



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد

إعداد الطالبة : علي زروقي خولة إشراف الأستاذ الدكتور: مكي محمد

أمام لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الرتبة
كبداني خديجة	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسة اللجنة
مكي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مقررا
طباس نسيم	أستاذة محاضرة.أ	جامعة وهران 2	عضوة مناقشة
بوريشة جميلة	أستاذة محاضرة.أ	جامعة مستغانم	عضوة مناقشة
بن دهنون شيرين سامية	أستاذة محاضرة.أ	جامعة سعيدة	عضوة مناقشة
مسعودي احمد	أستاذ محاضر.أ	جامعة عين تموشنت	عضو مناقش

السنة الجامعية: 2021-2022

الإهداء

إلى من علموني أن الحياة: أمل...طموح...إصرار...وصبر

إلى أمي وأبي وكل عائلتي

إلى أستاذي الفاضل مكي محمد

إلى أمهات أطفال التوحد

إلى الدكتورة سليمة، بختة، حبيبة وعائشة

إلى طلبة العلم وخاصة زملائي بدفعة الماجستير.

إلى هؤلاء جميعا أهدي ثمرة جهدي هذا.

خولة علي زروقي

شكر وتقدير

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه على ما منّ به علينا من عون وتوفيق لإتمام هذا العمل والصلاة والسلام على البشير النذير والسراج المنير سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم وبعد.

إنه ليطيب لي في هذا المقام أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى أساتذتي بقسم علم النفس والأرطوفونيا بجامعة وهران 2، كما يجب أن ينسب الفضل لأهله، لذا أتقدم بكامل عبارات الشكر والعرفان لأستاذي الفاضل **مكي محمد المشرف** على هذه الرسالة اعترافا له بفضله وعلمه وخلقه ودعمه.

ويسرني أن أتقدم بخالص الشكر وعظيم التقدير ووافر الثناء للأساتذة الكرام المحترمين أعضاء لجنة المناقشة الذين تحملوا أعباء مراجعة هذه الرسالة وتقييمها.

كما لا يفوتني أن أشكر السيد المدير عمر دلال الجيلالي على دعمه ومساعدته الدائمة .

وأسجل شكري لطاقم مركز آمال وحالات الدراسة على تعاونهم معنا لانجاز هذا البحث.

الشكر موصول أيضا إلى كل أفراد الأسرة الكريمة وكل من ساعدني من قريب أو بعيد في اتمام هذا العمل.

خولة علي زروقي

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد، حيث تم التركيز في الدراسة على الضغط النفسي والقلق لدى الأم، طُبّق البرنامج على ست حالات (أمهات)، ولتحقيق هدف الدراسة اعتمدنا المنهج الشبه تجريبي بتطبيق قياس قبلي وبعدي لمقاييس الضغط النفسي لفنستاين والقلق لهاملتون، دون إغفال المنهج العيادي المتمثل في المقابلة والملاحظة العياديتين، وهذا لجمع معلومات ومعطيات عن الحالات تساعدنا في إثراء البرنامج العلاجي المعتمد من طرفنا، وقد توصلت النتائج إلى مايلي: أم طفل التوحد تعاني من ضغط نفسي شديد وقلق كبير، العلاج المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في التخفيف من الضغط النفسي والقلق الذي تعيشه أم طفل التوحد. الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، المشكلات النفسية، اضطراب التوحد، أم طفل التوحد.

Abstract

The study aims at testing the effect of the cognitive-behavioral therapy program in reducing some of the mothers of the autistic children problems. It focuses on these mothers' psychological stress and anxiety. The program is applied on six cases of such mothers. To achieve the role of this study, the researcher adopts quasi-experimental method by taking previous and afterwards measurements of Feinstein's Stress Scale and Hamilton's anxiety scale.

Also, it uses the clinical method for the clinical observation and interview. These two methods are used to collect data for enriching the therapy program which is adopted by the researcher. The study results in the following: the mother of the autistic child suffers from severe psychological stress and anxiety. The cognitive behavioral treatment has a positive impact in diminishing the psychological stress and anxiety of this mother.

Key words: The Cognitive-behavioral therapy, Psychological problems, Autism disorder, The mother of the autistic child.

Résumé :

L'étude visait à tester l'effet d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental pour alléger certains problèmes des mères d'enfants autistes, l'étude s'est concentrée sur le stress psychologique et l'anxiété chez la mère. L'étude c'est concentrée sur six cas (mères), pour aboutir à notre objectif nous avons utilisé la méthode semi expérimentale composée de l'échelle de stress de Feinstein et l'échelle d'anxiété d'Hamilton (avant et après d'étude). Pour plus de renseignements et recueil de données des cas nous avons appliqué la méthode clinique à savoir l'entretien et observation clinique, qui nous aide à enrichir notre programme Thérapeutique. Les résultats sont les suivants :

La mère d'un enfant autiste souffre d'une forte pression psychologique et d'une grande anxiété, La thérapie cognitive-comportementale a un effet positif pour soulager le stress psychologique et l'anxiété vécus par la mère d'un enfant autiste.

Les mots clés : Thérapie Cognitive-comportementale, Problèmes Psychologique, Trouble de l'autisme, La mère d'enfant autiste.

أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من
بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	إهداء
ب	شكر وتقدير
ت	مستخلص الدراسة
1	عنوان المذكرة
2	قائمة المحتويات
7	قائمة الجداول
7	قائمة الملاحق
8	مقدمة
الفصل الأول مدخل للدراسة	
13	تمهيد
14	1. الدراسات السابقة
31	2. إشكالية الدراسة
31	3. فرضيات الدراسة
32	4. المفاهيم الإجرائية للدراسة
33	5. الهدف من الدراسة
34	6. دوافع وأسباب الدراسة
34	7. أهمية موضوع الدراسة
35	8. أصالة البحث
الفصل الثاني اضطراب التوحد	
37	تمهيد
37	1. نبذة مختصرة عن استخدام مصطلح التوحد
38	2. تعريفات التوحد
40	3. أسباب التوحد

44	4. صعوبات التوحد
45	5. تشخيص التوحد
51	6. ترميز التوحد حسب CIM10
51	7. أعراض التوحد
53	8. أنماط التوحد
55	9. خصائص التوحد
59	10. علامات عيادية أخرى
59	11. علاج التوحد
61	خلاصة

الفصل الثالث بعض المشكلات النفسية التي تواجه والدي طفل التوحد وخصوصا الأم

64	تمهيد
64	1. المشكلة
65	1. تعريف المشكلات النفسية
66	2. كيف تنشأ المشكلات النفسية
67	3. أنواع المشكلات النفسية
67	II. الأمومة
69	1. تعريف الأمومة
69	2. مراحل الأمومة
69	3. المواجهة الحقيقية من طرف الأم
71	4. انعكاسات صدمة اضطراب طيف التوحد على الأم
71	5. التأكد من التشخيص حسب كريستوف فور
72	6. الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين
72	7. ماذا يعني ولادة طفل طيف التوحد للأسرة؟
72	8. الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل طيف التوحد بالأسرة

73	9. المرأة بين المرض النفسي والخدمات النفسية
74	10. العلاقة بين الصحة النفسية للأم وصحة الطفل
75	III. الضغط النفسي
75	1. مفهومه
76	2. أنواعه
77	3. تفسيره
77	4. أعراضه
80	5. خصائص الضغوط التي تجعل الأحداث تؤدي إلى ضغوط حقيقية
81	6. ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق
82	7. النتائج المترتبة عن الضغط النفسي
83	8. المشكلات التي تواجه والدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد
84	والتي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية
	IV. القلق
86	1. تعريفه
86	2. القلق كاضطراب نفسي المنشأ
86	3. مظاهر القلق
86	4. التفسير الوجودي والإنساني للقلق
87	5. أصحاب المدرسة السلوكية والقلق
87	6. إنذارات تزايد الضغط والإجهاد
87	خلاصة
الفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي	
90	تمهيد
90	I العلاج المعرفي السلوكي
90	1. نبذة عن العلاج المعرفي السلوكي
92	2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
94	3. الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

94	4. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي
95	5. استراتيجيات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي
96	6. المبدأ الأساسي المركزي للعلاج المعرفي السلوكي
97	7. الهدف من العلاج المعرفي السلوكي
97	8. أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي
100	9. المستويات الثلاث للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي
101	10. فاعلية العلاج في الحد من الضغوط النفسية
102	11. دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي
103	II. التناول المعرفي
103	1. تأسيس العلاج المعرفي
104	2. مميزات العلاج المعرفي
105	3. مبادئ العلاج المعرفي
107	4. مسلمات نظرية العلاج المعرفي
108	5. بعض الفنيات المعرفية
109	III. التناول السلوكي
110	1. مفهوم العلاج السلوكي
110	2. هدف العلاج السلوكي
111	3. أساليب العلاج السلوكي
111	4. فنيات العلاج السلوكي
112	5. خصائص النموذج السلوكي العلاجي
113	6. مزايا العلاج السلوكي
114	7. عيوب العلاج السلوكي
114	خلاصة
الفصل الخامس الإطار المنهجي للدراسة	
116	تمهيد
	1. الدراسة الاستطلاعية

118	2. منهج الدراسة
119	3. الأدوات الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة
126	4. الأساس النظري للبرنامج العلاجي
127	5. الركيزة الأساسية للبرنامج العلاجي
127	6. أهداف البرنامج العلاجي
129	7. مصادر بناء محتوى البرنامج العلاجي
130	8. مراحل البرنامج
131	9. جدول يوضح التصور الهيكلي الأولي لجلسات البرنامج
132	10. الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي
الفصل السادس الدراسة الأساسية عرض للحالات	
140	1. دراسة الحالات
142	الحالة الأولى
146	الحالة الثانية
149	الحالة الثالثة
152	الحالة الرابعة
156	الحالة الخامسة
160	الحالة السادسة
164	2. البرنامج العلاجي المطبق مع الحالات
الفصل السابع تحليل النتائج ومناقشة فرضيات الدراسة	

180	1. نتائج المقياسين
182	2. مناقشة النتائج
183	3. تحليل محتوى المقابلات
190	4. مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتوصل إليها
192	5. استنتاج عام للدراسة
194	6. خاتمة
195	7. اقتراحات وتوصيات
196	8. قائمة المراجع
213	9. الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
125	جدول تنقيط الاختبار لبدائل مقياس الضغط	1
131	جدول يوضح التصور الهيكلي الأولي لجلسات البرنامج	2
170	جدول حول التفكير الايجابي وشرح نموذج ألبرت إليس	3
173	جدول يوضح جلسات البرنامج العلاجي	4
180	جدول يوضح نتائج القياس القبلي للضغط والقلق	5
180	جدول يوضح نتائج القياس البعدي للضغط والقلق	

مقدمة

إن احتضان أسرة لطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يعتبر نقطة تحول وتغيير لمسار الحياة الأسرية بأكملها، وإعادة تنظيم حياتها وأولوياتها لتتلاءم مع الطرف الجديد، ولعل تواجد طفل التوحد داخل أسرة ما يؤثر بالتأكيد على مختلف جوانب الحياة: الاجتماعية، النفسية والاقتصادية للأسرة لما ينتج عنه من ضغوط وآثار سلبية على الأسرة بأكملها وليس على الطفل نفسه أو الوالدين فقط، ومن بين الاضطرابات التي أثرت على العديد من الأسر ما يعرف حاليا بـ " اضطراب طيف التوحد"؛ حيث ظل هذا الأخير لسنوات طويلة مجهولا وغامضا عن الكثير من الناس بما فيهم المختصين لاعتبارات كثيرة؛ منها عدم معرفة أسبابه الحقيقية و تشابه الأعراض بينه وبين اضطرابات أخرى، ناهيك عن عدم إعطائه الأهمية الكافية في الدراسة والبحث، وهكذا استمر الوضع إلى أن كتب الطبيب النفسي ليوكانر LeoKanner في 1943مقالا يصف فيه احد عشر مريضا تابع حالاتهم على مدى عدة سنوات في عيادته، وقد وصف في دراسته تلك الصفات التي يتصف بها هؤلاء المرضى وهي مجموعة من الأعراض النفسية التي تختلف عما تعود على قراءته في الكتب الطبية والمنشورات، وفي هذه المقالة استخدم ليو كانر ولأول مرة مصطلح التوحد Autism للتعبير عنها، ومنذ ذلك الحين تتابعت البحوث والدراسات من قبل العديد من الباحثين والأطباء لاستجلاء الغموض وفهمه بشكل أفضل ومع ذلك وحتى هذه اللحظة ما زال السر مجهولا حول الأسباب المؤدية للتوحد، وما زال التشخيص غير كاف الأمر الذي زاد من معاناة الآباء والأمهات وأدى إلى التقاوم من حجم المشكلة على المستوى المجتمعي. تكمن خطورة هذا الاضطراب والقلق المصاحب له كونه من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، ذلك لأنه يؤثر على الكثير من مظاهر النمو المختلفة، وبالتالي يؤدي بصاحبه إلى الانسحاب للداخل والانغلاق على الذات وهذا من شأنه أن يضعف اتصال الطفل بعالمه الخارجي المحيط به، ويجعله محبا للانغلاق على النفس ورفض أي نوع من

الاقتراب الخارجي منه حتى من أقرب الناس إليه ! هذا ما يجعل من حوله في حيرة دائمة حول طريقة التعامل معه، ومن ثم تزداد المشكلة تعقيدا وذلك لعدم توفر الطرق والبدائل السريعة والسهلة لاخترق هذا الغلاف الخارجي الذي يفضل أن يبقى فيه هذا النوع من الأطفال. (المغلوث، 2006، ص 20)

المعروف أن رعاية الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد تجعل الأسرة تواجه مشاكل يومية مما يؤثر على حياة جميع الأفراد وخاصة الأم؛ لشدة اعتمادية الطفل عليها في كل شيء، وكما نعلم أن خصائص هذا الطفل المتمثلة في الإعاقات التواصلية، اضطرابات سلوكية، غموض المستقبل، نوبات الغضب المدمرة تسبب مشاكل وخلافات بين الزوجين منها: الاكتئاب، العزلة الاجتماعية، العدوانية وغيرها وقد يصل الأمر إلى الهجر أو الطلاق، إضافة إلى ارتفاع التكاليف الاقتصادية لرعاية الطفل التوحدي من أجور العلاج الطبي، النفسي والتعليمي يزيد من حدة الضغوط، كل هذه الأمور المتعلقة بوجود طفل التوحد بالأسرة وغيرها تؤدي إلى إصابة الأم بمشكلات نفسية عديدة تؤثر سلبا على صحتها النفسية والجسمية مما يجعل حالتها تتطلب التدخل والعلاج.

ففي ظل الاهتمام بالأم ارتأينا العمل معها وجعلها محور الدراسة وذلك بتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي بعد التعرف على مختلف المشكلات التي تعاني منها، سعيا منا للتخفيف من وطأة معاناة الأم، نتيجة لهذا الاضطراب وتم اختيار هذا النوع من العلاج لأنه يعد من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعا في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجي إلى كافة الاضطرابات تقريبا، ويعتبر تناوله للبعض منها من التطورات الحديثة نسبيا التي شهدها هذا الاتجاه العلاجي حيث يركز على المكونات المعرفية للفرد والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي اضطراب.

يعد العلاج النفسي المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز أساليب العلاج السلوكي، ومن المؤكد وجود ارتباط

بين التفكير والانفعال والسلوك إذن الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضا، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في الوقت ذاته، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك. وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية ارتبط كل منها باسم صاحبه، فجاء على رأس تلك النماذج على التوالي: آرون بيك A . Beck و ألبرت إليس A . Ellis و دونالد ميتشنيوم D. Meichenbaum إلا أن النموذج الأخير لم يرق إلى مستوى النظرية حيث قدم ميتشنيوم تفسيرات للتغيرات المعرفية التي تحدث من جراء العلاج على هيئة تقرير.

لو أردنا الاسترسال في الحديث عن المشكلات النفسية التي تشتكي منها أمهات أطفال طيف التوحد ربما لوجدنا أن هناك مشاكل عدة يصعب علينا حصرها، قد تكون أول مشكلة هي القلق ثم الضغط النفسي ومشاكل أخرى كثيرة، استخدمنا كلمة "مشكلة أو مشكلات" في دراستنا الحالية استنادا إلى ما توصل إليه الباحثين أنه يوجد بين الصحة النفسية والمرض منطقة مبهمة في الوسط حيث يكون فيها بعض حالات القلق والاكتئاب الخفيف، قد تكون حالة طبيعية في ظروف صعبة غير طبيعية" إضافة إلى أننا اعتمدنا العلاج المعرفي السلوكي وهو علاج تعليمي يهدف إلى تعليم المريض أن يكون معالج لنفسه وهو أيضا علاج موجه بأهداف يركز على المشكلات التي تعيق حياة الفرد.

يعود القلق " إلى بداية ظهور الفلسفة الوجودية حيث يقول كير كيجار Kierkegaard أحد مؤسسي هذه الفلسفة " إن الاختيار يجر إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق الإمكانات عامة وقلق من الوجه الذي اختاره الإنسان فهذا قلق منهذا وهذا قلق على هذا، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية"، ولقد بقي القلق موضوعا أساسيا لدى جميع الفلاسفة الوجوديين على اعتبار أنه جزء من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال رولومي Rolo May أحد أهم رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة الأمريكية ويعتقد هذا الأخير أن الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجودها في ظروف يكون الإحساس بالوجود

فيها بالشكل السوي معاقا، ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، والقلق ليس خوفا من شيء موضوعي بل يعبر عن شعورا غامضا وخوفا عاما من مهددات الوجود، ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو وقد يدفع الفرد لكبتها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار، إلا أن هذا لا يحقق الاستقرار الفعلي والذي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق وهذا ما يساعدنا على قبولنا لحياتنا واستغلالها بفاعلية".

(تونسي، 2002، ص 28).

بناء على ما ذكر آنفا فإن دراستنا الحالية تهدف إلى اختبار أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد، وذلك بعد التقصي عن مختلف المشكلات التي تعاني منها الأم.

نحاول في هذا البحث الاعتماد على خطة علمية منظمة من أجل الوصول إلى الهدف المسطر وتتمثل خطتنا في ما يلي:

سنتناول في دراسة هذا الموضوع جانبين أساسيين ألا وهما جانب نظري وجانب تطبيقي حيث سيتضمن الجانب النظري أربعة فصول وهي على التوالي: مدخل إلى الدراسة، اضطراب طيف التوحد، إضافة تخصيص فصل حول بعض المشكلات التي تعاني منها أم طفل التوحد، وفصل خاص بالعلاج المعرفي السلوكي، كما سيحتوي الجانب التطبيقي على فصل حول منهجية البحث وأدواته، أما الفصل الأخير فسنخصصه لمناقشة فرضيات البحث في ظل النتائج المتوصل إليها ومقارنتها مع الدراسات السابقة للموضوع، وسنختتم دراستنا بخاتمة عامة للموضوع وتقديم لبعض التوصيات والمقترحات.

الفصل الأول مدخل للدراسة:

تمهيد

1. الدراسات السابقة
2. إشكالية الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. المفاهيم الإجرائية للدراسة
5. الهدف من الدراسة
6. أهمية موضوع الدراسة
7. أصالة البحث

تمهيد:

للتأسيس الجيد لإشكاليتنا كان لابد لنا من عرض الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث، حيث يوجد العديد من الدراسات العلمية التي تناولت اضطراب طيف التوحد من جوانب مختلفة منها من درس الاضطراب عند الأطفال ومنهم من درسه عند المراهقين، أما فيما يخص العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب طيف التوحد حسب معلوماتنا فهو مدروس بقلّة نسبيًا مع اضطرابات أخرى على سبيل المثال: حالات القلق، الضغط النفسي أو الإنعصاب، السمّنة، الداء السكري... الخ

ويعد طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضًا نظرًا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من جهة، وغرابة أنماط سلوكه غير التكيفي من جهة أخرى فهو حالة تتميز بمجموعة من الأعراض؛ حيث يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد إضافة إلى عجز في المهارات الاجتماعية والاتصالية التي تعتبر من المشكلات الأساسية والمركزية المؤثرة على مختلف المظاهر الطبيعية لنمو الطفل، وبالتالي يمكن لأي واحد منا أن يتخيل ويتوقع صورة أسرة هذا الطفل بكل ما تعانیه من ضغوط نفسية قاسية فرضتها حالة طفلهم المصاب بهذا الاضطراب الغامض والمزمن، ونظرًا لهذه الظروف الصعبة المعاشة فقد حاولت أسر هؤلاء الأطفال البحث عن وسيلة ما لحل مشاكلهم أو التخفيف منها خاصة فيما يتعلق برعاية الذات، التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ولعل الحل الأمثل هو مشاركة الوالدين مشاركة فعّالة في تدريب طفلهم وتعلّم كيفية التعامل معه بطريقة علمية وصحيحة وذلك بحضور جلسات علاجية و دورات تدريبية متخصصة في مختلف البرامج العلاجية، إضافة إلى ضرورة العمل على نواتهم والقيام بجلسات علاجية مع أخصائيين نفسانيين من أجل صحتهم النفسية وتقبل حالات أطفالهم ثم العمل معهم.

حيث نحاول في دراستنا هاته الانطلاق من حيث توصل الباحثون الأوائل في هذا المجال وسوف نعرض بعض الدراسات السابقة التي تتشابه مع موضوعنا في بعض الجوانب وتختلف عنه في جوانب أخرى.

أولاً. الدراسات السابقة:

نتناول في هذا العنصر مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع بحثنا

1. دراسات جزائرية:

1/ دراسة لـ يحيوي حسينة وشيناز سامية الجزائر (2020) الضغوط النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية الضغوط النفسية والاجتماعية التي تعيشها أسرة الطفل المصاب بطيف التوحد ومدى تأثيرها على صحتهم النفسية ومعرفة إن كان هناك فرق بين الآباء والأمهات في هذين المتغيرين، حيث تكونت عينة الدراسة من 30 أسرة (15 أم و 15 أب) تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مصلحة الطب السيكاتري للأطفال، تم تطبيق مقياس الصحة النفسية لـ Crisp et Sidney ومقياس الضغط النفسي الذي أعده زياد أحمد السرطاوي وعبد العزيز السيد، كانت النتائج كالتالي : عائلات الأطفال المصابين بطيف التوحد يعانون من ضغط عالي وخاصة الأمهات بالمقارنة مع الآباء أما بالنسبة للصحة النفسية فكانت سيئة عند كلا الجنسين خاصة لدى الأمهات مقارنة بالآباء. (يحيوي، شيناز، 2020، ص 503،512).

تعليق: تختلف هذه الدراسة عن دراستنا من حيث الهدف والعينة و الأدوات فكان تركيزها على أسرة الطفل أما نحن فركزنا على الأم، الباحثتان عملتا مع 30 أسرة ونحن مع 6 أمهات إضافة إلى تطبيقنا لمقياس الضغط النفسي لفنستين والقلق لهاملتون.

2/ دراسة لرابح الله أمينة وسليمانى جميلة (2020) التوافق النفسى وإستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى التوافق النفسى لدى أم الطفل التوحدي ومعرفة طبيعة الاستراتيجيات المستعملة لمواجهتها، أجريت الدراسة على عينة بحث قوامها 5 أمهات لأطفال التوحد وذلك بمصلحة طب الأطفال بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالمدينة تتراوح أعمارهن ما بين

(27 و 42 سنة)، تم تطبيق استبيان لجمع المعلومات ومقياس المواجهة Coping ل Paulhan. ومقياس التوافق النفسى لزينب محمد شقير، كما تم استخدام المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة.

بينت نتائج الدراسة وجود مستوى متوسط من التوافق النفسى لدى الأمهات اللواتي تستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكلات على عكس اللواتي تستخدمن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لذلك فإن مستوى توافقهن كان منخفضا. (رابح الله، سليمانى، 2021، ص 31،44).

تعليق: تختلف هذه الدراسة تماما عن دراستنا حيث هدفت للكشف عن مستوى التوافق النفسى للأم والتعرف على أساليب المواجهة ودراستنا هدفت للكشف عن المشكلات التي تعاني منها أم طفل التوحد وتطبيق برنامج علاجي للتخفيف منها، هذه الدراسة اعتمدت المنهج العيادي ونحن اعتمدنا المنهج الشبه تجريبي إضافة إلى المنهج العيادي، وكذلك اختلاف أدوات الدراسة.

3/ دراسة شليحي رابح (2018) الجزائر هدفت الدراسة إلى تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي وأسرته في الجزائر، كما يراها الأولياء والمختصون وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية .

سعى الباحث إلى محاولة تحديد أهم المؤشرات لضبط التكفل في تقديم البرامج والخدمات للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأسره داخل المراكز المتخصصة (المراكز النفسية البيداغوجية التابعة للحكومة أو التابعة لمختلف الجمعيات المتخصصة) في الشرق الجزائري كما يدركها المختصون العاملون بهذه المراكز والجمعيات.

محاولة تحديد أهم المشكلات التي تواجه الطفل التوحدي وأسرتة في الجزائر ومعرفة درجة شيوعها بينهم من وجهة نظر أوليائهم والمختصون العاملون معهم في المراكز والجمعيات المتخصصة.

تكونت عينة الدراسة من 250 منهم 164 ولي أمر بلغ عدد الأمهات 143 أما و 21 أبا و86 مختصا منهم 70 أنثى و16 ذكرا، ولجمع البيانات تم بناء أداتين هما القائمة التقديرية لمشكلات الطفل التوحدي وأسرتة في الجزائر هدفها تحديد المشكلات ودرجة شيوعها، أما الثانية فهي مقياس مؤشرات ضبط الجودة في التكفل بمشكلات الطفل التوحدي وأسرتة وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات الأداتين وقد أشارت النتائج إلى درجة المشكلة وشيوعها وبين مستوى مؤشرات جودة التكفل، كما بينت النتائج أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة على الأداتين تبعا لمتغيرات جنس ولي الطفل وجنس المختص ودرجة الإصابة بالتوحد والمستوى الاقتصادي، الدخل الشهري لأسرة الطفل والتخصص الوظيفي للمختص وخبرته. توصل الباحث إلى أن أكثر المجالات شيوعا لدى التوحديون وأسره من وجهة نظر الأولياء والمختصين هي المشكلات النفسية والصحية ثم تليها المشكلات التربوية والتعليمية وأخيرا المشكلات الأسرية والاجتماعية (شليحي، 2017، ص 135،145).

تعليق: هدف الباحث في دراسته إلى تحديد أهم المشكلات التي تواجه الطفل وأسرتة وكانت دراسة إحصائية، كما قام الباحث ببناء أداتي دراسته أما دراستنا هدفت إلى التعرف على المشكلات التي تعاني منها الأم ووضع برنامج علاجي لمساعدتها والتخفيف من معاناتها مع

اعتماد المنهج الشبه تجريبي والعيادي وتطبيق مقياسي الضغط النفسي والقلق مقياسين جاهزين لباحثين سابقين.

4/ دراسة لـ ياسمين باشا 2016 فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي دراسة حالة، طبق هذا النوع من الإرشاد على حالة واحدة تعاني من ضغوط نفسية ناتجة عن إصابة ابنها باضطراب التوحد، تم اعتماد المنهج التجريبي ووقع الاختيار على التصميم التجريبي للمفحوص الواحد بقياس قبلي وبعدي، كما تم استخدام أداتين لتشخيص الضغوط النفسية وهما المقابلة النصف موجهة ومقياس الضغوط النفسية وقد ارتكز التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي على أسلوب التحصين ضد الضغوط لـ ميشنباوم Meichenbaum وبعدها تم إعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية بعد انتهاء التدخل الإرشادي حيث أسفرت النتائج على انخفاض في مستويات الضغط النفسي في الأعراض النفسية والفيزيولوجية، مشاعر اليأس والإحباط، المشكلات المعرفية والسلوكية للطفل، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل الطفل وعدم القدرة على تحمل الأعباء المادية. وبالتالي فقد خلصت النتائج إلى أن للإرشاد المعرفي السلوكي فعالية في تخفيض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي. (باشا، 2016، ص 315،305).

التعليق: الدراسة تتشابه في جوانب مع دراستنا و تختلف في جوانب أخرى، حيث درست فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي ونحن درسنا أثر العلاج المعرفي السلوكي، الباحثة درست الضغوط النفسية فقط لدى الأم ونحن أخذنا في دراستنا الضغط النفسي والقلق لدى الأم، هي اعتمدت دراسة حالة واحدة فقط أما نحن درسنا ست حالات، استخدمت الباحثة ياسمين المنهج التجريبي أما نحن استخدمنا المنهج الشبه تجريبي زائد المنهج العيادي.

II. دراسات عربية

1/ دراسة لـ سنوسي عياط سعيد رمضان (2020) مصر بعنوان دور العلاج المعرفي

السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتويون وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن.

هدفت الدراسة إلى معرفة دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات

الذاتويون وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن استخدمت الأدوات التالية: مقياس المستوى

الاجتماعي والاقتصادي إعداد عادل السعيد البنا 2010، مقياس ستانفورد بينيه الصورة

الخاصة إعداد محمود السيد أبو النيل 2011، مقياس الطفل التوحدي إعداد عادل عبد الله

2008، ومقياس عادات العقل القائم على خمس عادات للعقل إعداد الباحث ومقياس

التواصل اللفظي للطفل الذاتوي في السن (6-8) سنوات إعداد الباحث والبرنامج المقترح

لاستخدام العلاج السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتويون وأثره في تنمية

التواصل اللفظي لأبنائهن إعداد الباحث، تكونت العينة من 8 أمهات لأطفال الذاتوية يتراوح

أعمارهن (30-35) سنة و 8 أطفال أعمارهم (6-8) سنوات وقد أسفرت النتائج عن

فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتويون وتنمية

التواصل اللفظي لأبنائهن. (سنوسي، 2021، ص 221).

التعليق: الباحث ركز في دراسته على الأم والطفل في نفس الوقت، نلاحظ اختلاف في

العينة وفي أدوات الدراسة، دراستنا ركزت على الأم فقط حيث هدفت إلى اختبار أثر برنامج

علاجي معرفي سلوكي (دراسة عيادية شبه تجريبية تتبعية للحالات).

2/ دراسة لـ مي فتحي السيدالبغدادي و إيمان محمود عبد الحميد العشماوي (2019)

مصر جامعة المجمع / كلية التربية بالمجمعة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي

لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وتألّفت عينة الدراسة 10 أمهات بمدينة المنصورة بجمهورية مصر العربية، وقُسمت العينة إلى مجموعتين بالتساوي تجريبية وضابطة، وذلك باستخدام مقياس الضغوط النفسية إعداد الشخص السرطاوي، 1998 وتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط والذي تألف من 16 جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً، وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة، حيث أشارت إلى وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى 0,01 بين متوسطي رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية، وجود فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى 0,01 بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي والتتبعي. (البغدادي، العشماوي، 2019، ص 1، 34).

التعليق: الدراسة كانت حول بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي واختبار فعاليته لخفض الضغط النفسي لأمهات أطفال التوحد، على غرار دراستنا التي تهدف إلى وضع برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط النفسي والقلق لدى أمهات أطفال التوحد، هذه الدراسة وضعت مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة أما دراستنا اعتمدت مجموعة واحدة فقط بدراسة قبلية وبعدية وتتبعية وكذلك اختلاف في مقياس الضغط النفسي هذه الدراسة استخدمت المقياس للسرطاوي ونحن استخدمنا مقياس الضغط لفرنستين.

3/ دراسة لمريم دمال محمد توام (2018) فلسطين، أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال طيف التوحد.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج إرشادي يستند إلى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد تكونت العينة من 20 أما قسمت إلى مجموعة تجريبية وضابطة باستخدام مقياس الضغوط النفسية للسرطاوي وأعدت الباحثة برنامج إرشادي عقلائي طبق على المجموعة التجريبية وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للمقياس القبلي لمقياس الضغوط النفسية تبعا لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. (دمال، توام، 2018).

التعليق: هدفت هذه الدراسة إلى اختبار أثر برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية للأم وكانت دراسة إحصائية باعتماد مجموعة تجريبية وضابطة، أما دراستنا هدفت إلى اختبار أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد (الضغط النفسي والقلق)، مع اعتماد المنهج الشبه تجريبي والعيادي .

4/ دراسة فتيحة محمد محفوظ باحشوان وسلوى عمر بارشيد (2017) اليمن، قامت الباحثتان بانجاز دراسة بعنوان المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها، وقد طبقت الدراسة على عينة من الأسر في مدينة المكلا باليمن واستهدفت الدراسة التعرف على المشكلات التي تواجه أسر أطفال التوحد والتعرف على دور المؤسسات والجهات الداعمة لهذه الأسر سواء من الناحية التأهيلية أو المادية في مواجهتها وقد استخدمت الدراسة منهج المسح بالعينة حيث اشتملت على 80 أسرة واستخدمت الدراسة أداة الاستبانة للتعرف على المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات التي تتعامل معهم وهل توجد جهات داعمة لهم وقد توصلت الدراسة إلى أهم النتائج تمثلت فيما يلي: عدم وجود توعية لدى المجتمع عن اضطراب التوحد، تواجه أسر أطفال التوحد صعوبة في التعامل مع طفل التوحد، عدم وجود مصادر تمويل لأسر أطفال

التوحد، توجد مراكز للتوحد إلا أنها لا تتوفر فيها الامكانيات والتجهيزات اللازمة لخدمة أطفال التوحد وتأهيلهم، إضافة إلى أن هناك قصورا في السياسات والتشريعات الخاصة بكفالة ورعاية أطفال التوحد. (باحشوان، بارشيد، 2017، ص 374).

التعليق: هذه الدراسة كانت عامة حول المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد، كانت دراسة مسحية أما دراستنا كانت خاصة بالمشكلات التي تعاني منها الأم وكانت حول الضغط النفسي والقلق، دراسة عيادية شبه تجريبية، مع وضع برنامج علاجي واختبار أثره.

5/ دراسة دياب سارة عبد العظيم (2015) بالسودان عنوانها الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين، هدفت الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (النوع، العمر المستوى التعليمي) استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي وتكونت عينة الدراسة من 30 حالة من والدي أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بالخرطوم استندت الباحثة على تقنين المقياس المأخوذ من مقياس الضغوط النفسية من إعداد زينب محمود شقير 2003 وتم تحليل البيانات بواسطة المعالجات الإحصائية توصلت الدراسة إلى أن:

الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع.

توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى والدي أطفال التوحد.

لا توجد فروق بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى والدي أطفال التوحد. (دياب، 2015).

التعليق: الدراسة كانت حول الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الطفل في ضوء المتغيرات المذكورة، مع اعتماد منهج وصفي ارتباطي، كانت معالجة إحصائية

للمعلومات على اختلاف دراستنا التي ركزت على الأم فقط ولم نأخذ تلك المتغيرات بعين الاعتبار واعتماد المنهج العيادي الشبه تجريبي.

6/ دراسة قراقيش (2006) السعودية تحت عنوان الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط .

هدفت الدراسة إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد من ضغوط نفسية لدى والديه، بالإضافة إلى التعرف على احتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال وعلاقة ذلك بمستويات الضغط النفسي وكذلك التعرف على علاقة كل من الضغوط النفسية والاحتياجات ببعض المتغيرات .

عينة الدراسة اشتملت على (514) من أولياء أمور لأطفال التوحد وتخلف عقلي وإعاقة سمعية وإعاقة بصرية.

أدوات الدراسة: استخدام مقياس الضغوط النفسية ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

أسفرت الدراسة عن نتائج تمثلت في : ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة الكلية ارتفاع مستوى الضغوط لدى أولياء أمور أطفال التوحد مقارنة بمستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات الأخرى وكذلك اختلاف حاجة الأسر للدعم باختلاف مستوى الضغط النفسي لديهم. (قراقيش، 2006، ص 209).

التعليق: دراسة الباحث كانت إحصائية حول أولياء أمور أطفال مختلف الإعاقات، هذه الدراسة تختلف عن دراستنا حيث ركزت على الآباء والأمهات لأطفال مختلف الإعاقات أما دراستنا تتمركز حول أم طفل التوحد دراسة عيادية .

7/ دراسة أبو غزالة (2004) الأردن بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين .

هدفت الدراسة إلى تزويد أمهات الأطفال ذوي التوحد باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف تقليل الضغوط النفسية لديهن وتكونت عينة الدراسة من 60 أما، 30 أم لطفل عادي و 30 أم لطفل توحدي وتم تقسيمهن إلى مجموعة تجريبية وضابطة.

أدوات الدراسة: استمارة جمع البيانات واستبانة الضغوط النفسية.

النتائج: أظهرت الدراسة أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج حيث ساعدت تلك الاستراتيجيات على التخفيف من الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين (أبو غزالة، 2004).

التعليق: الفرق بين هذه الدراسة ودراستنا في طبيعة البرنامج المطبق، والهدف مع اعتماد مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة للدراسة ونقطة الاشتراك هي أم طفل التوحد وعنصر الضغط النفسي فقط.

8/ دراسة عبد القادر 1997 بمصر بعنوان: الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، هدفت الدراسة إلى التعرف على نظام الوالدين لدى أسر الأطفال التوحديين وذلك للتعرف على العلاقة بين الضغوط الوالدية بأسر الأطفال التوحديين وأسر الأطفال العاديين وذلك باستخدام مقياس الضغوط الوالدية.

عينة الدراسة تكونت من مجموعتين تجريبية من 40 طفل وطفلة مصابين بالتوحد وأخرى ضابطة 40 طفل وطفلة عاديين يتراوح المدى العمري لهم من (6-12 سنة)

أدوات الدراسة: بيان المستوى الاجتماعي والاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص 1988)، اختبار رسم الرجل جودانف هاوس (تقنين كمال موسى 1993)، مقياس الضغوط الوالدية (إعداد فيولا البيلاوي 1988) ومقياس اختباري خاص بضغوط الحياة.

نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطيه ايجابية دالة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية، وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة بين ثلاث أبعاد من خصائص الطفل التوحدي مع ثلاث أبعاد من خصائص والدية وهي: درجات تدعيم الطفل للوالدين مع الرابطة العاطفية للطفل ودرجات الحالة المزاجية للطفل مع الرابطة العاطفية للطفل ودرجات الإلحاح وكثرة المطالبة مع درجة إحساس الوالدين بقيود الدور، وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة بين خصائص والدي الطفل التوحدي وضغوط الحياة، كما أوضحت أن إجمالي الضغوط الوالدية في أسر الأطفال التوحديين مرتفعة الأمر الذي يتطلب التدخل بالخدمات الوقائية والإرشادية. (عبد القادر، 1997).

التعليق: قام الباحث بدراسة مقارنة بين الضغوط الوالدية للأطفال العاديين ووالدي أطفال التوحد، بالاعتماد على مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، واختلاف أدوات الدراسة، دراستنا حول أمهات أطفال التوحد بتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط النفسي والقلق لست أمهات .

III. الدراسات الأجنبية:

1/ دراسة لـ Seymour et al 2013 التعب والإجهاد واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات أطفال التوحد.

أشارت الدراسة إلى أن الصعوبات السلوكية لدى الطفل التوحد قد تساهم في إرهاق الوالدين والذي بدوره يساهم في تبني الأم استراتيجيات مواجهة غير تكيفية وغير فعالة والتي تزيد من الإجهاد لديها، حيث تناولت هذه الدراسة تأثير التعب لدى الأمهات واستراتيجيات المواجهة على العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والضغط الامومي لدى 65 أما لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين تتراوح أعمارهم بين 2-5 سنوات وأظهرت النتائج أن التعب لدى الأمهات واستراتيجيات المواجهة غير الملائمة تتوسط العلاقة بين الاضطرابات السلوكية للطفل والإجهاد لدى الأمهات. (براجل، 2016، ص 40) .

التعليق: هذه الدراسة ركزت على التعب والإجهاد واستراتيجية المواجهة لدى أمهات أطفال التوحد، اختلاف العينة حيث قدرت ب65 أما من أمهات أطفال التوحد، أما دراستنا حول الضغط النفسي والقلق لدى أم طفل التوحد مع تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي.

2/ دراسة دين وروجر (2012) (Debheen and Rodger) أظهرت أن صدمة وجود طفل اضطراب طيف التوحد على الآباء تجعلهم يشعرون بخيبة أمل وإحباط ورفض واكتئاب وقلق على مستقبل الطفل وهروب من العلاقات الاجتماعية وقد أوضح العديد من الباحثين منهم كليفورد Clifford 2008 وسكير وشاراني أن أمهات أطفال التوحد تعاني من مشاعر سلبية ومتناقضة تجاه أبنائهن ويقعن تحت خطر الإصابة بالمشكلات الصحية والجسمية والنفسية وأكدت تلك الدراسات أهمية تلبية احتياجات تلك الأمهات والمتمثلة في الآتي:

حاجتهن إلى التحدث مع الآخرين عن حالة طفلهن والايجابيات والسلبيات التي يمتلكها ما يقودهن إلى تطوير إجراءات فعالة في تفاعلهن مع أطفالهن.

حاجتهن إلى اكتساب مهارات عديدة في كيفية التعامل مع أبنائهن لإعدادهم للاندماج بشكل فعال في المجتمع.

حاجتهن لمن يقدم لهن الدعم النفسي ويعلمهن مهارات إدارة الضغوط لحل مشكلاتهن المستمرة. (Debheen& Rodager,2012,pp13,23)

التعليق: هذه الدراسة أخذت الآباء محور للدراسة على غرار دراستنا تركز على الأم فقط، كما قامت الدراسة برصد مختلف المشاكل التي يعاني منها الأولياء أما دراستنا تحاول التأكد من مختلف المشكلات النفسية التي تعاني منها الأم ثم أخذ الضغط النفسي والقلق بالدراسة ووضع برنامج علاجي لتخفيف وطأة هذه المشكلات على الأم.

3/ دراسة لـ سينغال Singhال 2010 بأمریکا أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد الضغوط النفسية والاستراتيجيات، هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الضغوط النفسية وأساليب التكيف ومركز الضبط لدى أمهات أطفال التوحد وآبائهم ومقارنتها مع أولياء أمور الأطفال ذوي التطور النمائي الطبيعي حيث ناقشت الدراسة فكرة التحاق الطفل ببرنامج تدخل مبكر وأثره في تخفيض مستويات الضغوط النفسية وزيادة استخدام إستراتيجية حل المشكلات من أجل التكيف بما في ذلك اللجوء إلى الدعم المجتمعي واستخدام مركز الضبط الداخلي لدى الآباء والأمهات، لتحقيق غرض الدراسة اختيرت عينة قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت المجموعة التجريبية من آباء وأمهات لـ 20 طفل مشخص بالتوحد والمجموعة الضابطة كذلك من 20 أب وأم لأطفال لا يوجد لديهم تأخر معرفي أو جسدي أو تعليمي، أدوات الدراسة: طبق برنامج لأسر استمر مدة سنة وقد تكون من وحدات تضمنت معلومات عن اضطراب التوحد، خصائص الأطفال المصابين به، وطرق التدخل العلاجي والتربوي، أشارت النتائج إلى أن أمهات أطفال التوحد وآبائهم لديهم مستويات عالية من الضغوط النفسية ولديهم دعم اجتماعي أقل ومركز ضبط خارجي كما أوضحت النتائج أن كلا الآباء والأمهات يتكيفون بشكل مختلف مع الاضطرابات الانفعالية كما بينت النتائج

فاعلية البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى الوالدين وأكدت على أن وجود برامج تدخل مناسبة يخفض الضغوط النفسية لدى الآباء والأمهات ويزيد استخدام الأهل لأساليب تكيف فعالة. (Singhal, 2010).

