توحدية كلاسيكية. أما في دراسة "ميدل سكس" فكانت النسبة أقل بصورة طفيفة من ثلاثة أطفا ذكور في مقابل طفلة واحدة. كما أنَّ عدد الأطفال الذكور كان الأكثر من بين مجموعة الأطفال ذوي الملامح التوحدية ولو أنَّ هذا الفرق ليس ملحوظاً بنفس القدر الموجود في فئة الأطفال ذوي التوحدية الكلاسيكية.

(سوسن شاكر مجيد، 2016، ص 28-31).

* يُعدُّ التوحد من أكثر الاضطرابات العميقة في مرحلة الطفولة ومعدلات انتشاره في ازدياد، فتبلغ معدلات انتشار التوحد 15% لكل 10،000 مولود Hobson، ويبلغ (20) طفلاً لكل 10،000 طفل (Filipek et al 2000). وتبلغ معدلات انتشار التوحد في ولاية نيوجيرسي في الولايات المتحدة 6،7 لكل 1000 (Bertrand et al 2001)، ومعدلات انتشار اضطراب طيف التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي بلغت 6 لكل 1000 في الولايات المتحدة الأمريكية (Yeargin ,Allosop et al 2003) وتبلغ معدلات انتشار اضطرابات طيف التوحد، والاضطرابات النمائية الشاملة 6 لكل 1000، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية(Who, 2003) عبر العالم، وفقاً لنتائج دراسة "تشن" وآخرين(Chen et al, 2007) فان معدلات انتشاره كانت (1) لكل (150) طفلاً. (أسامة فاروق مصطفى، 2016، ص 24).

4_ أعراض التوحد:

إن أهم الخصائص الحسية والاجتماعية والانفعالية والإدراكية التي يتَسمُ بها الأطفال التوحديين هي ما يلي:

1-ضعف التفاعل الاجتماعي:

غالباً ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين، يقيمون اتصالات قليلة، وعلاقات ضعيفة مع كل من الراشدين والأطفال. وغالباً ما يَهيمون على وجوههم في أرجاء الغرفة التي يتواجدون فيها، غير مُهتمين ولا عابئين بما يفعلُه الآخرون، ولا يستجيبون للذي يُحاول أن يُقدم لهم شيئا ولا يأبهون له، كما أنهم يظهرون نوعاً من اللادراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاصاً أم أشياء.

كما تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

كما يظهر الطفل الخلل في التفاعل الاجتماعي حيث يفشل في تنمية العلاقات مع الأشخاص ويُعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم. ولا يبحث عن الراحة وقت التعب ويُحاكي الآخرين بصورة مضطربة ولا يشارك الآخرين في اللعب الاجتماعي ويُفضل اللعب الفردي وإذا شارك الأطفال الآخرين فانه يُعاملهم كالآلات ويبدو أن لديه خلل واضح في قدرته على عمل الصداقات مع الرفاق.

كما أن الطفل الرضيع ل يستجيب للحمل والاحتضان، ويتجنب الطفل الأكبر سناً في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين وعندما يُمسك الطفل التوحدي بأي إنسان آخر فكأنه يُمسك بقطعة أثاث وليس بإنسان.

ودرس Miranda, donnelfanو(yorder 1983) أشكال ونماذج الاتصال العيني لأطفال التوحد و وجدوا أن أطفال التوحد ينزعون إلى التحديق ليس لجذب اهتمام الآخرين. وهم قلَّما ينظُرون إلى الأشياء والآخرين بشكل مباشر. وتختلف نظراتهم عن الأطفال الطبيعيين، فهم يأخُذُون وقتاً طويلاً في الجلوس بهدوء دون أيَّ تفاعل اجتماعي أو مشاركة مع الآخرين وقد يتصرّفون بشكل غريب وغير عادي في الاتصال مع الأشياء مثل (المنديل، اللعبة).

وحدد كل من Butterworthو1991 Jarrett في دراستهما على الأطفال الصغار والرضع وأعمار ما بين 6- 18 شهر نماذج تحديق أطفال التوحد وأشاروا إلى أن الأطفال الرُضع لا يُركزون النظر والتحديق لأمهاتهم، وإنما يتم التركيز على نقاط أخرى، فالأطفال الطبيعيين في عمر ستة (6) أشهر بإمكانهم متابعة أمهاتهم عندما تقوم الأم باحتضان طفلها. وفي عمر (12) شهر فان الأطفال يُتابعون أمهاتهم ويُركزون على الأشياء ويلاحظون حركات عيون أمهاتهم، وفي عمر (18) شهر فان الأطفال يُتابعون نظرات وحركات عُيون أمهاتهم مباشرةً وتُعدُّ هذه مهارات التواصل الأولية للطفل. أمّا أطفال التوحد فإنهم غير قادرين على ذلك.

ويُلاحَظ ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وعدم الرغبة في صُحبة الآخرين الذين يلقى الحب والعطفَ منهم. وأهم ما يُلاحَظُ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو مُبادلتهم لنفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصلُ إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر. ويَظل الطفل مُعظم وقته ساكناً لا يطلُب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون للأشياء دون الناس، كما أنه يرفُضُ المُلاطفة والمداعبة ويعملُ على تجنُّبها.

ووصف Stephenمن مركز دراسات التوحد أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاث مجالات، هي:

أ-التجنب الاجتماعي Socially Avoidant: يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الآخرين الذين يودُّون التفاعل معهم وكانت ردود فعل البيئة الاجتماعية إزاء هذا التصرف يؤشر بأن أطفال التوحد لا يُحبون الناس ويخافون منهم.

وفسَّر بعض علماء النفس أسباب ذلك من خلال استنادهم على المقابلات التي أُجريت مع الأطفال البالغين أن هذه المشكلة تتعلَّق بالحساسية الزائدة إزاء بعض المثيرات فبعض الأطفال كان ينزعج من أصوات الوالدين والبعض الآخر ينزعج من رائحة العطر التي يضعها الأبوين ووصف البعض الآخر الآلام التي عانوها عندما كانوا يُلمسون أو يُحملون من قبل والديهم.

ب-اللامبالاة الاجتماعية Socially indifférent: وُصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين ولا يبحثُون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وهم لا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

ج-الإدراك الاجتماعي Socially awkward: يعاني أطفال التوحد الصعوبة في الحصول على الأصدقاء ولكن لا يُحافظون عليهم وهذه ظاهرة شائعة عند الأطفال الذين يعانون من أعراض Asperger syndrom ولعلَّ من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي وان الحديث يدور حول أنفسهم وأنانيتهم فضلا عن عدم تعلمهم للمهارات الاجتماعية والانعزال الاجتماعي والافتقار إلى القدرة في اتخاذ القرارات الاجتماعية.

وهناك ثلاثة أشكال من علامات النقص الاجتماعي لأطفال التوحد، وهي:

* النقص في الإدراك الاجتماعي.

* صعوبة فهم معتقدات الناس للآخرين واتجاهاتهم ومشاعرهم.

* ضعف القدرة على توقع ما للآخرين من أقوال وأفعال في معظم المواقف الاجتماعية.

2-البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب و العناق أو إظهار مشاعر العطف ، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحدا و لا يهتم بأن يكون وحيدا أو في صحبة الآخرين ، فضلا عن القصور و الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية و عاطفية مع الآخرين .

كما يلاحظ على الأطفال التوحديين النقص الواضح في الاستجابة للآخرين و الفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل و نقص الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينيه بعيونهم و اللامبالاة أو النفور من العاطفة و المودة .

كما أن كثيرا من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجاوب طفلهم مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته ، بل وربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه . وفي كثير من الحالات يبدو الطفل و كأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما، وقد تمضي ساعات طويلة و هو في وحدته لا يتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

3- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

تبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فإذا مَرَّ شخص قريب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو لو كان لم يرى أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر. وما أن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية ؛ هذا وقد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي و غيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها .

وينطبق هذا على وسائل الإدراك الأخرى مثل النظر و اللمس والتذوق ؛ فهو يميل إلى الخلط بين الشكل و الأرضية ، ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء أطرافه مجاله النظري وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة و الصوت .

ويعاني الأطفال التوحديين من عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقديرهم للمخاطر التي يتعرضون لها والتي يعيدون التعرض لها

المرة تلو المرة على الرغم من الأضرار التي تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم . كما أن الأطفال يعانون من شذوذ في الإدراك فكثيرا ما يستجيب الأطفال بطرق غريبة وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية ولكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي لا يسمعها الآخرون إلا بصعوبة أو يقفلون آذانهم تجنبا لسماع أصوات معينة ، ويتجنبون أن يلمسهم أحد ، و أحيانا يظهرون انبهارا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ مع الضوء و الروائح . وقد يحب الطفل إمساك و تفحص الأجسام الدقيقة كحبات الرمل أو البذور ويبدو كأنه لا يشعر بشيء قد يسبب له الألم .

كما أن بعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف أو تقريبها إلى العين ؛فإن بعضهم الآخر قد يثبت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه ، وأن بعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل تجاهل الأصوات ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس واختفاء الإحساس بألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

4 – ضعف استخدام اللغة و التواصل مع الآخرين :

يعاني بعض الأطفال التوحديين من ضعف استخدام اللغة و التواصل مع الآخرين وبعض الأطفال قد لا يتعلمون الكلام أبدا ، كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين فقد يردد الطفل ما قد يسمعه تواً وفي نفس اللحظة وكأنه صدىً لما يقال.

والحديث التلغرافي الذي يتم فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة واستخدام الضمائر بصورة مشوشة وخاطئة ، حيث يستعمل "أنت" عندما يود أن يقول "أنا" و عدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يعرفون ماضي الطفل ، ولقد أسماها "كانر" لغة مجازية metaphorical language ويكون الكلام على وتيرة واحدة ،ويعاني الطفل الخلط في ترتيب الكلمات والصعوبة في فهم أي شيء سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة وذلك لكون هذه التعليمات حرفية ومحسوسة عيانية عند استخدام الطفل التوحدي لها لأنه لا يفهم إلا الحديث العياني المباشر .

أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه و الإيماءات فغائبة أو نادرة. وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعيا، وعندما لا توجد شذوذات واضحة في مهارات اللغة فإن التواصل غالبا ما يكون به خلل في اللف و الدوران واللغو الذي لا علاقة بين أطرافه وبنوده. أما اضطراب فهم اللغة فيبرهَن عليه بواسطة عدم القدرة على فهم النكات (النكتة) و التورية في الألفاظ و السخرية. أما النمطية اللفظية verbel stereotyps فيشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى، ولدى الأطفال الأكبر تكون الآلية اللفظية شامية لذاكرة طويلة الأمد مثل (إعادة نفس كلمات أغنية سمعها من قبل ذلك بسنوات أو مناسبة تاريخية) حيث أن هذه معلومات تتكرر مرات عديدة دون اعتبار للموقف الاجتماعي ومناسبة ذكرها من عدمه .

ويشير "عثمان لبيب" بعدم قدرة هؤلاء الأطفال على فهم الرموز اللغوية وما هو مفروض أن تنقله إليه من معاني ، فلا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته ، بل يصدر أصواتا ليست ذات معنى أو مهمة غير مفهومة . وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم نجده نادرا ما يفهم ما يقول وإذا قال شيئا فإنه يكون إعادة أو صدى لما يوجه إليه من كلام فإذا سألته ما اسمك فإنه يردد نفس السؤال ما اسمك ؟ بشكل ترجيعي وبنفس شدة الصوت و النغمة التي توجه بها السؤال إليه، وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال أو يبدأ الطفل بترديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر .

وقد يقتصر كلامه على استخدام بضع كلمات ولا يستخدم كلمة أو جملة صحيحة في مكانها المناسب وغالبا ما يفشل في تركيب جمل ذات معنى أو استخدام الكلمة في المكان المناسب . كما يعاني من عجز في الربط بين المعنى والشكل المضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية .

حيث لوحظ أن بعضا منهم يردد جملة أو كلمة أو لحنا موسيقيا مما يسمعه أثناء مشاهدته للتلفزيون في فترة سابقة مستعملا نفس الألفاظ بشكل حرفي وعدم قبول أية مرادفات أو مختلف دلالات نفس المعنى أو العبارة .

5 – إيذاء الذات :

يثور الأطفال التوحديين في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقائه أو المتخصصين العاملين على رعايته وتأهيله.

ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش والرفس، وقد تشكل عدوانيته إزعاجا مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب والصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين. وكثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

كما ويظهر الأطفال حزنهم بنوبات غضب شديدة أو بحركات معينة كالهز إلى الأمام والوراء والقفز صعودا وهبوطاً أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه وكثيرا ما لا ستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه وقد لا تُجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يُعانيه.

6_ فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:

يبدو على الأطفال التوحديين بأنهم لا يعرفون بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به. وكثيرا ما يُحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة والى درجة إيذاء أنفسهم خاصة في الوقوف أو الجلوس وكأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم.

7_ الانشغال المرضي بموضوعات معينة:

ويُقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل بشكل مرضي، بموضوعات وأشياء معينة فقد ينهمك الطفل التوحدي تماما بقطعة من رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة وربما يستمر هذا الانهماك لفترات طويلة من الوقت، أو ينشغل الطفل بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل (الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت)، أو يلاحظ على الطفل السلوك الاستحواذي فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوماً كقطعة من القماش أو الكوب ويشعر بالحزن الشديد إذا أُخذ منه هذا الشيء.

8_ الشعور بالقلق الحاد:

إن القلق يشعر به الطفل في حالة تغيير الروتين اليومي ومن ناحية أخرى نجد أن الطفل التوحدي لا يخاف مطلقاً من أخطار حقيقية مثل المرور في الشارع، أو الوقوف في الأماكن المرتفعة، بحيث يصبح الطفل حزيناً إذا تغيَّرت البيئة الحيطة به بأي طريقة كانت، فقد ينزعج الطفل إذا ما تم نقل الأثاث من مواقعه المعتادة أو إذا فقد شيئا مألوفاً لديه وينزعج أيضا جرى خرق الروتين ولم يُحَافظ عليه بصرامة. ويُعاني الطفل من شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجداني (الضحك أو البكاء دون سبب واضح).

9_ القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:

يبدو على الأطفال التوحديين القصور في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي.

فالطفل التوحدي هنا لا يستطيع حماية نفسه أو رعايتها أو حتى إطعام نفسه بل يحتاج لمساعدة كبيرة، والطفل هنا لا يهمه من أعطاه لعبة بقدر ما يهمه وضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده.

10_ انخفاض في مستوى الوظائف العقلية:

يُعاني أطفال التوحد من اضطراب في النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظا مع ظهور تفوق في مجالات معينة، ويبدو على البعض الآخر مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة وتشغيل الأقفال. كما أنهم يُجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بمهارة عالية. وقد يُبدي البعض الآخر تفوقاً في الموسيقى والعزف، والبعض الآخر يُبدي أنه سوي أو قريب من السوي كما أنه يُعاني بعض الأطفال التوحديون من ضعف الإدراك والوظائف العصبية.

