

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
جامعة وهران

قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم اجتماع

علم النفس العيادي
ماستر 2

القلق لدى أمهات أطفال التوحد

تحت إشراف الأستاذة:
بقال اسمى

من إعداد الطالبة:
ساعد امنة

السنة الجامعية:
2020-2019



الشكر

وشكر الله العلي العظيم الذي يسر لي طريق العلم والتعلم، وادعوه أن يجعله علما نافعا
ويرزقني أجره، وبعد،

يسعدني جدا أن أقدم باسمي آيات الشكر والتقدير والعرفان الجميل إلى أستاذاتي
المشرفة بقال أسمى على كل ما قدمته لي خلال إشرافها علي في مرحلة التخرج.

ولي كل من ساهم معي في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد

لكم مني ألف شكر.

آمنة





والله
سواء

أهدي هذا العمل لي:

كل عائلة ساعد براء ابوالدي الحبيبين أطال الله في عمرهما وأمدهما

بالصحة والعافية.

لي أخواتي ناجية، عائشة، آمان، رحمة وسمية وكل أفراد العائلة.

وداخص بالذكر جدتي أطال الله في عمرها

لي صديقي

وكل من قال لي وفقك الله.

هينة





الفهرس

	الشكر
	الإهداء
	الفهرس
	الجدول
7	المقدمة
	الجانب النظري

الفصل التمهيدي
الإطار العام للدراسة

11	1. مشكلة الدراسة وأسئلتها
12	2. أهمية الدراسة
12	3. أهداف الدراسة
13	4. فرضيات الدراسة
13	5. منهج الدراسة
13	6. مصطلحات الدراسة

الفصل الأول
الدراسات السابقة

17	تمهيد
18	1. الدراسات السابقة
21	خلاصة الفصل

الفصل الثاني القلق والنظريات المفسرة

23	تمهيد
24	1. تعريف القلق Anxiety
25	2. النظريات المفسرة للقلق
27	3. مستويات القلق
28	4. أنواع القلق
29	5. أعراض القلق
31	6. العوامل المسببة للقلق
32	7. آثار القلق
33	8. أساليب العلاج واستراتيجيات مواجهة القلق
35	9. القلق لدى أمهات الأطفال المتوحدين
37	10. خلاصة الفصل

الفصل الثالث التوحد

39	تمهيد
40	1. ظهور مصطلح التوحد وتصنيفاته
41	2. تعريف التوحد
42	3. أنواع اضطراب التوحد
44	4. الأنواع الفرعية للتوحد
45	5. أعراض التوحد
46	6. مستويات متلازمة التوحد
46	7. الأسباب المحتملة لإصابة الطفل بمتلازمة التوحد
49	8. خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد
51	9. تأثير طفل التوحد على الصحة النفسية للأم والأسر

10. التأثير الاجتماعي لطفل التوحد على الأم والأسرة 52
11. التأثير الاقتصادي لطفل التوحد على الأم والأسرة 52
12. خلاصة الفصل 53

الجانب التطبيقي

الدراسة الميدانية

1. حدود الدراسة 55
2. عينة الدراسة 55
3. الأدوات المستخدمة في الدراسة 56
- الخاتمة 63
- قائمة المراجع 65

قائمة الجداول

ص

- الجدول رقم (1): درجات مستويات القلق..... 57
- الجدول رقم (2): الحالة التعليمية لأولياء أطفال التوحد..... 57
- الجدول رقم (3): الدخل الأسري لأولياء أطفال التوحد..... 58
- الجدول رقم (4): المشاكل التي تواجهها أسر أطفال التوحد..... 58
- الجدول رقم (5): مقياس تايلور للقلق الصريح..... 59



مقدمة

يرى الأخصائيون النفسانيون أن الإنسان هو اللبنة الأساسية للمجتمع وجوهر بنائه، و مصدر النهضة والفكر والتقدم، وحتى يكون هذا الإنسان في مستوى التطلعات المنتظرة منه لابد أن يكون متمتعاً بصحة نفسية خالية من الاضطرابات والمشاكل وكل ما يؤثر سلباً على مسيرته في البذل والعطاء والإنجاز، ذلك لان الإنسان المصاب باضطرابات أو خلل نفسي يعود على نفسه وعلى من حوله بالسلب ويقف عائقاً في وجه تقدم ذاته بالدرجة الأولى، فالصحة النفسية تحسس الفرد بدرجة كبيرة من الانسجام والتوافق النفسي والاجتماعي، وتمده بالقدرة على السعادة، العطاء والإنتاجية.

وتتغير درجة الصحة النفسية لدى الفرد نتيجة للمؤثرات التي تطال العقل والجسم، ومن أبرز وأكثر العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية لدى الإنسان وبشكل لافت للنظر وجود حالة من الإعاقة في الأسرة وهو ما يؤثر سلباً على المعاق نفسه وعلى الأسرة التي يعيش فيها. (سونيا، 2017، ص15).

وأ أسرة الطفل كمجتمع صغير تربطه وحدة ديناميكية تهدف وظيفته في مساعدة الطفل على النمو نموا اجتماعياً، سلوكياً وصحياً سليماً وخلق في نفسه الثقة والتماسك والالتزان وهذا في أسرة يسودها الاتفاق والتعاون.

ومن هنا يتضح لنا أن تربية الأطفال مسؤولية كبيرة، صعبة وشاقة، وتربية الطفل ذي الإعاقة بما كان فهو أكثر صعوبة وأكثر مشقة وهذا للتحديات التي تواجهها الأسرة وما يترتب عنها من مشكلات في الأسرة عامة. (مريم، 2019، ص1).

ولهذا يمكن القول بان اكتشاف أعراض حالة التوحد (اضطراب عام في النمو، ضعف في المهارات الاجتماعية واللغوية، بعض المظاهر السلوكية غير العادية مثل الرفرفة باليدين، الدوران حول النفس، الاندفاعية والنشاط الزائد، التعلق بأشياء معينة، اهتزاز الجسم (توفيق، 2018، ص2) لدى طفل ما، في أسرة ما، يعتبر وضعاً صادمًا يفقد الأسرة توازنها، ويجعلها تعيش ظروفًا ضاغطة نفسياً، اجتماعياً واقتصادياً، باعتباره يمثل نقطة البداية لسلسلة من الضغوط للأسرة عامة والوالدين خاصة والأم بالدرجة الأولى. (سها، 2012، ص1). هذا لان اضطراب التوحد لا يزال محط جدل يحيطه

الكثير من الغموض حتى الآن والجهل بالأسباب والعوامل المؤدية إلى ظهوره، وأساليب علاجه، علاوة على أنه اضطراب غير قابل للتنبؤ به. (فتحية، 2017، ص4).

ووجود طفل توحدي يعد موقف ضاغط بامتياز يؤدي إلى تغيير في الأدوار والتوقعات يصاحبه ردود أفعال انفعالية للوالدين لتلاشي آمالهم وطموحاتهم التي كانت معلقة بميلاد هذا الطفل الذي من المفترض أن يكون طفلاً سويًا سليمًا. هذا من جهة، ومن جهة أخرى لأن الأطفال التوحيديين هم أكثر الفئات انغلاقاً على ذواتهم مما يولد صعوبة في فهمهم والتعامل معهم. (عبد الناصر، 2018، ص5)

وبما أن الطفل التوحدي يحتاج إلى الكثير من الجهد والمتابعة والرعاية الخاصة بخلاف الطفل العادي فهنا يظهر حجم المشكلات التي يواجهها الوالدين وخاصة الأم باعتبارها مصدر الرعاية الأول وما تعيشه من حيرة بين مسؤولياتها كربة بيت وأم وعاملة أحياناً وبين الاهتمام الزائد بابنها ما يدفعها في مرات كثيرة إلى التخلي عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى لأجل تحقيق شكل من أشكال التوافق الأسري وما يرافق هذا من ضغط نفسي وتوتر وقلق وما يترتب عنها من إجهاد يصاحبه انخفاض في الأداء والمهارات الاجتماعية والوصول أحياناً إلى حالة من عدم التوافق النفسي والاجتماعي وعدم تقدير الذات لديها. (السعيد، 2019، ص8-9)

ومن هذا المنطلق استوجبت ماهية الموضوع تقسيم البحث إلى ثلاث فصول بدءاً بمقدمة والفصل التمهيدي انتهاءً بخاتمة.

تناولنا في المقدمة مدخل لمشكلة الدراسة من منظورها العام.

وفي الفصل التمهيدي تحت عنوان الإطار العام للدراسة والذي يمثل باب إلى الدراسة قمنا بعرض الإشكالية، الفرضيات، أهمية الموضوع، وأهداف البحث ثم تحديد مجموعة من المفاهيم والمصطلحات التي قام عليها البحث مثل التوحد، القلق، أطفال التوحد.

أما الفصل الأول فتناولنا فيه ملخص لدراسات السابقة تطرقت لنفس موضوع الدراسة حيث قمنا بعرض منهجيات البحث المتبعة فيها وأهم النتائج والتوصيات التي خرج بها الباحثون فيها.

في حين تناولنا في الفصل الثاني بعنوان القلق والنظريات المفسرة له تعريف القلق، آلية حدوثه، أعراضه، آثاره، النظريات المفسرة له، أساليب واستراتيجيات علاجه وفي الأخير خاتمة للفصل.

والفصل الثالث تحت عنوان التوحد، تطرقنا فيه إلى تاريخ التوحد، أسبابه، أعراضه، أنواعه بالإضافة إلى تعامل المجتمع والأسرة مع الطفل المتوحد.

خلص بحثنا في الأخير إلى خاتمة، جمعنا فيها مجموعة من النصائح والتوجيهات.

الفصل التمهيدي الإطار العام للدراسة

1. مشكلة الدراسة وأسئلتها
2. أهمية الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. فرضيات الدراسة
5. منهج الدراسة
6. حدود الدراسة
7. مصطلحات الدراسة

1. مشكلة الدراسة وأسئلتها

يعتبر التواصل بين الأم والطفل أكثر صلابة وأكثر وضوحاً من التواصل بين الأب وطفله، ونرى هذا بشكل واضح في السنوات الست الأولى من عمره؛ حيث تتحمل الأم مسؤولية إشباع احتياجاته البيولوجية والنفسية؛ فالأم هي العصب الأساس في تربية، تنشئة ورعاية الطفل.

وتتبع مشكلة الدراسة من أنّ رعاية الطفل التوحّدي من قبل الوالدين، تمثل عبئاً ثقيلاً على الأسرة والوالدين بشكل خاص، فميلاد طفل توحّدي يترتب عليه شعور الوالدين بالصدمة؛ لتعارض صورته الواقعية مع الصورة المثالية التي كوّنّها الوالدان عنه قبل ميلاده، وغالبا ما تقودهما هذه الصدمة إلى الشعور بالارتباك، والاهتزاز في تقدير الذات، وعدم القدرة على إدارة الذات.

كما أن خصائص الطفل المصاب بالتوحد تتطلب رعاية مستمرة على مدار الأربع والعشرين ساعة، وغالباً ما تنصب هذه المسؤولية على عاتق الأم إضافة إلى الاهتمام بباقي أفراد الأسرة، وهذه المسؤوليات والصعوبات تمثل ضغطاً إضافياً وتشعرها بالقلق والتوتر والخوف والاكتئاب، علاوة على المشكلات الاجتماعية والانفعالية والجسدية (سونيا، 2017، ص6)، ومن هنا نجد أن أمهات الأطفال التوحديين بحاجة ماسة إلى إلقاء الضوء عليهن وعلى حالة القلق التي يعشنها من أجل الفهم الدقيق لها ولمؤثراتها، أسبابها وحتى نتائجها لعلنا نتمكن من الوصول إلى اقتراح برامج علاجية وإرشادية لهن، للتخفيف من حالات القلق لديهن.

