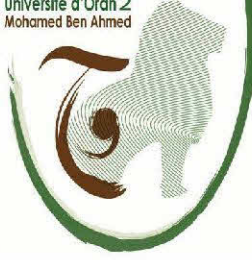


جامعة وهران 2

محمد بن أحمد
Université d'Oran 2
Mohamed Ben Ahmed



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 - محمد بن أحمد -

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة وهران 2

محمد بن أحمد
Université d'Oran 2
Mohamed Ben Ahmed



قسم: علوم التربية

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

تخصص: تربية خاصة

بعنوان:

المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد

(دراسة ميدانية لثلاث حالات بمركز التكفل بالأطفال المتوحدين بوهران)

إشراف الأستاذة:

د. جفال مريم

إعداد الطالبة:

لغويطر فريال فريال

أمام لجنة المناقشة:

رئيسة	جامعة وهران 2	أستاذة	أ. شارف جميلة
مشرفة ومقررة	جامعة وهران 2	أستاذة	أ. جفال مريم
مناقشة	جامعة وهران 2	أستاذة	أ. غيات حياة

السنة الجامعية: 2023/2022

دعاء

يا ربي إن أعطيتني نجاة فلا تأخذ اعتزازي بكرامتي وإذا أسأت

للناس فامنحني شجاعة الاعتذار

وإذا أساء الناس فامنحني شجاعة العفو

" آمين يا رب العالمين "

إِهْدَاء



أهدي ثمرة عملي هذا إلى من قال فيهما الله عزوجل:

الإسراء الآية 24 "وَإَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

إلى الذي أحمل اسمه بكل فخر إلى سندي وملاذي

إلى الذي رافقني بالحب والرعاية والدعاء

أبي الغالي أطال الله عمره

إلى التي لا يطيب النهار إلا برؤيتها ولا تحلو الأيام إلا بوجودها

إلى التي حملتني وهنا على وهن أُمِّي الحبيبة أطال الله عمرها

إلى من كانوا معي وساندوني إخوتي بختة، رمضان، سيد أحمد

إلى من ساعدتني وساندتني وكانت بجانبني رفيقة دربي خديجة

إلى من تقاسمت معهم شقاء هذا العمل صديقاتي سارة، شيماء، رميساء، مروى

إلى خالتي العزيزة خليدة

إلى كل أساتذتي طيلة مشواري الدراسي

فريال



شُكْرُهُ وَعِرْفَانُهُ



الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله صلى الله عليه وسلم

. الشكر الأول والأخير لله سبحانه وتعالى الذي أعانني ووهبني القدرة على إنجاز هذا العمل المتواضع

لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة وتوجيهاتها التي " والشكر والتقدير لأستاذتي المشرفة " جفال مريم

لم تبخل علي بها وصبرها وحرصها على متابعتي في المذكرة وأتوجه بالشكر لكل أساتذة شعبة التربية

الخاصة على مجهوداتهم القيمة

كما أتوجه بالشكر أيضا إلى أمهات أطفال طيف التوحد اللواتي أتحن لي الفرصة لإجراء المقابلة وتطبيق

. المقياس ولم يبخلن علي وكن متعاونات

إلى أسرتي الكريمة وكل من مد لي يد العون لإنجاز هذا البحث العلمي

وآخر دعائي الحمد لله رب العالمين



فهرس المحتويات

دعاء

إهداء

شكر وعرقان

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

01 مقدمة

..... الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

04 الإشكالية

04 فرضيات الدراسة

04 أسباب اختيار الموضوع

07 أهمية الدراسة

07 أهداف الدراسة

08 التعاريف الإجرائية

09 الدراسات السابقة

14 التعقيب على الدراسات السابقة

الجانب النظري

..... الفصل الأول: التوحد

17 تمهيد

17 تعريف التوحد

19 إحصائيات حول نسبة انتشار التوحد

20 نظريات المفسرة للتوحد

24 أسباب اضطراب التوحد

28	أشكال اضطراب التوحد
29	مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد
30	أعراض التوحد
31	خصائص التوحد
34	أنواع التوحد
35	تشخيص التوحد
40	صعوبات التشخيص
41	علاج اضطراب التوحد
45	أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد
48	رعاية الطفل التوحدي
52	خلاصة

الفصل الثاني المعاش النفسي

54	تمهيد
54	مفهوم المعاش النفسي
54	محددات المعاش النفسي
55	أنواع المعاش النفسي
55	تعريف ببعض عناصر السلبية
55	أولا القلق
55	تعريف القلق
57	أنواع القلق
58	أعراض القلق
59	أسباب القلق
60	النظريات المفسرة للقلق
61	تشخيص القلق

62	علاج القلق
65	ثانيا الاكتئاب
65	لمحة تاريخية عن الاكتئاب
66	تعريف الاكتئاب
68	تصنيفات الاكتئاب النفسي
72	أعراض الاكتئاب
74	أسباب الاكتئاب
75	ثالثا الوحدة النفسية
75	تعريف الوحدة النفسية
75	أسباب الوحدة النفسية
76	أنواع الوحدة النفسية

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

79	تمهيد
79	دراسة الاستكشافية
80	الدراسة الأساسية
80	منهج البحث
80	تعريف دراسة حالة
81	شروط انتقاء مجموعة البحث
81	مجموعة البحث و خصائصها
82	مكان و زمان إجراء البحث
82	خطوات إجراء البحث
83	الأدوات المعتمدة في البحث
88	خلاصة

الفصل الرابع: عرض الحالات و تحليلها

90	عرض و تحليل الحالة الأولى
92	عرض و تحليل الحالة الثانية
94	عرض و تحليل الحالة الثالثة
96	مناقشة نتائج الحالات
98	استنتاج عام
99	اقتراحات و توصيات
101	خاتمة
103	المراجع
	الملاحق
	الملخص

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
29	أشكال اضطراب التوحد	01
81	خصائص مجموعة البحث الأساسية	02
86	جمع الدرجات المقياس تايلور للقلق وتصنيفها	03
87	جمع الدرجات المقياس بيك للاكتئاب وتصنيفها	04
96	درجات القياس النفسي (مقياس تايلور للقلق، مقياس بيك للاكتئاب) لأفراد مجموعة البحث	05

مقدمة عامة

مقدمة عامة:

تعيش الإنسانية اليوم عصر كثرت فيه الصعاب والأزمات النفسية وأصبحت الضغوط النفسية السمة البارزة عند المجتمعات المعاصرة والتي لها الأثر البالغ على صحة الأفراد وتوافقهم النفسي والاجتماعي.

ومن بين هذه الأزمات النفسية نجد المعاش النفسي الذي يعتبر من أهم المصطلحات الواسعة والحديثة في مجال علم النفس التي تصف لنا الإحساس الباطني الخفي للفرد، فالمعاش النفسي يرتبط بالحالات النفسية التي تنتاب الشخص لمدة غير محددة ناتجة عن انفعالات وأحداث أو ظروف ضاغطة حادة يواجهها في حياته كالأمرض أو الاضطرابات المزمنة مؤثرة بذلك على علاقاته، طموحاته، انجازاته المستقبلية أو المحاضرة.

ومن بين هذه الاضطرابات اضطراب التوحد الذي يعد اضطراب عصبي نمائي يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر يتميز بقصور في النمو التفاعل الاجتماعي وعملية الاتصال اللفظي وغير اللفظي وتكرار الحركات عند الطفل، حيث أن الطفل المتوحد يواجه صعوبة التواصل والاستجابة مع أقرانه والمحيط الذي يعيش فيه ووالديه خاصة ويعود هذا بسبب حاجر العزلة المكون حول الطفل أو عدم فهم وترجمة سلوكاته التي يقوم بها ، وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها واهتمامها الزائد واضطرابها إلى التنازل عن أشياء من أجل تحصيل نوع من التوفيق الأسري.

رغم تطوير البرامج العلاجية للتوحد إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات الأطفال المتوحدين بشكل كافي مما عرضهن للكثير من المشكلات النفسية والعضوية، التي تسبب ارتفاع مستوى الضغط لديهم، هذا ما يجعل الأم تحت سلسلة من الضغوط النفسية تكون في الغالب مرتبطة باحتياجات الطفل وبالقلق على مستقبله مما يزيد حدة الضغط على الأم (منى حسن عبد الله فرح، 2009، بتصرف)

ونظرا لأهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد وتم تقسيم البحث إلى:

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة الذي يمثل مدخل الدراسة و هو بمثابة تقديم البحث تم فيه عرض الإشكالية الفرضيات أسباب الدراسة أهمية الدراسة أهداف الدراسة ثم تحديد المفاهيم و ينقسم البحث إلى جانب نظري ويشمل على:

الفصل الاول: التوحد مفهوم التوحد إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد النظريات المفسرة أسباب وأشكال وأعراض و خصائص وأنواع التوحد بإضافة إلى تشخيص وصعوبات التشخيص للتوحد وعلاج اضطراب التوحد وأهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد

الفصل الثاني المعاش النفسي مفهوم المعاش النفسي محددات و أنواع المعاش النفسي وتعريف ببعض عناصر المعاش السلبية و هي القلق والاكتئاب والوحدة النفسية أما في الجاني التطبيقي يتضمن قسمين و هما:

الفصل الثالث: يمثل منهجية البحث و فيه الإجراءات المنهجية و الخطوات التي اتبعناها في الجانب الميداني والذي يتضمن الدراسة الاستكشافية و منهج البحث و مجموعة البحث وخصائصها مكان وزمان إجراء البحث أخيرا الأدوات المستخدمة في البحث

الفصل الرابع: خصص لعرض و تحليل و مناقشة النتائج حيث يضم الاستنتاج العام المتعلق بالنتائج المتحصل عليها من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضيات وتقديم بعض التوصيات و الاقتراحات.

أخيرا تم وضع خاتمة البحث قائمة المراجع و الملاحق

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

- الإشكالية
- فرضيات الدراسة
- أسباب اختيار الموضوع
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- التعاريف الإجرائية
- الدراسات السابقة
- التعقيب على الدراسات السابقة

1/ الإشكالية :

الأمومة هي أعظم رسالة على مر العصور ، رسالة تحمل في طياتها أسمى المعاني الحب رسالة ينتج عنها ثبات و تأسيس مجتمع و أوطان ، فأقل ما يقال عنها أنها نفحة من نفحات الجنة ، و نعمة من نعم الرحمن ، حيث حادني حديث الرسول صلى الله عليه و سلم عندما جاء له رجلا و قال : من أحق الناس بحسن صحابتي ؟ قال : أمك قال ثم من ؟ قال: أمك ، قال : ثم من ؟ قال : أمك ، قال ثم من ؟ قال : أبوك فإن حديث رسول الله صلى الله عليه و سلم دلالة واضحة و قوية على فضل الأم و أنها رمز التضحية و العطاء والبر .

فالأم من نبع الحنان وهي الصدر الدافع و وضع الله سبحانه وتعالى الجنة تحت أقدام الأمهات لأن الأم تتعب كثيرا أثناء حملها لكي تحتضن جنينها .

حيث تعتبر مرحلة الأمومة جد مهمة في حياة الأم هنا يحدث لها من تغيرات جسدية و نفسية خاصة أثناء فترة الحمل ، لأن هنا تبدأ علاقة الأم بطفلها حيث تنشأ رابطة قوية بدعما الحنان و الحب و عدة تصورات حول طفلها من حيث شكله و صحته و كل شيء يتعلق به ، فكل أم ترغب في أن يكون طفلها ذكيا و جميلا و يتمتع بصحة جيدة ، فإذا أنجب الأم طفلا غير عادي يعاني من مشكلات أو اضطرابات أو إعاقات كالإعاقة الذهنية أو الحسية و الحركية فإن ذلك يؤثر على الصحة النفسية للأم ، حيث نجدها تلقي اللوم على نفسها فليس من السهل عليها تقبل فكرة أن ابنها يعاني من تشوهات أو إعاقات .

ومن بين هذه الإعاقات نجد اضطراب التوحد و هو من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تؤثر على التواصل اللفظي و غير اللفظي ، وعلى التفاعل الاجتماعي، وكذلك يعد إعاقه نسائية ناتجة عن خلل أو تشوه أو انحراف في مسار و مظاهر النمو النفسي المختلفة ، حيث أول سن قدم وصف للتوحد الطبيب النفسي بلوير (Bleutu) وذلك حديثة عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصامين وشبهه بما وصفه فرويد (Froud) بالإثارة الذاتية (Outo-eroticism) والانسحاب من الواقع و اللعب بأجزاء الأشياء و التكيف المحكوم بالمشاعر و هي من الصفات الرئيسية للتوحد (الشيخ ذيب، 2005، ص02) .

وتشير الإحصائيات العالمية إلى ظهور (4، 5) حالات توحد من كل (10) آلاف مولود و قد ترتفع إلى توحد لكل 100 مولود حسب التوسع في الصفات أثناء التشخيص ويظهر في كل الأطفال بغض النظر عن الجنس و اللون و المستوى الاجتماعي والتعليمي والثقافي للأسرة ، و يظهر في الإناث أُل من الذكور بنسبة 4/1 .

أما في الجزائر فهناك أكثر من 80.000 طفل مصاب بالتوحد حسب البحث الذي قامت به الدكتورة أسماء صديق و هي طبيبة نفسية للأطفال بمستشفى الشارقة بالعاصمة الجزائر و تختلف حالات التوحد من طفل إلى آخر ، و وجدت أنه في كل 10.000 ولادة يوجد ما بين 2 إلى 5 حالات توحد ، و مقابل كل 4 إلى 5 حالات ذكور ، حيث يمس الذكور أكثر من الإناث .

وعلى هذا الأساس إن رعاية الطفل غير العادي تحتاج إلى اهتمام خاص ، يتناسب مع قدراته و حاجاته و لقد أكدت جميع العائلات التي تمت مقابلتها بهذا الشأن على أن للأم الدور الأساسي في رعاية الطفل غير العادي بالرغم من رفض نسبة من الأمهات العناية بمثل هؤلاء الأطفال (نصر الله ، 2008 ، ص 109) .

إن طفل المصاب باضطراب التوحد يتصف بالانعزال و الانغلاق على الذات وعدم التكيف مع متغيرات البيئة ، و هذا يؤثر على سلوك الأم و صحتها النفسية فقد تشعر بالقلق والاكتئاب نتيجة عدة قدرتها على التواصل و الارتباط بطفلها و تصرفاته الغريبة ، و التكرارية التي يصعب تحملها في بعض الأحيان .

كما ذكر في دراسة "مارسولي" 2006 حول التوحد و تأثيره على الأم فهذا المرض يؤثر على ردة فعل الأم نتيجة السلوكيات الاعتمادية الكبيرة للابن إذ نجد الطفل حسب هذه الدراسة لا ينظر إلى الأم و الغياب الكلي للتفاعل بينه و بينها ، فهذا الوضع يجعل الأم لا تحقق ما كانت تنتظره من الأمومة و يجعلها في حالة نفسية غير متوازنة (هشام ، 2009 ، ص 104) .

وكذلك توصلت نتائج دراسة سنجد و كاتلين (1989) على أن أمهات الأطفال المتوحدين يعانون من ضغوط نفسية كنتيجة للعديد من المثيرات و المصادر الناتجة عن

الطفل كالتعب و الإرهاق الناجم عن تلبية احتياجات الطفل المتوحد في تربية و عملية التنشئة الاجتماعية و إصرار الأسر للتفرع التام لرعاية الطفل .

وانطلاقا من هذه المعطيات و محاول من فهم سيرورة النفسية لأم طفل مصاب بالتوحد ، عليه يمكن طرح التساؤل الرئيسي :

❖ ما هو المعاش النفسي لأم طفل المصاب باضطراب التوحد ؟

و يتفرع من هذا السؤال تساولين :

- هل أم طفل المصاب بالتوحد تعاني من القلق ؟.
- هل أم طفل المصاب بالتوحد تعاني من الاكتئاب ؟

2/ فرضيات الدراسة :

- أم طفل المصاب بالتوحد تعاني من القلق .
- أم طفل المصاب بالتوحد تعاني من الاكتئاب .

3/ أسباب اختيار الموضوع :

- الميل الشخصي للبحث في حالات التوحد .
- اكتساب الخبرة في الدراسة الميدانية و محاولة الاحتكاك بهذه الفئة .
- قلة البحوث و الدراسات حول موضوع المعاش النفسي للأم طفل متوحد سواء على المستوى العربي أو في الجزائر .
- التقرب و الاحتكاك من هذا التفاعل الذي يحدث بين الأم و ابنها خاصة من الناحية النفسية و الاجتماعية .
- الرغبة في التعرف على شخصية أم الطفل المتوحد و معاناتها اليومية النفسية والاجتماعية .
- معرفة كيفية تقبل الأم لفكرة اضطراب ابنها ، و طريقة تجاوزها بمختصها وعادة استقرارها النفسي بعد صدمة .

4/ أهمية الدراسة :

1. تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على اضطراب التوحد من جهة وعلى أمهات أطفال التوحد من جهة .
2. تركز الدراسة على عينة مميزة ، و حساسة هي أمهات أطفال مصابون باضطراب التوحد ، منصبة على دراسة القلق و الاكتئاب الذي يعترضهن ،في ظل تواجد (اضطراب التوحد في الأسرة) .
3. لفت الانتباه إلى حجم معانات و قلق أمهات التي لديهن أطفال مصابون بالتوحد.
4. أهمية مراعاة الجانب النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد .
5. أهمية فئة من فئات المجتمع الممثلة في أطفال التوحديين و التي بلغت نسبة الإصابة في العديد من البلدان ما بين 1 إلى 25 طفل .
6. تكمن أهمية البحث عن أهمية الموضوع ألا و هو معاش النفسي لأم طفل المصاب بالتوحد حيث جل الدراسات توجهت إلى دراسة موضوع اضطراب التوحد دون التطرق إلى تأثير هذه الإعاقات على المعاش النفسي لأولياء هؤلاء الأطفال .

5/ أهداف الدراسة :

- التحقق من صحة الفرضيات و التمرس على بعض الأدوات البحثية في الميدان .
- الكشف على حالة المعاش النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد .
- التحقق من العلاقة التي توجد بين معاش أم الطفل المصاب بالتوحد و الاضطرابات العصبية التي قد تصيبها من قلق و اكتئاب .
- تحديد طبيعة العلاقة التي تتميز بها شخصية أم الطفل المتوحد و اضطراب التوحد في نفس الوقت .
- مساعدة أم الطفل المتوحد على التكيف مع اضطراب ابنها .

6/ التعاريف الإجرائية :

• المعاش :

هو مجموعة الأحداث المندمجة في سياق الوجود في شتى أبعادها من بعد انفعالي و بعد اجتماعي و بعد نفسي و يقصد أيضا بالمعاش تلك الشحنة العاطفية للتجربة المعاشة على المستوى الشخصي و العائلي و الاجتماعي .

• تعريف المعاش النفسي :

يعرف Suhleau على أنه الحياة الداخلية أو الاحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما ، و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته ، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة .

• تعريف الإجراء للمعاش النفسي :

المعاش النفسي هو الواقع النفسي أو مجموعة حالات نفسية تنتاب المصاب أو تعتريه لمدة غير محددة مؤثرة على مختلف علاقاته بذاته و بالأفراد المحيطين به ، و هذا الواقع النفسي ، أو الحالة النفسية تحمل مشاعر و مخلفات نفسية تتمثل في القلق والاكتئاب .

• أم الطفل المتوحد :

هي أم طفل مشخص بأنه مصاب باضطراب التوحد مسجل على مستوى مركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد .

• التوحد :

لغة : توحد ، يتوحد ، توحد بالشيء أي تفرد به .

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية و تعني العزلة و الانعزال .

اصطلاحا : التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو و عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى بين عمر الطفل و هي ناتجة في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ .

عرف فاروق صادق (2003) التوحد على أنه نوع من الاضطرابات في النمو والتطور يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر فيؤثر على مختلف جوانب النمو بالسالب و التي قد تظهر في النواحي الاجتماعية و التواصلية و العقلية و الانفعالية والعاطفية .

إجرائياً : هو اضطراب نمائى سلوكي يظهر بشكل متزامن من خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، يتميز بالعزلة و الانغلاق على الذات ، و يظهر لديه ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية مع الآخرين و حتى مع أقرب الناس و هم الوالدين بالإضافة إلى سلوكيات إبداء الذات و الآخرين و نوبات الغضب ، و يظهر هذا الاضطراب من خلال المعاينة التشخيصية و النفسية داخل المركز .

7/ الدراسات السابقة :

الدراسات السابقة هي ركن أساسي من أركان البحث العلمي ، و لن يكون البحث العلمي بحثنا كاملاً و ناجحاً من دون وجود الدراسات السابقة . و هو الأمر الذي دفعني لاختيار دراسة مرتبطة ارتباط وثيقاً بموضوع بحثي رغم قلتها خاصة على المستوى المحلي هذا من جهة ، بالإضافة إلى عدم توفري على دراسات مست في عنوانها نفس المتغير الذي اخترته من جهة أخرى ، و هذا في حدود بحثي و معرفتي العلمية زيادة على أنني حاولت قدر الإمكان أن أختار دراسات أقرب نوعاً ما إلى موضوعي و قد سلسلتها حسب تاريخ إجرائها الزمني من الأقدم إلى الأحدث و فصلتها إلى نوعين دراسات عربية و دراسات أجنبية من أجل أخذ فكرة أشمل و أوضح خاصة من ناحية البيئة الاجتماعية .

أ- دراسات جزائرية :

دراسة بن عمارة عائشة (2017) و التي هدفت إلى التعرف على المعاش النفسي لأم الطفل المصاب بالفط الحركي حيث بلغت عينة الدراسة (25) أما لأطفال مصابين بالتوحد تم اختيار منهم (5) أجريت عليهم دراسة عيادية و قد أسفرت نتائج الدراسة على وجود مرض الاكتئاب عند الأم و ذلك قبل ولادة الطفل المصاب بالفط الحركي و أن وجود مرض

الكآبة عند الأم لم يمنع الطفل من التحسين في حين أن انطواء الأم يحول دون تحسن الطفل .

ب- الدراسات العربية :

دراسة ملكوش و يحيى (1995) و التي هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية و الدعم الاجتماعي لدى آباء و أمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان ، حيث بلغت عينة الدراسة (166) أبا و أما لأطفال معاقين و قد وجدت الدراسة أن المشاكل الأساسية التي تواجه أسر الأفراد المعاقين هي مشاكل الأسر العادية نفسها ، إلا أن وجود طفل معاق في الأسرة يخلق مشاكل إضافية و علاقات أسرية أكثر تعقيدا ، و قد لوحظ أن إعاقة الطفل تؤثر على بيئة الأسرة بشكل كبير ، و لهذا التأثير ثلاثة مظاهر :

المظهر الأول : إثارة انفعالات قوية لدى كل من الوالدين

المظهر الثاني : العمل على تثبيط الصحة للوالدين بسبب الشعور بالفشل المشترك .

المظهر الثالث : خلق حاجة إلى إعادة تنظيم الأسرة ، خلق أرض خصبة للصراع وأظهرت الدراسة النتائج الآتية :

- معاناة آباء الأطفال و أمهاتهم من مستوى مرتفع من الضغوط ، و لم تختلف درجة الضغوط عند آباء الأطفال المعاقين عن درجة الضغوط عند أمهات هؤلاء الأطفال، و وجد أن هناك علاقة إيجابية بين الضغوط و درجة الدعم الاجتماعي .
- و أجرى معالي (2003) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر التحصين ضد التوتر و التدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية و تحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة .
- تألفت عينة الدراسة من (60) أما لديه أطفال معاقون ، و هن الأمهات اللواتي حصلن على أعلى الدرجات في اختبار الضغوطات النفسية ، و أقل الدرجات في اختبار التكيف ، و قد قسمت عينة الدراسة عشوائيا إلى ثلاث مجموعات هي :
 - مجموعتان تجريبيتان و الثالثة ضابطة ، و قد أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للضغوطات النفسية وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث كما بينت

نتائج اختبار شبيهه أن الفروق كانت بين المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت تدريباً على التحصين ضد التوتر و المجموعة الضابطة ، وأظهرت كذلك وجود فروق بين المجموعة الثانية و التي تلقت تدريباً على مهارات حل المشكلات و المجموعة الضابطة لمصالح المجموعة التجريبية .

و هدفت الدراسة التي أجراها البديرات (2006) إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد و علاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم و المستوى الاقتصادي و تألفت عينة الدراسة من 88 فرداً و شكلوا ما نسبته (82.8%) من عينة الدراسة المختارة من إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين تم اختيارهم بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات و قد استخدم فيها مقياس مطور من قبل الباحث يضم 44 فقرة موزعة على أربعة مجالات و قد توصلت الدراسة إلى وجود تباين في مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة و أخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير الجنس ، لصالح الإناث ، و متغير درجة التعليم ، لصالح المرحلة الأساسية ، و متغير الدخل الشهري ، لصالح الدخل الشهري المتدني .