11_ السلوك النمطي المُتصف بالتكرار:

كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي لفترات طويلة بأداء حركات لمدة طويلة ومستمرة كهز الأرجل، الدوران حول النفس، تحريك الرأس، ترديد نغمة معينة، وقد يُمضي ساعات وهو يُحَلق وينظر في اتجاه معين أو نحو مصدر الضوء أو صوت بعيد أو قريب. (مرجع سبق ذكره، 2016، ص 41-53).

* الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد:

1- شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام.

2- شذوذ في الأكل والشرب والنوم (شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المبكر ليلاً).

3- شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح). والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية واستجابة خوف مفرط لموضوعات غير مؤذية.

4 - سلوك إيذاء النفس مثل ضرب الرأس على الحائط أو عض أصابع اليد.

5 - التبلُّد وعدم الاكتراث بالناس.

6 - ممارسة أنماط سلوكية نمطية شاذة في الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز والمشي على أطراف أصابع القدمين).

7- مظاهر القلق والعدوان الذي يتميز بالعنف والانفصال الشديد عن الواقع.

8- تفوق الطفل في بعض المجالات.

* الأعراض المبكرة الملاحظة من قبل الأم للتوحد:

- انبهار بالأضواء والأصوات وحركات الجسد.

- يكون سعيداً عندما يُترك لوحده.

- لا يُحب الاحتضان.

- يلعب بأجزاء من الألعاب فقط مثل رأس دمية.

- يُرتب الأشياء في صفوف.

- الصراخ عند غسيل الشعر وتقليم الأظافر.

- عدم وجود ردود فعل للأصوات العالية أو عند مناداته باسمه، الشك بأنه أصم ولكنه قد ينتبه للأصوات الخافتة جداً مثل فتح علبة بسكويت.

- قد يبدأ بالكلام لكن فيما بعد:

1- يفقد الكلمات .

2- تتطور لديه لغة خاصة به.

وعندما تلاحظ الأم بعض هذه الأعراض المبكرة فعادة ما تُعبر عن قلقها إلى الأب، أو إلى طبيب الأطفال ومعلمة الروضة وفي مرحلة الوعي الأولي قد يُنكر الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء بصورة فردية أو جماعية وجود شيء غير عادي. (ثامر فرح سهيل، 2015، ص 282).

5 _ أسباب التوحد:

1-العوامل الجينية: يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي (Firth, 1989 ,A2) فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين).

2-العوامل المناعية: أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي. فالعوامل الجينية وكذلك شذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين.

3-العوامل العصبية: النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي occipital lobe والفص الجداري temporal lobe وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضاً في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة. أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي.

4-عوامل كيميائية حيوية: العديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة حمض الهوموفانيليك Homovanilicacid في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يُشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين. وكذلك أيضاً ارتفاع لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصوراً عليهم، إذ أنه يوجد أيضاً في الأطفال

المتخلفين عقلياً بدون اضطرابات ذاتوية وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضاً في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحديين.

5-التلوث البيئي: ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيمياويات، وتركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق والكاديوم cadmium في كاليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

6-العقاقير: اقترح Wakefidle et al,1998 ارتباط الإصابة بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي، ويعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تُعطى للأطفال إلى أن وصلت إلى 44 تطعيماً قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد هي مصادر بيئية، ومن ضمنها اللَّقاحات أعطت دعماً قوياً للفرضية.

7-الخمر والمخدرات: اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني Fetal Alcohol Symptôme والتوحد فالأثينول Ethanol معروف على أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، ويبدو أنَّه من المعقول أن نتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد.

8-التدخين: انتهت نتائج دراسة "هيملتن وآخرون" إلى ارتباط التدخين الأموي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد.

9-إصابة الأم بالأمراض المُعدية: أوضحت بعض الدراسات بأن الأعراض التي نراها في الأطفال المصابين باضطراب الطيف التوحدي ASD من المحتمل أن تكون ناتجة عن العدوى، حيث أوضح Vojdani أن عينات دم الأطفال المصابين بالتوحد أظهرت وجود أجسام مضادة تتفاعل مع بروتين الحليب Chlamydia Dia pneumonia Streptococcus وهما عدوتان شائعتان.

والمشكلة أن هذه الأجسام المضادة التي تتفاعل مع هذه البروتينات والعدوى ربما تتلف الحاجز الدموي الدماغي BBB بضم هذه مع السموم مثل الزئبق أو المادة الحافظة Thimerosal في تحصينات الأطفال يمكن أن تعبر المخ من خلال الحاجز الدموي الدماغي التالفة مُسببةً تلفاً لخلايا المخ.

(مرجع سبق ذكره، 2016، ص 24-26).

2- ويتفق معظم العلماء إلى أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث الذاتوية إعاقة التوحد، ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى

ظهور الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية للمخ، كما قد يرجعها البعض إلى أسباب بيئية فيما ترى فئة أخرى إلى أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية.

*يرى أنصار العوامل البيئية أن الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر على نموه في المراحل التالية وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب القوية للاضطراب وبخاصة المشكلات الانفعالية التي تربط بين الطفل و والديه في مرحلة الطفولة المبكرة مما يؤدي إلى انسحاب الأطفال من البيئة الاجتماعية وعزلتهم.

وهكذا يمكن القول أن أطفال التوحد تكون بيئاتهم أُقل تفاعلاً وأكثر جموداً وعزلة وانسحابية.

*أما أنصار العوامل المشتركة فيرجعون أسباب الاضطراب إلى النتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية فضلاً عما يحدث داخل الأسرة من صدمات وضغوط وغيرها.

*كما أكدت بعض الدراسات أن مضاعفات هامة قد حدثت قبل الولادة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، كما أنها بيَّنت أن نسبة 32,4% من أطفال التوحد سوف يحدث لهم نوبات من الصرع في وقت ما من حياتهم. فكثير من الأطباء أكدوا أن السبب الرئيسي يعود إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ مما يؤدي إلى الإخلال بوظائفه، تلك المراكز خاصة في مجال الإدراك والتوافق الحركي.

فقد أشار Rutter إلى أن الكثير من المصابين بهذا الاضطراب يصبحون متوسطي الذكاء أو عاديين في نسب ذكائهم عندما يصلون إلى سن الشباب.

- ويرى الباحثان ClarkوMatt أن اضطراب إعاقة التوحد يرجع إلى أسباب عصبية وأن 75% من المصابين يبقون متخلفين عقليا ويُعانون منه طول حياتهم.

- وهناك من يُرجع هذا الاضطراب إلى الضعف في الكر وموسوم (X) الهش Fragile X Chromosome ويرون أنه المسؤول عن حدوث هذا الخلل من الناحية العقلية ويؤدي إلى التوحد.

- ويرجعه العض الآخر إلى عوامل جينية Genetic فقد لوحظ حوالي 2% من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بإعاقة التوحد بمعدل (50) مرة أكثر من عامة الناس .

كما ينسب من ناحية ثانية الفضل إلى اسبرجر 1944 في وضع في وضع التفكير السيكولوجي لاضطراب إعاقة التوحد ولذلك سميت أعراضها بمتلازمة اسبرجر Asperger، فقد أوضح أن إعاقة التوحد تتميز بمتلازمة أعراض سلوكية، وفي دراسة لكل من (كانر و ايزبنرج) Canner و Heisenbergعن الآباء الباردين أوضحا فيهما أن رفض الوالدين لسلوك الطفل في البداية يؤدي إلى انسحاب الطفل. في حين أكد Kolvin عام 1971 أن التوحد يُعَدُّ من الاضطرابات النفسية في الطفولة ولا يرتبط بالنواحي البيولوجية ويحدث في الطفولة المبكرة من الميلاد وحتى سن عام أو عامين ونصف. وظهرت في السنوات الأخيرة ثلاث وجهات نظر بين هذه الأسباب وهي على النحو التالي:

- الأسباب الفيزيولوجية العضوية:

- تؤكد الدراسات والأدلة في الوقت الراهن بأن الأسباب العضوية هي التي تؤدي إلى التوحد، كإصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella خلال فترة الحمل، والتشنج الطفولي اللاإرادي والصعوبات الشديدة أثناء الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين واختناق الطفل واضطراب Retts.

وهناك دراسات على التوائم تدل على أن بعض حالات التوحد تعود إلى العامل الوراثي (الجيني) وتزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الأخرى. وقد جاء الباحثان Folstm 1978و Rutter بعد دراستهما ل 11 زوجاً من أطفال التوائم المتطابقة أن التوحد يزداد لدى التوائم من بيضة واحدة ووجدوا أن هناك تأخر في الجانب اللغوي والمعرفي وبلغت نسبة التوحد في التوائم المطابقة 82% و 10% من التوائم غي المتطابقة. فمن المعروف أن التوائم المتطابقة تشترك في نفس التركيبة الجينية. وأكَّد هذه النتيجة Steffen burg 1989 عندما وجد أن 91% من التوائم المتطابقة كانوا من بيضة واحدة ولهم نفس الأعراض. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي PET-MRI وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا Purkinjecells. أما Rosenbloom 1984 فقد استخدم CAT Scan و وجد أن 20-25% من أطفال التوحد يُظهرون اتساع البُطَينات الدماغية، ووجد عام 1988 أن أجزاء من المخيخ في 82% من حالات التوحد غير كاملة. وأن هناك شذوذات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي في نسبة 10-83% من أطفال التوحد. وكشفت دراسة المخ بعد الوفاة بوجود شذوذات قشرية خاصة Polimicogyri في بعض التوحديين. ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد. فانه تُجرى في الولايات المتحدة الأمريكية بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

ووجد الدكتور "بول شاتوك" من خلال فحصه لعينات من بول عدد من الأطفال المصابين بالتوحد والتي أجرى عليها العديد من التجارب إلى أن مادة البتبايدس Peptides موجودة بنسبة أكبر عند أطفال التوحد مقارنة مع الأطفال العاديين وهذه المادة تؤثر على عمل المخيخ فتزيد من حالة التوتر وفرط الحركة وهي موجودة في بروتين حليب البقر.

العوامل البيوكيمياويةBiochemical Factors :

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد. إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضاً في ثلث الأطفال المتخلفين عقلياً إلى درجة شديدة وأُجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل النخاعي الشوكي، وُجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يُدمر بعض الخلايا العصبية. (مرجع سبق ذكره، 2016، ص 63).

* كما أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والتوحد وأن المستويات المرتفعة لعديد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضاً على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ مسيلين Myclin الضروري للأفكار المعرفية.

(ثامري السعيد، 2019، ص 82).

- أسباب نفسية سيكودينامية:

تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد، حيث كان يُعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تُهيئ لحدوث هذا الاضطراب، ونظراً لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الاصابة بالاضطراب، فقد تمر تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:

أ-ميكانيزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم:

يرى أنصار هذه النظرية "كانر، اسبرجر، جولدفارب، ريملاند" أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة، فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي

تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

ب-الانسحاب الجزئي Partial withdrawal:

يُوصف بعض الأطفال التوحديين بالهدوء في مرحلة الطفولة المبكرة، وذلك لأنهم لا يُبدون أي حركة تعاونية تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم، كما أنهم لا يستجيبون لرؤية الأم سواء بالبكاء عند الرغبة في الرضاعة أو بالضحك عند الرغبة في اللعب والمناغاة، وغالباً لا تَشُكُ الأم في شذوذ هذه السلوكيات وإنما تعتبرها علامات مميزة لهدوء الطفل، وفي بعض الحالات مرَّت مرحلة الطفولة المبكرة لديهم عادية ولكن الانسحاب بدأ متأخراً وبالتدريج، فَيولي الطفل اهتمامه ببعض الأشياء دون الأشخاص فقد يهتم بالطعام، أشعة الشمس، والخيال.

ج-الانسحاب الاختياري Sélective withdrawal:

يُظهر الطفل التوحدي تمرُداً أو انسحاباً اختيارياً يتمثل في:

1-يتحدث لواحد فقط أو اثنين من الناس أو رُبَّما ليس لأحد على الإطلاق.

2-يتحدث بهدوء داخل البطانيات في الليل عندما يعتقد أن لا أحد يسمعه أو يراه.

3-يُظهر اجتناباً بصرياً للمثيرات المحيطة به وينسحب من كل مجال تعلُّم.

4-يُظهر رفضا تاماً لاستخدام ذكائه.

5-يظهر صمما أو طرشاً اختياري عندما يتحدث معه أحد. (نفس المرجع، 2019، ص 80،81).

أسباب اجتماعية:

يرى أصحاب هذه الوجهة أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد، ومن الذين يبنون هذه النظرية " Boot manوZuker 1960".

واعتقد كانر بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس المشكلة.

(مرجع سبق ذكره، 2016، ص 64).

6_ أنواع التوحد:

1-متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome:

لقد شخَّص الدكتور Hans Asperger من جامعة فينا –قسم طب أطفال التوحد- بأنه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة أسبرجر. وهي قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، ومعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية أو ذا معدل عالي من الذكاء ولا يوجد لديهم تأخر في النطق، وينشغلون ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد، لديهم حساسية كبيرة من الأصوات. كما أن لعض الأطفال لديهم قدرات فائقة في بعض النواحي.

2-متلازمة الكروموسوم الهش Fragile X Syndrome:

اضطراب جيني في الكروموسوم الأنثوي ْ ويظهر في 10%من أطفال التوحد وخاصة الذكور. ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط.

3-متلازمة لاندو-كليفترLandau-Kleffner Syndrome :

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى (7) سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك. غالباً ما يشخص الطفل خطأً على أنه أصم. هناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة.

4-متلازمة موبياس Mobius Syndrome:

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.

5-متلازمة كوت Kott Syndrome:

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم القدرة على الكلام وفقدان القدرة استخدام اليدين إراديا.

6-متلازمة سوتوس Sotos Syndrome:

تُسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة.

7-متلازمة توريتي Tourette Syndrome:

تتصف بالحركة اللاإرادية كما في رمش العين وهز الكتفين، وغالباً ما يُعاني الطفل من القلق وعدم القدرة على التركيز.

8-متلازمة ويليامز Williams Syndrome:

اضطراب نادر يشترك مع التوحد في بعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، والحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلُّق بالأشياء غير الطبيعية.

9-مرض فينايل كيتونيوريا Phenyketopuria PKU:

مرض وراثي سببه أن الحامض الأنيمي المسمى "فينايلالينين Phenylalanin "لا يتم له في الجسم وذلك بسبب نقص أو نشاط إنزيم معين في الكبد يؤدي إلى تراكم هذا الحامض في الدم والمخ. والتشخيص يتم عن طريق فحص الدم.

10-مرض Touberous Sclerosis المعروف بتصلُّب الأنسجة:

مرض وراثي ويسبب بالنمو غير الطبيعي للأنسجة الدماغية وهناك حوالي (1-4) حالات من كل عشرة الآلاف حالة يولدون بهذا المرض. (مرجع سبق ذكره، 2016، ص 31-33).

* واقترحت "ماري كولمان" ثلاث تصنيفات للتوحد هي التوحدية الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها مابين سن الخامسة والسابعة، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر، والمتلازمة التوحدية المعوقة عصبياً، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيضية، ومتلازمات فيروسية مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي.

