



مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس العيادي

استراتيجيات المواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحد

تحت إشراف الأستاذة:

زمعلاش ربيع هواري

من إعداد الطالبة:

بن براهيم إيمان

اللجنة المناقشة:

رئيسا

جامعة وهران 2

موسى محمد

مقررا

جامعة وهران 2

زمعلاش ربيع هواري

مناقشا

جامعة وهران 2

طباس نسيمة

السنة الجامعية: 2024/2023

الإهداء:

لا تسعني الحروف ولا الكلمات لوصف هذا اليوم الذي ليس كمثله يوم إنه يوم تخرجي ثمرة جهدي و حصاد السنين ، سنين أرفع لها القبعة مودعة و معلنة للجميع أنها سنين قد مضت وبمناسبة تكليل هذه السنين بالتخرج، أهدي تخرجي إلى :

إلى روعي الطموحة التي لم أخذل أهلها و وفيت بعهدي لها.

التي جعل الله الجنة تحت أقدامها إلى التي بحنائها و دفنها ارتويت و لحقها ما أوفيت إلى التي يشتهي اللسان نطقها ورفرفت العين من وحشتها إلى أمي الغالية أطال الله في عمرها.

إلى النبع الصافي الذي احترقت شموعه ليضيء لنا درب النجاح إلى ركيزة عمري و صدر أمانتي وكبريائي و كرامتي أبي أطال الله في عمره.

و إلى زوجي و رفيق الروح الذي كان داعم الأكبر في كل شيء، فشكرا كثيرا على ثقك بنجاحي و دفعي نحو الأفضل.

و إلى إخوتي و توأم خطواتي رميساء و منال .

و أهدي تخرجي إلى كل عائلة بن براهيم وإلى عائلة بوعية أدام الله محبتهم.

و إلى من فارقونا الحياة و اشتاقت لهم النفوس رحمهم الله و أسكنهم فسيح جنانه.

إلى من يذكرهم القلب قبل ان يذكرهم القلم إلى من كان لهم بالغ الأثر في كثير من العقبات والصعاب

صديقات العمر

و أهدي تخرجي إلى رفقائي و زملائي و إلى جامعتي التي كانت محطة كبيرة لتغييرات في حياتي و إضافات كثيرة إلى و عيي و فكري و ثقافتي العلمية و العملية،

و إلى زميلنا صانع أحمد رحمه الله

الشكر:

الحمد لله حمداما تزايد من النعم، و الشكر على ما أولنا الفضل و الكرم و الصلاة على نبينا محمد سيد الخلق أجمعين عملا بالقول " من لم يشكر الناس يشكر الله".

أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ "زمعلاش بن سعيد ربيع هواري" على تفضله بالإشراف على هذه المذكرة كما أشكره على الثقة التي وضعها في بحيث ترك لي حرية البحث من أجل تسهيل مهمتي، و شكراتي الخالصة إلى أستاذة منهجية البحث "ملال صافية" أتقدم لها بجزيل الشكر و الإمتنان العظيم و التقدير العميق على مجهوداتها المبذولة في تقديم لنا المنهجية .

كما أتقدم بالشكر ل "عيادة الشفاء" التي تم فيها التربص للطبيب المختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين "غربي بن يعقوب" وكل الإحترام و التقدير له.

كل شكري و عرفاني إلى كل من ساعدني و وقف إلى جانبي و ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل.

و أخص بالذكر و الشكر للجنة المناقشة على تكرمها لمناقشة هذه المذكرة

أسأل المولى عز و جل أن يوفقكم و يوصلكم إلى مبتغاكم ان شاء الله.

بارك الله لنا و لمن ساهم في تعليمنا و لمن تطأ عينه مذكرتي.

شكرا

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة استراتيجية مواجهة الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد و الهدف من هذه الدراسة هو معرفة أهم استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد .

تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات هن أمهات أطفال التوحد الملتحقين بعيادة الشفاء للطبيب "غربي بن يعقوب" المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين.