التعليق: دراسة الباحث كانت مقارنة بين والدي أطفال التوحد ووالدي الأطفال العاديين، لمجموعة تجريبية وضابطة كما هو موضح آنفاً، ولم تطبق برنامج علاجي، أما دراستنا كانت حول مجموعة واحد فقط دراسة قبلية وبعديّة وتتبعية حول أمهات أطفال التوحد.

4/ دراسة لـ ايسيتيس وآخرون Estes et al 2009 بأمريكا: ضغوط الرعاية الوالدية لدى أمهات أطفال مرحلة المدرسة يعانون من التوحد والتأخر النمائي، هدفت الدراسة إلى مناقشة أثر خصائص الأطفال ذوي التوحد والتأخر النمائي على الضغوط النفسية لدى الأمهات تكونت العينة من 51 أم طفل توحي و22 أم طفل له تأخر نمائي، استخدمت الدراسة مقياس الضغوط الوالدية وبطاقات الملاحظة والمقابلات التشخيصية، أسفرت النتائج على وجود درجات عالية من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مقارنة بالمجموعة الثانية، كما توصلت أيضا الدراسة إلى أن مشاكل الأطفال السلوكية كانت أكثر لدى الأمهات اللواتي تعانين من مستويات عالية من الضغوط النفسية في كلا المجموعتين واقترحت الدراسة توفير برامج إرشادية وتدريبية للأمهات تركز على تعليمهن كيفية التعامل مع سلوكيات أطفالهن وتساعدهن على التخفيف من ضغوطاتهن النفسية.

(Estes et al, 2009, pp 6,21)

التعليق: خصصت الدراسة لأطفال التوحد وأطفال التأخر النمائي في مرحلة التمدرس دراسة مقارنة بين المجموعتين أما دراستنا كانت لمجموعة واحدة فقط بتطبيق برنامج علاجي بعد رصد لمختلف المشكلات التي تعاني منها الأم والتركيز على الضغط النفسي والقلق في الدراسة.

5/ دراسة ديوارت وآخرون (Duarte et al 2005) العوامل المرتبطة بالضغط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

هدفت الدراسة إلى مناقشة عوامل الضغط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد تضمنت العينة أمهات 31 طفلا توحديا و31 طفلا لا يعانون التوحد، تم استخدام الاستبانة والمقابلات الشخصية كأدوات للدراسة.

نتائج الدراسة أظهرت أن وجود الضغط لدى الأمهات كان مرتبطا بوجود طفل توحدى بالدرجة الأولى كما كانت الضغط أعلى لدى الأمهات الأكبر سنا والأمهات اللواتي أظهرن ضعفا في التعبير عن مشاعرهن واللواتي لديهن أطفال صغار بالسن وقد أوصت الدراسة بضرورة وجود برامج لتخفيف الضغط لدى أولئك الأمهات. (Duarte et al,2005,pp)

(416,427)

التعليق: ناقشت هذه الدراسة عوامل الضغط لدى الأمهات مع اختلاف العينة و أدوات الدراسة، دراستنا لا تبحث في عوامل الضغط بل تضع برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من الضغط النفسية والقلق.

6/ دراسة ستاسي (Stacey 2004) أمريكا، العلاقة بين السلوكيات الظاهرة لدى الأطفال ذوي التوحد والضغط المتعلقة بالأم.

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وبعض الضغط التي تتعرض لها الأم من جراء هذه السلوكيات وخاصة القلق.

عينة الدراسة تكونت من 60 أما لديها طفل توحدى.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس السلوك التكيفي ومقياس تقدير الذات للأمهات

نتائج الدراسة: أشارت إلى ثلثي المشاركات لديهن قلق مرتفع بشكل واضح كما أظهرت أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية تفسر وتعلل حسب الاختلاف في قلق الأم أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم. (Stacey,2004, pp 20,30)

التعليق: هذه الدراسة كانت دراسة إحصائية حول العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط المتعلقة بالأم، تختلف عن دراستنا من حيث الهدف، المنهج، أدوات الدراسة، العينة. وتتشابه مع دراستنا في أم طفل التوحد.

أ:تعقيب على الدراسات السابقة :

تتوعدت الدراسات السابقة من حيث موضوع الدراسة وهي ترتبط بشكل أو بآخر مع موضوع الدراسة الحالية سواء تعلقت باضطراب طيف التوحد أو أم طفل طيف التوحد أو بعض المشكلات كالضغط النفسي أو البرامج العلاجية والتدريبية، ولكل دراسة سماتها الخاصة، هناك تنوع من حيث المنهج المتبع في الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة وذلك وفقا لطبيعة كل دراسة وأهدافها. يمكننا القول بأن نتائج البحوث تؤكد ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد، أسر أطفال التوحد أكثر عرضة للضغوط النفسية من الأسر ذوي الأطفال العاديين، كما أكدت الدراسات ضرورة وضع برامج إرشادية وعلاجية لإدارة الضغوط النفسية لدى آباء أطفال طيف التوحد.

يتضح من خلال عرض هذه الدراسات أن كل الدراسات التي تناولت الضغط النفسي سواء لوالدي أو لأمهات أطفال طيف التوحد أكدت أن مستوى الضغط النفسي مرتفع لدى الأمهات مقارنة بالآباء وكذلك مرتفع لدى أم طفل طيف التوحد مقارنة بباقي الاضطرابات، أيضا وجود طفل طيف التوحد يؤدي إلى ارتفاع الضغط النفسي للأسرة بصفة عامة وللأم بصفة خاصة، وقد أثبتت الدراسات التالية ذلك دراسة يحيياوي حسينة وشيناز سامية 2020، سيمور 2013، سيغال 2010، ستاسي 2004، ديوارت وآخرون 2005.

كما أوضحت بعض الدراسات منها دبن ورودر 2012 أن وجود طفل طيف التوحد هو صدمة تجعل الآباء يشعرون بخيبة أمل وإحباط ورفض وقلق على المستقبل وأن الأمهات معرضات للإصابة بمشكلات نفسية وجسمية.

أما فيما يخص الدراسات التي طبقت برامج معرفية سلوكية إرشادية وعلاجية كلها توصلت إلى أن البرامج أدت إلى التخفيف من الضغط النفسي للأمهات مثل دراسة سنوسي عياط 2020، مي فتحي السيد البغدادي 2019، مريم دمال محمد توام 2018، ياسمين باشا 2016، أبو غزالة 2004.

ب:موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على دراسة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وتصميم برامج لخفض الضغط، إضافة إلى تشابه في استخدام المنهج التجريبي المناسب لطبيعة الدراسة بينما تميزت دراستنا باستخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي ومعرفة أثره على الضغط النفسي والقلق لأمهات أطفال التوحد وهذا ما لم نجده في الدراسات السابقة المذكورة إذ ركزت تلك الدراسات على الضغط النفسي فقط.

ج: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية:

الاطلاع على الجوانب التي تم التركيز عليها في هذه الدراسات وعلى مصادر الضغوط والاضطرابات النفسية لدى أمهات أطفال طيف التوحد.

المنهجية العلمية المستخدمة في مختلف الدراسات ودورها في صياغة مشكلة الدراسة وكذلك الفروض ومعالجة النتائج.

مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة.

الملاحظ أن الدراسات سألقة الذكر قدمت برامج إرشادية وركزت على عنصر الضغط النفسي على خلاف دراستنا التي ستقدم برنامجا علاجيا لأمهات أطفال طيف التوحد وستضيف عنصر القلق إلى الضغط النفسي.

وبناء على الاطلاع على بعض الدراسات السابقة وأدبيات البحث ارتأينا الانطلاق من إشكالية أساسية مفادها مايلي:

1. الإشكالية:

هل بإمكان العلاج المعرفي السلوكي أن يخفف من بعض المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال طيف التوحد؟

التساؤلات الفرعية:

- ما هي أبرز المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد؟
- ما هي أهم المشاكل التي تواجه أم طفل التوحد والتي تزيد من اضطرابها النفسي؟
- هل وجود طفل التوحد يزيد من القلق والضغط النفسي لدى الأم؟

2. الفرضية الرئيسية:

يؤدي العلاج المعرفي السلوكي إلى التخفيف من بعض المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال طيف التوحد.

الفرضيات الفرعية:

- من بين أبرز المشكلات النفسية عند أم طفل طيف التوحد مايلي: القلق، الضغط النفسي، العدوانية، الإحباط، الإنهاك النفسي، والاكتئاب.
- من بين أهم المشاكل التي تواجه أم طفل طيف التوحد والتي تزيد من اضطرابها النفسي: قلة الدعم النفسي للأم، الضغوط العائلية والمجتمع.

➤ وجود طفل التوحد يزيد من القلق والضغط النفسي لدى الأم.

3. مفاهيم الدراسة:

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي: هو اتجاه علاجي حديث نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي والسلوكي، يعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً ويعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب. (عادل، 1999، ص 17)

نعرف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أنه مجموعة أساليب وإجراءات قائمة على استخدام فنيات معرفية وسلوكية بهدف خفض الضغط النفسي والقلق لدى أمهات أطفال التوحد.

ثانياً: اضطراب طيف التوحد: هو إعاقة نمائية شاملة تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة وهي ذات تأثير كلي على جوانب نمو الطفل العقلية، الاجتماعية، النفسية، الحركية، الحسية وقد أوردت الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية التي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطراب طيف التوحد: الاضطرابات العقلية، اضطرابات التواصل، ضعف الانتباه والنشاط الزائد، صعوبات التعلم والاضطرابات الحركية. (American Psychiatric Association, 2013)

التوحد هو اضطراب نمائي يصيب الأطفال خلال السنوات الأولى من العمر، ويستمر معه طيلة حياته حيث تظهر أعراض الاضطراب على الطفل قبل الثلاث سنوات الأولى ومن بين هذه الأعراض ما يلي: اضطراب اللغة والتواصل، العزلة، اضطراب السلوك، اضطراب

الأكل، اضطراب النوم، السلوكيات النمطية المتكررة،...الخ، علما أن هذا الأخير مجهول الأسباب الحقيقية لحدوثه.

ثالثا: المشكلات النفسية: هي تلك المشكلات التي تظهر لدى الفرد مثل مشاعر القلق، الاكتئاب، الحزن، الحساسية الزائدة والغضب لأسباب بسيطة أو التعبير عن الغضب بالاعتداء على الآخرين والشعور بالخجل وضعف الثقة بالذات وتدني مفهوم الذات والمخاوف المرضية مثل الخوف من التحدث مع الآخرين والتردد وصعوبة اتخاذ القرارات. (العصيمي، 2017، ص 15).

نقصد بالمشكلات النفسية في بحثنا هذا بالمشكلات التي تعاني منها أم طفل التوحد والتي تؤثر عليها سلبا، بحيث تظهر هذه المشكلات وتزداد تعقيدا بعد وجود هذا الطفل، وتؤثر على مختلف جوانب الحياة، ويمكن أن تتمثل هذه المشكلات في كل من: القلق، الضغط النفسي، العدوانية، الإحباط والإنهاك النفسي والاكتئاب.

رابعا: أمهات أطفال طيف التوحد : هن الأمهات اللواتي تعاني من مشاكل نفسية عديدة كالقلق، الضغط النفسي، الإحباط، الإنهاك النفسي...الخ جراء إصابة أطفالهن باضطراب طيف التوحد.

4. الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال طيف التوحد.

تبصير الأم بأفكارها الخاطئة والمشوهة، ومحاولة مساعدتها على تغيير معتقداتها المختلفة وظيفيا والتي تعرضها للقلق والضغط النفسي.

ويتناول التغيير الذي يتضمن عددا من الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية حيث يقوم التغيير المعرفي بإثارة التغيير السلوكي بما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الأم.

5. دوافع وأسباب الدراسة:

الاهتمام بأم طفل التوحد وجعلها محور الدراسة نظرا لما تعانيه من ضغوط نفسية دون طلبها للعلاج أو التكفل النفسي بها، فهي تسخر كل طاقتها لعلاج طفلها.

طفل طيف التوحد الذي لا يستجيب لدعوات الأم فإنه سيؤدي إلى مشاعر الإحباط وعدم تمكن الأم من إشباع رغباتها الأمومية فتجد نفسها محبطة أمام لامبالاة الطفل وعدم الرد على مبادراتها ورفض التواصل معها حتى كلمة ماما محرومة منها وهذا ما دفعنا إلى اختيار الأم للبحث معها ومحاولة مساعدتها للتخفيف عنها، والسعي لمعرفة أهم المشاكل النفسية التي تعاني منها أم طفل طيف التوحد.

إتاحة الفرصة لأم طفل التوحد للتنفيس عن عواطفها ومشاعرها وإخراج مكبوتاتها من خلال جلسات البرنامج العلاجي .

6. أهمية موضوع الدراسة:

أما عن أهمية تناول هذا الاضطراب بالدراسة هو السعي وراء الفهم، فإن أهمية دراسة اضطراب طيف التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته، مع وجود فارق مهم هو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما المضطرب (التوحد) يثبت عندها!.

بالإضافة إلى محاولة رصد أبرز المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد ومحاولة تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بفتياته المختلفة مع الأم ومعرفة مدى أثره في ذلك.

تم اختيار العمل مع الأمهات لأن الأم هي الشخص البارز في الأسرة التي تتحمل كامل الأعباء والمشقة وتسعى جاهدة لعلاج ابنها، فهي التي تتحمل الجزء الأكبر من المسؤولية للأسرة ككل دون أن تفكر بأنها بحاجة إلى علاج نفسي فهي تركز كل وقتها وجهدها لطفلها وبالتالي فهي أولى بالعلاج النفسي.

7. أصالة البحث:

تتمثل أصالة هذا البحث في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بفنائه المختلفة مع أمهات أطفال التوحد، حيث سنحاول في البداية رصد مختلف المشكلات التي تعاني أمهات هؤلاء الأطفال ثم معرفة تكرار هذه المشكلات والأعراض المصاحبة لها وأثرها على الصحة الجسمية للأم، وبعدها سيتم بإذن الله تعالى تحديد أهم المشكلات النفسية التي تعتبر عائق بالنسبة للحياة الشخصية للأم ونأخذها محور اهتمام في الدراسة ثم سيتم وضع برنامج مخطط ومدروس وفق منهجية علمية ويتم تطبيقه مع الأم من أجل التخفيف من معاناتها النفسية.

لو تمعنا جيدا في موضوع بحثنا لوجدنا أن طفل التوحد له أثر كبير في إصابة أمه بمختلف المشاكل النفسية والأمراض الجسدية فلماذا؟ وماهو اضطراب التوحد؟ هذا ماسنتطرق له في الفصل الموالي .

الفصل الثاني اضطراب التوحد:

تمهيد

1. نبذة مختصرة عن استخدام مصطلح التوحد
2. تعريفات التوحد
3. أسباب اضطراب طيف التوحد
4. صعوبات اضطراب طيف التوحد
5. تشخيص اضطراب طيف التوحد
6. ترميز الاضطراب حسب CIM10
7. الأعراض المميزة لاضطراب طيف التوحد
8. أنماط اضطراب طيف التوحد
9. خصائص أطفال طيف التوحد
10. علامات عيادية أخرى
11. علاج اضطراب طيف التوحد.

خلاصة

تمهيد

يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات النمائية التي شغلت العلماء والباحثين في مختلف المجالات آمليين في معرفة سببه وعلاجه لكن دون جدوى، وتبقى مختلف الأسباب المذكورة في الدراسات العلمية مجرد افتراضات علمية تحتاج إلى المزيد من البحث والتعمق؛ التوحد هذا الاضطراب الغامض الذي أصبحنا عاجزين أمامه حيث نجد في الوقت الذي يجتمع فيه الأطفال على لعبة معينة يبتعد الطفل التوحدي عنهم ويبقى في عالمه الخاص منشغلا بذاته و بسلوكاته الغريبة ! فما هو هذا الاضطراب ؟ هذا ما نرغب في الإجابة عنه من خلال هذا الفصل.

1. نبذة مختصرة عن استخدام مصطلح التوحد

لفظ التوحد أطلق لأول مرة من طرف العالم إميل بلولر Emile Bleuler سنة 1911 ليشير إلى صعوبات التواصل والتفاعل مع الغير وذلك عند بعض حالات الفصام.

(Ould-Taleb,2012,p107)

ومنذ عام 1943 قام ليو كانر kannerLeo بوصفه بـ: "التوحد الطفولي" واسبرجر HansAsperger عام 1944 وصفه "بالمريض التوحدي" لقد شَخَّص كل من كانر واسبرجر التوحد على أنه اضطراب نمائي مختلف ومتفرد بشكل ملحوظ ". (الامام والجوالده، 2010، ص 19)

كما أن التوحد يؤثر على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل. (مجدي، 2010، ص 324)

مع العلم أنه يحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية، وحسب معلوماتنا لم تكتشف حتى الآن عوامل سيكولوجية أو بيئية مسببة للإصابة بالتوحد .

2. تعريفات التوحد:

أولاً: حسب بعض الباحثين : اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اضطراب التوحد فالبعض يطلق عليه (التوحد) والبعض يسميه (أوتيزم) وآخرون يسمونه الذاتوية (الذاتوية الطفلية) ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مراحل العمرية المبكرة والتي تختلف كثيراً عن الإعاقة الذهنية المعروفة وأن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب (أوتيزم) كان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة شأنه شأن مصطلح الهستيريا حيث شاع استخدامه كما هو وظل للآن يعبر عن زملة من الأعراض المرضية النفسية والحركية واتفق عليها الجميع إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الاضطراب النمائي الطفولي، حيث بدأ لبعض الباحثين أنه نوع من انشغال الطفل بذاته فسموه (الذاتوية الطفلية) وبدأ للبعض الآخر أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه (توحد) أو " الاجترارية " أو " التكرارية ". وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ويصاحب ذلك نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، فيصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية ويصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي متغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص به. (الشرقاوي، 2018، ص 71،72)

يقصد بمصطلح الأوتيزم انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص به من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات واعتقد أن إعاقة الأوتيزم هي الخاصية

الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفي زملة كانر (إجترارية طفولية مبكرة) والشخص الأوتيزم ذو شخصية مغلقة، وهو ملتفت إلى داخله منشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير في الخيال.

(خليفة ووهدان، 2014، ص 9)

يؤكد عثمان لبيب فراج (2002) أن اضطراب التوحد يعتبر من أشد وأعقد الإعاقات التي تصيب الأطفال قبل عمر الثلاث سنوات، حيث يمثل الاضطراب إحدى الاضطرابات المعوقة للنمو الارتقائي على نحو يشمل خلا وقصورا في الإدراك الحسي واللغة والاستجابة للمثيرات البيئية مما يؤدي إلى خلل واضح في التواصل مع الآخرين. (فرج، 2002، ص 78)

وترى آن كي Ann K (2002) أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي يصيب الطفل طول حياته ويمكن وصفه من خلال مثلث الضعف المتمثل في:

- صعوبة في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- محدودية في الأنشطة والاهتمامات ونقص في القدرة على التخيل. (Ann,2000, p)

(109)

أماليو كانر **Leo Kanner**: فيعرف كانر التوحد على أنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، إضافة إلى وصفه أن لهم اضطرابات لغوية حادة.

كما يرى كريك **krek**: بأنه حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك وضعف الدافعية كما لديه خلل في تطور

الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية، ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها، وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي وضعف القدرة على التخيل ومقاومة التغيرات في بيئته.

وقد حدد روتر Rutter : ثلاث خصائص رئيسية للتوحد وهي: إعاقة في العلاقات الاجتماعية، نمو لغوي متأخر أو منحرف، سلوك طقوسي أو استحواذي أو الإصرار على التماثل. (العيادي، 2006، ص 13، 14)

ثانياً: اضطراب التوحد حسب قاموس علم النفس: هو انطواء مفرط على الذات، منفصل عن الواقع وتعزيز الحياة التخيلية. (Sillamy,2003,p31)

التوحد حسب القاموس هو الانسحاب الموهوس على نفسه ، أحد أعراض الفصام. (Larousse,1972,p84)

3. أسباب اضطراب طيف التوحد:

إن المشكلة الكبرى في موضوع التوحد هي أننا لا نزال نبحث عن الأسباب الحقيقية وراء هذا الاضطراب إذ لا توجد أسباب محددة أو سبب واضح يمكن تعميمه على جميع الأطفال، حيث أن الغموض لا يزال يكتنف الكثير من جوانب الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب ولا يزال البحث العلمي يسير على خطى حيثية في محاولة استقصاء الأسباب الحقيقية له وعليه يمكن إيضاح اجتهادات الباحثين في هذه النقطة إلى ما يلي:

أولاً: الأسباب التقليدية والأسباب الحديثة:

التفسيرات التقليدية كانت مقبولة لمعظم الباحثين لفترات زمنية سابقة إلا أنها الآن لم تعد محل قبول معظم الباحثين، أما التفسيرات الحديثة فهي لا تزال تحت الدراسة يحاول كل منها إمطة اللثام عن هذا اللغز الكبير.

أ: التفسيرات التقليدية:

كان يعتقد أن فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يظهرها الأطفال الذين يعانون من التوحد أنها دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه ولذلك فقد استخدمت مصطلحات وتسميات للدلالة على هذا الاضطراب الانفعالي الشديد، النقص في نمو الأنا، فصام الطفولة وغيرها وبناءا عليه فإن والدي الأطفال التوحديون كانوا يلامون على أنهم السبب الأساسي لاضطراب أبنائهم ووصفت نتائج الدراسات التي تبنت تلك الواجهة من النظر أن أمهات هؤلاء الأطفال عواطفهن جامدة وأنهن أمهات لا يغذين أطفالهن ووصفت الآباء بأنهم متشددون وكنتيجة مترتبة على هذه النظرة فإن البحوث قد توجهت لدراسة صفات وخصائص أطفال التوحد وذلك من أجل ربط مثل هذه الخصائص بوجود التوحد. (سليمان، 2000، ص 10)

معنى هذا أن تلك الواجهة من النظر في تفسير أسباب التوحد قد تأثرت بآراء نظرية التحليل النفسي، هذه الواجهة من النظر ترجع أسباب التوحد لظروف عائلية تتمثل في ثلاث جوانب: ضعف علاقة التواصل بين الأم والطفل فشل الأم في أن تكون مصدر إثارة كافي ومشبع لعواطف الطفل ورفض متبادل لهذه العلاقة إلا أنه لا يوجد ما يؤيد هذا التصور إذ يوجد أطفال أصحاء لدى العائلة نفسها. (العسكر، 2011، ص 71، 72)

ب: **التفسيرات الحديثة:** تتعدد التفسيرات الحديثة لأسباب التوحد ويمكن تصنيفها في 05 أنواع كالتالي:

ج: تفسيرات تتعلق بالمخ والنشاط العصبي:

خرج الباحثون من مركز دراسة أمخاخ مرضى التوحد في جامعة تيوجيرسي بأمريكا بالعديد من النتائج منها: أن سبب مرض التوحد قد يكون صدمة لأنسجة المخ أو أسباب بيئية تؤدي أنسجة المخ، وكذلك وجدت تشويهاً في الناقلات العصبية، وقد لاحظ

الباحثون أن حجم مخ مرضى التوحد أكبر من الطفل العادي رغم أن الفصين الجداريين المسؤولين عن الحركة والتوجه والتعرف وإدراك المنبهات العصبية أصغر حجما من الطفل العادي كذلك تبين أن مخ مرضى التوحد أثقل وزنا من الطفل العادي رغم أن منطقة اللوزة ومراكز الذاكرة أصغر حجما مما هي عليه لدى الأسوياء، كذلك يتبين أن مخ الطفل التوحدي لا يستطيع التعامل مع المعلومات المتاحة أمامه من أجهزة الجسم المختلفة بشكل عادي ولا يستطيع التنسيق بينها، فتضخم حجم المخ يجعله يتعامل مع كم كبير من الإشارات العصبية التي لا يستطيع التحكم فيها نظرا لأن عددها أكبر من قدرته تماما كما يحدث لشبكة الهاتف المحمول عندما يكون الاتصالات أكبر من إمكانياتها فتتفصل الشبكة ولا تجرى أية مكالمات.

د: التفسيرات البيوكيميائية:

خلصت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط قوي بين بعض حالات التوحد والتغير في كيمياء الدم وذلك بعد أن تم عمل فحوصات وصور للدم وأيضا للناقلات العصبية لأطفال التوحد، كما اتضح أن لديهم نسبة عالية من تلك المواد الكيميائية، الناقلات العصبية لا تعمل بشكل صحيح وخاصة مادتي السيروتونين والدوبامين وهما من الناقلات العصبية المهمة حيث يتحكمان في العديد من الوظائف والعمليات والسلوكيات بما فيها إفراز الهرمونات، النوم والشهية، حرارة الجسم، اعتدال المزاج ونقل المعلومات في الجسم.

ه: خلل في جهاز المناعة وسهولة الإصابة بالفيروسات:

ثمة العديد من الدلائل على أن أطفال التوحد يعانون من خلل في وظائف جهاز المناعة وأن الاستعمال المبكر للمضادات الحيوية قد يكون العامل المثير للتوحد عند الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، ويكون هذا الضعف في الجهاز المناعي أوضح ما يكون في الخلايا المناعية المحيطة بالأمعاء والجهاز الهضمي، وهو ما يؤدي إلى مشكلات مناعية

كبيرة، إذ يعاني الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين من حالة تعرف بمرض الالتهاب المعوي، توصف بالتهاب الجهاز الهضمي والمعدة والمريء، وكذلك يشيع لدى أطفال التوحد فرط النماء البكتيري والجراثيم، إضافة إلى البكتيريا المسببة للكثير من الأمراض ويتعرض المصابين بالتوحد إلى الحساسية الناتجة عن كثير من الأغذية وهي حساسية ناتجة عن الضرر الذي يصيب الجدار المبطن للأمعاء وجهاز المناعة.

إن ما لدى أغلب مرضى التوحد من اختلالات في جهاز المناعة يجعلهم عرضة للمرض لأسباب عدة لذا يقول بعض الباحثين أن إصابة الأم بنوع من الفيروسات أثناء الحمل سوف يتعدى أثره إلى الجنين مؤدياً لإصابته بالتوحد وأن هناك الكثير من المؤشرات التي تدعم فرضية وجود علاقة متشابكة بين جهاز المناعة والجهاز الهضمي والجهاز العصبي وأن تلك العلاقة المتشابكة تسبب أعراض مرض التوحد.

و: تلوث البيئة:

ثمة مؤشرات على أنصور التلوثمتعددة مثل التلوث الكيمائي(كالرصاص والمعادن السامة) والتلوث الإشعاعي سواء الطبيعي أو الصناعي أو التلوث نتيجة التدخين، الإدمان أو التعرض للمبيدات الحشرية تؤثر بشدة على المخ والجهاز العصبي وقد تحدث الإصابة بمرض التوحد، كذلك فمن الممكن أن تنتقل المعادن الثقيلة السامة الموجودة في السجائر والزئبق وغيرها من الأم إلى الجنين أثناء الحمل ولا يشترط أن يكون كميات تلك المعادن كبيرة حيث أن الطفل المعرض للإصابة بالتوحد يكون لديه تشوه جيني أصلاً يمنع من التخلص من تلك المواد مهما كان مقدارها ضئيلاً، ولعل توصل بعض الباحثين إلى أن أعراض التوحد تتشابه بنسبة 90% مع أعراض التسمم الزئبقي تدعم افتراض إمكانية وجود علاقة سببية بدرجة أو بأخرى بين تلوث البيئة والإصابة بالتوحد. (العسكر، 2011، ص

4. صعوبات اضطراب التوحد:

تشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد التوحديين يواجهون صعوبات عديدة في جوانب تواصلهم مع الآخرين داخل المنزل والمدرسة وكذلك في المجتمع المحيط بهم، وتتلخص تلك الصعوبات في النواحي الأساسية التي تتأثر فعليا ويطلق عليها الثالث أو الاضطرابات الثلاثية وهي:

أولاً: التفاعل الاجتماعي: حيث يجد هؤلاء الأشخاص صعوبة في بدء أو استمرار علاقة اجتماعية وعندما يقومون بذلك فإن علاقاتهم تكون ضعيفة وخالية من (الروح) التي تميز العلاقات الإنسانية.

ثانياً: التواصل الاجتماعي: حيث يكون لديهم صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، فهم يجدون صعوبة في فهم دور اللغة كوسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر وطلب الاحتياجات، وإذا تكونت لديهم مهارات لغوية فإنهم غالباً ما يستخدمونها بطريقة ناقصة فمثلاً يجد الكثير منهم صعوبة في فهم أي معنى للكلام ويجدون كذلك صعوبة في فهم تعابير الوجه أو نبرات الصوت.

ثالثاً: اللعب التخيلي: حيث يجدون صعوبة في تطوير مهارات اللعب التخيلي الضرورية للتعلم وفهم الحياة، ولذا تكون معظم نشاطاتهم أو ألعابهم نمطية ومكررة وغالباً ما يهتمون بتفاصيل جانبية للأشياء وغير هامة أكثر من فهمهم للصورة المتكاملة لشيء ما أو نشاط أو لعبة، وتصاحب هذه الاضطرابات الأساسية عدداً من السلوكيات النمطية والتي تختلف في الحدة والشكل من شخص لآخر، لكنها لا تظهر جميعها لدى نفس الشخص. (الجلامة، 2016، ص 14)

5. تشخيص اضطراب طيف التوحد:

التشخيص هو العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر، وأدوات التشخيص مازالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصا في الوقت المبكر، هنا لابد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع فهناك أسباب متعددة لذلك، ولكن لابد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

مهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن الثقافة العلمية عن التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة وكانت هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص، وهنا لابد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة خصوصا في المراحل الأولى ولوجود اختلافات في الأعراض، ويجب أخذ التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات.

يعتبر التقييم والتشخيص العمليتين الأساسيتين للتعرف على اضطراب التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر المناسب.

حيث يمكن القول بأن التشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة، المقابلة، دراسة الحالة، الملاحظة، السجل المدرسي، الظروف العائلية والسجل الطبي والتقييم العصبي، ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة.

إن تشخيص التوحد يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة، أي لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوكه ولمهارات التواصل لديه مقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور، لكن مما يزيد صعوبة التشخيص أن كثيراً من سلوك الطفل التوحدي يوجد في اضطرابات أخرى ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات. (الجلامدة، 2016، ص 54)

أ. محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير و المحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات التوحد، ومن أقدم وأول هذه المعايير التي وضعها ليو كانر LeoKanner وكررها في كتاباته وهي كالتالي:

- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل، الملابس، ترتيب الأثاث وروتين الحياة اليومية.
- يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالناس جميعاً ومنهم أبويه وإخوته.
- عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.
- عدم ظهور الهلوسات والهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.

- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تدل على قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة حتى لو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها. (القمش، 2011، ص 104، 105)

ب. التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 :

لقد لجأ DSM5 إلى استخدام تسمية تشخيصية موحدة تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو " اضطراب طيف التوحد " حيث يتضمن هذا المسمى كلا من : اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة واضطراب التفكك الطفولي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة 4 المعدلة من DSM حيث تم تجميعها في فئة واحد دون الفصل بينها، كما تضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة ودرجة الذكاء لدى أفرادها لذا فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصه وفيما يلي عرض المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

ج. المعايير التشخيصية:

(A) العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات

المختلفة لا يحسب بسبب تأخر النمو العامة ويظهر ثلاثة أعراض:

A1 العجز في التعامل العاطفي والاجتماعي؛ بدءا من نهج اجتماعي غير طبيعي وفشل

في المحادثات من خلال تقاسم الاهتمامات والعواطف، نقص تام في بدء التفاعل

الاجتماعي.

A2 العجز في السلوك التواصلي غير اللفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي بدءا من ضعف الاتصال اللفظي وغير اللفظي من خلال تشوهات في الاتصال بالعين ولغة الجسد، عجز في فهم واستخدام التواصل غير اللفظي وصولا إلى انعدام وجود تعبيرات الوجه والإيماءات.

A3 عجز في تطوير والحفاظ على العلاقات المناسبة للمستوى النمائي بدءا من صعوبات السلوك التكيفي المناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وفي تكوين صداقات وصولا إلى غياب واضح للاهتمام بالأشخاص.

(B) أنماط محددة ومتكررة من السلوك، الاهتمامات والأنشطة ويظهر 2 من 4 من الأعراض التالية:

B1 النمطية والتكرار، ترتيب الألعاب ووصفها، تقليد الأشياء، الصدى اللفظي، فتح وغلق الأبواب، فتح وغلق الأضواء.

B2 التقيد المفرط بالروتين، أنماط طقوسية من السلوك اللفظي وغير اللفظي، المقاومة المفرطة للتغيير (مثل الطقوس الحركية، الإصرار على نفس الطريق أو الطعام و الأسئلة المتكررة، الضائقة الشديدة من تغييرات صغيرة).

B3 تقيد تام، اهتمامات مثبتة غير طبيعية في الشدة والتركيز (الانشغال بالأشياء غير العادية والمحددة بشكل مفرط أو المثابرة المفرطة).

B4 فرط أو تدني التفاعل الحسي المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية بالجوانب الحسية للبيئة مثل: اللامبالاة لظاهرة الألم، الحرارة، البرد والاستجابات السلبية لأصوات محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار بالأضواء)

(C) يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محددة.

(D) تحد هذه الأعراض من الأداء اليومي.

(E) هذه الاضطرابات لا تفسر بشكل أفضل من قبل الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو

الذهني) أو التأخر النمائي العام، الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان

معاً في كثير من الأحيان ولوضع التشخيصات المرضية المشتركة بين اضطراب

طيف التوحد والإعاقة الذهنية يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع

للمستوى التطوري العام. (American Psychiatric Association,2013,pp

50-51)

د. أهداف التشخيص:

" يعد تشخيص التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهونها المختصون والأهل لأن

تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليهم لأنه لا توجد

علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم أن يكون

هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب بالتوحد". (الكيكي، 2010، ص

76)

يعتبر التشخيص المرحلة الأكثر أهمية في تحديد حالة الطفل و تقرير فيما إذا كان

يعاني من التوحد أم لا هذا بالإضافة إلى اعتماد أنواع الخدمات المرشح الطفل تلقيها، وعلى

نحو عام فإن أهداف التشخيص تتمثل فيما يلي:

- وضع أهداف علاجية.
- تحديد كثافة العلاج والمجالات التي يحققها العلاج.
- توفير للأسرة معلومات حول التغيرات النمائية المتوقعة بسبب طبيعة الاضطراب.

• التشخيص يساعد الأخصائي على مناقشة خصائص التوحد غير الموجودة في القياس.

• التشخيص يساعد في تقرير التطور في الاضطراب والعلاج.

• وضع فرضيات حول طبيعة الاضطراب وتحديد طرق العلاج المناسبة. (الزريقات،

2010، ص 180)

6. ترميز الاضطراب حسب CIM10:

الاضطرابات المجتاحة للنمو (F84) .

التوحد الطفولي (F84.0).

التوحد الشاذ (F84.1).

زملة ريت (F84.2). (Organisation Mondial de la Santé, 2009, p 277)

7. الأعراض المميزة لاضطراب طيف التوحد:

أولاً: لقد صنف كانرعام 1943 الأعراض الرئيسية للتوحد والتي مازالت مستخدمة لحد

الآن في التشخيص وهي مايلي:

• بداية ظهور المشكلة تكون في أول سنتين من العمر وقد امتدت هذه الفترة إلى سنتين

ونصف.

• العزلة والانطوائية.

• اضطراب الكلام.

ثانياً: الميل الاستحواذي للذاتية:

هو سلوك متكرر يطبقه الطفل بشكل نمطي، مع وجود دليل على القلق عند أي تغيير في البيئة مثال: يفضل الطفل نفس الطعام بشكل متكرر، يصر على ارتداء نفس الملابس أو الاندماج في ألعاب متكررة وهم عادة مولعون بالألعاب اللولبية.

ثالثا: السلوك الحركي الشاذ:

غالبا ما نجد الطفل التوحدي يندمج في سلوك حركي شاذ مثل الدوران في دوائر حول نقطة واحدة أو العبث بأصابعه بشكل متكرر، أو التصفيق بيديه أو التآرجح بينما يوجد منهم أطفال لا يختلفون في السلوك الحركي عن الأطفال الطبيعيين، والسلوك الحركي الشاذ يعبر عن حركات يميل فيها الطفل إلى التكرار كأنه تحت تأثير تنويم مغناطيسي.

زيادة نشاط بعض الحواس: قد يتميز طفل التوحد بالنشاط الزائد لبعض الحواس، مثل زيادة حاسة السمع أو الشم أو التذوق أو اللمس أو الرؤية.

رابعا: زيادة حاسة السمع:

هؤلاء الأطفال تبدو لديهم الأصوات أكثر ارتفاعا وضجيجا أكثر مما يبدو لنا، وبسبب هذه الزيادة في حاسة السمع والتي تبدو أنها حساسية الأصوات العالية، فالطفل يعيش في وسط يراه محيرا ومهددا أحيانا بالنسبة له إنه ينزعج من الأصوات التي نتكلم بها فهو لا يسمع أصواتنا فقط وإنما أيضا الحوار الذي يدور في الغرفة المجاورة، كلما زادت حركة المرور في الخارج كلما زادت هذه الأصوات زادت الاضطرابات لديه بأشكال مختلفة.

خامسا: الرؤية الزائدة:

إن مجال الرؤية لديهم يكون إما عالي (زائد) أو مشوش وهؤلاء الأطفال يميلون إلى عدم النظر بصورة مباشرة إلى الأشياء، ولا يقومون بأي اتصال بصري مع شخص آخر وهم يتجهون لالتقاط الأشياء بدون النظر إليها جيدا وهم ينبهرون بالأضواء والانعكاسات ومتابعة

الأشياء اللولبية الدوارة وأحيانا تجد بعضهم يميل إلى ألوان معينة أو ألعاب محددة ولا يجذب انتباهه أشياء أخرى. (رياض، 2008، ص 17، 18)

سادسا: حاسة اللمس الزائدة:

الإحساس الزائد بالضغط والحرارة عادة ما يكون هؤلاء الأطفال ذوي حاسة لمس قوية وزائدة، فقد نجد أن العديد من الأشياء تسبب نوعا من الألم أو المتعة للطفل عند لمسها، وقد نجد نفس الطفل يستمتع بالشعور بالضغط على بعض الأشياء، وهذه الحساسية للمس قد تعوق مثل هؤلاء الأطفال من تعلم الكثير من المهارات اليدوية.

سابعا: حاسة التذوق الزائدة وحاسة الشم الزائدة:

العديد من الأطفال التوحديون قد يستجيبون بشدة للطعم (التذوق) والروائح، وقد لا يبدو عليهم الوعي بطعم العديد من الأشياء أو الأكلات أو الروائح في بيئاتهم، بعض الأطفال يأكلون أي شيء وكل شيء بما في ذلك المواد الضارة، بينما بعضهم قد يأكل بعض الأطعمة ذات النكهات القوية بما يكفي أن يتذوقها وآخرين قد يحبون طعاما معينة ولا يقبلون أي طعام آخر مالم يكن له نفس الطعم. (رياض، ص 19)

8. أنماط اضطراب طيف التوحد: يوجد عدة أنماط للتوحد نذكر من بينها ما يلي:

أولا: اضطراب الطفولة التفككي: يتسم بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل، ثم يفقد الطفل المهارات التي تم اكتسابها من قبل ويظهر الأطفال ذوو اضطراب الطفولة التفككي العيوب الاجتماعية وقصور التواصل التي غالبا ما تكون ملامح سلوكية مميزة وملحوظة في اضطراب الذاتوية، فهناك ضعف كفي في التفاعلات الاجتماعية والتواصل، كما توجد نماذج مقيدة ونمطية من السلوك والاهتمامات والأنشطة ويختلف اضطراب الذاتوية عن اضطراب الطفولة التفككي فإن الخير يتضمن شكلا ونموذجاً

مميزا عن النكوص في السننتين الأوليين من العمر، ويسمى اضطراب الطفولة التفككي كذلك بمتلازمة هيلر أو خبل الطفولة. (سلامة، 2013، ص 58).

ثانيا: اضطراب التوحد(متلازمة كانر):الخصائص الأساسية لاضطراب التوحد هو تأخر نمائي واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع وجود محدودية واضحة في مخزون الأنشطة والاهتمامات ويمكن الإشارة إليه أحيانا بالتوحد الطفولي المبكر أو متلازمة كانر. **متلازمة اسبرجر:**يعد اضطراب اسبرجر من الاضطرابات النمائية وهو أحد أطيف التوحد ويعتبر أكثر شيوعا من اضطراب التوحد، وهو مشابه لاضطراب التوحد من حيث شيوعه بين الذكور أكثر من شيوعه بين الإناث (1,4) ويتصف بإعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي وباهتمامات محددة وسلوكات نمطية متكررة بخلاف التوحد الكلاسيكي حيث لا يعاني المصاب بمتلازمة اسبرجر من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي. (تامر، 2015، ص 40)

ثالثا: متلازمة ريت:هذه الحالة تحدث للبنات من أعراضها تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين

(5-24 شهرا) وتراجع أو فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين(30-5شهورا) مع حركات نمطية متكررة (رفرفة اليدين)، ظهور مشية غير متزنة، النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية، نقص الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة أي وجود التخلف النفسي والحركي. (ثناء، 2007، ص 39)

رابعا: الاضطراب النمائي الشامل -غير المحدد:ويعرف أيضا بالتوحد غير النمطي وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصا بين الاضطرابات النمائية الشاملة، ونظرا لغموض هذا التشخيص وصعوبته لم تتمكن العديد من الدراسات من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب، إلا أن ما تم التوصل إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أكثر شيوعا من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى، ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد،

وبالرغم مما يواجه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد. وتظل لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين بهذا الاضطراب هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالي أي لديهم قدرات معرفية طبيعية. (الزارع، 2014، ص 110، 111)

9. خصائص أطفال التوحد: توجد فروق واضحة ومختلفة بين الأطفال التوحديين من

حيث خصائصهم واستعداداتهم ومن أهم الخصائص التي يتميز بها هؤلاء الأطفال ما يلي:

أولاً: الخصائص الجسمية: تشير نبيلة ابو زيد أن حركة الطفل المصاب بالتوحد هي بداية تواصله مع البيئة المحيطة به والمؤشر الواضح على نمو عضلات جسمه حيث من خلالها يكتشف بيئته المحيطة.

ويذكر عبد الرحمن سليمان أن الأطفال التوحديين يتمتعون بمظهر جسماني طبيعي، كما أن بعضهم يميلون إلى اكتشاف أجسامهم بصريا أو عن طريق اتخاذ أوضاع خاصة في الوقوف أو الجلوس أو كأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم. (محمد، 2015، ص 25)

ثانياً: الخصائص الحركية: تؤكد زينب شقير أن هناك بعض جوانب النمو الحركي الغير عادية التي يتسم بها الأطفال التوحديون فلهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف، فمعظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كان يحملون تحت أقدامهم. (محمد، ص 26)

ثالثاً: الخصائص الاجتماعية:

أ: العزلة الاجتماعية: ترى سهى أمين أن هؤلاء الأطفال يجيدون عزل أنفسهم حتى لو كانوا في حجرة مليئة بأفراد العائلة، ويقضي هؤلاء الأطفال وقتا طويلا بالقرب من آبائهم أو مربيهم، ويشير حسن مصطفى (2003) إلى أن الأطفال التوحديون يتسمون بنقص

(إن لم يكن غيابا كلياً) لسلوك التعلق الطفولي وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما، ويمكن أن يظهروا انعداماً في قلق الانفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء.