إن وجود طفل التوحد في الأسرة يعتبر أزمة تولد الكثير من التحديات والصعوبات على الأسرة بشكل عام، وعلى الأم بشكل خاص، باعتبارها الأقرب من طفلها، وكونها تقضي ساعات طويلة معه (سونيا، 2017، ص5)، تحاوره وتتفاعل معه وتسعى جاهدة إلى إخفاء مشاعرها السلبية لقبول طفلها وهو ما ينعكس سلباً على سلوكه التفاعلي في الحاضر والمستقبل حين إدراكه لهذه المشاعر.

وتأسيساً على ما ذهبت إليه البحوث والدراسات في هذا الموضوع نجد ضرورة لمعرفة مستويات الضغوط النفسية التي تعيش في مجالها أمهات أطفال التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات.

وعليه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي:

هذه الورقة تسعى إلى تحديد مستوى القلق لدى أمهات أطفال التوحد. ويمكن صياغة المشكلة في السؤال التالي: ما مستوى القلق لدى أمهات أطفال التوحد؟

2. أهمية الدراسة

- 1) تتبع أهمية الدراسة الحالية من موضوعها، وهو القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، حيث تلقي الضوء على فئة مهمة وذات وضع خاص من فئات المجتمع.
- 2) أهمية دور الأم في حياة الطفل المصاب بالتوحد، فالأم هي أكثر أفراد الأسرة تواجداً مع طفل التوحد وأكثر قلقاً على حالته من أي فرد آخر.
- 3) فتح المجال أمام الأخصائيين والباحثين لبناء برامج إرشادية ذات صلة بالصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد وبأساليب مختلفة مثل (إعادة البناء المعرفي، والحديث إلى الذات، والاسترخاء، وتقليل الحساسية التدريجي، والتعزيز، والتدريب على التحصين ضد التوتر).

3. أهداف الدراسة

تهدف دراستنا هذه إلى:

- 1) التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وفقاً لمتغير العمل عاملات وغير عاملات.
- 2) التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وفقاً لمتغير حجم الأسرة.
- 3) التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقتها بالدخل الشهري للأسرة.
- 4) الكشف على مصادر الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد. وفي الأخير محاولة إعطاء توصيات واقتراحات.

4. فرضيات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة المشار إليها أنفاً يمكن صياغة الفرضيات على النحو التالي:

1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وفقاً لمتغير العمل (عاملات/ غير عاملات).

2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وفقاً لمتغير حجم الأسرة.

3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وفقاً للدخل الشهري للأسرة.

5. منهج الدراسة:

ونظراً لأن هذه الدراسة استكشافية فقد تم استخدام المنهج الوصفي لوصف الظاهرة المراد دراستها في محاولة لفهمها وتفسيرها من أجل إيضاح ملامحها لمعرفة مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات من أجل وضع برنامج إرشادي عند إجراء دراسات مستقبلية للتخفيف من حدة الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات.

6. مصطلحات الدراسة

▪ التوحد: Autism

لغة:

يعتبر التوحد Autism إعاقة نمائية تتصف باللبس، وتشير إلى اضطرابات سلوكية وتواصلية وقصور شديد في المهارات الاجتماعية، والانغماس في الذات. (إيمان، 2015، ص7).

اصطلاحا

يُعرفه مارिका (1990) (Marica, 1990) بأنه نوع من أنواع الانغلاق على الذات، والغوص في النفس، إضافة إلى انعدام الانتباه، وعدم القدرة على التواصل وتكوين علاقات اجتماعية مع المحيطين به، مع الإفراط في الحركة. (محسن، 2011، ص4)

من وجهة نظر الرخاوي (2003) فالتوحد الطفولي شكل من أشكال الانغلاق على الذات منذ السنوات الأولى، فيتميز الطفل المصاب به بعدم المقدرة على التواصل مع الآخرين بداية بالأم، بينما يمكنه عمل تواصل جزئي مع بعض الأشياء المادية. (نسرين، 2014، ص16).

صنف في دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل (DSM IV-TR, 2000)

تضمنت الطبعة الرابعة إدراج اضطراب التوحد كفئة مستقلة تحت اسم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorder-PDD) مضافة إلى أربعة اضطرابات تتشارك معه في نفس الأعراض. (محمد، 2014، ص4)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2013) التوحد بأنه إعاقة نمائية عصبية تطويرية يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل تميزه اضطرابات عصبية (Neural Disorder) تؤثر في وظائف المخ، ويرى بأنه اضطراب يتشابه مع النمو الفطري للطفل ويؤثر في أنشطته العقلية وتفاعله الاجتماعي، وحتى انه يؤثر سلبا في تواصله اللفظي والغير اللفظي. (سونيا، 2017، ص10).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية (2017) التوحد بأنه اضطراب نمائي يتجلى لنا في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وتسفر الإصابة به إلى عدم القدرة على التحصيل اللغوي، واللعب، والتواصل الاجتماعي. (سونيا، 2017، ص10).

إجرائياً:

ويعرف التوحد إجرائياً بأنه من الاضطرابات النمائية لمن يعانون من نقائص في مهارات التعلم الرئيسية، ويتسمون بالنشاط الزائد غير المناسب للفترة العمرية التي هم فيها، كما ويتميزون بالفوضى، تغير المزاج وعدم التفاعل مع من حولهم. (عياد، 2015، ص5).

▪ أطفال التوحد : Autistic Children :

وهم أطفال يلاحظ عليهم خلال السنوات الثلاث الأولى حالة من العجز الحاد في النمو الارتقائي، كما يميزهم حالة من التأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المقترنة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية، والتي تضم: الانتباه، الإدراك الحسي، والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض. (عبد الناصر، 2018، ص7).

▪ القلق:

يعتبر القلق من المواضيع التي حازت على اهتمام العلماء والباحثين في علم النفس ومختلف العلوم الإنسانية وتعددت التعريفات المعطاة لمفهوم الضغط النفسي بتعدد الخلفيات والنظريات.

تعريف القلق

اصطلاحاً:

هو حالة من الخوف تمتلك الإنسان لأسباب مجهولة، تدخله في ضيق وألم شديدين، والشخص القلق تميزه عدم الثقة بالنفس، التردد في أخذ القرارات وعدم القدرة على التركيز. (عايدة، 2015، ص8).

▪ أمهات أطفال اضطراب التوحد:

ويعرفن إجرائياً بأنهن الأمهات اللواتي يقاسين من قلق وضغوط نفسية بسبب تشخيص أطفالهن بالتوحد. (نسرين، 2014، ص13).

الفصل الأول الدراسات السابقة

تمهيد

1. الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر موضوع القلق لدى أمهات أطفال التوحد من المواضيع التي حازت على اهتمام الباحثين في مجال علم النفس بشكل خاص والعلوم الإنسانية بشكل عام.

وبملاحظة الأبحاث المرتبطة بموضوع الدراسة يلفت انتباهنا وجود دراسات عالجت الضغوط النفسية لدى أمهات ووالدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأخرى بحثت في احتياجات أمهات ووالدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

1. الدراسات السابقة

وبدورنا حاولنا التطرق إلى عدد من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الدراسة، القلق لدى أمهات أطفال التوحد، والتي تم ترتيبها من الأقدم إلى الأحدث.

❖ دراسة Hart (2004م) هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية والاكتئاب والقلق لدى والدي أطفال التوحد، وتكونت العينة في صورتها النهائية من 81 أب وأم لأطفال التوحد و40 أب وأم كعينة مقارنة من العاديين، واستخدم في هذه الدراسة لجمع البيانات ثلاثة استبيانات لقياس كل من الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى أن آباء وأمهات التوحد اظهروا درجة عالية من الضغوط والقلق والاكتئاب، وذلك بسبب ضعف الدعم الاجتماعي وبعض العوامل الشخصية وتأثير الطفل على باقي أطفال الأسر.

❖ في حين هدفت دراسة إكاس, Ekas (2009) إلى كشف الغطاء على الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، ومدى تأثيرها على الحياة العامة، وتم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق مقياس ضغوط الحياة واختبار التوجه نحو الحياة على عينة مكونة من 119 أم. وأظهرت النتائج امتلاك الأمهات لدرجة مرتفعة من الضغوط مرتبطة بالتأثير السلبي لسلوك الطفل، كما أظهرت بأن هذه الضغوط الموجودة لدى الأمهات تراكمية، و لها أثرها في الشعور بالرضا عن الحياة.

❖ هدفت دراسة سميرة ونورة (2013) إلى إلقاء الضوء عن الحالة النفسية والوضعيات الضاغطة التي تعيشها أمهات الأطفال التوحديين، ومعرفة مستواها ومصدرها، كما حاولت الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال التوحديين لمواجهة هذه الضغوط، ولأجل ذلك استعانت الباحثتان في الدراسة بالمنهج العيادي، وضمت عينة الدراسة (5) حالات لأمهات أطفال توحديين، وتم استخدام: المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس دراك الضغط PSQ للفنستاين Levenstein، ومقياس الواجهة Coping لـ Paul Han.

وخلصت الدراسة إلى تحقيق الفرضية العامة، وهي أن الأمهات يلجأن إلى استراتيجيات مختلفة (استراتيجيات مركزه على حل مشكل أو على الانفعال) في مواجهتهن لضغط النفسي، وختمتا الدراسة بتقديم عدد من التوصيات أهمها: ضرورة التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي.

❖ وعمل عياد (2015) في دراسته على معرفة مستوى الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد وفقا لثلاث متغيرات (جحم الأسرة، الدخل الشهري وعمل الأم من عدمه)، ولأجل فهم الدراسة استخدم المنهج الوصفي وكذا مقياس الضغوط النفسية لأحمد السرطاوي وعبد العزيز (1998)، تمت الدراسة على عينة مكونة من 10 أمهات لديهن طفل توحيدي تم اختيارهن بطريقة الكرة الثلجية، وتبين من خلا الدراسة أن وجود طفل توحيدي في الأسرة يزيد من ضغوط الأم النفسية تبعا لمتغيرات الدراسة.

❖ بيوفيسان (2015) Piovesan هدف في دراسته إلى كشف الغطاء عن رفاهية الحياة لدى أمهات الأطفال أصحاب اضطراب التوحد. وتشكلت عينة الدراسة من 40 أما كانت أعمارهن بين 28 و72 سنة، دخلهن المادي متوسط، ومستواهن التعليمي منخفض، وكان سن الأبناء التوحيدين بين 10 و40 سنة. ولأجل الإجابة على تساؤلات الدراسة قام الباحث باستعمال استبيان الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والصحية، استعمال مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، ومقاييس بيك للاكتئاب واليأس، ومقياس Baptista للاكتئاب نسخة الراشدين. وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الرفاهية في المعيشة وأعراض الاكتئاب تبعا لعمر الطفل.

❖ عبير، (2016)، هدفت في دراستها إلى معرفة مصادر ومستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، احتياجاتهن، درجة هاته الاحتياجات وطبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية والاحتياجات. ضمت الدراسة 174 من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد أين تم اختيارهن بالطريقة العشوائية الطبقية. قامت الباحثة باستعمال مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستبانة احتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. كما استعملت المنهج الوصفي الارتباطي للإجابة على أسئلة الدراسة.

وخلصت الدراسة إلى اهم خمس مصادر للضغوط النفسية وهي سلوك الطفل بالدرجة الأولى، ثم تأتي الضغوط الانفعالية، فالضغوط السلوكية والذهنية. كما أشارت الدراسة إلى ارتفاع مستوى احتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد (المجتمعية، المعرفية والتدريبية، الاجتماعية، والمادية). أما العلاقة بين الضغوط والاحتياجات فكانت علاقة إيجابية.