و لتحقيق هدف الدراسة و فرضيتها تم اتباع المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة الذي يتضمن الأدوات التالية:

المقابلة العيادية، الملاحظة، مقياس إدراك الضغط النفسي الذي أعده " ليفنستون آخرون"، مقياس استراتيجية المواجهة الذي أعده "لازاروس فلوكمان" و في الأخير تم التوصل إلى النتائج التالية:

إستراتيجية المواجهة الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد هي استراتيجية مواجهة الإنفعال

فهرس المحتويات :

الصفحة:

المحتويات:

ب.....	إهداء
ج.....	الشكر
د.....	ملخص الدراسة
ه.....	فهرس المحتويات
ح.....	فهرس الجداول و الملاحق
2.....	المقدمة

الجانب النظري:

الفصل الأول: تقديم إشكالية الدراسة

6.....	1- إشكالية الدراسة
9.....	2- فرضيات الدراسة
9.....	3- أهمية الدراسة
9.....	4- أهداف الدراسة
10.....	5- تحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة

الفصل الثاني: إستراتيجية المواجهة

13.....	- تمهيد
13.....	1- مفهوم استراتيجية المواجهة
14.....	2- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة
15.....	3- تصنيفات استراتيجيات المواجهة (أنواع)
18.....	4- وظائف استراتيجيات المواجهة
19.....	5- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة
20.....	- خلاصة

الفصل الثالث: الضغط النفسي

- 23..... تمهيد -
- 23..... 1- نبذة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي.
- 24..... 2- تعريف الضغط النفسي.
- 25..... 3- النظريات المفسرة للضغط النفسي.
- 28..... 4- مصادر الضغط النفسي.
- 29..... 5- أعراض الضغط النفسي.
- 32..... 6- أنواع الضغط النفسي.
- 33..... 7- الأمراض المتعلقة بالضغط النفسي.
- 34..... 8- آثار الضغط النفسي.
- 35..... 9- علاج الضغط النفسي.
- 36..... - خلاصة.

الفصل الرابع: التوحد و سيكولوجية الأمومة:

الفصل الرابع:

- أولاً: اضطراب التوحد:

تمهيد:

- 39..... 1- التطور التاريخي للتوحد.
- 39..... 2- تعريف التوحد.
- 43..... 3- نظريات المفسرة لإضطراب التوحد.
- 45..... 4- أسباب التوحد.
- 46..... 5- أعراض التوحد.
- 49..... 6- خصائص الطفل التوحيدي.
- 52..... 7- تشخيص إضطراب التوحد.
- 60..... 8- علاج التوحد.
- 62..... 9- البرامج العلاجية و التربوية لإضطراب التوحد.

- **ثانيا: سيكولوجية الأمومة:**

- 1- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحيدي.....65
2- تصورات الأم حول الطفل المنتظر.....66
3- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحيدي.....67
4- تقبل الأم لإبنها التوحيدي.....68
- **خلاصة.....69**

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- 1- المنهج المتبع و أدواته.....72
2- 2- الدراسة الإستطلاع.....79
3- الدراسة الأساسية.....81

الفصل السادس: عرض الحالات

- 1- عرض الحالة الأولى.....86
2- عرض الحالة الثانية.....90
3- عرض الحالة الثالثة.....94

الفصل السابع: فحص الفرضية

- 1- فحص فرضية الدراسة.....102
الإقتراحات و التوصيات.....104
الخاتمة.....105
قائمة المراجع.....107
الملاحق.....113

جدول يوضح قائمة الجداول:

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
88	يوضح نتائج مقاييس إستراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة للحالة الأولى أم "م"	01
89	يوضح نتائج إستراتيجية المواجهة المركزة حول حل المشكل و إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الأنفعال للحالة الأولى أم "م"	02
93	يوضح نتائج مقاييس إستراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة للحالة الثانية أم "ف"	03
94	يوضح نتائج إستراتيجية المواجهة المركزة حول حل المشكل و إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الأنفعال للحالة الثانية أم "ف"	04
98	يوضح نتائج مقاييس إستراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة للحالة الثالثة أم "ع"	05
99	يوضح نتائج إستراتيجية المواجهة المركزة حول حل المشكل و إستراتيجيات المواجهة المركزة حول الأنفعال للحالة الثالثة أم "ع"	06
99	يوضح نتائج المقاييس لكل الحالات الثلاثة	07

جدول يوضح قائمة الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق
01	دليل المقابلة النصف موجهة
02	مقياس إدراك الضغط النفسي
03	مقياس استراتيجيات المواجهة

المقدمة

المقدمة:

تعتبر الضغوط التي يتعرض لها الإنسان في العصر الحديث ظاهرة جديرة بالاهتمام لما لها من تأثير على جوانب حياة الفرد و المجتمع، كما يعد موضوع الضغط النفسي من المواضيع ذات أهمية كبيرة في الحياة المعاصرة و خاصة في العقود الأخيرة من القرن الماضي و ذلك لما له من آثار سلبية على حياة الأفراد الشخصية و الإجتماعية.