فقد أجرى المطيري (2006) ، دراسة هدفت إلى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعددة من أبرزها المستوى التعليمي للأم و عمر الأم وعدد أفراد الأسرة ، ودخل الأسرة ، و تكون مجتمع الدراسة من أمهات تناولت مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية الملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة للقطاع الخاص و القطاع الحكومي، و البالغ عددهن 130 سيدة ، تتراوح أعمار أطفالهن التوحديين (6-14) سنة و تكونت عينة الدراسة من 95 سيدة، أي ما نسبته (76.9%) من مجموع أفراد مجتمع الدراسة ، تم اختيار العينة بالطريقة القصدية و قد استخدم الباحث مقياس هيلورد (Holoryd) وتوصلت الدراسة إلى أبرز مصادر الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين كانت العناية المؤسسية ، و التفكك العائلي والافتقار إلى المكافأة الشخصية ، و العناية خلال فترة الحياة ، أما بقية المصادر فإنها لم تشكل مصدر من مصادر الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين .

الحديدي (2007) دراسة هدفت إلى معرفة أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن ، وحاولت الدراسة التوصل إلى معرفة أثر إعاقة الطفل على أسرته ، و علاقته ببعض المتغيرات ، و لتحقيق ذلك تم إعداد صورة عريية من مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري ، و قد تم توزيع المقياس على آباء و أمهات (72) طفلا و طفلة تراوحت أعمارهم ما بين (3-8 سنوات) كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان عند إجراء الدراسة .

وبينت النتائج أن ما يزيد على 50% من الآباء و الأمهات أفادوا بأن إعاقة أطفالهم تترك تأثيرا كبيرا جدا على صعيد ثلاث عشرة فقرة من أصل (51) فقرة يتكون منها المقياس و بينت النتائج أيضا أن متغيري عمر الطفل و المستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن لهما أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء و الأمهات .

ج- الدراسات الأجنبية :

أشارت الدراسة التي أجرتها نورا (Nora 1991) التي هدفت إلى البحث في المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة من حيث مشاكل التكيف الاجتماعي والاكنتاب ، كما ناقشت دور الجنسين في تشكل تأثير التوحد على أفراد الأسرة المختلفة ، وبناء عليه فإن هذه الدراسة كانت مقارنة بين الآباء و الأخوة في أسر الأطفال المصابين بالتوحد مع آباء و أخوة الأسر الأخرى ، و كانت نتائج الدراسة أن آباء و أمهات و أخوة الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة اكنتاب و مشكلات تكيف اجتماعي مع غيرهم من الأسر ، و أن وجود إناث توحيدي في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور .

وفي دراسة أولسون ووانج (Olsson and Hwang ، 2011) على عينة من أمهات الأطفال التوحيديين في أمريكا هدفت للتعرف على مستوى الاكنتاب لدى هؤلاء الأمهات و بينت النتائج أن هؤلاء الأمهات يعانين من مستوى عال من الاكنتاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجدوا أن مستوى الاكنتاب لدى أمهات الأطفال التوحيديين أعلى من مستوى الاكنتاب لدى آباء الأطفال التوحيديين .

وفي دراسة براين (Brainan. 2002) و التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية و نقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال التوحديين ، و استخدم مقياس الدعم الاجتماعي المدرك و مقياس الضغوط النفسية و أشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الضغوط النفسية و مقدار الدعم الاجتماعي المدرك ، وكانت العلاقة بينها عكسية .

ومن خلال دراسة جري (Gray.2006) الطولية التي أجريت على الآباء و كيفية تأقلمهم مع التوحد لفترة تقارب عقدا من الزمن (10 سنوات) و ارتكزت على دراسة الثقافات المختلفة في المجتمعات و العادات و التقاليد التي تحكم حياتهم ، و قد تم إجراء مقابلات مع هذه العائلات و تسجيل الملاحظات المستنتجة من هذه العائلات و قد تكونت العينة من 28 شخصا (19 أما 9 آباء) لأطفال مصابين بالتوحد ، أما الآلية المستخدمة في هذه الدراسة فكانت طرح عدد من الأسئلة المتعلقة بالسيرة المرضية للمصابين ، و ما إذا كان قد تم نقلهم أو تحويلهم من طبيب إلى آخر و الأعراض الموجودة حالياً عند الأطفال و تأثير التوحد على حياة الآباء أو رفاهيتهم في الحياة ، و تأثير مرض التوحد على الحياة الاجتماعية للآباء و الوسائل المستخدمة من قبل الآباء للتأقلم مع هذا المرض ، و أيضاً المفهوم المتكون عند الآباء عن التوحد و تصوراتهم للمستقبل ، و قد أظهرت نتائج الدراسة أن الوسائل المستخدمة للتأقلم مع هذا المرض قد تغيرت منذ بداية هذه الدراسة وحتى نهايتها حيث إن النتائج كانت كما يلي :

❖ فئة قليلة من الآباء يتأقلمون مع هذا المرض من خلال الاعتماد على مقدمي الخدمات كالأطباء أو الدعم الأسري ، أو الانعزال اجتماعياً أو من خلال التصرفات الفردية .

❖ الفئة الأكبر من العائلات كانت تواجه التوحد من خلال اعتقاداتهم الدينية و الإيمان بها أو غيرها من الأساليب التي تعتمد على العواطف .

8/ التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال استعراضنا للدراسات السابقة وجدت أنه هنالك العديد من الدراسات التي تحدثت فقط عن الأبعاد الانفعالية للمعاش النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد مثل (Nora 1991 ، ملكوش ويحي 1995 ، Olsson and Hwang 2001 ، معالي 2003، الميطري 2006) الذين تحدثت عن الضغوط النفسية لأمهات الأطفال التوحديين بالإضافة إلى دراسات أخرى تناولت موضوع الضغوط النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة مثل (الخطيب و الحديدي 1996 ، Gray 2006 ، البديرات 2006) .

حيث لاحظنا أيضا أن الدراسات السابقة على العموم ركزت بشكل كبير على الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين و المعاقين و لم نتناول في دراستنا مفهوم المعاش النفسي سوى دراسة (بن عمارة عائشة 2017) بحيث أن المعاش النفسي هو مفهوم أشمل من الأبعاد المذكورة في الدراسات السابقة الأخرى لأنه من يحوي تحته مفاهيم أخرى أهم و أعمق تخص الجانب النفسي كالقلق و الاكتئاب اللذان يعتبران من الاضطرابات النفسية التي تتسم بخلل في المزاج كما أنه من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي و هو المستهدف بدراستنا .

الجانب النظري

الفصل الأول

التوحد

- تمهيد
- تعريف التوحد
- إحصائيات حول نسبة انتشار التوحد
- نظريات المفسرة للتوحد
- أسباب اضطراب التوحد
- أشكال اضطراب التوحد
- مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد
- أعراض التوحد
- خصائص التوحد
- أنواع التوحد
- تشخيص التوحد
- صعوبات التشخيص
- علاج اضطراب التوحد
- أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد
- رعاية الطفل التوحيدي
- خلاصة

تمهيد :

يعد التوحد إحدى الإضطرابات النمائية الشاملة الذي تؤثر على الجوانب المختلفة من شخصية الفرد منها الجانب المعرفي و الجانب السلوكي و الجانب اللغوي إضافة إلى جانب الإنفعالي منها يؤدي إلى تأخر عام في العملية النمائية بأسرها للطفل إذا ظلت الأسباب مجهولة إلى حد كبير و لحقبة زمنية طويلة فلم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية و السبب المباشر و الرئيسي له ، يتوقف تأثير الإضطرابات على الطفل فقط و على جوانب حياته المختلفة بل يمتد إلى الام التي تحاول أن تتكيف من الموضع إلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها الطفل ولتتمكن من فهم أكثر لهذه الاضطرابات سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا تطور دراسة التوحد و أنواعه وكذا أسبابه أعراضه أما فتالي التشخيص والعلاج وكذا برامج العلاجية ورعاية الطفل التوحد

1/ تعريف التوحد :

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي :

يعرف هولوين Holowin

1995 بأنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الإرتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي و اللغوي وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي وتصاحب ذلك فزعة انسحابية انطوائية وانطلاق على الذات مع جمود عاطفي و انفعالي فيصبح وكأنه الجهاز العصبي قد توقف تماما عن العمل وكما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية متغيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا أنه ماجه في اعمال او حركات نمطية عشوائية غيرها دقة لفترة طويلة أو في تواتر غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير و ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص

(عثمان فراج 2002، ص 52)

ويعرفه كانر 1943 التوحد بأنه حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم و يوصف أطفال التوحد بأن لديهم إضطرابات لغوية حادة (والتحليل ، 2011 ص 13)

ويرى كريك بأن التوحد حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الاولى من العمر حيث يشمل الإضطراب قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى وإنه يعاني من إضطراب في الإدراك ومن ضعف ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية و عدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي Mannerismeplyim وصف القدرة على التحليل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته(رائد خليل، 2011 ص 13)

وعرفت الجمعية البريطانية للأطفال التوحد عام 2008 التوحد على أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا ، وان المظاهر الاساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى السن (30 شهرا)

من العمر واضطراب حسي في الإستجابة للميزات إضطرابات في الكلام و اللغة والسعة المعرفية وإضطرابات في التعلق والانتماء للأشياء والموضوعات والناس والأحداث (الزراع ، 2010، ص29)

أما الجمعية الامريكية لتصنيف الامراض العقلية1996 تعرفه هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الإتصالات اللفظية و الغير اللفظية و التفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر قبل ثلاث سنوات ويؤثر بدوره على الأداء في التعلم وفي تغلب الحالات تكون مرتبطة بتكرار ألي لمقاطع معينة و يظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأن تغيير الروتين اليومي و كذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة. (حسام ، 2011، ص 15)

2/ إحصائيات حول نسبة انتشار اضطراب التوحد:

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الإضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد فإن هناك إتفاق على أن نسبة ظهور هذا الإضطراب في تزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (20/15 حالة توحد - 1000) لكل حالة ولادة حية.

وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبة تكاد تصل إلى (1-500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية و التي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (500 و 1000) يمكن وصفها بأن توحد حالة أو أحد أشكال التوحد (مصطفى نوري القمش 2013، ص 238) وقد أجرى كل من شاكربارتي وفومبيون دراسة مسجلة في بريطانيا لمرحلة ما قبل الدراسة ضمن عمر (4-6) سنوات حيث أظهرت النتائج أن نسبة انتشار الإضطرابات النمائية واسعة الإنتشار بلغت (58.7) لكل (1000) طفل وذلك من خلال استخدام أدوات التشخيص المقننة المتعددة بصفة خاصة توجد أن نسبة انتشار هي (22) لكل (10.000) طفل

وقد أشارت ولبامزوأحزون في دراستهم إلى أن متوسطة نسبة انتشار اضطراب التوحد AD واضطراب طبق التوحد ASD سنة (2005) هي (35) لكل (10000) وفوق (90) لكل (10000) على الترتيب ، كما أكدت على ارتفاعه المدن وفي الأطفال الأصغر سناً (يوسف محمد العابد و آخرون ، 2012، ص 296) ومن ناحية أخرى فإن إضطراب التوحد يظهر لدى الذكور من الإناث وتصل النسبة إلى (4-1) ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوبا بتأخر عقلي شديد و في هذه الحالة تصبح السنة (1-2) أنتى مقابل ذكران وليس الذكر كالأنثى فالبنات يتطلبن فحص بيولوجي أكثر من الأولاد فقد أوضحت الدراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانينا من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للإضطرابات الارتقائية بشكل عام و الإضطراب التوحد بشكل خاص

ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية و المستويات الثقافية والعرفية كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل إلى 10% إلى 80% و هؤلاء يظهرون شذودا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذود لدى البنين والبنات ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير خلل في الدماغ الأوسط (Midbraim) والذي يتكون

من مراكز التنشيط الشبكي (réticulaire) ويلعب دورا خاص في الانتباه للمثيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العينين والتأرز والتوازن بين و الضبط الشعوري والوعي والنوم و اليقظة وتنظيم ضربات القلب و التنفس ، وهناك دلائل كبيرة على ان مدى انتشار التوحد في تزايد (مصطفى نوري القمش ، 2013 ، ص 238 ، 239)

ولا يلاحظ بأن التوحد أكثر انتشارا بين الأخوة و الأقارب من الدرجة الثانية الذي يوجد بينهم حالات التوحد منه في المجتمع العام (رضا الواقعي 2004 ص 496)

3/ نظريات المفسرة للتوحد:

• نظرية التحليل النفسي لفرويد:

تعد نظرية التحليل النفسي من أقدم النظريات المفسرة لتوحيد خاصة حينما وصف فرويد أم طفل التوحد بالثلاجة حيث حملها مسؤولية إصابة طفلها بتلك الأعراض وفسر ذلك بأن طفل التوحد كان في الأصل دكيا لكنه انسحب عن العالم بما فيه من تواصل و تفاعل اجتماعي نتيجة أحداث صادمة في بيئته و خاصة تلك الأحداث المتعلقة بمواقف التخلي العاطفي سواء من الأم أو الأب أو من كليهما ، حيث أشار أيمن حيرة (1984) إلى أن الفشل الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم والتي تكون في ذلك الوقت بمثابة الممثل الأول لعالمه الخارجي هو سبب الإصابة بالتوحد فطفل التوحد لا تسنح له فرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه وأكد كانر (1943) واتفق مع اروتس و جيتنس (1992) بأن التوحد هو نتيجة إصابة شديدة ومبكرة في المراحل السنوية لتكوين الأنا ، فالتوحد ما هو إلا نتيجة حتمية لمناخ وحداني انفعالي مرضي ، وهو نتيجة خبرات مبكرة غير مشبهة بل وتهديدية وأكدت سامية الفطان على أن الطاقة النفسية التي يولد بها الفرد يضيع بعضها في صورة مكبوتات ويضيع بعضها الآخر في صورة دفاعات وتكون الطاقة المتبقية تحت تصرف الجانب الشعوري وقبل الشعوري من الأنا معيار لقوة هذه الأنا ولذلك ظل العديد من الباحثين يحاولون فك لغز الإصابة بالتوحد بالإعتماد على هذه المفاهيم النفسية المتمثلة في قوة طاقتها النفسية ، فيرون بأن ضعف الأنا يسحب

الطفل عن العالم الواقع ليغرق في عالم الخيالات التائه ستشهد بن يروتوبينلهم حينما رأى أن التوحد ما هو إلا انعكاس لتلك الحالة اللفظية التي يعيشها الطفل مع أمه ، والمتمثلة في حرمانه من الحب والحنان و بالتالي يغرق في تخيلاته هروبا من يأسها و احباطها محاولا إشباع ما كان يصبو اليه

وأكد بوجدا شينا (Boj da Shina) على أن العلاج النفسي كان ومازال يستخدم في علاج حالات التوحد، خاصة أن مستخدمى هذا العلاج يؤمنون بأن الأم هي السبب الرئيسي في الإصابة بالتوحد ، وكان وصف الأم بالثالاجة في علاقتها بطفلها التوحدى مبررا لهؤلاء المتمسكون بالعلاج النفسي مع التوحد .

ومن الجدير بالذكر هنا أن استخدام العلاج النفسي أو مبادئ نظرية التحليل النفسي في التدخل مع الأطفال التوحديين بغرض تحسين حالتهم يتمثل في كيفية إيجاد وسط بيئي يشجع الطفل على عملية الاستقلال الذاتي ويمهد له طريقه لتكوين علاقات انفعالية سوية مع الاخرين وعلى الرغم من هذه المحاولات التي بينت وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير وعلاج التوحد إلا أنه يمكن القول بأن هذه المحاولات لم تعطي تفسيراً شاملاً وكاملاً لتوحد (محمود كامل ، 2011 ، ص 98)

• النظرية السلوكية:

تؤمن النظرية السلوكية: بأن المعرفة المتعمقة الصادقة تتبع من خلال التجربة و التطبيق، فالفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط ، حيث يتم ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به ، ولا استجابة بدون مثير فهو مبدأ ومسلمة أساسية في المدارس السلوكية ، فالتعلم يحدث نتيجة لحدوث ارتباط بين المثير والاستجابة بحيث إذا ظهر هذا المنبر مرة أخرى فإن الاستجابة التي ارتبطت به سوف تظهر في الأخرى

ولذلك فإن تفسير التوحد وفقا للمدرسة السلوكية يبني على نقطتين رئيسيتين : الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا ، أم الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذا السلوكيات بالبيئة المحيطة:

ولذلك اتفق كل من كون وتسريمان سنة 2000 على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة تسمى زيادات سلوكية واحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل تأخر الحدوث تسمى نواقص سلوكية ، وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص وزيادات سلوكية ، تتمثل النواقص في العيوب الاجتماعية واللغوية ، وعيوب الإنتباه ، أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية ، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد للمتغيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للأوتيزم من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف (المقدمات ، السلوكيات، النتائج)

فالمقدمات و السوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك الاوتيسي والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل ومن هنا فالأوتيزم من جهة نظر السلوكيين ما هو إلا ارتباط بعدد من السلوكيات المحددة بمتغيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك(محمود كمال، 2011، ص 100)

• نظرية العقل:

من النظريات التي اكتسبت شهرة في الأونة الأخيرة وهذه النظرية هي امتداد للنظرية المعرفية في التوحد وظهر مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة والمسان لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه ونقول أن الطفل غير قادر على التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالتهم العقلية ، في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص و إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين ، وبالتالي فالأطفال المصابين بالتوحد يعجزون عن التمييز بين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين وتميز هذه النظرية إلى أن الفرد الذي قادر على غزو أو فهم الحالة العقلية للشخص لكي يمكنه فهم وتنبؤ سلوك ذلك الشخص ، ربما يكون رد هذا القصور في نظرية العقل إلى القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز عملية الفهم.

ان العجز الاجتماعي عند الأطفال التوحديين ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم لفهم الحالات العقلية للآخرين فالمشاكل الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك

الحالات العقلية وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يصوب إلى عيوب في نظرية العقل وبصنفه أكثر أن التوحد يبدأ ببعض القصور الفطري الذي يعرف الوظيفة الإدراكية المعرفية للولية والقدرة على تفسير المنبثات والتعامل مع العالم المحيط به (أسامة وكمال، 2011، ص57)

• نظرية المرأة المعكوسة:

ان نظرية المرأة المعكوسة في الأوتيزم ترجع جذورها كما أكد ديكتي و آخرون إلى أن نتائج تلك الدراسات التي اهتمت بدراسة سلوك التقليد و المحاكاة في التوحد ، حيث تقترح هذه النظرية أن خلل في قدرة أطفال التوحد على التقليد و المحاكاة سلوك الآخرين ما هو إلا نتيجة للخلل في نظام العصب العاكس في المخ ، وبالتالي فإن العديد من المؤيدين لهذه النظرية يؤمنون بأن تلف نظام العصب العاكس هو الذي يلعب دورا رئيسيا في تلك المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد و التي تتمثل في مشكلاتهم الاجتماعية بوجه عام و مشكلات اللغة و التقليد و المحاكاة بوجه خاص.

وتحت عنوان "التقليد" أكثر من مجرد انعكاس أوضح هبرز و آخرون إن الذين يؤمنون بأن الخلل في نظام العصب العاكس هو السبب الرئيسي في عدم قدرة الأطفال الأوتيزم على التقليد و محاكاة سلوك الغير و يرون أن عملية التقليد بوجه عام عملية محددة تتمثل في تحويل المباشر للمعلومات المرئية إلى مخرجات حركية ، وتلك النظرة خاطئة غير علمية ، فعملية التقليد و المحاكاة الناجحة لا تقتصر على محاكاة المحركات من حين إلى آخر، بل إن التقليد يتطلب عمليات معرفية و عديدة التحليل البصري ز تقيم أهداف فعل المقلد و انتقاء ما يتم تقليده أو ما متى يتم تقليده ، أو مما سبق يتضح أن أطفال التوحد غالبا ما يفشلون في تقليد أفعال الآخرين، وكانت وجهة النظر القادية على أن هذا الفشل كان نتيجة لعطب و خلل في نظام العصب العاكس، أما الآن فقد تغيرت هذه الوجة في ظل تلك النتائج التي تؤكد أن أطفال الأوتيزم قدرون على التقليد السليم في مواقف معينة

(محمود كمال ، 2011، ص109-110)

• نظرية النمائية للتوحد :

تؤكد هذه النظرية للتوحد على دور المهم للعمليات النمائية المبكرة للطفل خصوصا فيما يتعلق بعمليات الحسية و الحركية و إثارة نشاط و عمليات الإنفعالية أو العاطفية و اللغوية و تفاعل الإجتماعي أو كما تقول هذه النظرية فإن العمليات السابقة تلعب دورا بارزا في جهاز التنظيم الذاتي Self regularity ويشمل هذا الجهاز عناصر الاستجابات الحركية و المعرفية و اللغوية و الاجتماعية و تأثر هذه العناصر على الطريقة التي يضبط بها الأفراد انفعالهم و أفكارهم و سلوكياتهم و لذلك فإن التنظيم الذاتي يلعب دورا هاما في اكمال متطلبات المادية و الجسمية و الأكاديمية و التفاعل الاجتماعي، وتساعد مهارات التنظيم الذاتي الفرد على التعلم و المحافظة على التعميم المهارات المتعلقة بمواقف الجديدة دون مساعدة خارجية(ابراهيم عبد الله،2004، ص 110)

4/ أسباب اضطراب التوحد:

حاول الباحثون التعرف على أسباب التوحد و قامو بالعديد من التجارب المختلفة لمعرفة هذه الأسباب ومن بين هذه الدراسات و البحوث التي تناولت هذا الجانب هي:

*جاميز 1996 James، كانر kanner

*واترسون 1996 waterthose , عمر الخطاب 1994

1/العوامل النفسية : " أشار إلى دور العوامل النفسية كسبب في حدوث اضطراب التوحد ووصف والدي الطفل ذو اضطراب التوحد بالذكاء و الميل إلى الاستحواذ و الرغبة في الكمال على وضع قواعد جامدة كما يتسم الوالدان بالبرود العاطفي و القلق وأطلق على هذه النظرية البرود العاطفي ، وفي المقابل تتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومن بين هذه الدراسات دراسة عمر الخطاب 1994 حيث توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين شخصيات الآباء الذين أبنائهم مصابين بالتوحد و شخصيات الآباء الذين أبنائهم أسوياء و هذا ما يؤكد خطأ النظرية" البرود العاطفي" (سوسن الجبلي ،ص38)

ترى الباحثة أن هناك تناقض بين الدراسة التي تقول أن البرود العاطفي للوالدين هو سبب من أسباب التوحد أما دراسة عمر الخطاب التي أثبت أنه لا توجد علاقة دالة بين الآباء الذين أولادهم مصابين بالتوحد و بين الآباء الذين أولادهم أسوياء ، لذا نستطيع القول أن الجانب النفسي ليس لديه تأثير قوي أي يمكن أن ترجع الأسباب إلى عوامل جينية أو عوامل بيولوجية .

ب/العوامل الجينية : " أثبتت الدراسات الحديثة أن هناك ارتباطا بين التوحد و شذوذ الكروموزومات و أوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالا ارتباطيه وراثية مع التوحد و هذا الكروموزوم يكون شائع بين البنين أكثر من البنات ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي 7 إلى 10% من حالات التوحد" (سهى أحمد أمين ناصر ، 2002، ص19)

وأوضحت دراسة Smith Triston 1996 أن الفروق الجينية بين البنين و البنات في معدل الإصابة و مداها وقد توصلت الدراسة إلى:

* البنات التوحيديات أقل من الأولاد في الإصابة بالإضطرابات الإرتقائية بشكل عام والاضطراب التوحيدي بشكل خاص و تتراوح النسبة 4 ذكور مقابل أنثى واحدة.

* البنات التوحيديات يظهرون مستوى أقل من الأولاد التوحيدين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5 درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية و مهارات الرؤية المكانية

* البنات أقل ميلا لوجود اضطرابات وراثية ولكن البنات يتطلبن فحصا نيورولوجيا دقيقا أكثر من الأولاد.

* لا توجد ملاحظات مباشرة تدل على التفرقة بينهم في مجال الاضطرابات العصبية "

(نفس المرجع السابق، ص21)

ترى الباحثة أن البنات التوحيديات أقل من الأولاد بأربعة أضعاف أي كل بنت توحدية يقابلها 4 أولاد توحيدين ، كما أن البنات التوحيديات أقل ذكاء من الولد التوحيدي ب 5 درجات وخاصة في المهارات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية ، وان البنات التوحيديات لديهم مظاهر الإضطرابات الوراثية أقل من الذكور .

ج/ العوامل البيولوجية: وتتحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ، ونعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو نزيف أو حادثة أما بالنسبة للولادة فتتعرض إلى مشكلات نقص الأكسجين واستخدام أدوات حادة....وأیضا كبر سن الأم فكل هذه العوامل قد تكون سبب متداخل في الحالة التوحدية .

كما أشارت الدراسة waterthose 1996 أن هناك شذوذ لدى أطفال التوحد على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي من 10% إلى 80% من الأطفال غالبا ما يظهرون شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذوذ يشير إلى فشل في التجنب المخي ، والاستجابة السمعية المستتارة من جزء المخ لدى الأطفال التوحدين

(ثا مرفح سهيل ،2015 ص75)

إلا أن هناك أيضا عوامل مناعية بين الأم و الجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد كما أن الكريات اللمفاوية لبعض أطفال التوحد تتأثر وهم أجنبية بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنبية قد تتلف أثناء مرحلة الحمل .(هناء شحاته ،2015،ص36)

ترى الباحثة أن المناعة لها دور كبير في حدوث اضطراب التوحد وان المرض أو استهلاك الكحول والتدخين من طرف الأم مضرين بصحة الجنين ، وأیضا حدوث النزيف أثناء الحمل والمشاكل التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة مثل نقص الأكسجين أو صعوبة الولادة و استعمال أدوات حادة تضر بالجنين ، كما أشير هنا إلى سبب وهو اختلاف شكل مخ الطفل التوحدي مقارنة بشكل مخ الطفل السوي ، وممكن أن يكون هذا الاختلاف هو السبب الرئيسي لظهور هذه الأعراض.