ب: الفشل في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاركتهم: يرى أوليني م Oleny M أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يفهمون أسئلة التواصل غير المباشرة كلغة الجسد ونغمة الصوت وتعبيرات الوجه وقد يرجع ذلك لأنهم يجدون صعوبة في تفسير الرسائل غير اللفظية. (Oleny,2002, p66)

وتذكر سهى أمين أن نقص الاهتمام المشترك أو الفشل في الانضمام إلى الأنشطة الاجتماعية أو مشاركة الآخرين يعد من الاضطرابات الأساسية التي تظهر لدى الطفل التوحدي. (أمين، 2001، ص 123).

ج: غياب الدراية بمعرفة مشاعر الآخرين وعواطفهم: يرى محمد كامل (1997) أن هذا النوع من الأطفال يعانون من مشكلات في التعرف على مشاعر الآخرين وحالاتهم العاطفية في المواقف الاجتماعية وأوضح الدراسات أن لديهم مشكلة في التعبير في أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة وأن استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية.

د: قصور القدرة على التقليد و أنشطة اللعب الهادف: يعتبر روتر م Rutter M أن الأطفال المصابين بالتوحد يخفقون في إظهار الكثير من مهارات التقليد الاجتماعي ولا يلوحون بأيديهم للآخرين عند مغادرتهم كما أنهم أقل رغبة في تقليد وإتباع أنشطة الأطفال الآخرين كما تتقصهم الإيماءات والإشارة إلى ما يرغبون. (Rutter,2001, p28)

ه: التعلم بالتقليد: بالإضافة إلى وجود وظيفة للتواصل، التقليد هو أيضاً وسيلة للتعلم ، كما أن التعلم بالملاحظة هو التعلم عند الإنسان والحيوان، تعلم كيفية إنتاج سلوك موجود بواسطة النموذج. (Borsali,2014,p16)

رابعاً: الخصائص الحركية: توصفهااته الفئة من الأطفال ببعض جوانب النمو الحركي غير الطبيعية فهم يقفون بطريقة خاصة حيث يقفون ورؤوسهم منحنية للأسفل كما أنهم ينظرون ويحملقون تحت أقدامهم وتبدوا أذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع كما تبدوا الحركات التي يقومون بها متكررة في معظم الأحيان؛ فقد يضربون الأرض بأقدامهم أو يحركون أيديهم بشكل حركة الطائر وهذا بشكل متكرر وهذه السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكون فيها الطفل مبتهج أو مستغرق في بعض الخبرات الحسية كمشاهدة مصدر للنور يضيء و يطفى. (أحمد وصالح، 2011، ص 152، 151)

خامساً: الخصائص السلوكية: للطفل التوحيدي سلوك محدود وضيق المدى فيظهر في سلوكه نوبات انفعالية حادة، وهذا السلوك لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون مصدر إزعاج للآخرين، حيث أن معظم سلوكهم يبدو بسيطاً كتدوير قلم بين أصابعه أو فك وربط رباط حذائه مما يجعل الملاحظ لهذا السلوك يرى الطفل التوحيدي وكأنه مرغم على هذا الأداء أو أن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء وأن التغيير في أي سلوك يؤدي إلى مشاعر مؤلمة لدى هذا الطفل.

سادساً: الخصائص التواصلية: خاصية التواصل مشكلة كبيرة لدى هاته الفئة حيث تظهر في صورة انخفاض في مهارات الاتصال وعجز في التعبير عن المشاعر و الانفعالات، فتظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على الغضب ويتمثل ذلك في قذفهم لبعض الأشياء التي تكون بأيديهم بهدف جذب انتباه الآخرين إلى حدث أو موضوع معين غير قادرين على التعبير عنه لغوياً، كما قد يقوم بإيذاء الذات للفت أنظار من حوله.

توجد لدى هذه الشريحة من الأطفال ما يسمى بـ:

1-المصاداة (ترديد الكلام) وتعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا عندهم وتصيب حوالي 75% منهم حيث يكرر الطفل الكلام بنفس الطريقة وتنقسم المصاداة إلى ثلاثة فئات:

أ- المصاداة الفورية: تحدث مباشرة بعد سماع الكلمات التي قيلت خلال ثوان من العبارة المسموعة، وهي تكرر لنفس الكلمات المنطوقة وتتكون من مقطع أو أكثر وهي ترديد جامد لنفس الكلمات أو الجمل المنطوقة.

ب-المصاداة المتأخرة: تحدث بعد دقائق أو عدة أيام حيث يسترجع الطفل الجمل أو الكلمات من الذاكرة طويلة المدى.

ج- المصاداة المخففة: ترديد الكلمات أو الجمل بعد حدوث تعديلات فيها حيث يغير الطفل أو يبديل أو يضيف في نبرة الصوت، وهذا يدل على فهم الطفل للغة الاستقبالية وهي قد تكون متأخرة في بعض الأحيان وقد تكون فورية. (سالم، 2014، ص 304)

سابعاً: الخصائص الانفعالية: "هناك مجموعة من ردود الفعل الانفعالية لدى الطفل التوحدي مثل عدم الخوف من الأشياء الخطيرة وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة، ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله وقد يتعرض لنوبات من البكاء والصراخ من دون سبب واضح، أي أن هناك تقلب مزاجي مرتفع لدى هذا الأخير."

(خطاب، 2009، ص 36)

أما بالنسبة لقدرات التخيل عند هذه الفئة من الأطفال فهي غالباً محدودة، التطور في اللعب الاجتماعي والعمل الظاهر هو في أغلب الأحيان قليل وهذا راجع إلى الصعوبة في فهم عواطف ومقاصد الآخرين أو التكيف ودمج أحداث الماضي أو توقع المستقبل.

(Barthélémy,2006,p 4)

10. علامات عيادية أخرى:

تأخر في النمو، اضطراب النوم، اضطراب الأكل، مشاكل في اكتساب النظافة، مشاكل في الحركة، مشاكل حسية، اضطرابات انفعالية. (Rogé,2003,pp30,33)

11. علاج اضطراب طيف التوحد

أولاً: العلاج الطبي: لا يوجد حتى الآن عقارا طبيا شافيا لهذا الاضطراب، وإنما توجد عدة أنواع من العقاقير الطبية التي تخفف من أعراضه عند بعض الحالات، ويوصي الأطباء بالحذر في استخدام تلك العقاقير وعدم إعطائها للطفل إلا بعد الفحص الدقيق بمعرفة الطبيب المختص والالتزام بالقدر الذي يحدده وحجم الجرعة والمدة التي يستمر في تعاطيها، وتؤكد الدراسات أنه لا توجد مجموعة من الأدوية المقررة يمكن أن توصف لكل الأفراد المصابين بالتوحد برغم تشابه الأعراض عند الكثير منهم، فالبعض يحتاج للمهدئات لمواجهة السلوك التدميري والعصبية الزائدة، والبعض يحتاج لأدوية مضادة للصرع، وآخرون يحتاجون للعقاقير المساعدة على التركيز وتحسين الذاكرة والقدرة على الانتباه، وقد يحتاج آخرون إلى أدوية مساعدة لخفض القلق، أو العنف المرتبط بإيذاء الذات، ويحذر المتخصصون من الإسراف في استخدام الأدوية مع أطفال التوحد مهما كانت النتائج الايجابية المرجوة منها لأن بعض العقاقير الطبية بما تحمله من مواد كيميائية لها تأثيرات سلبية معاكسة على الطفل بسبب التفاعلات الكيميائية للجسم مع تلك المواد مما قد يؤدي إلى مشكلات خطيرة للجهاز العصبي للطفل أو الإضرار ببعض الأعضاء الداخلية للجسم مثل الكبد. ونوصي أن يكون العلاج الدوائي عنصرا محوريا ضمن خطة علاجية شاملة تتضمن أنواع العلاجات الأخرى مثل العلاج النفسي والبيئي والاجتماعي ... وغيرها. (عبد الباقي، 2011، ص 114،115)

ثانيا: العلاج باللعب:

يختار الأهل والمعلمون لأطفال التوحد في كيفية اختيار ألعاب هؤلاء الأطفال وما هي نوعيتها وهل يتم اختيارها حسب سلوك الطفل أو مستواه العقلي أم مستوى النضج أم التكيف العلاجي وكل ذلك بسبب التداخل المتشابك في السلوكيات المتنوعة والأعراض المختلفة، والإجابة العلمية والسليمة على جميع هذه التساؤلات مسألة ضرورية للأسرة التي لديها طفل توحدي، فاللعب يعتبر أمرا لازما للطفل عموما وضروريا للطفل التوحدي، لهذا يصنف ضمن الحاجات النفسية والجسمية له ونظرا لأهمية اللعب في حياة الطفل التوحدي فقد ارتكزت أكثر الاختبارات لتشخيص التوحد في عمر 18 شهرا على عدة ألعاب يمكن للوالدين لعبها مع الطفل ومن هذه الاختبارات (CHAT) وبنيت الألعاب في هذا الاختبار على البحث الذي أظهر أن الطفل المصاب بالتوحد يفشل في تطوير مهارتين في اللعب عكس الطفل السوي، المهارة الأولى هي اللعب التمثيلي والمهارة الثانية هي أنه لا يؤشر حتى يجذب انتباه من حوله الطفل التوحدي لا يقوم باللعب التخيلي أو التمثيلي، فهناك ألعاب ذات آثار خاصة مثل تمارين خاصة بالعضلات الدقيقة للأصابع والوجه والعضلات الكبيرة لليدين والرجلين ومن هذه الألعاب: قذف الكرة، التسلق، السباحة، الركض، المشي، شد الحبل، ألعاب الفك والتركيب، ألعاب الضغط على العجين، القص واللصق، ويستهدف من وراء هذا اللعب تقويم عيب بدني أو الحد إعاقاة جسدية معينة عند الطفل المصاب بالتوحد أو تخفيف قصور نمائي يعاني منه. (مهدي، 2012، ص 76،78)

ثالثا: العلاجات السلوكية المعرفية (التربوية، التعليمية) منها:

أ- تحليل السلوك التطبيقي (ABA):

يطلق على هذا الأسلوب أحيانا "طريقة لوفاس" وهي تركز بشكل رئيسي على التدخل المبكر (سنوات ما قبل المدرسة) وكان ايفار لوفاس Ivar Lovaas رائدا في التدخل السلوكي للأطفال التوحديين في الستينات، وترتكز المبادئ الأساسية لـ (ABA) على التعلم الشرطي لسكينر

ومحاولات سلوكية منفصلة وتشمل الطريقة تدريبات متكررة ومنظمة ومكثفة بشكل عال حيث يتم إعطاء الطفل من خلالها أمرا ثم تتم مكافئته في كل مرة يستجيب فيها بشكل صحيح وتبدأ برامج المحاولات السلوكية المنفصلة بتحقيق الأوامر السلوكية المرغوب فيها أي الامتثال العام لتحقيق أهداف التدريب، وهو عبارة عن برنامج بيتي مكثف (40 ساعة أسبوعيا). (الإمام والجوالده، ص 213)

ب- برنامج تيتش (TEACCH): أسس هذا البرنامج Ericshopler عام 1964 بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية ويعتبر من البرامج المهمة في مجال التوحد حيث يطبق بشكل كبير في الولايات المتحدة الأمريكية، أوروبا وبعض البلدان العربية، كما يقوم هذا البرنامج على ضرورة الاعتماد على المثيرات البصرية كوسيلة تساعد الطفل على الاستجابة بالتدريب بشكل أفضل من المثيرات اللفظية لذلك يهتم هذا البرنامج بضرورة ترتيب الغرف الصفية بحيث تتسم بالأمان والراحة والجاذبية. (أدافر، 2011، ص 95)

ج- برنامج صن رايز (SON-RISE-Programme):

هذا البرنامج لكوفمان وهو برنامج منزلي يهتم بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل ومن الأساسيات التي يتبناها هذا البرنامج: المشاركة واستخدام رغبات الطفل أساسا للتعليم والتعلم من خلال اللعب المشترك واستعمال عامل الإثارة والمتعة فمثلا الطفل يقوم برفرفة اليد فبدلا من أن نوقف هذه الحركات بالقوة نشاركه فعل هذه الحركات ونقف أمامه كي يرانا وبذلك أصبحت هناك مشاركة اجتماعية بدلا من أن يقوم بها لوحده. (المغلوث، ص 135، 136)

خلاصة:

اضطراب التوحد أو طيف التوحد من أكثر الإعاقات التطورية حدة تم دراسته من طرف الكثير من الباحثين بداية من ليو كانر وذلك أكثر من 50 سنة من اكتشافه، إلا أنه رغم التطور الملحوظ في التشخيص الطبي بقي السبب الرئيسي للتوحد مجهولاً لحد الساعة

وهذا ما يستدعي زيادة البحث العلمي من طرف فريق متخصص ومتكامل من أجل إجلاء الغموض حول هذا الاضطراب .

بعد عرضنا لمختلف المعلومات عن التوحد وأخذ نظرة عامة عنه سنشرع في بعض المشكلات التي تواجه والدي طفل التوحد وبالأخص الأم في الفصل اللاحق.

الفصل الثالث بعض المشكلات التي تواجه والدي أطفال التوحد وخصوصا الأم:

تمهيد

ا. المشكلة

1. تعريف المشكلات النفسية
2. كيف تنشأ المشكلات النفسية
3. أنواع المشكلات النفسية

اا. الأمومة

1. تعريف الأمومة
2. مراحل الأمومة
3. المواجهة الحقيقية من طرف الأم
4. انعكاسات صدمة اضطراب طيف التوحد على الأم
5. التأكد من التشخيص حسب كريستوف فور
6. الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين
7. ماذا يعني ولادة طفل طيف التوحد بالأسرة؟
8. الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل طيفالتوحد في الأسرة
9. المرأة بين المرض النفسي والخدمات النفسية
10. العلاقة بين الصحة النفسية للأم وصحة الطفل

ااا. الضغط النفسي

1. مفهومه

2. أنواعه

3. تفسيره

4. أعراضه

5. خصائص الضغوط التي تجعل الأحداث تؤدي إلى ضغوط حقيقية

6. ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق

7. النتائج المترتبة عن الضغط النفسي

8. المشكلات التي تواجه والدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد والتي قد

تؤدي إلى اضطرابات نفسية.

IV. القلق

1. تعريفه

2. القلق كاضطراب نفسي المنشأ

3. مظاهر القلق

4. التفسير الوجودي والإنساني للقلق

5. أصحاب المدرسة السلوكية والقلق

6. إنذارات تزايد الضغط والإجهاد

خلاصة

تمهيد:

لا تخلو حياة أي شخص منا من بعض المشكلات التي تسبب له الضيق والاضطراب والقلق ويكاد يكون ذلك قاسما مشتركا لكل الأفراد، غير أن معظم الناس يستطيعون في أغلب الأحيان حل ما تعترضهم من مشكلات والتخلص من مشاعر الضيق، الاضطراب والقلق الناتج عنها، كما يستطيعون الاستمرار في أداء أعمالهم اليومية بطريقة طبيعية وفعالة ولكن البعض الآخر يجدون صعوبة في حل مشكلات حياتهم اليومية والتخلص من مشاعر الضيق والقلق والتعاسة، فتضطرب علاقاتهم الاجتماعية وتضعف فعاليتهم في أداء أعمالهم بشكل واضح مما يجعلهم في حاجة ماسة إلى مساعدة الأخصائيين النفسانيين، ومن بين هؤلاء الناس أمهات أطفال التوحد حيث تختلف المشكلات التي تواجهها الأمهات من حيث نوعها ودرجة صعوبتها وحدتها وخطورتها، فهناك مشكلات تتعلق بالصحة الجسمية وأخرى تتعلق بالصحة النفسية والحياة العاطفية والأسرية والمهنية.

ا: المشكلة:

عرف Webslar (1960) المشكلة بأنها مسألة تتطلب حلا وقد تمثل سؤالا محيرا أو موقفا خاصا أو شخصا غالبا ما يكون سبب للمشكلة.

وعرفها بنجهام (1965) بأنها عقبة تسد الطريق أمام القدرات التي تكونت عند الفرد لتحقيق هدف مرغوب فيه. (جزء، 2017، ص 12)

أما منيرة حلميعرفتها بأنها شيء يشعر به الفرد ولكنه لا يجد حلا مباشرا له. (حلمي، 1967، ص 75).

Wolf يرى أن المشكلة قد تظهر في صورة عرض أو أعراض تثير انتباه وقلق من هم حول الطفل. (Wolf, 1981, p36)

من خلال هذه التعريفات نخلص إلى أن المشكلة هي عبارة عن حاجز يعرقل الحياة السليمة للشخص ينتج عنها أعراض جسدية ونفسية وتأخذ وقتاً للتأقلم معها أو حلها.

1. تعريف المشكلات النفسية:

تعرفادي الجولاني المشكلات النفسية بأنها صعوبة يعاني منها الفرد وتشمل على أعراض نفسية تتمثل في اضطراب التفكير، اضطراب الانفعال وغيرها ويرى خالد بن أحمد عثمان المنصوري " أن المشكلات النفسية هي عجز الفرد عن تحقيق التوافق إزاء هذه الحاجات مما قد يسبب له سوء التوافق النفسي والاجتماعي". (المنصوري، 2017، ص23)

هذا ما نسعى لتأكيدهِ أو نفيه من خلال الجانب الميداني

يعرف الشناوي المشكلات النفسية "بأنها صعوبات في علاقة الشخص بغيره، أو في إدراكه عن العالم الذي حوله أو في اتجاهه نحو ذاته". (الشناوي، 1996، ص138)

يعرفها الهاشمي بأنها تلك المشكلات التي تسبب للفرد صراعات داخلية مع ذاته أو خارجية مع من حوله من أفراد جماعته المتداخلة في أسرته أو مكان عمله أو أصدقائه وأقاربه، وتؤدي هذه الأزمات والصراعات عادة إلى ضعف التوافق الشخصي وبالتالي تحرمه من الهناء والصحة النفسية السعيدة. (الهاشمي، 2003، ص 86)

2. كيف تنشأ المشكلات:

لا يقاس التكيف السليم بمدى خلو الفرد من المشكلات وإنما بمدى قدرته على مجابهة هذه المشكلات وحلها حلاً سليماً ويمكن التعرف على أن الفرد يعاني من مشكلات إذا ظهرت عليه بوادر التوتر الزائد عن الحد، أو فقدان الحماس والاهتمام بعمله أو دراسته أو محاولة جذب انتباه الآخرين، والحزن والتعاسة بسبب واضح للتوتر والاعتماد على الغير وعدم الثقة بالنفس، ومن المعلوم أن لكل مرحلة من مراحل العمر التي يمر بها الفرد حاجات ومتطلبات

تناسب المرحلة الزمنية ومستوى النضج التي وصل إليها وتتفاوت هذه المتطلبات والحاجات من فرد لآخر ومن بيئة لأخرى ويسعى الفرد من خلال حياته لتحقيق هذه الحاجات بما يتناسب مع متطلبات النمو لديه ولا تكاد تجد فردا يدعي أنه قد حقق كل احتياجاته فلم يعد يجد الحاجة إلى البذل والسعي لتحقيق التوافق مع ذاته فهو يعيش توافقا تاما مع نفسه ومجتمعه بل على العكس تجد الكهل بعد عمر طويل مازالت تنازعه بعض الاحتياجات سواء على مستوى ذاته أو مجتمعه وبالتالي فالمشكلات النفسية هي " عجز الفرد عن تحقيق التوافق إزاء الحاجات مما قد يسبب سوء التوافق النفسي والاجتماعي."

المشكلات النفسية هي اضطرابات وظيفية في الشخصية، نفسية المنشأ، تبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، تؤثر في سلوك الفرد وتعيق توافقه النفسي وتؤثر عليه في ممارسة حياته السوية داخل المجتمع الذي يعيش فيه. (محمد، 2003، ص 206)

3. أنواع المشكلات النفسية:

يرى زهران في مجمل نتائج البحوث التي قام بها على الشباب أن من بين المشكلات النفسية التي يواجهها الشباب ما يلي: الشعور بالذنب، تأنيب الضمير، القلق، التوتر، الانقباض وعدم السعادة، تقلب الحالة الانفعالية، الشعور بالنقص، الشعور بالخجل، الارتباك، نقص الشعور بالمسؤولية، نقص القدرة على تحمل المسؤولية، نقص الثقة في النفس، الخوف من النقد، المعاناة من الاندفاعية والمزاجية، التهيج وسهولة الاستثارة، العصبية والحساسية الانفعالية، ضعف العزيمة والإرادة، أخذ الأشياء بجدية زائدة، الأحلام المزعجة والكوابيس. (المنصوري، 2017، ص 30)

إن الصحة النفسية مرتبطة بالشخصية القوية الواثقة والمتكاملة نفسيا وعقليا واجتماعيا فالتكامل يعبر عن التآزر والاتساق بين مقومات الشخصية الجسمية والنفسية ككل بحيث لا ينشأ بينهما اضطراب أو تعارض لتحقيق الفوائد في مجال الصحة النفسية والتوافق مع البيئة المحيطة والتكيف الاجتماعي.

وبما أننا نبحث في موضوع المشكلات النفسية لدى أمهات أطفال التوحد فواجب علينا أن نتطرق إلى عنصر الأمومة حيث أن الأم هي المحور الأساسي في الدراسة ولإثراء موضوعنا أكثر نتطرق إلى مايلي.

II: الأمومة

1. **تعريف الأمومة:** الأمومة هي علاقة بيولوجية ونفسية بين امرأة ومن تتجب من الأبناء وترعاهم وهذا هو التعريف للأمومة الكاملة؛ التي تحمل وتلد وترضع (علاقة بيولوجية)، وتحب وتتعلق وترعى (علاقة نفسية)، وهذا لا ينفي أنواعا أخرى من الأمومة الأقل اكتمالا كأن تلد المرأة طفلا ولا تربيته فتصبح في هذه الحالة أمومة بيولوجية فقط، أو تربي المرأة طفلا لم تلده فتصبح أمومة نفسية فقط.

(عبد الفتاح، 2007، ص 36)

2. مراحل الأمومة: وتنقسم إلى ثلاث مراحل

أ. **مرحلة الاحتواء:** تبدأ بفترة الحمل حتى بعد المرحلة الأولى بعد الولادة وفيها تشعر الأم أن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنه كائن مستقل عنها وترفض تماما رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية إن لم تتعدى الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم.

ب. **مرحلة الامتداد:** حيث تعتبر الأم أن الطفل امتداد لها وكأنه ظلها يتحرك فقط بإرادتها وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

ج. **مرحلة الأمومة الناضجة:** تتمثل في قدرة الأم أن ترى ابنها بصورة منفصلة له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة ليس من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص (مرفت، ص 138،139)

إذا كان كل تغير يحدث لأحد أفراد الأسرة يمكن أن يؤثر في بقية الأفراد فإن مولد طفل معاق يؤثر تأثيرا كبيرا في جميع أفراد الأسرة، وإذا كانت مهمة تربية الأطفال العاديين صعبة فإن تربية الأطفال المعاقين من أكثر المهام الملقاة على عاتق الأسرة صعوبة وتعقيدا وتبدأ هذه الصعوبات منذ لحظة ولادة الطفل وعدم تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي إنها ضغوط فترة التشخيص حيث تشعر الأم بالتوتر والارتباك والشك حول إعاقة الطفل كما تشعر بالخوف والتوتر من احتمال فقدان الطفل أو الانفصال عنه إضافة إلى مشكلة ضالة المعلومات حول الإعاقة، وكيفية التعامل مع الطفل وطرق العناية به إنها مرحلة الحزن والتمزق واليأس وخيبة الأمل والإحباط والضغط، إنها ضغوط حقيقية وأزمة واقعية بالنسبة للوالدين وخاصة الأم فكل يوم فيه تحديات وعقبات جديدة تواجه فيه الأم صعوبة تحقيق التوازن بين تلبية حاجات الطفل الدائمة والمستمرة وبين القيام بالمسؤوليات اليومية الملقاة على عاتقها، وهذا الخلل بين المطالب المفروضة وبين قدرة الأم على تنفيذها هو مصدر هام للضغط النفسي بالنسبة لأم الطفل المعاق. (Melynk,2001,pp 547,549)

تمضي الأم أوقات طويلة في تلبية احتياجات الطفل المعاق ورعايته، فرعاية الطفل المعاق المستمرة والمزمنة هي السمة التي تغلب على أسر الأطفال المعاقين لأن العناية بالطفل تستمر طوال اليوم وبالتالي يمكن أن تكون الضغوط قاسية وتتهك الأسرة جسديا ونفسيا في حين يشعر آباء الأطفال العاديين بالراحة والسعادة حين ينظرون إلى المستقبل حيث يحقق أبنائهم الاستقلالية والتمايز والنمو والانجاز الذاتي، في حين تشعر أسر المعاقين بعبء مستمر ومزمن، إذ ترى اليأس والتعبية والعزلة الاجتماعية وتعيش في حزن مستمر ودائم.

(ملحم، 3013، ص 149)

وهكذا يرى الباحثان أن أمهات أطفال التوحد تعانين ضغوطات نفسية عديدة لأسباب متعددة وأكثرها وضوحا أن اضطراب الطفل غير متوقع، ولا شك أن الرفض الاجتماعي للطفل المضطرب ونظرات الشفقة من الآخرين واستغرابهم وأسئلتهم الدائمة والمتكررة تسبب

للأمهات توترا وقلقا وشعورا بالخجل مما يدفعهم إلى الابتعاد عن الآخرين والعزلة الاجتماعية تقاديا للضغط النفسي ولكن العزلة الاجتماعية والانسحاب من المجتمع قد يترتب عليه الشعور بالإحباط والفشل فتزيد مشاعر الغضب والعدائية تجاه الآخرين.

3. المواجهة الحقيقية من طرف الأم :

لا شك أن قبل تشخيص الاضطراب والجزم فيه كان هناك أمل واعتقاد لدى الأم أن ما يبيديه طفلها أو ما يبيديه من سلوكيات غريبة هي مؤقتة وعابرة وستختفي مع الوقت ولكن بعد التشخيص يتوقف الاستثمار مع هذا الطفل الاجتراري (طفل طيف التوحد) وحسب ك. فور فقد يظهر ضغط كبير لا يمكن التحكم فيه سواء على مستوى العضوية أو على مستوى الحياة النفسية مع وجود شحنة عاطفية تحاول الخروج وبكل الطرق ويتجسد ذلك من خلال الشعور بالحزن واليأس الشديدين مع نوبات بكاء وقد يستجيب بعض الأمهات بالاضطرابات السيكوسوماتية.

4. انعكاسات صدمة اضطراب طيف التوحد على الأم: إن هذا الطفل الذي لا يستجيب لدعوات الأم فإنه سيؤدي إلى مشاعر الإحباط وعدم تمكن الأم من إشباع رغباتها الأمومية فمع طفل طيف التوحد الأم تجد نفسها محبطة جدا أمام لا مبالاة الطفل وعدم الرد على مبادراتها للعناية به وكأنها غير موجودة فهو يرفض التواصل معها وتبادلها النظرات حتى كلمة ماما محرومة منها في هذه الحالة الأم تفقد كل مصادر أمومتها وتصبح غير قادرة على التعامل مع طفلها. (بوسكين، 2008، ص 127،128)

5. التأكد من التشخيص حسب كريستوف فور: التأكد من التشخيص يعني التأكد من فقدان الطفل الحلم وهذا ما يتجلى من خلال استشارة عدة مختصين للتأكد من إصابة الطفل حقا بالاجترارية وذلك في محاولة يائسة للأبوين لإيجاد أمل أو أن أحد المختصين ينفي لهم ذلك

ويخبرهم بصورة سحرية أن طفلهم هو طفل عادي يمكن أن يتمدرس ويحقق مشاريع مستقبلية ولكن السلوكيات الغريبة للطفل تذكر الآباء بأن التشخيص حقيقي وأن الطفل غير عادي.

(Fauré,2004,p 303)

6. الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين: الأمومة مهمة صعبة وشاقة حتى في الظروف المثالية فهي تتطلب الكثير من الوقت والجهد والطاقة؛ لأنها تهدف إلى رعاية الطفل وحمايته من الأذى وتعليمه الكثير من المهارات الاجتماعية وتدريبه على الاستقلالية والاعتماد على نفسه وعادة يتعلم الطفل العادي هذه المهارات خلال نموه الطبيعي فيقدم للأم الرضا والسعادة لكن طفولة الطفل المعاق تختلف عن طفولة الطفل العادي فيصبح المعاق مصدرا للضغط النفسي بسبب عوامل متعددة أهمها مطالب الطفل المعاق اليومية والمتزايدة وهذه ترهق الأم وتسبب لها التوتر والقلق مما يترك آثارا سلبية على كل من الطفل والأم.

(Darling, 1993, pp 1,2)

7. ماذا يعني ولادة طفل طيف التوحد للأسرة؟:

لاشك أن كل أب أو أم يتطلعون بلهفة وتشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه، ويتمثل ذلك بالممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها والتي تظهر استعدادهما لاستقبال ذلك الطفل، ولكن تعتبر اللحظة التي تتم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة، كما نعلم أن هناك صورة وشدة للصدمة والألم اللذان قد يشعر بهما الوالدان وخصوصا الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة ابنها؛ ولادة طفل توحيدي في الأسرة سيكون له أثر كبير على إيجاد الخلل في التنظيم النفسي

والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، تظهر الصدمة بدرجات متفاوتة وتمر بمراحل مختلفة فالحيرة وعدم القدرة على فهم متطلبات الطفل الجديد وطريقة التعامل معه تعد من المظاهر الهامة التي عبر عنها الوالدين في دراسات مختلفة، أسئلة كثيرة تراود الآباء يبحثون عن جواب لها ومن هذه الأسئلة: ماذا يمكن أن نفعل لهذا الطفل؟ كيف يمكن لنا أن نربيه؟ هل لديه القدرة على التعلم؟ وهل سيشفى من إعاقة؟ . (مجيد، 2010، ص 23، 24)

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

- ردود فعل بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له.
- ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواء منها ما يتعلق بعدم الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو في عدم الكفاءة في التربية والتنشئة.
- ردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب.
- الشعور بالذنب.
- الشعور بالحرج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن أفراد المجتمع سينظرون لهم نظرة خاصة. (مجيد، 2010، ص 25)

8. الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل طيف التوحد في الأسرة:

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد لآخر وأكدت الدراسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضا للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الانعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور

بالدونية والنقص، الهروب من الواقع، عدم القدرة على تقبل أو مواجهة الحقيقة، عدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبين بقية أفراد الأسرة. (مجيد، 2010، ص 25)

9. المرأة بين المرض النفسي والخدمات النفسية: قد بينت الكثير من الدراسات ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية عند النساء خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة، وهناك بعض الاضطرابات تكاد تكون أكثر التصاقا بالمرأة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والبوليميا) في حين إدمان الكحول يكون أكثر التصاقا بالرجال (وإن كانت هذه التعميمات قد بدأت تتغير في السنوات الأخيرة بعض الشيء).

وعلى الرغم من أن المرأة أكثر قبولا لفكرة المرض النفسي وأكثر طلبا للمساعدة وأكثر مرونة في العلاج وأكثر تحسنا معه واستفادة منه إلا أن هناك عوائق كثيرة تعرقل استفادتها من العلاج في مجال الاضطرابات النفسية نوجز بعضها فيما يلي:

- المرأة تحتاج لإذن زوجها أو من أقاربها لكي تذهب للعلاج وبما أن هناك حالة من الإنكار العام للاضطرابات النفسية (على اعتبارها وصمة أو أنها ضعف إيمان أو ضعف شخصية)، خاصة أن تلك الاضطرابات تكون في أغلبها ذاتية تشعر بها المريضة في داخلها ولا يظهر عليها علامات عضوية تقنع الأهل بضرورة العلاج، وفي حالة قدرتها على الحصول على الإذن بالعلاج فإنها لا تستطيع إكمالها حتى نهايته لأسباب اجتماعية ومادية كثيرة.
- ظهور الكثير من الاضطرابات النفسية لدى المرأة في صورة أعراض جسمية مما يجعلها تتخبط في زيارات كثيرة لأطباء في عدة تخصصات ظنا منها أنها تعاني اضطرابات جسمية وليست نفسية، وهناك نقص شديد في المهارات لدى الأطباء العموميين في التعرف على الأعراض النفسية التي تظهر في صورة جسمانية، وذلك بسبب النقص في تدريس مادة الطب النفسي ضمن مناهج التدريس في كلية الطب.

- بعض الاعتبارات الاجتماعية تجاه الاضطرابات النفسية خاصة إذا ارتبطت بشبهة الانحراف الأخلاقي مثل الإدمان واضطرابات الشخصية وحالات الهوس والفصام ففي هذه الحالات تحاول الأسرة التستر على المريضة حتى لا يؤثر ذلك على سمعتها وسمعة الأسرة. (عبد الفتاح، 2007، ص 22)

10. العلاقة بين الصحة النفسية للأم وصحة الطفل:

من المؤكد أن العلاقة بين الأم وطفلها لا تنتهي بالولادة، ولكنها تكون بداية لعلاقة من نوع آخر، يؤثر ويتأثر الكل فيها ببعض، ولذلك حاول العديد من الباحثين دراسة مدى تأثير صحة الأم النفسية بالصحة العامة للطفل حيث أشارت مجلة جاما بوجود علاقة طردية بين الصحة الجسدية للطفل والصحة النفسية للأم، أي أنه كلما عانت الأم من مشاكل نفسية أكثر كلما زادت طفلها عرضة للإصابة بمشاكل جسمية. (العجوري، 2007، ص 65)

III. الضغط النفسي

أصبحت كلمة الضغوط النفسية من الكلمات شائعة الاستخدام لدى الإنسان العادي والشخص المتخصص على السواء وأصبحت تشكل جزءا من مفردات العصر الحالي وارتبطت طبيعة الحياة المعاصرة بزيادة الضغوط مما جعل لفظ الضغوط النفسية مصطلحا أساسيا في عدة مجالات كالطب العضوي، الطب النفسي، علم النفس، علم الاجتماع ومجال التربية الخاصة وغيرها. ومما لاشك فيه أن ثمة علاقة بين الضغط وإنجاب طفل مصاب بقصور ما ولأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة فإنها تزداد تعقيدا إذا أصبحت أما لطفل له اضطراب التوحد لهذا السبب نحاول التوسع نوعا ما في عنصر الضغط النفسي.

1. مفهوم الضغط النفسي:

إن مفهوم الضغط لا يزال لم يحدد بالشكل الدقيق ويحتاج المزيد من البحث والتحديد وهذا لارتباطه بعدة مفاهيم قريبة منه من حيث المعنى كالقلق، التوتر، الإجهاد والتعب النفسي والتي تعكس طبيعة الحياة التي يعيشها الإنسان في عالم اليوم وما يعانيه من مشكلات واضطرابات نفسية وارتباطه كذلك باتجاهات نظرية مختلفة وبهذا فإن الضغط كلمة أصلها لاتيني وهي: Stringer وتعني ضم وشد وربط، استعملت الكلمة بصفة متداولة في القرن 17 بما ترادف: الألم، الصعوبات، الحزن، الخسارة، المضايقات، المصائب والنكبات بمعنى كل ما يعبر عن صعوبات الحياة.

(منصورى، 2017، ص 12)

يعتبر هانس سيلبي (Hans Selye) الرائد الأول الذي قدم مصطلح الضغط النفسي Stress على الساحة العلمية وعرفه على أنه " استجابة الجسم غير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه" أي أن الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسم باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف". (وقاد، 2014، ص 35)

أما الطيريري يرى أن الضغوط تنتج حينما تكون المتطلبات في البيئة أو العمل أكبر من أن تتحملها القدرات والمصادر المتوفرة للفرد. (الطيريري، 1994، ص 17)

كما يعرف الضغط النفسي بأنه أعباء زائدة تثقل كاهل الفرد نتيجة لمروره بمجموعة من الأزمات والتوترات والظروف الصعبة والقاسية التي يتعرض لها في حياته اليومية. (نظمي والسميري، 2008)

2. أنواع الضغوطات: يوجد نوعين وهما

أولاً. الحادة: هي الأكثر انتشاراً نتيجة متطلبات الماضي القريب والمتطلبات المتوقعة للمستقبل.

ثانيا. المزمنة: هي الضغوطات التي تطحن الناس يوما بعد يوم وشهرا بعد شهر، فالضغط المزمّن يدمر الجسد والعقل والحياة. (توفيق، 2006، ص 61)

3. تفسير الضغط النفسي:

أولاً. النظرة الكلاسيكية (التناول البيولوجي) للضغط النفسي:

برز تناول البيولوجي لدراسة الضغط على يد (Selye) وذلك منذ مدة طويلة ويفسر أصحاب هذا تناول الضغط على أنه قائم على التغيرات البيوكيميائية الظاهرة في حالة المواجهة للضغط، بالتالي فهو يعتبر استجابة العضوية لحالة فجائية بالهجوم والهروب، وهذه الاستجابة تعتبر فطرية بحيث يعبر عنها الفرد والحيوان على حدّ السواء، فهذه النظرة التي حددها البيولوجيون للضغط توضح أن الاستجابة له تعتبر من الدوافع الأولية يشترك فيها الإنسان مع الحيوان، وذلك للحفاظ على البقاء ومؤشر التعرف عليه يظهر من خلال الإفرازات البيوكيميائية داخل العضوية، والتي تظهر في التغيرات الطارئة على السلوك جسدياً كان أم ميذاجياً.

ويعتقد (Selye) أنّ الاستجابة للضغط تحدث عن طريق الجهاز العصبي، والجهاز الغدي أو الهرموني اللذان يلعبان دوراً هاماً في التكيف ومقاومة الاعتداءات وتتمثل مهمتهما في الحفاظ على التوازن الداخلي للعضوية، بالرغم من التغيرات المختلفة الناتجة عن تأثير عامل الضغط

كما اقترح (Selye) نموذجاً سماه **بمتلازمة التكيف العام** فسر به مراحل التعامل بالضغط، حدده في ثلاث مراحل، والمتمثلة في: (خطار، 2007، ص 62)

أ. **مرحلة التنبيه والحذر:** تمثل خط الدفاع الأول لضبط مصدر التوتر، فعندما يتعرض الفرد لتهديد جسدي مثل المرض أو تهديد نفسي مثل إنهاء علاقة حميمية أو الشعور بالغضب، فتبدأ الإشارات العصبية والهرمونية بتعبئة الجسم بالطاقة اللازمة

للطوارئ، فتتسارع ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم وتتوتر العضلات ويزداد إفراز الأدرينالين، وما أن يتخلص الفرد من التهديد يعود الجسم إلى التوازن الداخلي.

ب. **مرحلة المقاومة:** يهيئ الفرد نفسه لمواجهة مصدر التوتر، فيحاول التعامل معه، إذ كلما كانت هذه المحاولات غير فعالة، فإنها تؤثر سلباً في قدرته على التركيز والتفكير بشكل منطقي.

ج. **مرحلة الإجهاد:** والتي تعتبر آخر مرحلة لاستجابة الجسم للموقف الضاغط إذ أن استمرار الضغط يؤدي إلى استنفاد طاقة الجسم، إلا أن استمرار الضغط يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة لدى الجسم وهذا ما يؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية. (بن صالح، 2015، ص46)

تتخفف قدرة الفرد على التعامل مع التوتر النفسي، فيصبح مصدر التوتر هو المسيطر عليه، مما يجعله غير قادراً على حماية وجوده بالتالي تضعف مقاومته ويدخل مرحلة التعب ويصبح وضعه سيئاً، فأول إشارة للشعور بالضغط تظهر في الجانب الفيزيولوجي، والمتمثلة في إفرازات غددية وهرمونية تعطي إشارة الإنذار، وتعلن عن حالة الطوارئ. ومثل **Selye** هذه السيرورة البيولوجية لحدوث الضغط بعدة مراحل، بدءاً بالتنبيه لإعطاء إشارة الطوارئ لحدوث مشكل أو خطر مثل ضربات القلب، يشعر بها الفرد طيلة مدة وجود المنبه المهدد، بعدها يستعد للمواجهة. لكن إذا كانت درجة الضغط شديدة فإنها تشعره بالإرهاك الأمر الذي يضعف مقاومته فيدخل مرحلة العجز والتعب. لهذا يعتبر **Selye** أن وظيفة الجهاز الفيزيولوجي الاستجابي، هي تشكيل توازن العضوية (*l'homeostasie de l'organisme*) وذلك في حالة الشعور بالخطر الخارجي والذي يستجيب بطريقتين مختلفتين هما:

إما الاستجابة بفعالية بحيث تظهر مؤشراتهما في الرجوع إلى التوازن اللازم يعني الوصول إلى التكيف.

أو الاستجابة بخمول والتي تكون غير ملائمة بحيث تعتبر مصدر الأمراض. هذا الجهاز يسمى بجهاز تحت السرير البصري ؛ الغدة النخامية. القشرة فوق الكلى.

وفي السياق نفسه أثبتت العديد من البحوث في مجال البيولوجيا أن الاستجابة للضغط تخص جانبين هما: (خطر، 2007، ص 63)

الجهاز المركزي في محاولته لإبقاء اليقظة واستثارة الآليات المعرفية للدفاع في حالة الشعور بالضغط .

الجهاز السمباتي وجهاز النخاع الكظري أو فوق الكلية اللذان تظهر وظيفتهما في تكيف استهلاك الطاقة (ارتفاع ضغط الشرايين وشدة الخفقان والتنفس) فعند شعور العضوية بالضغط تستجيب له ، لهذا يرى بعض الباحثين أنّ "الضغط" ليس حالة مرضية ، بل سياق تكيفي للعضوية في مواجهتها لمضايقات الحياة.

ثانيا. النظرية المعرفية للضغط والمقاومة: تتميز هذه النظرية كما تصفها فولكمان Folkman 1984 بميزتين أساسيتين هما: العلائقية والتوجيه، وتظهر صفة العلائقية من خلال تعريف هذه النظرية لمصطلح الضغط (stress) كعلاقة بين الفرد والبيئة، حيث يقدر الفرد في هذه العلاقة البيئة على أنها تتجاوز إمكانيته وتهدد استقراره وراحته، كما ترى فولكمان بخصوص هذه الميزة العلائقية أنها تمثل الحد الفاصل بين هذه النظرية في تناولها للضغط، وبين التناولات الأخرى التي تتصور الضغط كمثير أو نتيجة لصراع نفسي داخلي يقوم على حاجيات الفرد ورغباته ونزواته أو كاستجابة فيزيولوجية أو انفعالية، إذ يعرف الضغط في هذا التناول (النظرية المعرفية للضغط والمقاومة) على أنه عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد وبيئته، وهو بذلك أي الضغط ليس مثيرا كما تقول فولكمان بل هو علاقة تصل بين الطرفين معا (الفرد والبيئة)، أما عن الميزة الثانية في هذه النظرية والتي تتعلق بصفة التوجيه (هي صفة تابعة لميزة العلائقية) فإنها تحمل معنيين اثنين:

- 1- أن الفرد والبيئة في هذه النظرية يدخلان أو ينشطان في إطار علاقة ديناميكية دائمة ومستمرة موجهة للحرك وفقا لخط تغيير الوضعيات أو لتغيير البيئة بصفة عامة.
- 2- أن هذه العلاقة القائمة بين الفرد والبيئة موجهة بشكل متناظر أو متبادل أو أنها حسب تعبير فولكمان مزدوجة التوجيه، حيث يؤثر ويتأثر كل من طرفيها (البيئة والفرد) بالآخر.
- (ازروق، 1997، ص 29، 30)

4. أعراض الضغط:

استنادا لذكر الباحث **Servant** أنّ المواجهة لوضعيات ضاغطة تستثير استجابات فيزيولوجية وانفعالية وسلوكية ويمكن إدراج أعراض الضغط في الجوانب الآتية :

أ. من الجانب الفيزيولوجي :

هناك من يسميها بالأعراض الجسمية والمتمثلة في: الصداع، فقدان الشهية، ارتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، انخفاض أداء الفرد، تظهر عندما يكون الفرد تحت وقع الضغط بسبب مثلا اقتراب موعد الامتحان.