❖ سعت عبد (2017) إلى معرفة المشكلات التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. ولأجل ذلك قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي. تكونت عينة الدراسة من (50) أما لأطفال مصابين بالتوحد في محافظة ديالى (العراق)، وطبقت عليهن استبيان مشكلات أمهات أطفال التوحد التي قامت بتشكيلها، وبعد تحليل ومعالجة البيانات إحصائياً، باستعمال الاختبار التائي ومعامل ارتباط بيرسون خلصت الباحثة في دراستها إلى أن أمهات أطفال المصابين باضطراب التوحد يعانون من مشاعر الحزن والحرمان من طفل سليم، ونبهت الباحثة إلى أهمية وسائل الإعلام في نشر التوعية بمختلف أشكالها لموضوع التوحد، و ضرورة حمل الأمهات على المشاركة في الجلسات التدريبية والإرشادية بهدف علاج المشاكل التي تواجه عائلة الطفل التوحدي (سونيا، 2017، ص39).

خلاصة الفصل:

بمراجعة الدراسات المذكورة، يتجلى لنا بوضوح تعرض والدي الطفل التوحدي لضغوط مرتفعة، ووجود ارتباط بين شدة هاته الضغوط وعمر الطفل التوحدي، مستوى ذكائه، وشدة الأعراض لديه، وأن والدي الأطفال من ذوي اضطراب التوحد (وبشكل خاص الأم) يعيشون الرهاب الاجتماعي والقلق أكثر من والدي الأطفال العاديين، كما أنه يجب التنبيه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد ترجع إلى (جنس الطفل - شدة الإعاقة لديه-المستوى المعيشي للأسرة- والمستوى التعليمي).

الفصل الثاني القلق والنظريات المفسرة

تمهيد

1. تعريف القلق Anxiety
2. النظريات المفسرة للقلق
3. مستويات القلق
4. أنواع القلق
5. أعراض القلق
6. العوامل المسببة للقلق
7. آثار القلق
8. أساليب العلاج واستراتيجيات مواجهة القلق
9. القلق لدى أمهات الأطفال المتوحدين

خلاصة الفصل

تمهيد:

يرى الباحثون بان القلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني ومتغير من متغيرات السلوك البشري ويعتبرونه ميلاد التعقيدات المادية وجميع الاضطرابات العقلية والانحرافات السلوكية فه يمتلك الفرد ويشوه أفكاره ويؤدي به إلى ارتكاب سلوكيات خاطئة. ومع زيادة انتشار اضطرابات القلق خاصة في السنوات الأخيرة الماضية زاد اهتمام الباحثين به كونه يسبب إحساسا بالضيق ويعكر صفو مزاج الإنسان.

1. تعريف القلق Anxiety:

1.1. المعنى اللغوي للقلق:

قلق الشيء قلقاً أي حركة، وقلق قلقاً: لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلق: الشديد القلق، يقال رجل مقلق وامرأة مقلقة. (المعجم الوسيط، 2004 ص 765).

2.1. المعنى الاصطلاحي للقلق:

هو نوع من الانفعال والتوتر الذي يحصل للشخص بسبب خطر يتربص به (خطر واقعي أو رمزي) والذي يصاحبه خوف مجهول الأسباب بالإضافة إلى بعض الأعراض النفسية والجسدية. فالقلق حالة وجدانية تجعل الفرد خائفاً ومتوجساً من الخطر والكوارث، ويمكن أن تكون حلة القلق من موقف يمكن تحديده أو موقف غامض ومجهول المصدر يضعه في توتر وخوف وحالة من الانتظار والترقب والتوقع حقيقياً كان أو متخيلاً، داخلياً أو خارجياً. (مريم، 2019، ص8).

أما الدكتور محمد عبد الظاهر الطيب هو شعور من انعدام الأمن وتوقع حصول كارثة، وهو شعور يطغى عليه الخوف، ويمكن أن يصل القلق إلى درجة الذعر. (عبد المالك وإسلام، 2015، ص15).

مفهوم القلق كحالة: فهي معتمدة بشكل أساسي ومباشر على الأوضاع الضاغطة نتيجة لمشاعر التوتر والخطر المدركة شعورياً، والتي تختفي مع اختفاء المصدر ويمكننا القول بأنها حالة انفعالية موقفية مؤقتة تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات حالة القلق والتي تختلف في شدتها في معظم الأوقات. (كريمة، 2018، ص1).

وينظر أصحاب الاتجاه الوجودي إلى القلق على أنه تجربة وجودية كامنة ومصاحبة لكيوننة الإنسان وإن الإنسان يمر بالقلق على أشكال مختلفة فمصدر القلق هو العالم الذي يعيش فيه. (هبة، دس، ص4).

يعرفه سغموند فرويد « 1972 :على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يسيطر على الإنسان يعكر صفوه ويتسبب له في الكثير من الآلام، والقلق يعني الانزعاج والشخص القلق ينتظر الأسوأ دائما وتجده غير متفائل وأعصابه متوترة، كما ، فاقدا للثقة بنفسه وفاقدا القدرة على التركيز. (فاطمة الزهراء وآخرون، 2017، ص17).

ويعرفه أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر عل أنه " شعور غامض غير سار بالتوحد والخوف والتحقير والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللا إرادي ويأتي في نوبات متكررة، مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة. (فاطمة الزهراء وآخرون، 2017، ص17).

2. النظريات المفسرة للقلق:

اختلفت التفسيرات النظرية لهذا المصطلح باعتباره أحد المسائل التي جذبت اهتمام الباحثين في علم النفس والعلوم الإنسانية عموما، فالقلق يعتبر حالة نفسية معقدة ومتعددة الجوانب.

1.2. النظرية المعرفية السلوكية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن حالة الضغط أو الإجهاد ترجع إلى افتقار الفرد لنموذج معرفي مناسب للموقف الضاغط، فالضغط لا يتوقف على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على الاستجابة المعرفية وتوقعات الفرد.

هذه النظرية أهملت اللاشعور واهتمت بالظاهر واعتمدت على المثير والاستجابة في تفسير القلق، حيث يرى السلوكيون أن القلق استجابة شرطية لمثير لا يدعو للتوجس والقلق، وهي استجابة كلاسيكية ترضخ لأحكام التعلم. (عياد، 2015، ص9). ويرى أيزنك استجابات القلق كتحصيل حلقة من المشاكل المتعاقبة والتي تحتوي رد فعل عصبي لاإرادي، وقد تطرق السلوكيون لأمثلة عن مواقف عادية ممكن أن تؤدي إلى القلق ومنها: المواقف التي ليس فيها إشباع، ويميز هذه المواقف إحساس بعدم الارتياح الانفعالي، توتر وعدم استقرار. (دعاء، 2016، ص39).

ومن الممكن إيجاز وجهة نظر السلوكيون في القلق بأنه استجابة مكتسبة وحصيلة اقتران المثير المحايد بمثير، ومن الواضح أن القلق في النظرية السلوكية يقوم بعمل مزدوج، فهو دافع من ناحية ومصدر للتعزيز من الناحية الأخرى، وقد عاب الكثيرون وعلى هذه النظرية تركيزها المبالغ فيه على التعلم والمحددات البيئية وأهمها للعوامل البيولوجية. (فاطمة الزهراء وآخرون، 2017، ص 29).

2.2. القلق في النظرية الإنسانية:

وهنا يرى الإنسان أن القلق هو الخوف مما يحمله المستقبل وما قد يحصل بجملة من الأحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، وهذا الشعور يمتلك الإنسان حسب رأيهم عند فشله في تحقيق أهدافه أو فشله في اختيار أسلوب حياته، وهو ما يصاحبه من أفكار سلبية تتمثل في خوفه من عدم تمكنه من أن يعيش الحياة التي يحلم بها، كما أن إدراكه بأنه سيموت يوماً ما تزيد من قلقه خاصة مع تقدمه في السن وهو ما يعني انخفاض عدد الفرص المتاحة أمامه.

ولعل أهم أنصار هذا الفكر: ماسلو وروجرز، حيث يرى روجرز أن الإنسان يشعر بالقلق والذي يقف بينه وبين إمكانياته وطموحاته أو بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المتتالية، وحسبه فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تناقض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات.

أما ماسلو فيرى أن الكائنات الحية البشرية تصب اهتمامها على النمو أكثر منه على عملها على المحافظة على اتزانها وتجنب السقوط، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظرية الشهيرة حول هرم الحاجات، إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى القلق. (عبد المالك وإسلام، 2015، ص 18).

3.2. نظرية التحليل النفسي:

يعتبر سيغموند فرويد أول من تكلم عن الدور الأساسي للقلق في ديناميات الشخصية والنظريات الارتقائية ويعتبره أحد مقومات الممارسة الشفائية. يعد نموذج التحليل النفسي واحداً من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيراً، وكان لهذا النموذج وقع كبير على البحوث العربية والحضارة

الحديثة، وقد ساهم بشكل كبير في المصطلحات الإكلينيكية والممارسات العلاجية. (فاطمة الزهراء وآخرون، 2017، ص31).

ويعتبر فرويد القلق قاعدة محورية وهامة لجميع المشاكل النفسية التي تحصل في حياة الإنسان أثناء نموه، ومن أهمها صدمة الميلاد، عجز الفرد وعدم قدرته على مواجهة مشكلاته أو إشباع حاجاته وهي كلها عوامل تؤدي إلى القلق. (عابدة، 2015، ص37).

أما هورني، فعرفته بأنه إحساس الفرد بالوحدة والانطواء وقلة الحيلة في عالم مليء بالعداء، وهو إحساس تولده الظروف البيئية الاجتماعية خلال تنشئة الطفل ونموه، ويمكن ان تكون هذه الظروف اضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه أو أي موقف أسري أو اجتماعي يسبب له الخوف. (دانيا، 2011، ص11).

تعقيب الباحثة على النظريات المفسرة للقلق:

تناولت النظريات السابقة مفهوم القلق بالشكل الذي فسرتها كل على حسب مفهوم القلق بما يتطابق ووجهة نظر النظرية، أن المستقبل وما يحمله لنا في خباياها من مجهول قد يشوبه التهديد والغموض مما يجعلنا دائماً في حالة ترقب وخوف من المستقبل وفي حالة من التوجس من القادم.

3. مستويات القلق:

تشير العديد من البحوث العديدة إلى وجود القلق بدرجات مختلفة ما بين القلق البسيط والقلق الشديد، ونميز فيه ثلاث مستويات وهي:

1.3. المستويات المنخفضة للقلق:

وهنا يكون القلق كإشارة إلى إنذار لخطر قريب الحدوث ويغلب عليه تزايد حساسيته للأحداث الخارجية وقدرته على تحمل الخطر، ويكون الفرد في وضعية تأهب لمواجهة مصادر الخطر في المحيط الذي يعيش فيها الفرد.

2.3. المستويات المتوسطة للقلق:

في هذا المستوى من القلق ويزداد الجهد المبذول في الثبات، تنخفض القدرة على الابتكار، ويستحوذ الجمود تصرفات الفرد في مواقف الحياة، ويصبح كل شيء جديد مهدد.

3.3. المستويات العليا للقلق:

في هذا المستوى يحدث اندثار وتداع للتنسيق السلوكي للفرد، ويتجه إلى طرق أكثر بدائية وهذا بانخفاض التأزر والتكامل. (فاطمة الزهراء، 2017، ص27).

4. أنواع القلق:

هناك عدة أنواع من القلق ومن أبرزها نجد:

1.4. القلق العادي الموضوعي Objective Anxiety:

وهو قلق عادي ينبع من الواقع ويأتي كرد فعل لإدراك خطر خارجي أو لضرر يتوقعه الشخص، من الممكن معرفة مصدره لأن يكون واضح المعالم في ذهن المصاب وينتج عن أسباب واقعية محدودة ومعقولة، وقد استعمل "هورني" Horny كلمة خوف للتعبير عن هذا القلق أما "فرويد" Freud فقد اطلق عليه اسم "القلق الواقعي" Anxiety Reality أو "القلق الصحيح" True Anxiety او "القلق السوي" Normal Anxiety.