كما يشير حسو (2012) بأنها حالة ناتجة عن شعور الفرد بأن المواقف الضاغطة الداخلية أو الخارجية التي تواجهه، تستلزم قدرات و إمكانيات تفوق قدراته و إمكانياته و حدوث استجابات غير مناسبة للتغلب على تلك الضغوط و ما يرافق ذلك من اضطرابات شخصية. (نائف، 2019، ص42)

و قد حضيت الضغوط الناتجة عن الإصابة بالإعاقة بالاهتمام العديد من الباحثين لأنه غالباً ما تمتد الإعاقة إلى أبعد إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة خاصة الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل تحديداً إذا كان الطفل مصاباً باضطراب التوحد لأنه من أعقد الإعاقات و أصعبها لما تتطلبه من رعاية خاصة و تكفل مستمر و هذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عائلتها و بين الاهتمام الزائد بابنها.

كما يعد التوحد من اضطرابات النمو و التطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة و في مجالات العلاقات الاجتماعية و الأنشطة و النمو اللغوي بصفة خاصة و عادة ما يصيب الأطفال في سن ثلاث سنوات الأولى و مع بداية ظهور اللغة بحيث يقتصر على الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالإنطواء على أنفسهم و عدم الاهتمام بالآخرين و تبدل المشاعر.

رغم تطور البرامج العلاجية للتوحد إلا أن هذا التطور لم يستعمل تقديم خدمات نفسية لأمهات أطفال التوحد بشكل كافي ، مما عرضهن لكثير من المشاكل النفسية و العضوية التي تسببت في ارتفاع مستوى الضغط النفسي الذي يكون مرتبطاً بالإحتياجات الخاصة للطفل و القلق من مستقبله، و أول ما يقمن به للتأقلم مع حالة ابنها هو اللجوء إلى بعض الأساليب التي من شأنها تخفف من حدة ذلك الضغط و يدفعها إلى اللجوء لإستعمال استراتيجيات مواجهة تمكنها من تعايش مع اضطراب ابنها و تخفيف من حدة الضغوط التي تسببها إصابة ابنها أو قد تلقي اللوم على نفسها، كما انها قد تلجأ إلى محاولة جمع المعلومات الكافية لتمكنها من وضع خطط تتناسب مع وضعية ابنها المصاب بالتوحد.

كما تعتبر هذه العمليات التي يضعها الفرد كمهيد من أجل التحكم و التحمل أو التقليل من تأثيره على الرفاهية الجسمية و النفسية (s cwelitzer MB, 1994 lp 100).

نظرا لأهمية الموضوع تم الشروع في هذه الدراسة حول استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال الوجد و تم البحث إلى جانب نظري ينقسم إلى:

الفصل الأول: تقديم إشكالية الدراسة و أهميتها حيث تم عرض فيه: الإشكالية، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة ، تحديد المصطلحات، و دراسات السابقة.

الفصل الثاني: يتضمن مفهوم استراتيجية المواجهة و النظريات المفسرة لها و أهم تصنيفات استراتيجية المواجهة و أنواعها و وظائف استراتيجيات مواجهة و العوامل المؤثرة لإستراتيجيات المواجهة.

الفصل الثالث: يتضمن نبذة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي والنظريات المفسرة لها و مصادر و أعراض و أنواع الضغط النفسي، كما يتناول الأمراض المتعلقة بالضغط النفسي و آثاره و علاجه.