د/ العوامل النيورولوجية: " أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغيير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال"

(سهى أحمد أمين نصر .ص21)

وبناء على ما سبق نستطيع القول أن أسباب التوحد كثيرة و تختلف من باحث إلى آخر، إلا أنها مازالت افتراضات فلا يوجد سبب محدد هو الذي يرجع إليه هذا الاضطراب ، إنما هذه العوامل تتضارب فيما بينها وتؤدي إلى ظهور عوامل أخرى، وقد يكون راجع إلى وقد يكون السبب الرئيسي هو الولادة القيصرية التي لم تذكر من قبل ، لأن المخدر يؤثر سلبا على الأم فنلاحظ بعد ولادتها ظهور أعراض مثل الآلام الشديدة ومستمرة لرأس والظهر فكيف سيكون أثره على الجنين ، لأن التوحد ظهر مؤخرا بكثرة في الجزائر أي مع زيادة الولادات القيصرية.

د/ العوامل النيورولوجية : " أثبتت الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغيير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال (سهى أحمد أمين نصر .ص 21)

وبناء على ما سبق نستطيع القول أن أسباب التوحد كثيرة و تختلف من باحث إلى آخر، إلا أنها مازالت افتراضات فلا يوجد سبب محدد هو الذي يرجع إليه هذا الاضطراب ، إنما هذه العوامل تتضارب فيما بينها وتؤدي إلى ظهور عوامل أخرى، وقد يكون راجع إلى وقد يكون السبب الرئيسي هو الولادة القيصرية التي لم تذكر من قبل ، لأن المخدر يؤثر سلبا على الأم فنلاحظ بعد ولادتها ظهور أعراض مثل الآلام الشديدة ومستمرة لرأس والظهر فكيف سيكون أثره على الجنين ، لأن التوحد ظهر مؤخرا بكثرة في الجزائر أي مع زيادة الولادات القيصرية.

عوامل متعددة

عوامل بيولوجية

عوامل نفسية

عوامل نيولوجية

عوامل أخرى

عوامل جينية

إصابة المخ تؤدي إلى

الأسباب النهائية

صعوبات التعلم

الشلل الدماغي

التوحدية

واضطرابات أخرى

(نفس المرجع السابق ، ص 23)

5/ أشكال اضطراب التوحد :

يعتبر التوحد اضطراب متشعب ، حيث تتداخل أعراضه فيما بينها وبين الإعاقات الأخرى، وتتداخل بين إصابة شديدة أو متوسطة أو بسيطة ، وهناك اختلاف في السلوك ، بمعنى أنه ليس هناك نمط واحد للطفل التوحدي ويعرف ذلك باضطراب طيف التوحد:

1/متلازمة اسبرجر Asperger syndrome : أحد اضطرابات التطور، وعادة يتميز بوجود ذكاء طبيعي ولا يوجد تأخر في المهارات اللغوية، ولكن هناك صعوبة في فهم الدعابة و السخرية ، ويتميز أيضا بنقص المهارات الاجتماعية، وصعوبة في التعامل الاجتماعي مثل عدم القدرة على بناء صداقات وقلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب ، ضعف في التواصل النظري وتعبيرات الوجه وحركة الجسم والإيماءات بالإشارة وعادة ما يكون لهم طقوس وروتين معين في حياتهم ، لديهم حساسية بشكل كبير من الأصوات، أيضا بعض هؤلاء الأطفال عندهم قدرات فائقة في بعض النواحي مثل: قدرة غير عادية على الحفظ.

(ثامر فرح سهيل ، ص 40)

6/ مقارنة بين أشكال اضطرابات التوحد:

جدول رقم (01): يوضح اشكال اضطراب التوحد

الإضطراب	أعراضه
التوحد	يظهر قبل السنة الثالثة يتراوح الذكاء من فوق المتوسط إلى تخلف ذهني شديد تأخر واضح من السنة أولى 75% من الحالات على الأقل جوانب التأثير تظهر وتكون بارزة في ثالث الأعمار تتراوح النتائج بين ضعيفة و ممتازة
اسبجرر	يظهر قبل أو بعد السنة الثالثة درجة الذكاء متوسط فما فوق لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام أو المهارات الإدراكية جوانب التأثير تظهر في الجانب الاجتماعي تتراوح النتائج من جيد جدا إلى ممتاز
ريت	يظهر قبل 18 شهر تأخر ذهني شديد تطور طبيعي في النمو حتى 6 أشهر إلى ولى يتلوه تراجع وفقدان للمهارات وتوقف التطور في عدة مجالات قصور في التبادل الاجتماعي تتحسن مع النمو و حركة النمطية المتكررة وصعوبة في الحركة و التنفس و النوم وصرير الاسنان النتائج الضعيفة
الانتكاس الطفولي	يظهر بأكثر من ثلاث سنوات تأخر ذهني شديد تطور طبيعي في النمو حتى عمر 3.5 سنوات و أحيانا حتى 10 سنوات يتلوه تراجع وفقدان للمهارات جوانب التأثير تظهر في عنصران من الثالث النتائج تكون ضعيفة
النمائي الشامل	ظهور غير محدد ينفاوت بين تأخر ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط

النمو الأولي والتطور غير محدد	غير
قصور في التبادل الاجتماعي وعنصر آخر من الثالث تتراوح النتائج ما بين جيد جدا إلى ممتاز	محدود

(محمد بن سعيد ،2010، ص20)

7/ أعراض التوحد:

من أهم الأعراض لدى أطفال التوحد نجد:

الإضطرابات الكلامية : إن أكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند التوحدي تبدو في:

-مشكلات لتعبير اللغوي وتبدو في شكلين هما

- التعارضين استخدام وفهم اللغة

-الحرفية : يميل التوحدي إلى تفسير ما يقال له حرفيا

-ترديد الكلام سواء في الحال او فيما بعد

-استخدام التكرار أو ترديد الكلام: حيث يكرر الكلام أو الاسئلة التي توجه إليه

-الإضطرابات الإنفعالية: لدى هؤلاء الأطفال سلوكيات انفعالية تميزهم منها نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية ، وقد يشعر بالذعر من الأشياء الغير السارة أو يتعرض لنوبات البكاء دون سبب واضح أي لدى هؤلاء الأطفال قلب مزاجي مرتفع

- الإضطرابات الاجتماعية: تعتبر العزلة الاجتماعية أهم سمة لدى هؤلاء الأطفال إضافة إلى تجنب الاتصال مع الآخرين، ولا يستطيع التفاعل أو الاستجابة مع الآخرين، إضافة إلى صعوبة في الإندماج في اللعب الجماعي، إضافة إلى اللعب التخيلي

-المظاهر السلوكية النمطية: مثل المشي على الاصابع

النمطية الزائدة في تناول الأشياء وبشكل وسواسي قهري من حيث أنه يصر على ذلك وبحزن لتغيرها.

يميل إلى جمع الأشياء بشكل أناني ، ورغبة شديدة في تملكها بدون هدف (طارت ، 2008 ، ص 37)

أعراض مظاهر سلوكية من أهم و أبرز الأعراض السلوكية للتوحد ما يلي:

-اضطراب في نمو المهارات الجسمية و الاجتماعية و اللغوية

-وجود استجابات غريبة و شاذة في الخبرات الحسية ، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر لدى الطفل مثل حاسة السمع أو البصر أو اللمس أو التوازن أو الاستجابة للألم

طارق عامر ، الطفل التوحدي، 2008، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان، الأردن

-ظهور سلوك وإبداء الذات عند الطفل اضافة الى سلوك العدوانى و الانزعاج من التغييرات التي قد تحدث في بيئتهم

-السلوك النمطي لحركات غير هادئة ليس لها معنى تظهر على سلوك الطفل مثل هز الجسم (سعيد، 2009، ص54، 55)

8/ خصائص الطفل التوحدي :

أ الخصائص السلوكية:

الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق ، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة إذ يرى روت تبولفيان 1988 suiliam

أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصف سلوكيا فقط لحالات التوحد من أهم الملامح الرئيسية للتوحد نذكر ما يلي:

- الوحدة الشديدة و عدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم

-الإحتفاظ بروتين معين

-الاستخدام الغير مناسب للعب والأشياء واللعب بشكل متكرر غير المعتاد

-الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم والرفرفة بالذراعين والنقر بالأصابع

-استجابات و ردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية فمثلا يبدو الطفل التوحدي و كأنه لا يسمع الأصوات من حوله

-ينظر من خلال الناس أو يتجنب النظر إلى العيون

-قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام وبعض الأطفال التوحدين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعي احتراقي أو بنغمة ثابتة دون التغيير وبعضهم لا يستطيع اكمال حديثه أو كلامه على الاطلاق

-عدم الحساسية لظاهرة الالم (على سبيل المثال قد يمشي بعضهم حافي القدمين على الثلج وبعضهم يمارس شد و خلع الشعر و الأظافر (محمد أحمد ، 2009 ، ص 25 ، 28)

ب الخصائص الحركية :يصل الطفل التوحدي إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس عمره مع وجود تأخر بسيط في هذا النمو إلا أن هناك بعض الجوانب النمو الحركي تبدو غير عادية ، فالأطفال التوحديين لهم مثلا طريقة خاصة في الوقوف ففي معظم الأحيان فإن الأطفال الاحتراريون يكررون حركات معينة مرات و مرات فمثلا يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام وإلى الخلف بشكل متكرر وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم و أرجلهم في شكل حركة طائر كما يعد فرط الحركة Huperkimes مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال الصغار في حين أن نقص الحركة Huperkimes أقل تكرار إضافة إلى ذلك يوجد قصور في مدى الانتباه وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما (نفس المرجع السابق، ص 29، 30)

الخصائص البدنية :

ما يلاحظ على الأطفال المصابين بهذا الاضطراب أنهم أقصر طولا من أقرابهم المساوين لهم في العمر وغير مصابين بالتوحد كما نجدهم ، يستخدمون اليد اليمنى فقط أو اليسرى

فقط ولا يتبادلون استعمال اليمنى مع اليسرى نظرا إلى وجود اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأبيض مع الأيسر كما نجد اختلاف من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع فهم لديهم فعل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم .

يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجزء العلوي من الجهاز التنفسي وحالات الربو والحساسية ونوبات ضيق التنفس و السعال (نفس المرجع ، ص30، 31)

الخصائص العقلية المعرفية:

يذكر حسن مصطفى أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحدية الطفلية نسب دكائهم أدنى من 50-55 (تخلف عقلي متوسط الشديد أم عميق)، و 30% نسب دكائهم 70 أو أكثر وحوالي 5/1 خمس الأطفال إلا أن تعكس لديهم دماء غير لفظي عادي، إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى هؤلاء الأطفال إلى أن تعكس في مهارات التسلسل اللفظي أكثر من المهارات البصرية المكانية أو مهارات الإستظهار من الذاكرة.

الخصائص الاجتماعية:

من الخصائص الاجتماعية المتداولة عن الطفل التوحدي هي الانسحاب من المواقف الاجتماعية ، وهذه الخاصة لا تطبق على جميع الأطفال ، كما نجد خاصة عدم الاهتمام بوجود الآخرين وإضافة إلى قصور في توافق سلوكهم مع حاجات الآخرين ، كما يلاحظ على طفولتهم غياب الابتسامة الاجتماعية مع حاجات الآخرين

–قلة العلاقات الإجتماعية مع الآخرين (نفس المرجع السابق، ص33 ، 35)

والخصائص الانفعالية :

لدى الطفل التوحدي مجموعة من ردود الأفعال منها ،: نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية وقد يشعر بالذعر من الأشياء غير الضارة أو مواقف معينة ليس لديه القدرة على فهم مشاعر الأشخاص من حوله فقد يضحك لوقوع شخص أمامه ، هناك من الأطفال التوحدين من لا يبتسم و لا يضحك لوقوع شخص أمامه ، هناك من الأطفال التوحدين من لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك يعبر ذلك عن المرح لديه و البعض لا يعانق حتى أمه ،

وقد يقلد الآخريين في بعض التعبيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل (نفس المرجع السابق، ص 37)

9/ أنواع التوحد:

بما أن الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف الأطفال التوحدين، فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتمادا على المستوى الوظيفي الذكائي و العمر عند الإصابة وعدد الأعراض و شدتها ، ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة لأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ

واقترح من " تسيفن و" ماتسون" و"كوفي" تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

-المجموعة الشاذة **Atypical Groupe**: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء

-المجموعة التوحدية البسيطة **Mildly autistic groupe**: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية و حاجة قوية للأشياء و الأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا و التزاما بالغة الوظيفية.

-المجموعة التوحدية المتوسطة **Moderately autistic groupe**: ويمتاز أفراد هذه المجموعة الخصائص التالية:

استجابات محددة و أنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل التأرجح والتلويح باليد ، لغة وظيفية محدودة و تخلف عقلي

-المجموعة التوحدية الشديدة **Severely Autistic**: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية و تخلف عقلي على مستوى ملحوظ .

(أسامة فاروق 2011، ص32)

وفيما يلي شرح لأشكال التشخيص و التقييم و الأدوات المستخدمة:

10/ تشخيص التوحد:

التشخيص الطبي: ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النواحي التالية:

التاريخ التطوري و المرضي للأسرة و الطفل: حيث يشمل هذا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل و الولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى ، وطبيعة المشكلات التي يمكن أن يكون قد تعرض لها الطفل وتحديدًا زمنيًا مع الاهتمام بأصول الوراثة ، ومشاكل التفاعل الاجتماعي.

-الكشف السريري : وهو الكشف الذي يقوم به الطبيب بشكل مباشر للطفل ، وهو كشف مبدئي بهدف التعرف على الوضع الصحي الأول للطفل.

-الفحوصات الطبية : وتشمل على فحوصات متنوعة مثل: التصوير الطبقي ، الرنين المغناطيسي فحص السمع ، النظر ، فحوصات الدم و البول و لبراز... الخ، وهدف هذه الفحوصات هو التأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي واضح لديه.

-ملاحظة الوضع العام و السلوك العام للطفل : وذلك من خلال الزيارات الأولى في العيادة ، وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدلائل التشخيصي للإضطرابات العقلية ، الذي يمكن من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئيًا .

ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل: طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، الطب النووي، اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة ، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل.

(مصطفى نوري القمش، 2013، ص 241-242)

التشخيص و التقييم السلوكي :

يعتمد الأخصائيون في تشخيص التوحد على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل وعلى أية حال يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات و الأعراض التي يبديها الطفل ازدادت

احتمالات تشخيص حالته كطفل توحد ، كما يلعب الوالدين دورا حيويا في عملية التشخيص، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل و أنماطه السلوكية لأن اضطراب التوحد يتم سلوكيا ، وكلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف معينة ازدادت احتمالات تشخيص التوحد، وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوك دقيق للسلوك التوحدي فإن هناك 5 محاور يجب أن يشملها هذا التشخيص وهي على النحو التالي:

(سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم، 2010، ص199)

- وصف السلوكيات التوحديّة:

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحديّة بأسلوب يتصف بالموضوعية و الإجرائية ، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين ، وعلى سبيل المثال فإن وصف الطفل على أنه عدواني يقدم القليل من الفائدة ، وفي المقابل فإن وصفا مثل : إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرسخ و النوع يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

(بلال أحمد عودة وأحمد دابل الغرير ، 2009، ص118)

-درجة كل سلوك ومقداره:

يعني أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك ، ويتم ذلك بتحديد تكرير السلوك أو مقداره على سبيل المثال: استثارة الذات أو نوبات الغضب فقد يتم قياسها بتحديد المدة ، كأن تحدد فترة نوبة الغضب أو عدم ظهورها و ذلك بذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك .

-البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي يظهر فيها، وللمساعدة في فهم وتوقع السلوك فلا بد من تحليل وتقييم البيئة التي يظهر فيها وكذلك الفعل الذي عادة يلي السلوك في البيئة Conséquence

Antécédents وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك وهذا التحليل يرجع إلى النموذج المعرفي وهو ما يطلق عليه توابع السلوك مثال: الطفل الذي يلجأ إلى الفرص ، حيث يسبق السلوك الوصفي التالي، يظهر السلوك عادة خلال ثوان ، ويتبعه ، أما النتائج يؤخذ الطفل إلى المكتب المسؤول ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى المنزل ، ومن هنا نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدوانية أو الفوضوي .

(سليمان عبد الواحد ،يوسف ابراهيم ، 2010، ص 200-201)

-الوظيفة المقصودة:

إن كثير من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل ومن هنا فإن السلوك الوظيفي ممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل ،إن اتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك وتوابعه يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفياً ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعاً و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

الحصول على الانتباه أو على الشيء المرغوب.

الهروب من متطلب محدد و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص

تتجنب نشاط محدود مثل تجنب مهمة صعبة ، أو الانتقال أو الاعتراض على نشاط معين ، (بلال أحمد عودة وأحمد نايل الغريب ، 2009، ص118).

-الاستثارة الذاتية:

إن سلوك الاستثارة الذاتية أو ما يدعى السلوك النمطي يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد ، تحريك الأشياء أمام العينين وهز الجسم والتي تمتد فترة طويلة من الوقت ، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحدين بتغذية راجعة حسية حركية ، والتعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة قد تكون أحياناً من قبل حركات العينين عند تعرضها للضوء ، وعند القيام بتعبيرات الوجه غير مناسبة ومعظم هذه السلوكيات تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للأخرين ، ومن الممكن أن لا تمثل هذه المعاني أبداً ،

كما أنها قد تؤثر في العلاقات الإجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي ، وما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة ، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية من الاستجابات الأكاديمية و يكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيه أنماطه قد ازدادت وتطورات .(سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم،2010، ص201)

التشخيص الفارقي:

عند العمل على تشخيص حالات التوحد فإنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار الإضطرابات المشابهة لحالات التوحد، وذلك بسبب التشابه في الأعراض و الخصائص السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى مثل : فصام الطفولة ، الإعاقة العقلية، العصاب ، الإعاقة الإنفعالية مثل تلك الاضطرابات يمكن أن يظهر فيها الطفل نفس الخصائص أو بعضها بما لتوحد ، والهدف الرئيسي من تلك العملية ليس إعطاء تسمية لنوع الاضطراب بشكل أساسي ، ولكن الأهم هو العمل على اختيار البرنامج السلوكي و التربوي المناسب لحالة الطفل. وكذلك فإنه يمكن التطرق إلى مجالين في التشخيص الفارقي.

أولهما : التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد أو ما يسمى بالاضطراب طيف التوحد (ASD) حيث أنه يتكون من خمسة أنماط أو أشكال يمكن أن يظهر فيها الاضطراب وهي:

* التوحد التقليدي (Autisme) : وهو ما يظهر لدى الأطفال في الثلاث سنوات الاولى ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، والتواصل ، واللعب و السلوك .

* طيف التوحد (Autism spectrum Disorder): ويشتمل على:

-إضطراب النمو الشامل غير المحدد (PDD- NOS) : والذي يشمل على العديد من مظاهر التوحد ، ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الإضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الإجتماعية و التفاعل الإجتماعي ، كما انه يوجد ضعف واضح في المهارات اللفظية و غير اللفظية

-ملازمة ريت (Rett syndrome): حيث يكون النمو طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس، بعدها يظهر في نمو الرأس (بين 5-48 شهرا) ، وفقدان بعض القدرات

مثل: استخدام اليدين بالطريقة الصحيحة، وعدم السيطرة على الحركات مثل المشي الصحيح ، وفقدان في الجانب اللغوي سواء الإستيعابي أو التعبيري

-متلازمة اسبريجر (Asperger Syndrome) : يكون لدى الطفل ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، ولديه سلوكيات نمطية وتكرارية وفي المقابل لا يوجد تأخر في اللغة أو التطور المعرفي أو مهارات العناية الذاتية

اضطراب الطفولة التحللي: (Childhood Disintegrative Disorder) : عادة لا يظهر إلا بعد عمر السنتين من عمر الطفل، بعدها يبدأ بفقدان المهارات الأساسية وتصبح لديه حركات غير عادية وتظهر مشكلات في المهارات الاجتماعية و السلوك التكيفي ومشكلات في التواصل من خلال فقدان أو ضعف في اللغة المنطوقة

تانيهما: اضطراب التوحد و الإضطرابات المتشابهة فقد أجريت العديد من الدراسات التي حاولت أن تقارن بين الأعراض التي تظهر لدى أطفال التوحد وبعض الإعاقات مثل: فصام الطفولة والإعاقة العقلية الإنفعالية الشديدة وخلصت معظم الدراسات إلى وجود فروق في الخصائص بها أطفال التوحد عن أقربهم الذين يعانون من بعض الاضطرابات

وبالنسبة للتوحد و الفصام فقد وجد أن أهم ما يميز أطفال التوحد لديهم بشكل عام مهارات اجتماعية أقل من الأطفال المتخلفين عقليا كما أن لأطفال التوحد مهارات حركية و حسية وأداء أفضل في بعض الجوانب مثل : الموسيقى، الرياضيات من الأطفال المتخلفين عقليا. (مصطفى نوري القمش، 2013 ، ص252-255)

التشخيص التكاملي: إن عملية التشخيص عملية صعبة و معمقة تشمل على أكثر من جانب وبحاجة إلى العديد من المختصين للقيام بها ، ولعل ذلك يساعد بشكل مباشر على الوصول إلى التشخيص الدقيق من جهة ، ومن جهة أخرى فإنه يسمح لنا بالتعرف على طبيعة الخصائص السلوكية و التربوية والشخصية التي يتصف بها أطفال التوحد قبل الشروع في إعداد البرامج السلوكية و التربوية التي سوف يتم العمل بها معه، حيث يساعد هذا الإجراء على اختيار البرامج السلوكية و التربوية المناسبة لحالة الطفل، لضمان تحقيق القدر الأكبر من الاستفادة بالنسبة للطفل التوحد والمختصين العاملين معه وكذلك الأسرة.

وللوصول إلى ذلك لابد من قيام فريق متعدد التخصصات بعملية التشخيص، وذلك تبعا لمرحلة التشخيص التي يمر بها الطفل والتي تتضمن مقابلة الأسرة والأشخاص المقربين أو المعنين بتربية الطفل، مروراً بفترة المراقبة والملاحظة المباشرة و الغير مباشرة، ومن ثم التطبيق لبعض القوائم و المقاييس المناسبة لحالة الطفل، وبناء على طبيعة الخصائص و السمات التي يظهرها الطفل.

لذلك يتكون عادة فريق التشخيص من طبيب مختص (طبيب الأطفال ، طبيب أعصاب، طبيب نفسي... الخ). الاخصائي النفسي، أخصائي التربية الخاصة، الأخصائي الاجتماعي، المعالج الوظيفي ، معلم التربية الخاصة، أخصائي النطق و اللغة، الأسرة... الخ ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة طفل التوحد

(مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعاينة ، 2012 ص 311-312)

11/ صعوبات التشخيص:

التشابه بين أعراض التوحد و الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفهم واضطرابات التواصل و الصرع

-انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الاطفال

-يوجد تباين واضح في الأعراض الأوتيزم من طفل لآخر واحيانا لدى نفس الطفل ، ويؤدي الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيل ورعايته

-عدم توفر أدوات والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم و بناء مقاييس تشخيصه لهذه البيئة

- نذرة انتشار الحالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .
- حداثة البحوث التي تجري على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات
- عدم تحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد
- حدوث تغيير في شدى بعض الأعراض و اختفاء بعض الآخر مع التقدم الطفل في العمر

(أمال ، 2002 ، ص 32)

12/ علاج اضطراب التوحد:

إن التوحد إضطراب يختلف من طفل لآخر، كما يختلف في الشدة و الحدة ولذا لا يوجد علاج مناسب لتخلص من أعراضه بطريقة كلية ، فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد إضطراب ليس له علاج شاف مادام السبب الرئيسي غير معروف ورغم كل ذلك توجد عدة برامج علاجية تحاول تخفيف حجم المعاناة التي يتعرض لها الطفل التوحد وأسرته، وكذلك التعديل من سلوكه وعلاج مشكلات اللغة والتواصل، نقترح مجموعة من الطرق العلاجية منها:

العلاج النفسي:

هو الأسلوب السائد حتى السبعينات والهدف الأساسي لهذه الطريقة العلاجية هو إقامة علاقة قوية بين الطفل و النمودج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمن والتفاعلات الإيجابية حيث يفترض نفس الارتباط العاطفي بينهما

إذ أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

وهناك من الباحثين نيفن زيور : 1998 ترى أن العلاج النفسي للطفل التوحد ينبغي أن يبدأ بإخراجه من قوقعته الذاتية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى.