- واقترح كل من "سيفين " و "ماستون" و "كو" و "في سيفين" (Sevin Maston , coo et Fee,Sevin 1991) تصنيفاً من أربع مجموعات، وهي كالتالي:

1-المجموعة الشاذة: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2-المجموعة التوحدية البسيطة: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يُعاني أفراد هذه المجموعة أيضاً تخلُّفاً عقلياً بسيطاً.

3-المجموعة التوحدية المتوسطة: ويمتاز أصحاب هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد)، لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4-المجموعة التوحدية الشديدة: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً، و لا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (مرجع سبق ذكره، 2011، ص 31).

7_ سمات الطفل التوحدي:

1-السمات الجسمية:

يبدو للمشاهد أن الطفل التوحدي من الناحية الجسمية أو البدنية لم تظهر عليه أي عيوب جسمية، تجعله شخصاً ملحوظاً عن الأطفال العاديين، ملامحه طبيعية عند الولادة، ويمكن أن نستعرض أهم السمات الجسمية على النحو التالي:

* الوزن والطول.

* الأسنان.

* تطور المخ.

* تطور الحواس (اللمس، البصر، السمع، الشم والتذوق).

* النمو الحركي Motors développement: يقصد به التغيرات التدريجية التي تطرأ على جانب الاستجابات العضلية والحركية. (عادل عبد الله، 1999، ص 23).

يتضمن نمو الحركات الكبرى Cross Motor dévelopment.

نمو الحركات الدقيقة Fine Motor dévelopment.

تطور الحركات الكبيرة والدقيقة (النمو الحركي)

-النمو الحركي في مرحلة الرضاعة.

-وضع الوليد(انبطاح على الأرض).

-يرفع رأسه.

-يرفع صدره.

-يصل بيديه إلى الشيء ولكن لا يلمسه ويرفس بقدميه.

-يجلس بدون سند. (حامد زهران، 1977، ص 130).

-الاستدارة على الأرض في وضع الجلوس.

-الوقوف بمساعدة.

-الوقوف عندما يُسحب من وضع الجلوس.

-المشي بخطوات متكئاً على مسند.

-المشي بدون مساعدة. (سوسن شاكر مجيد، 2009، ص 136).

النمو الحركي في مرحلة الطفولة الوسطى: يلاحظ على الأطفال النشاط الزائد وتعلم مهارات جسمية حركية. يصبح الطفل محباً للعمل اليدوي.

-وضوح رسم الطفل. (كريمان بدير، 2010، ص 137).

النمو الحركي في الطفولة المتأخرة: (فاروق الروسان، 1996، ص 130).

2-السمات اللغوية:

الأسس البيولوجية للكلام واللغة: تتضمن المراحل التالية:

* مرحلة الاستقبال Réception Stage:

- الأذن الخارجية Outr: تعمل على نقل وتجميع الموجات الصوتية وتوصيلها الى الأذن الوسطى، كما تعمل على تحديد مصدر الصوت. (إبراهيم الزريقات، 2005، ص 101).

* الأذن الوسطى Middle Ear: مهمتها نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية الى الداخلية.

(فاروق الروسان، 1996، ص 139).

* الأذن الداخلية Inner Ear: مهمتها حفظ التوازن للفرد من خلال تزويد المخ بمعلومات على حركة الرأس وموضعه، وتحويل الطاقة الحركية. (عبد العزيز الشخص، 1997، ص 45).

3-السمات السلوكية:

اضطرابات نقص الانتباه / النشاط الزائد Attention / Déficit / Hyperactivité Disorder (ADHD): ويعدُّ من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة.

فهو ذلك الطفل الذي يجد صعوبة في التعامل مع الآخرين وهو كثير الحركة بدون داع، ويبدو دائماً مشتت الانتباه و لا يستطيع إتمام أي عمل سواء في اللعب أو الواجبات المدرسية.

اضطرابات النوم Sleep Disorder: من أهم اضطرابات النوم الأحلام المزعجة، الإحساس بالضيق والقلق، الشعور بالإرهاق والتعب، وسرعة الغضب. (سعيد حسين، 2006، ص 155).

اضطرابات الأكل Eating Disorder: يمثل الغذاء بالنسبة للطفل أحد الحاجات البيولوجية الأساسية التي تحافظ على وجوده واستمراره، فالأكل يُلبي حاجات الطفل الأساسية كونه نشاط من أجل البقاء. (حسن مصطفى، 2003، ص 37).

4-السمات الاجتماعية:

الطفل كائن اجتماعي من يوم ولادته، فهو يظهر اهتماماً بالآخرين في البيئة التي تحيط به، ويرتبط الطفل بمن يقوم برعايته واكتساب الطفل للسلوك الاجتماعي يساعده على التفاعل مع أفراد ثقافته، ويُعتبر هذا السلوك حصيلة عملية التنشئة، ونقصد به الابتسام واللعب، التفاعل مع الأسرة.

(سعد جلال، 1985، ص 199).

- المهارات الاجتماعية Social Skills: يُعرف (محمد السيد عبد الرحمن 1998): المهارات الاجتماعية إجرائيا أنها قدرة الطفل على البدء في التفاعل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية والايجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي وبما يتناسب مع الموقف.

(أسامة فاروق، ص 142).

-اللعب: هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية عمليو مسبقة. وهو نشاط حر موجه أو غير موجه يكون على شكل حركة أو سلسلة من الحركات، يُمارس فردياً أو جماعياً، ويتم فيه استغلال لطاقة الجسم الذهنية والطاقة الجسمية أيضاً، ويمتاز بالخفة والسرعة في التعامل مع الأشياء.

ويرى "اركسون" أن لعب الأطفال عبارة عن المظهر الطفولي للقدرة البشرية لهضم خبرات الحياة، إذ يمُرُ الطفل في نموه بخبرات يصعب عليه هضمها فيخلق في لعبه مواقف نموذجية يُسيطر عليها في الواقع بالتجريب والتخطيط . (سعد جلال، 1985، ص 195).

5-السمات المعرفية:

تتمثل في:

* الانتباه: يُعرف بأنه عملية ذهنية معرفية تتضمن تركيز الإدراك على منبه معين من بين مجموعة منبهات موجودة حولنا، وهي تتضمن عملية الانتقاء والاختيار والتركيز والقصد والاهتمام والميل لمنبه أو موضوع معين. (أندرسون، 2007، ص 113).

- أو هو تركيز الوعي تجاه مثير معين، وهو عملية انتقاء ايجابي لمثير أو أكثر من بين المثيرات الداخلية والخارجية التي تتزاحم على مداخل الإدراك للإنسان، وبإمكان الشخص التركيز على أكثر من مثير في نفس الوقت، مثل السائق الذي يقود عربة ويتحدث إلى شخص يجلس إلى جواره، فهو ينتبه لمحدثه في نفس اللحظة التي يقوم فيها بقيادة العربة، ولكن لا يُمكنه أن ينتبه لمثيرين يحتاجان إلى درجة عالية من التركيز في نفس الوقت.(عبد الكريم الحجاوي، 2004، ص 82). وهو أنواع:

انتباه تلقائي القسري (اتجاه الانتباه رغم إرادة الفرد إلى المثير كالانتباه إلى طلقة مسدس) اللاإرادي، الانتقائي، والانتباه الموزع.

الانتباه المستمر: القدرة على الاحتفاظ بهذا الانتباه باعتباره متوافقاً مع استجابة سلوكية أثناء استمرار النشاط المتكرر. (أمل محمود السيد، 2003، ص 16،17).

* الإدراك: عملية عقلية تتضمن التأثير على الأعضاء الحسية بمؤثرات معينة ويقوم الفرد بإعطاء تفسير وتحديد لهذه المؤثرات في شكل رموز أو معاني بما يُسهل عليه التفاعل مع بيئته، أما الإدراك الحسي فهو عملية تصور المفردات الجزئية الخارجية بتأثير المنبهات الحسية مباشرة فيتكون الإدراك الحسي من إدراك أشياء وأدوات فردية وجزئية. (سيد خير الله، 1981، ص 86).

* التذكر: يُعرف التذكر بأنَّه العملية التي تُمكن الفرد من استرجاع الصور الذهنية البصرية والسمعية أو غيرهما من الصور الأخرى التي مرت به في ماضيه الى حاضره الراهن.

(فؤاد البهي، 1997، ص 149).

6-السمات النفسية:

وهي مجموع مظاهر الانفعال والصفات المميزة وتطورها لدى العاديين والتوحديين والغضب والشعور بالذنب والقلق. (سعد جلال، 1985، ص 200).

* الغيرة: مزيج من الانفعالات المختلفة كالخوف والغضب والحقد والشعور بالنقص وحب التملك، وتسبب الغيرة كثيراً من مشاعر الصراع شديدة الخطورة على الجوانب الاجتماعية للفرد وهي تنطوي في جوهرها على كره شخصي لشخص آخر من أجل علاقة الاثنين بشخص ثالث أي تتكون من ثلاثة أشخاص على مسرح الأحداث النفسية الشخص الذي يغار، الشخص الذي يغار عليه أو من أجله الشخص الذي يغار منه. (نبيلة الشوربجي، 2007، 229،230).

* الغضب: انفعاله يصدر عن الفرد حين يتعرض إلى مواقف أو أحداث معينة يتعرض فيها لاهانة أو لوم من شأنه أن يَحُط من قدره. له ردود أفعال فيزيولوجية وأخرى جسمية ولانفعال الغضب صفة الشدة والتكرار، ويتفاوت في مدى استمراريته من شخص إلى لآخر.

(علاء الدين كفافي، مايسة النيال، 1997، ص 112).

* الشعور بالذنب: الأشخاص التوحديون يُعانون صعوبة في تعلم القواعد الاجتماعية للمجتمع، وحيث إنهم يعانون في أكثر الأحيان من التأخر الذهني، فإنهم قلَّما يظهرون شعوراً بالذنب أو خجلاً، فهم لا يفهمون سبباً لأهمية إتباعهم لقواعد المجتمع لكي يقبلهم الناس، فقد يشاهدون وهم يخلعون ملابسهم أمام الناس أو يُمارسون العادة السرية أو يُقهقهون، أو ينفجرون في نوبة غضب أو يأخذون طعاماً من صحون غيرهم، وان درجة الافتقار إلى هذه المشاعر ستختلف من شخص توحدي إلى آخر.

(وفاء الشامي، 2004، ص 115).

* الذكاء: يُعرفه بينيه على أنه القدرة على الفهم والابتكار والتوجيه الهادف للسلوك، والنقد الذاتي ويُعرفه "ميومان Meuman" على أنه الاستعداد العام للتفكير الاستقلالي الابتكاري الإنتاجي.

(خليل ميخائيل، 1994، ص 118).

* القلق: يُعرفه "حامد زهران" أنه توتر شامل ومستقر نتيجة توقع تهديد خطر أو رمزي قد يحدث، ويُصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية جسمية.

(حامد زهران، 2007، ص 184).

* الاكتئاب: يُعرفه كل من "عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر 1999" بأنه يصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكوم عرضاً لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي، كما يُشيرُ أبضاً إلى مجموعة أعراض فيسيولوجية أو سلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية.

(إبراهيم عبد الستار، عسكر عبد الله، 1996).

* الفصام Schizophrénie: مجموعة من الاضطرابات التي تختلف من حيث العوامل المسببة للاضطراب والاستجابة للعلاج ومصير المرض، وتتفق في كونها متلازمة مكونة من أعراض مميزة ناشئة عن حدوث خلل في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، ويشمل هذا الخلل معظم الوظائف الأساسية التي تُعطي الشخص العادي الشعور بشخصيته الفردية وبالتميز واستقلاله الذاتي.

(عبد الكريم الحجاوي، 2004، ص 198).

وهذه المجموعة من الأعراض النفسية والعقلية إن لم تُعالج في بداية الأمر أدت إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك.(أحمد عكاشة،).

7-السمات الشخصية:

تُعرف الشخصية بأنها وحدة متكاملة من الصفات تُميز الفرد عن غيره والوحدة المتكاملة كاللحن الموسيقي مجموعة من وحدات صغيرة متناغمة، وتكامل الشخصية يعني خُلُوها من الصراع النفسي المتصل العنيف الشعوري واللاشعوري، وسلامة جهازيها العصبي والغددي، والشخصية بهذا تنأى على أن تكون مجموعة من الصفات الاجتماعية والخلقية فقط. (عباس عوض، ب ت، 267).

* الإحباط Frustration: يختلف الأفراد في تحملهم للإحباط والذي يُظهر مدى استعداد الفرد للتعامل مع المواقف الحياتية المتباينة التي تمنعه من القيام بتلبية احتياجات الفرد، وحيث أن الإحباط يُهيئ الفشل في تحقيق احتياجات الفرد، أو وجود دوافع داخلية وخارجية لديه في البيئة التي يعيش فيها تحد من نشاطاته الموجهة نحو تحقيق أهدافه. فعلى هذا فان الإعاقة وما ينتج عنها من احباطات تؤثر بطريقة كبيرة على الأفراد المعوقين الذين لا يمكنهم تحمل نتائج الإعاقة الشخصية والبيئية.

(جميل الصمادي، 1999، ص 99).

* التقمص الوجداني Empathuy: يُعرف "دافيز" (Davis, 1983) التقمص الوجداني على أنه "رد فعل للخبرات الملاحظة للآخر".

يواجه التوحديون صعوبة في فهم مشاعر وأفكار الآخرين، وبالتالي فإنهم يفتقرون إلى التقمص الوجداني أو الانفعالي أي القدرة على استشعار ما يُحس به الغير، وهذا يجعل من السهل على التوحد يان يُصبح أنانياً. وإذا لم يتم وضع ضوابط خارجية على ميله لفرض سلوكياته على أسرته، فانه قد يتحول إلى طاغية.(سعد رياض، 2008، ص 60).

8_ المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:

بالرغم من الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص حالات التوحد فان العلماء والباحثون حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها. ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك التي وضعها "كانر" وكررها في كتاباته المتعددة (1943-1970). (القمش، 2010، ص 104).

معايير ليو كانر 1949: لقد حدد "ليوكانر" بعض المعايير لتشخيص حالات التوحد عام (1949) للحكم على الحالة وهذه المعايير هي:

1-سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزُوف عن الاتصال بالآخرين.

2-شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وإخوته.

3-مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يُبدي مهارات في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.

4-يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فيكون على شكل همهمة وغير ولا معنى لها ولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين. (الشرقاوي، 2018، ص 105).

* الدليل التشخيصي والإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM):

قدم الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM 2 , 1980) خمس محكات أساسية لتشخيص التوحد، وقد عدلت هذه الطبعة حيث جددت محكات التشخيص في ثلاث مجموعات موزعة على ستة عشر عرضاً ويًشترط ثمانية (8) أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث، ثم أجريت بعض التعديلات على

الطبعة الثالثة (DSM 3, 1987)، وبعدما تم التعديل في الإصدار الرابع (DSM 4, 1994) والذي اعتبر اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، وكذلك في الإصدار الرابع المعدل (2000)، حيث اشترط ثلاث محكات رئيسية لتشخيص التوحد، كما يلي:

المحك الأول: توفر (6) ستة أعراض على الأقل كالتالي من الفئة (أ) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ب)، وعرض واحد على الأقل من الفئة (ج).