الفصل الرابع: التوحد و سيكولوجية الأمومة التي يتضمن جانبين:

أولاً: التطور التاريخي للتوحد، مفهوم التوحد و نظريات المفسرة له، أسباب و أعراض و خصائص التوحد، تشخيص و علاج التوحد و أهم البرامج العلاجية و التربوية لإضطراب التوحد

ثانياً: علاقة الأسرة مع طفلهم التوحد و تصورات الأم حول الطفل المنتظر، أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحد، تقبل الأم لإبنها التوحد

أما الجانب التطبيقي تضمن:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية التي تتضمن المنهج المتبع و أدواته و الدراسة الإستطلاعية و الأساسية.

الفصل السادس: خصص لتقديم الحالات و نتائج من خلال أدوات البحث.

الفصل السابع: تضمن مناقشة نتائج الدراسة

و في الأخير تم وضع الخاتمة و قائمة المراجع و الملاحق.

الفصل الأول:

الفصل الأول: تقديم إشكالية الدراسة وأهميتها:

- 1- إشكالية الدراسة و تساؤلاتها.
- 2- فرضيات البحث
- 3- أهمية الدراسة
- 4- دوافع الدراسة
- 5- التعريفات الإجرائية لمفاهيم البحث

1- الإشكالية:

يعتبر ولادة طفل في الأسرة حدث سار بالنسبة لكل من الأم و الأب، فهو الذي يزودهم بالشعور بالأمان و الاستقرار و توثيق العلاقة الزوجية و المودة فيما بينهم، إذ يتمنى الآباء و الأمهات إنجاب طفل سوي، و يرسمون لهم صوراً في أذهانهم.

إذ يذكر **jardon** عام **1991** أن هناك توقعات يحتفظ بها الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة فإذا ما وقع عكس ذلك تكون نتيجة فاجعة للآباء (**جميل، 1988، ص58**) و الأم بصفة خاصة تتوقع أن طفلها المنتظر سيكون مفعم بجميع الفضائل و المواهب و هذه التوقعات أثناء مواجهة فكرة مؤلمة بأنه سيكون معاقاً.

اليوم الذي يكتشف فيه الوالدين إعاقة الطفل، تعتبر مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير كلي في المسار النفسي و الاجتماعي و الإقتصادي و السلوكي للأسرة العامة و للأم بصفة خاصة أمام واقع المر، سواء كانت الإعاقة جسدية كالتشوهات أو إعاقة حسية حركية كالإعاقة بصرية أو سمعية أو عقلية كالتخلف العقلي و قد يكون الطفل مصاب باضطراب من الاضطرابات النمائية كالنمائية كالتوحد (**أسامة محمد بطانية و آخرون، 2007، ص547**).

كما يعرف التوحد على أنه إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال 3 سنوات الأولى من عمر الطفل، و هي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، و يقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص (**تيموشي، 2007، ص12**).

كما يعرف بأنه اضطراب إنفعالي و اجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية، خاصة في التعبير عنها بالوجه و اللغة و يؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (**محمد أحمد الخطاب، 2009، ص15**).

باعتبار التوحد اضطراب متعلق بالنمو لدى الطفل، يجعله في تبعية دائمة مع الأم و ذلك لعدم قدرته على تلبية حاجياته و رغباته و تحمل مسؤوليته، و هذا ما يدفع أكثر للاهتمام بهذا الاضطراب و تأثيره على الطفل و كذلك أثره على أسرته و خاصة الأم.

فوجود طفل توحد في الأسرة يدفع بالأم إلى خلق وقت إضافي و بذل مجهود أكثر لرعايته و التكفل به، و ذلك لما يعانيه من معيقات تحتاج إلى نمط معين للتعامل معه، فاضطراب طيف توحد نجده يؤثر على مجموعة كبيرة من المهارات لدى الطفل و خاصة تلك التي تتعلق بالجانب الاستقلالي أو ما يعرف بمهارات العناية بالذات (**قاسم و بن زعموش، 2017، ص244**).

تعرض الأم للضغط النفسي الذي تفرضه إصابة طفلها يدفعها للجوء إلى استعمال استراتيجيات مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة ابنها بغض النظر عن نوع الأساليب المتبعة، فاستراتيجيات مواجهة الضغوطات النفسية تعتبر عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي الإجتماعي في مواجهة الحياة الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية و التقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان. (طه العظيم حسين، 2006، 2005).