كما أن الكفالة المبكرة للأطفال التوحديين لابد أن تكون مبكرة قدر الإمكان ، حيث يجب أن تأخذ الطابع الفردي ، وكذا الطابع الاجتماعي (جماعة) وذلك في مراكز متخصصة تعد لهذا الغرض بهدف تحسين الجانب اللغوي والحركي

(وليد السيد ، خليعة 2010، ص204)

العلاج السلوكي:

يعد هذا العلاج من أفضل العلاجات و أنجعها والتي أوضحت فعاليتها في العلاج حيث يعتمد العلاج على نظرية التعليم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكات المصاحبة

للتوحد لعنف ونوبات الغضب وإيذاء الناس وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطاً على الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقاً من مفاهيم نظرية التعليم أن السلوك متعلم وأن ما تم تعلمه يمكن أن يتعلم من سلوك جديد وينبغي حسب هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المضطربة و تدريب الطفل وإكسابه سلوكيات جديدة ، ويجب إعداد نظام استجابته متتالية ومتتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية ، ولضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية:

- **تحديد الهدف** : إذ لا بد من العمل على اختيار الهدف المرغوب في تكوينه بشكل محدود وواضح مثل: الرغبة في تعليم الطفل الابتسام و غيرها أو مشاركة الآخرين في اللعب، أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين.

- **سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل** : حيث يكون توجيه التعليمات بشكل سهل لا يتحمل ازدواج المهمة ، كما يجب أن لا يكون مطولاً ولا يجب أن يؤدي إلى صعوبة المتابعة والأمثلة التالية تعطينا نظرة عن ذلك (ارفع يديك، امسك القلم، اجلس المس اللون الاحمر....)

- **حث الطفل على الاستجابة** : عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته وبين خبرات الطفل الحاضرة إذ قد لا يستجيب الطفل أحياناً، لأن الإجابة ليست حاضرة لديه.

- **عملية تشكيل السلوك** : عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار إثابة ومكافأة الخطوات الصغيرة جميعها إلى أن يتم تحديد الهدف ، فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة "بابا" مثلاً وأن الطفل قام بنطق الحرف "ب" في المرة الأولى تم نطق "با" في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين كل في وقتها .

- **نوعية المكافأة**: من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلاً تقبيل الطفل أو ضمه أو احتضانه حيث تتجح المكافأة المعنوية عن غيرها . (وليد السيد خليفة 2008، ص161، 162)

العلاج الدوائي (الطبي):

يستخدم هذا العلاج لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب الإضطراب إلا أن الكثير من الإتجاهات المباشرة و غير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي في تحسين قدرات المريض.

ومن أهم العقاقير التي تستخدم في فحص هذه الأعراض نذكر:

-الهالوبيريدول (Halopendol): يفيد خفض النشاط الزائد والانسحاب والحركات النمطية والتكرارية.

-الفينفلورمان (Fenhlouromane): يعمل على خفض نسبة السير تونين بالدم ويساعد على خفض النشاط الزائد غير المناسب إضافة إلى تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية.

-التريكسون (Naltrexane) : يساعد على خفض العدوان وسلوك إيذاء الذات .

-كلوميرامين (Clompryamine): يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والاضطراب الانفعالي ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال.

وهناك عدة عقاقير أخرى والتي تحدث نفس التأثير في الناقل العصبي الدوباميني والتي درست فعاليتها في معالجة التوحد منها عقار (L-Dopa) والذي درست مفعولته باستعمال جرعات متنوعة منه أدت إلى فعالية نفسها مقارنة بالأدوية السابقة . (مرجع سابق، ص167)

العلاج بالموسيقى:

وفيه يتم استخدام الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي و التأهيل ، وبرنامج العلاج الموسيقي يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ومدرب على هذا النوع ويوفر تنوعا من خبرات الاستماع و المشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل في هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء و الاستمتاع الذي يخلو من التهديد.

وقد بدأت هذه الطريقة تشق طريقها في علاج الأطفال المصابين بالتوحد في العقد الأخير، وفي العلاج بالموسيقى أعدت خصيصاً لهذا الغرض ، يستمتع إليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية ، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفال مصابين بالتوحد وساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفية. (محمد سيد موسى ،ص 149)

العلاج بالنظام الغذائي :

اقترح عدد من الباحثين أن عدم تحمل الغداء أو الحساسية للغداء قد تكون مسؤولة عن بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحديين، وقد لاحظ كثير من الآباء أن هناك تغييرات درامية لحد ما بعد إزالة معينة من غذاء أطفالها.

كما تعاني بعض حالات التوحد من حساسية لبعض أنواع الأطعمة لكنها ليست في نفس سبب من أسباب الإصابة بهذا المرض وتؤثر بشكل ما على السلوك ، لذا فقد يساعد استبعاد بعض المواد الغذائية من النظام على تحسن الحالة وهذا ما يلجأ إليه الآباء و المتخصصون وخاصة البروتينات لأنها تحتوي على الجلوتين والكايزن والتي لا تهضم بسهولة أو بشكل غير كامل ، وامتصاص العصارة الهضمية بشكل زائد عن الحدود يؤدي إلى خلل في الوظائف الحيوية و العصبية بالمخ، وعدم تناول البروتينات يجنب مرض التوحد تلف الجهاز الهضمي والعصبي على أ لا يتم الامتناع عنها بشكل مفاجئ ولكن تدريجياً مع استشارة المتخصصين. (وليد السيد خليفة، 2008 ، ص 137 ، 198)

لذا تعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل، وعادة ما يصاب أطفال التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية كفقر الدم و السمنة و زيادة الوزن و تسوس الأسنان و بعض الاضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال و الحساسية الغذائية، وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تحقيق حدة أعراض التوحد .(نادية عبد الرحمن بن ويلح اللهبي ، 2009، ص 50)

13/ أهم البرامج التربوية الموجهة لأطفال التوحد:

لتنمية المهارات الاجتماعية لدى طفل التوحد صممت برامج تربوية تدريبية لخدمتهم خاصة فئة ذوي السنين من أعمارهم ونسبة ذكائهم بين (10 و 146)

1 برامج تيتش TEACH

يهدف هذا البرنامج التدريبي لخدمة الأطفال وتنمية قدراتهم وذلك من خلال مراكز تيتش المنتشرة في أمريكا ، حيث يهدف إلى تدريب الأهالي في كيفية التعامل مع أطفالهم ، وأيضاً يهتم المختصين فيقوم بإعطائهم تدريبات خاصة عن التشخيص وكيفية تقديم خطة تعليمية خاصة للطفل ، ومن المجالات التي يتضمنها البرنامج نذكر:

- الإقلال من المشاكل السلوكية.
 - التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.
 - تنمية السلوك الإتصالي و الإجتماعي.
 - تدريس الجوانب المعرفية الأكاديمية.
 - تنمية مهارات الحركات الدقيقة و التنظيمية .
 - تنمية الاتصال اللغوي التعبيري و الاستقبالي.
 - تنمية مهارة الرعاية الذاتية.
- ولذلك فإن برنامج تيتش قائم على إيجاد الحلول للنهوض بالطفل المتوحد إلى أعلى مستوى لقدراته و إمكانياته ، حيث يركز على خمس ركائز هي :

1.تكوين روتين محدد.

2.تنظيم المساحات المتواجد فيها الطفل.

3. الجداول اليومية المحددة للأنشطة الممارسة.

4.تنظيم العمل وبداية ونهايته .

5. التعليمات البصرية بالصور التوضيحية والرموز.

2 برنامج نظام تبادل الصور : PECS

نظام التواصل بتبادل الصور Picture Exchange Communication system

هو النظام الذي يستخدم من قبل المعالج لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد من خلال فنيات وآليات هذه البرامج. وهو أيضا نظام تبادل الاتصال عن طريق تبادل الصور مكون من ست مراحل:

المرحلة الأولى: بناء التواصل: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب الطفل على المبادرة من خلال تبادل صور بمعزز عال.

المرحلة الثانية: التنقل: تشمل هذه المرحلة تعليم الطفل على الاستمرارية في التواصل من خلال البحث عن الصورة والذهاب بها إلى الشخص شريك التواصل لطلب المعزز.

المرحلة الثالثة: تمييز الصورة: يقوم المدرب بتعليم الطفل تمييز الصور و اختيار الصورة التي تمثل المعزز الذي يريده.

المرحلة الرابعة: بناء الجملة: يقوم المدرب بتدريب الطفل على تكوين جمل لإجراء الطلب من خلال نموذج للجملة. أريد...

المرحلة الخامسة: الإستجابة للطلب : حيث يتم تعليم الطفل المتدرب على الإجابة عن سؤال " ماذا تريد..."

المرحلة السادسة: التعليق و التلقائية: يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الأشياء الموجودة في محيطه أو بيئته إما وحده أو بطريقة عفوية.

3 برنامج لوفاس:

برنامج Lovas هو برنامج مطول للتدريب على المهارات المكتفة المختلفة مبني بشكل منظم ومنطقي ، ومعتد بشكل كبير على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات ، يبدأ البرنامج بتحديد المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد التعرف على استجابة الطفل ،

ثم تحدد سلوكيات الطفل القوية والضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات وتقديم التعزيز الفوري وهو ما يعرف بنموذج A.B.C كما يلي:

A يصف الأحداث السابقة.

B السلوك.

C النواتج.

فكل محاولة تدريبية تتألف من مثير تميزي لفظي لاستجابة الطفل ومن المعزز وقد يكون إيجابياً مثل الطعام أو ألعاب .

مهارات الحضور و الانتباه

1. أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.
2. أن يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.
3. أن ينظر و يتصل ببصره عند سماع أمر أنظر إلى.
4. أن يستجيب للأمر إرفعيديك.

مهارات التقليديّة:

1. أن يقلد حركات الجسم الكبرى.
2. أن يقلد الحركات الدقيقة.
3. أن يقلد حركات الفم و الشفاه.

مهارات اللغة التعبيرية:

1. أن يشير بأصبعه إلى ما يريد .
2. أن يقلد الاصوات و الكلمات.
3. يعبر حركياً بنعم أو لا (باستعمال اليد أو الرأس)
4. تسمية الأشخاص المألوفين. (الزراع ، ص34_40)

14/ رعاية الطفل التوحدي:

اولا : الخدمات التربوية و النفسية التي يجب أن نقدمها لأبنائنا ذوي التوحد:

- 1 الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للتلميذ ذوي التوحد.
- 2 تقديم الخدمة في أقل البيئات عدلا قدر المستطاع مع مراعاة درجة و طبيعة الإعاقة لدى التلميذ
- 3 تبني الخطة التربوية وتفعيلها.
- 4 تقييم مستوى اداء التلميذ قبل واثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي والذي على ضوءه يتم تصميم وتعديل البرنامج التربوي والتدريبي الفردي له.
- 5 إعطاء الاولوية لتدريب التلميذ على المهارات الاستقلالية و الاجتماعية و التواصلية.
- 6 تدريس مهارات التكامل الحسي الحركي ،المهارات الاكاديمية الأساسية مهارات الأمن والسلامة مهارات التهيئة المهنية.
- 7 تنظيم بيئة التعليم واستخدام المثيرات الحسية مع التركيز على المثيرات البصرية بشكل مكثف اثناء عملية التدريس وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والترفيهية للتلميذ تنظيما جيدا (التدريس المنظم)
- 8 دمج التلميذ في مجتمعه المحلي من خلال الانشطة التعليمية و الترفيهية المختلفة كالزيارات الميدانية ببعض المنشآت والجهات و المؤسسات العامة و الخاصة و تقديم الخدمات التربوية و التدريبية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع .
- التخطيط المنظم للحفاظ على ما اكتسبه التلميذ من مهارات بهدف زيادة فعاليتها و استخداماتها الوظيفية .
- 10 توفير خدمات وبرامج أثناء الإجازة الصيفية.
- 11 تقسيم الأطفال إلى مجموعات أو مستويات متقاربة حسب معايير العمر الزمني والعقلي و السلوك ومهارات التواصل

كما هناك المتطلبات المكانية و التجهيزية التي ينبغي توافرها داخل برامج التوحد تشمل على ما يلي:

1 صالة حسية ، صالة فنية، صالة رياضية، صالة تهيئة مهنية.

2 حمام السباحة.

3 وحدة مصادر التعلم.

4 كافيتريا

5 حديقة خارجية.

6 قاعة تدريبية.

7 وسائل تعليمية مثل فيديو، تلفزيون ، مسجل ، طاولات....الخ

8 أن تكون دورات المياه مهيأة للأطفال التوحدين

9 توفير زجاج عاكس للأطفال من الخارج.

(طارق، 2008، ص 195، 196)

ثانيا: بعض المقترحات لرعاية الطفل التوحد:

هناك بعض المقترحات من أهمها ما يلي:

1 وصل أولياء الأمور بالمصادر المفيدة سواء كانت على الصعيد التعليمي أو التربوي أو

ما يستجد من أبحاث بالدعم النفسي أو ببعض الإقتراحات المفيدة

2 توفير قاعدة معلومات دائمة و متجددة عن المؤشرات والندوات وورش العمل التي تعقد

والتي يمكن للأولياء الأمور والمختصين من خلالها التزويد بأخر ما تم التوصل إليه من

مجال التوحد .

3 دعم وتعزيز الأسرة في صنع القرارات المتعلقة بمستقبل ولدها ومشاركة المؤسسات والمدارس في رسم السياسة العامة والبرامج المقدمة لأولادهم والإنخراط بالأنشطة المختلفة التي تظهر كفاءة ذوي الاحتياجات الخاصة.

4 ضرورة المحافظة على استمرارية وجود الطفل في المدرسة و العمل على تدعيم الاتجاهات نحو الإداريين و الفنيين لمتابعة البرنامج

5 إعادة النظر في المشكلات السلوكية من قبل المدرسة و العمل قدر الإمكان على التقليل من احتمالية ظهورها في المستقبل

6 تنسيق الجهود بين المدرسة و العيادة للمحافظة قدر الإمكان على المستوى الذي وصل إليه الطفل.

7 إجراء بعض التعديلات في بنود المنهاج، وذلك من خلال العمل إعداد الدروس بشكل يسمح للطفل يفهمها واكتسابها بناء على قدراته ويكون ذلك مرتبطا بشكل مباشر بالخطة التربوية الفردية والعمل بها من خلال المدرسة.

8 تعيين لجنة خاصة للطفل لأعداد الاستجابات و الاشراف عليها حتى يتسنى لنا الوصول إلي تقييم فعلي وتحقيق لقدرات الطفل وما تم اكتسابه من المنهاج ، وكذلك وجود لجنة خاصة للامتحانات يساعد الطفل في إعطائه فرصة كبيرة في الإجابة على الأسئلة بشكل أفضل

9 العمل من خلال مثل هذه الحالات على حث الإداريين المسؤولين والذين يرسمون السياسية التعليمية والفلسفة القائمة عليها.

إذ يأخذو بعين الاعتبار طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية والخصائص والسمات الشخصية التي تميز أطفال التوحد بعين الاعتبار عند قبولهم في المدارس العادية وأن يوجهوا الجهود المطلوبة للوصول بالطفل إلى الأهداف التربوية العامة المرجوة من التعليم أسرة بالأطفال العاديين.

كما يجب توفير المتطلبات التالية لرعاية الطفل التوحد:

- 1 توفير المعلومات الضرورية لأسرة التلميذ حول إعاقته وطبيعة احتياجاته.
- 2 مشاركة الأسرة في إعداد وتصميم وتنفيذ وتقييم البرنامج التربوي الفردي للتلميذ.
- 3 توفير برامج تدريبية لأسرة التلميذ.
- 4 توفر خدمات التقييم والتشخيص المتخصص.
- 5 تشجيع البحث في أسباب مرض التوحد.
- 6 ترفع الوعي وتخلق فهما أفضل من مرض التوحد.
- 7 تعاون وزارة الصحة والتعليم وأقسام الطب النفسي المحلية وأقسام علم النفس لتشكيل الأساس لفريق يقوم بالتشخيص
- 8 إجراء الدراسات المسحبة عن حجم الأوتيزم في مجتمعنا العربي والمصري و الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال حيث لها معلومات أساسية في وضع سياسات واستراتيجيات العمل لمخططات وبرامج الرعاية والتأهيل وتدريب الكوادر العاملة في المجال ولتوفير الاعتمادات المالية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها موثيق حقوق الطفل المعاق والتي أصبحت الان تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع
- 9 عمل دورات تدريبية عن الأوتيزم للأطباء ومدرسي التربية الخاصة والإخصائيين النفسيين وأخصائي اللغة والكلام في العيادات والمدارس ووحدات رعاية الأطفال تكيفية التعرف على هذا الطفل و كيفية التعامل معه (طارق ، 2008،ص207 حتى ص212)

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق عرضه نستخلص أن التوحد هو أحد الاضطرابات النمائية المعقدة، أو ذلك يرجع إلى تعدد أسباب حدوثه ، وكذا التداخل خصائصه مع الاضطرابات الأخرى وتعتبر عملية تشخيص الطفل المتوحد من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا لأنها تعتمد على فريق من الأخصائيين والأطباء التي تتطلب تعاون كبير بين أعضاء هذا الفريق.

الفصل الثاني

المعاش النفسي

- تمهيد
- مفهوم المعاش النفسي
- محددات المعاش النفسي
- أنواع المعاش النفسي
- تعريف ببعض عناصر السلبية
- أولا القلق
- تعريف القلق
- أنواع القلق
- أعراض القلق
- أسباب القلق
- النظريات المفسرة للقلق
- تشخيص القلق
- علاج القلق
- ثانيا الاكتئاب
- لمحة تاريخية عن الاكتئاب
- تعريف الاكتئاب
- تصنيفات الاكتئاب النفسي
- أعراض الاكتئاب
- أسباب الاكتئاب
- ثالثا الوحدة النفسية
- تعريف الوحدة النفسية
- أسباب الوحدة النفسية
- أنواع الوحدة النفسية

تمهيد:

منذ القديم يسعى الإنسان إلى فهم نفسه وإلى فهم طبيعة سلوكه ودوافعه ، وفي الوقت الحالي أكثر من أي وقت مضى لذا فهو يدرس كل حالاته النفسية المختلفة من فرح و حزن أو أمل أو يأس أو تعقل أو انفعال أو خوف أو اطمئنان أو توافق أو الفلق وإن هذه السلوكات والحالات النفسية تشكل ما يسمى بالمعاش النفسي .

1/ مفهوم المعاش النفسي:

المقصود بالمعاش النفسي هو كل ما يعيشه الفرد في داخل أعماقه الباطنية (من مشاعر وأحاسيس ووجدانات).... أو هو الصورة التي يعيشها الفرد مع نفسه مما يترتب عليها أحاسيس ومشاعر تنعكس على سلوكه . وهو أيضا الكيفية التي يعيشها بها الفرد مع ذاته ، وما يترتب عنها من صعوبات في التكيف ، وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة ، والشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد ، حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها (سميح عاطف الزين ، 1991، ث 231)

ويعرفه "sureau" على أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما، وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة. (زرديم خديجة، 2006، ص 15)

2/ محددات المعاش النفسي:

1- المحيط النفسي الداخلي للفرد:

ويتضمن الفرد وما ينطوي عليه بناؤه النفسي من دوافع خبرات وقيم وميول قدرات وعواطف.

2- المحيط الخارجي:

ونقصد به كل ما يحيط بالفرد من بيئة طبيعية وبيئة اجتماعية (الأسرة ، المدرسة ، العمل، و أحداث حياة)....

3/ أنواع المعاش النفسي:

وينقسم إلى نوعين:

1- المعاش النفسي الإيجابي :

ويتمثل المعاش النفسي الإيجابي (جملة المشاعر والأحاسيس والانفعالات السارة وما يصحبها من تصورات وأحكام إيجابية بخصوص الذات أو الآخرين أو الحياة بصفة عامة) كنتيجة للتكيف والتوافق النفسي الذي يحققه الفرد من خلال سلوكه وطريقة معالجته للمشكلات، ليكون أكثر فعالية مع الظروف والمواقف الاجتماعية، ويبرز على شكل مشاعر إيجابية : الشعور بالسعادة والتقبل ، والرضا ، تحقيق الذات والاستقلالية والشعور بالانتماء والأمن.....

2- المعاش النفسي السلبي :

وتتمثل أهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر والأحاسيس التصورات المرتبطة بها والتي تظهر في العديد من الأشكال :كالقلق والإحباط والاكتئاب والأسى وعدم الرضا والدونية وغيرها.....

4/ تعريف ببعض عناصر المعاش السلبية :

أولا : القلق :

1- تعريف القلق:

أ - لغويا:

يقال قلق ، قلقا ، اضطراب ، انزعج ، فهو قلق ومقلق ، أقلقه ، أي ازعجه تعادل كلمة في (angoisse) ، وبالفرنسية (angoisse) اللاتينية وبمعنى وضعية محرجة أو ممر ضيق وصعب

(Silleny,1980 :71)

ب - اصطلاحا:

* ويعرفه "فرويد" على أنه علاقة مع حدث صدمي خارجي حيث ينجر إثارة مفرطة مهددة لأننا فنتنتج صدمة تشبه صدمة الميلاد والانفصال عن الام . كما أن القلق يشكل مؤشر خطر بالنسبة للانا إذ يحذره من الأخطار المتوقعة سواء كانت داخلية أو خارجية.

(سيجموند فرويد، 1989 :35)

* وتعرفه "فوزي ايمان سعيد:" أنه خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر، أو التهديد أو أنها توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثا خطيرا يوشك أن يحدث معه .

(فوزي ايمان سعيد، بدون سنة ،:23)

* ويعرفه "ويرنر" : على أنه حالة من الإثارة العاطفية تظهر عقب إدراك الاثارات . أو من خلال تمثيلات عامة لخطر فيزيولوجي أو تهديد نفسي وكذلك يعتبر على أنه توتر و انشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ويكون مصحوبا بأعراض جسمية كالأم العضلات والشعور بعدم الاستقرار والطمأنينة، (P57 1995werner)،

* كما يعرفه " أحمد عكاشة" : بأنه شعور غامض غير سار بتوقع الخوف و التوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات يأتي في نوبات تتكون في نفس الفرد.

(أحمد عكاشة، 1979 : 26).

* وعرفه "دورون" : القلق على أنه حالة وجدانية تتميز بعاطفة و بانشغال البال و فقدان الأمن ، اضطراب منتشر نفسي و جسمي وتوقع خطر غير محدد يقف الفرد أمامه عاجزا.

(87 : 1991، doran Roland)

ومن التعاريف السابقة ورغم اختلاف آراء الباحثين والمفكرين في إعطاء تعريف موحد وشامل للقلق لتعدد جوانبه فإننا نستخلص عن طريق تعريف إجرائي شامل لهذا المفهوم:

"انه حالة نفسية يصاحبها التوتر الزائد مع توقع حدوث خطر مجهول المصدر لموقف ما ،
قد يسبب له انفعالات يعبر عنها بالخوف والخشية من تهديد غير معلوم"

2-أنواع القلق:

أ- القلق الموضوعي:

ويطلق عليه أيضا اسم الواقعي أو القلق السوي ويؤكد علماء النفس على أن هذا القلق يحدث
في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء ما مثل : القلق المتعلق بالنجاح أو بالصحة أو
انتظار نبأ هام

(عبد الرحمان الوافي ، 2007: 256)

وكذلك يمكن القول على هذا النوع من القلق أنه اقرب الى الخوف وذلك أن مصدره يكون
واضحا فالفرد مثلا : يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان

(حنان عبد الحميد العنابي، 2000 : 113)

ب- القلق العصابي:

هو قلق مصدره داخلي ويشير إلى الإدراك بالخطر من الغرائز وهو خوف مما قد إذا فشلت
شحنات الأنا المضادة في وضع الشحنات الغرائزية الموضوعية وأسباب لا شعورية مكبوتة
غير معروفة ويعيق التوافق والإنتاج العصابي ويميز فرويد بين ثلاث أنواع القلق العصابي:
قلق الطليق الهائم، قلق المخاوف المرضية ، قلق الهستيريا. (سيجموند فرويد، 1988 ص
15-16)

كما أنه يسمى بالقلق الداخلي المنشأ وهو حالة مرضية ويبدو أن لدى ضحايا هذا المرض
استعداد وراثي له ويبدأ عادة بنوبات بالقلق الدائم يأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر.

(مصطفى القمش، 2007 : 256)

3- أعراض القلق :

1-الأعراض الجسمية:

وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية وقلة النشاط والمثابرة وتوتر العضلات والأزمات العصبية الحركية : كرمش العين والتعب والصداع المستمر و كذلك تصيب العرق وارتعاش الأصابع .

1-1 أعراض مرتبطة بالجهاز القلبي الدوري :

وتتمثل في الآلام العضلية في الناحية اليسرى من الصدر، ارتفاع ضغط الدم، سرعة دقات القلب والنبض.

(مصطفى القمش، 2007، : 259)

1-2 أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي:

وتتمثل في فقدان الشهية أو عسر الهضم التقيؤ والغثيان والإسهال والإمساك

1-3 أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي:

وتشمل هذه الأعراض على ضيق الصدر وسرعة التنفس وتكون على شكل تنهدات مع الشعور بعدم القدرة على التنفس في بعض الأحيان هذا يؤدي إلى الإغماء.