2.4. القلق المرضي العصبي Neurotic Anxiety:

وهو نوع من القلق الغامض لا يدرك المصاب به مصدر علتة، وكل ما يشعر به هو حالة من التوتر والخوف الغامض، ويكون مصحوب عادة باضطراب داخلي شديد جدا، ويمكن أن يأتي في شكل نوبات تتكرر بيسميتها "فرويد" حالة "القلق الطافي" Free-Floating Anxiety كما يمكن أن يأتي على شكل ردود خوف مرضي. (توفيق، 2018، ص14).

وأدرج فرويد تحت القلق العصابي 3 أنواع:

✓ **القلق الهائم الطليق**: الذين يعانون من هذا النوع من القلق ينتظرون دائماً الأسوأ، ويؤولون كل ما يحصل على أنه نذير سوء.

✓ **قلق المخاوف المرضية**: هو نوع غير منتشر كثيراً، ومخاوفه غير مفهومة وحتى أنها غير معقولة ولا يوجد مبرر لها، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها.

✓ **قلق الهستيريا**: له أعراض نفسية وأخرى بدنية، ومن علاماته حسب "فرويد" الرعشة، الإغماء، وصعوبة التنفس، وهو يرى أن هذا النوع يبدو واضحاً في بعض الأحيان وغامض في أحيان أخرى. (عايدة، 2015، ص34)

3.4. القلق الخلقي Moral Anxiety :

يحدث هذا النوع من القلق في شكل قلق عام دون معرفة بسببه الأساسي، ويمكن أن يأتي على أشكال تخوفات مرضية، أو صورة مرتبطة بأعراض الأعصاب نفسها. (عايدة، 2015، ص34).

5. أعراض القلق

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى ثلاث فئات هي: الأعراض الجسمية، الأعراض النفسية والاجتماعية، الأعراض المعرفية. وفيما يلي عرض لأهم هذه الأعراض:

1.5. الأعراض الجسمية:

يمكن إجمال الأعراض الجسمية الناتجة عن القلق فيما يلي:

شحوب الوجه، واتساع حدقة العين وتعابير الخوف على الوجه، وبرودة الأطراف، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس والشعور بالاختناق، وجفاف الحلق، وصعوبة البلع، وعسر الهضم، وآلام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة والشعور بالانتفاخ، وكثرة الغازات وصعوبة التبول. ومن الأعراض الجسمية للقلق أيضاً الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية مثل: اختلاج الفم: مص الإبهام، رمش العينين. (سميرة ونورة، 2013، ص29).

2.5. الأعراض النفسية:

الشعور بالخوف، وعدم الراحة الداخلية، وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتيت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز والنسيان وكذلك الأرق، وعدم القدرة على النوم والتوتر أو التهيج العصبي وهذا يجعل الفرد حساس جداً لأي ضوضاء، والشعور بالاختناق، والأحلام والكوابيس المزعجة، وسيطرة مشاعر الاكتئاب. (عبد المالك وإسلام، 2015، ص16).

3.5. الأعراض الاجتماعية:

سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ مع الميل الشديد لنقد الذات ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله، كما يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية.

4.5. الأعراض المعرفية:

وتتضمن مجموعة من الخصائص المعرفية كالآتي:

أ. التطرف في الأحكام، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص المتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا يجلب له التعاسة والقلق.

ب. كذلك ميل العصائبيين إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقه واحدة من اجل التفكير.

ج . يتبنون أيضاً اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدي. مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدل الانفعالات.

د . يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك، ولكن وفي بداية الحديث عن القلق، يتبادر إلى أذهاننا مفهوم يقترب اقتراباً شديداً من مفهوم القلق هذا إذا لم يكن مرادفاً له في بعض المواقف، وهذا المفهوم هو الخوف، فكلا الحالتين (القلق والخوف) يشعر الإنسان بالرعب و التوتر حول احتمال ما يمكن أن يتعرض له من مواقف، وكلاهما يؤثران في الحالة النفسية و كذلك الجسدية في الإنسان من حيث أعراض كل منهما، ولفهم المزيد عن الحالتين،

سوف نتطرق للحالتين من حيث نقاط التشابه وكذلك نقاط الاختلاف تبدو أوجه الشبه بين الحالتين في المظاهر التالية:

✓ كل من الخوف والقلق حالة انفعالية تنطوي على ما تنطوي عليه الحالة الانفعالية عادة ضغط وتوتر داخلي.

✓ كل من القلق والخوف يستثار بالشعور بوجود خطر يهدد الفرد.

✓ كل من القلق والخوف إشارة تدعو الشخص إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على الاضطراب في البقاء.

✓ كل من القلق والخوف مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفسيولوجية المتماثلة، مثل الدورة الدموية، والعصارات المعدية.

✓ من الممكن في القلق أن يبدأ مع إشارة خطر توجد في المحيط الخارجي، النوع الذي يستطيع استثارة الخوف.

✓ يمكن في الخوف أن يكون أحياناً أشد مما يستدعيه موضوع الخطر، وأن ينقل الشخص إلى حالة من القلق ضعيفة أو شديدة، وبذلك يشبه القلق.

✓ الخوف من مؤثر ما عادة لا يتكرر إذا لم يظهر المؤثر، بينما يتكرر ويبدو أن في ذلك تدخل عدد العوامل ظهور القلق من النفسية إضافة إلى أن حالة الخوف تكون عابرة ومؤقتة، بينما القلق أكثر طولاً في بقائه. (كوثر، 2018، ص22).

6. العوامل المسببة للقلق

هناك أسباب كثيرة للقلق ولكن من أهمها هي:

✓ العوامل الوراثية حيث أكدت الأبحاث والدراسات التي قام بها علماء النفس على التوائم المتشابهة وعلى العائلات أن 10% من أبناء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض والعوامل البيئية.

✓ الاستعداد النفسي، وهنا يكون للشخص في بعض الأحيان استعداد للشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي والذي يؤدي إلى حالات من التوتر النفسي والشعور بالخوف.

✓ مشكلات الحاضر وضغوط ومتطلبات الحياة اليومية والتي تؤدي إلى نتائج سلبية للفرد تتعكس على العلاقات الأسرية والاجتماعية والتي قد تفعل مشكلات الماضي لمرحلة الطفولة والمراهقة والشيوخة.

✓ التعرض للحوادث والأزمات (اقتصادية، عاطفية، تربوية).

✓ عدم تحقيق الذات.

✓ عامل السن، والذي له تأثير كبير في اضطراب القلق، ويكون عند الأطفال بأعراض تتميز عنها عند الناضجين ويكون في شكل خوف من الظلام، الغرياء، والحيوانات أو في هيئة أحلام مزعجة، وبالنسبة للمراهقين فيأخذ القلق أشكال أخرى من الشعور بالاستقرار أو الحرج الجماعي. (فاطمة الزهراء، 2017، ص25).

7. آثار القلق:

1.7. آثار الفيزيولوجية

زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد الفعل.
زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى استنزاف الطاقة وإجهاد ونقص في الوزن، وبالأخير انهيار جسمي.
زيادة إفراز الكولسترول مما يتسبب في تصلب شرايين وأمراض ونوبات القلب إذا استمر لفترة طويلة.

اضطرابات هضمية وتفاعلات جلديه مع شحوب لون الجلد.
مشاكل في التنفس، تنتج أمراض حساسية مع الوقت.

2.7. آثار معرفية

انعدام القدرة على التركيز والانتباه.
صعوبة التنبؤ بما سيحصل مستقبلاً.
سوء التنظيم وازدياد معدل الخطأ.

3.7. آثار انفعالية

- حدوث تحولات في الميزات الشخصية.
- زيادة الشعور بالمرض.
- إحساس بعدم الرضا والاكتئاب.
- ارتفاع معدل المشاكل الشخصية الحساسية والقلق المفرطة.
- قلة القدرة على الاسترخاء وزيادة التوترات.
- انخفاض تقدير الذات.

4.7. آثار سلوكية

- زيادة مشاكل التخاطب واللحمة في الكلام.
- الإهمال، نقص الاهتمام والتنازل عن الأهداف الحياتية.
- إلقاء اللوم على الآخرين.
- ظهور سلوكيات شاذة.
- حل المشاكل بطريقة سطحية. (ياسين وعماد، 2019، 25).

8. أساليب العلاج واستراتيجيات مواجهة القلق

1.8. العلاج المعرفي:

إيقاف الأفكار السلبية: وهنا يتوجب على الفرد العمل على تغيير أفكاره تدريجياً وتعويضها بأفكار إيجابية.

إدارة الذات: يتمثل في تقديم العون للأشخاص ومساعدتهم على إحداث تغييرات في سلوكياتهم لخفض القلق الناتجة عن الموقف الصعبة.

أحداث الذات: وهي فكرة تقوم على أساس مواجهة المشاكل والصعاب وهذا بعد التخلص من الأفكار السلبية التي تزرع الثقة بالنفس وتعويضها بالتفكير الإيجابي.

التخيل أو التصور البصري: يشمل تمرن الفرد على تصور نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيل مصاحبا له الشعور بالاسترخاء ومن هنا يمكنه التدرب على المواقف التي من الممكن أن تسبب له القلق.

حل المشكلات :

يشمل مجموعة من الخطوات تتضمن معرفة المعضلة، جمع البيانات ثم وضع حلول كبداية وتقييم هاته الحلول ثم وضع الحل النهائي، وهي طريقة تساعد الفرد على معرفة قدراته و إدراكها. (كوثر، 2018، ص25).

8.2. العلاج السلوكي

ومن أهم تقنيات الاسترخاء المستعملة:

تمارين التنفس الاسترخائي.

الاسترخاء العضلي والفكري.

تعديل أسلوب الحياة.

التدريب على السلوك التوكيدي.

التدريب على إدارة الوقت. (مريم، 2019، ص14).

3.8. العلاج النفسي

يتم العلاج النفسي بشكل عام في شكل جلسات بحضور المعالج والمريض والمواعظ وهو يرتكز على تفاعل المريض والمعالج بالدرجة الأولى، وتوزع جلسات العلاجية بين 70% مخصصة للاستماع للمريض و20% للتداول معه في حين ال10% الباقية فمخصصة لتقديم النصائح والإرشادات، وأساس هذه الجلسات العلاجية حتى يصل المريض إلى درجة من الإشباع والراحة هي الإنصات إلى المريض وتحسيسه بان هناك من يهتم بأمره. (فاطمة الزهراء وآخرون، 2017، ص34).

4.8. العلاج الكيميائي:

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

مضادات القلق:

تستعمل بهدف التقليل من القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولها خمس مميزات من ناحية المفعول: خاصية تحقق استرخاء العضلات، خاصية منومة، خاصية مضادة للقلق، خاصية منشطة للنعاس، خاصية مضادة للارتعاش.

المهدئات:

تستعمل كآلية لضبط التوتر والقلق والتقليل من الشعور بالضغط النفسي لدى الشخص إلا أن استخدامها لفترة طويلة وبطريقة مخالفة لما أوصى بها الطبيب تدخله في حالة ارتباط فيزيولوجي تؤثر على توازنه النفسي. (مريم، 2015، ص14).

9. القلق لدى أمهات الأطفال المتوحدين:

هو رد فعل تبديه الأم في حالة معرفتها بإعاقه ابنها، يضم في طياته إحساس بالصدمة، شعور بالضيق، التوتر ومشاعر حول تعليمهم، رعايتهم، التعامل معهم، مستقبلهم، دون نسيان الإحراج الاجتماعي في مواقف عدة، والشعور بالوحدة.