ب. أما من الجانب النفسي :

فتظهر أعراضه في الشعور بالأرق، النسيان، ضعف التركيز، تشتت الانتباه بالإضافة للنظرة التشاؤمية وهناك أيضا من يسميها بالأعراض الانفعالية، تظهر في القلق والتوتر، والإحباط، وسرعة الإثارة، وصعوبة اتخاذ القرار والعدوانية.

والجدير بالذكر أنّ الزيادة في شدة هذه الأعراض يولد حالات الضغط الأكثر حدة والمتمثلة في :

1. حالة ضغط حاد : تستجيب له العضوية بزيادة نبضات القلب، سرعة التنفس وضغط

الدم.

2. حالة ضغط مزمن: فإنه يولد إفرازات هرمونية التي تنتج بدورها اضطرابات الحساسية

والهضمية وارتفاع ضغط الدم. (خطر، 2007، ص65)

هذا ما يعكس التأثير السلبي لشدة درجة الضغط على عضوية الفرد ، إذ كلما زادت الغدد والهرمونات في إفرازاتها، كلما أحدثت خلا في التوازن البيولوجي، قد يؤدي إلى اضطرابات فيزيولوجية حادة مثل القرحة المعدية و ضغط الدم.

بشكل عام يمكن اعتبار الضغط في حدوده السوية كمثير ومحفز لمواجهة ضغوطات الحياة، لكن إذا كانت شدته تتعدى طاقة الفرد التحملية خصوصا إذا استمر لمدة طويلة فهذا يؤدي إلى الضغط المرضي.

5. خصائص الضغوط التي تجعل الأحداث تؤدي إلى ضغوط حقيقية:

أولاً. الأحداث السلبية تؤدي إلى الضغوط أكثر من الايجابية: يواجه الناس مجموعة كبيرة من الأحداث الايجابية والسلبية والتي يمكن أن تكون ضاغطة لأنها تضيف لديهم عملا إضافيا أو تسبب لهم مشكلات معينة تفوق قدراتهم فالتسوق من أجل عيد ميلاد أو التجهيز لحفل أو الزواج كلها أحداث ايجابية تتطلب الكثير من الوقت والجهد ومع ذلك فإن هذه الأحداث تكون أقل من احتمالات تصنيفها بأنها أحداث ضاغطة عن أحداث أخرى غير مرغوب فيها مثل الكفاح مع المرض أو محاولة إيجاد وظيفة أو الطلاق والأحداث السلبية لها علاقة مع الألم النفسي والأعراض الجسدية أكثر من الأحداث الإيجابية.

ثانياً. الأحداث التي لا يمكن السيطرة عليها وغير المتوقعة أكثر ضغطا من الأحداث القابلة للسيطرة والأحداث المتوقعة: إن الأحداث السلبية مثل الضوضاء والزحام والإزعاج أحداث ضاغطة بطبيعتها وبحوث الضغوط أثبتت أن الأحداث غير القابلة للسيطرة أكثر ضغطا من الأحداث القابلة للسيطرة، وأن الناس عندما يشعرون بأنهم يستطيعون التنبؤ بحدث أو أنهم قد وصلوا إلى شخص يستطيع التأثير في الحدث فإنهم يتناولوه على أنه أقل ضغطا حتى ولو

كانوا لا يفعلون شيئاً حياله فالشعور بالسيطرة يقلل من خبرة الضغوط ويؤثر على الاستجابة البيوكيميائية لها. (حسن، 2001، ص 14)

ثالثاً. إن الأحداث الغامضة أكثر ضغطاً من الأحداث الواضحة: عندما يكون الحدث غامضاً لا يكون لدى الشخص فرصة للفعل فهو يكرس مجهوده ووقته لمحاولة فهم الضاغط، ولكن الضغوط الواضحة تعطي للفرد فرصة لإيجاد حلول ولا تتركه مقيداً في مرحلة تحديد المشكلة والقدرة على اتخاذ فعل المواجهة ترتبط بقدر أقل من الألم النفسي وقدر أكبر من القدرة على مواجهته.

وفي نفس السياق نعتبر اضطراب التوحد حدثاً ضاغطاً وغامضاً في نفس الوقت على العائلة بصفة عامة والوالدين وبالتحديد الأم بصفة خاصة.

6. ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق:

هناك ضغوط عديدة يتبعها ردود أفعال متباينة كالصدمة، النكران، الرفض، خيبة الأمل والقلق حيث نلخص من بين الضغوط فيما يأتي:

أولاً. ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة: تنجم عن مراقبة الوالدين لنمو الطفل المعاق.

ثانياً. ضغوط مرحلة دخول المدرسة: تنتج عن عدم قدرة الطفل على التعلم في المدارس العادية.

ثالثاً. ضغوط مرحلة المراهقة: تنجم عن اعتماد الطفل على والديه ورفض أقرانه لابنهم المعاق.

رابعاً. ضغوط مرحلة الشباب: تنتج بخصوص المستقبل المهني للمعاق.

خامساً. ضغوط مرحلة تأكيد الشباب: تنجم عن التساؤل بخصوص الرعاية والمستقبل عندما يصبحون غير قادرين على العناية به. (جبالى، 2012، ص 66)

نجد أن أم طفل التوحد تحمل كل هذه الضغوط مع بعض فهي تحمل همه في كل وقت وحين مما يؤثر على حالتها النفسية والجسمية ويجعلها أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والأمراض.

7. النتائج المترتبة عن الضغط النفسي:

أولاً. الحالة الصحية: حيث يكون الضغط وراء الصداع، إصابات أمراض القلب، التهاب المفاصل، اضطرابات الجهاز الدموي، اضطرابات الجهاز الهضمي.

ثانياً. الحالة النفسية: نظراً لكون الجسم نظام متكامل فإن أي خلل من شأنه التأثير على الجانب العقلي أو النفسي فالفرد يكون في الواقع تحت ضغط وهذا ما يجعله سريع الدخول في مزاجه وانفعالاته، وبالتالي يكون لديه تقدير منخفض للذات غير راض عن عمله ومن أهم هذه العواقب النفسية: القلق والإحباط.

ثالثاً. الحالة السلوكية: هنا حينما يتجاوز الضغط المستويات العادية المألوفة تظهر ردود فعل سلوكية أهمها: تعاطي الكحول، اضطرابات الأكل والشرب، اضطرابات النوم. (العيسوي، 1992، ص 188)

8. المشكلات التي تواجه والدي الأطفال المصابين باضطراب التوحد والتي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية:

يسعى الكثير من الأولياء إلى أن يكونوا مثاليين غير أن هذا المطلب يصعب تحقيقه خاصة في حالة إصابة ابنهم باضطراب التوحد فهذا الأخير يجعلهما يحسان بالإرهاق، والقلق، الاكتئاب، ومشاعر الذنب نظراً للمتطلبات التي يجب توفيرها للطفل ومن بين المطالب التي تشكل مشكلات وعوائق للوالدين هي:

أولاً. الحاجة للرعاية الطبية المستمرة: نجد في بداية الأمر الوالدين يترددون على الكثير من الأطباء والمختصين من أجل معرفة اضطراب طفلهم والتشخيص الجيد له من طبيب عام،

طبيب الأطفال، مختص في الطب العقلي للأطفال، طبيب أعصاب، أخصائي في الأشعة، أخصائي نفسي، أخصائي أرطفوني... وهذا ما يأخذ حصص متكررة ومواعيد مختلفة مما يتعب الوالدين خاصة إذا كان الطبيب أو الأخصائي خارج الولاية.

ثانيا. الحاجات التربوية الخاصة: إذ دفعنا ميدان العمل استنتاج أن مسألة الخدمات الطبية يمكن أن تقل بتقدم عمر الطفل وفي المقابل نجد أن البحث عن برامج تربوية مناسبة لعمر الذهاب للمدرسة يصبح هو الأكثر أهمية في معظم الأحيان وهنا تواجه الأسرة مرحلتين هما:

أ. **المرحلة الأولى:** ما قبل المدرسة والحاجة إلى التدخل المبكر.

ب. **المرحلة الثانية:** مرحلة مستوى المدرسة ونجد هنا أن عملية تعليم أطفال التوحد غامضة وصعبة جدا.

ثالثا. المشكلات السلوكية: يجد الوالدين أن الاهتمام بالحاجات الجسمية للطفل يميل إلى التناقض مع تقدم عمر الطفل، في المقابل يتزايد القلق على سلوك الطفل مع الآخرين عبر الوقت؛ وهنا تظهر الحاجة إلى تطويع أو تطبيع سلوك الطفل للبيئة المحيطة وبالتالي يواجه الوالدان مشكلات من جديد والتي تظهر في بعض المواقف الاجتماعية وينتج عنها ضغوط نفسية شديدة ونذكر من هذه المواقف:

المناسبات الاجتماعية الرسمية حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال الآخرين.

الدعوات في بيوت الآخرين حيث يكون توجيه سلوك الطفل صعبا.

الأماكن العامة حيث يكون التحكم في سلوك الطفل مشكلة.

الأماكن المقيدة التي لا تسمح بالحركة للطفل ولا للوالدين بالانسحاب من الموقف (مثل: زيارة المراكز الصحية أو مقابلة الأخصائيين).

المواقف الاجتماعية حيث يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين وهنا يشعر الوالدان بالضغط خاصة عندما يلفت سلوك الطفل انتباه الآخرين ومحاولتهم لتفسير سلوكه للأصدقاء والغرباء.

رابعاً. العبء المادي: نجد أن إصابة الطفل بالتوحد تؤثر اقتصادياً على ميزانية الوالدين بالإضافة إلى الأعباء النفسية والاجتماعية، وهذا التأثير يتضمن كلا من التكاليف المباشرة مثل النفقات الطبية والتجهيزات الخاصة، أما التكاليف غير المباشرة فتتمثل في ضياع وقت العمل للتفرغ لرعاية الطفل.

خامساً. الحاجة المستمرة للدعم الاجتماعي: إن الحاجة للدعم الاجتماعي مطلب أساسي للأولياء والذين تكون فرصة اشتراكهم في المجتمع المقرب محدودة، والسبب أن الوالدين يعملان على تجنب المواقف التي تتطلب اصطحاب الطفل المصاب؛ فالضغط الواقع على الوالدين مرتبط إلى حد كبير بمظهر وسلوك وكلام الطفل المعاق وهنا تأتي المشكلة وتكون الحاجة للدعم الاجتماعي هي المخرج للوالدين.

IV القلق

1. تعريف القلق:

أولاً. التعريف اللغوي: يعرف القلق لغوياً في معجم الوسيط على أنه من قلق، قلقاً: لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستقر على حال، اضطرب، وانزعج فهو قلق، وأقلق الهم فلانا أزعجه، والمقلق: شديد القلق، يقال رجل مقلق وامرأة مقلقة.

ثانيا. **التعريف الاصطلاحي:** تعددت التعاريف التي خصت القلق لاحتلاله مكانة بارزة في علم النفس الحديث، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية والعرض الجوهري المشترك بين مختلف الاضطرابات النفسية.

فعرفه عثمان بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، الشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما، متوتر الأعصاب ومضطربا، كما أن الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه ويبدو مترددا فاقدر القدرة على التركيز. (عثمان، 2001، ص 18).

كما عرفه سبيلجر Spielberg بأنه حالة انفعالية نتيجة وجود مواقف كرب يمر بها الفرد، وتتسم هذه الحالة بمشاعر التوتر والعصبية، والانزعاج وتزامن هذه الحالات الانفعالية الفرد عندما يمر بمواقف معينة تثير قلقه. (عباس، 2014، ص 20، 21)

يمكننا القول بأن القلق هو حالة نفسية غير سارة خارجة عن نطاق سيطرة الفرد، ناتجة عن وجود خطر قد يكون معروف أو غير معروف.

2. القلق كاضطراب نفسي المنشأ: تنطلق نظريات القلق النفسية من أن القلق بحد ذاته أمر طبيعي غير أنه عندما يتجاوز حدا معيناً يحول إلى مرض أو اضطراب يستحق العلاج. (رضوان، 2007، ص 273)

3. مظاهر القلق: للقلق مظاهر ثلاثة مرتبطة ببعضها البعض يمكن فصلها عن بعضها من الناحية النظرية فقط:

أولاً: المظهر الجسدي للقلق كتسارع ضربات القلب، التعرق، توتر العضلات...

ثانياً: المظهر الذهني الانفعالي كالخوف من فقدان السيطرة على النفس والخوف من الموت.

ثالثاً: المظهر السلوكي الذي يتجلى في مواقف الخوف كالهروب بسبب الخوف أو تجنب موقف حرج.

هذه المظاهر لا تظهر دائماً مع بعضها في نفس الوقت وبنفس الشدة وبعض الناس لا يدركون إلا المظهر الجسدي والبعض الآخر الذهني أو السلوكي، غير أن للمظاهر الثلاثة دور في نشوء واستمرار القلق. (رضوان، 2007، ص 263، 264)

4. التفسير الوجودي والإنساني للقلق: يقول Kearnigard (كيركيجار) أحد مؤسسي

الفلسفة الوجودية " إن الاختيار يجر إلى المخاطرة والمخاطرة بطبعها تؤدي إلى القلق: قلق على الإمكانيات عامة وقلق على الوجه الذي اختاره الإنسان، فهذا قلق من وهذا قلق على، وهذا شبيه بالدوار الذي يصيب المرء حينما ينظر في هاوية ". (تونسي، 2002، ص 27)

5. أصحاب المدرسة السلوكية والقلق: يلخص أنصار المدرسة السلوكية أمثال بافلوف، ميللر، باندورا، وغيرهم أسباب القلق فيما يلي:

أ. ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

ب. بمجرد المرور بخبرة سارة أو مؤلمة فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط عن طريق التعميم بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطاً وإحداثاً للضغط.

ت. يتم تعلم القلق من خلال الوالدين وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما.

ث. يرتبط القلق بالمشيرات الطبيعية الخارجية المخيفة.

كما أكد البعض على أهمية وضرة أخذ الضغوط البيئية في الاعتبار وهناك نوعين من الضغوط هما:

أولاً. الضغط المباشر: الذي تسببه الأشياء التي تحدث اختلالاً للفرد في بيئته الخارجية)

طلاق، موت، رسوب، مرض... الخ).

ثانيا. الضغط غير المباشر: والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين وعدم الحسم بينهما.

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه بل إن اشتدادها واستمرارها أو تشابكها ونقص المقاومة للشخص وغياب التشجيع والمساندة من البيئة كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى فاعلية الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق. (غانم، 2011، ص 33، 34)

7. إنذارات تزايد الضغط والإجهاد: اضطراب النوم، اضطراب الهضم، اضطراب التنفس، خفقان القلب، التوجس والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك، الاكتئاب، التوتر العضلي والشد، الغضب لأتفه الأسباب، التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم، الإجهاد السريع، تلاحق الأمراض والتعرض للحوادث. (إبراهيم، 1998، ص 110)

خلاصة:

إن تجربة الأمومة تنطوي على انقلاب عاطفي كبير على شعور كبير بالمسؤولية لدى الأم ويمكن أن يصاحب ذلك الخوف والشك وعدم القدرة على رعاية الطفل المصاب بالتوحد، فتصطدم الأم بواقع مرير يحطم أحلامها وآمالها حول طفلها المتوقع والذي رسمت له صورة خاصة في مذكرتها قبل ولادته، فتحاول جاهدة التغلب من خلال ردود تتراوح بين السلبية والايجابية تبدأ من إنكار الإصابة إلى الغضب والخجل وتأنيب الضمير المرافق للخوف إلى أن تصل إلى تقبل إصابة ابنها والتكيف مع الوضعية الجديدة وهذه الأخيرة في حد ذاتها لا تخلو من الألم وخيبة الأمل بالنظر إلى خصائص وسمات الطفل والأعباء التي يتطلبها التكفل به خاصة من الناحية الصحية والسلوكية والمادية والاجتماعية.

تطرقنا في هذا الفصل إلى أم طفل التوحد ومشكلاتها وحاجتها إلى العلاج بصفة عامة لذا نحاول في الفصل الذي بعده التطرق إلى العلاج المعرفي السلوكي بمختلف عناصره.

الفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي:

تمهيد

1. العلاج المعرفي السلوكي
1. نبذة عن العلاج النفسي المعرفي السلوكي
2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
3. الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
4. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي
5. استراتيجيات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي
6. المبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي
7. الهدف من العلاج المعرفي السلوكي
8. أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي
9. المستويات الثلاث للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي
10. فاعلية العلاج في الحد من الضغوط النفسية
11. دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي
- II. تناول المعرفي
1. تأسيس العلاج المعرفي
2. مميزاته
3. مبادئه
4. مسلماته

5. بعض فنياته
- III. التناول السلوكي
 1. مفهومه
 2. هدفه
 3. أساليبه وتقنياته
 4. فنياته
 5. خصائصه
 6. مزاياه
 7. عيوبه
- خلاصة.

1. العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

يعد العلاج المعرفي السلوكي من بين العلاجات الشائعة في علم النفس وهو طريقة علاجية تعتمد جلسات وفتيات محددة بهدف التغلب على المشاكل والاضطرابات النفسية عن طريق تغيير طريقة التفكير والتصرف نحو المشكل بايجابية، كما يتعامل فيه المعالج مع الحالة بطريقة منظمة بحث تساعده طريقة العلاج على إدراك التفكير غير الصحيح ومساعدته على الاستجابة للمواقف بطريقة أكثر عقلانية.

1. نبذة عن العلاج النفسي المعرفي السلوكي

أو كما يعبر عنه اختصاراً باللغة الفرنسية TCC أو بالإنجليزية TBC وهو كما يلاحظ من خلال التسمية مكون من شقين هما علاج معرفي وآخر سلوكي فهو نتاج تفاعل بين نمطين من العلاجات النفسية الأول يركز على السلوك الظاهر والارتباط بين المثير والاستجابة ويفتقر في الآن نفسه إلى توظيف البنى المعرفية والإدراكية للفرد، فالعلاج السلوكي هو شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياته المحيطين به أكثر ايجابية وفاعلية ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك، في حين انبثق العلاج المعرفي من خلال تركيزه على المخططات المعرفية وتأثيرها على السلوك، ففي كتاب العلاج المعرفي للاكتئاب عرف Beck 1979 العلاج المعرفي بأنه: " نشاط موجه محدود الوقت له منهج منظم يستعمل لعلاج مجموعة

من الاضطرابات النفسية (مثل الاكتئاب، القلق، الفوبيا... الخ) ويركز على مضامين نظرية عقلانية ترى أن مشاعر الأفراد وسلوكهم تتحدد عموماً بالطريقة التي يرون بها العالم فمعرفتهم (اللفظية أو التصويرية التي هي حدث في مجرى الوعي) تركز على مواقف مفترضة (مخططات Schémas) تطورت من التجارب السابقة فمثلاً إذا قام شخص

بترجمة كل تجاربه بمبدأ الكفاءة والكمال تهيمن هذه الفكرة على مخططه المعرفي فيقول: " يجب أن أفعل كل شيء بشكل جيد أو أنا فاشل" وكننتيجة لذلك هو يتفاعل مع الوضع على أساس الكفاءة حتى وإن لم يكن لهذا الوضع علاقة بكفاءته الشخصية. (سنوساوي، 2017، ص 28).

قصد يونغ بالمخططات المعرفية غير التوافقية الطراز المعرفي والانفعالي الذي يصبح الفرد فيه غير واثق من نفسه ومتشائم والذي يظهر في مراحل النمو المبكرة ويتكرر طيلة حياة الفرد. (Young,2006,p34)

المعروف في المناهج السلوكية أن السلوكيين الأوائل يؤمنون بأن ما يمكن ملاحظته من السلوك وعواقبه الملحوظ هو فقط ما يدرس، وهم ينظرون أحيانا إلى الشخص كما لو كان «الصندوق الأسود» إذ تهتم فقط العلاقة بين المدخلات والمخرجات وليس ما يجري داخل الصندوق وعلى العكس منهم المعرفيون إذ يهتم ما يجري داخل الشخص، فيستخدمون مفاهيم مثل الإدراك، الانتباه، التهيؤ العقلي والتخيل، وهم يوجهون انتباهها أكثر للألفاظ واللغة ويرون كل السلوك بوصفه إشارات لنشاط مخي وبدلا من السلوك الظاهر يهتم المعرفيون بتشغيل المعلومات ودراسة الذاكرة وحل المشكلة والتنظيم الذاتي، وقد بدأت في السنين الأخيرة محاولات عديدة من جانب المحدثين للتقريب بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية بالرغم من معارضة الأوائل، ويلاحظ المعرفيين في تعليقهم على منهج «التخلص التدريجي من الحساسية» أن أسلوب فولبي يعتمد على تخيل المواقف التي تستثير الخوف، وهي عملية معرفية وليست سلوكا خارجيا ملحوظا، كما أن مفهوم سكينزرفي « الاشراف الإجرائي » ترجع أهميته إلى معظم السلوك الصادر عن الناس يمكن النظر إليه بوصفه إجراءات بينما يكون عدد قليل نسبيا استجابات للاشراف الكلاسيكي، ولذلك فإن ترتيب الظروف التي تلي السلوك يمكن أن يؤثر في مجرى الكلام أو الابتسام أو القراءة أو العمل. (مليكة، 1990، ص

(168

لقد سبق العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن في الحالة الصحية للناس ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور " لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا ". كما ذكر علي كمال 1994 أنه مع بداية النصف الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. (الغامدي، 2013، ص 139، 138)

2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.

أولاً. تعريف المعجم الموسوعي لعلم النفس للعلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث تم استخدامه من قبل "آرون بيك" حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة و استبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ، ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض، ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة و استبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية ويكون دور المعالج نشطاً في توعية المريض. (الغامدي، 2013، ص 143)

وبمنظور آخر أو بعبارة أخرى يبحث العلاج المعرفي السلوكي في زيادة فاعلية الفكر الذي وراء السلوك وتعديل الطريقة التي على أساسها يفكر الشخص ليعتدل السلوك إلى الأفضل.

والمنطق وراء هذا الاتجاه هو الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها وبين استجاباته وسلوكه في الواقع، والمؤثر الآخر وراء القوى وراء ظهور هذا الاتجاه هو التوجه "العقلاني-الانفعالي في العلاج" Rational-Emotive Psychotherapy الذي ارتبط باسم "ألبرت اليس" Albert Ellis وقد حدث هذا التحول الذي يمثله العلاج السلوكي المعرفي في غمار التقارب بين الاتجاه السلوكي و الاتجاه المعرفي. وقد حدث أن السلوكية وجدت في المنهج المعرفي دعما كبيرا لضمان فاعلية فنياتها، كما أن التوجه المعرفي استثمر الجهد التدريبي الذي توفره الفنيات السلوكية لتكريس التغيير المعرفي وتحويله من تغيير معرفي إلى تغيير سلوكي. (كفاي، 2009، ص 370)

ثانيا. تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي:

العلاج المعرفي السلوكي هو تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها، والعمليات المعرفية هي: الإحساس، الإدراك، الانتباه، التذكر، الربط، الحكم، التفكير والوعي. كما عرف "العلاج المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية". (الغامدي، 2013، ص 144)

3. الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا حيث يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات و يعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما

يترتب عليها من ضيق وكرب وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية، ويعتمد هذا الاتجاه العلاجي على توضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين ما يعاني المريض منه سواء تمثل ذلك في اضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفي في مختلف المجالات، وتصبغ هذا الأداء الوظيفي بالخلل. (عادل، 1990، ص17)

4. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي:

أولاً. نظريات التعلم:

ذكر كوترو أن نظريات التعلم تشمل الاشرط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم الاجتماعي وهي تهدف إلى تعديل السلوك الملاحظ المحرك أو اللفظي من خلال التقنيات الإجرائية التالية: التعميم، التمييز، طريقة العمل، التعزيز والنمذجة.

ثانياً. النظريات المعرفية:

هي سيرورة التفكير الواعي وغير الواعي والتي تنظم إدراك الأحداث التي تحدث في محيط الفرد. (Cottraux, 2011, p 5)

5. استراتيجيات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي: يتشكل النموذج العلاجي المعرفي

السلوكي من ثلاث محاور أساسية هي:

أ. تقنيات التحكم (التعامل مع ردود الفعل الفيزيولوجية).

ب. تقنيات التعرض للمواقف المقلقة (العمل على مستوى السلوك).

ت. تقنيات إعادة البناء المعرفي (العمل على مستوى المعارف). (بلحسيني، 2014،

ص98)

لقد اقترح جون كوترو خلال المرحلة المعلوماتية هذه سبع رسائل يجب ذكرها وتوصيلها:

أ. القلق جزء من الحياة.

ب. القلق ليس عدو يجب فقط معرفة كيفية التحكم فيه.

ج. نوبات الهلع هي ظاهرة متكررة حتى لدى أشخاص لا يعانون من مشكلات نفسية مهمة.

د. الأعراض الفيزيولوجية التي يشعر بها الفرد أثناء نوبة القلق مرتبطة بالتسارع القلبي والتنفسي وليست نوبة قلبية أو دماغية.

هـ. الضغط في عضلات ما بين الأضلاع تفسر الآلام الصدرية وأحيانا تفسر كذبحة صدرية.

و. التسارع القلبي والتنفسي والتغيرات الأيضية تفسر الأعراض النفسية للقلق والتي لا ترجع مطلقا للجنون.

ز. الأعراض التي نسميها تشنج سريع يمكن أن يعاد إنتاجها عند أغلب الناس بتسارع التنفس الإرادي والممتد لاثنتين أو ثلاث دقائق. (بلحسيني، 2014، ص 101)

صياغة المشكلة: يقوم المعالج بجمعكم كبير من المعلومات عن العميل وعن مشكلته، ليس فقط عن طريق المعلومات اللفظية من العميل، وإنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه للعميل، وأيضا من خلال إجراء فحص موضوعي شامل للعميل في فترة مبكرة من العلاج، وبناءا على هذا الكم من المعلومات يتم صياغة المشكلة وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل (الحالة) في ضوء المعلومات المتواجدة، وبشكل خاص يحدد المعالج التفكير الراهن للعميل الذي يرتبط بالسلوكيات المشكلة ويساعد على استمرارها، وكذلك رصد الانفعالات والعوامل المسببة والمفجرة التي ترتبط بالمشكلة الحالية والتي من شأنها أن تدعم السلوك غير المساعد وأيضا التعرف على تفسير العميل للأحداث الارتقائية الأساسية. (بيرني، 2008، ص 41)

6. المبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي:

هو أن الأفكار، الوجدان، السلوك والجوانب الفيزيولوجية هي كلها نظام موحد فالتغير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوب بتغير في المكونات الأخرى، وتعتبر الأفكار هي الموجه لهذه المكونات الثلاث، حيث أنها ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسي، وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه، ومن ثم فقد دون إيكيتوس

(الفيلسوف الروماني الذي قال بأن معين السعادة هو النفس لا الأشياء الخارجية.) أن الناس لا يضطربون بسبب مايمرون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف وتتخلص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في:

✓ أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.

✓ أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي

يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).

✓ هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه

متعلم). (بيرني، 2008، ص 30)

7. الهدف من العلاج المعرفي السلوكي:

لما كان العلاج المعرفي السلوكي ينظر للإنسان على أنه كل لا يتجزأ لذلك فهو يتعامل معه من خلال العديد من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية المتفاعلة والمتكاملة فإن الهدف الأساسي أو الغاية النهائية هي مساعدة الفرد على تكوين فكرة وصورة جديدة عن ذاته وعن الآخرين تمكنه من التفاعل والتوافق بدرجة أعلى من الكفاءة والايجابية والقبول. (Taule & Wade, 2007, p687)

هو تعليم العميل أنه على الرغم من أنه لا يستطيع التحكم في كل جانب من جوانب العالم من حوله، إلا أنه يستطيع التحكم في كيفية تفسير الأشياء والتعامل معها في بيئته.

8. أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي:

أحد أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال الأفكار اللاتكيفية بأفكار أخرى تكيفية، ولكي يدرك المرضى الأفكار البديلة، ينبغي أن يسألوا أنفسهم الأسئلة التالية: ما هي الطرق البديلة لتفسير هذا الحدث؟ أو كيف يفسر الآخرون هذا الحدث؟ ومع تكرار الممارسة يتعلم المرضى تغيير منظورهم منتقلين من الضحية السلبية لمشكلاتهم النفسية إلى الملاحظ النشط، في الغالب ما تستخدم أشكال مراقبة الذات لتوجيه هذه العملية، إن الطرق التي تفسر بها الأشياء مثل أي عادة سيئة تدفع إلى مقاومة التغيير. تتمثل الخطوة الأولى نحو التغيير في الإدراك؛ أن هناك العديد من الطرائق المختلفة التي يمكن من خلالها تفسير الحدث، ولكي نفسر حدث ما نحن في حاجة إلى صياغة فروض، وهذه الفروض هي التي تحدد استجابتنا الانفعالية للحدث كما ذكرنا من قبل فإن هدف العلاج هو اختيار المريض لفروضه وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة يقوم بتعديلها لكي يتم تنمية منظور أكثر واقعية عن العالم الحقيقي، يتمثل افتراض المدخل المعرفي في أن التنبؤات والمقولات الذاتية لها تأثير قوي على السلوك والخبرة لذلك من الضروري الإعداد للممارسة لضمان أن جلسة الممارسة سوف تقدم القدرة المثلى لتحدي الأفكار المختلة وظيفيا لدى المريض. (هوفمان، 2012، ص 38)

أولاً. مراحل التغيير:

هناك نظرية مؤثرة تصف عمليات التغيير هذه الطريقة يطلق عليها النموذج النظري الانتقالي للتغيير، هذا النموذج يحدد مراحل مختلفة للتغيير تختلف في الاستعداد للتغيير، على الرغم من أن هذا النموذج تم تطويره لسلوكيات الإدمان إلا أنه ليس قاصراً على مشكلة نفسية معينة أو عملية تغيير علاجي، علاوة على ذلك فإن المشكلة ليست في حاجة إلى أن تكون مقصورة على التغييرات في المعارف والإدراكات تحديداً يفرض النموذج أن عملية التغيير

تتطوي على التقدم عبر ست مراحل هي: ما قبل التفكير في التغيير، التفكير في التغيير، الإعداد، الفعل، الإعادة، الإنهاء.

في مرحلة ما قبل التفكير في التغيير فإن الفرد لا ينوي البدء في أي تغيير في المستقبل الذي يمكن التنبؤ به، أما في حالة التفكير في التغيير فإن الناس يفكرون بعمق في القيام بالفعل في المستقبل، أما في مرحلة الإعداد فإن الشخص ينوي تغيير سلوكياته ومعارفه في المستقبل القريب، فقد يبدأ في التجربة بتغييرات بسيطة ولكنه حتى الآن غير مستعد لإجراء تغييرات كبيرة ولا تحدث هذه التغييرات الكبيرة إلا إذا وصل إلى مرحلة الفعل، حيث يقوم فيها بتغيير سلوكياته ومعارفه اللاتكيفية.

أما مرحلة الإعادة فهي المرحلة التي يقوم فيها بمجهود مستمر للاستمرار في استراتيجيات التغيير، أخيرا يصل إلى مرحلة الإنهاء عندما لا يكون لديهم أي إغواء وتصبح لديهم ثقة في عدم العودة للوراء، أي إلى أنماط السلوك والمعارف القديمة أو اللاتكيفية، إن الشروع في التغيير يتطلب دافعية وشجاعة كبيرة لأن الاستراتيجيات التي تستخدم للتغلب على المشكلات صعبة، أو مؤلمة أو محدثة للتوتر بالإضافة إلى ذلك لا يمكن أن يكون الفرد متأكدا من أن استراتيجيات العلاج النفسي سوف ينتج عنها نواتج مرغوب فيها لذا لابد أن يكون هدف العلاج مرغوب فيه وقابل للتحقيق أيضا حتى يكون الفرد المريض على استعداد للتغيير وينخرط في العلاج هذا الاستعداد للتغيير يمكن تعزيزه من خلال إجراء تحليل الفائدة_التكلفة التي تقع على الفرد نتيجة لوجود المشكلة عنده ومقارنة ذلك بتحليل الفائدة_التكلفة إذ تحرر من هذه المشكلة. (هوفمان، 2012، ص 43)

وهذا ما نسعى لتطبيقه في الجانب الميداني من دراستنا.

ثانيا. مشكلة الدافعية نحو التغيير: لا يوجد تغيير دون دافعية، بمعنى توقع النتيجة أو انتظار فعالية العلاج المستعمل فإن لم تكن هناك دافعية نحو العلاج أو انتظار الهدف من

العلاج لن يتحقق التغيير، لذا فإن العلاج المعرفي السلوكي يستلزم مستوى معيناً من الدافعية، ومن الأفضل إعلام الحالة مسبقاً بذلك؛ إن التغيير أساساً يستلزم عملية التعلم والتعلم المضاد مهما كانت نوعية العلاج، فالإدراك أو الوعي "بالصدمة المسببة للاضطراب" والوضعية الشرطية الأولية غالباً ما يكونان كافيين لإحداث التغيير في السلوك المضطرب ومن ثم فإن الأشخاص في العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون أن يلاحظوا ويقيموا ذاتهم وأن يستخدموا تقنيات من أجل حل مشاكل أخرى مشابهة مهما كانت بنيته الشخصية، فإحداث التغيير في عنصر من هذه البنية يدخل التعديل على باقي العناصر المكونة لها، وذلك عن طريق إعادة تنظيمها، كذلك التغيير من جهة أخرى يحدث التعديل على البنية ككل، وذلك راجع إلى اختيار السلوكات، الانفعالات، والمعارف المستهدفة في التعديل الذي يحدث بدوره ردود فعل متسلسلة وأساسية داخل البنية لذا فهناك أشخاص يستفيدون من خبراتهم السابقة في حين البعض الآخر لا يتعلمون من ظروف معاشهم، إن تكرار نفس السلوك يعرقل عملية التغيير فيصبح الشخص حبيس معاشه، حيث يعيد ويكرر نفس السلوكيات غير المجدية متمنياً أن حياته ستتغير. (بلغال، 2017، ص54)

9. المستويات الثلاث للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً. السلوك: بمعنى "مقطع سلوكي" وهنا لا يتعلق بالعرض فقط بل بالاضطراب ككل، فالعرض من العلاج ليس إزالة مقطع معين ولكن تعليم الفرد مقطعاً آخر جديد غير مرضي ومختلف عن الاضطراب الآني، فالعلاج المعرفي السلوكي لا يعالج الأعراض بل يبحث في تعديل مقاطع سلوكية أو بمعنى آخر تعديل سيرة الفرد، ونستطيع تعريف السلوك على أنه "سلسلة منظمة من الحركات الموجهة للتكيف مع وضعية معينة مثلما تم إدراكها وتأويلها".

ثانياً. المعرفة: المعرفة نابعة من التعرف، فتشتمل علماً بالتعلم، التنظيم واستخدام المعارف حول الذات والعالم الخارجي، فهي تركز على السيرورات العقلية الأكثر تطوراً مثل التفكير، اتخاذ القرارات، حل المشكلات، الإدراك والذاكرة، وبالخصوص تدرس معالجة المعلومة، فهذه تقوم

بوظيفتها بفضل المخططات المعرفية اللاواعية، والتي تعتبر وسيطا منظما لجميع المعلومات الخاصة بالفرد والعالم، فتوجه الإدراك، والانتباه، الموجه لمثيرات المحيط، ويمكن تعريف المخططات المعرفية على أنها "بنية تنظيمية تم اكتسابها من الخبرات السابقة وتحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته والمحيط الخارجي وعلى المعتقدات والانفعالات، كما تقوم بترتيب وتوجيه الإدراك وتسهل عملية التذكر وحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة، وفي نفس الوقت تحدث تشوهات على مستوى الإدراك والانتباه وتمثل البنات المعرفية الجديدة وتجعلها مطابقة للبنات السابقة فيؤثر ماضي الفرد على حاضره. (بلغالم، 2016، ص 50)

ثالثا. الانفعال: يتميز بالأحاسيس الجسدية للرضا (الراحة، اللذة) وعدم الرضا (الانزعاج، الألم) المتعلقة بالتغيرات الفيزيولوجية كاستجابة لمثيرات لها، فإدراك الأحداث راجع للخبرة السابقة والوضعية الجسدية التي يكون فيها الفرد أثناء ذلك، تحول الانفعال (كظاهرة جسدية) إلى عاطفة (كظاهرة عقلية) مثلا: الرضا، الحزن، القلق والخوف والغضب، هذه الأحاسيس راجعة إلى تأويل الوضعية وليس إلى الوضعية في حد ذاتها، كما أن الانفعال تابع للمعرفة. (بلغالم، 2016، ص 51)

هدف العلاج السلوكي هو تشجيع المرضى على تنمية وزيادة قدرتهم على ابتكار أحداث ونشاطات سارة أثناء أحداث الحياة اليومية، مثل استخدام أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية كتدريبات تأكيد الذات والتدريب على ممارسة بعض النشاطات السارة بانتظام كعلاج مضاد للاكتئاب ومن أكثر العلاجات التي تم دراستها بشكل مكثف هو العلاج المعرفي الذي انطلق من أساس نظري مؤداه أن المعارف السلبية عامل حاسم في نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية، وقد أرسى بيك مصطلح المخطط حيث يعمل المخطط كما لو كان قالبا يتم من خلاله إدراك المعلومات الواردة وتفسيرها، حيث أن لدى مرضى الاكتئاب

مخططاتهم الخاصة بهم وهي عبارة عن نظرة سلبية عن الذات والعالم والمستقبل. (محمود، 2009، ص 29)

10.فاعلية العلاج في الحد من الضغوط النفسية:

يركز العلاج المعرفي السلوكي على تلك الأفكار غير المنطقية الناتجة عن تعرض الفرد إلى المواقف الضاغطة والتي يفسرها على أنها تمثل له تهديدا وبالتالي يعمل على دحض تلك الأفكار واستبدالها بأفكار أكثر منطقية، ومن هذا المنطلق اعتبر العلاج المعرفي السلوكي من بين أهم الأساليب العلاجية التي أثبتت نجاحها وفعاليتها في التحسين أو خفض حدة الضغوط النفسية، الأمر الذي أشارت إليه العديد من الدراسات النفسية نذكر منها دراسة هانس (1994) التي هدفت إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاستثارة الانفعالية السلبية كاستجابة للضغوط. (بن صالح، 2015، ص 83)

11.دور الأخصائي في العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم الأخصائي بعدد من الأدوار عندما يقوم بعملية العلاج فهو يعمل كمرشد ومشخص ومعلم، لذا عليه أن يركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها وسيط للقلق المرتبط بالسلوك؛ فدوره كمرشد في مساعدة المريض على تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل والتعاون معه في محاولة حل مشكلته، بتوليد الأفكار وإعطائه فرصة مناسبة لاختبار هذه الأفكار وكمعلم حيث يهتم بتدريب المريض على بعض المهارات العلاجية.

(العطية، 2007، ص 71)

العلاج الموجه نحو الهدف: لقد وضعنا سابقا أن من مميزات العلاج المعرفي السلوكي هي الطريقة التي يعمل بها المعالج والعميل بشكل تعاوني معا وعندما يحضر العميل أو الحالة للجلسة بمشكلة معينة فالمعالج يشجعه على صياغتها بصورة سلوكية، مثلا لو أشارت إحدى الحالات إلى أنها تشعر بالاكنتاب فسيقوم المعالج بفحص كيفية ظهور الاكنتاب لديها فلو

أفادت بأنها منعزلة اجتماعيا وليس لديها شهية جيدة، تعاني من نقص في الطاقة ومستوى النشاط عما كانت عليه من قبل، وفقدت قدرتها على الاستمتاع بنشاطات معينة كانت تسعدها في السابق، هنا فإن إعادة تقييم وصياغة هذه المهام قد تصبح من الأهداف النوعية للعلاج وبشكل عام فإن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهنا سوف يعمل المعالج معه بشكل تعاوني للوقوف على التغييرات الملائمة والمناسبة وذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل وسوف يتم بناءا على ذلك وبشكل تعاوني أيضا تحديد الأهداف وكذلك تحديد المهام الضرورية التي من شأنها أن تحقق تلك الأهداف. (بيرني، 2008، ص 41)

II. التناول المعرفي:

1. تأسيس العلاج المعرفي

تأسس العلاج المعرفي بواسطة آرون بيك في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، وباختصار شديد جدا فإن العلاج يفترض أن التفكير المشوش والسلبي الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المريض هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين ومن أهمها: العلاج العقلاني _ الانفعالي لألبرت إليس، والتعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميشينبام والعلاج متعدد الاتجاهات ل لازاروس.

(جوديث، 2007، ص 17).

كما كان العلاج المعرفي منذ أكثر من عشرين سنة مضت مقصورا على علاج الاكتئاب، ويفترض العمل الرائد "لآرون بيك A.Beck" في السبعينات من القرن الماضي " العلاج المعرفي و الاضطرابات المعرفية 1976" أن الاكتئاب هو النتيجة التي تترتب على الأفكار الشعورية السلبية لدى المكتتب الذي ينظر لذاته وللخبرة و المستقبل على أنها جميعا كئيبة وفارغة المضمون، وقد افترض بيك أن هناك محتوى معرفيا معيناً يميز كل اضطراب نفسي، وأن هدف العلاج هو **تحديد وتعديل** تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض، وكذلك تحديد وتعديل المخطط المعرفي الخاص لدى المريض . (سيد و نجيب، 2006، ص27)

يقول **أبي زيد البلخي** " بأن البدن إذا سقم منع قوى النفس من الفهم والمعرفة، كما أن النفس إذا اعتلت منعت صاحبها من التلذذ بمتع الحياة." وعندما نتصفح كتاب مصالح الأبدان والأنفس للبلخي نجده ينحو النحو نفسه الذي يؤكد آرون بيك بأن التفكير الخاطئ وما يتبعه من تصورات منحرفة هو المسؤول الأول عن إصابة الناس بالأعراض النفسية وأن تبديل هذا الفكر هو الذي يتم عن طريقه العلاج وإراحة المضطربين من أعراضهم، ولاهتمامه الواضح بالناحية الوقائية لا يكتفي البلخي بتصحيح الأفكار والتصورات بل يذهب بعيداً حينما يقدم النصح للأسوياء والأصحاء بأن يخزنوا في عقولهم الوصايا الفكرية الصحية في حال سكينتهم وصحتهم النفسية ليستفيدوا منها إذا ألمت بهم بعض الأعراض النفسية، إذن فالعلاج من الأعراض النفسية عند البلخي هو إتباع الأساليب المعرفية الحديثة نفسها التي تعتمد على كشف أخطاء تفكير المصاب وتناقضاته مع الواقع حتى تتبدل انفعالاته. (البلخي، 1995، ص 26،36)

2. مميزات العلاج المعرفي:

- العلاج المعرفي هو علاج قصير المدى يمتد من 15-22 حصة في مدة تستغرق 03 أو 04 أشهر.
- الأسلوب تشاركي حيث أن المعالج والمريض يعملان معا لتحديد المشاكل وحلها.