الفئة (أ): قصور أو خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يظهر فيما يلي:

- قصور في استخدام السلوكات غير اللفظية مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الجسد.

- عدم القدرة على إقامة علاقة مع أقرانه من العمر النمائي نفسه.

- الافتقار إلى العفوية التلقائية في مشاركة الآخرين أفراحهم وأوقات مُتعتهم.

- الافتقار إلى التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

الفئة (ب): قصور أو خلل نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يظهر في ما يلي:

- استخدام نمطي أو تكراري للغة.

- عدم القدرة على اللعب التخيلي أو الإيهامي الملائم للمستوى النمائي.

- عدم القدرة على المبادرة بالكلام وإجراء المحادثة والمحافظة على الاستمرارية.

- تأخر أو انعدام اللغة دون محاولة التعويض عنها بأشكال التواصل البديلة كالإيماءات وتعبيرات الوجه.

الفئة (ج): سلوكات وأنشطة نمطية واهتمامات محددة كما يظهر في التالي:

- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.

- الإصرار على روتين معين والمحافظة عليه.

- حركات يدوية وجسمية تكرارية ونمطية مثل هز الجسم والرفرفة.

- الانشغال النمطي ببعض الأشياء والخصائص غير الوظيفية للأشياء.

المحك الثاني: ظهور أداء وظيفي غير عادي في واحد على الأقل مما يأتي ويكون ذلك قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل:

- التفاعل الاجتماعي.

- اللعب الرمزي أو التخيُّلي.

- استخدام اللغة في التواصل.

المحك الثالث: أن لا يكون سبب هذه الاضطرابات يرجع إلى اضطراب "ريت" Retts أو اضطراب الطفولة التفككي. (فرح سهيل، 2015، ص 141،142).

9_ علاج اضطرابات التوحد:

1-العلاج النفسي:

تعتبر نصيحة ومشورة المتخصصين وأصحاب التجربة يُمكنها أن تساعد الأهل على تربية الطفل المعاق وتدريبه، فالأخصائي يستطيع أن يتابع تقييم حالة الطفل ويعطي الإرشادات والتوجيهات والتدريبات السلوكية اللازمة.

فبعض التوحديون يستفيدون من التوجيهات والإرشادات المقدمة من المتخصصين في هذا المجال، ومساعدة العائلة تكمن في وجود مجموعة مساندة تجعل العناية بالطفل في المنزل أسهل وتجعل حياة الأسرة مستقرة. (سميرة ركزة، ة2018، ص 86).

2-العلاج بالأدوية:

-المعالجة الدوائية: قد تستخدم في بعض الأحيان الأدوية الطبية لتساعد المتوحدين ذوي الاضطرابات السلوكية الشديدة على السيطرة على سلوكهم غير الملائم. (أحمد سعد جلال، 2008، ص 83).

* ليس هناك دواء معين لعلاج التوحد، ولكن بعض الأدوية قد تساعد المريض إلا أن هذه الأدوية تحتاج الى متابعة خاصة من حيث معرفة مستوى الدواء في الدم، معرفة فعاليته على الطفل نفسه، مقدار الجرعة المناسبة ونتائج العلاج.

يجب أن تُتابع من خلال استرجاع ما حدث للطفل وملاحظة الوالدين والمدرسين، كل ذلك يختلف من طفل لآخر مما يجعل استخدام الأدوية قرار فردي، كما يجب استخدام الأدوية مع الطرق العلاجية

الأخرى، وقد تنفع الأدوية في حالات معينة مثل: اضطرابات نقص التركيز Attention Déficit Disorders، اضطرابات الاستحواذ القهري Obsessive compulsive disorder، ولكن ليس في حالات التوحد، وهناك أدوية تم تجربتها للعلاج ولم يثبت نجاحها،ومنها:

أ-العقاقير المهدئة: هناك بعض العقاقير المهدئة مثل: Chlorpromazine, Halopéridol Thioridazine,والتي تستخدم للمساعدة في تعديل بعض أنماط السلوك والمشاكل النفسية المصاحبة (الأرق، العدوانية، فرط النشاط، والسلوك الاستحواذي)، وعادة ما تستخدم لمدة قصيرة لوجود أضرار جانبية.

ب-الميغافيتامين Méga Vitamines: بعض الدراسات القليلة التي أظهرت أن استخدام فيتامين (B6) والمغنسيوم بجرعات كبيرة يساعدان الأطفال التوحديين، ف فيتامين (B6) يُساعد على تكوين المواصلات العصبية Neurotransmetteurs.

ج-عقارالفنفلورامين Fenfluramine :

السيروتينين عنصر كيمياوي يوجد عادة في الدم بنسبة عادية .

د – عقار النالتريكسون Nalterxone : هناك فرضيات أن من أسباب التوحد وجود كمية عالية من مادة تسمى Opoids في المخ، وهذا العقار يقوم بالحد من آثاره. (سميرة ركزة، 2018، ص 82- 84)

3 – العلاج السلوكي :

يعتبر المنحى السلوكي وتعديل السلوك من أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم و تدريب الأطفال التوحديين، وقد تم استخدامه في العديد من الدراسات العلاجية ، وقد أمكن التغلب على الكثير من الصعوبات و المشكلات التي يصدرها أفراد التوحديين باستخدام أساليب و مبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها واطسون، ويمكن عرضها على النحو التالي :

1 – ملاحظة السلوك المطلوب التخلص منه و تسجيل مدته ودوريته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه و النتائج التي ترتبت عليه وتتبعه .

2 – عند إلغاء سلوك سيء يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار ، يجب البحث عن سلوك طيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيئ.

3 – عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة، يجب تقسيم العمل إلى خطوات بسيطة.

4 – التعزيز و التشجيع بشتى الطرق المادية و المعنوية. (القمش نوري، 2011، ص 135).

* يساعد في تحسين المهارات الإدراكية ويقلل من السلوكيات غير الملائمة.
(أحمد سعد جلال ،مرجع سبق ذكره، 2008، ص 83).

4 – العلاج بالدمج الحسي Sensory integration therapy: الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفيا، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تُجرى في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر، الصوت، اللمس، الشم ، التذوق، والحركة على ضوء تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل. (سميرة ركزة، مرجع سبق ذكره، ص 88).

5– العلاج التعليمي: وهو بدون أي مبالغة الطريق والأمل الوحيد أمام أطفال التوحد حتى الآن وخاصة كنتيجة الاهتمام والتركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعداده وتدريبه وتنمية قدراته ومهاراته في مجال التواصل اللغوي وغير اللفظي والنمو الاجتماعي والانفعالي و معالجة السلوكيات النمطية والشاذة والعدوانية والتدريب على رعاية الذات والتدريب النفسي الحركي و المهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية ، وحيث بدأت برنامج التدخل العلاجي مبكرا في حياة الطفل وبالطرائق الآتية :

طريقة البرنامج التعلمي الفردي Individural Educational Program (IPE) : ويعرف على أنه برنامج تعليمي خاص مبني إعداده على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية Profile خاصة تحدد مشكلاته واحتياجاته والعمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني ، هذا البروفيل يعد بناء على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات يقوم بإجرائه فريق من الأخصائيين النفسيين و التربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل .

والفكرة في التربية الخاصة كما تعلم هي أن نهيئ للطفل التوحدي البيئة التعليمية الخاصة به والتي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة وموضوعات تعليمية وطرق تدريس وتكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد وعلى نمو قدراته ويعتمد اختيار الفصل لمستواه وعلى درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي وعمَّا إذا كان يعاني من توحد فقط أو من إعاقات

أخرى مصاحبة للتوحد و تتطلب أساليب تعليمية وبرامج وأنشطة خاصة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد .

كذلك لابد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل التوحدي بشكل متكرر يستنفذ جزءًا كبيرا من وقته وتركيزه، وكذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة والعدوانية التي تسبب إيذاءً له أو لمخالطيه.

فالحصر والتقييم لهذه السلوكيات تؤدي إلى تضمين البرنامج التعليمي جانبا من وسائل وطرق علاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه .

(سوسن شاكر مجيد، 2016، ص 136).

* طريقة TEACCHوهو اختصار لـ Communication Handicapped children of Autistique and Related:

وتمتاز هذه الطريقة بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلا للطفل عن طريق هذا البرنامج وأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال المصابين في الفصل الواحد ما بين (2-7) أطفال مقابل معلمة واحدة ومساعدة للمعلمة. ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحث يُلَبي احتياجات هذا الطفل.

ومن مزايا هذا البرنامج أنه ينظر إلى الطفل التوحدي على كل انفراد ويقوم بعمل برامج تعليمية خاصة لكل طفل على حدة حسب قدراته الاجتماعية، العقلية، العضوية واللغوية وذلك باستعمال اختبارات مدروسة.

إن هذا البرنامج يدخل عالم الطفل التوحدي ويستغل نقاط القوة فيه مثل اهتمامه بالتفاصيل الدقيقة وحبه للروتين ويهيئ البرنامج الطفل للمستقبل ويُدربه بالاعتماد على نفسه وإيجاد وظيفة مهنية له. ومن المهم أن يعرف الوالدان:

* كيف يُفكر الطفل التوحدي وما هو عالمه.

* ما هي وسيلة التواصل المناسبة للطفل.

* كيفية تقوية التواصل الاجتماعي.

* كيفية تهيئة المنزل والبيئة.

* كيفية تعلم الطفل المشاعر الإنسانية. (مرجع سبق ذكره، ص 136، 137).

* طريقة فاست فورد Faste Forward:

وهي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب ويعمل على تحسين المستوى اللُّغوي للطفل المصاب بالتوحد. وتم تصميم برنامج الحاسوب بناءً على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة Paula tallal على مدى ثلاثين سنة تقريباً، وبيَّنت أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج قد اكتسبوا ما يُعادل سنتين في المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة. وتقوم فترة البرنامج على وضع سماعات على أدنى الطفل بينما هو يُركز على جانب واحد وهو جانب اللُّغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية. ولم تُجرَ حتى الآن بحوث علمية مُحايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين.

(سوسن شاكر مجيد، ص 138، 139).

6_ العلاج بالموسيقى Music Therapy:

درست التأثيرات العلمية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد. فوُجد أن للموسيقى تأثيراً كبيراً على انخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام، إذ أنها تُساعد الطفل على تذكُره للأغاني كما أن هذا البرنامج يُعدُ بسيطاً وسهلاً في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية. (المرجع نفسه، ص 146).

7_ العلاج بالحمية الغذائية:

إن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية في حياة الطفل الذي يُعاني من الانفصال التوحدي دور بالغ الأهمية، ومع ذلك فان هذا الدور ليس مفهوماً تماماً على الصعيد العلاجي. وما يُعانيه ذلك هو أن على الآباء الذين يُريدون محاولة معالجة التوحد بالحمية الغذائية أن يقرؤوا قراءةً واسعة حول هذا الموضوع.

وقد كانت Mary call ahan: أول من أشارت إلى العلاقة بين الحساسية المُخية والتوحد الطفولي. وأشارت هذه الكاتبة أن ابنها الذي يُعاني من التوحد الطفولي قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه حليب البقر، والمقصود بالحساسية المُخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدُث بفعل الحساسية للغذاء.

فالحساسية وعدم التحمل للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والالتهابات مما يؤدي إلى اضطراب في التعلم والسلوك.

وبالرغم من أن أي غذاء قد يُؤدي إلى ردود فعل تحسسية فان المواد المُرتبطة بالاضطرابات السلوكية أكثر من غيرها هي: السكر، الطحين، الحليب، والقمح والشكولاطة والدجاج، والطماطم بعض الفواكه. والمفتاح للمعالجة الناجحة هو معرفة المواد الغذائية المُسببة للحساسية

وغالباً ما تكون عدة مواد مسؤولة عن ذلك وفضلاً عن المواد الغذائية هناك عدة مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الاصطناعية المضافة للطماطم، والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألمنيوم. وأفضل نصيحة يُمكن تقديمها هنا هي محاولة الحد والى أقصى درجة ممكنة من المواد الغذائية غير الطبيعية. (المرجع نفسه، ص 147،148).

10_ أدوات تشخيص وقياس التوحد:

تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، ورغم ذلك مازال التشخيص مُعقداً وصعباً للغاية، وأن ذلك يرجع للغموض الذي يُحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى، أو أسبابها مازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً. ومن الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:

1_ قائمة سلوك التوحد Autistic Behavior Check-list (ABC):

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة التوحد وهم "كرج، أريك، الموند" (1980) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين، واتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقة الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وقد استخدمها "مورجان 1988" في مجال التعليم تحت اسم استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط العلمي للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية.

وتكونت (ABC) من (57) سلوكاً موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:

1-تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.

2-تقييم الاستجابات للمثيرات الحسية والصوتية.

3-تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللُّغوي.

4-تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

5-تقييم القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات.

2_ نظام الملاحظة الكلاسيكي Behavior Observation System (BIC):

أعد هذه الأداة فريمان، ريفتو، سكروز (1984) لتشخيص حالات التوحد على أسس موضوعية، فيقوم الأخصائي على (24) سلوكاً هادفاً من أعراض التوحد من خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة ثم يقوم الأخصائي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تُتيح التعرف على مدى ثبات السلوكيات التي تتسم بالحالة، وقد استطاع واضعو الأداة من خلال ملاحظة حالات التوحد متعددة أن يضعوا معايير موضوعية لتشخيص التوحد، كما أنهم أشاروا إلى أن الأداة لا يُمكنها غالباً التمييز بين التوحديين ذي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين، ويرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الأخصائي هو أفضل السلوكيات المُعبرة عن التفاعل الاجتماعي لديهم.

3_ مقياس ملاحظة التوحد Autisme Observation Scale (AOS) :

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدم الملاحظون في دراسات عديدة لتشخيص حالات التوحد لأنه يتطلَّب تفاعلاً لفظياً، كما استُخدم في تجارب إكلينيكية عديدة منذ عام (1973). ويتكون هذا المقياس من (63) عبارة ثُم إلى (28) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل، وال (14) عبارة الأولى منه مصممة لتلاءم أطفال ما قبل المدرسة التوحديين. وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:

1-قلَّة الحصول اللغوي.

2-التململ أو العصبية.

3-فرط النشاط.

4-ضُعف أو قلة النشاط.

5-علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات.

6-الانسحاب.

7-السلبية وعدم التعاون.

8-الغضب وحدة المزاج.

9-علاقة غير طبيعية بالآخرين.

10-عدم الثبات الانفعالي.

11-انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة.

12-ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.

13-شذوذ واضح في النُطق.

14-ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاهتزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط.

(القمش، 2011، ص 127،128).

11_ تكيُّف الأسرة مع التوحد:

يؤكد "فلانجان" (Flagan,2001): أنه لا يوجد أسرة مُهيأة لاستقبال طفل يُعاني من التوحد، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضُمُ أطفال طبيعيين مثل المدارس، المعلمين، المربيات والأصدقاء فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضُمُ أطفالاً يعانون من التوحد.