ويمكن تلخيص أسباب قلق ومعاناة أم الطفل التوحيدي في النقاط التالية:

قلق نفسي نتيجة الشعور بالعجز والتوتر وعدم التوازن والقدرة على أداء مهامها بسبب قلقها على طفلها وتفكيرها في مستقبله هذا من جهة وعدم استطاعتها على تلبية كل احتياجاته في الوقت الحاضر من جهة أخرى.

قلق اجتماعي مرتبط بعلاقتها بالمجتمع ونظرة هذا الأخير إلى ابنها وما يولده عندها من الم شديد.

قلق أسرى بسبب مشاكلها مع زوجها، ترك عملها إن كانت عاملة، شعورها بالخجل إذ تعتبر نفسها المذنبه وتحمل نفسها كل مسؤولية ولادة ابنها على هذا الشكل، وهذا كله يحدث تغييرا جذريا في نظام الأسرة ويمكن حتى أن يفرق بين الأبناء.

قلق اقتصادي لكثرة المصاريف الطبية التي تنفقها في علاج ابنها وما يتطلبه من نظام غذائي خاص به خاصة اذا كانت الإمكانيات الاقتصادية للأسرة ضعيفة. (ياسين وعماد، 2019، ص26).

خلاصة الفصل

نستنتج أن القلق من أشد الانفعالات التي تتعرض لها أو تعيشها أم الطفل التوحيدي، وهو ما يترك أثر كبير في نفسياتها وتغيرات جسمية، نفسية وسيكولوجية واضحة، وقمنا هنا بإدراج بعض النظريات التي تؤكد أن القلق عامل لا يمكن غض البصر عنه، وهذا لما فيه من تأثير على أم الطفل التوحيدي، لذا يجب على الأساتذة والأخصائيين الأخذ في الحسبان هذا العامل ومحاولة علاجه بالوسائل اللازمة.

الفصل الثالث التوحد

تمهيد

1. ظهور مصطلح التوحد وتصنيفاته
2. تعريف التوحد
3. أنواع اضطراب التوحد
4. الأنواع الفرعية للتوحد
5. أعراض التوحد
6. مستويات متلازمة التوحد
7. الأسباب المحتملة لإصابة الطفل بمتلازمة التوحد
8. خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد
9. تأثير طفل التوحد على الصحة النفسية للأم والأسر :
10. التأثير الاجتماعي لطفل التوحد على الأم والأسرة
11. التأثير الاقتصادي لطفل التوحد على الأم والأسرة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر التوحد (Autism) أحد اضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disorder ، لأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية، و أحد أكثر الاضطرابات التطورية والانفعالية صعوبة وتعقيدا، وهو أيضا من أكثر الإعاقات النمائية غموضا لشدة غرابة أنماط سلوكه التكيفي من جهة وعدم التمكن من الوصول إلى الأسباب الحقيقية الكامنة وراء الإصابة به من جهة أخرى. ويمكننا القول بان ظهوره يعد حديثا نوعا ما.

وللتمكن من معرفة أكثر لهذا الاضطراب سنحاول تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه، والأعراض التي يظهر عليها للتمكن من تشخيصه وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى.

1. ظهور مصطلح التوحد وتصنيفاته:

شهد مصطلح التوحد خلال العقود الماضية تطوراً متسارعاً ووجد اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين والمهتمين، ويعد الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner)، أول من أشار إلى التوحد وذلك في عام (1943)، وهذا بعد ما لفت انتباهه وجود تصرفات غير عادية لمجموعة من الأطفال تم تشخيصها بالتخلف العقلي وكان هو يشرف على فحصها، فقد غلبت على سلوكياتهم بالانغلاق الكامل على الذات، الابتعاد عن المحيط، الانطواء والعزلة... الخ من مجموع السلوكيات التي صنفت في خانة مميزات التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة. (سعاد ، 2017، ص45).

وأتى بعده مودزلي (Maudsly) عام 1967 وهو طبيب اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة للأطفال واعتبره ذهانات. (سوسن، 2010، ص19).

واخذ هذا الاضطراب منذ ظهوره عام 1943 إلى الآن العديد من التسميات مثل توحد الطفولة المبكرة (Early Childhood Autism) وكان اول من استخدمه كانر (ريما، 2015، ص9)، ذهان الطفولة (Children Psychosis) ، النمو غير السوي(الشاذ) (A typical Development) وهو مصطلح يستعمل لتمييز فصام الطفولة أو الذاتية، نمو "أنا" غير سوي (A typical Ego Development). (عبد الرحمان، 2000، ص8-9).

أما في عام (1980) صنف التوحد بأنه إعاقة انفعالية شديدة، وذلك لتعدد النظريات التي تناولته وتحدثت في أسبابه وارتباطه بالمرض العقلي، وتم إعادة تصنيفه من قبل جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية بأنه اضطراب شامل في النمو أكثر منه إعاقة انفعالية، أما في سنة (1981) تم إدراجه ضمن فئة الإعاقات الصحية.

وفي عام (1994) تم إعادة اعتماد التصنيف الموضوع من طرف جمعية الأطفال النفسيين الأمريكية الذي اعتبر أن التوحد شكل من أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة، وأكد ذلك في الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية. (إيمان، 2015، ص10-11).

2. تعريف التوحد:

لغة:

مصطلح التوحد «Autism» مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه (soi-même). (سميرة ونورة، 2013، ص72).

كلمة اوتيزم Autism أو توحد أو ذاتوية تنقسم إلى شقين: بمعنى Auto بمعنى النفس، ism بمعنى الحالة غير السوية (سعاد، 2017، ص13). والتوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وبالعربية أسموه الذاتوية وهو اسم غير متداول. (جيهان، 2015، ص11).

اصطلاحاً:

لقد تعددت تعريف التوحد بتعدد الاتجاهات التي حاولت تفسيره، نذكر منها:

قدم الطبيب النمساوي هانز اسبرجر (Hans Asperger, 1944) وصف إكلينيكي مشابهة لدراسة كانر بعد ملاحظته لأربعة أطفال تراوحت أعمارهم بين (6-11) وأدرج مجموعة من ميزاتهم ومثال ذلك: نقص شديد في المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي غير السوي، وعجز في التواصل البصري" غير اللفظي "مع مهارات لغوية وإدراكية عالية، مع ذاكرة ممتازة، تعلق شديد بالأشياء والتمسك بالروتين بالإضافة إلى قصور في المهارات الحركية، المشي بطريقة غير طبيعية، النمطية والتكرارية في الحركات الجسمية. (عبير، 2016، ص12).

قدم "روتر Rutter" 1978 أربع ميزات أساسية في تعريفه للتوحد وهي:

- الإصرار على التماثل.
- نمو لغوي متأخر أو منحرف.
- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.
- سلوك طقوسي واستحواذي. (هاجر، 2013، ص45).

وأشار غزال في بحثه (2007) إلى أن " لا يمكن تحديد أو معرفة التوحد من عرض معين، كما وليس له تحاليل أو اختبارات محددة، بل مجموعة من الأعراض والسلوكيات والتي تختلف حدتها وتتفاوت ما بين الزيادة والنقصان من طفل لآخر وعند الطفل نفسه. (ميرفت، 2016، ص14).

يعرف الكامل (2003) التوحد على أنه إعاقة مرتبطة بالنمو تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتكون كنتيجة عن خلل في الجهاز العصبي مما يؤثر في النمو الطبيعي للمخ، ويواجه لأشخاص الذين يعانون من بالتوحد مشاكل في مجال التواصل غير اللفظي وممارسة الأنشطة الترفيهية مما يشكل صعوبات في التواصل مع الآخرين والعالم الخارجي. (إيمان، 2015، ص11).

وتعرفه الجمعية الفيدرالية الأمريكية للتوحد على أنه إعاقة نمائية تؤثر على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلباً على الأداء التربوي، وترى أيضاً أن من خصائصه: استجابات غير مألوفة للخبرات الحسية، الانشغال في أنشطة تكرارية وحركات نمطية، مقاومة التغيير في البيئة وفي الروتين اليومي. (فوزية، 2015، ص31).

وعرفت منظمة الصحة العالمية التوحد (World Health Organization-WHO, 1982) على أنه اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي. (إحسان، 2017، ص101).

3. أنواع اضطراب التوحد:

اضطرابات طيف التوحد مصطلح مرادف لمصطلح اضطرابات نمائية شاملة (Pervasive Development Disorder) ويشير إلى حالات مختلفة من التوحد، تشترك سمات محددة، ميز بينها علماء النفس وعلماء الصحة النفسية بعد عدة دراسات على عينات مختلفة من أطفال التوحد، وسنذكرها بشكل مختصر على النحو التالي:

▪ **اضطراب التوحد Autistic Disorder**: اضطراب يتميز بخلل في التفاعلات الاجتماعية والتواصل واللغة، واللعب التخيلي، إلى جانب سلوكيات نمطية، وعجز أو اختلال في الاهتمامات والأنشطة قبل الوصول إلى سن الثلاثة أعوام. (الشامي، 200، ص4، ص75).

▪ متلازمة أسبيرجر **Aspergers syndrome** : اضطراب مشابه بالتوحد البسيط، وغالباً ما يأتي مصحوباً بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة. (الشامي، 200 4، ص78).

▪ اضطراب ريت **Rett syndrome** :ويحدث في مراحل النمو الأولى من خمسة أشهر إلى أربع سنوات ويكون مرافقاً بإعاقة عقلية. ويتميز بلوي اليدين المتشابكتين بشكل متواصل والتخلف العقلي، وإعاقة في المهارات الحركية وتظهر هذه التعقيدات بعد أن يكون الشخص قد تخط فترة نمو طبيعية. (الشامي، 200 4، ص79).

▪ اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)

اضطراب نادر جداً، ويحدث لمولود من كل مائة ألف مولود، يطابق اضطراب اسبيرجر واضطراب التوحد، يصيب الذكور والإناث. وينمو الطفل نمواً طبيعياً وبعد بلوغه الـ10 سنوات يبدأ بالتدهور بصورة واضحة ويفقد العديد من المهارات التي اكتسبها سابقاً، فيتحول إلى طفل لا يتكلم، غير مبالي بمن حوله. (الشامي، 200 4، ص80).

▪ الاضطراب النمائي العام غير المحدد (Pervasive Development Disorder – Not Specified Otherwise)

اضطراب توحد غير نمطي أو غير نموذجي، ويتم تشخيصه عندما لا تنطبق على الطفل المعايير الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحدد. (الشامي، 200 4، ص81).

▪ متلازمة الكروموسوم إكس الهش **Fragile X Syndrome**

يعد ثاني سبب للتأخر العقلي بعد متلازمة التثلث الصبغي، وينجم عن هشاشة الكروموسوم إكس.

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت بخصوص انتشار متلازمة الكروموسوم إكس الهش أن ما بين 5-10% من المصابين تتوفر لديهم معايير تشخيص التوحد وأن 20% من مصابي التوحد لديهم كروموسوم إكس الهش.

وهذه المتلازمة شكل من أشكال الاضطراب الجيني في الكروموسوم الجيني الأنثوي (X) ويظهر عند المصابين في صورة تخلف عقلي بسيط أو متوسط، كما يتميزون باستجابات حركية تكرارية وحساسية مبالغ فيها للصوت ونقص في الاتصال البصري بالآخرين ومشاكل سلوكية أخرى، والفرق بين التوحد ومتلازمة الكروموسوم (X) تظهر عند أصحاب المتلازمة في الصفات الجسمية حيث يتميزون بجمجمة عريضة وعالية، عيون ساكنة، أذنين كبيرتين، وجه طويل، قدامان مسطحتان بين حين وآخر صمامات قلب غير عادية نسبياً. (محمود وآخرون، 2015، ص65).