- يلعب المعالج دور نشيط وموجه خلال مراحل العلاج وأحيانا يكون عمله تعليمي ولكن دوره هو تسهيل وتعريف وحل المشاكل عن طريق أسئلة استقرائية.
- المنهجية التجريبية عند وجود المعطيات أي المشاكل والأفكار والتصرفات الخاطئة وافتراضات من طرف المعالج والمريض واختبارات التأكد من مختلف طرق التغيير والنتائج.
- يركز العلاج المعرفي على "هنا والآن" فالعمل يكون على المشاكل الآنية ويمكن التطرق إلى الماضي لفهم تطور السلوك، لكن هذا النوع من العلاج يركز على السلوك الحاضر.
- لا يستعمل المعالج مصطلحات التحليل النفسي لتفسير السلوك ففي مكان النكوص والتثبيت للسلوكات غير التكيفية تفسر للتعلم وإلى إدراكات وتأويلات خاطئة والعمل المعرفي هدفه إعادة التعلم.
- الطريقة الأساسية العلاجية هي سقراطية بمعنى طرح أسئلة قادرة على الوصول بالمريض لتغيير أفكاره وآرائه. (خوجة، 2015، ص 60، 59)

3. مبادئ العلاج المعرفي:

أولاً. يؤكد العلاج المعرفي على التعاون والمشاركة الفعالة:

المعالج يساعد المريض على رؤية العلاج أنه عمل جماعي فعليهما أن يقررا معا (الأخصائي والمفحوص) أشياء كثيرة مثل: ماذا عليهما أن يناقشا في كل جلسة وكم عدد المرات التي عليهما أن يتقابلا فيها، وما ذا على المفحوص أن يعمل بين الجلسات كواجب منزلي.

ثانياً. إن العلاج المعرفي هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما:

يطلب المعالج من المريضة في الجلسة الأولى أن تعدد مشاكلها وأن تضع أهدافا معينة لعملية العلاج فهناك على سبيل المثال مشكلة أولية هي شعورها بالعزلة

وبتوجيهات المعالج تقرر المريضة هدفا واضحا في عبارات سلوكية وهو إقامة صداقات جديدة.

ثالثا. يركز العلاج المعرفي على الحاضر:

إن علاج الكثير من المرضى يتضمن تركيزا قويا على المشاكل الحالية، وعلى المواقف التي تؤلمهم؛ فالتقييم الواقعي للمواقف المؤلمة الحالية والعمل على حلها سوف يؤدي إلى تحسن في الأعراض ولذلك يميل المعالج بصفة عامة إلى بدء العلاج بفحص المشاكل الحالية بغض النظر عن التشخيص الإكلينيكي ويتحول التركيز على الماضي في حالات ثلاث: حينما يعبر المريض عن نزوع شديد لذلك وحينما لا يعطي التركيز على المشاكل الحالية النتيجة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك أو حينما يرى المعالج أنه من المهم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعتلة وكيف أن هذه الأفكار تؤثر في المريض حاليا.

رابعا. إن العلاج المعرفي هو علاج تعليمي في الأساس:

يهدف إلى تعليم المريضة كيف تكون معالجة لنفسها ويركز على تجنب الانتكاسات، المعالج يعلمها كيف تحدد أهدافها وكيف تتعرف وتمتحن أفكارها ومعتقداتها وأن تخطط لتغيير سلوكها فهو يشجعها في كل جلسة أن تسجل (كتابة) الأفكار المهمة التي تعلمتها، وبذلك يمكنها الاستفادة من فهمها الجديد في الأسابيع التالية وكذلك بعد نهاية علاجها.

خامسا. العلاج المعرفي يكون محدد بزمن:

يعتبر العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج حيث يهدف إلى تحقيق تغييرات مباشرة في السلوك محل الشكوى لدى فرد معين، حيث تجعل حياته وحياته المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية. (إبراهيم، 2003، ص 36)

استخدم أرنولد لازاروس 1958 Lazrus اسم العلاج السلوكي ليصف " علاجاً جديداً من العلاج النفسي " لتعديل السلوك المضطرب الملاحظ، والعلاج السلوكي يعتبر أسلوباً حديثاً نسبياً في مجال العلاج النفسي ومن ناحية أخرى يمكن القول إن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب.

4. مسلمات نظريات العلاج المعرفي: من المسلمات أن جزءاً كبيراً من اضطرابات سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ لكننا أيضاً نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف الطريقة الصحيحة من التفكير، فجزء كبير إذن من وجهة نظرنا ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم كيف يكون التفكير السليم لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحو عقلياً وتربوياً ويؤكد ألبرت إيليس كما أكد من قبله أدلر أن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة التمازج مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ من تفكيره مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها. (إبراهيم، 1994، ص 315)

أولاً. تعديل أخطاء التفكير: لا يمكن في الحقيقة عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم السلوكية عن الطريقة التي يفكرون بها، وعما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها، فالاضطرابات النفسية على وجه العموم بما فيها اضطرابات الطفل تعتبر من وجهة نظر المعالج السلوكي المعرفي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم، وتبين ملاحظات أخرى أن ما يردده الطفل من أقوال لنفسه عندما يواجه المواقف هو مصدر رئيسي من مصادر الاضطراب ولذلك يركز المعالج السلوكي المعرفي أكثر من زملائه الآخرين على علاج أساليب إدراك الطفل واتجاهه نحو المواقف الخارجية .

ثانياً. التفكير الإبتكاري: يعرف تورانس Torrance عام 1966 الابتكار أنه عملية يصبح فيها الفرد حساساً للمشكلات وأوجه النقص وفجوات المعرفة والمبادئ الناقصة، وعدم

الانسجام وغير ذلك، فيحدد فيها الصعوبة ويبحث عن الحلول ويقوم بتخمينات ويصوغ فروضا عن النقائص ويختبر هذه الفروض ويعيد اختبارها ويعدلها ويقدم نتائج آخر الأمر، ويعد جيلفورد Guilford رائدا لمن ينظرون إلى التفكير الابتكاري باعتباره مجموعة من العوامل العقلية هي: الطلاقة، المرونة، الأصالة وإدراك التفاصيل.

ثالثا. الطلاقة: تعني قدرة الفرد على التفكير في أكبر عدد من الأفكار حول قضية أو مشكلة معينة وتقاس بعدد الاستجابات التي تتصل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة بالمشكلة أو الموقف، وهذا يعني طلاقة أو سيولة الأفكار.

رابعا. الأصالة: وتعني قدرة الفرد على إنتاج حلول أو أفكار جديدة غير مألوفة بعيدة عن الظاهر المعروف.

خامسا. المرونة: تعني قدرة الفرد على رؤية المشكلة أو الموقف من زوايا كثيرة متنوعة وقدرته على إتباع أكثر من طريقة للوصول إلى كل ما يحتمل من حلول أو أفكار، أي تعني قدرة الفرد على تغيير اتجاه التفكير.

سادسا. التحسين (التطوير): تعني قدرة الفرد على صياغة وتعديل الأفكار التي يتم إنتاجها في شكل مقبول مع موضوع المشكل أو الموقف. (الدريد، 2004، ص 37،38)

المخططات المعرفية: هي عبارة عن أبنية معرفية (تصورات) منظمة لتجارب الماضي والتي تؤثر في إدراك الفرد وتفسيراته، وتمثل المعرفة التي يكونها الفرد على ذاته ومحيطه والعالم الخارجي، ويعتبر بيك أن المخططات أيضا توجه كل الأنشطة المعرفية سواء كانت اجترارية فكرية أو أحاديث ذاتية أو معالجة معرفية لأحداث خارجية. (بوحوش، 2016، ص 94)

5. بعض الفنيات المعرفية:

أولاً. **صرف الانتباه:** تستخدم هذه الفنية لأهداف محددة وقصيرة المدى وتستخدم في بداية العلاج لكي نجعل العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جدا في العلاج، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل. (الغامدي، 2006، ص 186)

فصرف انتباه الشخص لإزاحة قلقه الذي تثيره أفكاره ومشاعره والمواقف المؤلمة لمدة دقائق أو ساعات قليلة وذلك بالاستماع إلى موسيقى أو القراءة أو ممارسة نشاط معين. (حسين، 2006، ص 274)

ثانياً. **فنية اختبار الدليل:** هي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة و أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على اكتشاف المنطق الخاطئ والكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة حيث يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض. (الغامدي، 2006، ص 189)

كذلك فإن الأفراد يشعرون أحيانا بالضيق والانزعاج عندما يسعون إلى تحقيق بعض أهدافهم وتواجههم أو تعترضهم عوائق أو أحداث تعرقل تحقيق هذه الأهداف وربما تمنع تحقيقها فتولد لدى الفرد معتقدات أو أفكار قد تكون سلبية أو ايجابية، وتنشأ عن المعتقدات السلبية والأفكار غير المنطقية مشاعر وسلوكيات لا تساعد على تحقيق هذه الأهداف، وهذا يشير إلى أن الأحداث بحد ذاتها لا تخلق المشاعر وإنما المعتقدات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر وإظهارها على نحو محدد. (شاهين، 2011، ص 8)

III. التناول السلوكي:

ينطلق التناول السلوكي من افتراض أساسي مفاده أن البيئة هي المحدد القاعدي للسلوك وأن السلوكيات ما هي إلا نتاج تفاعل بين الفرد والبيئة، وأنه ليس هناك شخص جيد وآخر سيء، لأن طبيعة الشخصية وتطورها يتوقفان على طبيعة التفاعل بينها وبين البيئة. (ازروق، 1997، ص 98)

1. مفهوم العلاج السلوكي:

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض.

يركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي كما يتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ لذلك نرى أن أهدافه محدودة ومحددة وقابلة للتحقيق، والسلوك المضطرب أو الشاذ الذي يحتاج إلى تعديل عن طريق العلاج السلوكي كثير ومتنوع.

(زهران، 2005، ص 237،238)

يعتبر العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى لدى فرد معين بحيث يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر ايجابية وفاعلية ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك ولأن المحاولات الأولى من العلاج السلوكي كانت مرتبطة بظهور نظرية التعلم فإن فئة كثيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العالم الروسي بافلوف Pavlov . وتبعه بعده واطسون Watson وهل Hull الأمريكيين وتلك التي صاغها ثورندايك Thorendike وطورها بعده عالم النفس الأمريكي المشهور سكينر B.F.Skinner. (إبراهيم، 1994، ص 36)

2. **هدف العلاج السلوكي:** هو إضعاف عادات السلوك المتكررة اللاتكيفية المتعلمة أو إزالتها، والسلوك اللاتكيفي أو الاستجابة اللاتكيفية يظهر رداً على منبه خاص وتكون الاستجابات السلوكية حركية وانفعالية ومعرفية وبذلك تصبح العادات السلوكية اللاتكيفية مخربة للعضوية ومؤذية، ويعرف العلاج السلوكي بأنه " استخدام الأسس التجريبية المثبتة والمبرهن عليها، والقائمة على مبادئ التعلم بهدف إزالة الاستجابات اللاتكيفية أو إضعافها. (حجار، 1999، ص 8)

3. أساليب وتقنيات العلاج السلوكي:

كغيره من العلاجات النفسية فإن العلاج السلوكي له تقنياته وقد قسمها الباحث مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة إلى فئتين:

أساليب زيادة السلوك: وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب ويندرج تحت هذا الأسلوب المعززات الايجابية والمعززات السلبية وتشكيل السلوك والاستبعاد التدريجي والتعزيز الرمزي والنمذجة.

أساليب خفض السلوك: وهي أساليب تهدف عند تطبيقها إلى خفض معدل تكرار السلوك غير المرغوب ويندرج تحت هذا الأسلوب العقاب، المحو، الإغفال، أو التجاهل والممارسة والتصحيح والعزل أو التخلص من الحساسية. (لحمري، 2015، ص 79)

4. فنيات العلاج السلوكي: إن للعلاج السلوكي أساليب فنية متعددة منها:

أولاً. **التطمين التدريجي:** معناه بلغة بسيطة بث الطمأنينة في نفسية المريض بطريقة تدريجية وتشجيعه دائماً لمواجهة موقف القلق والتوتر والخوف ومساعدته على تقليل الحساسية الانفعالية أو إلغائها نهائياً، بحيث يتم تحييد مشاعر المريض نحوها، وبهذا التطمين تزول الاستجابة المريضة وتبدأ استجابة معارضة للقلق في التكون والبروز.

(مدن، 2006، ص186)

ثانيا. فنيات التشريط بالنقيض: تتبلور فنيات التشريط بالنقيض حول فكرة (إن الاستجابة لمنبه معين يمكننا إزالتها أو إستبدالها بنمط سلوكي آخر نحو نفس المنبه).

(الخالدي2015، ص 344)

ثالثا. التطمين التدريجي المنظم: استخدم هذه الفنية (جوزيف ولبي) لعلاج حالات الأفراد الذين يعانون القلق والذي بلغ عددهم 200 حالة وأطلق على هذه الفنية مصطلح

(الكف المتبادل) وإن فكرة الكف المتبادل فحواها هو: إننا إذا نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق، ثم يبدأ التضاؤل والاختفاء تماما. (الخالدي، 2015، ص 344)

5. خصائص النموذج السلوكي العلاجي: يتميز التناول السلوكي للعلاج بالميزات

التالية:

- يتعامل العلاج السلوكي مع سلوك الفرد المباشر أو الظاهر ومع السلوكيات التي يكون الفرد على وعي تام به، ولهذا فإن التركيز على النزوات اللاشعورية، وعلى دراسة أنماط الشخصية لا يلعب أي دور في العلاج السلوكي.
- يركز العلاج السلوكي بالدرجة الأولى على الحاضر (المشاكل الحالية للفرد والعوامل المؤثرة فيها) وهو ما يفصل بين العلاج السلوكي والتحليل النفسي الذي يركز بصفة أساسية على المراحل الأولى لنمو الشخصية.
- يتميز العلاج السلوكي باستمرارية التقدير المتعلق بالسلوك المشكل (problème) وبالشروط التي تعزز استمرارية هذا السلوك، ويتم ذلك من خلال التعرف على أبعاد السلوك المشكل كالبحت عن الكيفية التي يحدث بها ذلك السلوك، متى وأين يتكرر

حدوثه، ومتى وأين يقل، إلى جانب الكشف عن الظروف أو الشروط الخاصة التي تؤثر في ذلك السلوك، وترجع أهمية الاستمرارية في قياس السلوك المشكل إلى كون طبيعة هذا السلوك وطبيعة الشروط التي تعمل على تدعيمه أو ترسيخه قابلة للتغيير خلال فترات العلاج.

- العلاج السلوكي تربوي في طبيعته: إذ يهدف هذا العلاج إلى تعليم السلوكات التكيفية ويتم ذلك إما بتغيير وجه "السلوك المشكل" ومظاهره أو بتعديل الشروط المحيطة المرتبطة بالسلوك المشكل.

- يهتم العلاج السلوكي بتزويد العميل بمهارات المراقبة الذاتية التي تسهل التعامل بنوع من الاستقلالية مع المشاكل التي يصادفها في حياته اليومية.

- يتميز العلاج السلوكي بالفردانية فهو يفصل بين كل عميل وآخر حتى ولو كانت العملية العلاجية فيه تسير وفق إجراء وخطوات محددة، إلا أنه يعمل على تكييف تلك الخطوات العلاجية وفقا لما يتطلبه كل مشكل أو كل فرد. (ازروق، 1997، ص 99)

6. مزايا العلاج السلوكي: يمكن تلخيص أهم مزايا العلاج السلوكي فيما يلي:

- يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية العملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا.
- يبسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج مختلف أنواع المشكلات النفسية.
- يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
- يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة محددة، حيث يلعب العمل دورا أهم من الكلام.
- يستغرق وقتا قصيرا لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال.
- يمكن أن يعاون فيه كل من: الوالدين، الأزواج والممرضات يعد تدريبهم.

• أثبت نجاحا ملحوظا في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا، وعلاج أمراض عصابية مثل الخوف والإدمان وغير ذلك من حالات الاضطراب السلوكي.

• يبدو مستقبلا أكثر أمنا من الكثير من طرق العلاج التقليدي الأخرى.

7. عيوب العلاج السلوكي: يمكن تلخيص أهم عيوب العلاج السلوكي فيما يلي:

• أحيانا يكون الشفاء وقتيا وعابرا.

• السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط

بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.

• النموذج السلوكي المبني على أساس الإشراف لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك

البشري والاضطرابات السلوكية. (زهران، 2005، ص 256، 257)

• يركز على التخلص من الأعراض وبذلك يزول العصاب، والأمر في الأمراض

النفسية عادة ليس بهذه البساطة، فالتركيز على إزالة الأعراض فقط قد يؤدي إلى

ظهور أعراض أخرى ثم إن الاضطراب السلوكي الظاهر ما هو إلا الدليل

الخارجي لعقدة داخلية عميقة تكمن وراء هذا السلوك المضطرب الذي لا يزيد عن

كونه قمة جبل الثلج الظاهرة فقط، وعلى هذا يقول معارضو العلاج السلوكي إن أي

محاولة لعلاج الأعراض فحسب سوف تفشل لأنها لا تعالج المصدر الحقيقي

للاضطراب. (زهران، 2005، ص 257)

ملاحظة: نقصد بمصطلح " المشكلات " في بحثنا هذا المشكلات النفسية أي الاضطرابات

النفسية التي تشتكي منها أم طفل التوحد، كما نعلم أنه مصطلح واسع لا يمكننا التحكم فيه

إلا أننا نحاول قدر المستطاع في هذا الفصل أن نتطرق إلى الاضطرابات الأكثر شيوعا لدى

الأم وأن نتدرج في المعلومات حتى يتوافق الجانب النظري مع الجانب التطبيقي للدراسة.

خلاصة

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أبرز العلاجات التي أحرزت اهتماما بالغاً من قبل الباحثين لاحتوائه على طرق واستراتيجيات فعالة تساهم في تغيير طريقة التفكير السلبية التي يتبناها المريض تجاه نفسه وتجاه العالم الخارجي، واستبدالها بأفكار ايجابية عقلانية الأمر الذي يسهم في راحته النفسية والتخفيف من الاضطرابات النفسية التي تواجهه، كما أن هذا النوع من العلاج يركز على فكرة رئيسية مفادها وجوهرها أن سبب الاضطرابات النفسية هي اختلال في التفكير لدى الفرد والذي يؤدي بدوره إلى اختلال السلوك.

الفصل الخامس الإطار المنهجي للدراسة:

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. منهج الدراسة
3. الأدوات الاكلينيكية المستخدمة في الدراسة
4. الأساس النظري للبرنامج العلاجي
5. الركيزة الأساسية للبرنامج العلاجي
6. أهداف البرنامج العلاجي
7. مصادر بناء محتوى البرنامج العلاجي
8. مراحل البرنامج العلاجي
9. الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي

تمهيد

في هذا الفصل نحاول عرض الدراسة منهجيا حيث بدأنا بالدراسة الاستطلاعية من أجل التعرف على أجواء المركز إن كان يساعدنا في العمل أم لا؟ وكذلك الحالات إن كانت تخدم الدراسة أم لا؟. خصوصا وأن الدراسة الاستطلاعية ستمكننا من تحديد المنهج المتبع في الدراسة الأساسية بعد التأكد من صلاحيته. وتبيان الأدوات والمقاييس التي سيتم تطبيقها في دراسة الحالات، بدءا بالاختبارات القبلية المتمثلة في مقياس القلق لهاملتون ومقياس إدراك الضغط لفانستين وهذان الاختباران هما اللذان نعتمدتهما لمعرفة أثر البرنامج العلاجي المطبق على حالات الدراسة. وبهذا يمكننا القول أن المنهج الملائم في هذه الحالة هو المنهج الشبه تجريبي. حيث تطبق الصورة البعدية للاختبارات عند الانتهاء من دراسات الحالات و تطبيق البرنامج العلاجي.

نتطرق إلى الدراسة الأساسية بعد إجراء الاختبارات القبلية، مستخدمين في دراستنا للحالات المنهج العيادي الذي يتضمن الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية لدراسة الحالة.

وللعلم فقد قمنا بتطبيق أولي لمقياس الضغط والقلق لمعرفة صلاحيتهما بدءا بالفهم اللغوي والصيغة المطروحة، لقينا أنها لا تتلاءم مع الصيغة المطروحة حيث تحتوي عبارات غامضة بالنسبة للحالات مما أدى بنا إلى بعض التعديلات المناسبة.

وقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على الظروف المحيطة بالظاهرة التي نرغب في دراستها بعد تحديدنا للإطار المنهجي وقبل البدء في الدراسة الأساسية، فالدراسة الاستطلاعية هي عبارة عن مجموعة من الخطوات الرئيسية الأولية التي يركز عليها الجانب الميداني، الذي يجري فيه البحث ومدى الإمكانيات اللازمة والمتاحة التي تتدخل في سيره. كما أنها دراسة ميدانية للتعرف على الظاهرة المراد دراستها ويمكن استخدام معها أي وسيلة من الوسائل التقنية التي يمكن من خلالها أن يحدد الباحث بدقة مشكلة البحث ويصاغ

فروضه، وتمكنه من اختيار أكثر الوسائل صلاحية للدراسة وترشده إلى الصعوبات الكامنة، حيث "أنها تساعد الباحث على تناول موضوعات جديدة لم يتناولها من قبل أو لا تتوفر عنها معلومات أو بيانات أو يجهل الباحث الكثير من جوانبها وأبعادها، وبالتالي تساعده على التعرف عليها وإجراء الغامض منها، وبناءا عليه يتضح أن الدراسة الاستطلاعية تعتبر خطوة لا بد منها في انجاز أي بحث علمي". (بلغال، ص 132)

أولا. الغرض من الدراسة الاستطلاعية: للدراسة الاستطلاعية عدة أغراض منها:

التعرف على المركز النفسي الذي سيقام به البحث، هذا المركز به أقسام خاصة بالأطفال وأخرى للمراهقين وأخرى للراشدين، كما يتضمن قاعة ألعاب وقاعة خاصة بالنفسي الحركي وقاعة مخصصة للاسترخاء علما أن كل القاعات مجهزة جيدا بوسائل حديثة، المركز يحوي الكثير من الإعاقاتم بينها متلازمة داون، الإعاقة العقلية بمختلف درجاتها واضطراب التوحد.

- التعرف على عينة البحث (أمهات أطفال طيف التوحد)، مواصفاتها ومعاناتها والتقصي حول مختلف المشكلات النفسية التي تعاني منها جراء اضطراب طفلها.
- التقرب من الحالات ومعرفة الأجواء المحيطة بها وظروفها وانتقاء الحالات التي تخدم الدراسة.
- تحديد فرضيات البحث.
- التعرف على أدوات البحث ومحاولة ضبطها.
- بناء البرنامج العلاجي الذي سيطبق في الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحثة أثناء قيامها بالدراسة الاستطلاعية قصد تقاؤها في الدراسة الأساسية.

ثانيا. عينة الدراسة الاستطلاعية: تكونت العينة من (30) أما لها طفل التوحد حيث تم استدعائهن إلى المركز وتوزيع الاستمارات عليهن لانتقاء الحالات التي تخدم الدراسة وتم اختيار ست حالات تعاني مشاكل نفسية عديدة متعلقة بوجود طفل التوحد.

ثالثا. طبيعة اختيار حالات الدراسة: اختيار حالات الدراسة كان مقصودا، حيث تم الاختيار بناء على اضطراب الطفل وهو التوحد

رابعا. شروط اختيار حالات الدراسة الاساسية:

التأكد من أن الأم لها طفل يعاني اضطرابا بالتوحد وليس اضطرابا آخر.

التأكيد على ضرورة التعاون بين الباحثة والأم والجديفة في العمل.

قدرة الأم على التفرغ للمجيء إلى المركز (أخذ بعد المسافة بعين الاعتبار بيت عائلة الطفل-المركز).

2. منهج الدراسة.

بما أن هدف الدراسة هو معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من بعض المشكلات (القلق والضغط النفسي) لدى أمهات أطفال التوحد، اقتضت طبيعة البحث إتباع المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة هو الأنسب حيث سيتم إجراء قياس قبلي وبعدي على نفس المجموعة، وقد أشار معتر (1997) إلى أن الإنسان بكل مكوناته الانفعالية والاجتماعية والثقافية، وبكل خبراته وخلفياته المتعددة، يصعب إجراء التجربة عليه، وبالتالي يصعب تحديد وضبط المتغيرات والتحكم فيها، لذلك يعد المنهج شبه التجريبي الأكثر ملاءمة عندما يكون الإنسان هو موضوع الدراسة. (معتر، 1997، ص 13، 18)

اقتضت طبيعة الدراسة استخدام المنهج شبه التجريبي الملائم للموضوع، حيث تقوم بالبحوث شبه التجريبية عندما تكون التجربة على موضوعات اجتماعية وإنسانية ويفضل هذا

النوع من البحوث لأننا نستطيع أن نطبق المفهوم الكامل للتجربة (الدقة/ التحديد/ العزل/ الضبط/ التحكم) على المواد والسوائل والجماد في الطبيعة، بينما لا يمكن تحقيق كل هذه العناصر على الإنسان وعلى الموضوعات الاجتماعية والإنسانية وفي ضوء ذلك نطلق على البحوث التجريبية عند تطبيقها على الإنسان؛ أي في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية ببحوث شبه تجريبية، ونظرا لصعوبة تطبيق المنهج التجريبي على الكثير من الظواهر الإنسانية ودراستها في الواقع الفعلي. (أبو النصر، 2017، ص 121)

3. الأدوات الإكلينيكية والمقاييس النفسية المستخدمة في الدراسة:

لفهم ودراسة أي حالة ومن أجل مساعدتها يجب أن تتعدد وسائل جمع المعلومات ونحن نعلم أن وسيلة واحدة لا تؤدي جميع الأغراض، وغير كافية لجمع البيانات المطلوبة لإنجاح العمل، فتعدد هذه الوسائل يجعلها تكمل بعضها بعضا وتؤكد بعضها بعضا.

صحيح أن هناك وسائل ممتازة وتصلح الواحدة منها لجمع معظم المعلومات اللازمة لكن هذا الامتياز يزداد حين يستخدم معها وسائل أخرى كما نلاحظ أن الوسيلة الممتازة في موقف أو مع حالة أو في يد أخصائي قد لا تكون كذلك في موقف آخر أو مع حالة أخرى أو في يد أخصائي آخر، ومن هذا المنطلق لجأنا إلى استخدام كل من الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية من أجل دراسة الحالة جيدا، وكذلك من أجل الإلمام بالمعلومات إضافة إلى مقياسي الضغط النفسي والقلق.

أ. استمارة معلومات من إعداد الباحثة بها معلومات أولية عن الأم الاسم واللقب، عدد الأطفال المصابين ب اضطراب طيف التوحد في العائلة، سن الطفل، رقم الهاتف، وسؤال مفتوح كان كما يلي:

ما هي المشكلات النفسية التي تعاني منها أم طفل طيف التوحد؟.

الهدف من هذه الاستمارة هو معرفة أهم المشكلات النفسية والاضطرابات التي تعاني منها الأمهات والتي تكون مشتركة بينهن حتى يتسنى لنا ضبط المشكلات المراد دراستها والتي على أساسها نسطر البرنامج العلاجي.

ب. **الملاحظة العيادية:** تعتبر الملاحظة الأساس الأول الذي يمكن أن تبنى عليه كل المهارات والفنيات الممارسة في المقابلة، حيث أنها تعطي فكرة مبدئية حول إمكانية التحقق من صحة بعض الفروض المتعلقة بالظواهر السلوكية الصادرة عن الفرد أو إنكارها ولاسيما في حالة تعذر استخدام المقاييس والاختبارات النفسية في تحقيق ذلك. (عمر، 1987، ص 101)

ج. **المقابلة العيادية:** تعد المقابلة العيادية إحدى الأدوات المهمة والأساسية في جمع البيانات وتنظيمها، كما تهدف إلى فهم الحالة والتعرف عليها مباشرة من خلال الملاحظة المباشرة للحالة ومقابلتها وجها لوجه بحيث تكون هذه المقابلة هادفة وموضوعية، جمع المعلومات عن الحالة كان عن طريق مقابلة الأم مباشرة.

وقد عرفت المقابلة" على أنها مواجهة بين اثنين أو أكثر يدور فيها حوار أو محادثة موجهة للحصول على معلومات من المريض أو للتعديل في سلوكه وعلاجه وتختلف أنواع المقابلات في المجال الإكلينيكي باختلاف أهدافها وهذه الأنواع هي: مقابلة التشخيص المبدئي، المقابلة التشخيصية، المقابلة التي تجري بهدف الالتحاق بالمؤسسة، أو العلاج أو بهدف دراسة الحالة، التاريخ الاجتماعي، المقابلة مع أقرباء المريض أو أصدقائه، أو المقابلة بهدف العلاج النفسي، وأخيرا المقابلة الخاصة بتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية، إضافة إلى ما ذكر تعد المقابلة الإكلينيكية إحدى الأدوات المهمة في التشخيص وتهدف إلى فهم المعالج لديناميات سلوك المريض وفهم المؤثرات التي كونت الصورة التي يظهر عليها المريض في حياته وممارسته. " (شيهان، 2014، ص 209)

في الدراسة الحالية المقابلة الإكلينيكية تمثلت في المواجهة الشخصية بين الطالبة الباحثة وأمهات أطفال طيف التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بحي السلام - الشلف، حيث كانت هذه المقابلات لفترات زمنية ممتدة ما بين 45 دقيقة إلى 01 ساعة ذلك من أجل الهدف الأساسي الذي يسعى هذا البحث لتحقيقه ألا وهو محاولة الفهم الجيد للحالة والعمل على تطبيق برنامج علاجي متنوع في نشاطاته، وقد أخذت هذه المقابلة أشكالاً مختلفة وذلك حسب الهدف المسطر وتتمثل فيما يلي:

• المقابلة المبدئية أو الأولية:

تم فيها التعرف على الأم، ظروفها وكيفية تعايشها مع حالة طفلها. وذلك بعد التعريف بنفسه ودوري والغرض من تسجيل هذه المعلومات والهدف من القيام بهذه الدراسة ككل.

أول ما انطلقنا به مع أمهات الأطفال هو توضيح الأمور من البداية كما يلي: أننا بصدد القيام ببحث ميداني من أجل مساعدة الأمهات لفهم اضطراب أبنائهم وضرورة التعاون بين الباحثة والأم لتخفيف القلق و الضغط النفسي لديهن وتحقيق التوازن النفسي لهن.

وهذا الأمر يتطلب جهداً وصبراً وجدية في العمل من طرف الأمهات والقيام بمختلف الواجبات المنزلية المطلوبة منهن.

دراسة الحالة: يقوم أسلوب دراسة الحالة على جمع بيانات ومعلومات دقيقة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للاضطراب المراد دراسته، حيث يتم جمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة وكذلك ماضيها وعلاقتها بعائلتها، وذلك لمعرفة وتحديد العوامل المختلفة التي تؤثر في المشكل المدروس.

" دراسة الحالة هي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي وهي أساساً استطلاعية في منهجها كما أنها تركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل إلى الفروض باعتبارها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها

عن الفرد عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والطبي والفحوص الطبية والاجتماعية والسيكولوجية" (مليكة، 1985، ص 65)

- اعتمدنا في دراستنا على نظرية ألبرت إيس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، هذه النظرية تعتمد على فكرة أن العديد من المشكلات النفسية تنشأ عن أخطاء معرفية خاصة ما يتصل بها بذات الشخص وعالمه ومستقبله وفي نفس الوقت يساعد المتعالج على إكتشاف واختبار معتقداته الخاطئة وطريقة تفكيره.

اعتمدنا في بحثنا هذا في دراسة الحالة ما يسمى بـ: تصميمات بحث الحالة الواحدة.

تصميمات بحث الحالة الواحدة: إن في تصميمات بحث الحالة الواحدة نقارن بين أداء الفرد نفسه في مرحلة ما قبل العلاج أو ما يسمى الخط القاعدي وبين أدائه في مرحلة العلاج بهدف إيضاح العلاقات الوظيفية بين طريقة العلاج والسلوك. (شيهان، ص 181)

د. مقياس هاملتون للقلق:

• **التعريف بالمقياس:**

وضع هذا المقياس الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1959م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطي درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية وإذا استخدم استخداما سليما فإن الدرجات تكون مؤشرا يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

يعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

يشمل المقياس 14 عرضا يكون مجموع درجاته مقياسا كميا لدرجة القلق، وعادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دوريا بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.

يقيس هذا المقياس كما سبق وأن ذكرنا مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقا لخمس مستويات هي:

0 = لا توجد أعراض، 1 = أعراض طفيفة، 2 = أعراض متوسطة، 3 = أعراض شديدة، 4 = أعراض شديدة جدا.

• تفسير الدرجات: هناك طريقتان

الطريقة الأولى: تتبع عرضا واحدا ومقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن فالمريض الذي ينال درجة 3 على فقرة المزاج الاكتئابي مثلا في أول تطبيق ثم ينال درجة 1 بعد أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسنا واستفاد من العلاج.

الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمريض الذي ينال في أول تطبيق درجة كلية 30 وبعد أربعة أسابيع يحصل على 15 يكون قد تحسن بنسبة 50%.

بحيث يتضمن كل بعد مجموعة من الأعراض ويتم التقييم من خلال الدرجات عدم وجود القلق إلى درجة قوية جدا من القلق بحيث النقطة من 0-60 درجة.

توجد نقطة القلق النفسي في العبارة 1-6-14 ونقطة القلق الجسدي في العبارة 7-13.

حساب النقاط يسمح بإعطاء نقطة قلق نفسي نقطة قلق جسدي ونقطة عامة :

0-14 قلق خفيف، 14-20 قلق معتدل، فوق 20 قلق مؤكد بشحنة عالية. (مشري، 2017، ص 87)

• الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق: صدق الاتساق الداخلي: تم حساب وتقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمقياس هاملتون لتقدير مدى القلق بمعامل بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين

عبارات المقياس مع الدرجة الكلية له كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ألفا كرونباخ 0,01 وهيكل العبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين 0,75 كأعلى ارتباط كان بين العبارة 2 والدرجة الكلية للمقياس ككل و 0,448 كأدنى ارتباط بين العبارة 5 والدرجة الكلية للمقياس ككل وعموماً يمكن القول أن مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق صادق ويمكن تطبيقه على البيئة الجزائرية.

الثبات: يقصد به مدى حصول الباحث على نفس النتائج أو نتائج متقاربة لو كرر البحث في ظروف مشابهة باستخدام الأداة نفسها.

تم قياس ثبات المقياس باستخدام معامل الارتباط ألفا كرونباخ الذي يحدد مستوى قبول أداة القياس بمستوى دلالة 0,864. (لمين، 2020، ص 38).

تم اعتماد الطريقة الثانية في تفسير الدرجات وذلك بمقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني للمقياس.

هـ. مقياس إدراك الضغط Questionnaire de la Perception du Stress

• وصف الاختبار:

أعد هذا الاختبار من طرف الباحث لفنستين وآخرون (Levenstein et al) 1993 بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط يتكون هذا الاختبار من 30 عبارة منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة تمثل 28 عبارة وتتمثل في العبارات رقم 30.28.27.26.24.23.22.20.19.18.16.15.14.12.11.9.8.6.5.4.3.2

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

البنود غير المباشرة: تشمل 8 عبارات متمثلة في العبارات رقم:

(29.25.21.13.17.10.7.1) وتدل على وجود مؤشر إدراك الضغط المرتفع عندما

يجيب عليها بالرفض وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

• كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض للمقياس النفسي وتتمثل التعليمات في:

أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً وذلك خلال سنة أو سنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك، هناك أربع اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الاختبار وهي بالترتيب: تقريباً أبداً، أحياناً، كثيراً، عادة.

• كيفية تصحيح الاختبار:

إن طريقة تصحيح وتنقيط عبارات الاختبار يتم التدرج فيها من 1-4 وهذه الدرجات تتغير حسب البنود فالبنود المباشرة تنقط من 1 إلى 4 من اليمين إلى اليسار أما البنود غير المباشرة تنقط من 4 إلى 1 من اليمين إلى اليسار والجدول التالي يوضح ذلك

جدول رقم (1) تنقيط الاختبار

البنود	البنود المباشرة	البنود غير مباشرة
نادراً	نقطة	4 نقاط

أحيانا	نقطتان	3 نقاط
كثيرا	3 نقاط	نقطتان
دوما	4 نقاط	نقطة

طريقة حساب مؤشر إدراك الضغط:

الدرجة الخام — 30

مؤشر إدراك الضغط =

90

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من 0 ويدل على أدنى مستوى من الضغط إلى 1 ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

• صدق وثبات الاستبيان:

الصدق: لقد تم التحقق من صدق الاستبيان باستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط قوي مع سمة القلق يقدر بـ 0,75 ومع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen يقدر بـ 0,73 بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0,56 مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف قدر بـ 0,35 مع مقياس القلق الحالة.

الثبات: تم قياس التوافق الداخلي للاختبار باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ 0,90 كما أظهر قياس ثبات الاختبار باستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني قدر بـ 8 أيام وجود معامل ثبات مرتفع قدر بـ 0,82 . (آيت حمودة، 2005، ص 224، 226)

4. الأساس النظري للبرنامج العلاجي:

جاءت فكرة البرنامج في اعتماده على تنفيذ الأفكار غير المنطقية واستبدالها بأفكار منطقية وتعليم الأمهات إستراتيجية سليمة للتعامل مع الضغوط التي تواجهها إذ تم الاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي كخلفية نظرية في بناء البرنامج الحالي الذي احتوى على أساليب علاجية تصلح لتحديد الأفكار التلقائية المشوهة التي تتبناها الأمهات وإعادة بنائها، إذ يعتمد هذا النوع من العلاج على الدمج بين كل من النظرية المعرفية والسلوكية في العلاج النفسي، كما يركز على مصطلح بنية الحديث الذاتي، حيث يعتبر أن البنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني والمفاهيم التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، حيث يقول ميكنبوم " ما أقصد بالبنية هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدا أنه يراقب ويواجه الإستراتيجية (الطريقة) والاختيار للأفكار "

5. الركيزة الأساسية للبرنامج العلاجي: تتمثل الركيزة الأساسية لبرنامجنا هذا وهي الخطوة

الأولى التي يجب أن نؤكد عليها للأمهات ما يسمى "بقوة الإرادة" هي أساس كل تغيير ايجابي نهدف للوصول إليه، فالإرادة ليست المفتاح الأساسي بل قوة الإرادة ويبدو أن هذه الأخيرة تضم التصرف بشكل ثابت لا يمكنك تحقيق هدف بدون تعب ولا يمكنك القيام بفعل دون قوة الإرادة ولكن العمل على القيام بأمور " جيدة" لا يجب فعلها والتوقف عن القيام بأمور "سيئة" تتمتع بفعلها كثيرا يتضمن التفكير والتفكير كثيرا، في أغلب الأحيان اختيار الفعل سهل نسبيا والتصميم والعزم على الفعل أصعب فكلاهما اختيار وقرار ورغبة ولكن العملية الثانية أي التصميم والعزم على الفعل سيؤدي بك إلى دفع نفسك والتصرف أكثر من الاختيار لفعل ذلك، وبالتالي هذه عدة مواقف وفلسفات وفي حال تمسكت بها بقوة ستساعدك على الأرجح في اختيار التغيير والتصميم عليه والعزم على تغيير بعض أفكارك ومشاعرك وتصرفاتك المحبطة لذاتك، نعم في حال تمسكت بها بقوة. (محمود، ص 29)

6. أهداف البرنامج العلاجي:

أولاً. الهدف العام: يتمثل الهدف العام للبرنامج العلاجي المقترح لهذه الدراسة في خفض حدة الضغط النفسي والقلق لدى عينة الدراسة وتحسين مستوى التوافق النفسي من خلال الاعتماد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي والمتضمنة للتقنيات السلوكية التالية: تقنية الاسترخاء، مراقبة الذات، الواجب المنزلي، ومن التقنيات المعرفية نذكر: إعادة البناء المعرفي، فنية تحديد الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها وتعديل الحوار الذاتي (الداخلي).

نقصد بتحقيق التوافق النفسي: مساعدة العينة للوصول إلى درجة لا بأس بها من التوافق النفسي مع الذات والتوافق الاجتماعي مع المجتمع والبيئة، "فعلماء النفس يرون أن التوافق النفسي مع الذات يكون من خلال توفر الفرد على درجة مناسبة من المرونة والالتزان الانفعالي وتمتعه بدرجة مناسبة من الأمن والقدرة على مواجهة الضغوطات، أما التوافق الاجتماعي فيشمل القدرة على تحقيق علاقات اجتماعية جيدة وناجحة ومستمرة مع الآخرين". (عباس، 2015، ص 88)

ثانياً. الأهداف الفرعية: يتفرع من الهدف العام أهدافاً فرعية التي نحاول تحقيقها من خلال البرنامج والتي يمكن توزيعها على المستويين التاليين:

أ. المستوى المعرفي:

- تحقيق فهم أكثر للأحداث الحياتية المسببة للضغط النفسي.
- تبصير الأمهات بحقيقة الضغوط النفسية والقلق وآثارهما على الصحة النفسية والجسمية للفرد.
- التعرف على الأفكار السلبية المحطمة للذات.
- تنمية القدرة على تحديد الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية.
- التفريق بين الأفكار السليمة والأفكار غير السليمة.

ب. المستوى السلوكي:

- مساعدة أفراد عينة البحث على معرفة مدى مسؤوليتهم ودورهم في تغيير سلوكهم الخاطئ.
- تنمية القدرة على إقامة علاقة اجتماعية ناجحة وكذلك تنمية مهارات التواصل الاجتماعي.
- التدريب على تعلم المهارات التي تؤدي إلى خفض حدة الضغوط النفسية.
- تعديل السلوك لدى أفراد العينة.

الهدف العام للبرنامج العلاجي: يهدف البرنامج إلى تخفيف القلق والضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد وتعديل الأفكار السلبية المشوهة والسلوكيات والممارسات السلبية لدى الأمهات التي تؤثر سلباً على تكيفهن النفسي والاجتماعي والتي تزيد من مستوى الضغط النفسي لديهن.

الأهداف الإجرائية:

- تبصير أفراد عينة البحث بطبيعة اضطراب القلق والضغط النفسي: تعريفه، أنواعه، أعراضه، آثاره... الخ
- توضيح العلاقة بين الفكر والانفعال والسلوك.
- التدريب على مراقبة الذات لرصد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المرتبطة بالقلق.
- التدريب على الاسترخاء للتحكم في التوتر المصاحب للقلق والضغط النفسي.
- تعليم الأمهات تعميم ما تعلمنه داخل جلسات البرنامج العلاجي على الأوضاع الحياتية اليومية.

7. مصادر بناء محتوى البرنامج العلاجي المقترح:

الإطلاع على العديد من الدراسات والبرامج الإرشادية والعلاجية التي تناولت الموضوع محل الدراسة.

أولاً. الأسس الفلسفية للبرنامج المطبق: يقوم البرنامج على أسس فلسفية مفادها أن الوعي والإدراك والمعرفة تؤدي دوراً بالغ الأهمية في الانفعالات والسلوك الإنساني، ولكل فرد معارفه الخاصة التي تشكل فلسفته التي يتبناها عن ذاته وعن الآخرين وأن أفكاره غير العقلانية ومعارفه الخاطئة تؤدي إلى الشعور بالاضطراب والتصرف بشكل غير فعال، كما تؤدي إلى انفعالات غير منطقية ولكي يتم تغيير ذلك لابد من تعديل أفكار الفرد غير العقلانية ومعارفه الخاطئة وقد استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من أن مشكلات الفرد وانفعالاته تنبع من طريقة تفكيره، وأنها لا تضطرب من الأشياء وإنما تضطرب من حديثنا الذاتي حول المشكلات وآرائنا نحوها.

ثانياً. الأسس النفسية: الحالة النفسية تؤثر بشكل مباشر على سلوك الفرد والعلاج المعرفي السلوكي يتضمن تعليم الفرد معلومات واضحة وسهلة يتم من خلالها فهم الأساس الذي يقوم عليه سلوكه وانفعاله.

8. مراحل البرنامج: هناك ثلاث مراحل أساسية للبرنامج وهي: التهيئة، التدخل الأساسي، التقويم والإنهاء.