- كما يُشير (Ehrlich, 1983) إلى أن الآباء غالبا ما يشعرون بالعجز والضعف عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعياً بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، وضعف الثقة بالنفس وتقلُّب المزاج.

كما أن طول المدة بمعاناة الطفل من مشاكله المدرسية وخاصة قبل عملية التشخيص يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين. (ثامر فرح سهيل، 2015، ص 279).

خلاصة الفصل:

إذا قلنا "التوحد" فإننا نخوض في أكبر وأصعب اضطراب يُصابُ به الأطفال، فهو يُؤثر على سلوك الفرد من حيث التنشئة الاجتماعية، أو على تحقيق أي عمل ولو كان بسيطاً، أو حتى القدرة على حماية الذات فهو لا يستطيع ذلك مقارنةً بالأطفال العاديين، كما أن عددهم في ازدياد كبير في الوقت الراهن وأن أُسر هؤلاء الأطفال وخاصة الأم التي تُعنى به بدرجة كبيرة بحاجة إلى إرشاد وتوجيه عيادي صحيح، من أجل محاولة تخفيف عبء تعاملها وتكيُّفها مع الضغوط اليومية التي تُعايشها مع الطفل التوحدي.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد:

يُعدُ الجانب التطبيقي من أهم العناصر الموجودة في هذا البحث، فهو يحتوي على عناصر قيمة ومفيدة، ولا بُدَّ من اختيار الطرق المناسبة لجمع المعلومات، فهذا الفصل يعتمد على المنهج المُتَّبع والوسائل المستعملة، ولقد اعتمدتُ على منهج دراسة الحالة وتحديد العينة وحدود الدراسة.

1_ منهج الدراسة:

يُعتبر التوفيق في اختيار المنهج الذي يتلاءم مع طبيعة المشكلة المُراد دراستها أمرٌ بالغ الأهمية، إذ يعتمد عليه الباحث في انجاز بحثه. وبما أننا نبحث عن مدى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد فان المنهج المناسب لدراسة هذا الموضوع هو المنهج العيادي الذي يسمح لنا بمعرفة شدَّة الضغط النفسي.

فالمنهج العيادي يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يُواجهون مشاكل معينة، والتعرف قدر الإمكان عن ظروف حياتهم بُغية التوصل إلى تأويل كل واقعة في ضوء كل الوقائع الأخرى، ذلك أن الكل يُشكل مجموعة دينامية لا يمكن تبسيطها دون تشويهها وتبريرها.

(عبد الرحمن الوافي، 2005، ص 65).

2_ الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى المهمة والأساسية من أجل القيان بالبحث العلمي، فهي تُساعدنا من خلال الاطلاع على الميدان في اختيار الحالات المناسبة للدراسة.

بدأت دراستنا الاستطلاعية بالتوجه إلى بعض أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ، حيث كان لقائي بالأمهات سهل جدا فقد تواصلت مع كل حالة على حدا، فمنهن بالبيت أو بالعيادة، وتم اختيار العينة بشكل قصدي حيث واجهتني صعوبة تحديد موعد يناسب الحالة لإجراء المقابلات العيادية معها وتطبيق المقياس وذلك لمسؤوليتهن بالبيت وكذلك بسبب جائحة كورونا.

3_ حدود الدراسة:

أ_ الحدود المكانية:

ويُقصد بها تحديد البيئة أو المنطقة الجغرافية التي سيتمُ فيها إجراء البحث، وقد يتكون من مدينة بأكملها أو حيّ أو قرية في ضوء نوع من الدراسة وأهدافها والإمكانات المُتاحة، وفي بحثي هذا خَصَصتُ بعض العائلات الموجودة بولاية المدية دائرة عين بوسيف، وولاية الجزائر العاصمة.

ب_ فترة البحث:

ويُقصد بها الوقت الذي يُستغرق لجمع البيانات من المبحوثين بما يُوَفر الجُهد والوقت والمال دون إرهاق المبحوثين، أو هو الفترة التي يستغرقها الباحث في المادة العلمية والمعلومات المرتبطة بالظاهرة المدروسة من بداية شروعه في دراستها إلى أن ينتهي من كتابته. وكانت البداية بوضع مقابلة مع الأمهات، وبعدها توزيع استبيان على عينة البحث، وبالمقابل تحصلتُ على المعلومات، وهذا العمل قُمت به من بداية شهر أفريل إلى نهاية شهر ماي للسنة الجارية 2021.

ج_ العينة:

ويُقصد بها تحديد مجتمع البحث والذي يتكون من بعض الأفراد أو الجماعات أو بعض الوحدات كالمدارس أو المصانع في نوع الظاهرة المدروسة، وقد يكون ذلك بأسلوب الحصر الشامل أو العينة التي يجب أن تُمثل المجتمع أصدق تمثيل في حدود الوقت والجُهد وإمكانات الباحث، وفي هذا فمجتمع البحث هو مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

4_ عينة الدراسة:

ممَّا لا شك فيه في البُحوث الاجتماعية والإنسانية ومنها البحوث الميدانية لا يُمكن للباحث أن يستغني عن العينة، فمن خلالها يتمكَّن الباحث من جمع المعلومات والبيانات التي تُساعده في دراسة وتحليل الظاهرة المدروسة.

العينة: يُعتبر اختيار العينة من أهم الخطوات في أي بحث علمي فهي تُوجه الباحث في الحصول على المعلومات الميدانية اللازمة لبحثه، وقد اعتمدتُ في دراسة موضوعي هذا على العينة القصدية أو العمدية، وهي العينة التي يسعى الباحث من خلالها إلى تحقيق هدف أو غرض مُعين من دراسته فيقوم باختيار أفراد العينة بما يخدم ويُحقق هذا الغرض أو الهدف. (ربحي مصطفى عليان، ص 148).

ويُعرفها سعيد سبعون: أنَّها ذلك الجُزء من الكل الذي يتم استخدامه من أجل إمكانية التحقق من الفرضيات. (سعيد سبعون، 2012، ص 135).

- وهي كذلك جُزء من مجتمع له خصائص مشتركة تهدف إلى تمثيل المجتمع تمثيلاً مناسباً، حتى يتسنى للباحث استخدام بيانات ونتائج العينة في تقدير معالم المجتمع بشكل جيد، وكان مجتمع دراستي قصدي تكوَّن من مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وقد تمَّ اختيار العينة بطريقة قصدية حيث تكونت عينة الدراسة من(05) خمس أمهات.

5_ أدوات الدراسة:

تشكل أدوات جمع البيانات وسائل لإنتاج المعرفة من خلال هذه الأدوات تتحقق أهداف أي بحث علمي، كما أن طبيعة الموضوع وخصوصية البيانات المراد الحصول عليها تفرض على الباحث اختيار الأداة المناسبة لموضوعه. واعتمدنا في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

_ المقابلة العيادية نصف الموجهة.

_ مقياس إدراك الضغط النفسي ل.

1-4-المقابلة نصف الموجهة:

تم استخدام المقابلة نصف موجهة إذ بإمكانها إظهار جزء من المعاش الشعوري للمريض، فهي تُفيد في جمع المعلومات أكثر عن الحالة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، كما تُتيح فرصة التعبير بحرية أكثر.

عرفتها "شيلي" على أنها المقابلة التي تكون في جميع الحالات مُركزة حول العميل، يستخدم فيها الأخصائي الإكلينيكي دليل المقابلة الذي يقترح سلسلة من التساؤلات، ويقدم بعض التدخلات لتشجيع العميل على قول كل ما يُريد: حركات الرأس، الإيماءات، تكرار آخر جملة قالها، هذه التدخلات يُمكم أيضاَ أن تكون أسئلة أكثر تركيزاً أو معلومات متوقعة لم يتم التطرق إليها في شكل سؤال عام، ويتوقف الأخصائي الإكلينيكي قليلاً لترك العميل كي يعبر بحرية لكن في الموضوع المحدد.

محاور المقابلة:

قبل القيام بالمقابلة يستلزم تحديد محاورها التي تكون مرتبطة بفرضيات الدراسة، وتبعاً لذلك قمنا بتقسيم المقابلة إلى أربع محاور كل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة المتضمنة في دليل المقابلة الموضح كالآتي:

دليل المقابلة العيادية تصف الموجهة:

المحور الأول: يضم المعلومات الشخصية عمر الأم، المستوى التعليمي، سن الإنجاب، عدد الأطفال المصابين بالتوحد، ترتيبه بين الإخوة، عمره، الحالة الاقتصادية.

المحور الثاني: يخُص تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل، بهدف التعرُف على التصورات الذهنية التي كانت لدى الأم حول طفلها.

المحور الثالث: الحالة النفسية للأم عند اكتشاف حالة ابنها (ابنتها)، لمعرفة ردَّة فعل الأم لإصابة طفلها.

المحور الرابع: معلومات الأم حول اضطراب التوحد، بهدف معرفة نظرة الأم للتوحد من قبل وحاليا.

2-4-مقياس إدراك الضغط النفسي (perceived stress questionnaire):

تم بناء هذا المقياس من قبل Levenstien & all 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي (Perceived stress index) ويشمل هذا الاستبيان على (30) عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة وغير المباشرة. وتضم المباشرة حوالي (22) بند هي البنود رقم: 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30.

تنقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة) وندل على وجود مؤشر إدراك ضغط عالي عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة (8) بمود وهي: 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29.

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

طريقة تصحيح الاختبار:

تنقط بنود هذا الاختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي:

1-تقريا أبدا: بدرجة 1

2-أحياناً: بدرجة 2

3-كثيراً: بدرجة 3

4-عادة بدرجة 4

ويعتبر التنقيط حسب نوع البنود المباشرة أو غير المباشر، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط النفسي في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية:

مؤشر إدراك الضغط يُساوي المجموع الخام – 30 تقسيم 90.

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدمى مستوى ممكن من الضغط إلى (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي (Concurrent Validité) الذي يرتكز على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط قوي مع "سمة القلق" يُقدر ب 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط ل Cohen يُقدر ب 0.73، بينما سجل ارتباط معتدل يُقدر ب 0.56 مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف يُقدر ب 0.35 مع مقياس "قلق الحالة".

ثبات المقياس:

تم قياس التوافق الداخلي (Internal Consistency) للاختبار باستعمال معامل ألفا، فأظهر ودود تماسك قوي يُقدر ب 0.90، كما أظهر قياس ثبات الاختبار باستعمال طريقة تطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني يُقدر ب (8) أيام وجود معامل ثبات مرتفع يُقدر ب 0.82.

الخصائص السيكومترية لمقياس إدراك الضغط في البيئة المحلية:

قامت الباحثة آيت حمودة بدراسة صدق مقياس إدراك الضغط بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلبت منهم قراءة العبارات بتفحص وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين (الانجليزية والعربية) ومناسبتهما لقياس إدراك الضغط، واقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياس.

خلاصة الفصل:

لقد تمَّ التطرق في هذا الفصل إلى المنهجية المتبعة في البحث من أجل قياس الضغط النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بحيث تم استخدام المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، والتي تعتبر الطريقة المعتمدة الطريقة المعتمدة في معظم دراسات علم النفس الإكلينيكي، والأنسب لجمع أكبر عدد من المعلومات، والتي تتضمن مجموعة من الأدوات تمثلت في المقابلة العيادية نصف الموجهة التي تعتبر من أبرز أدوات البحث العلمي في علم النفس العيادي، بالإضافة إلى مقياس إدراك الضغط النفسي لفنستاين الذي يكشف عن حالة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج

1_ عرض النتائج:

الحالة رقم 01:

المقابلة:

السيدة: ف. ي

العمر: 26

المستوى التعليمي: جامعي

عدد الإخوة: 01

الرتبة بين الإخوة: الأول

المهنة: أخصائية نفسانية

العرض:

1-كيف كان حملك؟

* تبسمت، وقالت كان حلو وجميل وحسيت بفرح كبير.

2-هل كانت لديك مشاكل، وماهي؟

* هزَّت برأسها وقالت يعني راكي تعرفي في كل دار كاين مشاكل، بصح ماشي بزاف.

3-هل كنتي تُعانين من أمراض؟

* لا الحمد الله.

4-هل كنتي راضية بحملك؟

* بزاف راضية وفرحانة بيه.

5-كيف كانت ولادتك؟

* أخذت نفس عميق، وقالت متفكرينيش فيها كانت طبيعية بصح حسيت بالموت.

6-متى أدركتي أن طفلك يُعاني من التوحد؟

* تقريباً عند العام يعني من (08) أشهر كنت شاكة فيه، لأني كنت نعيطلوا وميسمعنيش، نمدلوا يرضع ومايحبش يشد ومكانش يُخزر فيا وبعد عام ديتوا لطبيب قالي طفلك عندو توحد.

7-كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

* كانت عبارة عن بكاء هستيري وانقطاع عن الأكل.

8-من وقف إلى جانبك؟

* راجلي والعائلتين في زوج.

9-هل إنجابك لطفل توحدي أثر عليك؟

* فعلا، أثر عليا بزاف وبدأت تبكي.

10-عندما عرفتي بحالة ابنك المصاب بالتوحد، ماذا فكرتي أن تفعلي؟

* قررت أنو نجري على وليدي ومنخليهش يضيع من بين يديا وشاركت في دورة خاصة بالتوحد باش نساعد وليدي.

11-كيف كانت ردة فعل زوجك، وهل ساندك ووقف بجانبك؟

* ابتسمت وقالت صح فالأول جاتوا واعره وما تقبلش الأمر من بعد تعوَّد عليه.

12-كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحالي؟

* نعاملوا كأنوا طفل عادي، باش يرفد طبايع مليحة.

13-هل تشعرين بالحرج من مرض ابنك؟

* لا وألف لا بالعكس نحمد ربي ونشكرو.

14-هل تعتقدين أنك ستوفرين له كل الامكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

* إن شاء الله يقدرني ربي ونوفر لوا وش يحتاج .أما الوقت كلوا ليه.

15-هل تشعرين بالضغط والانفعال من وضعية ابنك؟

* ايه مرَّات نحس روحي مخنوقة.

16-هل تحاولين التهرب أحياناً من واقع ابنك؟

* ماشي نتهرَّب، وإنما نحاول ننسى أنوا مريض.

17-كيف تشعرين في اليوم الحالي؟

* بصراحة مرتاحة.

18-هل تفكرين في الإنجاب مرة أخرى؟

* ايه، نزيد نجيبلوا خوه ولا ختوا يتوانسو.

19-هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

* نواجه قاع الدنيا على جال وليدي.

20-هل تظنين أن ابنك سيُشفى تماماً؟

* ربي هو الشافي.

بعد جمع المعلومات حول الحالة عن طريق المقابلة نصف الموجهة، واستعمال مقياس الضغط النفسي نقوم بتقديم الحالة في ما يلي:

عرض الحالة:

1_ عرض محتوى المقابلة نصف الموجهة:

محور البيانات الشخصية:

أم صالح تبلغ من العمر 26 سنة لديها طفل واحد وهو صالح، مستواها التعليمي خريجة جامعة تخصص علم النفس، تزوجت وهي تبلغ من العمر 21 سنة ابنها الوحيد مصاب بالتوحد، أنجبته وهي تبلغ من العمر24 سنة. عمره (02) سنوات، الحالة الاقتصادية متوسطة. تمت المقابلة في بيت الحالة بشكل جيد جداً، وذلك نظراً للظروف الصحية المتعلقة بجائحة كورونا، كانت الحالة متجاوبة جداً مع الأسئلة.