■ اضطراب قلة التركيز: Attention deficit disorders

✓ حالة نفسية عصبية يميزها مجال تركيز ضعيف يكون مصحوبا بنشاط حركي زائد وسلوكيات طائشة.

✓ ظهور الأعراض قبل سن السابعة، ويزيد بعد دخول الطفل المدرسة.

✓ يصيب الذكور عشر أضعاف إصابة الإناث تقريبا.

✓ صعوبات اللغة والتعلم، وغيرها. (محمود وآخرون، 2015، ص66).

4. الأنواع الفرعية للتوحد:

مع كثرة الدراسات ظهرت تصنيفات أخرى للتوحد نكر منها:

✓ تصنيف تبعا للمستوى الوظيفي الذهني وهو اقل أهمية وانتشارا.

✓ تصنيف تبعا للدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين و الذي ينظر إلى التوحد على انه من الاضطرابات النمائية العامة.

✓ التصنيف تبعا للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

✓ التصنيف وفقا للعلاقة بين التوحد ومتلازمة اسبجر وقد اقترح البعض أن هذه الأخيرة

أفضل مفهوم للتوحد الوظيفي، ولكن لا تزال هذه المشكلة قيد الدراسة. (هاجر، 2013، ص58).

5. أعراض التوحد:

تختلف أعراض اضطراب التوحد في شدتها وعددها من طفل لآخر وهي تمس بشكل أساسي وملحوظ الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك.

وذكر كانر وآخرون خصائص مشتركة لهذه الفئة نذكر منها:

- ✓ انعزالية توحدية مفرطة Extreme Aautistic Aloneness ، لا يحب أن يحضنه أحد.
- ✓ ويتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله، لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ✓ تأخر وانحراف في اللغة، قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال، لا ينظر في عين من يكلمه، ويعتقد الكثير من المختصين أن % 50 من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم.
- ✓ المصاداة Echolalia، بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة
- ✓ قدرات إدراكية فائقة، ذاكرة قوية ومقدرة على الحفظ، يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- ✓ حساسية مفرطة إزاء المؤثرات الخارجية،
- ✓ الرفض الشديد للتغيير وتنوع محدود للنشاط العفوي والتلقائي، يقاوم تغيير الروتين، فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
- ✓ مظهر جسدي طبيعي، تشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية.
- ✓ ينحدرون من أسر تتميز بمستويات مرتفعة من الذكاء،
- ✓ لا يخاف من الخطر.
- ✓ يكرر كلام الآخرين، ضحك واستنارة في أوقات غير مناسبة

- ✓ يستمتع بلف الأشياء، تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- ✓ وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين. (وفاء، 2004، ص29).

6. مستويات متلازمة التوحد:

تم تقسيم التوحد من حسب شدته إلى:

- **المجموعة التوحدية البسيطة:** يبدي أفرادها مشاكل اجتماعية، وروتينية شديدة مع نقص بسيط في القدرات العقلية واللغة الوظيفية.
- **المجموعة التوحدية المتوسطة:** يبدي أفرادها تفاعلا اجتماعيا محدودة، ومظاهر سلوكية روتينية ونمطية شديدة، ولغة وظيفية محدودة، مصحوبا بانخفاض في القدرات العقلية.
- **المجموعة التوحدية الشديدة:** أفرادها منعزلون اجتماعياً، لا يمتلكون مهارات تواصلية واجتماعية وظيفية، مع تدن في مستوى القدرات العقلية، حيث تكتمل في هذه المجموعة ثلوث الأعراض، وتسمى مجموعة التوحد الكلاسيكي. (سونيا، 2017، ص25-26).

7. الأسباب المحتملة لإصابة الطفل بمتلازمة التوحد

إلى يومنا هذا لم تتوصل البحوث العلمية إلى تحديد الأسباب الرئيسية وراء اضطراب التوحد.

▪ صعوبات ما قبل الولادة، أثنائها وبعدها:

عوامل ما قبل الولادة: تسمم الدم، والحصبة الألمانية، الاضطرابات التكوينية.

تعرض الطفل أثناء الحمل لبعض الفيروسات التي ممكن أن تصيب الأم، والتي من المحتمل أن تؤدي إلى إصابة المولود ببعض الإعاقات (شلل دماغي، صمم، أمراض القلب). أخذ الأمهات لبعض الأدوية أثناء فترة الحمل. (سوسن، 2010، ص60).

✓ عوامل ولادية: نزيف حاد من الشهر الرابع إلى الثامن، تناول أدوية خلال فترة الحمل، حدوث صدمات، وصعوبات في الولادة، ظروف الحمل والولادة. (الينا ، 2017، ص21).

عوامل ما بعد الولادة: مشاكل في الولادة، قلة تدفق الأوكسجين. إصابة الأطفال دون العامين إلى تشنجات في الرقبة، الأطراف، الساعدين. (الينا ، 2017، ص21).

■ أسباب جينية وراثية:

تحدث نتيجة خلل وراثي، بسبب عوامل جينية والتي يكون لها دور مباشر في الإصابة بالتوحد، ويُشير بعض الباحثين إلى الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين، وتحديدًا كروموسوم فراجيل إكس (Fragile X). ويكون منتشرًا بين البنين أكثر من البنات ويؤثر بحوالي 7 من 10 % من حالات التوحد. (سعاد، 2017، ص50).

■ أسباب بيئية:

✓ حسب أديلسون (1998) لا يتوفر دليل علمي حتى هذا الوقت البيئي على التوحد ، رغم أن انتشار السموم في البيئة يمكنه هو الآخر أن يؤدي إلى حدوث التوحد (زئبق، رصاص، معادن سامة). (المياء ، 2008، ص36).

■ اختلال في تركيبة أو وظيفة الدماغ:

وبينت الدراسات هنا تناقص في كثافة خلايا بيركنجي، زيادة في محيط الراس. (الينا ، 2017، ص22).

■ اختلال كيميائي حيوي في الدماغ:

خلل، نقص، زيادة في إفراز الناقلات العصبية مثل (السيروتين والدوبامين والبيبتيدات العصبية)، حيث أن الخلل الكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات، وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم. (سونيا، 2017، ص27).

▪ اختلال في العمليات الأيضية:

حدوث اضطراب أيضي، تحطيم غير كامل لأنواع من البروتين، مشكلات هضمية. (جيهان، 2015، ص34-35).

▪ اختلال في جهاز المناعة:

✓ خلل في الجهاز المناعي، فالأسباب الجينية والشذوذات في المنظومة المناعية لها دور كبير في الإصابة بالتوحد.

✓ إن العوامل المناعية الغير المتناسبة بين الأم والجنين تسهم في حدوث اضطراب التوحد.

✓ الكريات الليمفاوية لقسم من الأطفال المصابين بالتوحد تتأثر وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهذا ما يثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. (سونيا، 2017، ص27).

▪ أسباب نفسية:

✓ كان سائدا في القدم أن برودة عواطف الأبوان اتجاه طفلهم هي السبب في إصابة ابنهم بالتوحد بسبب انعدام الحب والاهتمام. (وفاء، 2017، ص124)،

✓ هناك من يرى أن الوحدة الاجتماعية وعدم المبالاة بالطفل المصاب بالتوحد ممكن أن يكون المبدأ في ظهور المشكلة.

✓ هناك اتفاق بالإجماع على أن آباء الأطفال التوحديين أكثر قساوة وحزم، ولديهم عدوانية تجاه طفل التوحد، ويرسخون اغلب وقتهم في العمل دون رعاية الطفل. (سوسن، 2015، ص49).

وقام قسم التربية الخاصة في جامعة ولاية نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية بتقرير حول أسباب اضطراب التوحد ونسبها، فتوضح أن مسببات اضطراب التوحد تتوزع كالتالي:

✓ أسباب عصبية (35.71%)

✓ أسباب نفسية (23.72%)

✓ أسباب جينية (19.76%)

✓ أسباب بيئية (7.39%)

✓ أسباب الحساسية (6.74%)

✓ أسباب بيولوجية (6.68%). (إيمان، 2015، ص18).

بالرغم من اللبس الذي يسود الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد والجهل بالسبب الرئيسي له، إلا أنه يمكننا القول بان اضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل التي تختلف في شدتها وفي نسبتها وحتى في السن الذي تظهر فيه وهذا من طفل إلى آخر.

8. خصائص الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد

هناك صفات كثيرة للطفل التوحدي، والتي تتمايز من حيث شدتها وديمومتها والعمر الذي تظهر فيه. ونذكر هنا اهم الميزات التي اتفق فيها الباحثون:

▪ الخصائص الاجتماعية للأطفال التوحديين:

تتضمن الخصائص الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتوحد جوانب عجز عديدة، منها عجز في التجاوب الاجتماعي، حيث أن طفل التوحد لا يتفاعل مع أية مسعى لإبداء العطا أو الحب، ويشتكي الوالدين بشكل كبير من عدم مبالاة الطفل لمحاولات تدليعه أو ضمه أو مداعبته وتقبيله، ولا يلتفت لوجود الآخرين معه، بالإضافة إلى عجز في اللعب التخيلي، حيث يحتاج طفل التوحد في السنوات الأولى العديد من أشكال اللعب الاستطلاعي، فهو يلهو بالأشياء بطريقة غير مقصودة، وبنوع ضئيل من الإبداعية والخيال. (علي، 2014، ص13).

▪ الخصائص اللغوية للأطفال المصابين بمتلازمة التوحد:

يعاني أطفال التوحد من عجز في المهارات وتأخر في اكتساب اللغة والنطق، كما يقومون بتريديد الكلام وهي من أكثر أشكال اضطرابات اللغة لدى المصابين بمتلازمة التوحد، كما يتراءى للوالدين أن ابنهم يعاني من الصمم، في حين انه هو الذي لا يتجاوب حتى وان كانت الأصوات مرتفعة، في حين يثير اهتمامه حفيف الرياح، صوت الأوراق. (عبد الرحمان، 2000، ص58).

▪ الخصائص المعرفية والعقلية:

من الصفات المعرفية لطفل التوحد أنه يُعاني من مشاكل واضحة في التفكير والانتباه والإدراك، فقدراته يغلب عليها نوع من العجز، ويلاقي صعوبات معرفية في بالفهم وإدراك أبعاد المواقف، وفي استيعاب المنبهات والرد عليها، كما لديه القدرة في تفكر الأشياء دون أي تغيير في ترتيبها. (سونيا، 2017، ص29).

▪ الخصائص السلوكية:

- ✓ قصور شديد في التواصل مع الآخرين، بعضهم لا يستطيع إكمال حديثه على الإطلاق.
- ✓ حزن شديد لا يمكن معرفة سببه ويمكن أن يكون لتغيرات بسيطة في البيئة.
- يرافق اضطراب التوحد أحيانا مهارات عادية أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات أو الموسيقي أو الذاكرة.
- ✓ الاستخدام غيل المناسب للعب وبشكل متكرر، عنيد ومعتاد.
- ✓ حركات جسمية عجيبة مثل الهز المستمر للجسم، الرفرفة بالذراعين، النقر بالأصابع.
- ✓ استجابات وردود أفعال لا تتماشى والمثيرات الإدراكية حيث يبدوا الطفل وكأنه لا يسمع.
- ✓ تمتع البعض منهم بقدرات جيدة وربما تكون فائقة.
- ✓ كثرة النشاط والحركة للبعض وتميز البعض الآخر بالكسل والخمول.

✓ اتصاف البعض بسلوك إيذاء الذات والذي يمكن أن تصل حدته إلى 10%.
(محمود، 2015، ص25).

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن هذه الخصائص قد تكون مجتمعة لدى طفل التوحد، أو بعض منها، لذا فإن الأخصائي يجب أن يراعي هذه الخصائص ويدرسها بعناية حتى يتسنى له التواصل الفعال سواء أكان لفظياً أو غير لفظي.