أولاً. مضمون الجلسات: تتضمن كل جلسة من جلسات البرنامج الخطوات التالية:

بدء الجلسة بمراجعة وتلخيص الجلسة السابقة عدا الجلسة الأولى.

مناقشة الواجب المنزلي السابق قبل البدء في الجلسة الجديدة.

مناقشة موضوع الجلسة الحالية والهدف منه.

تلخيص الجلسة وإعطاء واجب منزلي آخر.

ثانياً. عدد الجلسات: قدر بـ 10 جلسات واحدة في الأسبوع حيث تم اختيار يوم الاثنين هو اليوم الذي ساعد الطالبة الباحثة والأمهات معا.

ثالثاً. زمن كل جلسة: من 45 دقيقة إلى ساعة واحدة.

جدول رقم (02) يوضح التصور الهيكلي الأولي لجلسات البرنامج:

المرحلة	رقم الجلسة	محتوى الجلسة
التهيئة	1	تعارف بين الطالبة الباحثة وعينة الدراسة، شرح الهدف من البرنامج بشكل عام والاتفاق على المواعيد المناسبة للجلسات.
	2	عرض معلومات عن القلق ، التحدث عن الضغط النفسي وتأثيره على الحالة النفسية للفرد
التدخل الأساسي	3	القيام بالقياس القبلي لمقياس هاملتون للقلق
	4	القيام بالقياس القبلي لمقياس إدراك الضغط
	5	توضيح اضطراب طيف التوحد
	6	توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك الأفكار السلبية والأفكار الايجابية. تقديم واجب منزلي
	7	فنية مراقبة الذات الواجب المنزلي
	8	التعديل المعرفي للأحداث الضاغطة واجب منزلي
	9	التدريب على الاسترخاء (تطبيقه في قاعة النفسي الحركي) واجب منزلي حوله
	10	القياس البعدي لمقياس هاملتون للقلق
	11	القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط لفنستين
الإنهاء	12	الاستبصار: مراجعة كل ما تم في الجلسات السابقة،

تقويم لما تم.		
الإعلان على أن الجلسة القادمة هي آخر جلسة.		
توجيه الشكر للأمهات وتقديم نصائح لهن.	13	

9. الفنيات المعتمدة في البرنامج العلاجي

أولاً. الحوار:

أول أسلوب اعتمدهنا في دراستنا كركيزة أساسية هو أسلوب الحوار حيث يعتبر فن الحوار أسلوب علاجي فعال بين المعالج والمريض ويؤكد هذا الكلام الدكتور يوسف مدن في عنوان الحوار وتعديل السلوك حيث يعتبر الحوار بمختلف أشكاله أحد أساليب التربية الإسلامية باستخدام هذا الأسلوب في عمليات التغيير والمعالجة وتعديل السلوك وتصحيح الأفكار والمعتقدات والاتجاهات، كما نعلم أن للحوار فوائد جمة ومتعددة ولكن ما يهمنا هو الأفكار الرئيسية التي تساعد المعالج والمريض على حل المشكلات السلوكية، ولهذا سنتناول بإيجاز بعض الأفكار التي تثبت فعالية الحوار كفن وأسلوب في العملية التغييرية العلاجية، يتم عن طريق الحوار مثلاً: حوار تشاركي بين المعالج والمريض ينتج عنه الفعاليات التالية:

1/ يصحح المعالج بواسطة هذا الأسلوب أفكار المرضى واعتقاداتهم الخاطئة وهذا من شأنه أن يسهل عملية العلاج النفسي أو تعديل السلوك ويوفر شرطاً أساسياً لنجاحها لأن هذه الخطوة تهيئ النفس لتقبل الأفكار الجديدة والاستعداد لتنفيذها.

2/ يساعد الحوار بين المعالج والمريض على تحديد المشكلة وتشخيص نوع الاضطراب الذي يعاني منه الفرد وتعيين مجموعة الخطوات التي يمكن إتباعها لتسير عملية العلاج النفسي إلى الهدف المطلوب ونبني مشاعر أو عادات جديدة مضادة للأفكار والعادات المرضية الخاطئة.

3/ كما أن " عملية استفراغ ما في النفس " من هموم ومتاعب وضغوط تتم عن طريق الحوار الفعال الذي يديره المعالج النفسي، فالحوار الناجح الذي يتحسس فيه المريض أو المحتاج لتعديل السلوك والإحساس بالطمأنينة والشعور بالأمن يؤدي إلى البوح بالأسرار للمعالج ومصارحته بما يعاينه. (مدن، ص 103، 102)

ثانيا. **فنية مراقبة الذات:** نعني بها تسجيل الأم لمدى تقدمها في العملية العلاجية، فقد أكدت بن صالح على مدى أهمية هذه الفنية في العلاج المعرفي السلوكي حيث تمكنه من مناقشة التقدم، وكذلك الصعوبات التي يمكن أن تظهر لدى المريض خلال أداء المهام بين الجلسات. (بنصالح، 2016، ص 129)

ثالثا. **فنية المحاضرة:** فيها يتم تقديم المعلومات الأساسية والضرورية بشكل منطقي حتى يتمكن من استبدال فكرة بفكرة وحتى يتبين الجانب الخاطيء من المعتقدات.

رابعا. الأساليب الاسترخائية:

ترتبط خبرة القلق على الأغلب مع ارتفاع في حدة التوتر ومن هنا فإن تعليم المريض تقنيات الاسترخاء مفيد جدا في مساعدة المريض على السيطرة على الأعراض.

• **الاسترخاء الذاتي:** حيث يتعلم المتعالج تحقيق الاسترخاء لأعضاء معينة من الجسد

مع خلال قوة التخيل. (سامر، 2009، ص 47، 48)

الاسترخاء: هو أحد العلاجات السلوكية لإحداث تغيير في سلوك الفرد والسيطرة على أعراضه، بسبب الضغوط والتوتر وبعض الاضطرابات النفسية مثل القلق، الرهاب، الهلع، الأرق، الألم... الخ.

• **تمارين الاسترخاء:**

تمارس تمارين الاسترخاء للتغلب على أعراض القلق والرهاب ونوبات الهلع وتعلمها مفيد جدا لهذه الشريحة من المرضى وممارستها بصفة منتظمة يوميا يساعد على التخلص من الشد

العضلي ويحسن الشعور العام بتمام العافية ويقلل من القلق، حيث يتم بأحد العناصر التالية أو الاثنين معا.

التنفس العميق: نبدأ تمارين الاسترخاء بممارسة التنفس العميق بتشغيل عضلة الحجاب الحاجز في عملية التنفس وهذا النوع من التنفس هو الطريقة الطبيعية والصحيحة للتنفس، مقارنة بالتنفس السطحي الذي تستعمل فيه عضلات الصدر فقط، والذي يعوق التوازن المطلوب بين O_2 و CO_2 وهو نوع التنفس الذي يمارسه من يعانون من القلق.

في حالة التنفس العميق يتم الشهيق بدفع عضلة الحجاب الحاجز إلى الأسفل وتتمدد البطن إلى الأمام، وفي حالة الزفير يحدث العكس، ترتفع عضلة الحجاب الحاجز إلى الأعلى وترجع البطن إلى الخلف، وأثناءه قد لا تتحرك عضلات الصدر أو ربما تتحرك قليلا.

في البداية نستلقي على الظهر ونضع اليد اليمنى على البطن واليد اليسرى على الصدر والتنفس بعمق معقول وسنلاحظ اليد اليمنى ترتفع إلى الأعلى واليد اليسرى قد لا تتحرك أو تتحرك قليلا ثم نستمر في تكرار الشهيق والزفير لفترة معقولة حتى ينتظم التنفس بعد ذلك، ثم نقوم بتخفيض سرعة التنفس بطريقة منظمة وذلك بأن نجعل مسافة بين الزفير والشهيق بالعد من 1-2 أو 3-4 بعد نهاية الزفير حسب تحمل الفرد ونستمر بهذه الطريقة لمدة لا تقل عن 10 دقائق.

كذلك تم اعتماد ما يلي:

المواظبة على التساؤل الذاتي:

يهدف العلاج المعرفي إلى تهيئة الأم لتبني أسلوب العلاج المعرفي في حياتها اليومية عبر مواظبتها على المساءلة الذاتية مثل:

- ألسنت بصدد الخلط بين الأحداث والتأويل الذي أقوم به لتلك الأحداث؟

- ماذا سيقول شخص آخر في وضعية كوضعيتي أو ربما أكثر من وضعيتي؟
 - ألا تعمل طريقة تفكيري على تبني سلوكيات غير متوافقة مع الواقع؟
 - ألا أعمل على اجترار إحساسات غير مريحة وعديمة الجدوى؟
 - وعليه نجمل أهداف العلاج المعرفي أن نتوصل الأم إلى ما يلي:
 - أن تعي أفكارها الآلية غير الملائمة.
 - أن تتعرف الأم على العلاقة بين أفكارها وانفعالاتها وسلوكها.
 - أن تتعلم مساءلة أفكارها الآلية وفهم مدى مصداقيتها.
 - أن تعوض أفكارها غير العقلانية بتفسيرات بديلة تكون واقعية أكثر.
 - أن تتعرف على مخططاتها الانفعالية الكامنة وراء تصرفاتها غير السوية وتغييرها.
- (علوي وزغبوش، 2009، ص 69، 70)

خامسا. الواجبات المنزلية: تلعب الواجبات المنزلية دورا مهما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي حيث أنها الفنية الوحيدة التي يفتح ويختتم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية، حيث يقوم المعالج بتحديد واجبات ينجزها العميل في منزله، وتستخدم الواجبات لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية كما لها دور في تكوين الألفة بين المريض والمعالج وذلك إذا اهتم هذا الأخير ببعض النقاط التي حددها حامد الغامدي سنة 2005، والتي تتمثل في:

- إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض.
 - تفسير وتوضيح كيفية إجرائها والتأكد من استيعاب المريض لها.
 - مراجعتها في بداية كل جلسة.
 - تحديد زمن معين في نهاية كل جلسة لتقدير تلك الواجبات المنزلية.
 - فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى.
- كما ترجع أهمية أسلوب الواجب المنزلي في العلاج المعرفي للأسباب التالية:

➤ يساعد على تنمية وتطوير المهارات من خلال الممارسة التكرارية.

➤ يساعد على تطبيق الطرق التي تم التدريب عليها في الجلسات العلاجية.

➤ يساعد على زيادة قدرة المريض على تقدير الذات والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج.

الواجبات المنزلية هي مهام محددة وواضحة يحددها المعالج مع المريض في نهاية بعض الجلسات وتساعد تلك الواجبات في أن يعمم المريض التغيرات الايجابية التي يكون قد أنجزها خلال الجلسات وتقوي وتدعم أفكاره أو معتقداته الصحيحة الجديدة، ويجب أن تعد الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية وعلى المعالج القيام بشكل روتيني بمراجعة الواجبات المنزلية في الجلسات التالية، حيث يتم مراجعتها عادة في بداية كل جلسة، فيطلب من المريض تلخيص الواجب المنزلي حيث يمكن تحديد الفجوات وجوانب عدم الفهم فمن شأن ذلك أن يجعل المريض مدركا لأهمية الواجب المنزلي، وفي حالة عدم تنفيذها أو تنفيذها بشكل غير صحيح، على المعالج والمريض التركيز على أسباب ذلك.

سادسا. تحديد الأفكار السلبية:

من السهل على بعض المرضى تحديد الأفكار السلبية لديهم في بداية العلاج، ومع ذلك فإن هناك آخرون يحتاجون إلى بعض التدريب قبل أن يستطيعوا تحديد الأفكار التي تسبب لهم القلق بشكل صحيح، وهناك العديد من الأسباب التي تجعل مريض القلق يواجه صعوبة في البداية في تحديد هذه الأفكار

أ: قد تكون هذه الأفكار الآلية السلبية من النوع الذي تعود عليه المريض وبالتالي قد يفشل في أن ينتبه لها.

ب: تلعب الصور البصرية دورا بارزا في القلق وهذه الصور قد تكون مختصرة تماما

(تستغرق الصورة أقل من ثانية واحدة) ومن ثم يصبح على المريض من الصعب تذكرها أو الوعي بها، بالإضافة إلى ذلك فإن الصور البصرية المصاحبة للقلق المرتفع قد تكون

شاذة وعجيبة (رؤية المريض لنفسه وهو ملفوف بالكفن، أو هو يصرخ بينما الآخرون ينظرون إليه في ذهول ...) وهذا ما يجعل المريض مترددا في بعض الأحيان في مناقشة مثل هذه الصور مع المعالج أو تذكرها.

ج: أن الأفكار التي تتعلق بالأخطار يمكن أن تولد القلق.

لمساعدة الحالة على الاستمرار في العمل ضد الفكرة الآلية السلبية يطلب من الأم القيام بكتابتها وكتابة الجدل والنقاش الذي يثبت عدم صحتها على السجل اليومي ويتم قراءتها من وقت لآخر للتمعن جيدا في عدم صحتها.

الرقابة الذاتية أو الملاحظة الذاتية: تم استخدامها للملاحظة وتسجيل السلوك المراد ضبطه يجب أن تكون الأم واعية بما تفعله، وتعتبر الملاحظة الذاتية طريقة لتنمية الوعي بالذات لدى الأم، أي معرفة المنبهات والمعلومات التي تؤثر في أفعالها وسلوكها.

تعتبر الرقابة الذاتية من أكثر الفنيات استخداما في كل مراحل العلاج المعرفي السلوكي

حيث تستخدم لمراقبة التغيرات التي تحدث؛ فهي عملية مرنة يمكن تطبيقها على مجال واسع من الاضطرابات والمشكلات الصريحة والضمنية، ويمكن أن تعطي معلومات عن كثير من جوانب المشكلة، وهناك مرحلتان لعملية مراقبة الذات:

1- على الفرد أن يلاحظ أن السلوك والتفكير والانفعال هي أحداث وقعت بالفعل.

2- عليه أن يقوم بتسجيل حدوثها ويجب أن تولد هاتان المرحلتان في عقل المريض بعناية عندما تبدأ عملية المراقبة الذاتية للحصول على التقدير الصحيح. (محمد،

2007، ص 17،19)

الفصل السادس الدراسة الأساسية عرض للحالات:

1. دراسة الحالات

الحالة الأولى

الحالة الثانية

الحالة الثالثة

الحالة الرابعة

الحالة الخامسة

الحالة السادسة

2. البرنامج العلاجي المطبق مع الحالات

الدراسة الأساسية لأمهات أطفال التوحد

أولاً.خطواتها: خطوات الدراسة الأساسية تمثلت فيما يلي:

المقابلات الأولى: تمت مع الحالات على مستوى مكتب الأخصائية النفسانية بالمركز النفسي هذا بالنسبة للمقابلات الفردية أما المقابلات الجماعية فكانت بقاعة النفسي الحركي، المقابلات الأولى تم من خلالها التركيز على الثقة وسرية المعلومات بين الباحثة والأمهات كما تم تقديم توضيحات أكثر حول طبيعة العمل الذي سنقوم به وطلب الموافقة على إجراء المقياسين والتحدث عن البرنامج العلاجي، بعدها باشرنا المقابلات بالاستناد إلى دليل المقابلة الذي يوجه عملنا العيادي وذلك من خلال الانتقال من محور لآخر إلى غاية إتمام كل المحاور، كما أننا حددنا زمن المقابلة من 45 دقيقة إلى ساعة وذلك راجع إلى خصوصية كل حالة فهناك حالات تتطلب وقت أكثر أثناء المقابلة لفهم محاور المقابلة مما يستدعي تدخل الطالبة كثيرا للشرح والتبسيط إضافة إلى المقاومة التي ممكن أن تبديها الأم أحيانا.

المقابلات الأخرى : كانت حول تطبيق البرنامج العلاجي حيث كل جلسة لها هدفها الخاص.

المقابلات النهائية: كانت حول تطبيق تقنية الاسترخاء مع الحالات في القاعة المخصصة للاسترخاء وكذلك تطبيق القياس البعدي لمقياسي القلق لهاملتون والضغط لفانستين.

آخر مقابلة كانت مخصصة لشكر العينة على التعاون والثقة ونصحن بالاستفادة مما تعلمنه خلال الجلسات في حياتهن اليومية.

ثانيا. الهدف من العمل الجماعي مع الحالات في بعض المقابلات:

إتاحة الفرصة للحالات للمشاركة في جوانب النجاح والفشل لبعضهن البعض في التعامل مع الطفل، فتستفدن من خبراتهن الناجحة وتجدن المساندة والتوجيه فيما تشعرن به من انفعالات سلبية في بعض المواقف التي يعاني منها الطفل، كما أن استفادتهن من الخبرات الناجحة يزيد الأمل عندهن في أن التحسن لأطفالهن ليس ببعيد المنال وهذا ما يحفزهن على تطوير أسلوب التعامل مع الطفل فعند ذكر الأم لأسلوب ناجح في تعاملها مع طفلها تستفيد منه الأخريات ويزيد ذلك من رفع المعنويات وبالتالي تخفيف الضغط والقلق لديهن.

ثالثا. الإطار الزمني والمكاني:

أ. الإطار الزمني: تمت الدراسة خلال شهر نوفمبر 2020 إلى غاية شهر مارس 2021.

ب. الإطار المكاني: كانت الدراسة بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بحي السلام الشلف.

• المقابلات العلاجية للحالات:

تتضمن تطبيق البرنامج العلاجي بحيث يتكون البرنامج من جلسات كل جلسة لها هدف معين وعمل محدد وفي آخر كل جلسة يطلب من الأم القيام بواجب منزلي معين بالبيت ليتم مناقشته في الجلسة الموالية قبل البدء في العمل الجديد.

دراسة الحالات

عرض للحالة الأولى

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,4

مقياس القلق = 18

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم آدم

السن: 34 سنة

المستوى الدراسي: 3 ثانوي.

العمل: مربية أطفال في روضة خاصة بأطفال التوحد حيث تقول عن نفسها (هذه المهنة علمتني الصبر كثيرا) تم العمل لمدة 5 سنوات، وحاليا توقفت بسبب جائحة كورونا.

نوع السكن: فردي وضيق

عدد الأطفال: 03

الحمل بالطفل وظروفه: حمل مرغوب فيه وعادي جدا من دون أي أمراض أو شكاوي جسدية.

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: منذ أن كان عمره 15 شهرا وحاليا يبلغ 10 سنوات

ترتيب الطفل في العائلة: الأول وهو توأم مع أخته آية. حاليا الطفل في قسم خاص بنفس المدرسة الابتدائية التي تدرس فيها أخته التوأم فهما يلتقيان في فترة الراحة ويخرجان معا هذا الأمر أعطى نوعا من الراحة والطمأنينة للأم.

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: توازن نفسي، راحة نفسية، هدوء، استقرار.

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب:

استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد تمثلت في عدم التقبل، بكاء شديد، إنكار، نظرة شفقة للابن، أم يائسة تبكي طوال الوقت. (تقول الأم أن أصعب مرحلة هي مرحلة التقبل)

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: لم يكن لدي شعور بالذنب.

هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟ نعم تغيرت كثيرا؛ عندما بدأت الأعراض تظهر على الطفل وأنه مختلف عن أخته التوأم له، تغيرت الحياة أصبغا الوالدين تائهيين لا يعرفان ماذا يفعلان (ما هذا التوحد؟ من أين أتى؟ كيف نتعامل معه؟، ما هو مصيره... الخ) الطفل ذو سلوك عنيف جدا يؤدي نفسه كثيرا ماذا نعمل؟ كل تفكيرنا واهتمامنا كان حول الطفل كان إهمال كلي لحياتنا الخاصة.

إجراءات الأم بعد التأكد من أن ابنها مصاب بالتوحد: قامت الأم مع زوجها بجلسات عيادية عند أخصائي نفسي من أجل تقبل حالة الطفل وتجاوز تلك المرحلة الصعبة حيث دامت مدة التكفل النفسي للوالدين 7 أشهر. بعدها بدأت الأم في البحث عن كل المعلومات الخاصة بالتوحد وتنقيف نفسها، واستمرت في العلاج النفسي حتى تعرف كيف تتعامل مع طفلها،

بعدها دخلت للعمل في روضة خاصة بأطفال التوحد كمرربة وأخذت معها ابنا إلى نفس الروضة.

بعض المواقف الضاغطة التي تعرضت لها الأم: الصدمة الأولى هي إصابة الطفل باضطراب التوحد والصدمة الثانية توقف الزوج عن العمل حيث كان يعمل أمين مخزن لشركة دواء، بعدها تبين أنها شركة وهمية وتم توقيف العمال فجأة، هذا الأمر لحد اليوم أفكر فيه ليلا ونهارا لا أستطيع النوم بسببه، صدمتان في نفس الوقت كانت حياة صعبة جدا.

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: خلال تعاملي مع طفلي أحيانا أحس بالإرهاق والاختناق، صعب جدا التعامل معه خاصة عندما يكون في نوبة بكاء شديد أو قهقهة دون سبب، سلوكيات الطفل وانعدام لغة التواصل يزيد من قلقي وتوتري حيث أجد نفسي عاجزة أمامه، طفل التوحد يحتاج إلى أن أكون معه طوال الوقت وهذا أمر صعب أثر علي وعلى كل الأسرة.

علاقة الأم بالزوج: بوجود طفل التوحد تغيرت العلاقة بين الزوجين، أصبحت الأم لا تعتني بالعلاقة الزوجية، حتى الحوار بين الزوجين أصبح سلبيا.

علاقة الأم بالأولاد: التواصل الايجابي أصبح قليل جدا بيني وبين أولادي، لم أجد الوقت للاهتمام بهم، التكفل بطفلي المتوحد أخذ كل الوقت مما جعل الغيرة بين إخوته.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: علاقتي بباقي الأشخاص تتمثل في قلة التواصل معهم علما أن أغلب التواصل يكون عبر الهاتف فقط. نتواصل في المواقف الضرورية فقط

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: نظرة شفقة أكثر، نظرة استغراب من حركات وسلوكيات الطفل.

بعض الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة: الأرق، القلق، صعوبة النوم والاستيقاظ باكراً، الإحساس بالعب والإجهاد بسرعة، التفكير المستمر في طفلي وفي وضع زوجي، الإحباط واليأس، حياة روتينية، العزلة الاجتماعية.

نظرة الأم المستقبلية لطفلها قبل العلاج: لدي خوف على طفلي خاصة لو لم أكن معه من سيقوم برعايته؟ رغم أن طفلي في مدرسة خاصة بالتوحد إلا أنني غير مقتنعة بالبرامج المقدمة لهم من طرف المربيات.

دراسة الحالة الثانية

عرض للحالة الثانية

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,8

مقياس القلق = 20

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم أيوب

السن: 40 سنة

المستوى الدراسي: 3 ثانوي

العمل: عملت في إطار الإدماج المهني وتوقفت من أجل ولدي.

نوع السكن: فردي خاص

عدد الأطفال: 4 أيوب هو الطفل الثالث.

الحمل بالطفل وظروفه: حمل عادي ومرغوب فيه من طرف الزوجين، علما أن الأم كان لها نقص الحديد وارتفاع ضغط الدم خلال فترة الحمل، الولادة كانت معقدة وبعد الولادة الطفل كان مغمى عليه وله صعوبة في التنفس.

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: تقريبا 3 سنوات وحاليا يبلغ 8 سنوات

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: تقول الأمانحالتها كانت عادية متوازنة كان هناك مشاكل مع العائلة لكن أمر طبيعي ككل الناس.

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب: صدمة كبيرة عند سماع الخبر لأول مرة، لم أستطع التقبل، قلق كبير أخذت تقريبا سنة كاملة في حالة عدم التقبل، القلق كثيرا عند عدم قدرته على الكلام ظننت أنه أصم وأم الزوج تقنعني بأنه صغير في السن وسوف يتكلم مستقبلا فقط مجرد تأخر.

استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد: عدم التقبل، بكاء شديد. إنكار. الحزن

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: نعم أشعر بالذنب و ألوم نفسي كثيرا، ربما أنا السبب في اضطراب طفلي بسبب التفریط وعدم الاهتمام به، وإبقائه لساعات طويلة أمام التلفاز، كانت أفكارى مشتتة للغاية.

هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟: نعم تغيرت حياتي كثيرا في البداية كان إحساس أنها حياة صعبة جدا، صعب التعايش معها خاصة لما كان الطفل يصرخ كثيرا ويضرب رأسه على الحائط، لكن مع مرور الوقت وبالبحث والتعرف على كيفية التعامل معه أصبحت الحياة سهلة وتخلت عن بعض الأفكار السلبية التي كنت أحملها.

بعض المواقف الضاغطة للأم: كنت في موقف ضاغط جدا مع طفلي حينما كنت لا أعرف كيف أتعامل معه خاصة عندما يرغب في شيء ما، ولا أفهمه فيزيد تعصبه وقلقه، وأيضا العائلة والمجتمع نظرة الشفقة ونظرتهم للطفل على أنه معاق ذهنيا تحطم معنوياتي، وهم لا يفهمون أنه اضطراب وليس مرض عقلي.

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: طفل مختلف تماما عن الآخرين، التعامل معه صعب جدا، سلوكيات الطفل زادت من الضغط والتوتر للأم خاصة عند عدم فهمي لما يطلبه، الانشغال كثيرا بالطفل أمر منهك جدا طفلي يعتمد علي في كل شيء، ولا أحد يستطيع فهمه، أصبحت أغضب وأنفعل بسرعة نتيجة الضغط وعدم الراحة.

علاقة الأم بالزوج: الزوج يعمل بعيدا خارج الولاية، وهو في معظم الوقت غائب مما يجعلني أتحمل كامل المسؤولية للعائلة وهذا أمر مرهق يفقد الأم أنوثتها، العلاقة بين الزوجين تغيرت بوجود طفل التوحد أصبح كل الاهتمام للطفل ونسيان الحياة الخاصة.

علاقة الأم بالأولاد: باقي أولادي أصبحوا وسيلة لتفريغ غضبي، أصبحت لا أستطيع التحوار معهم بطريقة هادئة، أحيانا أجد نفسي في صراع هم لا ذنب لهم لكن قلقي الزائد جعلني لا أتحكم في انفعالاتي، منذ اكتشاف حالة طفلي تغيرت كثيرا والتعامل معه ليل نهار أحيانا حتى نومه يكون مضطرب ناهيك عن حالات مرضه وهذا ما يرهقني كأن شخصيتي كلها تتغير أصبح أم أخرى.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: علاقة عادية، حتى المناسبات أخرج مع البننتين والذكورين يبقيا مع والدهما بالبيت.

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: هنا كمن ينظر إليه نظرة شفقة ومعاق ومستحيل يشفى وهناك من ينظر إليه نظرة ايجابية ويقوم برفع معنوياتي.

الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة: القلق، العزلة الاجتماعية والوحدة بسبب حالة طفلي وبسبب إقامتي بعيدة عن أهلي، العدوانية، الضغط النفسي، حياة روتينية؛ ليل نهار مع التوحد في التفكير والتعامل، أصبح ابني واضطرابه كل اهتمامي، حياة صعب التعايش معها، الاكتئاب، الإحباط.

نظرة الأم المستقبلية لطفلها قبل العلاج: لدي نظرة خوف وقلق على طفلي، كيف يكون طفلي في المراهقة والرشد؟

دراسة الحالة الثالثة

عرض للحالة الثالثة

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,5

مقياس القلق = 24

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم عبد الرحمن

السن: 41 سنة

المستوى الدراسي: مدرسة عليا تخصص فيزياء

العمل: مآكثة بالبيت

نوع السكن: فردي

عدد الأطفال: 3 ؛ بنتين وعبد الرحمن هو الأصغر وحاليا يبلغ 11 سنة وهو في المدرسة

الخاصة بالتوحد

الحمل بالطفل وظروفه: حمل عادي الولادة صعبة نوعا ما لأن محيط الرأس كبير رغم ذلك

كانت ولادة طبيعية لكن بصعوبة وحدث للأم نزيف حينها.

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: منذ أن كان عمره 18 شهرا لاحظت التغير، في سن

3 سنوات تأكدت أن له توحد

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: كان توازن نفسي

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب:

استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد: في البداية كان أمر عادي جدا لأنني لا أعرف التوحد أصلا ولا أعرف هذا التوحد هل هو أمر عادي أو مرض، كذلك هو الذكر الوحيد أي سلوك يقوم به أقول ربما الذكور يختلفون عن الإناث في سلوكياتهم، لكن بعدما اتضح الأمر أصبحت هناك معاناة، أبكي طول الوقت وأنظر إلى طفلي وأقول معناه ابني غير طبيعي.

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: نعم كان لدي شعور بالذنب خاصة فكرة وضع الطفل طويلا أمام التلفاز والرسوم المتحركة زاد من تعقد الأمر.

هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟: نعم تغير خاصة عندما تصبح الأم منعزلة عن المجتمع لا أخرج لأي مكان، وإذا خرجت أبقى واقفة طوال الوقت لا أستطيع الجلوس بسبب تصرفات طفلي؛ اضطراب التوحد زائد فرط الحركة وخروجه من المنزل عدة مرات دون عودة، كذلك أصبحت حريصة جدا لأنه لا يعرف الخطر، يدخل أشياء صغيرة وخطيرة في أنفه مثل نواه التمر، خلفية القلم الجاف... كنت تقريبا يوم بعد يوم أدخله المستشفى لنزع شيء ما من أنفه أمر صعب جدا، أيضا يمرض كثيرا بالحمى والتهاب اللوزتين ويرفض الدواء.

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: كل وقتي لطفلي أنا من أطعمه وأسقيه، وأقوم بكل ما يحتاجه، أنا من تأخذه إلى الأخصائيين، أصبحت امرأة متوحدة إن صح القول التعامل معه والبحث عن المعلومات حول التوحد كي أفهم طفلي، أعراض الطفل من حركة مفرطة، التآرجح، عدم

التكلم، اضطراب الأكل والنوم جعلني متعبة جدا، أبكي بسرعة أحس بقلق شديد كما أصبحت لدي مخاوف، أحيانا أحس بخفقان القلب وآلام.

علاقة الأم بالزوج: تغيرت العلاقة كثيرا مقارنة بالسابق أي قبل وجود طفل التوحد، أصبحنا لا نستمتع بالحياة، حياة روتينية، كل اهتمامنا هو تحسن حالة طفلنا.

علاقة الأم بالأولاد: أحس بتأنيب الضمير اتجاه بقية أولادي، ليس لدي الوقت الكافي لتعليمهم جيدا أو التماور معهم ومناقشة أمورهم وهذا ما يؤثر عليا سلبا ويزيد في قلقي وضغطي.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: علاقة عادية أصبحنا نتواصل عبر الهاتف أكثر من اللقاء.

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: نظرة شفقة ونظرة غير عادية للطفل خاصة عندما يقوم بتلك الحركات والسلوكيات الغريبة.

الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة: القلق، التعب، الإجهاد، الحرص الشديد على الطفل، العزلة الاجتماعية، الخوف على الطفل، الإحساس بالضغط كثيرا، تحمل مسؤولية طفل التوحد وبقية الأبناء والزوج مرهقة جدا. اليأس والملل. الانفعال بسرعة، الغضب لأسباب تافهة.

نظرة الأم المستقبلية لطفلها: نظرة تفاؤل رغم أنه مستقبل مجهول.

دراسة الحالة الرابعة

عرض للحالة الرابعة

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,73

مقياس القلق = 24

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم أنس

السن: 38 سنة

المستوى الدراسي: دكتوراه

العمل: أستاذة جامعية

نوع السكن: فردي

عدد الأطفال: 3

الحمل بالطفل وظروفه: حمل مرغوب فيه وعادي لم أكن أعاني من أمراض

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: كان عمره حوالي عامين وحاليا يبلغ 10 سنوات

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: عادية جدا، لم يكن لدي أي اضطرابات
جسمية.

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب:

استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد لم أتعلم تشخيص حالة طفلي، بكاء وقلق شديد.

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: نعم لي شعور بالذنب كثيرا وراودني أفكار أنني ربما كنت السبب في حالة ابني بسبب وضعه أما شاشة التلفاز لفترة طويلة، ربما أهملت طفلي فأصيب بالتوحد.

هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟ نعم تغير كثيرا وللأسوأ أصبحت حياتي مرتبطة كثيرا بطفلي، معظم وقتي في زيارة الأطباء والمختصين والتفكير في حالة طفلي: هل سيشفى؟ متى يتكلم؟ هل سيدخل المدرسة؟ كيف يكون في المراهقة؟ هل يبقى طوال حياته يعتمد علي؟ من سيتكفل به عندما أكبر في السن أو أمرض؟...

أصبحت لا أعرف لذة الحياة، حياة صعبة متعبة جدا وروتينية.

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: علاقتي بطفلي علاقة روتينية أصبحت مثل الآلة التي تعمل دون توقف، أحيانا لا أعرف ماذا أفعل، ضغط شديد طفل التوحد صعب جدا مضطرب في الغذاء لا يأكل مثل اخوته، نومه قليل جدا، حركات وسلوكيات غريبة جدا يقوم بها دون تعب أو توقف، لا يلعب مع غيره، لا يعرفني حتى كلمة ماما لا ينطقها ولا يعبر عن حزنه أو فرحه، كلما نظرت إلى طفلي أتألم، أحس بقلق وغضب، ضغط شديد، بوجود طفل التوحد أصبحت شخصية أخرى غير تلك المرأة الهادئة، حتى أحلامي وطموحاتي توقفت أصبح همي الوحيد طفلي.

علاقة الأم بالزوج: علاقة تتخللها المشاكل كثيرا بسبب اضطراب الطفل وعدم مساعدته لي في التكفل به، كما أنه شخصية سلطوية، الشعور بعبء المسؤولية للأم، عدم التقدير بين الطرفين.

علاقة الأم بالأولاد: ليس لدي الوقت للاهتمام بهم كثيرا، أحيانا أقوم بتصرفات خاطئة معهم مثل الصراخ والعدوانية نتيجة الضغط الذي أعيشه. ضغط طفل التوحد والزوج والعمل.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: أصبحت منعزلة عن غيري حتى المقربين ليس لدي الوقت للتواصل معهم مباشرة، وكذلك معظمهم لا يتقبلون سلوكيات الطفل وحركاته الغريبة، لذا أصبحت أفضل البقاء في البيت مع أولادي.

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: نظرة سلبية، نظرة شفقة واستغراب

بعض المواقف الضاغطة التي أثرت على الأم: أول موقف ضاغط تعرضت له هو إصابة طفلي باضطراب التوحد كانت صدمة قوية جدا، إضافة إلى المعاملة الصارمة للزوج وعدم التعاون معي في التكفل بالطفل هذا الأمر أتعبني وأرقتني كثيرا (الزوج يطبق في البيت نفس نظام العمل حتى الابتسامة أصبحت نادرة).

الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة:

القلق، الارتجاف، ارتفاع درجة الحرارة، السرعة في الكلام، الإرهاق، الرغبة في الخروج من البيت، الإحساس بأن بيت الزوج ممنوع فيه الضحك والمزح، نوبات اكتئاب، الزوج يتسم بالجدية كثيرا، أحيانا كل اليوم أقضيه بتلك الأعراض: القلق وارتفاع درجة الحرارة.

الإحساس بالاختناق، ضيق التنفس، التحسس من الغبار والقلق منه، غسل الملابس يوميا، أصبح لدي هوس التنظيف والغسيل، البنت الصغرى أصبحت تتقمص كل سلوكيات الأم وتطبقها مع إخوتها، قلق المستقبل أين أضع طفلي هل روضة التوحد أو مركز أم ماذا؟ ما مصير طفلي؟

نظرة الأم المستقبلية لطفلها: نظرة خوف على مستقبل طفلي مستقبل غامض.

دراسة للحالة الخامسة

عرض للحالة الخامسة

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,7

مقياس القلق = 22

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم عبد الصمد

السن: 40 سنة

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي

العمل: موظفة بالإدارة

نوع السكن: فردي

عدد الأطفال: 4

الحمل بالطفل وظروفه: حمل عادي وولادة طبيعية

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: تقريبا ثلاث سنوات

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: عادية جدا، متوازنة خالية من المشاكل والاضطرابات.

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب:

استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد تمثلت في عدم التقبل، بكاء شديد، صدمة قوية جدا.

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: نعم لي شعور بالذنب، كثيرا ما تراودني أفكار أنني ربما أنا السبب في حالة ابني بسبب وضعه أما شاشة التلفاز لفترة طويلة، ربما أهملت طفلي فأصيب بالتوحد، مازلت لحد اليوم ألوم نفسي وأقول ربما لو تخليت عن العمل وبقيت مع طفلي بالبيت لشفي ابني لكن في نفس الوقت أقول يجب أن أعمل وأعين عائلتي، الأفكار المتضاربة تقلقني كثيرا.

هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟ نعم تغير كثيرا تغيرت شخصيتي لم أعد تلك المرأة السابقة النشيطة المتفائلة بل أصبحت متشائمة، سلبية، منعزلة اجتماعيا، محبطة، قلقة لأتفه الأسباب، انقلبت حياتي رأسا على عقب.

طفلي المصاب بالتوحد علمني شيئا واحدا في الحياة هو الصبر.

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: طفل ليس كباقي الأطفال، طفل غريب يبكي ويصرخ بأعلى صوت دون سبب، يضحك دون سبب، يعيش في عالم خاص به، لا يلعب مع اخوته لا ينتبه حينما أناديه ولا يعرف الخطر، كثير الحركة، لا يتعب، يعتمد علي في كل شيء، عدم فهمي لطفلي وكيفية التعامل معه جعلني أعيش في حالة من التوتر والقلق والخوف، تراودني أفكار كثيرة مثل: هل أنا السبب في إصابة ابني؟ هل يأتي يوم ويتكلم الطفل؟ هل يدرس وكيف هو مستقبه؟ هل يبقى طفلي يعتمد علي مدى الحياة؟ أصبحت أعاني من مشاكل نفسية كثيرة مثل الوسوسة، الضغط، الاكتئاب. اضطراب التوحد جعلني أحس بصداع كثير وحرقان في المعدة، عسر التنفس .

علاقة الأم بالزوج: علاقتنا تملو من أي شيء جميل، كل اهتمامنا هو طفلنا، ليس لدينا الوقت للتعبير عن مشاعرنا لبعضنا البعض.

علاقة الأم بالأولاد: أصبحت العلاقة سيئة مع أولادي هم وسيلة لتفريغ ضغطي وقلقي دون أن أشعر، تحمل مسؤولية كل الأولاد متعبة جدا خاصة عندما يكون طفل التوحد. أصبحت أصرخ في وجه أولادي لأسباب تافهة، لا أتجاوز معهم بطريقة هادئة.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: علاقة سطحية مجرد اتصالات عبر الهاتف لدقائق فقط، أصبحت لا أطيق النظرة الدونية لطفلي وكثرة التساؤلات الغريبة جعلتني أفضل العزلة عن الآخرين

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: نظرة سلبية، نظرة دونية وكأن هذا الطفل شيء غريب خاصة عند قيامه بالسلوكات النمطية والتأرجح.

بعض المواقف الضاغطة التي أثرت على الأم: التعامل مع التوحد هو أمر ضاغط جدا ملازم لحياة الأم، إضافة إلى تربية الأبناء الآخرين والسهر على تدريسهم والقيام بشؤون الأسرة ككل أمر صعب للغاية.

لا أثق في كل من يتعامل مع طفلي وهذا نتيجة وضع الطفل في جمعية خاصة بالتوحد وبعدها في روضة تابعة لنفس الجمعية بمبالغ باهظة وعدم الوصول إلى نتائج بل اكتسب سلوكيات سلبية هذا الأمر أفقدي الثقة فيمن يتعامل مع ابني، أصبحت أغير الروضات كثيرا، أنتقل من مكان لآخر لكن دون جدوى. أرى كثيرا من التصرفات السلبية تجاه ابني ممن يتعامل معه.

بعض الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة: القلق، التعب والإرهاك، فقد الثقة بالنفس، التفكير السلبي، تأنيب الضمير، ارتفاع ضغط الدم، الضغط النفسي بسبب الطفل

والعائلة والعمل، العزلة الاجتماعية، حياة بلا طعم، الإحساس بالإحباط، اليأس، البكاء.
التفكير كثيرا في حالة طفلي ومستقبله.

نظرة الأم المستقبلية لطفلها قبل العلاج: نظرة سلبية الأم متخوفة كثيرا على مستقبل ابنها.

دراسة للحالة السادسة

عرض للحالة السادسة

نتائج القياس القبلي للضغط والقلق للأم

مقياس إدراك الضغط = 0,82 ،

مقياس القلق = 24

بيانات أولية عن الأم

الاسم: أم عبد الغني

السن: 52 سنة

المستوى الدراسي: متوسط

العمل: مائكة بالبيت

نوع السكن: فردي

عدد الأطفال: 4

الحمل بالطفل وظروفه: حمل مرغوب فيه وعادي لم أكن أعاني من أي مشاكل

سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب: حوالي عامين وحاليا يبلغ 12 سنوات هو الآن في

المدرسة الخاصة بالتوحد بالشلف

الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل: عادية جدا

الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب: أصبحت مريضة نفسيا لم أتقبل الأمر

خاصة عندما أخذت طفلي إلى مختص في طب الأطفال وبعد فحصه للطفل قال لي كلام

جرح جدا حول حالة ابني وكأن ابني مريض عقليا وغير قابل للتحسن أو الشفاء أصبت بانهيار في تلك اللحظة، لم أستطع التوقف عن البكاء، ولن أنسى ذلك الموقف أبدا.

الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب: نعم أشعر بالذنب وتأتبب الضمير.

هل تغيير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟ نعم تغيير كثيرا أصبحت أعيش حياة ثانية حياة كئيبة حزينة .

الحياة العلائقية للأم:

علاقة الأم بطفلها: نظرا لبقائي طول الوقت مع طفلي أصارع حالته، أحاول أن أفهمه وأخرجه من عزلته أصبحت غير طبيعية، محطمة نفسيا طفلي لا يعرفني ولا يبادلني النظرات، طفل عدواني جدا يأكل أشياء غريبة لا يعرف الخطر، يخرج من البيت ولا يعود إلا بعد بحث طويل عنه، بسبب حالة طفلي أصبحت أما عدوانية، قلقة جدا متوترة طول الوقت، أعيش ضغط نفسي شديد لم أجد من يساندني ويفهم حالتي، أصبحت نظامية كثيرا لا أقبل التغيير مثلا عندما أرتب الغرفة لا أقبل شخصا آخر يحدث أي تغيير فيه. أحيانا أشعر بنوبات حرارة وبرودة في جسمي، وجفاف في فمي، ارتفاع ضغط الدم، التعرق كثيرا وإصابتي بالداء السكري. أريد أن أذهب إلى مكان بعيد جدا لوحدي وأصرخ بأقصى قوة.

علاقة الأم بالزوج: كل كلامنا وحوارنا إما عن الطفل أو أشياء سلبية.

علاقة الأم بالأولاد: أصبحت لا أحسن التعامل لا مع طفل التوحد ولا مع باقي أولادي، نظرا للقلق وسرعة غضبي لا أعطي فرصة لأطفالي للتعبير عن ما بداخلهم لا أستطيع السماع لحديثهم بهدوء وتعقل.

علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء: علاقة سطحية، لا حاجة لي في الآخرين حتى المناسبات لا أحضرهم، نتيجة حالة طفلي ونتيجة ردة فعلهم المؤلمة.

نظرة المقربين والمجتمع للطفل: نظرة سلبية نظرة شفقة ورحمة.

بعض المواقف الضاغطة التي أثرت على الأم: أول موقف هو ردة فعل الطبيب تجاه حالة ابني لن أنسى ذلك الموقف أبداً، والموقف الثاني هو دخول الزوج للسجن ظلماً، بين عشية وضحاها أصبحت وحيدة وتائية متحملة مسؤولية أقوى بكثير من طاقتي إنها سنوات سوداء لم أعرف فيها النور.

الأم تؤم الحالة النفسية والصحية للطفل وكل العائلة، تؤم الخير والشر.