1-4 أعراض مرتبطة بالجهاز البولي والتناسلي :

ونذكر منها كثرة البول عند الانفعال الشديد وأحياناً العكس وعند المرأة يحدث البرود الجنسي واضطرابات في الطمث وآلام عند حدوثه.(حامد الزهران، بدون سنة : 400)

1-5 أعراض متعلقة بالجهاز العضلي:

يشكو معظم المرضى من آلام مختلفة في الجسم كآلام الساقين والذراعين والظهر وفوق الصدر ولطالما تناول بعض هؤلاء المرضى أدوية الروماتيزم مع أن أعراضهم نفسية بحتة.

(خليل فرحة ، 2000، ص119)

2- أعراض نفسية:

نجد منها الشعور بالخوف أو التوجس أو التوتر الداخلي دون أي سبب ظاهر وسهولة الاستثارة والهيجان وعدم الاستقرار والخوف الذي يصل إلى درجة الفرع وضعف القدرة على العمل والإنتاج والإنجاز وسوء التوافق الاجتماعي والمهني يصل إلى السلوك العشوائي غير مضبوط وكذلك ضعف القدرة على التركيز الذهني أو سيطرة الأفكار المثيرة إلى الخطر على الساحة الذهنية. (فاروق عثمان، 2001 ، : 189)

أسباب القلق:**1- أسباب وراثية:**

وقد أثبتت دراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة حيث افترض أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا يسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الإضطراب بين أقارب المصابين بين الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة مما أن لا تربطهم صلة قرابة من المرضى.

(مصطفى قمش ، 2007 : 266)

2- أسباب جسمية :

يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة والحادة كالسرطان والداء السكري الربو و القلق وأيضا قد يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي والخلل في الوظائف العصبية و العوامل الكيميائية داخل الجسم .

(جاسم المرزوقي، 2008 : 51)

3- أسباب نفسية:

أثبتت الدراسات النفسية و الإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق قد ينتج عن صراع النفسي أو قد يكون نتيجة التهديدات والخوف .

(حنان العنابي ، 2000 : 12)

النظريات المفسرة للقلق :

1-نظرية فرويد:

تركز على التنبيه الزائد الناتج عن إعاقة الدفاعات الحسية ، ثم عدل فرويد نظريته فيما بعد معتبرا أن القلق رد فعل لحالة خطر يواجهها هي صدمة الميلاد لأنها انقطاع مفاجيء عضوي ويتجدد القلق ثانية حين يتعرض الطفل لخطر آخر : يتمثل في غياب أمه عنه لأن غيابها يعني إنقطاع في إشباع حاجاته الضرورية وهكذا فإن فرويد يشدد على أن القلق استجابة لمثير مهدد و خطر يمر به الفرد خلا لمراحل النمو منذ البداية.

2-نظرية ادلر:

حيث يقول أن فكرة الشعور بالنقص تتضمن على معنى القلق حيث أن الطفل الصغير يشعر عادة بضعفه و نقصه وعجزه بالنسبة إلى أشقاءه الكبار ووالديه و الأشخاص البالغين و الإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص أو القلق بتقوية روابطه الاجتماعية.

3-نظرية روبرت مالموم:

وقد وضع نظريته عن القلق بوصفه تنبئها زائداً على أساس هذا الافتراض أن القلق الإكلينيكي يعد مرضاً خاصاً بزيادة التنبيه و الإثارة والتعرض الزائد زمناً طويلاً للتنبيه المنشط يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الفرد على عدم التنشيط.

(محمد قاسم عبد الله، 2001 : 178)

4-النظرية السلوكية:

حيث يعتبر القلق عندهم خبرة غير سارة و مصدره يمدنا بأساس داخلي وأي خفض للقلق ينظر لها لأهمية الكبيرة فالتعلم الشرطي عند بافلوف يمدنا بتصور عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي والذي يتميز بالصفات التالية:

- السلوك العصابي يتميز بالقلق وهذا ضمن العقاب من أي نوع كان .
- السلوك العصابي نتيجة ضغط وتوتر وصداع.

- السلوك العصابي يتسم بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية.

5- نظرية كارل يونغ:

يعتبر القلق كرد فعل يقوم به الفرد حينما يفرز عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجماعي فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على الجماعي الغير المعقولة التي لا زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية و يعتقد يونغ أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير معقولة في اللاشعور الجماعي يعتبر تهديدا لوجوده.

(فاروق السيد عثمان 2000 : 22)

تشخيص القلق :

يحدد الدليل DSM 4 معايير التشخيص لكل نوع من الأنواع اضطرابات القلق. إذا لم يتم الوفاء بهذه المعايير لمدة 6 أشهر على الأقل، ويجوز في التشخيص.

إن تشخيص اضطرابات القلق كثير ما تتعايش مع غيرها من اضطرابات نفسية، قد يكون تحدياً.

قرابة 62 في المائة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم على سبيل المثال، ترافق اضطراب الهلع أو اضطرابات الاكتئاب.

كذلك يجوز أن يرافق الشرط مع تعاطي الكحول أو المخدرات.

وتشمل "معايير DSM4-TR المعمم اضطرابات القلق:

وجود القلق المفرط تجاه الأحداث أو الأنشطة التي تحدث في معظم الأيام لمدة 6 أشهر على الأقل يفقد السيطرة على حدة القلق.

ثلاثة على الأقل من الأعراض بما في ذلك ضيق الصدر أو منطقة ، التعب ، عدن التركيز، والتهيج ، ومشاكل التوتر و النوم العضلات تدخل كبير من الأعراض الاجتماعية

والعمل المتصلة بالأداء أو يؤدي إلى ضائقة كبيرة لا اضطرابات المزاج أو مشكلة نفسية أخرى.

[http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement.](http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement)

Psychiatry-psychology/anxiety-disorder

علاج القلق:

1-العلاج السلوكي:

يتمثل في تدريب المريض على عملية الاسترخاء، وبعد ذلك يقوم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق والانفعال وإذا لم يتحقق الشفاء قد نضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة و الصدمات الكهربائية.

(حنان العنابي، 2000 : 121)

كما أن السلوكيون يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من الأكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا في إزالة الحساسية ، ادخلها أول مرة البروفيسور " ولب 4985 مبدأ اشراطي أسماء الكف المتبادل حيث قام بإحداث استجابة مضادة للقلق بوجود المثيرات المستدعية للقلق ، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي

(صالح قاسم حسين ، 2008 : 179)

كما أن العلاج السلوكي يتضمن طرائق عديدة من العلاج يشمل وسائل مختلفة إذ تقوم على أساس الافتراض بأن الإنسان يتعلم أو يكتسب الاستجابات أو يتعلمها بطريقة شرطية ، ومن أشهر هذه الأساليب نجد:

أ- إزالة الحساسية بطريقة منظمة:

إن إزالة الحساسية المنظمة تركز على المواجهة التدريجية التي يصحبها الاسترخاء المسبق

للعضلات وتكون المواجهة اولاً في الخيال ثم في الواقع فيما بعد.

ب- العلاج بالتعويض أو المواجهة:

اصبح شعار العلاج بالتعويض أو المواجهة التصرف الحقيقي المباشر الشديد و الطويل المتكرر الذي لا مهرب منه حيث لاحظ بعض الباحثين أن مواجهة المشكلة كما تحدث في الحياة الواقعية تقلل في الامراض.

ث-المحو او الإطفاء:

ويشتمل المحو على تقليل السلوك تدريجياً من خلال إيقاف التعزيز الذي كان يحافظ على استمرارية حدوثه في الماضي .

(مصطفى القمش ، 2007 : 271)

2-العلاج المعرفي:

يقوم هذا العلاج على مناقشة الافكار غير منطقية لدى المريض و نقدها يقنع من خلاله الفاحص المفحوص بأنها افكار خاطئة وغير منطقية وباعتبارها محور حياته وتعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية

(حنان العنابي، 2000 : 122)

3-العلاج الكيميائي:

وهنا يعطي المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على تقليل التوتر العصبي ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي اما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير وذلك تحت إشراف الطبيب المختص ويجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة وذلك بهدف منع حدوث الإدمان.

4-العلاج الاجتماعي:

يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي وعن مثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته وكثيراً ما ينصح بتغيير الوسط الاجتماعي والعائلي كما يمكن مساعدة المجتمع المريض

على التغلب على المرض وإعادة تكيفه من جديد في حياته من خلال جو مناسب في المنزل يسوده الحب و التفاهم فهذا يشعره بالإرتياح ويحسسه بالأمان ويخفف من شدة الآلام التي يعانها

(لطفى الشربيني، 2010: 75-122)

5-العلاج الكهربائي:

تشير التجارب إلى أن الصدمات لا تفيد لعلاج القلق النفسي إلا إذا كان مصحوب بأعراض إكتابه وهنا سيختفى الإكتئاب و المنبه الكهربائي يفيد أحيانا في الحالات المصحوبة بأمراض جسمية .

(حنان العنابي ، 2007 : 123)

6-العلاج التحليلي:

يرى فرويد بأن للقلق اهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية حيث يقول بأنه عملة متداولة تمثل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور .

(فاروق السيد عثمان، 2008 : 212)

ثانيا/الإكتئاب:

1-لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، وذكرت اعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق و البابليين ، فلاحظ المؤرخون والفلاسفة أن في كتابات أبيقراط (400) قبل الميلاد كان يطلق على الاكتئاب اسم "المنخوليا أو الميلانكوليا" وهذا ما يعرف اليوم عند علماء النفس بالإكتئاب الخطير .

(Pierre Schneider,1980,P39- 41)

وفي عام 80 بعد الميلاد أشار أريتوس إلى مجموعة من الخصائص النفسية مثل الفلق و الحزن و المعاناة من الأرق والشعور بالرعب والفرع و الرغبة في الموت .

وفي القرن الثاني بعد الميلاد (200.130) جاء جالينوس فوضع نظرية الأخلط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سوداويا أي مكتئبا .

وذهب فليكس بلاتر platter في أواخر سنة 1500 إلى أن الملانكوليا نوع من الإغتراب العقلي الذي يؤدي إلى الحزن والخوف . (مدحت عبد الحميد، 2001، ص 14)

ونجد أيضا في التراث الإسلامي ما يعطي تعريفا لهذا المفهوم حيث عرف ابن سينا (380هـ-980م) الميلانكوليا : بأنها انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الفساد والخوف و المزاج السوداوي ، ويرجع ابن سينا سبب الميلانكوليا إلى الدماغ ، حيث تتصاعد الأبخرة من البدن إلى الدماغ. ومن علامات الميلانكوليا حسب ما جاء به ابن سينا الخوف بلا سبب وسرعة الغضب وسوء الظن والغم والفرع والوحشة والكرب والهذيان والخوف من أمور غير معروفة وتخيل أشياء غير موجودة. (عبد الرحمان العيسوي ، 1975 ، ص103-104)

و في حديثنا عن ما جاء قبل و بعد الميلاد يحق لنا أن نسلط الأضواء عن ما جاء في عصر النهضة من تعريف للإكتئاب .ونذهب إلى ما جاء به أول طبيب يتخصص في الطب العقلي جوهان واير J Weyer. (1588-1515) حيث دعا المتخصصين إلى ضرورة

التدقيق في فحص أفكار المصابين بالميلانكوليا وعباراتهم وتصوراتهم وأفعالهم التي ترهق أذهانهم إلى حد أن يتخيل البعض منهم بأنه حيوان . (مدحت عبد الحميد، 2001، ص18) وفي ألمانيا ظهر أميل كراپلين، (1856-1926) Kraepelin .E. وميز بين ستة أنواع من الاكتئاب وهي :

- 1-الإكتئاب البسيط.
- 2-الإكتئاب الذهولي.
- 3-الميلانكوليا الخطيرة.
- 4-الميلانكوليا الإضطهادية.
- 5-الميلانكوليا الوهمية.
- 6-الميلانكوليا التخريفية.

إلا أنه غير من رأيته بعد ذلك واعتبر كل أعراض الاكتئاب بما في ذلك الاكتئاب التحولي، مظاهر لمرض واحد ، وهو الذهان الدوري ، وهذا التصنيف هو المتبع حالياً ، مع فصل الإكتئاب التحولي الذي اعتبره كراپلين كمرض منفصل على أساس الأسباب فيه تختلف عن أسباب كل أنواع الإكتئاب الأخرى.

(مدحت عبد الحميد، 2001، ص 18)

2-تعريف الاكتئاب:

من الوهلة الأولى التي يذكر فيها اسم الاكتئاب يتبادر في الذهن أنه تلك الهالة السوداء التي تحيط بإنسان بئس من الحياة و ما فيها من مسرات، فلا يهمه إن كانت موجودة أم لا ، هذا إن صح التعبير عن رأي عامي يطلقه الناس ، في حين تختلف النظرة وإن كانت نفسها ولكنها في قالب مدرّوس ومنظم ، تلك نظرة الدارسين و المختصين في مجال علم النفس، وقبل هذا سنعرض التعريف اللغوي للإكتئاب:

يشنق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كآب ويشير هذا الفعل إلى اسم الكآبة، "يقال اكتأب فلان أي حزن ، اغتم و انكسر ، والكآبة تغير النفس أما بالانكسار من شدة الهم و الحزن ، والكآباء فهي الحزن الشديد. (سرحان وآخرون .2001 ص1)

يعرف "بيك Beck الاكتئاب" بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراباً في الوجدان ، حيث يرجع إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج من جراء ذلك ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية.

ويرى رشاد عبد العزيز: بأن الاكتئاب يعتبر أكثر الأعراض النفسية انتشاراً وهو يختلف في شدته من مريض لآخر ويشعر المصاب بالاكئاب بأفكار سوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية وعدم القدرة على اتخاذ القرارات و الشعور بالإثم و التقليل من قيمة الذات . (رشاد عبد العزيز، 1993 ؛ ص15)

ويبين محمد الحجار (1989) بأن عبارة الاكتئاب تتكون من ثلاثة مفاهيم وهي:

- المفهوم الأول: وهو يرتبط بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يحتل نتيجة تعرض الفرد إلى سلسلة متلاحقة من الإحباطات و الفشل.
- المفهوم الثاني: ويرى فيه كمتلازمة (syndrome) التي تحتوي على اضطراب المزاج بالإضافة إلى جميع الأعراض الاكتئابية البدنية الوظيفية المصاحبة للاكتئاب.
- المفهوم الثالث: وينظر للاكتئاب كمرض بما فيه المتلازمة السالفة الذكر بالإضافة إلى العجز الذي يصيب المريض إلى درجة منعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كلياً أو جزئياً (محمد الحجار، 1989، ص 84)

أما "اليزابيث زيتزل Zetzel ER: فتعرفه بأنه " درجة أو حالة أساسية لأننا تتميز بفقدان تقدير الذات ، ويعبر عن استجابة للأحداث الداخلية و الخارجية."

ويعرفه "دافيد ستات Statt. D بأنه حالة من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الإنفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى الحالة العقلية لليأس التام ، وهو يتصف بالقلق و الكآبة وانخفاض النشاط العام. (مدحت عبد الحميد، 2001، ص)

وبذهب موريس Maurice Ferreri إلى تعريف الاكتئاب " بأنه اضطراب دماغي يحدث اختلال بيولوجيا قاعديا في المزاج وفي الوظائف العقلية والجسمية كما يحدث تغيير في التنظيم السيكوسوماتي والتوازن النفسي و الاجتماعي للفرد.

(Ferrari Maurice ;1983,p19)

وفي هذا السياق يشير إيديلبج eidilbege .(1989) " : بأن الإكتئاب عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان تجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي ، وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب . (مدحت عبد الحميد، 2001 ، ص 2)

أما ديديا لوشوميا "Lechemia.d (1995)يركز في تعريفه للإكتئاب على ثلاثة أعراض وهي " : معانات نفسية كبيرة وكف نفسي حركي ونقص حركي ملحوظ في تقدير وفعالية الذات .

(Lechemia :.d :1995 ;.P15)

وهكذا يمكننا أن نستخلص في الأخير إلى أن الاكتئاب هو عبارة عن حالة من تغير في المزاج تمس نشاطات الحياة المختلفة، ويظهر في جملة من الأعراض ذات المظاهر الإنفعالية و المعرفية والجسمية.....الخ ويكون فيه المكتئب في دائرة الخطر خاصة وأن أغلب الحالات الشديدة قد تصل إلى الانتحار .

3- تصنيفات الاكتئاب النفسي:

نجد أن للإكتئاب عدة تصنيفات ومن أشهر التصنيفات المعمول بها هو تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD10 وتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM 4 وسنعرض بالتفصيل كل منها.

ICD 1-3 :التصنيف الدولي العاشر

صدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية وقد قسم الإكتئاب إلى عدة أنواع:

3-1-1 انتكاسة إكتئاب (شديدة أو بسيطة)**3-1-2 اضطراب مزاجي مزدوج القطب****3-1-3 إكتئاب متكرر (بسيط ، متوسط ، شديد)****3-1-4 اضطرابات مزاجية طويلة الأمد****3-1-5 تشمل الأشكال الأخرى للإكتئاب سواء غير النموذجية أو المصاحبة لأمراض**

أخرى كالفصام

3-1-1 إنتكاس إكتئاب (شديدة أو بسيطة):

وهي حالات الاكتئاب الشائعة متفاوتة الحدة ، وقد يكون هناك عوامل مهمة مرسبة للحالة أو أحداث بسيطة وقد يكون هناك عوامل للإكتئاب ، وقد قسمت إلى بسيطة وشديدة والبسيطة عادة ما لا تؤثر على أداء الإنسان لوظائفه اليومية بشكل واضح، ولكن الانتكاسة الشديدة قد تؤدي إلى توقف الطالب عن دراسته ، أو ربة البيت عن أداء واجباتها اليومية وقد يستقيل الموظف وتتراجع أعمال التاجر والنجار والحداد ورجل الأعمال بشكل ملحوظ وتتأثر صحته وسلوكه بشكل كبير .

3-1-2 اضطراب مزاجي مزدوج القطب: إن مرحلة الاكتئاب في حياة الإنسان، قد لا تتكرر

ولا تعود الأعراض ثانية ، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للإكتئاب التي تحدث ضمن مرض الهوس الإكتئابي لا تختلف في أعراضها عن الإكتئاب عموماً .

3-1-3 إكتئاب متكرر (بسيط، متوسط، شديد): إن حدوث الإكتئاب في حياة الإنسان، قد

لا يتكرر ولا تعود الأعراض ثانية، وفي أحوال أخرى فإن هناك تكرار للإكتئاب ، إما على فترات متباعدة قد لا تصل إلى خمس سنوات أو أكثر، وقد يكون شديداً في كل مرة أو بسيطاً في كل مرة وقد تتفاوت الإنتكاسات من مرة لأخرى ، وقد يتكرر بلا سبب واضح، أو لأسباب بسيطة أو أحداث معينة مثل الفشل في الدراسة أو الزواج والتغيير مثل بداية المرحلة الجامعية، وبداية العمل والإقبال على الزواج، ويمكن أن يكون التكرار بعد الولادة عند بعض النساء .

3-1-4 اضطرابات مزاجية طويلة الأمد (اضطراب مزاجي دوري، تكرر المزاج) : وهذه من المشاكل التي قد يصعب تمييزها من قبل المريض نفسه، أو من حوله ، وقد تعد جزءاً من شخصيته ففي اضطراب المزاج الدوري يتأرجح المريض بين الإكتئاب البسيط أو تكرر المزاج ثم ارتفاع المزاج مما يصل إلى الزهو ، ولكن فيه ابتهاج ونشاط البسيط وحركة زائدة نوعاً ما، وكثيراً ما يصف الناس هذا الشخص بأنه مزاجي مع أن الاضطراب يتعدى الشخصية المزاجية، أما تكرر أو عسر المزاج فهو درجة بسيطة من الإكتئاب ولكنه طويل الأمد.

3-1-5 تشمل الأشكال الأخرى للإكتئاب سواء غير النموذجية أو المصاحبة لأمراض أخرى كالفصام: فالإكتئاب غير النموذجي يختلف عن الإكتئاب بأنه يكون مصحوباً بزيادة النوم والأكل والوزن وبترافق مع الكسل والقلق أحياناً وغالباً ما يلاحظ في النساء ، أما الإكتئاب المصاحب للفصام العقلي فهو من أشكال الإكتئاب الهامة والتي تتزامن مع أعراض الفصام أو تسبقها أو تتبعها . (وليد سرحان وآخرون، 2001، ص 40-42)

3-2-التصنيف الأمريكي الرابع DSM4

صنفت الرابطة الأمريكية الأمراض في مرجع يسمى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية وكان أول إصدار لها في (1952) ، وفي (1994) قامت الرابطة بإصدار دليل تشخيصي رابع فيه بعض التغييرات والتعديلات ومن بين هذه الاضطرابات التي صنفتها الدليل التشخيصي الإكتئاب الذي يدخل تحت اضطرابات المزاج

3_2_1 اضطراب إكتنابي كبير .

3-2-2 اضطراب إكتنابي عصابي.

3-2-3 اضطراب إكتنابي غير معين على نحو آخر .

3-2-4 اضطراب ثنائي القطب

(الرابطة الأمريكية للطب النفسي ت. أمينة السماك ، دس ، ص 27-28)

ولقد تعرض عدة باحثين لشرح وتحليل هذه الأنواع وفقاً للأعراض المقترحة من الرابطة.

3-2-1 اضطرابات إكتنابي كبير: ويعرفه عبد المنعم عبد القادر الميلادي: أنه من الإضطرابات المزاجية تصيب من 4-7% من الناس وأهم أعراض الإكتئاب وهي إنطفاء الحماس والإقبال على الحياة و الاستمتاع بها أي كل شيء يبدو فاتر وكل شيء بلا معنى ولاشيء يهم حيث تموت الرغبة في الجنس والحب والمعرفة، والعمل يصبح بطيء التفكير و يضعف التركيز يصبح الإنسان في ذهول وتحول في ذهنه هواجس ونجد أنه يستيقظ والناس نائمون ويشعر أنه مطارد أو مراقب وقد يشكو الما جسديا مثل الصداع وألم في البطن (عبدالقادر الميلادي،2004،ص50 ص 60).

3-2-2 الإكتئاب العصابي: ويعرفه مدثر سليم أحمد (2003): على أنه عبارة عن استجابة إكتئابية يفقد فيها المريض الاستمتاع بمناهج الحياة مع نقص الحماس للعمل والإنتاج وفتور في الشهية للطعام ويصاحبه اضطرابات في النوم . (سليم أحمد ، 2003، ص277)

ويعرف في موسوعة الطب النفسي على أنه استجابة عصابية قد تطول مدتها إلى أشهر ويشكل المرضى بالعصاب الإكتنابي من 20% إلى 30% من المرضى بكل أنواع العصاب و أغلبهم ينحدرون من أوساط إجتماعية فقيرة . وتعتبر الاستجابة الإكتئابية غير خطيرة لكن في بعض الأحيان تراوده أفكار انتحارية (عبد المنعم حنفي،1999 ص 122-123)

ومن المواقف التي تسببه فقدان أو تغير الوظيفة و المنزل أو الانفصال عن شخص حميم أو وفاته أو صدمة حادة وكذلك إن التفاعل مع الحياة بطريقة مكتئبة لفترة طويلة يعتبر نوع عصابي للإكتئاب وأن الإكتئاب العصابي يعد إستجابة او ردة فعل للحرمان وهذه الإستجابة يقوم بها الفرد لحماية نفسه من الوعي بمشاعره الثنائية الحب الكراهية إتجاه الشخص المتوفي . (حسن عبد المعطي، 1998ص352)

3-2-3 الإضطراب الإكتنابي الغير معين على نحو آخر:

فهو يشتمل على اضطرابات ذات مظاهر إكتئابية لا تستوفى المعايير الخاصة باضطراب الإكتئاب الكبير أو إضطراب العصابي ومن أمثلة الإضطراب الإكتنابي غير المعين على

نحو آخر.

1. اضطراب عسر المزاج قبل الطمث.
 2. الإضطراب الإكتئابي الصغير.
 3. اضطراب الإكتئاب الوجداني الراجع .
 4. اضطراب الإكتئاب بعد النهائي للفصام.
 5. نوبة الإكتئاب العظمي مقحمة على الإضطراب.
 6. المواقف التي استنتجها الممارس فيها إن هناك اضطرابا إكتئابيا.
- (الرابطة الأمريكية للطلب النفسي ت . أمينة السماك . دس، ص 187-188)

3-3-4 اضطراب ثنائي القطب:

فهو اضطراب يتميز بنوبات متكررة يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوى نشاطه بشكل عميق ويتكون هذا الاضطراب في بعض الأحيان من إرتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط وهذا يسمى الاكتئاب. وتتميز الحالة بشفاء ما بين النوبات . ونجد أن نوبة الهوس تبدأ فجأة تتراوح بين أسبوعين وأربعة أو خمسة شهور أما الإكتئاب فيميل إلى الإستمرار لفترة أطول متوسط المدة فيها 6 أشهر. (أحمد عكاشة، 2003، ص 403-404)

4- أعراض الإكتئاب:

نجد أن للإكتئاب النفسي أعراضا جلية وواضحة تمس عدة جوانب في الشخص ومن أهمها الجانب الإنفعالي والمعرفي والجانب الحسي الحركي والجسمي وهي كالتالي:

1- الجانب الإنفعالي :

- الحزن و البكاء بحرقة.
- اليأس .
- مطاردة الشعور بالذنب.
- فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة.
- الشعور بعدم الكفاءة والرداءة.
- إنخفاض الطاقة.