9. تأثير طفل التوحد على الصحة النفسية للأم والأسرة :

تعتبر لحظة تشخيص الطفل بمتلازمة التوحد في الأسرة فاصل لمرحلة مهمة في حياة هذه الأسرة وأفرادها، لأنه يترتب عنها تغيير جذري في مسار حياتها من كامل جوانبها. ونذكر منها:

- ✓ ردود فعل بيولوجية تتجلى في الحماية المفرطة للطفل أو الإنكار والرفض التام له.
- ✓ ردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة (تكرار أو إعادة الإنجاب أو في التربية والتنشئة).
- ✓ الإحساس بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب.
- ✓ الشعور بالذنب والاكئاب ولوم الذات.
- ✓ اختلال عام في الصحة النفسية، إسقاط المشاعر على الآخرين من أخصائيين، أطباء وأقارب.
- ✓ الشعور بالحرج من المجتمع حيث يتبادر إلى ذهنهم بأن المجتمع أو أفراد المجتمع سينظرون لهم نظرات خاصة. (سونيا، 2017، ص32).

10. التأثير الاجتماعي لطفل التوحد على الأم والأسرة:

- ✓ يأخذ الطفل التوحدي في الأسرة حيزاً أكبر من الاهتمام والرعاية على حساب باقي أفراد الأسرة، ويرجع هذا إلى المتطلبات الفائضة للاعتناء بطفل التوحد.
- ✓ يؤثر بشكل واضح وكبير على العلاقات والروابط الأسرية الخارجية مع الأسر الأخرى بسبب الانشغال الدائم والمستمر بالطفل، علاوة على أن الصفات السلوكية لطفل التوحد تمثل مصدر ضغط نفسي للأسرة (كالإحساس بالخجل من سلوك الطفل خاصة في المناسبات الاجتماعية وفي الأماكن العامة). (سونيا، 2017، ص32).

11. التأثير الاقتصادي لطفل التوحد على الأم والأسرة:

يتطلب وجود طفل التوحد من الأسرة:

- ✓ توفير العديد من المواد والوسائل الإضافية الخاصة التي قد تتطلب تكاليف مادية عالية.
- ✓ حاجة الطفل إلى العناية الخاصة والمستمرة يجعل بعض الأسر تلجأ إلى إحضار مربية لطفل التوحد في بعض المجتمعات.
- ✓ الزيارات المتكررة للأطباء والأخصائيين، ووجود الطفل في مركز متخصص بالتوحد يتطلب تكلفة مادية عالية وغير متوقعة ودائمة.
- ✓ أعباء الطفل التوحدي تستمر طوال حياة الطفل، فهم بحاجة دائمة إلى رعاية وحضانة وتدريب.
- ✓ ضرورة قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل، يساهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل. (سونيا، 2017، ص33).

خلاصة الفصل:

مما سبق يتضح لنا أن التوحد نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض، ويسبب عجزا وتأخرا في النمو وقد تأتي أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

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

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

1. حدود الدراسة:

يقع البحث علميا وتطبيقيا ضمن المحددات التالية:

✓ الحدود المكانية:

تمت الدراسة الاستطلاعية في عيادة المجيد لتحديد الحالات المراد دراستها وهي عيادة مختصة في علاج النطق والكلام. تقع العيادة في 124 شارع سيدي الشحمي وتم افتتاحها في شهر افريل 2006، تفتح أبوابها لأطفال مرضى التوحد طيلة أيام الأسبوع ماعدا يوم الجمعة.

يتكون طاقم العيادة من المديرية -تخصص علم النفس والأرطفونيا مع أخصائيات نفسانيات ومعالجات مع مربيات إضافة إلى موظفة استقبال ومنظفة.

تسعى العيادة إلى إنقاذ الطفل التوحدي بتحسين قدراته المعرفية واللغوية وإكسابه مهارات اجتماعية، علاوة على الاهتمام بأمهات أطفال التوحد اللواتي يعانين بصمت، معتمدة برنامج علاجي مستمدا من (PECS، TEACCH، ABA).

✓ الحدود الزمانية:

كان من المقرر أن يستمر التبرص إلى شهر واحد بأقل تقدير إلا انه لم يدم إلا ليومين، الأول قمنا فيه بالدراسة الاستطلاعية للمكان واليوم التالي تحديد أفراد الدراسة وهذا نظرا للظروف الصحية التي تعيشها البلاد على غرار كل بلدان العالم بسبب انتشار وباء كورونا COVID-19 أين تقرر بسببها إلغاء التبرص.

2. عينة الدراسة:

قمنا باختيار عينة الدراسة بطريقة غرضية وبسيطة عشوائية.

تكونت عينة الدراسة من (08) حالات من أمهات لأطفال مصابين بالتوحد حيث قمنا بتحديد حصص معهم إلا انه لم يتم إتمامها للظروف المذكورة سابقا.

3. الأدوات المستخدمة في الدراسة:

من أهم وسائل الحصول على المعلومات من الحالة المراد دراستها:

✓ **المقابلة:** وتعتبر أداة بارزة من أدوات البحث العلمي الإكلينيكي وفي غيره من العلوم وتبرز أهميتها في هذا المجال لأنها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجال التشخيص والعلاج وعليه فإن العلماء يميزون بين نوعين من المقابلة تلك التي تجرى بهدف التشخيص وتقييم وتلك التي تستخدم في مجال الخدمات العلاجية والإرشادية.

فالمقابلة سواء كان الهدف منها التشخيص أو العلاج فهي وسيلة فعالة تفتح الاتصال مباشرة مع المفحوص، وتتعدد أنواع المقابلات إلى موجهة، نصف موجهة وغير موجهة.

✓ **الملاحظة:**

تستعمل الملاحظة في المواقف الطبيعية الغير منظمة في شكل نشاطات وألعاب لأن هدفها تقييمي وجمع أكبر كم ممكن من المعلومات عن الخصائص السلوكية للمفحوص ولتكون النتائج أكثر موضوعية، والملاحظة نوعان مباشرة وغير مباشرة، وقد قررنا في دراستنا اعتماد الملاحظة المباشرة لأنها وسيلة تقي بغرض البحث.

✓ **اختبار القلق**

تعريف اختبار القلق:

مستقى من اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون من (50) عبارة تقيس القلق الصريح.

ويصلح للاستعمال في جميع الأعمار، فهو يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يقاسيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة.

طريقة تصحيح الاختبار:

- تعطي درجة واحدة عن إجابة "نعم".

- تدرس درجة أو مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص من الجدول رقم (1).

كيفية تفسير النتائج:

الجدول رقم (1) يبين مستويات القلق التي ضوئها يمكن معرفة مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص بشكل واضح.

الجدول رقم (1): درجات مستويات القلق.

الفئة	الدرجة من - الى	مستوى القلق
ا	16-0	خال من القلق
ب	20-17	قلق بسيط
ج	26-21	قلق نوعا ما
د	29-27	قلق شديد
هـ	50-30	قلق شديد جدا

وفيم يأتي ندرج اهم المعلومات التي كان مقرر جمعها والتساؤلات التي كان منتظر إيجاد أجوبة لها بهدف الإجابة على سؤال الدراسة:

رقم الحالة:

المجال الزمني والمكاني لمقابلة:

عمر الأم:

عمر الأب:

عدد الأولاد:

عدد الأولاد المصابين بالتوحد:

هل توجد إعاقة أخرى في الأسرة:

هل الزواج هو زواج أقارب:

الطفل التوحيدي: عمره:

جنسه:

متى تم اكتشاف إصابته بالتوحد:

❖ الحالة التعليمية:

الجدول رقم (2): الحالة التعليمية لأولياء أطفال التوحد.

الأم	الأب	
		أمي
		يقرأ ويكتب
		تعليم أساسي

		تعليم متوسط
		تعليم جامعي
		دراسات عليا

❖ الدخل الأسري:

الجدول رقم (3): الدخل الأسري لأولياء أطفال التوحد.

الأم	الأب	عامل(ة)	
		الدخل الشهري	ضعيف متوسط جيد

❖ المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد:

الجدول رقم (4): المشاكل التي تواجهها أسر أطفال التوحد.

لا	أحيانا	نعم	العبرة
			1. سمعت باضطراب التوحد بعد إصابة طفلي به.
			2. توجد توعية للناس بمرض التوحد.
			3. يوجد علاج لهذا المرض.
			4. يجد صعوبة في الاختلاط والتواصل مع الآخرين ويؤثر الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
			5. اشعر بحرج أمام الآخرين في وجود طفلي التوحد وأفضل الابتعاد عنهم.
			6. اشعر بخجل من وجود طفل توحد في أسرتي.
			7. اشعر بالقلق والخوف على حياة ومستقبل طفلي.
			8. اشعر بالسخرية أثناء تعامل البعض معا.
			9. اشعر بالحزن منذ مجيء طفلنا التوحد.
			10. أفضل عدم خروج طفلي في كثير من المناسبات.
			11. أجد صعوبة في التعامل مع طفلي المصاب بالتوحد.

			12. ضعفت علاقتنا بالأهل والأصدقاء بعد مجيء طفلنا التوحيدي.
			13. واجهت مشكلات مع زوجي بسبب إصابة طفلنا بالتوحد.
			14. دخلنا في مشكلات أسرية نتيجة لوجود طفلنا التوحيدي.
			15. توجد مشكلات بين الأبناء بعد مجيء طفلنا التوحيدي.
			16. نجد صعوبة في تعليم طفلنا التوحيدي.
			17. نواجه صعوبات في رعاية طفلنا طبيًا.
			18. أرى عدم تقدير المحيطين بنا لظروفنا الصعبة.
			19. الدخل لا يكفي بعد مجيء طفلنا التوحيدي.
			20. لا نستطيع توفيق الأدوية لارتفاع أسعارها.

مقياس تايلور للقلق الصريح

الجدول رقم (5): مقياس تايلور للقلق الصريح.

ضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم/ لا).

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع.		
2	مررت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.		
3	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي.		
4	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.		
5	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي.		
6	لدي متاعب أحياناً في معدتي.		
7	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.		
8	أعاني أحياناً من نوبات إسهال.		
9	تثير قلقي أمور العمل والعمال.		

		10	تصيني نوبات من الغثيان (غمامات النفس).
		11	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً.
		12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً.
		13	أثق في نفسي كثيراً.
		14	أتعب بسرعة.
		15	يجعلني الانتظار عصبياً.
		16	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.
		17	عادةً ما أكون هادئاً.
		18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي.
		19	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت.
		20	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.
		21	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً.
		22	لا أتهيب الأزمات والشدائد.
		23	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرين.
		24	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما.
		25	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.
		26	أشعر أحياناً أنني أتمزق.
		27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.
		28	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.
		29	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ.
		30	إنني حساس بدرجة غير عادية.
		31	إنني حساس بدرجة غير عادية.