الضغوطات النفسية لدى الأم، تسارع الكلام، القلق، التسرع في كل شيء، الإصابة بالسكري ارتفاع ضغط الدم، ملاحظة الأقارب أنني غير طبيعية أحس باضطهاد من الناس "الحقرة" وكان الطفل هو العائق.

نقطة كأبتي وضعفي هي الطفل، منذ مجيء الطفل تغيرت الحياة للأسوأ.

النظامية في الأعمال، العمل العشوائي من دون تركيز، عدم حضور المناسبات والأعراس مع الأهل والأحباب، تزايد ضربات القلب، الفشل، كلما أتفكر الحالة المعاشة تزداد ضربات قلبي، العدوانية، الضرب المبرح لبقية الأبناء، عدم إعطاء فرصة لبقية الأولاد لسماع حديثهم وانشغالاتهم. حتى سماع الكلام لا أطيعه.

أنا أستعمل الهجوم لا أتجاوز بطريقة لبقية أو بأسلوب لين، لدي قلق على مستقبل لطفلي.

لما أكون مع طفلي أدخل في عالمي الخاص العالم الأسود، أي التركيز على كل ما هو سلبي، النزاع بين الزوجين، انعدام الحوار الأسري.

نظرة الأم المستقبلية لطفلها قبل العلاج: مستقبل مجهول لكنني متفائلة لعل الله يحدث بعد

ذلك أمراً. تذكر بعد البرنامج العلاجي

ملاحظة: أسماء الأمهات التي استخدمناها في دراستنا هي أسماء مستعارة وليست حقيقية.

بعدما أتممنا دراسة الحالات سنقوم بتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كما هو موضح فيما يلي

ثانيا: البرنامج العلاجي المطبق مع الحالات

جلسات البرنامج العلاجي ومضمونها:

الجلسة الأولى: التعارف والتعريف بالبرنامج العلاجي ونظام الجلسات وتوقعات الأمهات من هذا العمل، إعطاء فكرة شاملة عن البرنامج وطريقة العمل وتعريف العينة بالإجراءات المتبعة في الجلسات والمهام المطلوبة منهن.

حث الأمهات على أهمية التعاون لتحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج وأهمية الانتظام في الجلسات واحترام المواعيد.

الجلسة الأولى جلسة أساسية ومهمة جدا في البرنامج العلاجي بإمكاننا أن نطلق عليها الجلسة البنائية ففيها يتم بناء الألفة وتعزيز الثقة بين الطرفين من خلال التأكيد على سرية المعلومات.

الجلسة الثانية: تطبيق القياس القبلي لمقياس القلق لماكس هاملتون

الجلسة الثالثة: تطبيق القياس القبلي لمقياس إدراك الضغط

الجلسة الرابعة: التعريف باضطراب التوحد وخصائصه

الجلسة الخامسة: عرض معلومات حول القلق وأثره على الفرد

الجلسة السادسة: الضغط النفسي والعوامل المؤثرة فيه، وأثره على الصحة النفسية والجسمية للفرد، الهدف من هذا هو توضيح مفهوم الضغط النفسي، مصادره، أعراضه، آثاره على

الصحة الجسمية والنفسية للأم، نقاش الأمهات حول المثيرات التي تؤدي إلى استجابة حدوث الضغط النفسي.

الواجب المنزلي: طلب من الأم تسجيل بعض المواقف الضاغطة التي تعرضت لها وكيف كانت استجابتها لتلك المواقف.

الجلسة السابعة: كانت الجلسة حول القلق وآثاره على الصحة النفسية والجسدية، اضطراب التوحد وعلاقته بالقلق.

الواجب المنزلي: طلب من الأمهات تسجيل بعض المواقف التي تعرضت فيها لقلق شديد مع ذكر الأسباب وردود الأفعال التي قامت بها في تلك المواقف.

الجلسة الثامنة: التعرف على بعض المعتقدات اللاعقلانية كبواعث للضغوط النفسية والقلق.

تعريف الأمهات بنموذج ألبرت إيس ABC، تنبيه الأمهات للتمييز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية والتدريب على تغيير الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية، عرض بعض الأفكار اللاعقلانية ومناقشتها جماعيا من بين الأفكار مايلي:

- يجب أن يتعامل جميع الأفراد مع طفل طيف التوحد بمحبة وقبول.
- طفل طيف التوحد ليس له قيمة في المجتمع.
- الأم سبب في إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد.
- طفل طيف التوحد ليس له مستقبل أو مستقبلي مجهول.

مساعدة الأم على التركيز جيدا في الفكرة وإدراكها لها بعد تأكد الأم من عدم منطقية الفكرة تقوم بإعطاء فكرة أخرى أكثر منطقية و تنفي الفكرة السابقة.

الواجب المنزلي: طلب من الأمهات تسجيل بعض الأفكار اللاعقلانية السلبية التي تراودهن كثيرا وتؤثر سلبا عليهن ثم تقوم بقراءتها عدة مرات مع التركيز جيدا في محتوى الفكرة

وبعدها تقوم الأم بالكتابة في السجل اليومي لأفكار أخرى ايجابية وعقلانية تفند تلك الأفكار السابقة وتنفيها.

مع استخدام أسلوب الثناء والمدح للأم من قبل الطالبة الباحثة في حالة استطاعت الأم القيام بذلك.

الجلسة التاسعة: التعرف على مهارة المراقبة الذاتية وتدريب الأمهات عليها.

توضيح المراقبة الذاتية كمهارة يستعان بها بهدف جمع المعلومات عن طبيعة العبارات الذاتية المستخدمة بعد الموقف المسبب للضغط النفسي ويعرف الباحثان مهارة مراقبة الذات أنها وصف دقيق لسلوك الأم كما أشار " كانفر " في (محمد كامل 1990) إلى أن عملية مراقبة الذات تتطلب من الفرد أن يجري ملاحظات لسلوكياته والمواقف التي تظهر فيها والأسباب التي تؤدي إلى هذه السلوكيات كذلك تتطلب منه ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي للأحداث التي يتقبلها الفرد؛ بمعنى آخر فإن رؤية الذات لا تتطلب فقط الإدراك الحسي للأحداث بل تتطلب أيضا وجود انتباه موجه من الفرد تجاه أنواع محددة من الأحداث ومدى قابليته لضبط وتمييز هذه الأحداث.

حددنا فوائد المراقبة الذاتية فيما يلي:

تساعد الأم على معرفة العبارات السلبية التي تستخدمها والأفكار الآلية المشوهة الناتجة عنها وبالتالي يمكن أن تحدد الأم أسباب القلق والضغط النفسي التي تعاني منه.

المراقبة الذاتية تعطي فكرة واضحة وصادقة للأم عن وضعها وعن التقدم والتحسين الذي تحققه من خلال هاته الجلسات.

المراقبة الذاتية تساعد الأم على تعلم أسلوب الضبط الانفعالي.

الواجب المنزلي: طلب من العينة تدوين العبارات الذاتية والألفاظ التي ترددها قبل وأثناء القيام بمختلف النشاطات ورصد المواقف التي تتخذنها والتي تسبب لهن ضغط وقلق نفسي مع ملاحظة العلاقة بين نوع العبارات المستخدمة والمشاعر الناتجة عنها.

الجلسة العاشرة: التعديل المعرفي للأحداث الضاغطة.

عند تعرض الأم لوقف ضاغط تتريث الأم وتحاول أن لا تتسرع في ردة الفعل، بعدها تحاول أن تستحضر ذلك الحدث أو الموقف وتتنظر إليه نظرة واقعية وتعطيه تفسيرات إيجابية، وتراقب انفعالاتها وأحاسيسها خلال التفسير الايجابي لذلك الموقف، الهدف من هذا العمل هو مساعدة الأم على التعديل المعرفي للأحداث الضاغطة أي جعل الأم تفكر ايجابيا تجاه تلك الأحداث.

الواجب المنزلي: طلب من الأمهات استنكار حدث ضاغط ومحاولة إعادة النظر إليه نظرة واقعية والتفكير فيه بايجابية مع تسجيل الحدث وكل الأفكار التي راودتها في السجل اليومي لمناقشها في الحصة القادمة.

الجلسة الحادية عشر: التدريب على الاسترخاء

القيام بالتمارين التي تؤدي إلى الاسترخاء والراحة النفسية إذ تساعد هذه التمارين على التخفيف من حدة القلق النفسي والضغط النفسي عند الأم.

التمرين كان كالتالي: في القاعة المخصصة للاسترخاء ذات الجو الدافئ حيث تحتوي القاعة على جهاز ينشر أشعة الضوء وبألوان مختلفة، بحيث الباحثة هي من تتحكم في لون الضوء ودرجته إذ تم اختيار اللون حسب رغبة الحالات وكان اللون الوردي، وكذلك تحتوي القاعة على موسيقى هادئة كالليوقا وغيرها والتي تساعد على الاسترخاء، إضافة إلى كراسي خاصة بالاسترخاء.

طلبت من الأمهات الاستلقاء على الظهر بشكل مريح ونزع أي شيء يضغط على الجسم كالساعة أو حزام أو غيرهما، ونزع الحذاء، ثم غلق العينين وعلى الأم أن تركز انتباهها على نفسها وتحاول أن تنسى العالم من حولها مع أخذ نفسا عميقا، تقوم بالشهيق والزفير وهي تراقب الهواء وهو يتدفق للداخل والخارج وبكل هدوء تعيد التنفس حتى تتمكن منه ويكون بطريقة صحيحة، ثم تقوم الأم بالتخيل أنها في مكان هادئ وجميل والأفضل أن يكون مكان زارته من قبل ولها ذكريات جميلة فيه، وأثناء الاسترخاء تقوم بتحدث ذاتي داخلي ايجابي مثل أنا هادئة، مرتاحة، أشعر بالطاقة والحيوية... ثم تأخذ نفسا عميقا وتفتح عينيها ببطء.

كنا نتحدث في كل مرة عن الاسترخاء حيث يجب القيام به 6 جلسات على الأقل من أجل التدريب عليه جيدا إذ طلب منهم القيام بذلك في البيت .

الواجب المنزلي: القيام بنفس التمرين في البيت وتسجيل ملاحظات الأم حول هذا العمل لمناقشته في الجلسة التي بعدها مع الباحثة.

الجلسة الثانية عشر: تطبيق بعدي لمقياس القلق لهاملتون

الجلسة الثالثة عشر: تطبيق بعدي لمقياس إدراك الضغط لفنستين

الجلسة الأخيرة : تمثلت في الشكر والثناء للأمهات على التعاون والالتزام، مع تقديم بعض النصائح لهن لاستثمار ما تعلمنه خلال هذه الحصص والعمل به خلال حياتهن اليومية.

16. الإجراءات العملية للبرنامج للعلاجي:

محتوى البرنامج العلاجي المطبق:

المرحلة الأولى: في هذه المرحلة التمهيديّة استقبلت الباحثة الحالات استقبالا طيبا لأن العلاقة تهدف إلى الألفة والتقبل والثقة المتبادلة بين الطرفين وكان هذا التقبل غير مشروط، مع التأكيد للأمهات أن جميع المعلومات تكون في سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع

عليها، تم شرح المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وتوضيح أهميته الكبيرة في التغلب على القلق والضغط النفسي بالأفكار التي تظهر بصورة تلقائية تتطبع بذهنهن وقد لا تشعرن بها إلا إذا ركزن انتباههن عليها، ويكون ذلك من خلال التدريب وكان الشرح باللغة العامية حتى يتسنى للجميع الفهم، في الأخير تختتم الجلسة بواجب منزلي (هو تكليف الحالات بتسجيل بعض المواقف اليومية التي تسبب لهن التوتر والقلق، ويكون ذلك في السجل اليومي لمراقبة الذات).

المرحلة الثانية: مرحلة إدراك المشكلة وبلورة أسباب المشكلة التي تؤدي إلى إحساس الأم بالحزن و التوتر والقلق والضغط نتيجة وجود طفل توحدي داخل الأسرة وردود أفعال الأسرة.

في بداية الجلسة تتحقق الباحثة من ردود فعل الأمهات تجاه الجلسة السابقة وإن كان هناك تساؤلات ترغبن في طرحها، بعدها يتم مراجعة الواجب المنزلي المدون في السجل اليومي لهن وكان النقاش يدور حول الأعراض التي تشتكي منها كل أم، و ما هي المواقف المسببة لظهور الأعراض، وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث بعد الموقف وما هو التصرف الذي قامت به لمواجهة ذلك الموقف، كما تم التوضيح للأمهات أن هذه المواقف قد تمر ببعض الأشخاص ولكن كل شخص قد يختلف عن الآخر في تصرفه وفي تفكيره وأن هذه الأفكار التي قد يبالغ فيها الإنسان هي سبب في الانفعال غير الصحيح وبالتالي تسبب القلق، الضيق والتوتر لدى الإنسان.

المرحلة الثالثة: التعريف بالأفكار غير المنطقية وعلاقتها بالضغط النفسية والتدريب على استبدال الأفكار غير المنطقية السلبية بأخرى منطقية، مساعدتهن على إقامة علاقات ايجابية والتدريب على الاسترخاء والصبر والرضا بقضاء الله وقدره.

تعريف الأمهات بطبيعة القلق والضغط النفسي وأنواعه، أسبابه أعراضه، الآثار النفسية المصاحبة له، تحديد المشكلة بدقة، المناقشة والحوار، مراقبة الذات والواجب المنزلي.

المرحلة الرابعة: التعريف بالدور الذي يقوم به الاسترخاء في خفض التوتر والقلق، تدريب الأمهات على تمارين الاسترخاء، مراجعة الواجب المنزلي.

المرحلة الخامسة: مرحلة تقييم البرنامج وذلك من خلال النتائج المتوصل إليها.

جدول رقم (03) حول التفكير الايجابي مع شرح نموذج ألبرت إيس.

الهدف	دور الباحثة
أهمية التفكير الايجابي	توجه الباحثة سؤال للأمهات هل تفضلن التعامل مع شخص إيجابي ولماذا؟ الإنصات إلى مختلف الإجابات وتعزيز الجيدة منها ثم تبين لهن ما توصل إليه البحث العلمي؛ توصلت الدراسات إلى أن الناس بطبيعتهم يحبون الشخص الذي يفكر ويتصرف بايجابية وأن نكون محاطين بذوي التفكير الايجابي لأنهم متفائلون ويحركون في الآخرين دوافع الانجاز والنشاط وتنعكس أهمية التفكير الايجابي في حياة الفرد والجماعة بشكل مباشر فالفرد الايجابي يفسر ما يحصل له من مواقف الفشل وعدم تحقيق الأهداف على أنها فرصة للتطوير والتحسين .
مقارنة بين الفرد الايجابي والفرد السلبي	تطلب الباحثة من الأمهات إعطاء صفات للفرد الايجابي والفرد السلبي وتدونها على السبورة ثم تتم مناقشة تلك الأفكار والتوصل إلى ما يلي: الفرد الايجابي: يفكر في الحل، لا تنتضب أفكاره، يساعد الآخرين، يرى حلا لكل مشكلة، يرى أن الحل صعب لكنه ممكن،

<p>يرى في العمل أملا، ينظر إلى المستقبل ويتطلع إلى ما هو ممكن.</p> <p>الفرد السلبي: يفكر في المشكلة، لا تتضرب أعذاره، يتوقع المساعدة من الآخرين، يرى مشكلة في كل حل، يرى أن الحل ممكن لكنه صعب، يرى في العمل ألما، ينظر إلى الماضي ويتطلع إلى ما هو مستحيل.</p>	
<p>طرح المثال التالي: أم لطفل توحي يبلغ من العمر سبع سنوات اكتشفت اضطراب ابنها مؤخرا رفضت وضعه في المركز خوفا من وصمة المجتمع و وضعت في رياض الأطفال إلا أنها في كل مرة تنقله من روضة إلى أخرى خوفا عليه ممن يتعامل معه (فقد الثقة في الآخرين علما أن هذا المثال مأخوذ من الواقع) الطفل لغته غير وظيفية، لديه ذاكرة بصرية جيدة إلا أنه كثير الحركة والعناد.</p> <p>تطلب الباحثة مشاركة اثنتين من الأمهات بحيث تأخذ الأولى دور صاحبة التفكير السلبي بينما الثانية تأخذ دور التفكير الايجابي وتسجل كلا منهما آرائها تجاه المثال وتتم مناقشة الآراء جماعة</p>	<p>مناقشة جماعية لمثال تطرحه الباحثة</p>
<p>توضح الباحثة أننا كلنا نعلم أن ردود أفعالنا وتصرفاتنا ناتجة بشكل أساسي عن طريقة تفكيرنا، وهذا ما أكده الكثير من علماء النفس الذين اتفقوا على أن كثيرا من استجاباتنا وتصرفاتنا تعتمد إلى حد كبير على وجود أفكار خاطئة يكونها الشخص عن نفسه وعن العالم المحيط به مما يسبب لنا اضطرابات لا يمكن عزلها عن الطريقة التي نفكر بها عن أنفسنا وعن المحيطين بنا، فالعالم</p>	<p>شرح نموذج ألبرت إليس Albert Ellis</p>

<p>البرت ليس وجد أن الاضطرابات النفسية هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان لذا فهو يعتقد أن السبيل إلى الحد من المعاناة النفسية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية ويرى هذا العالم أن السلوك الإنساني عبارة عن مزيج من الأفكار العقلانية وغير العقلانية في وقت واحد، فالناس يتصرفون في مواقف الحياة حسب إدراكهم لتلك المواقف كما يرى أنه ينبغي مهاجمة الأفكار غير العقلانية والانفعالات السلبية وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح الشخص منطقيًا وعقلانيًا.</p> <p>وقد حدد الـيس العناصر الأساسية لنظريته في النموذج الذي أسماه A B C على النحو التالي: الحدث المنشط (A)، المعتقدات (B)، النتائج (C). فإذا حدث لفرد ما نشاط أو تصرف مثير أيا كان نوعه في حياته (A)، فهو إما أن يكون اعتقاداً (B) عقلانياً أو غير عقلانياً تجاه هذا الحدث وبذلك يكون تصرفه حسب نتائج تفكيره (C). والنتيجة الانفعالية التي تنجم عن المعتقدات والأفكار ويرمز لها بالرمز C هي السلوك النهائي أو النتيجة الانفعالية النهائية بمعتقدات الفرد بخصوص الحدث A</p> <p>خلاصة القول أن المشكلة ليست في A وإنما في B إن كان سليماً فإن C تكون سليمة والعكس صحيح.</p>	
<p>الموقف أو الحدث A: إعاقة طفلي، الأفكار B: إعاقة طفلي أمر مدمر، أو إعاقة طفلي قدر يجب أن أتكيف معه.</p> <p>النتيجة C: الإحساس بالحزن والتوتر وعدم القدرة على العمل.</p> <p>أو الإحساس بالرضا والراحة والقدرة على العمل.</p>	<p>مثال للتوضيح</p>

تم القيام بحصص الاسترخاء مع الحالات بالقاعة المخصصة بذلك في المركز وهي قاعة مجهزة جيدا مما ساعد كثيرا على التفاعل الجيد من طرف الحالات.

أما بقية الجلسات الجماعية كانت بقاعة النفسي الحركي وهي قاعة كبيرة ومجهزة وجميلة تعطي نوع من الراحة النفسية لذلك اختارت الباحثة العمل بها مع الحالات .

جدول رقم (4) يوضح جلسات البرنامج العلاجي المطبق

الجلسة	العنوان	المحتوى
1	تعارف وتعريف بالبرنامج.	تم فيها التعارف بين الطالبة الباحثة وعينة الدراسة تم القيام بشرح مفصل للهدف من البرنامج ونظامه من حيث عدد الجلسات ومواعيدها ومدة كل جلسة كما تم التأكيد على أهمية الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة في تنفيذ الواجبات المنزلية.
2	اضطراب التوحد وضرورة التعايش معه.	تزويد الأمهات بمختلف المعلومات عن هذا الاضطراب من تعريف، خصائص وأسباب وتأثيره على الأسرة، كما تم تقديم أمثلة عن حالات التوحد تم العمل معها من قبل وتم تحقيق نتائج وذلك بهدف بث الأمل والتفاؤل في نفوسهن وتشجيعهن على العمل على أنفسهن حتى يستطعن العمل مع أطفالهن.
3	الضغط النفسي والقلق وآثارهما السلبية على الحياة الشخصية والأسرية للفرد.	توضيح الضغط النفسي وآثاره في صحة الفرد النفسية والجسمية. ضغط نفسي قوي ← صحة نفسية متدهورة ← صحة جسمية مريضة حياة كئيبة ←

شرح تعليمة المقياس والهدف منه	تطبيق قبلي مقياس الضغط	4
شرح تعليمة المقياس والهدف منه	تطبيق قبلي لمقياس هاملتون للقلق	5
التحدث عن التفكير الايجابي والتفكير السلبي والفرق بينهما ومدى تأثير كل منهما في الحياة الشخصية.	الايجابية والتعاؤل	6
توضيح نموذج ألبرت إليس في التفكير وكيفية تأثير الأفكار السلبية وغير العقلانية في إحداث الانفعالات والضغط النفسية.	شرح نموذج ألبرت إليس	7
شرح العلاقة بين الصحة النفسية والجسدية للطفل والصحة النفسية والجسدية للأم ومدى تأثير الأم بحالة طفلها الذي انتظرته بفارغ الصبر ورسمت له صورة خاصة بمخيلتها قبل ولادته وبمرور الوقت تتفاجأ باضطراب لم تسمع عنه من قبل وتجد نفسها تصارعه بكل ما تملك من قوة أملا منها رؤية طفلها يشفى ويتكلم ويدرس كباقي الأطفال ، إضافة إلى تحملها مسؤولية العائلة وهذا ما يجعل الأم تصاب باضطرابات نفسية وجسدية بصورة فجائية وتظهر خاصة بعد اكتشاف اضطراب الابن فتتقلب الحياة رأسا على عقب. لهذا فالأم بحاجة إلى علاج نفسي بالدرجة الأولى من أجل تحقيق التوازن النفسي والقدرة على إدارة شؤون الأسرة.	أم طفل التوحد بحاجة إلى علاج نفسي	8

<p>لوحظ على عينة البحث أنها تعيش حالة إهمال نفسي وذلك من ناحية عدم الاهتمام بالنفس سواء اللباس (تقول إحداهن حتى ولو اشترت لباس جديد لا ألبسه) أو الغذاء، قلة زيارة الأهل والأقارب، عدم حضور المناسبات. وهذا ما زاد في تدهور الحالة النفسية للأم ومن هذا المنطلق قامت الطالبة الباحثة بإعطائهن واجب منزلي تمثل في الطلب من الأم تزيين نفسها ولبس أجمل لباس مع إعداد قهوة أو عشاء مختلف نوعا ما وملاحظة ردت فعل الزوج وباقي أفراد العائلة.</p> <p>بعد مناقشة الواجب المنزلي في الجلسة الموالية تبين أن هذا التغيير البسيط الذي قامت به الأم كان له تأثير ايجابي عليها وعلى الزوج والأولاد حيث تأكدت الأم أن الاهتمام بنفسها يتطلب إرادة وأفكار ايجابية فقط لأنها تعيش حياة روتينية آلية، كما لاحظ أفراد الأسرة التغيير وأصبح الكل يسأل عن سبب التغيير ظنا منهم أن هناك ضيوف قادمون للبيت، كما استحسن الأزواج هذا العمل وتم تشجيع الزوجات على إتمام العمل مع الطالبة الباحثة.</p>		
<p>توضيح أثر إعاقة الطفل على مفهوم وتقدير الذات لدى الأم وضرورة تحدي الصعوبات من أجل العيش بسلام.</p>	<p>9 تقبل الذات وأثره في التفكير الايجابي.</p>	
<p>توضيح للأم مدى أهمية النظرة الواقعية والتفكير الايجابي للحدث الضاغط، وتأثير ذلك على الحالة</p>	<p>10 التعديل المعرفي للأحداث الضاغطة</p>	

<p>النفسية والجسدية للأم مثال للتوضيح: "المستقبل المجهول لطفل التوحد" هذه الفكرة تحملها كل الأمهات ولهن نظرة سلبية لمستقبل الطفل، لكن عندما ننظر إلى التوحد واقعياً نجد أن هناك دراسات وتخطيط لمستقبل هذا الطفل بمعنى أن الأمر أصبح أحسن مما كان عليه سابقاً، والدليل على ذلك تجهيز مراكز خاصة بأطفال التوحد للتكفل بهم. وبما أن البحث والدراسة لهذا الاضطراب لازالت مستمرة فإن الأحسن قادم بإذن الله تعالى.</p>		
<p>شرح للعينة تقنية الاسترخاء وتطبيقها في القاعة مع إعطائهن واجب منزلي تمثل في تطبيق هذه التقنية بالبيت</p>	<p>10 تطبيق تقنية الاسترخاء</p>	
<p>شرح تعليمة المقياس والهدف منه</p>	<p>11 تطبيق بعدي لمقياس هاملتون للقلق</p>	
<p>شرح تعليمة المقياس والهدف منه</p>	<p>12 تطبيق بعدي لمقياس لمقياس إدراك الضغط</p>	
<p>مناقشة وتقييم كل أم لنفسها من بداية البرنامج إلى النهاية مع شكر عينة الدراسة على كل ما قدمن وتقديم نصائح وإرشادات لمحاولة استثمار ما تعلمنه خلال البرنامج وتطبيقه في حياتهن اليومية.</p>	<p>13 تقييم نفسي</p>	

نتائج القياس البعدي للمقياسين مع التحليل

الحالة الأولى: أم آدم

درجة القلق = 14

إدراك الضغط = 0,3

الحالة الثانية: أم أيوب

درجة القلق = 17

إدراك الضغط = 0,6

الحالة الثالثة: أم عبد الرحمن

درجة القلق = 20

إدراك الضغط = 0,4

الحالة الرابعة: أم آنس

درجة القلق = 20

إدراك الضغط = 0,6

الحالة الخامسة: أم عبد الصمد

درجة القلق = 19

إدراك الضغط = 0,5

الحالة السادسة: أم عبد الغني

درجة القلق = 20

إدراك الضغط = 0,6

بعد انتهائنا من دراسة الحالات محل الدراسة وإخضاعهن لبرنامج علاجي معرفي سلوكي سنعرض في الفصل الموالي (السابع) تحليل النتائج ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.

الفصل السابع تحليل النتائج ومناقشة فرضيات الدراسة:

1. تحليل نتائج المقياسين
2. مناقشة النتائج
3. تحليل محتوى
4. مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتوصل إليها
5. استنتاج عام للدراسة

نتائج مقياسي الضغط والقلق للحالات الست

جدول رقم (5) يوضح نتائج القياس القبلي

الضغظ	القلق	الحالات
0,4	18	أم آدم
0,8	20	أم أيوب
0,5	24	أم عبد الرحمن
0,73	24	أم آنس
0,7	22	أم عبد الصمد
0,82	24	أم عبد الغني

جدول رقم (6) يوضح نتائج القياس البعدي

الضغظ	القلق	الحالة
0,3	14	أم آدم
0,6	17	أم أيوب
0,4	20	أم عبد الرحمن
0,6	20	أم آنس
0,5	19	أم عبد الصمد
0,6	20	أم عبد الغني

1. تحليل نتائج الجدول

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن كل الحالات لها ضغط نفسي ودرجات متفاوتة حيث أن أربع حالات لهن مستوى عالي من الضغط تراوح مؤشره ما بين 0,7 و 0,8 وحالتان لهما ضغط متوسط.

كما هو مبين في الجدول حالتان لهما قلق معتدل كما توضح الدرجتان 18 و 20 والحالات الأخرى تبين أن لها قلق مؤكد بشحنة عالية موضحة في الدرجات 22 و 24 وهذا حسب القياس القبلي.

هذه النتائج تؤكد أن هناك علاقة بين الضغط النفسي والقلق حيث نلاحظ الحالات التي لها ضغط نفسي مرتفع لها قلق مؤكد بشحنة عالية ماعدا أم عبد الرحمن التي كان لها ضغط متوسط وقلق عالي.

نلاحظ من خلال التطبيق البعدي لمقياس الضغط انخفاض في الدرجات مقارنة بالقياس القبلي وذلك لدى جميع الأمهات، كما هو موضح بالجدول وهذا إن دل على شيء إنما يدل على الأثر الايجابي الناتج عن البرنامج العلاجي.

أما بالنسبة للقياس البعدي للقلق نلاحظ انخفاض في درجات القلق عند جميع الحالات الحالة الأولى أصبح لها قلق خفيف والباقي قلق معتدل .

ما يمكن استخلاصه من هذه النتائج الكمية أن أمهات أطفال التوحد تعانين من ضغوط نفسية مصاحبة للقلق نتيجة إصابة الطفل باضطراب التوحد إضافة إلى عوامل أخرى.

من خلال تحليل النتائج العامة لمقياسي الضغط النفسي والقلق وبعد التدخل العلاجي المعرفي السلوكي نلاحظ أن الأمهات انخفض لديهن القلق والضغط النفسي، انخفاض الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة للقلق والضغط النفسي، انخفاض الضغط النفسي

المتعلق بمستقبل الطفل، انخفاض الشعور بالإنهاك والإحباط، التحكم نوعا ما في سرعة الغضب وظهر ذلك من خلال تغير بدائل الإجابة في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي على سبيل المثال كانت الإجابة على البند الثالث الذي ينص على: أنت سريع الغضب وضيق الخلق بـ "أحيانا" بعدما كانت "كثيرا"، وبالتالي يمكننا القول أن للعلاج المعرفي السلوكي أثر ايجابي في التخفيف من بعض المشكلات (الضغط النفسي والقلق) لدى أمهات أطفال التوحد وبذلك قد تحققت الفرضية الرئيسية للدراسة.

2. مناقشة النتائج:

من خلال النتائج المحصل عليها في القياس البعدي للضغط النفسي والقلق ومقارنتها بالقياس القبلي اتضح لنا الأثر الايجابي الذي أحدثه العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغط النفسي والقلق بصفة عامة وتناقص الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة لهما، كما تم تسجيل انخفاض في كل من مشاعر التوتر والخوف، اليأس، الإحباط، التعب، الإجهاد، المزاج الاكتئابي، وكذلك تناقص في الأعراض الجسدية المتمثلة في: آلام الصدر، خفقان القلب وحرقان المعدة، بالإضافة إلى تناقص القلق على مستقبل الطفل.

يمكن تفسير النتائج الايجابية المحققة مع الأمهات إلى الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي والتي كان لها أثر إيجابي في خفض الضغوط النفسية والقلق ومنها:

الاستبصار: الناتج عن مراقبة الذات وذلك من خلال توعية الأم بمشكلاتها ومسبباتها وآثارها السلبية على حياتها ككل.

التعديل المعرفي للأحداث الضاغطة: ذلك من خلال إعادة النظر في الحدث المقلق أو الضاغط بشكل إيجابي أو ما يسمى بإعادة التقييم المعرفي للحدث، وذلك من خلال وضع الموقف الضاغط المزعج في منظور واقعي يتيح رؤية جديدة لجوانبه ونتائجه ويؤكد هذا الكلام إليس في نظرية الإرشاد المعرفي السلوكي الانفعالي في نموذج التدريب التحصيلي

ضد الضغوط على أهمية إعادة تقييم الحدث بشكل إيجابي وضرورة إحلال مشاعر إيجابية محل المشاعر السلبية كوسيلة للتخلص من الضغوط النفسية ومشاعر القلق والتوتر.

الاسترخاء: يعد تعلم الاسترخاء من أهم أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوتر النفسي، ويعد أسلوباً وقائياً يساعد الفرد على التفكير بطريقة أكثر إيجابية وعقلانية ويصبح الشخص أكثر وعياً للتوتر.

كان تفاعل جيد للأمهات مع حصة الاسترخاء والتخيل، اتضح ذلك من خلال سرد الأم لما عاشته خلال فترة الاسترخاء.

3. تحليل محتوى المقابلات ومناقشة نتائج المقياسين:

الحالة الأولى أم آدم:

من خلال المقابلات اتضح أن الأم تسعى جاهدة وراء تحسين ظروفها والاهتمام بطفلها وكل عائلتها من أجل تخفيف الضغط النفسي، حيث لاحظنا أنها تحصلت على أدنى درجة من الضغط النفسي هذا لا يبرر أنها لا تعيش ضغط وإنما هي مدركة وواعية جيداً لما يحدث لها وتقوم بأعمال تمتص الضغط النفسي لها، الدليل على ذلك عند معرفتها باضطراب طفلها خضعت للعلاج النفسي لمدة 7 أشهر حتى تجاوزت الصدمة وتقبلت الأمر، فهذه الأم قامت بالتحدي وجاء على لسانها " تحولت من تلك الأم اليائسة التي تبكي دائماً رجعتها بالتحدي وتكونت في مجال التوحد تعلمت الطرق لي يخدمو بيها من برامج ودخلت نخدم ".

كما عبرت أيضاً بقولها " كون كل أم تبدأ بذاتها أكيد رايحة تسهل حياتها مع محيطها ومع ابنها ".

الأم كان لها قلق معتدل في القياس القبلي (الدرجة 18) وأصبح خفيف في القياس البعدي (الدرجة 14). فمن خلال اجابتها على البندين (1،10) الغير مباشرين بالرفض فهي لا

تشعر بالراحة ولا بالهدوء، أيضا إجابتها على البنود (8، 18، 27) بـ كثيرا مالمديها صعوبة في الاسترخاء والنوم وشعور بعبء المسؤولية.

تحليل عام للحالة:

بناء على المعلومات السابقة يمكننا استنتاج أن الأم لها ضغط متوسط وقلق معتدل إلا أنها تعاني من صعوبة في النوم والاسترخاء بسبب حالة طفلها ومشكل زوجها (توقيفه من العمل بصورة فجائية) هذا الأمر الذي تفكر فيه كثيرا منذ سنوات أصبحت تعاني الأرق بسبب تلك الأفكار والتساؤلات التي لم تجد لهم إجابة.

غير أنها في الوقت ذاته رسمت طريق ناجح لطفلها وهو اهتمامه وميوله إلى الطبخ وصنع الحلويات فهي تعمل على تطوير موهبته حيث قامت بفتح صفحة باسمه على موقع التواصل الاجتماعي (فيس بوك) تعرض فيها فيديوهات لأعماله هذا العمل لقي استحسان كبير من طرف الغير وأصبح الكثير من أولياء التوحد وغيرهم يشجعون هذا العمل هذا ما أعطى دفعا للأم للمزيد من العمل وتطوير حالة طفلها.

الحالة الثانية أم أيوب

من خلال المعلومات المتحصل عليها يتضح أن الأم تعاني ضغط نفسي كبير حيث تحصلت على مؤشر الضغط 0,8 وتعيش حالة قلق كانت الدرجة 20 وذلك بسبب حالة طفلها حيث كانت الأم قلقة جدا على عدم قدرة طفلها على الكلام والتواصل معها وكذلك من سلوكياته الغريبة الصراخ والعدوانية تجاه ذاته والحركات النمطية التي لم تفهم ما سببها وماذا يقصد بها، مما جعل أفكارها مشتتة ويراودها كثيرا تأنيب الضمير أنها سببا في التفريط في ابنها وإصابته بالتوحد عبرت الأم بقولها " كنت في ضغط شديد مع طفلي لأنني لا أعرف كيف أتعامل معه ولا أفهمه " وما يزيد في ضغطي وقلقي نظرة المجتمع ينظرون إليه نظرة شفقة وأنه معاق ذهنيا".

وما أكد قلق وضغط الأم هو إيجابتها على بنود المقياس غير المباشرة بالرفض (1، 10، 25) وذلك يعني أنها منهكة ومتعبة التفكير ولا تشعر بالهدوء والراحة كما لها صعوبة وعبء في تحمل المسؤولية.

التحليل العام للحالة:

يمكننا استنتاج أن هذه الحالة لها ضغط نفسي شديد وقلق كبير نتيجة اضطراب التوحد الذي أصاب ابنها وما زاد في ضغطها هو الأفكار السلبية التي تحملها تجاه نفسها وغيرها (هذا ما أكدته السجل اليومي للأم) فهذه الأفكار تأخذ أكبر وقت من تفكيرها مما جعلها تحس كثيرا بالإرهاك والتعب النفسي والجسدي والأرق والقلق من أبسط الأشياء، حيث تم التوضيح للأمهات خطورة مثل هذه الأفكار وغيرها وخاصة لما تكون الأم مركزة عليها كثيرا وبالتالي بإمكان الأم أن تصاب بالوسواس المرضي الذي لا يحمد عقباه؛ لذا يجب على الأم أن لا تعطي الشيء أكثر من حجمه بل الأفضل أن تشغل نفسها وتفكيرها بأشياء أكثر إيجابية كالذكر والقرآن الكريم " لقوله تعالى ألا بذكر الله تطمئن القلوب".

لاحظنا انخفاض درجة القلق للأم من 20 إلى 17 وهذا دليل على الأثر الإيجابي للبرنامج الذي أحدثه في الضغط النفسي والقلق أي أن جلسات البرنامج خففت من وقع المشاكل النفسية للأم وذلك ما أكدته الأم من خلال الجلسات الأخيرة إذ لاحظت الأم تغير في تفكيرها وسلوكها مقارنة عما كانت عليه قبل البرنامج.

الحالة الثالثة أم عبد الرحمن

تبين بعد جمع المعلومات أن الأم لها ضغط نفسي متوسط تمثلت درجته بـ 0,5 وقلق مؤكد بشحنة عالية بدرجة 24 هذه الأم لا تعاني من مشاكل عائلية ولا زوجية تعيش حياة ميسورة كما أن الزوج يساعدها في التكفل بالطفل حيث تقوم بعدة جلسات نفسية وأرطوفونية للطفل

أسبوعياً، إلا أن ما يقلقها ويتعبها هو سلوكيات الطفل حيث له اضطراب التوحد مصحوب بفرط الحركة ولا يعرف الخطر فهي شديدة الحرص عليه كما هو مبين في دليل المقابلة،

إضافة إلى شخصية الأم فهي تحفظ القرآن الكريم وقوية الإيمان بالله وراضية بما قسمه الله لها هذا الأمر جعل الضغط النفسي خفيف عندها، فهذه الأم لا تشعر بعبء المسؤولية بدرجة كبيرة لأن زوجها يتقاسم معها المسؤولية كما أنها ليست سريعة الغضب ولا تشعر بالوحدة هذا ما بينته إجابتها على بنود المقياس رقم (3،5،28) كما أن لديها عدة مخاوف تمثل في الإجابة بـ كثيرا على البند رقم 18، فدتكون هذه المخاوف تتمثل في الخوف على مستقبل طفلها والخوف من المخاطر التي يتعرض لها.

تحليل عام للحالة

الحالة لها ضغط نفسي متوسط وقلق مرتفع نتيجة لما ذكر سابقا إلا أنه انخفضت درجة الضغط بأربع درجات أصبح 20 في القياس البعدي وهذا راجع لاستعادة الأم من جلسات البرنامج العلاجي والقيام بمختلف الواجبات المنزلية وتطبيق في البيت كل ما تتعلمه في الجلسة.

الحالة الرابعة أم أنس

عبرت الأم من خلال استمارة المعلومات المقدمة من طرف الباحثة ومن خلال المقابلات والمقياسين أنها تعاني ضغط نفسي وقلق كبيرين بسبب اضطراب التوحد والمعاملة الصارمة للزوج إضافة إلى تعب وضغط العمل، وقد عبرت بقولها " أرغب أحيانا في الخروج من البيت، الإحساس بأن بيت الزوج لا يمكن الضحك أو المزح فيه". هنا عبرت الأم بلفظ

(بيت الزوج) كأنها ضيف أو شخص غريب عن البيت ولم تقل بيتنا كما أضافت " عندما يفسد الطفل شيء ما في البيت أسرع إلى إصلاحه قبل أن يراه الزوج خوفا منه ".

فالشخصية السلطوية للزوج زادت من الضغط النفسي والقلق للأم وأثر ذلك سلباً على الصحة النفسية والجسدية لها ؛ أكد ذلك مؤشر الضغط الذي بلغ 0,73 وقلق مؤكد بشحنة عالية بلغ درجة 24 في القياس القبلي وهذا من خلال إجابتها على البنود الغير مباشرة بالرفض (1،10،29) فهذه الأم ليس لديها شعور بالراحة أو الهدوء كما لا تجد الوقت لراحتها النفسية وهذا ما جعلها لا تشعر بالحيوية والنشاط نتيجة عبء المسؤولية مما انجر عنه صعوبة الاسترخاء.

التحليل العام للحالة:

الحالة تعاني من ضغط نفسي مرتفع وقلق مؤكد بشحنة عالية لكن بعد خضوعها للبرنامج العلاجي انخفض القلق وأصبح معتدل بدرجة 20، الحالة لم تتقبل في البداية اضطراب طفلها ومعاملة زوجها مما شكل لديها أفكار سلبية وغير عقلانية زادت من اضطرابها وهذا ما أكدته في ما دونته في السجل اليومي لها الخاص بالبرنامج العلاجي لكن بحضور جلسات البرنامج واستفادتها منها والقيام بمختلف الواجبات المنزلية المقدمة لها استطاعت الأم تغيير بعض الأفكار غير المنطقية واستبدالها بأفكار ايجابية وأكثر منطقية وتغيير سلوكها خفف الضغط والقلق لديها.

الحالة الخامسة أم عبد الصمد:

من خلال المقابلات تبين أن للحالة ضغط نفسي كبير وتعيش حالة قلق وخوف على طفلها فهي تحذر ولا تثق في كل من يتعامل مع الطفل، كما أن لها تأنيب الضمير حول كونها سبب في إصابته باضطراب التوحد بسبب إهمالها وعدم استئانتها من العمل والبقاء بجانب ولدها، الأم تعيش ضغط نفسي دائم نتيجة تفكيرها المفرط في حالة ابنها ومستقبله مما أدى إلى اضطرابات نفسية وسلوكية لديها مثل القلق، العدوانية، العزلة (أصبحت حتى مع زملائي في العمل قليلة الكلام)، الأرق

الأم لها مستوى مرتفع من الضغط اتضح جليا في البنود رقم (1، 10، 25) التي تؤكد عدم شعورها بالراحة والهدوء والطمأنينة بل تعيش حالة من الخوف والتوتر والإنهاك والتعب الفكري هذا ما وضحته إجابتها على البنود (14، 18، 26).

تحليل عام للحالة:

أكدت المعلومات سابقة الذكر أن الأم تعاني من ضغط نفسي مرتفع وسببه يعود بالدرجة الأولى إلى إصابة ابنها باضطراب التوحد وصعوبة التعامل معه إضافة إلى التكفل بباقي الأطفال من تربية وتعليم وأيضا ضغط العمل والالتزام بالانضباط فيه، رغم كل هذا لاحظنا تأثير ايجابي للبرنامج المعرفي السلوكي المطبق مع الأم من خلال انخفاض درجة القلق لديها من قلق مؤكد بدرجة عالية إلى قلق معتدل، الأم تفاعلت بصورة جيدة مع جلسات البرنامج والواجبات المنزلية وجلسات الاسترخاء عبرت عن قولها " كم كنت بحاجة إلى هذا العمل وإلى أخصائية نفسانية تفهمنيوتساعدني لكن لم أعرف إلى أين أذهب ولم أجد من يساعدني نفسيا".

الحالة السادسة: أم عبد الغني

اتضح من خلال أدوات جمع المعلومات المعتمدة في دراستنا أن الحالة لها ضغط نفسي مرتفع جدا حيث كان مؤشر الضغط 0,82 وقلق مؤكد بدرجة عالية 24.