محور تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل:

كان الحمل جد جميل وحلو لقولها: "كان حلو وجميل وحسيت بفرح كبير"، صراحة كنت نتصور في وليدي سمرون وحلو ويشبه لجدو لأني توحمت عليه، كنت مزور الطبيب منين ذاك لأنوا كانت تطلعلوا الحمة مرات ومتحبش تهبط. وكي لحق سن (08) أشهر بديت نحس بولدي بلي فيه حاجة لأنوا مكانش كيما الأطفال الآخرين لي نعرفهم لقولها: "كنت نعيطلوا مايسمعنيش، نمدلوا يرضع وما يحبش يشد ومكانش يخزر فيا، وبعد عام ديتوا لطبيب وكي سمعت الخبر أصبت بصدمة بكاء هستيري وانقطاع عن الأكل"

حملها كان مرغوب فيه كثيرا لقولها: "بزاف راضية وفرحانة بيه". زمن هنا بدأت مؤشرات الضغط النفسي تظهر من خلال البكاء لقولها: "بكاء هستيري وبدأت تبكي"وكذلك " إيه مرات نحس روحي مخنوقة". كما يظهر لديها وعي وتقبُّل الحالة للابن عند الإنجاب من خلال قولها: "إن شاء الله يقدرني ربي على وليدي"، حيث أنّها متوكلة على الله والشافي ربي سبحانو.

محور معلومات الأم حول اضطراب التوحد:

كانت للأم دراية ومعلومات كافية عن اضطراب التوحد وذلك كونها مُتحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، وذلك لقولها: "تقريباً عند العام يعني من (08) أشهر كنت شاكة فيه، ولكن الحمد لله قررت أنوا نجري على وليدي ومنخليهش يضيع من بين يديا، وشاركت في دورة خاصة بالتوحد باش نساعد وليدي. وكنت نعاملو كأنوا طفل عادي باش يرفد طبايع مليحة".

ملخص الدراسة:

اتضح لنا من خلال المقابلة أن أم صالح كانت لها رغبة كبيرة بالحمل، واكتشفت الأم إصابة ابنها باضطراب التوحد وعمره سنة، حينها تقبَّلت وضعه، وتظهر مؤشرات الضغط النفسي من خلال البكاء.

كانت للحالة معلومات كثيرة و وافرة عن اضطراب التوحد لكنها بذلت مجهود كبير للتعلم والبحث عن طرق تساعد ابنها للتخفيف أو التخلص من اضطراب التوحد. حيث تلقَّت الأم السند والدعم من طرف زوجها وهذا ما جعلها تشعُر بالسعادة لأنه تقبَّل مرض ابنه وحبه وتعلقه الكبير به، لأنه في الأول لم يتقبَّل ذلك وبعد مدة تعوَّد عليه ، ويظهر أيضاً في تلقي الأم المساندة من طرف عائلة زوجها وعائلتها وهذا ما جعلها تتفاءل أكثر و أكثر.

2_ عرض نتائج مقياس الضغط النفسي:

طبقت مقياس الضغط النفسي على الحالة وذلك لمعرفة إذا كانت لديها أعراض الضغط أو لا، وصولاً إلى الكشف عن إمكانية إصابة الحالة باضطراب الضغط النفسي أم لا.

ولقد لامسنا الضغط النفسي بنسبة كبيرة من خلال البنود: "تشعر بالوحدة، تشعر بالتعب، تشعر بالإحباط، تشعر بالتوتر، تبدو مشاكلك أنها ستتراكم، أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين،..." بنسبة كبيرة جداً.

ومن خلال تطبيق المقياس وحساب مجموع النقاط لاحظنا أن أم صالح تحصلت على درجة 0.6 وهي درجة مرتفعة تدل على اضطراب الضغط النفسي. وذلك من خلال الإجابات التي قدمتها الحالة.

جدول رقم (03): يوضح درجة الضغط النفسي

البدائل	الدرجات	المجموع
تقريبا أبدا	01	04
أحيانا	02	12
كثيرا	03	36
عادة	04	32

الحالة رقم 02:

المقابلة:

السيدة: ه. ر

العمر: 30 سنة

المستوى التعليمي: ثانية ثانوي

عدد الاخوة: الوحيدة

الرتبة بين الاخوة: الكبرى

المهنة: ربة بيت

العرض:

1-كيف كان حملك؟

* تنهدت وقالت كان متعب.

2-هل كانت لديك مشاكل، وما هي؟

* لالا مكانش.

3-هل كنتي تعانين من أمراض؟

* هزَّت رأسها، إيه مرضت بالسكر.

4-هل كنتي راضية بحملك؟

* ضحكت ودمعت عيناها، وقالت تقريباً ماكنتش حابة.

5-كيف كانت ولادتك بطفلك؟

* كانت بعملية.

6-متى أدركتي أن طفلك يُعاني من التوحد؟

* بعد عامين.

7-كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

* كانت صدمة كبيرة.

8-من وقف إلى جانبك؟

* كل العائلة.

9-هل إنجابك لكفل توحدي أثر عليك؟

* أثر عليا بزاف، وليت مقلقة من كلش.

10-عندما عرفتي بحالة ابنك المصاب بالتوحد، ماذا قررتي أن تفعلي؟

* قلت لازم عليا نصبر، خاطر راهي طفلة شكون بيها بعدي.

11-كيف كانت ردة فعل زوجك وهل ساندك و وقف بجانبك؟

* بصراحة حتى هو تصدم بزاف، بصح وقف معايا ياسر.

12- كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحالي؟

* نعاملها عادي. (بقلق من نبرة صوتها).

13-هل تشعرين بالحرج من مرض ابنك؟

* مرات ايه، خاصة كي نروح لافامي ويبداو يتغامزوا عليا وعليها.

14-هل تعتقدين أنك ستوفرين له كل الإمكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

* والله مانكذب عليك بلاك نقدر وبلاك مانقدرش.

15-هل تشعرين بالضغط والانفعال من وضعية ابنك؟

* إيه بزاف.

16-هل تحاولين التهرب من واقع ابنك؟

* إيه حاولت بصح ماقدرتش لانو لازم نوقف معاها.

17-كيف تشعرين في اليوم الحالي؟

* عادي، مانشعر بوالو.

18-هل تفكرين في الإنجاب مرة أخرى؟

* في هذي الفترة منيش نفكر خلاص.

19-هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

* مانقدرش، بصح نحاول.

20-هل تظنين أن ابنك سيُشفى تماماً؟

* الله أعلم، ولكن نتفاءل ونقول إن شاء الله.

عرض الحالة:

1_ عرض محتوى المقابلة نصف الموجهة:

محور البيانات الشخصية:

أم سمية تبلغ من العمر(30) سنة، لديها طفلة فقط ذات (07) سنوات وهي مصابة، مستواها التعليمي ثانية ثانوي، تزوجت في سن (22) سنة، وأنجبت طفلتها في (23) سنة، حالتهم الاقتصادية جيدة، وتمت المقابلة مع الحالة في إحدى الجمعيات الخاصة بالتوحد.

محور تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل:

كان الحمل متعب وصعب جداً لقولها: "كان متعب مع تنهيدة"، كنت نتوقع في بنتي تجي بوبية شعر أصفر والعينين خضورا، الحواجب كحولة وكبار خاطر باباها فيه هاذ المواصفات .

الطبيب ما كنتش نروح ليه إلا للضرورة القصوى يعني حمى قاوية ولا لاقريب، يعني حنا محافظين بزاف ومن تاع بكري نداووا بدوا العرب برك.

كنت فرحانة ببنتي زادت وناي اكل مداورين بيها وفرحانين أنا ثم زدت طُرت بالفرحة خاطر لمتنا بعد ماكنا في مشاكل بين العايلتين، وبع مدة باه اكتشفت بنتي عندها توحد شفتها ما تلعبش مع ذراري، ما تهدر معانا ما تُخزر فيا، وغير تبكي وتلعب بحوايج تأذيها وتخرج برا وتفوت على الطريق وما تخافش، ابيه ونهار سمعت بلي بنتي عندها توحد زاد عليا الحال، تأثرت بزاف وليت مقلقة من كلش,

رغم أن حملها كان بين البينين، لم تكن لها الرغبة الكبيرة في الحمل تلك المدة، حسب قولها:"ضحكت ودمعت عيناها، وقالت تقريبا ما كنتش حابة".

ومن هنا بدأت مؤشرات الضغط النفسي في الظهور من خلال قولها: "كانت صدمة كبيرة" وتكمش الوجه وطرطقة الأصابع وشد رأسها من كثرة الألم، وهنا قلت "لازم نصبر ونوقف مع بنتي" وهنا لاحظت أنها تقبلت حالة ابنتها وهي متفائلة بشفاء ابنتها.

محور معلومات الأم حول اضطراب التوحد:

كانت للأم معلومات قليلة حول التوحد ولكنّها كافية تماما وذلك حسب ما قالت في إحدى المقبلات أنه لديها قريبة من بعيد لها طفل مصاب بالتوحد وسمعت ما يُمكن أن تفعله هذه الفئة وما هي الصعوبات التي تواجه الأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة، وربي ابتلاني ببنتي، بصح قلت لازم عليا نصبر وتعاملها عادي ، مالقري كنت نحاول نتهرب منها ومن تصرفاتها والواقع لي عايشين فيه خاصة كي تولي تضبح، ولكن مع الوقت فقت مع روحي بلي لازم منخليهاش وحدها ونوقف معاها ونمدلها الحب والاهتمام.

ملخص الدراسة:

اتضح لنا من خلال المقابلة أن أم سمية لم تكن لها الرغبة في الإنجاب، وكانت خالية من المشاكل واكتشفت الأم إصابة ابنتها بالتوحد بعد العامين (02)، حينها انهارت بالبكاء و صُدمت كثيراً ولكنها تقبلت وضعها بعد عناء كبير، وتظهر لديها مؤشرات الضغط النفسي بشدة من خلال نبرة الصوت، القلق، تكمش الوجه، وكذلك طرطقة الأصابع.

كانت للأم معلومات بسيطة جداً وقليلة عن اضطراب التوحد لكنها بذلت مجهوداً كبيراً مع ابنتها وصبرت لأجلها وأخذتها لأخصائي مُتمكن ساعدها وشرح لها برنامج يساعدها للتخفيف من حدَّة التوحد.

وتلقَّت الأم السند والدعم الكبير من زوجها وغم أنه كان جد مصدوم لسماع الخبر وبقي على تلك الحالة مدة شهرين، ويظهر أيضاً في تلقي الأم المساندة من طرف كل العائلة، وهذا ما جعلها تشعر بالسعادة و التفاؤل.

2_ عرض نتائج مقياس الضغط النفسي:

طبقت مقياس الضغط النفسي على الحالة وذلك لمعرفة إذا كانت لديها أعراض الضغط أم لا، وصولاً إلى الكشف عن إمكانية إصابة الحالة باضطراب الضغط أم لا.

و لقد لامسنا الضغط النفسي بنسبة كبيرة ومرتفعة من خلال البنود: "تشعر بالوحدة، تشعر بالإحباط، تشعر بالتوتر، لديك عدة مخاوف، أنت خائف من المستقبل، تشعر بالإنهاك أو التعب الفكري، تشعر بعبء المسؤولية، تشعر بأنك تحت ضغط مميت.

ومن خلال تطبيق المقياس وحساب المجموع لاحظت أن أم سمية تحصلت على درجة 0.53 وهي درجة مرتفعة تدل على اضطراب الضغط النفسي. وذلك من خلال الاجابات التي قدمتها الحالة.

جدول رقم (04): يوضح درجة الضغط النفسي

البدائل	الدرجات	المجموع
تقريبا أبدا	01	08
أحيانا	02	06
كثيرا	03	36
عادة	04	28

الحالة رقم 03:

المقابلة:

السيدة: ع. ب

العمر: 45 سنة

المستوى التعليمي: الابتدائي

عدد الإخوة: 03

الرتبة بين الإخوة: الصغير

المهنة: ربة بيت

العرض:

1-كيف كان حملك؟

* عادي، مرضت شويا.

2-هل كانت لديك مشاكل، وما هي؟

* لا، مكاش مع ابتسامة.

3-هل كنتي تُعانين من أمراض؟

* ساعة ويطلعلي لاطونسيو.

4-هل كنتي راضية بحملك؟

* فارحة بيه تتكلم وهي تضحك.

5-كيف كانت ولادتك بطفلك؟

* زيادة طبيعة، جات زيادتوا عادية.

6-متى أدركتي أن طفلك يُعاني من التوحد؟

* من كان عمرو (03) سنين، قبلها كان لاباس عليه.

7-كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

* امتلأت عيناها بالدموع، ما صدقتش.

8-من وقف إلى جانبك؟

* الوالدة تاعي و أم زوجي.

9-هل إنجابك لطفل توحدي أثر في حياتك؟

* إيه، بزاف مقلقة عليه انتاجوا يقراو وهو لالا.

10-عندما عرفتي بحالة ابنك المصاب بالتوحد، ماذا فكرتي أن تفعلي؟

* أول حاجة خممت فيها نديه للزاوية نرقيلوا.

11-كيف كانت ردة فعل زوجك، وهل ساندك و وقف بجانبك؟

* جاتوا عادي.

12-كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحالي؟

* والله غير نعاملوا كيما خاوتوا لي لباس عليهم.

13-هل تشعرين بالإحراج من مرض ابنك؟

* عادي، ما نحشمش من حاجة ربي. فالأول صح تأثرت بزاف كيما سمعت ثم ثم بصح ضرك معلبالي بحتى واحد.

14-هل تعتقدين أنك ستوفرين له كل الإمكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

* الوقت نمدلوا ايه، الحاجة لي يحوس عليها ايه كاين لي نحققهالو وكاين لي لالا منقدرش عليها.

15-هل تشعرين بالضغط والانفعال من وضعية ابنك؟

* مرَّات، وأغمضت عينيها وشبكت يداها وقالت كي يولي يبكي.

16-هل تحاولين التهرب أحيانا من واقع مرض ابنك؟

* أواه لالا، نصلي وندعي ربي يشفيه.

17-كيف تشعرين في اليوم الحالي؟

* عادي.

18-هل تفكرين في الإنجاب مرة أخرى؟

* كون صبت مون راني جبت مع ابتسامة.

19-هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

* مانقدرش، حاجة كبيرة هذي.

20-هل تظنين أن ابنك سيُشفى يوماً ما؟

* في هذي عندي إحساس كبير وثقة عالية.

عرض الحالة:

1_ عرض محتوى المقابلة نصف الموجهة:

محور البيانات الشخصية:

أم جمال تبلغ من العمر (45) سنة لديها ثلاث أولاد بنت و ولدين، والطفل الصغير ذو (09) هو المصاب، مستواها التعليمي الخامسة ابتدائي، تزوجت وهي في سن (25) سنة وأنجبت طفلها المصاب وهي ذات (36) سنة حالتهم الاقتصادية متوسطة وتمت المقابلة في المشفى.