- التعب والإرهاك.
- فقد الاهتمام بالأمور المعتادة.
- الفتور واللامبالاة. (عبد الستار عسكر، 1999، ص78)
- البؤس والأسى وهبوط الروح المعنوية.
- انحراف المزاج وتقبله والإنطفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص والقلق والتوتر.
- الشعور بخيبة الأمل (محمد سليمان، 2008 ص 131)

2- الجانب المعرفي حيث نجد:

- تشتت الانتباه.
- صعوبة في التركيز.
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
- فقر في القدرة على التجريد.
- فقدان الاستبصار.
- صالة في الحكم على الأمور.
- وجود قدر كبير من الأفكار الانتحارية.
- اضطراب محتوى التفكير حيث نجد تغلغل مشاعر اليأس، ومشاعر دونية والشعور بالذنب وكذلك وجود فقر وضحالة في محتوى التفكير (محمد حسن غانم ، 2006 ص 108-109)

3- الجانب الحسي الحركي:

- اضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته.
- اضطراب ايقاع النوم حيث نجد صعوبة في الدخول الى النوم مع أرق أو زيادة
- النوم إلى حد الأفطار في انحصار الطاقة الجنسية. (عبد الستار عسكر، 1999 ص79)

4- الجانب الجسمي وفيه:

- ضعف عام والشعور بالدوار والغثيان والقيء.
- تأخر موعد الطمث.

- اضطرابات هضمية.
- اضطرابات معدل ضغط الدم.
- تتميل الاطراف وجفاف الفم.
- انتشار الألم في الرقبة الأطراف و المفاصل.
- ضيق التنفس وقلة الحيوية. (مدحت أبو زيد ، 2001ص43)

5- أسباب الإكتئاب :

- 1-العوامل الوراثية والبيئية المهنية : ونسبة هذه العوامل في إحداث الإكتئاب ضئيلة جدا.
- 2-العوامل الفيزيولوجية : وتتمثل في انخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل الكانيكول أمين ، وانخفاض مستوى مادة الأدرينالين في مناطق الإستقبال بالمخ، وهي تختص بالسلوك العاطفي الوجداني وكذلك نقص بعض معدلات المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات .
- 3-العوامل النفسية: موجز العوامل النفسية فيما يلي:
 - التوتر الإنفعالي والظروف المحزنة ، الخبرات الأليمة .
 - الحرمان ، فقدان الحب والمساندة العاطفية، فقدان الحبيب أو وظيفة أو مكانة.
 - الصراعات اللاشعورية .
 - الإحباط، الفشل ، خيبة الأمل، الكبت والقلق.
 - ضعف الأنا الأعلى ، إتهام الذات ، الشعور بالذنب والرغبة في عقاب الذات.
 - الوحدة والعنوسة، سن القعود ، تدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة.
 - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات .
 - التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة ، التسلط ، الإهمال)
 - عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي و المثال.
 - سوء التوافق، ويكون الإكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره و العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ، ويتجه نحو الذات، وقد يظهر في شكل محاولة الانتحار.

(عبد الحميد محمد الشادلي، 1998، ص136.135)

ثالثاً/الوحدة النفسية :

تعتبر الوحدة النفسية إحدى الظواهر الخاصة بالحياة النفسية ، قد يتعرض لها جميع البشر في فترة ما من حياتهم فهي لا تقتصر على فئة عمرية معينة قد توجد عند الأطفال المراهقون والمسنون لكن بنسب متفاوتة، قد تؤثر على حياة الفرد وعلاقاته مع المحيطين به وتفاعله معهم.

1-تعريف الوحدة النفسية:

يعرف "الدسوقي " الوحدة النفسية بأنها احساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين الأفراد المحيطين به، نتيجة لافتقاده لإمكانية الانخراط أو الدخول في علاقات مشبعة ذات معنى مما يؤدي إلى شعوره بعدم التقبل والنبذ و إهمال الآخرين له رغم أنه محاط بهم.

كما يعرف " كلين Killeen " الوحدة النفسية على أنها تلك الحالة التي يشعر فيها الفرد بمشاعر مؤلمة ، ومحزنة ، وغير إنسانية تتناوبه عندما يشعر بوجود فجوة من الفراغ عندما تخلو حياته من علاقات اجتماعية وعاطفية مشبعة (آمال عبد القادر جودة ، 2005 ص 781)

أما سوزان جيردان Susan gordon "تعرف الشعور بالوحدة النفسية على أنه الشعور بالحرمان الناتج عن نقص أنواع معينة من العلاقات الإنسانية. وان نقص هذه العلاقات شيء مؤلم، وينشأ ذلك الشعور عندما تختفي العلاقات المتوقعة من قبل الفرد (محمد السيد ، 1998،ص108)

أما عن تعريف "روكاش rokach " للوحدة النفسية أنها خبرة ذاتية قد يعاني منها الفرد على الرغم من وجوده مع غيره من الناس عندما تخلو حياته من علاقات اجتماعية مشبعة بالألفة والمودة (فضيلة عرفات 2009 ، ص 4-5)

2-أسباب الوحدة النفسية:

هناك العديد من الأسباب نذكر منها:

أن العزلة واعتلال الصحة وضعفها تؤدي إلى شعور الإنسان بالوحدة.

فقدان أحد الأقارب أو الأصدقاء والتفكك الأسري.

ترجع الوحدة إلى التقدم في السن و التغيرات التي تحدث في تلك المرحلة.

المشكلات النفسية والعاطفية والإضطرابات الجسمية تؤدي إلى الشعور بالوحدة لدى الفرد.

اضطراب العلاقة بين الأبناء والأولياء.

طبيعة الظروف والمواقف الحياتية التي يعايشها الأفراد بصفة عامة.

معاناة المراهقين من الضغوط الاقتصادية الواقعة على الأسرة.

البيئة المدرسية والبيئة الأسرية ومشكلات ومصاعب التعامل مع الاقران لها دور في درجة

الشعور بالوحدة النفسية.

3-أنواع الوحدة النفسية:

قسم يونغ الوحدة النفسية إلى ثلاثة أشكال هي:

1-الوحدة النفسية العابرة: وتتضمن فترات من الوحدة ورغم اتسام حياة الفرد الاجتماعية

بالتوافق والمواءمة.

2-الوحدة النفسية التحولية: ويتمتع فيها الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي

القريب ، ولكنه يشعر بالوحدة النفسية حديثا نتيجة لبعض الظروف المستجدة

كالطلاق ، أو وفاة شخص عزيز.

3-الوحدة النفسية المزمنة: وهي التي تستمر لفترات زمنية طويلة ولا يشعر الفرد

بالرضا عن علاقاته الاجتماعية (سلوى محمد عبد الباقي، ص56-58)

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- الدراسة الاستطلاعية
- الدراسة الأساسية
- منهج البحث
- تعريف دراسة الحالة
- مجموعة البحث وخصائصها
- مكان وزمان إجراء البحث
- الأدوات المستخدمة في البحث

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى مختلف الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها في الجانب الميداني لبحثنا، من خلال تقديم المنهج المتبع وما يخص مجموعة بحثنا ومكان وزمان إجراء البحث، وكذلك أهم الوسائل التي اعتمدنا عليها.

1. الدراسة الاستكشافية:

تعتبر الدراسة الاستكشافية الاختيار الأول للفروض حيث تعطينا النتائج الأولية ومؤشرات بمدى صلاحية هذه الفروض وما هي تعديلات الواجب إدخالها على الفروض، وإذا كانت تحتاج إلى تعديلات تمكن الباحث من إظهار مدى كفاءة إجراء البحث والمقاييس التي اختيرت لقياس المتغيرات.

والهدف منها معرفة مدى مناسبة البيانات التي تحصلنا عليها للدراسة، كما من صلاحية المعلومات التي نستخدمها للدراسة (رجاء، 2006، ص168).

ونحن بدورنا قمنا بالدراسة الاستكشافية بمركز التكفل بالأطفال المتوحدين بولاية وهران في أواخر شهر فبراير 2003، أين تم الاحتكاك بالأخصائيين النفسانيين الذين زدونا بالمعلومات الخاصة عن الأمهات ذوي الأطفال المتوحدين، كما تسنى لنا التقرب من أفراد مجموعة البحث، وقد شملت الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها على ثلاث حالات من الأمهات ومن خلال التحدث معهم ومع المربيات لاحظنا:

- عدم فهم الأمهات بعض سلوكيات طفلهم المتوحد.
- شعور الأمهات بالإحباط وصعوبات في تحقيق التفاعل والتكيف مع طفلهم.
- إحساس الأمهات بالإحراج والخجل، وتأنيب الضمير والانسحاب الاجتماعي.
- الأم الأصغر سنا أكثر قدرة على تلبية حاجات الطفل وتقديم الدعم له، كما أن المستوى التعليمي المرتفع لدى الأم تكون أكثر قدرة في الحصول على المعلومات المتعلقة بإعاقة طفلها والخدمات المتوفرة له.

- مظهر المربيات وهندامهم لائق وطريقة تعاملهم مع الطفل التوحيدي بطريقة جيدة ومرنة.
- وجود علاقة جيدة بين المربيات والأمهات ومساهمتهن في تنقيف الأمهات وتوعيتهن بطرق التعامل مع طفلهن في المنزل.

2. الدراسة الأساسية:

1.2 منهج البحث:

يعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية ولقد اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا وموضع الدراسة من جهة ولفردانية الحالات من جهة أخرى، والمنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على فردية (Ronald, 1983, p21) المنهج العيادي على أنه: تناول السيرة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على المواقف والتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد لحلها (Chahroui et Benony, 2000, p47)

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص.

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

2.2 تعريف دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة من أكثر الطرق شمولاً وقرباً من التفكير السليم في تجميع المعلومات والبيانات وتنظيمها إذ أنها تمد الأخصائي سواء كان موجهاً أو معالماً نفسياً أو تربوياً،

بصورة واضحة تتضمن جميع البيانات والمعلومات المتعلقة بالفرد، أيا كان مصدرها أو الوسائل التي استخدمت في الحصول عليها.

وتعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين الأخصائي النفسي على تشخيص وفهم الحالة الفردية وعلاقته بالبيئة والمقصود بها جمع المعلومات المفصلة والشاملة التي تجمع عن الفرد المراد دراسته في الحاضر والماضي وتعد دراسة الحالة تاريخ شامل لحياة الفرد المعنى بالدراسة وتاريخ الحالة ما هي إلا جزء من دراسة الحالة وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية.

وهي الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها الفرد، وذلك عن طريق: الملاحظة والمقابلة، والتاريخ الاجتماعي، والخبرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية، والفحوص الطبية (فكري لطيف، 2016، ص 23-24)

3.2 شروط انتقاء مجموعة البحث:

أن تكون مجموعة البحث أمهات لذوي الأطفال المتوحدين

4.2 مجموعة البحث وخصائصها:

عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل الدراسة الأصلية (محمد، 1999، ص 48)

في بحثنا قمنا باختيار مجموعة البحث التي عددها ثلاث حالات، سنهما ما بين 32 و 42 سنة)، وذلك بطريقة قصدية.

جدول رقم 02: يوضح خصائص مجموعة البحث الأساسية

الحالات	السن	المستوى الدراسي	عمر الابن	سن اكتشاف المرض
1. الأم سارة	32	ثانوي	6 سنوات	3 سنوات
2. الأم غزلان	37	جامعي	5 سنوات	3 سنوات
3. الأم خديجة	42	رابعة ابتدائي	10 سنوات	4 سنوات

5.2 مكان وزمان إجراء البحث:

قمنا بإجراء البحث بمركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد، المتواجد بولاية وهران (قمبيطة)، وفتحت أبوابها لنا في فبراير 2003.

ويتميز هذا المركز بفرقة متعددة التخصصات:

➤ مختصين نفسانيين

➤ مختصين أرطوبيين

➤ مختصين تربويين

➤ الإدارة

➤ مسؤول المركز

وقد أجرينا بحثنا من بداية شهر فبراير، وذلك أيام الإثنين والأربعاء من الساعة العاشرة صباحاً إلى غاية نهاية شهر مارس.

6.2 خطوات إجراء البحث:

تم إجراء البحث من بداية شهر فبراير إلى غاية نهاية شهر مارس بمركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد، حيث تم دراسة ثلاث حالات من الأمهات ذوي الأطفال المتوحدين.

تم إجراء المقابلة النصف موجهة وفق محاور (أنظر الملحق رقم 1) مع أفراد مجموعة البحث، وذلك بهدف جمع البيانات حول وضعية الأم في مواجهة مرض طفلها وتأثيراته على مختلف جوانب حياتها الشخصية والعائلية وبالأخص مع طفلها والوضعية الحالية لجانبها النفسي.

وكنا في كل مقابلة نقوم بتعريف وتقديم أنفسنا مع التأكيد على السرية التامة، وطلبنا الموافقة من مجموعة البحث في المشاركة في إجراء المقابلة مما أدى بهم بكل الحالات إلى الموافقة.

وقد تم إجراء المقابلة مع كل حالة على شكل فردي، حيث تم إجراء المقابلة النصف موجهة الأولى وخصصنا مقابلة أخرى من أجل تطبيق مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك

للاكتئاب، من دون إهمال الملاحظة العيادية التي كان لها دور في جمع المعلومات أكثر عن الحالة.

تم الاعتماد على المقابلتين الأولى للمقابلة النصف الموجهة والثانية لتطبيق المقياسين ودامت كل مقابلة 40 دقيقة، بهدف تجنب تعب ومثل المفحوصات، كما تم أيضا مراعاة اللغة والمستوى الدراسي لتسهيل عملية التواصل مع الحالات.

7.2 الأدوات المعتمدة في البحث:

إن أي بحث أو دراسة تتطلب اتباع منهج يخدم تلك الدراسة وأدوات تساعد على التوصل إلى نتائج بشكل دقيق، ولهذا على الباحث اختيار تلك الوسيلة أو الآداة بشكل يجعل بحثه موجه بشكل صحيح ودقيق.

وقد استعملنا في دراستنا هذه عدة وسائل والتي من خلالها نرجو أن يكون بحثنا دقيق وموضوعي إلى حد ما، وهذه الوسائل هي:

- **الملاحظة:** هي وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات يستخدمها الباحث في الدراسة بغرض الحصول على المعلومات لها أهمية في الدراسة، عرفها عبد الفاتح الدويدار على أنها وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، وتتميز الملاحظة العلمية عن غيرها في جمع البيانات، فتصف سلوك الفرد الفعلي، وفي بعض المواقف الواقعية في الحياة ثم أنها تنفيذ أيضا في جمع المعلومات في الأحوال التي يبدي فيها بعض المبحوثين نوع من المقاومة للباحث ويرفضون الإجابة عن أسئلتهم. (حامد، 1997، ص165)

- المقابلة العيادية النصف موجهة:

يعرف محمد حسن غانم المقابلة النصف الموجهة بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على إجابة من المفحوص، ومن المفهوم طبعاً أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق وإنما تدخل في الموضوعات الضرورية للدراسة خلال المحادثة تكفل قدر كبير من حرية التصرف ويحرص الباحث أن لا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة (محمد، 2004، 171)

المقابلة العيادية تتيح للمختص النفسي أن يكون مصغيا جيدا لما يقوله له المفحوص حيث تشمل المقابلة النصف الموجهة على ستة محاور هي:

المحور الأول: البيانات الشخصية للأم

المحور الثاني: البيانات العامة حول الطفل التوحد

المحور الثالث: تصورات الأم عند إكتشاف التوحد لإبنها

يشمل هذا المحور 5 أسئلة (أنظر الملحق 1)

المحور الرابع: صعوبات تعامل الأم مع وضعية ابنها المتوحد

يشمل هذا المحور 5 أسئلة (أنظر الملحق 1)

المحور الخامس: الحياة العلائقية

يحتوي هذا المحور على 4 أسئلة حول علاقة الأم مع طفلها وزوجها والأسرة والأصدقاء (أنظر الملحق 1)

المحور السادس: النظرة المستقبلية للأم

يشمل هذا المحور 5 أسئلة حول نظرة الأم لمستقبل طفلها وزوجها وذاتها (أنظر

للملحق 1)

القياس النفسي:

تعد ظاهرة القلق و الاكتئاب من الظواهر الإنسانية التي تناولها العديد من الباحثين في ميدان علم النفس وأردنا التعرف على القلق و الاكتئاب اللذان يصيبان أم الطفل المصاب بالتوحد كظاهرة تستلزم فهم أسبابها والعوامل التي تؤثر فيها. وعليه فإن القياس أدق وسيلة كانت بين أيدينا لوصف كمي دقيق لقلق واكتئاب أم الطفل المصاب بالتوحد، وقد استخدمنا مقياس: تايلور للقلق الصريح، ومقياس بيك للاكتئاب اللذان بواسطتهما تمكنا من رصد أرقام دالة على حالتهم النفسية اتجاه معاشهم النفسي اليومي

خصائص القياس:

- على الرغم من أنه يمكن القول أن جميع السمات والخصائص المقاسة قابلة للقياس إلا أن القياس النفسي والتربوي عملية معقدة لأن جميع هذه القياسات هي قياسات غير مباشرة لتكوينات فرضية
- إن الاختبار هو وسيلة لقياس المعرفة أو المهارة أو الدافعية أو الذكاء أو الاستعداد لدى فرد ما أو مجموعة من الأفراد
- ينصرف القياس إلى الحكم الجزئي أو التحليلي للظاهرة لا إلى الحكم الكلي عليها.

مقياس تايلور للقلق الصريح:

"إن الاختبار النفسي ما هو إلا أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن " (عطوف، 1986، ص45) وقد تمكنت في دراستي من تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييماً موحداً، لذا فقد وجدت في الاختبار النفسي الذي استخدمناه لقياس القلق لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد مزايا لم نجدها عند قيامنا بالمقابلة أوفي إجراءات دراسة الحالة الأخرى لأنها أفادتنا في محاولتي لفهم معاناة هؤلاء الأمهات ولمساندتهن لتجاوز مشكلتهن و الإختبار النفسي الذي استخدمناه هو: مقياس تايلور للقلق.

وصف المقياس: هذا الاختبار يقيس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة ويصلح هذا الاختبار في جميع الأعمار قام باقتباس الاختبار وترجمته كل من مصطفى فهمي ومحمد أحمد غالي من مقياس القلق الصريح الذي استخدم وقنن عن طريق الأخصائية النفسية (Taylor.A.J) عام 1959 والذي اشتهر باسمها، ويتكون هذا المقياس من خمسين (50) بند يقابل كل بند عبارتين هما (نعم) و(لا) والمطلوب من الفرد أن يضع دائرة على إجابة تناسبه. تتراوح درجات القياس من 0 إلى 50 درجة كل درجة تنتمي إلى مستوى من مستويات القلق الخمسة (5).

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من 10 سنوات وأكثر.
- من بين الـ 50 عبارة هناك 10 عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (3، 13، 17، 20، 22، 29، 32، 38، 48، 50)
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا)، يتم اختيار من بينهما الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.

والعبارات العكسية (نعم) تأخذ صفر، و(لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي:

الجدول رقم 03: جمع الدرجات المقياس تايلور للقلق وتصنيفها

قلق منخفض جدا	16 - 0
قلق منخفض (طبيعي)	19 - 17
قلق متوسط	24 - 20
قلق فوق المتوسط	29 - 25
قلق مرتفع	30 فما فوق

مقياس بيك للاكتئاب:

يعتبر بيك الطبيب النفسي الأمريكي و زملائه أول من قام ببناء قائمة لقياس الاكتئاب وتتكون من 21 بند لقياس الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة وتتميز بأن بنائها تم من أجل تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محاكاة تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية 4.DSM.

وصف المقياس:

تتكون قائمة بيك من مجموعة من العبارات يتعلق كل منها بعرض من أعراض الاكتئاب وتندرج بحسب الشدة في أربع عبارات، بجوار كل عبارة درجة موضوعة تتراوح بين صفر وثلاث درجات، ويقوم الفرد بوضع دائرة حول الدرجة الموضوعة للعبارة التي يرى أنها تنطبق عليه وتتراوح مجموعة الدرجات على هذه الأداة بين صفر و 63 درجة.

طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلاً إذا اختار المفحوص البديل رقم (3) فإن درجته لهذا السؤال هي (3) ... وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (19) يسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج لتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفراً، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

الجدول رقم 04: جمع الدرجات المقياس بيك للاكتئاب وتصنيفها

لا يوجد اكتئاب	صفر - 9
اكتئاب بسيط	10 - 15
اكتئاب متوسط	16 - 23
اكتئاب شديد	24 - 36
اكتئاب شديد جداً	37 فما فوق

خلاصة:

بعدها تم التعرض في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه في البحث والمتمثل في المنهج العيادي وكيفية اختيار مجموعة البحث وكذا مختلف الأدوات المستعملة، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق المقياس (مقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي) مع تحليلها ومناقشتها.

الفصل الرابع

عرض وتحليل النتائج

1. عرض الحالات وتحليلها

- عرض وتحليل الحالة الأولى
- عرض وتحليل الحالة الثانية
- عرض وتحليل الحالة الثالثة

2. مناقشة الحالات

3. الاستنتاج العام

4. الاقتراحات والتوصيات

1/ عرض الحالات وتحليلها:

■ عرض وتحليل الحالة الأولى:

● تقديم الحالة:

السيدة سارة أم كريم تبلغ من العمر 32 سنة من ولاية وهران، أم لطفل متوحد، مستواها الدراسي ثانوي مأكثة في البيت ذات مستوى اقتصادي متوسط.

● عرض وتحليل مضمون المقابلة العيادية النصف الموجهة:

تم إجراء المقابلة العيادية في مركز التوحد بوهران على الساعة العاشرة وربع صباحا، قدمنا أنفسنا كطلاب تربية خاصة في صدد إعداد مذكرة تدرج ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر، أعلمناها بمضمون المقابلة وسرية المعلومات بعدها طلبنا الإذن لإجراء المقابلة وشرحنا الطريقة المتبعة، فوافقت مباشرة على إجرائها.

- حمل الأم كان أجمل ذكرى لأنه طفلها الأول، وكانت ولادتها طبيعية وعادية، بدأت تحدثني عن ابنها قبل اكتشافها بأنه مصاب بالتوحد، إذ تقول الأم: "شفته دار 6 أشهر ما يتحرك ما يضحك، كي نلعب معاه ما يتجاوبش معايا قلت معلش مازاله صغير، ومن بعد كي قعد 8 أشهر ما ولاش يجمع وحتى دار عامين باش نطق"، هنا بدأت شكوكها ولكن لم تبدي أي ردة فعل ثم قالت لي: "ولد ختي ثاني كان هاكا طول باش هدر وراهن نورمال عليها ما ديتهاش"، وعندما بلغ 3 سنوات ازدادت شكوكها وهذا ما دفعها إلى استشارة أخصائي وهو بدوره وجهها إلى المركز أين تم اكتشاف أن ابنها مصاب بالتوحد حيث أصيبت بالصدمة وعدم التحكم في النفس وبدأت بالبكاء، تقول: "بدبت نبكي مقديتش نشد روعي ومت بالخوف لخطرش طفل نتاعي الأول وليت كي المخلوعة"، وفقدت السيطرة على أفكارها.

- كما صرحت الأم بأنها لا تحس بأي ذنب، حيث تقول: "ما حسيتش بالذنب أبدا الحمد لله على كل حال"

- تقول الأم بأنها تقبلت الوضع وبدأت تفعل المستحيل لكي تتأقلم مع الوضع.

- وبسبب خوفها عليه أصبحت تلازمه طوال الوقت وتوفر له كل الإمكانيات، وأصبحت تشعر بالقلق كثيرا والخوف وتحمل مسؤولية كبيرة تجاه ابنها حيث قالت: "سمحت قاع في روحي وراجلي وحسيت ولات عندي مسؤولية كبيرة"
- صرحت أيضا أن ردة فعل زوجها كانت صدمة له ولكن تقبل الوضع، وتلقت دعم كبير من زوجها ومن عائلة زوجها ومساندتها، والشيء الوحيد الذي تتمناه الأم هو تحسن حالة طفلها: "خطرات نفقد الأمل ونقول عادي تكون صعبة عليا بصح أملي بالله كبير الحمد لله"
- وأن علاقتها بزوجها وأسرتها لم تتغير في شيء وأن هذه الإصابة لم تؤثر في العلاقة.
- أما من ناحية نظرة الأم للحياة المستقبلية فقالت أنها لديها أمل في تحسن ابنها، ولكن تبين أنها متخوفة كثيرا على مستقبله ولكن هذا لا يمنعها من إنجاب أولاد حيث قالت أن الأولاد رزق وابنه يحتاج لإخوانه.

نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح:

تحصلت الحالة على درجة 35 مما يدل على وجود قلق مرتفع.

نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

تحصلت الحالة على درجة 21 مما يدل على اكتئاب متوسط.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل متطلبات المقابلة النصف الموجهة، ونتائج مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب تبين أن الأم سارة تعاني من قلق وخوف من مستقبل ابنها من رغم ظروفها الاقتصادية جيدة، وتفعل المستحيل بتوفير الإمكانيات لابنها إلا أنها لديها قلق مرتفع وقليلة الاكتئاب وهذا راجع إلى مساندة زوجها وأسرتة لها.