كما كانت إجابتها على بنود الضغط مثل باقي الحالات بالرفض على البنود غير المباشرة رقم (10، 25، 29) فالأم لا تجد الوقت لأخذ قسط من الراحة ولا تشعر بالهدوء كما أنها ترى نفسها محل انتقاد وحكم الآخرين وذلك بإجابتها على البند رقم 24 بالبديل " كثيرا " إضافة إلى الإجابة على البند رقم (6، 15، 23) بكثيرا وهذا ما يفسر أن الأم تجد نفسها في مواقف صراعية وترى أن المشاكل تتراكم عليها كثيرا وتحس بأنها تقوم بأشياء ملزمة بها

وليس لأنها تريدها. أم عبد الغني تشعر بالتوتر وتخاف من عدم قدرتها على تحمل المسؤولية وإدارة شؤون الأسرة خاصة بعدما دخل زوجها السجن.

تحليل عام للحالة:

نستنتج مما سبق أن هذه الحالة تعاني ضغط نفسي شديد وقلق كبير نتيجة عوامل متعددة تمثلت في اضطراب التوحد الذي أصاب ابنها قالت الأم " نقطة كآبتي هي طفلي " ودخول زوجها السجن والمعاملة السيئة من طرف المقربين لها حيث قالت " أحس باضطهاد من طرف الغير " فكلما اضطهاد تعني أن الأم لا تشعر بالأمان وهذا ما أثر على حالتها الجسمية إذ أصبحت تعاني من ارتفاع ضغط الدم والسكري إضافة إلى العدوانية والنظامية في البيت وتسارع الكلام وعدم التحاور مع الأبناء

إلا أنها استقادت من البرنامج العلاجي وانخفض القلق عندها ب 4 درجات كما عبرت أنها تشعر بالراحة النفسية عند حضورها الجلسات العلاجية والتعبير عن ما هو بداخلها، الأم كانت تحمل أفكار سلبية ومشوهة حول التوحد والحياة ككل حيث " تمننت لو كان ابنها مصاب بالسرطان وليس التوحد هذا الاضطراب الغامض الذي ليس له دواء " قامت الطالبة الباحثة بالعمل على تغيير هذه الفكرة للأم وذلك بتوضيح للأم أن من رحمة الله كان ابنك له التوحد الذي لا يعرف صاحبه ألما على عكس مريض السرطان الذي يعاني ألم شديد طوال الوقت رغم أخذه للدواء والتركيز كذلك على الجانب الإيماني وضرورة الرضا بما قسمه الله لنا وذكر الله تعالى كثيرا حتى تطمئن القلوب وتهدأ النفس ويذهب الغضب.

تحليل عام لكل الحالات:

تبين من خلال نتائج البحث أن أمهات أطفال التوحد تشعر بالقلق والضغط النفسي والعزلة الاجتماعية وغيرها من الأحاسيس السلبية بسبب اضطراب أطفالهن وموقف الناس منهن، إذ تعاني من سوء المعاملة جراء اختلاف أطفالهن، وهذا ما جعلها تعيش حالة نفسية غير

متزنة فتأثر تفكيرها ومشاعرها وحكمها على الأشياء وسلوكها وتصرفاتها إلى حد يستدعي التدخل لرعايتها.

ردود أفعال الأمهات بعد مرحلة الصدمة بإصابة أطفالهن باضطراب التوحد كان هناك صمت كبير وكبت من أجل الفحوص الطبية وإيجاد الحلول من المختصين ذوي الكفاءة، كل ذلك محاولة لإبعاد الألم النفسي وعدم مواجهة فقدان الحقيقي للطفل المثالي ومع تأكيد الفحوص الطبية لوجود اضطراب التوحد، وبالتالي عدم ظهور أمل فيما كان متوقع لدى الأم هنا بدأ اليأس والألم النفسي والإحباط والقلق والضغط ومن هنا بدأت المواجهة الحقيقية للصدمة.

4. مناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المتوصل إليها:

الفرضية الرئيسية للدراسة والتي تنص على أن : العلاج المعرفي السلوكي بإمكانه أن يخفف من بعض المشكلات النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد محققة مع حالات الدراسة واتضح ذلك من خلال نتائج الدراسة المذكورة في تحليل المقابلات للحالات والنتائج الكمية للمقياسين. وهذا ما يتوافق مع دراسة ياسمين باشا 2016 ودراسة مريم جمال محمد توام 2018، ودراسة مي فتحي السيد البغدادي وإيمان محمود عبد الحميد العشماوي 2019، ودراسة سنوسي عياط 2020 أيضا تؤكد ذلك.

الفرضيات الفرعية:

الفرضية الأولى: من بين أبرز المشكلات النفسية التي تعاني منها أم طفل التوحد: القلق، الضغط النفسي، العدوانية، الإحباط، الإنهاك النفسي والاكتئاب.

فرضية مؤكدة مع جميع الحالات حيث أن كل الأمهات صرحت خلال الاستمارة والمقابلات العلاجية أنها تعاني من هذه الاضطرابات كما تم إثبات وجود الضغط النفسي والقلق من خلال الدرجات الكمية للمقياسين. وأكدت العديد من الدراسات ذلك حيث توصلت إلى أن

أسر أطفال التوحد أكثر عرضة للضغوط النفسية مقارنة بالأسر ذوي الأطفال العاديين. مثل دراسة قراقيش 2006 ودراسة سيغال 2010 ودراسة سيمور 2013.

الفرضية الثانية: من بين أهم المشاكل التي تواجه أم طفل التوحد والتي تزيد من اضطرابها النفسي: قلة الدعم النفسي للأم، الضغوط العائلية والمجتمع. فرضية محققة مع عينة الدراسة وهذا ما يؤكد أن أمهات أطفال التوحد تعشن معاناة نفسية بسبب ضغوطات مختلفة ومتنوعة نتيجة إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، ورغم هذا إلا أن نسبة كبيرة منهن لا تطلبن الاستشارة النفسية أو التكفل النفسي لسبب أو لآخر فهن بحاجة ماسة إلى المساعدة والتكفل النفسي بهن.

هؤلاء الأمهات بحاجة إلى الدعم النفسي المعنوي وقد عبرت بعض الأمهات " أحيانا نريد إلغاء حصص العلاج لأطفالنا ليس لمجرد أننا لا نحب الذهاب ولكن نتيجة التعب ولا يعني أننا نمتلك رفاهية عدم أخذ أطفالنا العلاج ولكن كان لعدم وجود الدعم النفسي للأم.

كما أشارت بعض الأمهات إلى التفسيرات السلبية للمجتمع ونقص الاتصال بين الأفراد حيث كانت تفسيرات محبطة وغير داعمة لخبرات أمهات أطفال التوحد حيث تم التعبير عن السلوكيات المرتبطة بالتوحد من قبل أفراد العائلة أنه نتيجة لسوء معاملة أولياء الأمور والإهمال.

إضافة إلى غياب المعلومات التعليمية والتثقيفية حيث أشارت الأمهات إلى مايلي: " اضطرت إلى تثقيف نفسي وإلى البحث في اضطراب التوحد أنني بحاجة إلى معرفة ما يجب فعله من أجل طفلي".

يؤكد ما قيل في هذه الفرضية دراسة كل من فتيحة محمد محفوظ باحشوان وسلوى عمر بارشيد 2017 حيث لخصت أهم المشاكل التي تواجه الأم والأسرة ككل وهي عدم وجود

توعية لدى المجتمع عن هذا الاضطراب، صعوبة التعامل مع طفل التوحد، عدم وجود
الإمكانيات والتجهيزات اللازمة لتأهيل هؤلاء الأطفال.

الفرضية الثالثة: وجود طفل التوحد يزيد من القلق والضغط النفسي لدى الأم. فرضية
محققة مع جميع حالات الدراسة حيث وضحت الأمهات من خلال دليل المقابلة أن طفل
التوحد غير مسار حياة الأم من الايجابي إلى السلبي، فرض هذا الاضطراب على الأم
صفات دخيلة على شخصيتها وجعلها تعيش حياة صعبة لم تتوقعها من قبل وأصبحت في
حالة قلق دائم وتحت ضغط نفسي شديد بسبب اضطراب الطفل.

5. استنتاج عام للدراسة:

بناء على المقابلات مع الحالات ونتائج الدراسة يمكننا استنتاج مايلي:

المشاكل التي تواجه أمهات أطفال التوحد والتي تزيد من الضغط النفسي والقلق لديهن:

تعاني العديد من الأمهات بسبب نقص التفهم من قبل أفراد الأسرة والمجتمع الأمر الذي
يؤدي إلى زيادة الشعور بالعزلة والضغط النفسي ومن المشاكل التي تتعرض لها الأم مايلي:

أ/ قلة الدعم النفسي:

أم طفل التوحد بحاجة ماسة إلى الدعم المعنوي والدليل على ذلك تعبير إحدى الأمهات في
إحدى الدراسات العلمية بقولها " أحيانا أريد إلغاء العلاج لابني لا لمجرد أنني لا أحب
الذهاب لعلاجه ولكن لمجرد أنني متعبة وأحتاج إلى غفوة، ولا يعني أنني أمتلك رفاهية عدم
أخذ طفلي للعلاج بل كان لعدم وجود الدعم المعنوي ".
وهذا ما يدل على أن الأم مرهقة ومجهددة نفسيا فهي تحتاج إلى جرعات أمل من حين لآخر
فهي تحتاج إلى من يفهمها ويرفع معنوياتها ويعطيها بصيص أمل حول حالة ابنها.

ب/ التفسيرات والضغوط العائلية:

جل الأمهات اللواتي قابلتهن خلال هذه الدراسة وغيرها صرحت بأن أفراد العائلة لا يؤمنون بالتشخيص أو بسبب حدوث الاضطراب كما يتم إلقاء اللوم على الأم لإصابة ابنها بالتوحد، إضافة إلى عدم فهم هذا الاضطراب والنظر إلى الطفل على أنه معاق ذهنياً، ولا يسمح له حتى باللعب مع بقية الأطفال من أقرانه وهذا ما خلف جروح نرجسية للأم وأثار مشاعر العزلة تجاه العائلة والأصدقاء.

كما ينسب البعض تصرفات الطفل إلى عدم الانضباط والتحكم الوالدي للطفل وسوء التربية فهذه الأحكام السيئة زادت من الضغط النفسي والقلق لدى الأمهات.

ج/ قلة الدخل وكثرة المصاريف مع ندرة النتائج الملاحظة في شفاء الطفل:

من أهم المشاكل والصعوبات التي تعانيها أم طفل التوحد هو تدني مستوى الدخل المادي وزيادة تكاليف التكفل الطبي والنفسي للطفل مع أخذ وقت طويل لرؤية نتيجة بسيطة في سلوك الطفل هذا ما يزيد في تدهور الحالة النفسية للأم ويؤثر سلباً على الأسرة ككل.

د/ أساليب التعامل مع الضغوط النفسية:

تلعب المرونة ودرجة تقبل الأم لحالة طفلها والرضا بقضاء الله وقدره دوراً هاماً، وكعامل وقائي وحماية من القلق المرضي وخفض مستوى الضغط النفسي والإجهاد والتعامل بإيجابية مع الغير.

بعد انتهائنا من هذا الفصل والفصول السابقة للدراسة سنضع خاتمة عامة للموضوع ككل وبعدها نسجل بعض التوصيات والاقتراحات.

خاتمة

بناء على ما تم عرضه والتوصل إليه في هذه الدراسة من معلومات في الجانب النظري والتطبيقي يمكننا أن نخلص إلى أن: الضغوط النفسية والقلق تمثل أحد العناصر الأساسية التي يشعر بها أولياء الأمور خلال مرحلة تشخيص التوحد، إذ يعيشون مشاكل عديدة في وقت مبكر مما يدفعهم إلى البحث عن إجابات من الأطباء والمختصين وهذا في كثير من الأحيان يسبب لهم التوتر إلى جانب الصعوبات في حصولهم على التشخيص الدقيق، الذي بدوره يزيد في مستوى الضغوط لدى الوالدين ويمكن أن يستمر هذا التوتر في كثير من الأحيان بعد التشخيص ويكون مصحوبا بالقلق والاكتئاب، وينجم ذلك عن عدة عوامل كشدة الإعاقة والقلق على مستقبل الطفل إضافة إلى تدني الدخل فيجد العديد من الآباء أن رعاية الطفل المصاب بالتوحد تقلل من العلاقات مع الآخرين، ونخص في بحثنا هذا الأم التي هي أساس الدراسة إذ أن أم طفل التوحد تعيش ضغطا نفسيا كبيرا وقلقا نفسيا شديدا، فهي تعاني في صمت جراء صدمات نفسية قوية تعرضت لها ولا زالت تتعرض لغيرها من الصدمات، بداية من اكتشاف اضطراب ابنها؛ ذلك الطفل المثالي الذي حملته تسعة أشهر في بطنها ورسمت له خلال هذه الفترة أجمل الصور وألفت عنه أروع القصص في مخيلتها إلا أنها تتفاجأ بعدها برؤية طفل غير ذلك الطفل الذي حلمت به، طفل لا يبادلها لا كلمات ولا نظرات ولا أحاسيس يعيش في عالم خاص به لا يبالي بما يجري حوله حينها تدخل الأم كذلك عالمها الخاص إن صح القول نطلق عليه عالم التضحيات بكل وقتها، جهدها ومالها آملة أن ترى طفلها يشفى ويتحسن أمام عينيها، هذا ما يسبب لها ضغطا نفسيا إضافة إلى تحملها مسؤولية العائلة ككل وسماعها مالا يرضيها من أفراد المجتمع والمقربين إليها حول حالة طفلها، كل هذه العوامل وغيرها تجعل الأم مع مرور الوقت تكوّن أفكار سلبية وغير منطقية حول ذاتها، طفلها، عائلتها والمجتمع وبالتالي تصبح الأم في حالة عدم التوافق

والتوازن النفسي مما يجعلها تشتكي اضطرابات نفسية وأمراض نفسجسدية ولكي تسترجع الأم صحتها النفسية عليها أن تخضع لجلسات العلاج النفسي وخاصة العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يعمل على تعديل تفكيرها وسلوكها، وهكذا تستطيع الأم التحكم في انفعالاتها وتحسن حالتها، ويكون لها قابلية للتكفل بطفلها الذي هو بحاجة ماسة إليها.

الاقتراحات والتوصيات

✓ توعية آباء وأمهات أطفال التوحد بأنهم بحاجة إلى علاج نفسي كحماية ووقاية لهم

من مختلف الاضطرابات النفسية الناتجة عن القلق والضغط النفسية.

✓ توعية أمهات أطفال التوحد بمدى خطورة الأفكار السلبية اللاعقلانية ودورها في

تدهور الصحة النفسية.

✓ الاهتمام بأطفال التوحد وتوفير مدارس ومراكز خاصة للتكفل بهم.

✓ إعداد برامج ومناهج تعليمية خاصة بأطفال التوحد تراعي قدراتهم وحالتهم.

✓ مساعدة الأولياء نفسياً لتقبل حالة أطفالهم وتخفيف الضغط عنهم.

قائمة المراجع

- أبو النصر، مدحت محمد. (2017). *مناهج البحث في الخدمات الاجتماعية*، ط 1، المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- أبو غزالة، سميرة. (2004). *فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين*. رسالة ماجستير. جامعة عمان. الأردن.
- أحمد، عواد أحمد و صالح، البلوي نادية: *الاتجاهات المعاصرة في تشخيص وعلاج اضطراب التوحد*. الأردن. مجلة الطفولة والتربية.
- أدافر، لامية. (2012). *دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية*. رسالة ماجستير. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
- إزروق، فاطمة الزهراء. (1997). *الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي*. رسالة ماجستير جامعة الجزائر.
- الإمام، محمد صالح و الجوالده، فؤاد عيد. (2010). *التوحد ونظرية العقل*. ب ط. عمان: دار الثقافة.
- أمين، سهى. (2001). *مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين*، أطروحة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- آيت حمودة، حكيمة. (2005). *دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية*. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر. الجزائر.

- باحشوان، فتيحة محمد محفوظ وبارشيد، سلوى عمر. (2017).المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الأندلس. المجلد4. العدد 15. اليمن.
- باشا، ياسمين. (2016). فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي دراسة حالة. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. المجلد 4. العدد 8. الجزائر.
- براجل، إحسان.(2016).علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد. أطروحة دكتوراه. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
- البغدادي، مي فتحي السيد و العشماوي، إيمان محمود عبد الحميد. (2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية.جامعة المجمععة / كلية التربية بالمجمعة. العدد 9. مصر.
- بلحسيني، وردة رشيد. (2014). اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي.ط1. عمان /الأردن : دار الشروق للنشر والتوزيع.
- البلخي، أبي زيد.(1995). مصالحي الأبدان والأنفس. تقديم: مالك بدري،الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع.
- بلغالم، محمد. (2017).بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة. أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان.الجزائر.
- بن صالح، هداية.(2016).فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس. أطروحة دكتوراه. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. الجزائر.

- بودحوش، نصر الدين. (2016). أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم. رسالة ماجستير. جامعة وهران 2. الجزائر.
- بوسكين، سليمة. (2009). التأثير الصدمي على الأم نتيجة الإعلان عن تشخيص اضطراب الاجترارية عند الطفل وإمكانية عمل الحداد على صورة الطفل الهوامي. رسالة ماجستير. جامعة الجزائر. الجزائر.
- بيرني، كوروين وآخرون. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة، عيد مصطفى، مراجعة، محمد، نجيب أحمد الصيوة. ط1. القاهرة/ مصر: دار ايتراك.
- تامر، فرج سهيل. (2015). التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج. ط1. عمان/الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- توفيق، أحمد. (2006). تخلص من الأفكار السلبية والضغط النفسية. ط1. عمان/الأردن: دار عالم الثقافة و دار الأسرة.
- تونسي، عديلة حسن طاهر. (2002). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات من مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية.
- ثناء، حسان سليمان. (2007). اضطراب التوحد. ط1. دمشق/سورية. دار كيوان للطباعة والنشر.
- جبالي، صباح. (2012). الضغوط النفسية وإستراتيجية مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. رسالة ماجستير. جامعة سطيف. الجزائر.
- الجلامدة، فوزية عبد الله. (2016). قضايا ومشكلات الأطفال ذوي طيف التوحد. ط1. الرياض/المملكة العربية السعودية: دار الزهراء.

- جوديث، بيك. (2007). العلاج المعرفي، الأسس و الأبعاد. تقديم آرون، بيك، ترجمة، طلعت مطر، مراجعة، إيهاب الخراط، ط1. القاهرة / مصر: الهيئة العامة لدار الكتاب.
- حجار، محمد. (1999). الوجيز في ممارسة العلاج النفسي السلوكي. ط1. لبنان: دار النفائس.
- حسن، عايدة شكرى. (2001). ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات "دراسة مقارنة". رسالة ماجستير. جامعة عين شمس. مصر.
- حسين، طه عبد العظيم. (2006). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. الإسكندرية/مصر: دار الوفاء.
- حلمي، منيرة. (1967)، مشكلة الفتاة المراهقة وحاجاتها الإرشادية. القاهرة: النهضة العربية.
- الحليبي، خالد بن سعود. (2008). الاضطرابات النفسية. المملكة العربية السعودية: مركز التنمية الأسرية بالأحساء.
- الخالدي، أديب محمد. (2015). علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي. ط1. عمان/الأردن: دار المسيرة.
- خطاب، محمد أحمد. (2009). سيكولوجية الطفل التوحدي. ب ط. الأردن: دار الثقافة.
- خطار، زهية. (2008). إعداد وتطبيق برنامج إرشادي جماعي لمواجهة ضغط التحضير لامتحان البكالوريا. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر. الجزائر.
- خليفة، وليد السيد ووهدان، سريناس ربيع. (2014). المنظور الحديث للبرامج العلاجية لدى الاضطرابات السلوكية والأوتيزم. ط1. الإسكندرية/مصر: دار الوفاء.

- خوجة، مليكة. (2015). أثر البرنامج العلاجي النفسي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقة البدنية. رسالة ماجستير. جامعة وهران 2. الجزائر.
- الدردير، عبد المنعم أحمد. (2004). دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي. الجزء الأول، ط1. القاهرة/مصر: عالم الكتب.
- دمال، مريم وتوأم، محمد. (2019). أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية. رسالة ماجستير. جامعة القدس المفتوحة . فلسطين.
- دياب، سارة عبد العظيم. (2015). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير . جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. السودان.
- رابع الله، أمينة وسليمان، جميلة. (2021). التوافق النفسي وإستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي. مجلة المرشد. المجلد 11. العدد 1. مارس 2021.
- رضوان، سامر جميل. (2007). الصحة النفسية. ط2. عمان/الأردن: دار المسيرة.
- رضوان، سامر جميل. (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. ط1. غزة / فلسطين : دار الكتاب الجامعي.
- رياض، سعد. (2008). الطفل التوحدي أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه؟. ط1 دار النشر للجامعات.
- الزارع، نايف بن عابد. (2014). المدخل إلى اضطراب التوحد، المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. ط3. عمان/الأردن: دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2010). التوحد السلوك والتشخيص والعلاج. ط1. الأردن: دار وائل للنشر.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة/مصر : عالم الكتب.

- سالم، أسامة فاروق، مصطفى. (2014). اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق. ط1. عمان/ الأردن : دار المسيرة.
- سلامة، مشيرة فتحي محمد. (2013). الانتباه والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين. ط1. القاهرة/مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- سليمان، عبد الرحمن. (2000). الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال. ب ط. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سنوساوي، عبد الرحمان. (2017). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض فوبيا المدرسة لدى عينة من تلاميذ التعليم الابتدائي. رسالة ماجستير. جامعة وهران 2. الجزائر.
- سنوسي، عياط سعيد رمضان. (2020). دور العلاج المعرفي السلوكي في تحسين عادات العقل لأمهات الذاتويين وتنمية التواصل اللفظي لأبنائهن. مجلة البحث العلمي في التربية. جامعة عين شمس. العدد 21. مصر.
- سيد، عبد الله معتز. (1997). بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية. المجلد 2. القاهرة/ مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- سيد، عبد الله معتز. (1997). بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد 2، القاهرة، مصر. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- سيد، يوسف جمعة و نجيب، أحمد الصبوة محمد. (2006). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. ط1. مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.
- شاهين، محمد أحمد. (2011). درجة تقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين علاقتها بالتفكير اللاعقلاني. رسالة ماجستير. جامعة القدس المفتوحة. فلسطين.
- الشراوي، محمود، عبد الرحمن عيسى. (2018). مشكلات الطفل التوحدي. ط1. مصر: دار العلم والإيمان.

- شليحي، رابح.(2018).تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج والخدمات كمنحى تكفلي بمشكلات الطفل التوحيدي وأسرته في الجزائر، كما يراها الأولياء والمختصون وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر2. الجزائر.
- الشناوي، محمد محروس. (1996). العملية الإرشادية، ط1، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- شيهان، عبد المالك.(2014).أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق. رسالة ماجستير. جامعة وهران. الجزائر.
- الطيرري، عبد الرحمن.(1994). الضغط النفسي، مفهومة، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- عادل، عبد الله محمد.(1999). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. ب ط. مصر: دار الرشاد.
- عايش، صباح. (2011).أثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين على العلاقات الأسرية من حيث متغيري سن ونوع الإعاقة. رسالة ماجستير. جامعة وهران. الجزائر.
- العبادي، رائد خليل.(2006). التوحد. ط1. عمان: مكتبة المجتمع العربي.
- عباس، أسماء. (2015).فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتدرسين. أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان. الجزائر.
- عبد الباقي، إبراهيم، علا.(2011).اضطراب التوحد "الأوتيزم" أعراضه أسبابه وطرق علاجه. القاهرة/مصر: عالم الكتب.
- عبد الستار، إبراهيم. (1994).العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. ب ط. مصر: الدار العربية للنشر.

- عبد الستار، إبراهيم. (1998). الاكتئاب. الكويت: عالم المعرفة.
- عبد الستار، إبراهيم، وآخرون. (2003). العلاج السلوكي للطفل والمراهق. ط2. المملكة العربية السعودية: دار العلوم.
- عبد الفتاح، المهدي محمد. (2007). الصحة النفسية للمرأة. ط1. مصر: دار اليقين.
- عبد القادر، نادية. (1997). الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغط الوالدية. رسالة ماجستير. جامعة عين شمس. مصر.
- عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- العسكر، عود بنت بشير، بن سعود. (2011). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض. رسالة ماجستير. المملكة العربية السعودية.
- العصيمي، جزاء بن عبيد، بن جزاء. (2017). بعض المشكلات النفسية الشائعة لدى طلاب مرحلة التعليم العام بمدينة الطائف. رسالة ماجستير. المملكة العربية السعودية.
- العطية، أسامة عبد الله. (2007). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. ط1. الإسكندرية/ مصر: دار الكتب.
- عكاشة، أحمد. (1992). الطب النفسي المعاصر،. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- علوي، إسماعيل و زغبوش، بن عيسى. (2009). مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية. ط1. عمان/ الأردن: عالم الكتب الحديث.
- علي، موسى علي دبابش. (2011). فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات. رسالة ماجستير. جامعة الأزهر. غزة / فلسطين.

- عمر، ماهر محمود.(1987).المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي.. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1992). في الصحة النفسية والعقلية. بيروت: دار النهضة العربية.
- الغامدي، حامد بن أحمد ضيف الله. (2013).فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق. ط1. الإسكندرية/ مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر.
- غانم، محمد حسن. (2011).المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية. ط1. القاهرة: دار الكتب والوثائق القومية.
- فايد، حسين.(2004).علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي). ط1. القاهرة/مصر: حورس الدولية للنشر والتوزيع ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فايز، قنطار. (1992).الأمومة- نمو العلاقة بين الطفل وأمه. عالم المعرفة.
- فراج، عثمان. (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للتنمية والطفولة، القاهرة: المجلس العربي للتنمية والطفولة.
- قراقيش، صفاء. (2006).الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط. المجلة العربية للتربية الخاصة. العدد 9. السعودية.
- القصابي، هلال بن ناصر، بن علي.(2013).المشكلات النفسية والاجتماعية لدى كبار السن بمحافظة مسقط في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير. جامعة نزوى. سلطنة عمان.
- القمش، مصطفى نوري. (2011).اضطرابات التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج. دراسات علمية، ط1. الأردن: دار المسيرة.

- كفاي، علاء الدين. (2009). علم النفس الأسري. ط1. عمان/ الأردن: دار الفكر للنشر و التوزيع.
- الكيكي. محسن محمود أحمد. (2011). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية. المجلد 11. العدد 01.
- لحمري، أمينة. (2015). بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائية. أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان، الجزائر.
- مجدي، محمد أحمد، عبد الله. (2010). الطب النفسي للأطفال بين النظرية والتطبيق. ط1. الإسكندرية/ مصر: دار المعرفة الجامعية.
- مجيد، سوسن شاكر. (2010). التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. ط2. عمان/الأردن: دار ديونو للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل، عبد الله. (2002). الأطفال التوحديون. ط1. القاهرة: دار الرشاد.
- محمد، محمد السيد عبد الرحيم. (2007). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من المراهقين ذوي كف البصر. كلية التربية جامعة بني سويف. مجلة كلية التربية ببني سويف. العدد التاسع الجزء الثاني. ديسمبر 2007.
- محمد، هناء. (2003). العلاقة بين تطبيق برنامج تدريبي للأمهات البديلات بالمؤسسات الايوائية وتنمية معارفهن عن المشكلات السلوكية للأطفال، مجلة كلية الأداب، العدد 13، ج2، جامعة حلوان سوريا.
- محمود، عيد مصطفى. (2009). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، برنامج علاجي تفصيلي. ط1. القاهرة /مصر: إيتراك للطباعة والنشر.

- مدن، يوسف. (2006). العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد. ط1. بيروت/ لبنان: دار الهدى.
- مرفت، عبد الناصر. (د س). هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية. مصر: مكتبة مدبولي .
- مشري، أميرة. (2017). أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من الانعصاب لدى مرضى الداء السكري. رسالة ماجستير. جامعة وهران 2. الجزائر.
- مصطفى، أسامة فاروق و الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج. ط1. الأردن: دار المسيرة.
- المغلوث، فهد بن حمد. (2006). التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟. ط1. الرياض: إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- ملحم، نسرین نبيه. (2014). فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الايجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد. أطروحة دكتوراه. جامعة دمشق. سورية.
- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. ط1. الكويت: دار القلم.
- المنصوري، خالد بن أحمد عثمان. (2017). المشكلات النفسية والاجتماعية الأكثر شيوعا وبعض السمات الشخصية لدى عينة من طلبة كلية المعلمين بجامعة الطائف. رسالة ماجستير. المملكة العربية السعودية.
- منصورى، مصطفى. (2017). الضغوط النفسية والمدرسية وإستراتيجيات مواجهتها. ط1. عمان/ الأردن: دار أسامة.
- مهدي، زمام عبد اللطيف. (2012). التوحد الذاتي عند الأطفال. ط1. عمان/الأردن: دار زهران.

- نظمي، أبو مصطفى والسميري، نجاح. (2008). *علاقة الأحداث الضاغطة بالسلوك العدواني*. مجلة الجامعة الإسلامية. المجلد 16. العدد 1.
- الهاشمي، عبد الحميد. (2003). *التوجيه والإرشاد النفسي*، ط3، جدة. دار الشروق.
- هوفمان، إيس جي. (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية*. ترجمة، مراد، علي عيسى. ط1. مصر: دار الفجر.
- وقاد، سميرة. (2014). *دور العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات*. رسالة ماجستير. جامعة وهران 2. الجزائر.
- يحيوي، حسينة وشيناز، سامية. (2020). *الضغوط النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد*. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد 12. العدد 6. الجزائر.
- A.P.A.DSM^{IV-R}, (1989), **Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux**, 4^oEdition Française par : GUELFJ Julier, Daniel et al, Masson. Paris .
- American Psychiatric Association, (2013), **Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder**, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- AMY, Marie Dominique , (2009), **comment aider l'enfant autiste ?**, approche psychothérapique et éducative, DUNOD, 2^{ème} édition , Paris.

- Ann, K, (2000), **Do-Watch-Listen-Say Social And Communication Intervention For Children With Autism**, Pual H, Brooks Publishing, Baltimore.
- Barthélémy, Catherine et al , (2006), **Les personnes atteintes d'autisme . Identification, compréhension, intervention**, Autisme européenbl, brussels ,belgium.
- Borsali, Fatima Zohra ,(2015), **Apprentissage par observation chez le jeune enfant avec autisme**, thèse de doctorat , université de Tlemcen, Algérie.
- Cottraux,J ,(2011), **Les Thérapies Comportementales et Cognitives** , 5^{eme} édition, Masson, Paris.
- Darling, D (1993), **Stress and Parenting Down SyndromToday** , Institute of Basic Research in Devlopmental Disabilities, V 2 , New York.
- Debheen,R and Rodager, S , (2012), **Working with Parents of New ly Diagnosed child With an Autism Spectrum Disorder**, A Guide for London, jessica Kingsley publishers.
- *Duarte, C , et al , **Factors associated with stress in mothers of children with autism**, autism journal, vol 9, N 4 , p 416 .*
- Estes et al, (2009), **Parenting Stress and Psychological Functioning Among Mothers of Children with Disabilities**, journal of psychological, Vol 14, N 6, pp 6-21.
- Fauré . C (2004), **Vivre le deuil au jour le jour**, Albin michel ;Paris.

- M, Ould-Taleb , (2012), **Manuel de pédopsychiatrie**, OPU, Alger.
- Melnyk,B, (2001), **Coping in Parents of Children Who are chronically ill, strategies for Assessment and Intervention**, Journal for Pediatric Nursing, V27,N6.
- Nouveau petit Larousse, (1972), **dictionnaire encyclopédique pour tous librairie Larousse**, sous la direction de M .H.BERTHOIN, paris.
- Oleny, M, (2002), **Working With autism and other Social Communication Disorder**, Journal of Rehabilitation.
- Organisation Mondial de la Santé,(OMS), (2009), **classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes**, CIM10 , 2° version , institut canadien d'information sur la santé.
- Rogé, Bernadette , (2003), **Autisme comprendre et agir, santé , éducation, insertion**, DUNOD , Paris.
- Rutter, M, (2001), **Diagnoses and Definition**, 3ed, M Rutter & Schopler : Autism a Reappraisal Of Concept and Treatment, Plenum Press, London.
- Sillamy,Norbert , (2003), **Dictionnaire de psychologie** , IN EXTENSO, Paris.
- Singhal,N, (2010), **The Effects of Oriented Stress Management Training on Self-Report of Stress in Hospital Employees**, The University of Iowa, U.S.A.

- Stacey, M,(2004), ***The relationship between behaviours exhibited children with autism and developmental disorders***, Vol 11, N 05.
- Taule,M.Wade,T, (2007), **Group cohesion in cognitive behavioral group therapy, behavioral Research and Therapy** .
- Wolf, S, (1981), **Children Under Stress**, Understanding The Emotionally Disturbed Child.
- Young, Jeffery,E, (2006), **La Thérapie de Schémas Approche Cognitive de la Personnalité** . sous la traduction de Bernard Pascal, Préface de Jean Cottraux. Boeck université, Paris.

الملاحق

أولاً_ الاستمارة

بهدف القيام ببحث علمي نطلب منك سيدتي الكريمة ملء هذه الاستمارة بكل موضوعية
علماً أن المعلومات الشخصية تبقى في سرية تامة.

الاسم واللقب:

السن:

رقم الهاتف:

مكان الإقامة:

عدد الأطفال:

سن الطفل المصاب بالتوحد:

ما هي الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية التي تعاني منها؟ :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ثانياً - مقياس القلق لـ هاملتون

التعليمة: إليك سيدتي الفاضلة هذا المقياس نطلب منك ملئه كاملاً وبكل هدوء وذلك بوضع علامة X في الخانة المناسبة، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، كما ستكون معلوماتك في سرية تامة.

أعراض نادرة	أعراض قليلة	أعراض متوسطة	أعراض شديدة	أعراض شديدة جداً	الفقرة
					1 عسر المزاج
					2 التوتر
					3 الخوف
					4 الأرق
					5 الذاكرة
					6 المزاج الاكتئابي
					7 السلوك خلال المقابلة
					8 المشاعر الجسمية (الحسية)
					9 المشاعر الجسمية (العضلية)
					10 أعراض القلب والأوعية الدموية
					11 أعراض تنفسية
					12 الأعراض المعوية المعدية
					13 أعراض المسالك البولية التناسلية
					14 أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

ثالثا - مقياس إدراك الضغط

إليك سيدتي الكريمة هذه الاستمارة التي لا تخصك أنت بالضبط بل كلنا معرضون للضغط، مقابل كل عبارة من العبارات التالية ضعي علامة (X) في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك أثناء اكتشافك لحالة ابنك المصاب بالتوحد ومعاناتك اليومية، أجيبي على جميع الأسئلة دون ترك واحدة منها، علما أن هذه المعلومات ستحظى بالسرية التامة، هنا كإختيار عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الاختيار وهيا بالترتيب : نادرا، أحيانا، كثيرا، دوما.

الوضعية الضاغطة	نادرا	أحيانا	كثيرا	دوما
1.* أنا أشعر بالراحة				
2.* أنا أشعر بمسؤوليات كثيرة				
3.* أنا سريع الغضب				
4.* لدي أشياء كثيرة أقوم بها				
5.* أشعر بالوحدة				
6.* أجد نفسي في مواقف صراعية				
7.* أشعر بأنني أقوم بأشياء أحبها فعلا				
8.* أشعر بالتعب				
9.* أخاف من عدم استطاعتي إدارة أموري لبلوغ أهدافي				
10.* أشعر بالهدوء				
11.* لدي عدة قرارات لاتخاذها				
12.* أشعر بالإحباط				
13.* أنا مليء بالحيوية				
14.* أشعر بالتوتر				
15.* مشاكل تزيد يوما بعد يوم				
16.* أشعر أنني في عجلة من أمري				
17.* تشعر بالأمن والحماية				
18.* لدي عدة مخاوف				
19.* أنا تحت ضغط مقارنة بالآخرين				

				20.أنا أشعر بفقدان العزيمة
				21.*.أنا أمتنع نفسي من ملذات الحياة
				22.أنا خائفة من المستقبل
				23.أشعر بأنني أقوم بأشياء ملزمة بها وليس لأننيأريدها
				24.أشعر أنني في وضع انتقاد وحكم من الآخرين
				25.*.أنا خالية من الهموم
				26.أشعر بالإرهاك والتعب الفكري
				27.لدي صعوبات في الاسترخاء
				28.أشعر بعبء المسؤولية
				29.*.لدي الوقت الكافي لأرتاح
				30.أشعر أنني تحت ضغط مميت
				المجموع
				المجموع العام

ملاحظة: بعد تطبيق الاختبار على عينة من الحالات اللواتي لديهن طفل توحدي (أي قبل تطبيقه مع حالات دراستنا)، اتضح لنا أن هناك غموض في بعض العبارات (عبارة ضيق الخلق)، وتبين لنا نوع من المقاومة لدى المستجوبات عندما تكون الأسئلة في صيغة المخاطب مما دفع بنا إلى استبدالها بصيغة المتكلم، مثلا: بدلا من أن تكون العبارة أنت تشعر بالراحة هنا في حالة المذكر، في حين تصبح هذه العبارة في المؤنث أنت تشعرين بالراحة، وعندما تستبدل العبارة بصيغة المتكلم نجد اندماج في الإجابة دون تردد مما يظهر عدم المقاومة. والعبارة في حد ذاتها تصبح ملائمة للذكر والأنثى.

العبارات المحذوفة: ضيق الخلق.

العبارات المستبدلة:

تشعر بالراحة ← أنا أشعر بالراحة، تشعر بمتطلبات لديك ← أنا أشعر بوجود بمسؤوليات كثيرة ، أنت سريع الغضب وضيق الخلق ← أنا سريع الغضب، لديك أشياء كثيرة للقيام بها ← لدي أشياء كثيرة أقوم بها، تشعر بالوحدة ← أشعر بالوحدة، تجد نفسك في مواقف صراعية ← أجد نفسي في مواقف صراعية، تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا ← أشعر بأنني أقوم بأشياء أحبها فعلا، تشعر بالتعب ← أشعر بالتعب، تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك ← أخاف من عدم استطاعتي إدارة أموري لبلوغ أهدافي، تشعر بالإحباط ← أشعر بالإحباط، أنت مليء بالحيوية ← أنا مليء بالحيوية، تشعر بالتوتر ← أشعر بالتوتر، تشعر أنك في عجلة من أمرك ← أشعر أنني في عجلة من أمري، تشعر بالأمن والحماية ← أشعر بالأمن والحماية، لديك عدة مخاوف ← لدي عدة مخاوف، أنت تحت ضغط مقارنة بالآخرين ← أنا تحت ضغط مقارنة بالآخرين، تشعر بفقدان العزيمة ← أشعر بفقدان العزيمة، تمنع نفسك ← أمنع نفسي من ملذات الحياة، أنت خائف من المستقبل ← أنا خائفة من المستقبل، تشعر بأنك تقوم بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها ← أشعر بأنني أقوم بأشياء ملزمة بها وليس لأنني أريدها، تشعر أنك وضع انتقاد وحكم ← أشعر أنني في وضع انتقاد وحكم من الآخرين، أنت شخص خالي من الهموم ← أنا خالية من الهموم، تشعر بالإرهاك والتعب الفكري ← أشعر بالإرهاك والتعب الفكري، لديك الوقت الكافي لتريح نفسك ← لدي الوقت الكافي لأرتاح، تشعر بأنك تحت ضغط مميت ← أشعر بأنني تحت ضغط مميت.

أحدثنا تعديل في البدائل حيث كانت : تقريبا أبدا، أحيانا، كثيرا، عادة فأصبحت نادرا، أحيانا، كثيرا، دوما.

قمنا بوضع شكل نجمة أما رقم الفقرات المعكوسة من أجل تسهيل عملية التصحيح.

رابعاً - دليل المقابلة

المحور الأول: بيانات أولية عن الأم

- الاسم:
- السن:
- المستوى الدراسي:
- العمل:
- نوع السكن:
- عدد الأطفال:
- ترتيب الطفل المصاب بالتوحد
- عمره حالياً
- الحمل بالطفل وظروفه:
- سن الطفل عند اكتشاف الاضطراب:

المحور الثاني: الحالة النفسية للأم قبل العلاج.

- الحالة النفسية للأم قبل اكتشاف اضطراب الطفل:
- الحالة النفسية للأم عند وبعد معرفة الاضطراب:
- استجابة الأم عند معرفة أن طفلها مصاب بالتوحد:
- الشعور بالذنب وأن الأم لها دخل في هذا الاضطراب:
- هل تغير مسار الحياة بوجود هذا الطفل وكيف ذلك؟
- ماهي الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية التي تعاني منها الأم؟

المحور الثالث: الحياة العلائقية للأم قبل العلاج:

- علاقة الأم بطفلها

- علاقة الأم بالزوج
 - علاقة الأم بالأولاد
 - علاقة الأم بباقي أفراد العائلة والأصدقاء
 - نظرة المقربين والمجتمع للطفل:
 - البرنامج العلاجي
 - نظرة الأم المستقبلية لطفلها:
- الأعراض التي تحس بها الأم بصفة متكررة:
- ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من دراسة الحالة

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من بعض المشكلات لدى أمهات أطفال التوحد، حيث تم التركيز في الدراسة على الضغط النفسي والقلق لدى الأم، طَبَّق البرنامج على ست حالات (أمهات)، ولتحقيق هدف الدراسة اعتمدنا المنهج الشبه تجريبي بتطبيق قياس قبلي وبعدي لمقياسي الضغط النفسي لفنستين والقلق لهاملتون، دون إغفال المنهج العيادي المتمثل في المقابلة والملاحظة العياديتين، وهذا لجمع معلومات ومعطيات عن الحالات تساعدنا في إثراء البرنامج العلاجي المعتمد من طرفنا، وقد توصلت النتائج إلى مايلي: أم طفل التوحد تعاني من ضغط نفسي شديد وقلق كبير، العلاج المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في التخفيف من الضغط النفسي والقلق الذي تعيشه أم طفل التوحد.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، المشكلات النفسية، اضطراب التوحد، أم طفل التوحد.

Summary

The study aims at testing the effect of the cognitive-behavioral therapy program in reducing some of the mothers of the autistic children problems. It focuses on these mothers psychological stress and anxiety. The program is applied on six cases of such mothers. To achieve the role of this study, the researcher adopts quasi-experimental method by taking previous and afterwards measurements of Feinstein's Stress Scale and Hamilton's anxiety scale.

Also, it uses the clinical method for the clinical observation and interview. Tese two methods are used to collect data for enriching the therapy program which is adopted by the researcher. The study results in the following : the mother of the autistic child suffers from severe psychological stress and anxiety. The cognitive behavioral treatment has a positive impact in diminishing the psychological stress and anxiety of this mother.

Key words : The Cognitive-behavioral therapy, Psychological problems, Autism disorder, The mother of the autistic child.

Résumé :

L'étude visait à tester l'effet d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental pour alléger certains problèmes des mères d'enfants autistes, l'étude s'est concentrée sur le stress psychologique et l'anxiété chez la mère. L'étude c'est concentrée sur six cas (mères), pour aboutir à notre objectif nous avons utilisé la méthode semi expérimentale composée de l'échelle de stress de Feinstein et l'échelle d'anxiété d'Hamilton (avant et après d'étude) . pour plus de renseignements et recueil de données des cas nous avons appliqué la méthode clinique à savoir L'entretien et observation clinique, qui nous aide à enrichir notre programme Thérapeutique. les résultats sont les suivants :

La mère d'un enfant autiste souffre d'une forte pression psychologique et d'une grande anxiété, La thérapie cognitive-comportementale a un effet positif pour soulager le stress psychologique et l'anxiété vécus par la mère d'un enfant autiste.

Les mots clés : Thérapie Cognitive-comportementale, Problèmes Psychologique, Trouble de l'autisme, La mère d'enfant autiste.