محور تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل:

كان الحمل سهل وعادي حسب قولها: "عادي مرضت شويا"، كنت نتصور في وليدي يجي خدودوا حمورا وبنبون وشعرو اكحل وعينيه زروقا وجا وليدي زين حتى ومفيهش هاذ المواصفات لي قلتهم، وكانت جد سعيدة بحملها الجديد وراغبة بالطفل كثيراً حسب قولها: "فارحة بيه" . وقالت أن ابني بعد الولادة كان لاباس بيه وبصحة جيدة ولا يُعاني من شيء. فعندما كان ذو سنتين (02) كان يضحك ويناغي ويشوف فينا يمدلنا يديه وبعد العامين طاحت عليه كسرونة ماء سخونة وداويتوا عليها وبعدها مزادش دارحركة من لي كانوا وبعدها وليت نجري عليه وطبيب قالي عندو توحد، وهذا حسب قولها: "من كان عمرو (03) سنين . قبلها كان لباس عليه. وهنا بدأت تظهر مؤشرات الضغط النفسي من خلال قولها: "ماصدقتش وامتلأت عيناها بالدموع" وقالت أيضاً تأثرت بزاف وتقلقت عليه نتاجوا يقراو وهو لالا . وتطهر عليها علامات تقبل وحب ابنها عند الانجاب من خلال قولها: " خممت نديه للزاوية ونرقيلو". ودك راهم طبيب لي يقولولي عليه نديهلو، وعادي مانحشمش من حاجة ربي، وهي متفائلة جدا بأن ابنها سيتحسن ومتأكدة من ذلك.

محور معلومات الأم حول اضطراب التوحد:

لم تكن للأم أي معلومة حول اضطراب التوحد وذلك من خلال قولها: "بعد عامين باش ديتوا لطبيب قبلها كان لباس عليه وكي تحرقلي تبدل". وكي عرفت قلت نجري عليه ونسقسي كاش طبيبة على توحد .

ملخص الدراسة:

اتضح لنا من خلال المقابلة مع الحالة (ب.ع) أنه كانت لها رغبة كبيرة بالحمل، واكتشفت إصابة ابنها باضطراب التوحد بعد عامين وتقبلته قَبُولاً كبيراً لكثرة إيمانها بالله وحُبها لابنها وحسب ما صرَّحت

به "المومن مصاب" ، حيث أن الحالة لم تكن لديها أية معلومة حول التوحد إلا بعد إصابة ابنها وأخذه للتدريب من طرف أخصائي نفساني حيث أوضح لها ولو القليل عنه وبدأت تتفاعل مع ابنها وتحاول تبديل طباعه ومساعدته وبذلت مجهود كبير حتى ولو نراه نحن قليلا بما أنها لم تتمكن من الدراسة.

وتلقت الأم السند الكبير والدعم من زوجها وهي تشعر بالسعادة والفرح كون زوجها مُتفهم وتقبَّل مرض ابنه وحبه له حيث أنه يقوم بإخراجه خارج المنزل واللعب معه و وضعه مع أقرانه من الأطفال وتركه معهم لبعض الوقت، ويظهر أيضا في تلقي الأم للمساندة من طرف أم زوجها وأمها وهذا ما جعلها تشعر بالأمان.

2_ عرض نتائج مقياس الضغط النفسي:

طبقت مقياس الضغط النفسي على الحالة وذلك لمعرفة إذا كانت لديها أعراض الضغط أم لا، وصولاً إلى الكشف عن إمكانية إصابة الأم بالاضطراب أم لا، ولقد لامسنا انخفاض في درجة الضغط النفسي من خلال بنود المقياس في: "أنها تشعر بالراحة، تقوم بأشياء تحبها فعلاً، تشعر بالهدوء ، تشعر بالصحة والأمن".

وبعد حساب مجموع النقاط قُدر ب 0.41 درجة، وهذا يعني أن الحالة تعاني من ضغط نفسي متوسط، وقد تبيَّن ذلك من خلال الإجابات التي قدمتها الحالة.

جدول رقم (05): يوضح درجة الضغط النفسي

البدائل	الدرجات	المجموع
تقريباً أبداً	01	08
أحيانا	02	16
كثيرا	03	39
عادة	04	4

الحالة رقم 04:

المقابلة:

السيدة: ف. ب

العمر: 49 سنة

المستوى التعليمي: جامعي

عدد الإخوة: 03

الرتبة بين الإخوة: الصغير

المهنة: مستشارة توجيه

العرض:

1-كيف كان حملك؟

* الحمل كان صعب جداً.

2-هل كانت لديك مشاكل، وما هي؟

* نعم، مشاكل كثيرة وهي فقدان الشهية، القلق، الخوف والألم في كل الجسم، الشعور بالارهاق وصعوبة في النوم.

3-هل كنتي تعانين من أمراض؟

* أعاني من القولون والإمساك.

4-هل كنتي راضية بحملك؟

* نوعاً ما، وفي الغالب لا أفرح بالحمل.

5-كيف كانت ولادتك بطفلك؟

* الولادة كانت عادية.

6-متى أدركتي أن طفلك يُعاني من التوحد؟

* حسيت في السنة الأولى والطبيب أكد لنا في الثالثة.

7-كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

* شعور بالصدمة.

8-من وقف إلى جانبك؟

* ساندتني عائلتي أمي، أبي وإخوتي.

9-هل إنجابك لطفل توحدي أثر عليك؟

* كثيراً.

10-عندما عرفتي بحالة ابنك المصاب بالتوحد، ماذا فكرتي أن تفعلي؟

* فكرت في التعلم والبحث عن كل الطرق المساعدة في علاجه.

11-كيف كانت ردة فعل زوجك، وه ساندك و وقف بجانبك؟

* الزوج لم يُصدقني لكن بعد التقرير صُدم.

* وقف إلى جانبي في البداية ثم تَعب وتقبَّل كل شيء.

12-كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحالي؟

* عادي، أتقبل وضعيته وأحاول مساعدته.

13-هل تشعرين بالحرج من حالة ابنك و وضعيته في الوقت الراهن؟

* نادراً ما حسب المواقف، لكن في الغالب أفتخر به.

14-هل تعتقدين أنك ستوفرين له كل الإمكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

* ليس كثيراً.

15-هل تشعرين بالضغط والانفعال من وضعية ابنك؟

* في الغالب.

16-هل تُحاولين التهرُّب أحياناً من واقع مرض ابنك؟

* لا أبداً.

17-كيف تشعرين في اليوم الحالي؟

* أشعر بالتفاؤل أنه سيتحسن بالوقت.

18-هل تفكرين بالإنجاب مرة أخرى؟

* لا.

19-هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

* متوكلة على الله.

20-هل تظنين أن ابنك سيُشفى يوماً ما؟

* متأكدة من ذلك.

عرض الحالة:

1_ عرض محتوى المقابلة نصف الموجهة.

محور البيانات الشخصية:

أم إسلام تبلغ من العمر 49 سنة لديها ولدان وبنت، مستواها التعليمي جامعي، تزوجت وهي تبلغ من العمر 30 سنة الابن الأصغر مصاب بالتوحد، أنجبته وهي تبلغ من العمر 38 سنة، عمره 08 سنوات، الحالة الاقتصادية جيدة، وتمت المقابلة في عيادة الحالة بشكل جيد.

محور تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل:

كان الحمل صعباً لقولها: "كان الحمل صعب جداً"، كنت نتصور فيه يجي شباب كيفي وعينيه كحولة، و بلا مانروح لطبيب شكيت فيه طفل آنورمال وكي رحت لطبيب زاد أكدلنا هذا الشي

وهنا كانت الصدمة. حملها لم يكن مرغوباً فيه لقولها: "نوعاً ما وفي الغالب لا أفرح بالحمل". وهنا بدأت مؤشرات الضغط النفسي من خلال البكاء لقولها: "شعور بالصدمة".

كما تظهر عليها تقبل الحالة للابن عند الإنجاب من خلال قولها: "عادي أتقبل وضعيته وأحاول مساعدته". وذلك من خلال ايمانها بالله لقولها: "متوكلة على الله " وأنا أشعر بالتفاؤل بابني أنه سيتحسن بالوقت.

محور معلومات الأم حول اضطراب التوحد:

كانت لدى الأم معلومات عن التوحد ولكن ليس بالقدر الكافي وذلك لقولها: "حسيت في السنة الأولى" ولكن الحمد لله فكرت في التعلم والبحث عن كل الطرق المساعدة في علاجه.

ملخص الدراسة:

اتضح لنا من خلال المقابلة أن أم إسلام حملها لم يكن مرغوباً فيه، ولم تكتشف الأم إصابة ابنها باضطراب التوحد حتى وصل عمره سنة، حينها تقبَّلت وضع ابنها ولم تظهر أي مؤشرات للضغط النفسي. كانت للحالة بعض المعلومات عن اضطراب التوحد لكنها بذلت مجهود كبير للتعلم والبحث عن طرق تُساعد ابنها للتخلص من اضطراب التوحد.

تلقت الأم السند والدعم من زوجها، وهذا ما جعلها تشعر بالسعادة لأن زوجها تقبل مرض ابنه وحبه له، ويظهر أيضاً في تلقي الأم للمساندة من طرف عائلتها، على عكس عائلة الزوج التي لم تُظهر أي مساندة.

2_ عرض نتائج مقياس الضغط النفسي:

طبقت مقياس الضغط النفسي على الحالة وذلك لمعرفة إذا كانت لديها أعراض الضغط أم لا، وصولاً إلى الكشف عن إمكانية إصابة الحالة باضطراب الضغط النفسي أم لا.

ولقد لامسنا وجود ضغط نفسي متوسط جداً من حلال البنود "أنت مليء بالحيوية، تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً".

وبعد حساب مجموع النقاط قُدر ب 0.35 درجة، وهذا يعني أن الحالة تُعاني من ضغط نفسي متوسط وقد تَبيَّن ذلك من خلال الإجابات التي قدمتها الحالة.

جدول رقم (06): يوضح درجة الضغط النفسي

البدائل	الدرجات	المجموع
تقريبا أبدا	01	06
أحيانا	02	28
كثيرا	03	27
عادة	04	04

الحالة رقم 05:

المقابلة:

السيدة: س. ع

العمر: 39

المستوى التعليمي: الابتدائي

عدد الإخوة: 05

الرتبة بين الإخوة: الرابع

المهنة: خياطة بالبيت

العرض:

1-كيف كان حملك؟

* لا بأس.

2-هل كانت لديك مشاكل، وما هي؟

* شويا، كنت منحبش ناكل ونجمع مع الناس.

3-هل كنتي تعانين من أمراض؟

* لالا الحمد الله.

4-هل كنتي راضية بحملك؟

* إيه.

5-كيف كانت ولادتك بطفلك؟

* عملية وكانت صعيبة بزاف.

6-متى أدركتي أن طفلك يعاني من التوحد؟

* كي عاد عندو عام ونص ديتوا لطبيب وقالي عندو توحد خفيف.

7-كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

* فالحقيقة ذاك الوقت مكنتش نعرف وش معناه التوحد، جاتني عادي قلت مرض ويبرا منو.

8-من وقف إلى جانبك؟

* باباه، أعماموا وجداتوا.

9-هل إنجابك لطفل توحدي أثر عليك؟

* كي فهمت معناه وشفت معاناة ابني تأثرت بزاف، قريب هبلت.

10-عندما عرفتي أن ابنك المصاب بالتوحد، ماذا فكرتي أن تفعلي؟

* نجري عليه.

11-كيف كانت ردة فعل زوجك، وهل ساندك و وقف إلى جانبك؟

* تصدم فالأول وعاوني بزاف.

12-كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحال؟

* عادي.

13-هل تشعرين بالحرج من مرض ابنك؟

* لا.

14-هل تعتقدين أنك ستوفرين له كل الإمكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

* ان شاء الله.

15-هل تشعرين بالضغط والانفعال من وضعية ابنك؟

* منين ذاك.

16-هل تحاولين التهرب من واقع ابنك؟

* وين نروح كي نهرب.

17-كيف تشعرين في اليوم الحالي؟

* بالراحة.

18-هل تفكرين بالإنجاب مرة أخرى؟

* لالا، مش حابة نزيد.

19-هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

* ما نقدرش، واعر الشي خاصة كي يكبر.

20-هل تظنين أن ابنك سيُشفى تماماً؟

* ان شاء الله يبرا وليدي.

عرض الحالة:

1_ عرض محتوى المقابلة نصف الموجهة:

أم محمد تبلغ من العمر 39 سنة لديها (3) بنات وطفلين ذكور، محمد هو المصاب وهو ما قبل الأخير، مستواها التعليمي الابتدائي، تزوجت وهي تبلغ من العمر 25 سنة ابنها مصاب بالتوحد ، أنجبته

وهي تبلغ من العمر 35 سنة، عمره ثلاث سنوات، الحالة الاقتصادية متوسطة، تمت المقابلة في بيت الحالة بشكل جيد، وذلك نظراً لظروفها التي لا تسمح لها بالخروج.

محور تصور الأم أثناء الحمل:

كان حملها عادي لقولها: "لا باس بيه"، كنت نزور الطبيب مرَّة فالعام بحكم راجلي معندوش، وكي لحق الطفل عمر العام ونص شفت بلي طفل غريب يروحو ليه خاوتوا يلعبوا معاه يبدا يبكي وما يسكتش حتى كنت نضربهم نقلهم كشما درتولوا، وخطرات كنت نقول بالاك مريض من كرشوا وديناه لطبيب فالصباح من ذاك وقالي: وليدك لباس عليه وبعثو لطبيب أخر قالي عندو توحد خفيف، وكي سمعت بالخبر جاتني عادي قلت مرض ويبرا منوا، وذلك حسب قولها: "فالحقيقة ذاك الوقت مكنتش نعرف وش معناه التوحد". حملها كان مرغوب فيه لقولها: "إيه". ومن هنا بدأت مؤشرات الضغط النفسي تظهر من خلال "تأثرت بزاف وقريب هبلت، لالا مش حابة نزيد".

كما يظهر عليها عدم تقبُّلها لحالة ابنها عند الإنجاب من خلال "لالا، مش حابة نزيد". "مانقدرش".

محور معلومات الأم حول اضطراب التوحد:

لم تكن للأم أي علم أو معلومة عن اضطراب التوحد وذلك من خلال قولها: "كي كان عندو عام ونص ديتوا لطبيب وقالي عندو توحد خفيف"، وقررت باه نجري عليه وكنت نعاملوا عادي.

ملخص الدراسة:

اتضح لنا من خلال المقابلة مع الحالة (س.ع) أنها لم تكن لها رغبة كبيرة في الحمل، واكتشفت إصابة ابنها باضطراب التوحد في عمر العام ونصف، وتقبلته كما كان.

ولم تظهر أية مؤشرات للضغط النفسي الا بعد مدة ومحاولات مني فقالت: "كي فهمت معناه وشفت معاناة ابني تأثرت بزاف قريب هبلت".

لم تكن للحالة أية معلومة عن التوحد، لكنها صرحت "رح نجري عليه".