■ عرض وتحليل الحالة الثانية:

تقديم الحالة: السيدة غزلان أم عبد الصمد تبلغ من العمر 37 سنة، مستواها الدراسي جامعي، معلمة اللغة الفرنسية في الابتدائي.

عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة:

- تم إجراء المقابلة العيادية في مركز التوحد بولاية وهران قمبيطة على الساعة 10:30 صباحا، وبعدها طلبت إجراء المقابلة تمت الموافقة مباشرة.
- كانت ظروف الحمل والولادة صعبة عليها، لأنها كانت تتعب كثيرا خلال عملها، ثم حين بلغ ابنها سنة لاحظت الأم أنه لا يقوم بالحركات وعندما تناديه لا يستجيب لها وعندما تلوح بيديها لا ينظر إليها، ولكنها لم تأخذ الأمر بجديّة وكانت تتركه عند جدته كثيرا ولكن بعد عدة أشهر تفاقمت الحالة حيث قالت الأم: "أصبح يهمس آ آ آ .. والنظر الغير مستقر، وهنا بدأت أقلق كثيرا عليه وتشاورت أنا وزوجي وأخذناه إلى الأخصائي النفسي وقام بتشخيص ابني"، هنا أحست الأم بالصدمة تقول: "بديت نبكي بشكل هستيري وحسيت الدنيا دارت بيا في هديك الدقيقة، وحتى الزوج لم يتمالك نفسه في ديك اللحظة"
- تقول الأم: "حسيت أنا المسؤولة عن مرض ابني لأنني كنت نتعب بزاف وبعد ما زيدت بعد شهرين رجعت للخدمة وكنت نخليه بزاف عند أمي، وتاني كنت نشعر بالذنب اتجاه ابني وتأنيب الضمير اتجاه طفلي، لكن زوجي هدّني وقالني مشي نتي السبب هذا قضاء الله وقدر وابتلاء من عند ربي"
- وصرحت أيضا: "malgré راجلي قالي ما عندك حتى ذنب بصح أنا دايمن نحس أنا هي السبة لخطرش بنتي لولة عطيتها الاهتمام ووقفت معاها حتى دارت 4 سنوات، ولكن ابني أهملته وبقيت لاهية بالخدمة وسمحت قاع فيه"
- علاقة الأم بزوجها وابنتها جيدة وهناك ترابط أسري بينهم: "زوجي وابنتي واقفين معايا حتى أصدقاء العمل وقفوا معايا"
- الأم لديها تفأؤل قليل ينتابها بعض التردد والخوف من حالة ابنها مستقبلا وتجهد التفكير في ذلك حيث من أول اكتشاف مرض طفلها إلى غاية إجراء المقابلة معها، وهي تعاني

من الأرق والتوتر والخوف الشديد عليه حيث قالت: "وليت مقلقة بزاف ومقدرتش نوفق بين الخدمة والدار، وولا عندي ضغط بزاف ووليت نتقلق بزاف malgré الحمد لله كايين جميع الإمكانيات المادية والمعنوية، ووفرنا له كلشي ودائماً مراقباته ومتبعاته في مركز بصح خطرات نقول الحمد لله على كلشي، فالحمد لله سبحانه لا يكلف نفساً إلا وسعها".

- أما بخصوص الإنجاب فإنها لا تفكر في الإنجاب، وتريد الإلتهاء بطفلها والاهتمام به ورعايته.

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق:

تحصلت الحالة على درجة 46 مما يدل على وجود قلق مرتفع.

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

تحصلت الحالة على درجة 28، مما يدل على اكتئاب شديد.

خلاصة الحالة:

من خلال العرض و تحليل معطيات المقابلة النصف الموجهة ونتائج مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب تبين أن الأم غزلان تعاني من ضغط كبير فطفلها المصاب باضطراب التوحد أثر كثيراً في حياتها، مما جعلها تتحمل شعورها بالذنب اتجاه طفلها ودائماً تشعر بالتوتر والقلق والاكتئاب وكل هذا يفسر حصولها على درجة مرتفعة في كل المقاييس.

■ عرض و تحليل الحالة الثالثة

تقديم الحالة :

السيدة خديجة تبلغ من العمر 48 سنة أم لأربعة أطفال (ثلاثة بنات وذكر) مستواها الدراسي السنة الرابعة ابتدائي وهي ربة بيت تعيش واقع اقتصادي فقير وهي من ولاية وهران (كرمة).

عرض وتحليل نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة:

- حمل الأم كان غير مرغوب فيه من كلا الطرفين (الأم والأب)، ظروف الحمل لم تكن ملائمة، رغم أن الولادة كانت طبيعية، وبعد الولادة لاحظت الأم أن ابنها يقوم بتصرفات غريبة مقارنة مع أخواته، فهو لا يستجيب للكلام، حيث قالت: (يشوف التلفزيون ويقابل التلفزيون ويكي تقعله التلفزيون يقعد بيكي ويدير صوالح بيزار)، كما لاحظت جارتها وانتبهت لتصرفات ابنها فنبهتها أن تصرفاته ليست كتصرفات باقي الأطفال فنصحتها بأخذه إلى الطبيب، وعندما قام بفحصه وجهها إلى الذهاب إلى أخصائي نفسي، شخص حالة طفلها على أنه مصاب باضطراب توحد شديد وهذا يعود أو راجع إلى عدم اكتشاف حالته باكرا، لم تفهم الأم معنى التوحد نظرا لمستواها الدراسي ولكنها لم تتقبل الوضع وضخمت الأمر في رأسها حيث قالت: (مكنتش نعرف شاوالات التوحد بصح نهار لي عرفت وفهمت المرض، وحسيت بلي طاحت على ظهري مسؤولية كبيرة لخاطرش مريبتش ولادي من قبل كيما هاك سما أول مرة غادي نربي كيما هاك). بالإضافة أن زوجها لم يتقبل حالة ابنه وغياب الكفالة الأسرية يعني الأم لم تجد الدعم من زوجها.
- الأم لم تتحمل تصرفات ابنها، حيث صارت الأم تشعر بقلق شديد نتيجة لصراخ ابنها الدائم، وبسبب ثقل الحمل عليها انهارت، لم تستطع التحمل من ناحية طفلها المتوحد ومن ناحية أخرى زوجها وأطفالها الآخرين.
- صرحت خديجة بأن علاقتها مع زوجها تغيرت بعد إنجابها لهذا الطفل ولم تجد الدعم في أي ناحية وأصبحت عاجزة عن التكفل به لوحدها، وخلال قولها: "المسؤولية صعبة".
- بسبب تدني المستوى المعيشي اضطرت الأم إلى إلحاقه بجمعيات تابعة للدولة وليست مؤسسة خاصة، وهي ترجو من الدولة دعم هذه الفئة بتنويع النشاطات لهذه الفئة وزيادة الحجم الساعي لهم، وقالت أنها ترجو أن يساعدها زوجها بالتكفل بطفلهم، وهي قلقة

حول مستقبل ابنها وفي نفس الوقت تتجنب التفكير في ذلك لأنه يسبب لها حالة من الاكتئاب والقلق والتوتر.

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح:

تحصلت الحالة على درجة 49 مما يدل على قلق حاد (شديد جدا)

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

تحصلت الحالة على درجة 50 مما يدل على اكتئاب شديد جدا.

خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية النصف الموجهة تم استنتاج أن إصابة ابن السيدة خديجة أثر كثيرا عليها وغير حياتها، وأصبحت تعاني من ضغوطات كثيرة وعدم توفر كل الإمكانيات اللازمة، زيادة عن ذلك غياب الدعم من زوجها، وبعد تحليل نتائج مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب تبين أنها تعاني من قلق شديد جدا واكتئاب حاد.

2/ مناقشة نتائج الحالات:

من خلال نتائج مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب لكل حالة من الحالات مجموعة البحث تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 05: درجات القياس النفسي (مقياس تايلور للقلق، مقياس بيك للاكتئاب) لأفراد مجموعة البحث:

الحالات	المؤشرات	مقياس تايلور للقلق		مقياس بيك للاكتئاب	
		درجة	نوع القلق	درجة	نوع الاكتئاب
الأم سارة	- عدم التحكم في النفس - تغيير نمط الحياة - تلقي الدعم الأسري - الأمل في التحسن	35 درجة	قلق مرتفع	21 درجة	متوسط
الأم غزلان	- الحزن والبكاء والندم - وجود إمكانيات مادية ومعنوية - الترابط الأسري - تجنب التفكير في المستقبل	46 درجة	مرتفع جدا	28 درجة	شديد
الأم خديجة	- عدم التحمل والتقبل - الصعوبات المادية - غياب التكفل الأسري (زوجها) - الخوف على حياة الطفل في المستقبل	49 درجة	قلق حاد شديد جدا	50 درجة	شديد جدا

من خلال الدراسة الميدانية للحالات الثلاث، وكذلك إجراء المقابلة النصف موجهة وعرض نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس بيك للاكتئاب، تبين من خلال مقياس تايلور للقلق أن الأمهات يعانون من قلق مرتفع جدا يتراوح ما بين (35 درجة إلى 49 درجة)، وفي مقياس بيك للاكتئاب تبين أن الأمهات يعانون من اكتئاب شديد يتراوح ما بين (28 درجة إلى 50 درجة)، إلا في حالة واحدة كان الاكتئاب متوسط، حيث تحصلنا على 21 درجة.

كما توصلنا في نتائج الدراسة إلى ما يلي:

الإجابة على الفرضية الأولى للبحث القائلة: أن أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من القلق، فرضيتنا الأولى تحققت بصفة كلية على الحالات الثلاث.

الإجابة على الفرضية الثانية للبحث القائلة: أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من الاكتئاب، فرضيتنا الثانية تحققت بصفة جزئية لأن هناك تمايز في نسب الاكتئاب بين الأمهات.

3/ الاستنتاج العام:

من خلال تحليلنا لنتائج مقياس تايلور للقلق تبين لنا وجود قلق مرتفع لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وبالتالي يمكن القول أن الفرضية المركزة حول قلق الأمهات قد تحققت وهذا ما يظهر لدى الأمهات الثلاث (الأم سارة، الأم غزلان، الأم خديجة)، ويظهر ذلك على التوالي في نتائج مقياس تايلور للقلق لكل أم حيث تحصلت الأم سارة على درجة 35، والأم غزلان على درجة 46، والأم خديجة على درجة 49، أما في نتائج مقياس بيك للاكتئاب تبين لنا وجود اكتئاب متوسط لدى الأم سارة بدرجة 21، أما عند الأم غزلان درجة 28، مما تدل على اكتئاب شديد، وبالنسبة للأم خديجة لديها اكتئاب شديد جدا بدرجة 50 وهذا راجع لعدة عوامل تم استنتاجها من المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس بيك للاكتئاب وتتجلى معظمها في:

- عدم تهيئة أم الطفل المصاب بالتوحد نفسيا.
- التصور بالذنب وعبء المسؤولية التي تقع على عاتق الأم.
- الخوف على مستقبل طفلها
- الإحباط معنويا والتعب جسديا
- انخفاض المستوى المعيشي وتدني الحالة المادية.
- عدم وجود دعم أسري سواء من طرف الزوج أو العائلة أو الأصدقاء.

واستنتجنا أيضا أنه رغم وجود دعم معنوي ومادي وأسري إلا أن القلق والاكتئاب كان بارزا لدى أمهات الأطفال المتوحدين.

4/ التوصيات والمقترحات:

- وفي آخر دراستنا إرتأينا أن نقدم بعض التوصيات والاقتراحات:
- إقامة ورشات علاج جماعية لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وهذا بقصد التخفيف من حدة الصدمة و خفض مستوى القلق والاكتئاب.
 - حث الآباء على أهمية لعب أدوارهم الأسرية بالطرق الأمثل و تقديم الدعم النفسي اللازم للأم من اجل مواجهة وضعيتها.
 - تنظيم ملتقيات وندوات وجلسات للتعرف أكثر على هذا الاضطراب وكيفية التعامل مع المضطرب.
 - ضرورة التقليل من المعلومات و التي مفادها بأن الطفل المصاب بالتوحد ليس له علاج، و من غير الممكن علاجه، لأن أسباب هذا الاضطراب غير معروفة، وهذه المعلومات تجعل والدي الطفل يهربون من التشخيص و يشككون فيه.
 - إنشاء المزيد من المراكز الخاصة للأطفال المتوحدين، وضرورة مراقبة وزارات الدولة لأي مؤسسة أو جمعية ترفع شعار علاج وتأهيل أطفال التوحد.
 - مصارحة الأولياء باضطراب ابنهم ضرورية وواجبة لكن ليس بطريقة قاسية، فطريقة الإعلان عن هذا المرض لها دور كبير في تخفيف الآلام والضغط النفسي لدى الأم، فالكلمات المختارة وسهولة شرح وفهم طبيعة الاضطراب قد يساعدها على المواجهة بطريقة أفضل، ويخفف الضغط عليها.

الختمة

الخاتمة

تطرقنا في هذه الدراسة إلى موضوع "المعاش النفسي لدى أم الطفل التوحدي"، قمنا بدراسة عيادية لثلاث حالات، وقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي فاستعملنا المقابلة العيادية النصف موجهة، والمقياس النفسي المتمثل في مقياس تايلور للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب.

ومن هذا المنطلق فقد لاحظنا أثناء قيامنا بدراستنا أن وجود طفل توحدي في الأسرة صعب جدا بالنسبة للأم ويؤثر فيها هذا الحدث، وتتعدد هذه التأثيرات فهي تمس جل جوانب حياة هذه الأم سواء كانت عائلية، زوجية، مهنية، اجتماعية، نفسية.

ذلك لأن الحياة النفسية لها تتغير بمجرد معرفتها أن ابنها يعاني من اضطراب التوحد، وقد توصلنا من خلال إجراء المقابلة العيادية في البحث أن التوحد له دلالات نفسية خاصة كون الأم لا تعرف هذا الاضطراب من قبل، وبالتالي لم تتوقع وتعتقد أنها يوما ما ستصبح أم طفل توحدي وهذا ما يسبب لها ضغوط وصعوبات في حياتها، ويصيبها باضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب، وأحيانا الشعور بالذنب لاكتشاف هذا المرض عن طفلها في وقت متأخر، وما يزيد من هذه الضغوط اعتماده الكامل عليها في حياته، إذ يترتب عن ذلك تخلي الأم عن اهتماماتها وميولاتها الشخصية من أجل العناية أكثر بطفلها رغبة في تحسين وضعيته وحالته الصحية.

قائمة

المراجع و المصادر

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية :

- 1- فراج عثمان لبيب ،2002، الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ،مصر ، المجلس العربي للطفولة والتنمية .
- 2- عرائب خليل العبادي ،2011، التوحد ، عمان ،مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- 3- حسام أبو زيد ،التوحد لغز نبحت عن إجابته ،2011، مصر ،دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية للطبع والنشر والتوزيع .
- 4- الزراع ،نايف عابد 2010، المدخل إلى اضطراب التوحد ،المفاهيم الأساسية وطرق التدخل ،سوريا ،دار الفكر .
- 5- مصطفى نوري القمش ،الاعاقات المتعددة ،2013، طبع عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- 6- يوسف محمد العايد وزيادة كامل البلاد، أساسيات التربية الخاصة ،2012 طبع عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- 7- رفة الواقفي ،أساسيات التربية الخاصة ،2014 عمان ، للنشر والتوزيع .
- 8- محمود كمال عمر أبو الفتوح ،الأطفال الأوتيشيك (ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم)،2011، طبع ،دار زهران للنشر والتوزيع ،عمان .
- 9- أسامة فاروق مصطفى والسيد كمال الستريبي ،التوحد (الأسباب ،التشخيص ،العلاج) ،2011،طبع دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان .
- 10- ابراهيم عبد الله الزيفات ،التوحد (الخصائص والعلاج) ،2004، طبع دار وائل ،عمان.
- 11- طارف عامر ،الطفل التوحدي ،2008،دار الشروق للنشر والتوزيع عمان ،الأردن
- 12- سعيد حسني العزة ،التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ،2009،الطبعة الأولى ،الاصدار الثاني ،دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- 13- محمد أحمد حطاب السيكولوجية ، الطفل التوحدي ،2009، الطبعة الأولى ،دار الثقافة لنشر والتوزيع ،القاهرة ،مصر .

- 14- أسامة فاروق مصطفى ،التوحد ،الأسباب التشخيص العلاج ،2011، الطبعة الأولى دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان الاردن .
- 15- أمال عبد السميع بظة ،سيكولوجية غير العاديين ،ذوي الاحتياجات الخاصة ،2002، القاهرة ،مكتبة الانجلو مصرية .
- 16- الدكتور طارق عامر ،الطفل التوحدي ،2008، عمان ،الاردن ،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع .
- 17- سعيد حسني العزة ،التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية (التشخيص الأسباب ،العلاج ،استراتيجيات التعليم) ،2009، ط1، عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- 18- بلال أحمد عودة وأحمد نايل العزيز ، سيكولوجية أطفال التوحد ،2009، ط1، عمان ،دار الشروق للنشر والتوزيع .
- 19- سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم ،اضطراب النطق والكلام واللغة لدى المعاقين عقليا والتوحيدين ،2010، ط1، مصر ،دار ابتكار للطباعة والنشر .
- 20- مصطفى خوري القمش و خليل عبد الرحمن المعايطه ،سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ،2012، ط5، عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- 21- مصطفى خوري القمش ،الاعاقات المتعددة ،2013، عمان ،دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- 22- تامر فرح سهيل ،التوحد (تعريف الأسباب ،التشخيص والعلاج) ،2015، ط1، عمان الأردن ،دار الاعصار العلمي .
- 23- ثناء حسن سليمان ،اضطراب التوحد ،2007،دمشق ،دار كيوان .
- 24- سوسن الجبلي ،التوحد الطفولي (أسبابه ،خصائصه ،تشخيصه ،علاجه)،2005، دار رسلان نينشر .
- 25- سهي أحمد أمين نصر ،الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ،2002،دار الفكر للطباعة .
- 26- هناء شحاتة ،أحمد عبد الحافظ ،سيد سليمان ،جمال محمد حسن نافع ، الانتباه المشترك والتواصل اللفظي لدى الأطفال ذوب اضطراب التوحد ،2015، ط1، القاهرة ،مصر ،مؤسسة طيبة.

- 27-نادية عبد الرحمان بن وبلج اللهيبي ،سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والافراط،
2009، عمان ،الأردن ، الطبعة الأولى ، دار أسامة للنشر والتوزيع .
- 28- وليد السيد خليفة وآخرون ،الاعاقة الغامضة (التوحد)،2010ن الاسكندرية ،مصر ،
الطبعة الأولى ،دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع .
- 29-وليد السيد خليفة ،كيف يتعلم المخ التوحد ،2008، الاسكندرية ،مصر ،الطبعة
الأولى ، دار الوفاء للطباعة والنشر .
- 30-الزرزوع نايف بن عابد ،التوحد ،2010، عمان ،الطبعة الأولى ،دار الفكر للنشر .
- 31- أحمد عكاشة ،الطب النفسي المعاصر ،1979، لبنان ،الطبعة 1، دار الفكر اللبناني
.
- 32-حنان عبد الحميد العناني ،الصحة النفسية ،2000، مصر ، دار الفكر لطباعة والنشر
والتوزيع .
- 33- حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ،مصر ،الطبعة
الثالثة ، عالم الكتب لنشر والتوزيع
- 34-جاسم محمد عبد الله المرزوقي ،الأمراض النفسية وعلاقته بمرض العصر السكري
،2008، عمان ،الاردن ،الطبعة الأولى ، العلم والايمان لطباعة ونشر والتوزيع .
- 35-خليل أبو فرحة ،الموسوعة النفسية ،2000، عمان ،الاردن ،دار أسامة لنشر والتوزيع .
- 36-لطفى الشربيني ،عصر القلق ،(الأسباب ،العلاج)،2010، الاسكندرية ، مصر ، دار
السلام لنشر والتوزيع ؟
- 37-فاروق السيد عثمان ، القلق وأثار الضغوط النفسية ،2001،القاهرة ، مصر ، الطبعة
الأولى ، دار الفكر العربي .
- 38- مصطفى خوري القمش ، الاضطرابات السلوكية والانفعالية ،2007،بيروت ، الطبعة
الأولى ، دار الفكر لطباعة والنشر .
- 39-فوزية إيمان سعيد ، الصحة النفسية ، بدون سنة ، الاردن ، مكتبة زهراء الشرق .
- 40-عبد الرحمان الوافي ، المختصر في مبادئ علم النفس ، 2007، بن عكنون ،الجزائر
، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات الجامعية .

- 41- محمد قاسم عبد الله ، مدخل في الصحة النفسية ، 2001، مصر ، الطبعة الأولى ، دار الفكر لطباعة والنشر .
- 42- صالح قاسم حسيني، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ، 2008، الاردن ، دار الدجلة لنشر والتوزيع.
- 44- سميح عاطف الزين ، مجمع البيان الحديث ، علم النفس ، مجتمع البيان الحديث ، 1991، لبنان ، دار الكتاب اللبناني للطباعة والنشر والتوزيع .
- 45- مدحت عبد الحميد ، الاكتئاب في السيكوباترية ، 2001، القاهرة ، مصر ، دار المعرفة الجامعة .
- 46- وليد سرحان وآخرون ، الاكتئاب ، 2001، عمان ، الأردن ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع .
- 47- محمد الحجار ، الطب السلوكي المعاصر ، 1989 ، بيروت ، لبنان ، دار الملايين .
- 48- محمد حسن غانم ، الاضطرابات النفسية العقلية والسلوكية ، 2006، القاهرة ، مصر ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 49- أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، 2003، القاهرة ، مصر ، د.ط، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 50- حسن مصطفى عبد المعطي ، علم النفس الاكلينيكي ، 1998، القاهرة ، مصر ، د.ط، دار قباء للنشر والتوزيع .
- 51- الرابطة الأمريكية للطب النفسي ، الدليل النفسي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، ترجمة أمينة السماك وآخرون ، (د.س) ، د.ط، الكويت ، مكتبة المنار الاسلامية .
- 52- عبد المنعم الحنفي ، موسوعة الطب النفسي ، 1999، القاهرة ، مصر ، مكتب المدبولي .
- 53- عبد الحميد محمد الشاذلي ، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، 1998، أصون ، مصر ، د.ط، المعهد العالي ، الخدمة الاجتماعية .
- 54- عبد الرحمن العيسوي ، ابن سينا والأمراض العقلية العصرية ، 1975، مجلة كلية الأدب والتربية ، جامعة الكويت .

55-رشاد عبد العزيز موسى ، علم النفس المرض ، 1993 ، القاهرة ، مصر ، د.ط، مؤسسة المختام للنشر والتوزيع .

56-عبد القادر الميلادي ، عبد المنعم ، الأمراض والاضطرابات النفسية ، 2004 ، الاسكندرية ، مصر ، د.ط، مؤسسة الشباب الجامعة .

57-محمد سليمان سناء ، الأمراض النفسية الأمراض العقلية ، 2008 ، القاهرة ، مصر ، عالم الكتب .

58-مدحت أبو زيد ، الاكتئاب دراسة السيكيوبامترية ، 2001 ، القاهرة ، مصر ، دار المعرفة الجامعية .

59-محمد عبيدات ، منهجية البحث العلمي القواعد و المراحل و التطبيقات ، 1999 ، الاردن ، الطبعة الثانية دار وائل للطباعة و النشر و التوزيع

60-محمد حسن غانم ، علم النفس ، 2004 ، مصر ، الطبعة الاولى ، المكتبة المصرية للطباعة و النشر

61-فكري لطيف متولى دراسة حالة في علم النفس ، 2016 ، الرياض ، البعة الاولى ، مكتبة الرشد ناشرون

62-رجاء محمود ابو علام مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية ، 2006 ، الاردن ب طدار النشر للجامعات

63-حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية و العلاج النفس ، 1997 ، القاهرة ، مصر ، عالم الكتب

مذكرات :

-محمد بن سعيد بن محمد ، معوقات دمج تلاميذ ذو اضطراب التوحد في المدارس التعليم العام ، دراسة ماجستير ، المملكة العربية السعودية ، 2010 .

-زردوم خديجة ، المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازيات ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص علم النفس الاجتماعي ، غير منشورة ، جامعة منتوري ، قسنطينة ، 2005-2006 .

مراجع باللغة الأجنبية :

- 1-Ferrier Mauric ,eux les déprimis ,1983, Paris ,Documenta,G.Eigy
- 2- Le chemia Dider,les déprisions de prévention à la guérison ,Alger ,Edition deheleb.
- 3-Shneider Pierre ,la dépréssions ,Paris ,collection santé le hameau .
- 4-Doran roland ,dictionnaire de psyvhologie ,1991,Paris .R.Jordan Powul .S(1997) les enfants ,Paris .
- 5-Sillamy ,dictionnaire fr alapychologie ,1980, Paris.
- 6-Ronald deron ,Dictionnaire despchologi,1983,france,1^{er} édition persse,universiter
- 7-Chahruoi et Benomy ,Methode ovalutien et recneshen ,psychologi clinique ,2000,paris

الملاحق

دليل المقابلة النصف الموجهة

المحور الأول البيانات الشخصية للأم:

الاسم:..... المستوى الدراسي:.....