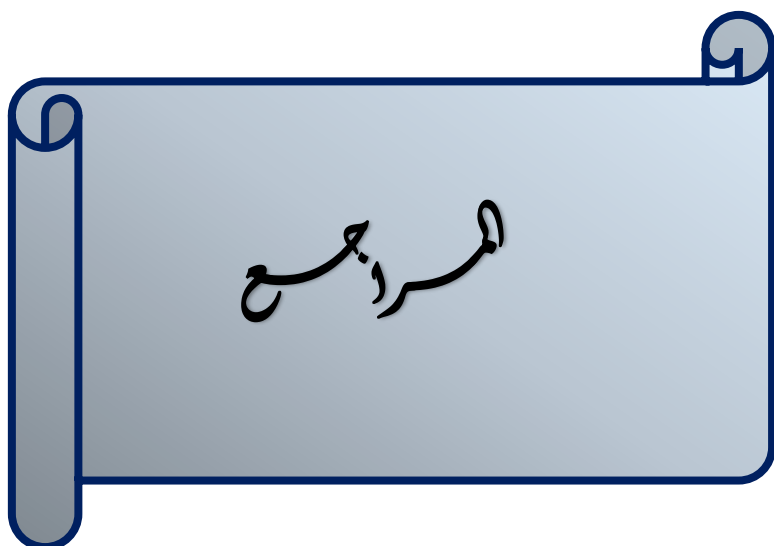
		لا أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي.	33
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً.	34
		كثيراً ما أصاب بصداع.	35
		لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		لا أرتبك بسهولة.	38
		اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة.	39
		أنا شخص متوتر جداً.	40
		أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً.	41
		يحمّر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	42
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	44
		أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما.	45
		يდაي وقدماي باردتان في العادة.	46
		أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.	47
		لا تتقضي الثقة بالنفس.	48
		أصاب أحياناً بالإمساك.	49
		لا يحمّر وجهي أبداً من الخجل.	50



خاتمة:

إن ولادة طفل مصاب بالتوحد ليس أمراً سهلاً بل في غاية التعقيد بالنسبة للام، وجرينا في هذه الدراسة الوقوف على القلق الذي تعانیه هاته الأم، والتي كانت تمنى نفسها بولادة طفل سليماً ترى فيه تجسيد أحلام لم تستطع تحقيقها، إلا أنها تتفاجأ بوضع طفل مصاب بالتوحد، وهو ما يسبب لها الخيبة وقلق نفسي حول حاضره ومستقبله.

تطرقنا في هذه الدراسة إلى موضوع " القلق لدى أمهات أطفال التوحد"، وبالاعتماد على الجانب النظري، وعلى ما توافر لدينا من دراسات سابقة، نستطيع القول بان فرضياتنا الثلاث محققة. وننأسف جداً للظروف التي منعتنا من إتمام الدراسة والغوص في أغوار الحالات فقد كان حقاً موضوعاً مثيراً للاهتمام يحتم علينا المطالبة بإعادة طرحه على طلاب السنوات المقبلة ذلك لان الأم وباعتبارها المدرسة الأولى وجب إعطاؤها الأولوية في الاهتمام فما بالك بهذه الشريحة من المجتمع التي تستدعي منا الدعم المعنوي قبل الدعم المادي.



مراجع باللغة العربية:

مذكرات تخرج:

1. إحسان، براجل، (2017)، علاقة مصدر الضبط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد_ دراسة ميدانية بمراكز وجمعيات التوحد في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث (LMD)، جامعة محمد خيضر_بسكرة، الجزائر.
2. إيمان، جمال سالم، (2015)، فاعلية برنامج تحسين السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد، رسالة لنيل شهادة ماجستير، فلسطين.
3. توفيق، شناني، (2018)، المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد_ دراسة عيادية لثلاثة حالات، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، المركز الجامعي_بلحاج بوشعيب_عين تموشنت، الجزائر.
4. دعاء، جهاد شلهوب، (2016)، قلق المستقبل وعلاقته بالصلاية النفسية (دراسة ميدانية لدى عينة من الشباب في مراكز الإيواء المؤقت في مدينتي دمشق والسويداء)، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، جامعة دمشق.
5. ريماء، مالك فاضل، (2015)، فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير، جامعة دمشق.
6. سعاد، بلجيلالي، (2017)، التواصل اللغوي الإعلامي عند الأطفال المصابين بمرض التوحد قناة طيور الجنة نموذجا، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم. الجزائر.
7. السعيد، ثامري، (2019)، أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد_ دراسة ميدانية بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة محمد بوضياف - المسيلة، الجزائر.

8. سميرة، دعو، نورة، شنوفي، (2013)، الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي دراسة عيادية لخمس حالات، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أكلي محند أولحاج، الجزائر.
9. سونيا، يوسف العاودة، (2017)، فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة التوحد في محافظة الخليل، رسالة ماجستير، جامعة الخليل، فلسطين.
10. عايده، احمد سليم البطينجي، (2015)، فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة، رسالة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس من كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
11. عبد المالك، كزيز، إسلام، غناي، (2015)، تأثير القلق الميسر والمعوق على أداء اللاعبين خلال المنافسة الرياضية لفئة الأشبال، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر، جامعة آكلي العربي بن مهدي_ام البواقي_، الجزائر.
12. عبير، عرفة، عبد العزيز، محمد الديب، (2016)، الضغوط النفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما في دولة الامارات العربية المتحدة، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير، جامعة الامارات العربية المتحدة.
13. علي، حسام محمد احمد، (2014)، فاعلية برنامج معرفي الكرتوني قائم على توظيف الانتباه الانتقائي في تحسين استجابات التواصل لدى أطفال التوحد، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير، جامعة جنوب الوادي.
14. فاطمة، الزهراء، حلاس، هالة، فايدي، سهام، شريط، (2017)، القلق لدى المراهقات المسعفات دراسة ميدانية لثلاث حالات بهيلوبوليس_قائمة، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، جامعة 8 ماي 1945 قائمة، الجزائر.

15. فوزية، قالي، (2015)، تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحدي بتطبيق مقياس ST-CARS 2- المعياري دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا - بولاية أم البواقي- جامعة ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في الارطفونيا العامة، الجزائر.
16. كوثر، حادي، (2018)، الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المتوحدين دراسة ميدانية لخمسة حالات بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتوحدين لولاية النعامة ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، الجزائر.
17. لمياء، عبد الحميد بيومي، (2008)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحدين، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه، جامعة قناة السويس، مصر.
18. مريم، طاوسي، (2019)، قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد دراسة ميدانية بمدينة ورقلة ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقل، الجزائر.
19. ميرفت، مشهور، (2016)، فاعلية برنامج تدريبي مقترح قائم على أنشطة اللعب الجماعي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي التوحد في إمارة أبو ظبي دولة الإمارات العربية- المتحدة (دراسة حالة) ، رسالة ماجستير، جامعة الإمارات العربية المتحدة، أبو ظبي، الامارات.
20. نسرين، نبيه ملحم، (2014)، فاعلية برنامج تدريبي قائم علي تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد دراسة تجريبية لدي عينة من أمهات أطفال الوحد في مدينة دمشق _رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، سوريا.
21. هاجر، بن عمار، (2013)، دور تكنولوجيا الإعلام والاتصال الحديثة في حل الأزمات الاجتماعية عند الطفل المتوحد-دراسة ميدانية بمراكز متخصصة للأطفال غير المتكفين ذهنيا في ولاية معسكر - ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة مستغانم، الجزائر.

22. ياسين، بوسعدية، عماد، بن نوي، (2019)، الضغط النفسي لدى عينة من أمهات الأطفال المتوحدين "دراسة ميدانية لخمس حالات في مركز التكفل بالأطفال المتوحدين بالبويرة"، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماستر، جامعة آكلي محند أولحاج_البويرة_، الجزائر.
23. الينا، حنين عمر حسن، (2017)، درجة توفر المؤشرات ذات الصلة باضطراب طيف التوحد لدى طلبة رياض الأطفال في محافظة نابلس، أطروحة مقدمة للنيل درجة الماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

مجلات:

1. دانيا، الشبؤون، (2011)، القلق وعلاقته بالاكئاب عند المراهقين "دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية"، مجلة جامعة دمشق- المجلد - 27 العدد الثالث + الرابع.
2. سها، علي حسين الخفاجي، (2012)، أثر برنامج حركي مقترح لاطفاء بعض السلوكيات الروتينية للأطفال المصابين بالتوحد، مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية ، 151 المجلد(12) .
3. عبد الناصر، القراله، صهيب، التخايه، أنس، الضلاعين، (2018)، فعالية برنامج إرشاد أسري في تنمية إدارة الذات وتقديرها، لدى أمهات الأطفال التوحدين في محافظة الكرك، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، المجلد 32.
4. عياد، سعيد امطير، نجاه، احمد الزليطني، (2015)، الضغوط النفسية عند أمهات أطفال التوحد، المجلة الجامعة، العدد السابع عشر، المجلد الثالث.
5. فتحية، باحشوان، سلوى، بارشيد، (2017)، المشكلات والاحتياجات التي تواجه أسر أطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها (دراسة على عينة م الأسر في مدينة المللا)، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية- العدد (15)، المجلد 16 ، ص373-419، ISSN : 2410-1818

6. كريمة، نايت عبد السلام، (2018)، دراسة الغضب والقلق واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفس ي المركزة حول الانفعال كعوامل استهدافية للإصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي- دراسة ميدانية مقارنة بين المرض ي وغير المرضى-، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية المجلد 9 العدد 2 خاص (الجزء الأول) .
7. محسن، محمود احمد الكيكي، (2011)، المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 1.
8. هبة، مؤيد محمد، (دس)، قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان السادس والعشرون والسابع والعشرون.
- كتب:**
1. جيهان، أحمد مصطفى، (2015)، التوحد، كتاب اليوم السلسلة الطبية، منتديات مجلة الابتسامة، العدد 280 .
2. سوسن، شاكرا الجليبي، (2015)، التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)، دار مؤسسة رسلان للطباعة والنشر، دمشق، سوريا. ISBN : 978-9933-22-067-9
3. سوسن، مجيد، (2010)، التوحد أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، (ط2)، عمان : دار ديبونو للنشر والتوزيع.
4. عبد الرحمان، سيد سليمان، (2000)، محاولة لفهم الذاتوية، ط1، القاهرة_مصر: مكتبة زهراء الشرق، 9-053-314-977 : ISBN .
5. محمود، الفرحاتى السيد، مرفت، العدروس أبو العينين، نعيمه، محمد المقدامي، (2015)، اضطراب التوحد "دليل المعلم والاسرة فى التشخيص والتدخل".
6. وفاء، علي الشامي، (2004)، خفايا التوحد: أشكاله، أسبابه وتشخيصه، (ط1)، مكتبة الملك فهد أثناء النشر.

تقارير:

1. منظمة الصحة العالمية، (2005)، تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم البيانات المستجدة الممارسة، التقرير المختصر: تقرير منظمة الصحة العالمية قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد بالتعاون مع جامعة ملبورن ومؤسسة فيكتوريا لتعزيز الصحة، المكتب الإقليمي لشرق الأوسط، القاهرة.

2. وفاء، كريم، (2017)، اضطراب التوحد " التشخيص - العلاج، الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة، عدد خاص بأبحاث ندوة اضطراب التوحد التشخيص والعلاج، المجلد الحادي عشر، ISSN 1998- 6424.

ملتقيات:

محمد، الجابري، (2014)، التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة، ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

معاجم:

المعجم الوسيط، (2004)، ط4. مكتبة الشروق الدولية.

مراجع باللغة الفرنسية:

1. Ekas, N, (2009), **Adaptation to stress Among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: The Role of positive Affect and personality**, Dissertation in Psychology, the University of Notre Dame.
2. Hart, A, (2004), **Origin of Stress, Depression & Anxiety in parents of Autistic Children & the Impact on the Family: A Quantitative and Qualitative Study (Doctoral dissertation)**, University of Wollongong).
3. Piovesan, Josieli; Scortegagna, Silvana Alba; Marchi, Ana Carolina Bertoletti De,(2015), **Quality of life and depressive symptomatology in mothers of individuals with autism**, Psico USF; 20(3): 505-515.
4. Heather ,R.,(2008), **THE RELATIONSHIPS AMONG ADAPTIVE BEHAVIORS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER, THEIR FAMILY SUPPORT NETWORKS, PARENTAL STRESS, AND PARENTAL COPING**, In Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy From The University of Tennessee.