تلقت السند والدعم من زوجها وهذا ما جعلها تتفاءل قليلاً كونه في الأول كان مصدوماً، ويظهر أيضاً في تلقي الأم المساندة من طرف عائلة زوجها.

2_ عرض نتائج مقياس الضغط النفسي:

طبقت مقياس الضغط النفسي على الحالة وذلك لمعرفة إذا كانت لديها أعراض الضغط أم لا، وصولاً إلى الكشف عن إمكانية إصابة الحالة باضطراب الضغط النفسي أم لا.

ولقد لامسنا الضغط النفسي من خلال البنود: "أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق، تشعر بالتعب، تشعر بالإحباط، تشعر بالتوتر، أنت خائف من المستقبل ".

وبعد حساب مجموع النقاط قدر ب 0.45 درجة وهذا يعني أن الحالة تعاني من ضغط نفسي متوسط وقد تبسن ذلك من خلال الإجابات التي قدمنها الحالة.

والجدول رقم (07) يوضح درجة الضغط النفسي:

البدائل	الدرجات	المجموع
تقريبا أبدا	01	07
أحيانا	02	05
كثيرا	03	39
عادة	04	20

2_ مناقشة الفرضيات:

مناقشة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أن الحالات تُعاني من ضغوط نفسية، وبعد جوع وتحليل المعطيات اتضح تحقق الفرضية من خلال إجراء المقابلة نصف الموجهة، وتطبيق مقياس ليفنستاين لإدراك الضغط النفسي، تبيَّن لنا أن الحالات تعاني من ضغوط نفسية.

من خلال تحليل محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة التي تمَّ إجراؤها ظهر أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعرَّضن إلى صدمة جراء معرفتهن بإصابة أطفالهن، والتي ظهرت من خلال البكاء، الحزن، الخوف، القلق، التوتر، وهذا مع توافق مع دراسة غدي عصفور.

وتتفق دراستنا هذه مع دراسة ايوا بسيلا(1999) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، استهدفت الدراسة(25) أماً لأطفال التوحد، استخدم دراسة

مقارنة، توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق فردية في مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تُعزى إلى متغير: السن، الجنس، المستوى التعليمي.

مناقشة الفرضيات الجزئية:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أن الحالات (ه.ي، ف.ي، و س.ع) أمهات أطفال مصابين بالتوحد تُعانين من ضغط نفسي مرتفع، ويظهر من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة وتطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي ل: ليفنستاين Levenstein .

_ بعد تحليل وتفسير المعطيات اتضح أن أمهات الحالات تُعاني من ضغط نفسي الذي ظهر عندهن من خلال المقابلة نصف الموجهة. إذ ظهر عليهن حزن من خلال البكاء، الخوف على أبنائهن وقلقهم الدائم عليهم، وكذلك الشعور بالعجز أحيانا، الأرق، والتوتر الداخلي.

ومن خلال تحليل نتائج مقياس إدراك الضغط النفسي تطابقت نتائجه نع المقابلة العيادية بان الأمهات (ه.ر، ف.ي، و س.ع) تعاني من ضغط نفسي مرتفع لحصولهن على أعلى درجة وأعلى نسبة في وجود أعراض الضغط.

و تنص الفرضية الجزئية الثانية على أن الحالات (ف.ب، ع.ب) أمهات أطفال مصابين بالتوحد تعانين من نفسي متوسط، ويظهر من خلال المقابلة العيادية نصف الموجهة وتطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي ل: ليفنستاين .Levenstein

_ بعد تحليل وتفسير المعطيات اتضح أن أمهات الحالات تعاني من ضغط نفسي الذي ظهر عندهن من خلال المقابلة نصف الموجهة.

ومن خلال تحليل نتائج مقياس إدراك الضغط النفسي تطابقت نتائجه مع المقابلة العيادية بأن أمهات الأطفال (ف.ب، س. ع) تعاني من ضغط نفسي متوسط لحصولهن على درجة متوسطة في وجود أعراض الضغط.

الخاتمة

خاتمة:

ترمي دراستنا إلى الكشف عن تأثير الضغط النفسي جرَّاء إنجاب طفل مصاب بالتوحد للأم، وذلك من خلال الجانب النظري والجانب التطبيقي، تم التطرق للإطار العام للدراسة وتساءلنا عن ما إذا كانت تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغوط نفسية، وعليه تم طرح الفرضيات التي من خلالها الإجابة عن التساؤلات وكانت كالتالي:

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي مرتفع.

_ تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من ضغط نفسي متوسط.

تناولنا الجانب النظري الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد مع رد فعل الأم اتجاه طفلها المصاب. أما الجانب التطبيقي اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي من خلال المقابلة نصف الموجهة ومقياس إدراك الضغط النفسي ل: ليفنستاين بغرض معرفة إذا ما كانت أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من اضطراب في الضغط النفسي.

لمعرفة ذلك قمنا بدراسة عيادية لخمس حالات، وكانت النتائج المتوصل إليها كما يلي:

- توصلنا إلى أن أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من ضغط نفسي.

- أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من قلق وخوف من خلال البكاء.

الخاتمة

الاقتراحات:

في ضوء دراستنا والنتائج المتوصل إليها، أدركنا الآلام النفسية التي نعيشها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، لهذا نقدم مجموعة من الاقتراحات المتمثلة في ما يلي:

- تقديم الدعم المعنوي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد من طرف العائلة والمحيطين بها.

- ضرورة تقديم الإرشاد والتوجيه لأم الطفل المصاب بالتوحد بمعلومات تساعدها.

- ضرورة وجود أخصائيين متمكنين في مجال التوحد في كل مشفى.

- تقديم المزيد من الدراسات حول مؤشرات الصدمة النفسية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

- تقديم المزيد من الدراسات والملتقيات حول مستوى تقبل الآباء للأطفال المصابين بالتوحد.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: الكتب

1_ إبراهيم عبد الستار(1998): **الاكتئاب، سلسلة عام المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب**، الكويت، بدون طبعة.

2_ إبراهيم عبد الستار(1999): **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي**، مكتبة الأنجلو مصرية، مصر، ط2.

3_ أحمد سعد جلال(2008): **علم نفس الشواذ، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية**، القاهرة، ط1.

4_ أحمد عكاشة(2003): **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، بدون طبعة.

5_ أحمد نائل عبد العزيز(2009): **التعامل مع الضغوط النفسية**، دار الشرق، الأردن، ط1.

6_ أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني(2011): **سمات التوحد**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ط1.

7_ أندرسون(2007): **علم النفس المعرفي وتطبيقاته**، تر: محمد صبري سليط، رضا مسعد الجمال، دار الفكر، الأردن.

8_ تامر فرح سهيل(2015): **التوحد، التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج**، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

9_ جاسم محمد عبد الله المرزوقي(2008): **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض السكر**، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، ط1.

10_ جليلة معيزة(2002): **مدخل إلى علم النفس المعاصر**، دار المطبوعات الجامعية، ط2.

11_حامد عبد السلام زهران(2005): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة، ط4.

12_ حامد زهران(2007): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، مصر، بدون طبعة.

13_ خالد محمد عبد الغني(2008): **احتياجات وضغوط أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1.

14_ خير الله السيد(1981): **علم النفس التربوي، أسسه النظرية والتجريبية،** دار النهضة العربية، مصر، بدون طبعة.

15_ ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم: **مناهج وأساليب البحث العلمي، النظرية والتطبيقية،** دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1.

16_ الرشيدي هارون(1999): **الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها برنامج لمساعدة الذات في علاجها،** مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

17_ سعد رياض(2008): **الطفل التوحدي، أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه،** دار النشر للجامعات، مصر، بدون طبعة.

18_ سامر جميل رضوان(2009): **الصحة النفسية،** دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، ط3.

19_ سعيد سبعون(2012)**: الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع،** دار القصبة للنشر والتوزيع، الجزائر، ط2.

20_ سمير شيخاني(2003): **الضغط النفسي، طبيعته أسبابه، المساعدة الذاتية، المداومة،** دار الفكر العربي، بيروت، لبنان.

21_ سميرة ركزة(2018): **التوحد،** جسور للنشر والتوزيع، ط2.

22_ سوسن شاكر مجيد الجبلي(2016): **التوحد الطفولي، أسبابه ، خصائصه، تشخيصه.**

23_ السيد فؤاد البهي(1997): **الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة،** دار الفكر العربي، مصر، بدون طبعة.

24_ السيد كامل الشربيني(2016): **سمات التوحد،** دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ط2.

25_ طه حسين عبد العظيم، سلامة عبد العظيم حسن(2006): **إستراتيجية إدارة الضغوط النفسية والتربوي،** دار الفكر، عمان، ط1.

26_ عبد الرحمن الهيجان(1998): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، دار الكتاب الحديث، بدون طبعة.

27_ عبد العزيز الشخص(1997): **اضطرابات النطق والكلام، خلفيتها، تشخيصها، علاجها،** مكتبة الصفحات الذهبية، بدون طبعة.

28_ عبد الكريم الحجاوي(2004): **موسوعة الطب النفسي،** دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، بدون طبعة.

29_ عثمان يخلف(2001): **علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة،** دار الثقافة، قطر، ط1.

30_ علي عسكر(2009): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية،** دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة، بدون طبعة.

31_ فكري لطفي متولي، خالد غازي الدلبحي(2017): **دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة،** دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

32_ كريمان بدير(2010): **الأسس النفسية لنمو الطفل،** دار الفكر، الأردن، بدون طبعة.

33_ ماجدة بهاء الدين سيد عبيد(2008): **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية،** دار صفاء، ط1.

34_ محمد أحمد النابلسي و آخرون(1991): **الصدمة النفسية،** دار النهضة العربية، بيروت، بدون طبعة.

35_ محمد حمدي الحجار(1998): **علم النفس المرضي،** دار النهضة العربية، بيروت، ط1.

36_ محمد عادل عبد الله(1999): **دراسات في سيكولوجية نمو الطفل الروضة،** دار الرشاد، مصر، بدون طبعة.

37_ مفتاح عبد العزيز(2010): **مقدمة في علم نفس الصحة،** دار وائل للنشر، ط1.

38_ محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي: التوحد و وسائل علاجه، دار العلم والإيمان للنشر، ط1، بدون سنة.

39_ معوض خليل ميخائيل(1994): **القدرات العقلية**، دار الفكر الجامعي، مصر، بدون طبعة.

40_ مصطفى نوري القمش(2010): **اضطرابات التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1.

41_ نبيلة الشوربجي(2007): **المشكلات النفسية للأطفال أسبابها، علاجها**، دار النهضة العربية، مصر، بدون طبعة.

42_ وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى سعد(2008): **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي**، دار الوفاء لدنيا، مصر، ط1.

ثانياً: المذكرات:

43_ أمل محمود السيد محمود(2013): **النشاط النيوروسيكولوجية للمخ المرتبط بالانتباه لدى الأفراد زائدي النشاط منخفضي التحصيل الدراسي**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.

44_ إيمان العفيفي(2013): **علاقة الضغط النفسي بالاغتراب النفسي لدى خريجي الجامعة العاملين بعقود ما قبل التشغيل.**

45_ المحمداوي محمود(1990): **قياس الضغوط المهنية لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة المستنصرية**، رسالة ماجستير، الجامعة المستنصرية، بغداد.

46_ ثامري السعيد(2019): **أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.**

47_ جودة سرية(2005): **الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والمدرسي لدى ذوي الشهداء في بعض مدارس محافظة غزة الإعدادية والثانوية**، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

48_ ناصر لميس(2003): **الضغط النفسي لدى الكبار العاملين المتقاعدين**، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.

ثالثاً: المجلات والملتقيات:

49_ إبراهيم لطفي عبد الباسط(1994): **عمليات تحمل الضغوط وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين،** مجلة مركز، البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد (05).

50_ الموسوي حسن(1998): **الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية،** المجلة التربوية، مجلس النشر العالمي، جامعة الكويت، المجلد(12)، العدد (47).

51_ كفافي علاء الدين، النيال مايسة(1997): **الغضب وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، دراسة لدى شرائح عمرية مختلفة في المجتمع المصري والقطري،** مصر، مجلة الإرشاد النفسي، العدد(26).

الملاحق

الملاحق:

ملحق رقم (01): دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة.

دليل المقابلة العيادية نصف موجهة:

المحور الاول: البيانات الشخصية حول المفحوص.

جنس الطفل: ذكر، أنثى.

عدد الإخوة:

ترتيب الطفل في الأسرة:

المستوى التعليمي للأم:

سن الأم عند الزواج:

الحالة الاقتصادية:

المحور الثاني: تصور الأم لطفلها أثناء الحمل.

كيف كان حملك؟

هل كنتي راضية بحملك؟

المحور الثالث: الحالة النفسية للام عند اكتشاف حالة ابنها.

منى أدركتي أن طفلك يعاني من التوحد؟

كيف كانت ردة فعلك لسماع الخبر؟

هل إنجابك لطفل توحدي أثر في حياتك؟

هل تشعرين بالإحراج من حالة ابنك؟

المحور الرابع: معلومات الأم حول اضطراب التوحد.

عندما عرفتي بحالة ابنك المصاب بالتوحد، ماذا فكرتي أن تفعلي؟

كيف تتعاملين مع حالة ابنك و وضعيته في الوقت الحالي؟

المحور الخامس: العلاقات العائلية.

من وقف إلى جانبك؟

كيف كانت ردة فعل زوجك، وهل ساندك و وقف بجانبك؟

المحور السادس: النظرة المستقبلية.

هل تعتقدين أنك سوف توفرين له كل الإمكانيات اللازمة وتعطيه من وقتك؟

هل تفكرين في الإنجاب مرة أخرى؟

هل أنت قادرة على مواجهة مستقبل ابنك؟

هل تعتقدين أن ابنك سيشفى تماما؟

ملحق رقم (02): مقياس ليفانستاين لإدراك الضغط النفسي.

الاسم:

السن:

تاريخ إجراء الاختبار:

التعليمة:

لكل عبارة من العبارات ضع علامة (*) في الخانة المناسبة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً، وذلك من خلال السنة أو السنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك واحرص على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة.

البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
تشعر بالراحة				
تشعر بوجود متطلبات لديك				
أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
تشعر بالوحدة				
تجد نفسك في مواقف صراعية				
تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
تشعر بالتعب				
تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ هدفك				
تشعر بالهدوء				
لديك عدة قرارات لاتخاذها				
تشعر بالإحباط				
أنت مليء بالحيوية				
تشعر بالتوتر				
تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
تشعر وكأنك في عجلة من أمرك				
تشعر بالأمن والصحة				

لديك عدة مخاوف				
أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
تشعر بفقدان العزيمة				
أنت خائف من المستقبل				
تشعر كأنك قمت بأشياء ملزم بها				
تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم				
أنت شخص خالي من الهموم				
تشعر بالإنهاك أو التعب الفكري				
لديك صعوبات الاسترخاء				
تشعر بعبء المسؤولية				
لديك الوقت الكافي لنفسك				
تشعر بأنك تحت ضغط مميت				