السن:..... مهنة الزوج:.....

مهنة الأم:.....

عدد الأولاد:.....

مكان السكن قرية مدينة حي شعبي

نوع السكن فردي مع العائلة

المحور الثاني البيانات العامة حول الطفل التوحيدي:

اسم الطفل:..... عمره:.....

جنسه:..... سن الإصابة:.....

رتبته بين الإخوة:.....

المحور الثالث تصورات الأم عند اكتشاف أن ابنها مصاب بالتوحد

س1 ما كانت ردة فعلك حين اكتشفت ان ابنك مصاب بالتوحد؟

س2 هل تشعرين بالذنب لبرض ابنك ؟

س3 كيف كان شعورك عند علمت بذلك؟

س4 ماذا فعلت عند سماعك الخبر؟

س5 هل تظنين ان انجابك للطفل التوحيدي اثر في حياتك؟

المحور الرابع الصعوبات التي تتلقاها أم طفل التوحيدي:

س1 ما هو أصعب ما واجهته كأم؟

س2 كيف تتعاملين مع طفلك في الوضع الحال؟

س3 هل تشعرين بالاحراج أحيانا مع وضعية طفلك؟

س4 هل تشعرين بالتوتر و الانفعال مع وضعية ابنك؟

س5 ما الذي يميزك عن باقي الأمهات ؟

المحور الخامس الحياة العلائقية:

س1 كيف هي علاقة الطفل بك و بابيه و إخوته؟

س2 ردة فعل الأقارب على إصابة ابنك بالتوحد؟

س3 كيف كانت ردة فعل زوجك و هل تتلقى الدعم منه؟

س4 كيف يعامل زوجك و أولادك لوضعية ابنك؟

المحور السادس النظرة المستقبلية للام:

س1 كيف ترين المستقبل؟

س1 ما تظنين انه سيشفى؟

س3 هل تظنين انك قادرة على مواجهة هذه الوضعية؟

س4 مل تفكرين في إنجاب المزيد من الأولاد؟

س5 كيف تتعاملين مع وضعية ابنك في المستقبل؟

مقياس تايلور للقلق

مقياس تايلور للقلق

إعداد/ د. جانيث تايلور

تعريف القلق:

يعرف القلق بأنه (انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر أو العقاب).

نبذة عن المقياس:

مشتق من اختبار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه، ويتكون المقياس من (٥٠) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة التطبيق:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (١٠) سنوات فأكثر.
- من بين الـ (٥٠) عبارة هناك (١٠) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (٣، ١٣، ١٧، ٢٠، ٢٢، ٢٩، ٣٢، ٣٨، ٤٨، ٥٠).
- كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة.

طريقة التصحيح:

- (نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.
- والعبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.
- ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقاً للجدول التالي:

قلق منخفض جداً	صفر - ١٦
قلق منخفض (طبيعي)	١٧ - ١٩
قلق متوسط	٢٠ - ٢٤
قلق فوق المتوسط	٢٥ - ٢٩
قلق مرتفع	٣٠ فما فوق

مقياس تايلور للقلق الصريح

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

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

م	العبارة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	نعم	لا
٢	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	نعم	لا
٣	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	نعم	لا
٥	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	نعم	لا
٦	لدي متاعب أحياناً في معدتي	نعم	لا
٧	غالباً ما لاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	نعم	لا
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال	نعم	لا
٩	تثير قلقي أمور العمل والعمال	نعم	لا
١٠	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	نعم	لا
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً	نعم	لا
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	نعم	لا
١٣	أثق في نفسي كثيراً	نعم	لا
١٤	أتعب بسرعة	نعم	لا
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	نعم	لا
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	نعم	لا
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	نعم	لا
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	نعم	لا

١٩	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	نعم	لا
٢٠	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	نعم	لا
٢١	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً	نعم	لا
٢٢	لا أتهيب الأزمات والشدائد	نعم	لا
٢٣	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخريين	نعم	لا
٢٤	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	نعم	لا
٢٥	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	نعم	لا
٢٦	أشعر أحياناً أنني أتمزق	نعم	لا
٢٧	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
٢٨	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	نعم	لا
٢٩	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	نعم	لا
٣٠	إنني حساس بدرجة غير عادية	نعم	لا
٣١	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تنهيج نفسي	نعم	لا
٣٢	لا أبكي بسهولة	نعم	لا
٣٣	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي	نعم	لا
٣٤	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	نعم	لا
٣٥	كثيراً ما أصاب بصداع	نعم	لا
٣٦	لا بد أن أعتزف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	لا
٣٧	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	لا
٣٨	لا أرتبك بسهولة	نعم	لا
٣٩	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمره	نعم	لا
٤٠	أنا شخص متوتر جداً	نعم	لا
٤١	ارتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني جداً	نعم	لا
٤٢	يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	نعم	لا

٤٣	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	لا
٤٤	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	نعم	لا
٤٥	أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	لا
٤٦	يذاي وقدماي باردتان في العادة	نعم	لا
٤٧	أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	نعم	لا
٤٨	لا تنقصنى الثقة بالنفس	نعم	لا
٤٩	أصاب أحياناً بالإمساك	نعم	لا
٥٠	لا يحمر وجهى أبداً من الخجل	نعم	لا

الاسم	
الدرجة	
التصنيف	

مقياس

بيك للاكتساب

مقياس بيك للاكتئاب

إعداد د. أرون بيك

تعريف الاكتئاب:

حالة مزاجية هابطة، لا توقف سير حياة الفرد الطبيعية، لكنها تصعب الأمور على الفرد، وفي أصعب حالاته قد يدفع الاكتئاب الفرد إلى التفكير في إنهاء حياته.

نبذة عن المقياس:

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبدالستار ابراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (٢١) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضاً للاكتئاب، وتستخدم الأرقام من (٠ - ٣) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

طريقة التطبيق والتصحيح:

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (١٥) سنة فأكثر.
- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلاً إذا اختار المفحوص البديل رقم (٣) فإن درجته لهذا السؤال هي (٣) ... وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (١٩) يُسأل المفحوص هل هو خاضع حالياً لبرنامج لتخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفراً، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، وتجمع الدرجة الكلية وتصنف وفقاً للجدول التالي:

لا يوجد اكتئاب	صفر - ٩
اكتئاب بسيط	١٠-١٥
اكتئاب متوسط	١٦-٢٣
اكتئاب شديد	٢٤-٣٦
اكتئاب شديد جداً	٣٧ فما فوق

مقياس (B.D.I)

الاسم: تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة
المستوى التعليمي: تاريخ اليوم:
الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق
المهنة: مستشفى/عيادة:
الدرجة:
التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعاً معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

أولاً/

- ٠ - لا أشعر بالحزن.
- ١ - أشعر بالحزن.
- ٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- ٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

- ٠ - لا أشعر بأنني فاشل.
- ١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢ - عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

- ٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

- ٠ - لا أشعر بالذنب.
- ١ - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً/

- ٠- لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.
- ١- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢- أتوقع أن أعاقب.
- ٣- أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

سابعاً/

- ٠- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١- أنا غير راضي عن نفسي.
- ٢- أنا ممتعض من نفسي.
- ٣- أكره نفسي.

ثامناً/

- ٠- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.
- ٣- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

- ٠- أشعر بضيق من الحياة.
- ١- ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢- أصبحت أكره الحياة.
- ٣- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً/

- ٠- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.
- ٢- أبكي طوال الوقت.
- ٣- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر/

- ٠ - لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١ - أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣ - لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- ٠ - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١ - إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢ - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣ - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- ٠ - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١ - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢ - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣ - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- ٠ - لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- ١ - يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢ - أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- ٣ - أعتقد أنني أبدو قبيحاً.

الخامس عشر/

- ٠ - أستطيع أن أقوم بعلمي كما تعودت.
- ١ - أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- ٢ - إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣ - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر/

- ٠ - أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- ١ - لا أنام كالمعتاد.
- ٢ - استيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- ٣ - استيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

- ٠ - لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
- ١ - أتعب بسرعة عن المعتاد.
- ٢ - أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- ٣ - إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

- ٠ - إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.
- ١ - إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- ٢ - إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- ٣ - ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

- ٠ - لم ينقص وزني في الأونة الأخيرة.
- ١ - فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- ٢ - فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- ٣ - فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

- ٠ - لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- ١ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.
- ٢ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
- ٣ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

- ٠ - لم لاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.
- ١ - أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.
- ٢ - لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.
- ٣ - لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

مقياس (B.D.I)

الاسم: **سارة** تاريخ الميلاد: يوم ١٤ / شهر ١٤ / سنة ١٩٩٨
المستوى التعليمي: **ثانوي** تاريخ اليوم: **١٤ / ١٤ / ١٩٩٨**
الحالة الاجتماعية: متزوج / أعزب / مطلق
المهنة: **ربطت / ربطت** مستشفى / عيادة:
الدرجة:
التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معينا اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

أولاً/

٠ - لا أشعر بالحزن.

- ١ - أشعر بالحزن. **أ**
- ٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل. **أ**

- ١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

٠ - لا أشعر بأنني فاشل.

- ١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد. **أ**
- ٢ - عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.

- ١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه. **أ**
- ٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

٠ - لا أشعر بالذنب.

- ١ - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات. **أ**
- ٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

سابعاً/

٠ - لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً. ٨

١ - أشعر بأنني قد أتعرض للمعاقب.

٢ - أتوقع أن أعاقب.

٣ - أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

ثامناً/

٠ - لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي. ٨

١ - أنا غير راضي عن نفسي.

٢ - أنا ممتعض من نفسي.

٣ - أكره نفسي.

ثامناً/

٠ - لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.

١ - أنقد نفسي بسبب ضعفني وأخطائي.

٢ - ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.

٣ - ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث. ٨

ثامناً/

٠ - أشعر بضيق من الحياة. ٨

١ - ليس لي رغبة في الحياة.

٢ - أصبحت أكره الحياة.

٣ - أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

ثامناً/

٠ - لا أبكي أكثر من المعتاد.

١ - أبكي الآن أكثر من ذي قبل.

٢ - أبكي طوال الوقت.

٣ - لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك. ٨

العاشر

- ٠ - لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١ - أتضيق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل. **ل**
- ٢ - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣ - لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الحادي عشر

- ٠ - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١ - إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢ - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين. **ل**
- ٣ - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثاني عشر

- ٠ - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه. **ل**
- ١ - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢ - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣ - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الثالث عشر

- ٠ - لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- ١ - يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢ - أشعر بأن هناك تغيرات مستبعدة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية. **ل**
- ٣ - اعتقد أنني أبدو قبيحاً.

الرابع عشر

- ٠ - أستطيع أن أقوم بعملي كما تعودت. **ل**
- ١ - أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- ٢ - إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣ - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر/

- ٠ - أستطيع أن أنام كالمعتاد.
- ١ - لا أنام كالمعتاد. **٨**
- ٢ - استيقظ قبل موعدتي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.
- ٣ - استيقظ قبل بضعة ساعات من موعدتي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

- ٠ - لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.
- ١ - أتعب بسرعة عن المعتاد.
- ٢ - أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.
- ٣ - إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل. **٨**

الثامن عشر/

- ٠ - إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد. **٨**
- ١ - إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.
- ٢ - إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.
- ٣ - ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

- ٠ - لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة. **٨**
- ١ - فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.
- ٢ - فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.
- ٣ - فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

- ٠ - لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- ١ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك. **٨**
- ٢ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.
- ٣ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

- ٠ - لم لاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية. **٨**
- ١ - أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.
- ٢ - لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.
- ٣ - لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

مقياس تايلور للقلق الصريح

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

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

رقم	العبارة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	X	
٢	مررت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق		X
٣	مخاوفتي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي		X
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	X	
٥	تلتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	X	
٦	لدي مشاعب أحياناً في معدتي	X	
٧	غالباً ما لاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما		X
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال		X
٩	تثير قلقي أمور العمل والعمال	X	
١٠	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	X	
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً		X
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	X	
١٣	أثق في نفسي كثيراً	X	
١٤	أتعب بسرعة	X	
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	X	
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي		X
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	X	
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	X	

	لا	X	نعم	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	١٩
X	لا		نعم	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	٢٠
	لا	X	نعم	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريباً	٢١
	لا	X	نعم	لا أتهدب الأزمات والشدائد	٢٢
	لا	X	نعم	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخريين	٢٣
	لا	X	نعم	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	٢٤
X	لا		نعم	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	٢٥
	لا	X	نعم	أشعر أحياناً أنني أتمزق	٢٦
X	لا		نعم	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	٢٧
	لا	X	نعم	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	٢٨
	لا	X	نعم	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	٢٩
	لا	X	نعم	إنني حساس بدرجة غير عادية	٣٠
	لا	X	نعم	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تنهيج نفسي	٣١
X	لا		نعم	لا أبكي بسهولة	٣٢
	لا	X	نعم	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي	٣٣
	لا	X	نعم	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	٣٤
	لا	X	نعم	كثيراً ما أصاب بصداخ	٣٥
	لا	X	نعم	لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	٣٦
	لا	X	نعم	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	٣٧
X	لا		نعم	لا أرتبك بسهولة	٣٨
X	لا		نعم	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	٣٩
	لا	X	نعم	أنا شخص متوتر جداً	٤٠
X	لا		نعم	أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	٤١
X	لا		نعم	يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	٤٢

٤٣	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	✓	لا
٤٤	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	نعم	✓	لا
٤٥	أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	✓	لا
٤٦	يذاي وقدماي باردتان في العادة	نعم	✓	لا
٤٧	أحياناً أظلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	نعم	✓	لا
٤٨	لا تنقصني الثقة بالنفس	نعم	✓	لا
٤٩	أصاب أحياناً بالإمساك	نعم	✓	لا
٥٠	لا يحمر وجهى أبداً من الخجل	نعم		✓

الاسم	سارة
الدرجة	35
التصنيف	قلد مرتفع

أولاً/

٠ - لا أشعر بالحزن.

١ - أشعر بالحزن.

٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.

٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.

١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.

٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.

٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

٠ - لا أشعر بأنني فاشل.

١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.

٢ - عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.

٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.

١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.

٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.

٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

٠ - لا أشعر بالذنب.

١ - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.

٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.

٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً/

٠ - لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

١ - أشعر بأنني قد أتعرض للمقالب.

٢ - أتوقع أن أعاقب.

٣ - أشعر بأنني أتلقى عقاباً.

سابعاً/

٠ - لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.

١ - أنا غير راضي عن نفسي.

٢ - أنا متعص من نفسي.

٣ - أكره نفسي.

ثامناً/

٠ - لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.

١ - أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.

٢ - ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.

٣ - ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

٠ - أشعر بضيق من الحياة.

١ - ليس لي رغبة في الحياة.

٢ - أصبحت أكره الحياة.

٣ - أتمنى الموت، إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشرًا/

٠ - لا أبكي أكثر من المعتاد.

١ - أبكي الآن أكثر من ذي قبل.

٢ - أبكي طوال الوقت.

٣ - لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

السادس عشر /

- ٠ - لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١ - أتضيق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣ - لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

السابع عشر /

- ٠ - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١ - إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢ - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣ - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثامن عشر /

- ٠ - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١ - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢ - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣ - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

التاسع عشر /

- ٠ - لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- ١ - يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢ - أشعر بأن هناك تغيرات مستدعاة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- ٣ - أعتقد أنني أبدو قبيحاً.

العشرون /

- ٠ - أستطيع أن أقوم بعملي كما تعودت.
- ١ - أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- ٢ - إن علي أن اضبط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣ - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر/

٠ - أستطيع أن أنام كالمعتاد.

١) لا أنام كالمعتاد.

٢ - استيقظ قبل مواعي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.

٣ - استيقظ قبل بضعة ساعات من مواعي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

٠ - لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

١ - أتعب بسرعة عن المعتاد.

٢ - أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.

٣) إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

٠ - إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.

١ - إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.

٢ - إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.

٣) ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

٠ - لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.

١) فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.

٢ - فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.

٣ - فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

٠ - لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.

١ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

٢) أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.

٣ - أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

٠ - لم لاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.

١ - أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.

٢ - لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.

٣) لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

مقياس تايلور للقلق الصريح

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

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

رقم	العبارة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢	مررت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٣	مخاوفتي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٦	لدي متاعب أحياناً في معدتي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٧	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٩	تثير قلقي أمور العمل والعمال	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٠	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٣	أثق في نفسي كثيراً	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
١٤	أتعب بسرعة	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

٢٩	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	نعم	X	لا
٣٠	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	نعم	X	لا
٣١	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً	نعم	X	لا
٣٢	لا أتعب الأزمات والشدائد	نعم		X
٣٣	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرون	نعم	X	لا
٣٤	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	نعم	X	لا
٣٥	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	نعم	X	لا
٣٦	أشعر أحياناً أنني أتمزق	نعم	X	لا
٣٧	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	X	لا
٣٨	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	نعم	X	لا
٣٩	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	نعم		X
٤٠	إنني حساس بدرجة غير عادية	نعم	X	لا
٤١	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تهيج نفسي	نعم	X	لا
٤٢	لا أبكي بسهولة	نعم		X
٤٣	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذاؤي	نعم	X	لا
٤٤	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	نعم	X	لا
٤٥	كثيراً ما أصاب بصداع	نعم	X	لا
٤٦	لا بد أن أعترف بانني شمعت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	X	لا
٤٧	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	X	لا
٤٨	لا أرتبك بسهولة	نعم		X
٤٩	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	نعم	X	لا
٥٠	أنا شخص متوتر جداً	نعم	X	لا
٥١	أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني جداً	نعم	X	لا
٥٢	يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	نعم	X	لا

٤٣	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	X	لا
٤٤	مررت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	نعم	X	لا
٤٥	أكون متوقفاً للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	X	لا
٤٦	يذاي وقدماي باردتان في العادة	نعم	X	لا
٤٧	أحياناً أهتم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	نعم	X	لا
٤٨	لا تنقصني الثقة بالنفس	نعم		X
٤٩	أصاب أحياناً بالإمساك	نعم	X	لا
٥٠	لا يحمر وجهي أبداً من الخجل	نعم		X

الاسم	شهراني خديجة
الدرجة	٤٩
التصنيف	قلق مرتفع حد

مقياس (B.D.I)

الاسم: **كربون فدوي غزلا** تاريخ الميلاد: يوم **17/09/1999** / شهر **09** / سنة
المستوى التعليمي: **ماجستير** تاريخ اليوم: **15 فيفري 2023**
الحالة الاجتماعية: **متزوج أعزب مطلق**
المهنة: **أستاذة لغة فرنسية** مستشفى / عيادة:
الدرجة: **1**
التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معينا اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

أولاً/

- ٠ - لا أشعر بالحزن.
- ١ - أشعر بالحزن.
- ٢ - أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.
- ٣ - أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- ٠ - لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- ١ - أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.
- ٢ - أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- ٣ - أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

- ٠ - لا أشعر بأنني فاشل.
- ١ - أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.
- ٢ - عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.
- ٣ - أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

- ٠ - استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.
- ١ - لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.
- ٢ - لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.
- ٣ - لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

- ٠ - لا أشعر بالذنب.
- ١ - أشعر بأنني قد أكون مذنباً.
- ٢ - أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.
- ٣ - أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً/

- ٠- لا أشعر بأنني أتلقى عقاباً.
- ١- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.
- ٢- أتوقع أن أعاقب.
- ٣- أشعر بأنني أتلقى عقاباً. ✓

سابعاً/

- ٠- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.
- ١- أنا غير راضي عن نفسي. ✓
- ٢- أنا ممتعض من نفسي.
- ٣- أكره نفسي.

ثامناً/

- ٠- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
- ١- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.
- ٢- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي. ✓
- ٣- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

- ٠- أشعر بضيق من الحياة. ✓
- ١- ليس لي رغبة في الحياة.
- ٢- أصبحت أكره الحياة.
- ٣- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشرًا/

- ٠- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- ١- أبكي الآن أكثر من ذي قبل. ✓
- ٢- أبكي طوال الوقت.
- ٣- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر/

- ٠ - لست متوتراً أكثر من ذي قبل.
- ١ - أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- ٢ - أشعر بالتوتر كل الوقت.
- ٣ - لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- ٠ - لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- ١ - إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- ٢ - لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- ٣ - لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- ٠ - اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- ١ - لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- ٢ - أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- ٣ - لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- ٠ - لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ مما اعتدت أن أكون.
- ١ - يقلقني أن أبدو أكبر سناً وأقل حيوية.
- ٢ - أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- ٣ - أعتقد أنني أبدو قبيحاً.

الخامس عشر/

- ٠ - أستطيع أن أقوم بعلمي كما تعودت.
- ١ - أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.
- ٢ - إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.
- ٣ - لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

السادس عشر/

٠ - أستطيع أن أنام كالمعتاد.

١ - لا أنام كالمعتاد.

٢ - استيقظ قبل مواعيدي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.

٣ - استيقظ قبل بضعة ساعات من مواعيدي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

٠ - لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

١ - أتعب بسرعة عن المعتاد.

٢ - أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.

٣ - إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

٠ - إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.

١ - إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.

٢ - إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.

٣ - ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

٠ - لم ينقص وزني في الأونة الأخيرة.

١ - فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.

٢ - فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.

٣ - فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

٠ - لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.

١ - أنني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

٢ - أنني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.

٣ - أنني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

٠ - لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.

١ - أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.

٢ - لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.

٣ - لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

مقياس تايلور للقلق الصريح

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

أجب على كل الأسئلة من فضلك...

م	العبارة	نعم	لا
١	نومي مضطرب ومتقطع	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٢	مررت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب الفلق	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٣	مخاوفي قليلة جداً بالمقارنة بأصدقائي	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٤	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٥	تلتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٦	لدي متاعب أحياناً في معدتي	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٧	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٨	أعاني أحياناً من نوبات إسهال	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
٩	تثير قلتي أمور العمل والعمال	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٠	تصيبني نوبات من العتبان (غمات النفس)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١١	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٢	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
١٣	أثق في نفسي كثيراً	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
١٤	أحب بسرعة	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٥	يجعلني الانتظار عصبياً	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٦	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٧	عادةً ما أكون هادئاً	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
١٨	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

١٩	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	نعم	لا
٢٠	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما	نعم	لا
٢١	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريباً	نعم	لا
٢٢	لا أتوهب الأزمات والشدائد	نعم	لا
٢٣	أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخرين	نعم	لا
٢٤	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما	نعم	لا
٢٥	أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	نعم	لا
٢٦	أشعر أحياناً أنني أتمزق	نعم	لا
٢٧	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
٢٨	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	نعم	لا
٢٩	لا يقلقني ما يحدث من أقباله من سوء حظ	نعم	لا
٣٠	إنني حساس بدرجة غير عالية	نعم	لا
٣١	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تنهيج نفسي	نعم	لا
٣٢	لا أبكي بسهولة	نعم	لا
٣٣	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي	نعم	لا
٣٤	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	نعم	لا
٣٥	كثيراً ما أصاب بصداع	نعم	لا
٣٦	لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	لا
٣٧	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	لا
٣٨	لا أرتبك بسهولة	نعم	لا
٣٩	اعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	نعم	لا
٤٠	أنا شخص متوتر جداً	نعم	لا
٤١	أرتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	نعم	لا
٤٢	يحمّر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	نعم	لا

٤٣	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	لا
٤٤	مررت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	نعم	لا
٤٥	أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	لا
٤٦	يذاي وقدماي باردتان في العادة	نعم	لا
٤٧	أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى	نعم	لا
٤٨	لا تنقصنى الثقة بالنفس	نعم	لا
٤٩	أصاب أحياناً بالإمساك	نعم	لا
٥٠	لا يحمر وجهى أبداً من الخجل	نعم	لا

الاسم	كربوز فدوى غزلان
الدرجة	٤٦
التصنيف	قلقى مرتفع

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة المعاش النفسي لام طفل مصاب بالتوحد حيث تم الانطلاق في هذه الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي:

- ما هو المعاش النفسي لام طفل المصاب باضطراب التوحد؟

و على إثر هذا تساؤل و نتائج الدراسات و نتائج الدراسات السابقة قمنا بصياغة فرضيتين و هما:

أم طفل مصاب بالتوحد تعاني من القلق

أم طفل مصاب بالتوحد تعاني من الاكتئاب

و للتأكد من صحة هذه الفرضيات قمنا باستخدام الأدوات التالية:

(الملاحظة المقابلة النصف الموجهة) و المقياس التالية:

- مقياس تايلور للقلق الصريح

- المقياس بيك للاكتئاب

بالاعتماد على العينة القصدية المكونة من ثلاث حالات بمركز التكفل للأطفال المتوحدين بوهران قمبيطة.

و قد اعتمد في هذه الدراسة على المنهج العيادي (دراسة حالة)

حيث جاءت نتائج الدراسة كالاتي:

- أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من قلق مرتفع

- أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اكتئاب من متوسط إلى شديد جدا.