فقد أشارت دراسة Meconchitemitter التي أجراها سنة 1983 إلى أنه من أهم الأحداث الضاغطة التي تؤثر على أمهات و تجعلهم يشعرون بالتوتر و الإحباط هو اضطرار بعض الأمهات ترك أعمالهن بسبب الوقت الإضافي المطلوب منهن لرعاية الابن المعاق، حيث يجدن صعوبات في الخروج للعمل بسبب الاحتياطات الزائدة التي ينبغي اتخاذها لحمايته و قد ينعكس ذلك من ناحية المادية للأسرة (عبد المنعم، 2006، ص10).

كما نجد بعض الدراسات التي اهتمت بالحالة نفسية للأم الطفل التوحدي، و أشار كل من إولسون وانج إلى أن أمهات أطفال التوحد يعانون من مستوى عالي من اكتئاب مقارنة مع أمهات الأطفال العاديين (الزريقات، 2004، ص 34).

درس كل من (Michel ,day,warry(2001) الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر أطفال التوحد و استراتيجيات الضغط التي يستخدمونها لمواجهة الضغط، بلغت عينة الدراسة (308 أسرة) لطفل توحدي و اضطرابات النمائية كانت لديهم ضغوط ارتبطت بالتشاؤم و خصائص الطفل و المشكلات الوالدية و العائلية في حيث أظهر والدي الطفل أطفال التوحد درجات أعلى في الضغوط، و استخدموا استراتيجيات مخططة أكثر من والدي أطفال آخرين (وغدي، 2012، 59).

و في دراسة دعو سميرة و شنوفي نورة (2013) تحت عنوان الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الضغط لدى أمهات أطفال التوحدي، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الضغط لدى أمهات أطفال التوحد، تم استعمال المنهج العيادي في دراسة من خلال استعمال الأدوات المتمثلة في (المقابلة العيادية النصف موجهة) و استعمالوا في دراستهم مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس المواجهة، بالنسبة للعينة التي تمت دراستها تحتوي على خمس حالات "أمهات أطفال التوحد" تم اختيارها بطريقة قصديه في المؤسسة الإستشفائية (مشدالة) الواقعة بولاية البويرة، و توصلت نتائج الدراسة في الأخير إلى أنه تحققت فرضية العامة المتمثلة في "أمهات أطفال التوحد يستخدم استراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط" و تحققت الفرضية الجزئية الأولى المتمثلة في "تستخدم أمهات الأطفال التو حديين استراتيجيات موجهة نحو الإنفعال لمواجهة الضغط

النفسي و هذا ما يدل على مستوى مرتفع من الضغط" و تحققت الفرضية الجزئية الثانية حيث أن "تستخدم أمهات الأطفال التوحيديين استراتيجيات موجهة نحو حل المشكلة لمواجهة الضغط النفسي و هذا ما يدل على مستوى منخفض".

و في دراسة سلامة راضي علي (2013) بعنوان " مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي احتياجات الخاصة" من بينهم الأطفال المصابون بالتوحد و أمهاتهم ، تم استخدام المنهج الوصفي و تمثلت أداة دراسة في استبيان لإستراتيجيات المواجهة و تمثلت عينة الدراسة في 255 أما و آبا (46أبا ، 209 أما)و كانت نتائج الدراسة أن أكثر الإستراتيجيات استخداما للتكيف للضغوط النفسية لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة و أمهاتهم كانت استراتيجيات التدبير، استراتيجيات حل المشكلات ، استراتيجيات الدعم الإجتماعي، استراتيجيات البناء المعرفي، استراتيجيات التجنب و الهروب، استراتيجيات الرياضة ، و لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة لإستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى آباء الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة و أمهاتهم في محافظة نابلس تعزي لمتغير جنس ولي الأمورو المستوى الإقتصادي و الوضع الإجتماعي و جنس الطفل و شدة الحالة و نوع الإعاقة و مكان السكن، و وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و أمهاتهم تعزي لمتغير المستوى التعليمي لولي الأمر.

و في دراسة قوعيش مغنية (2015) تحت عنوان "الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات أطفال المصابين بالتوحد" هدفت الدراسة إلى الى الكشف عن العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجيات مواجهته لدى أمهات أطفال مصابين بالتوحد، تم استخدام المنهج الوصفي و تمثلت أداة الدراسة في استبيان الضغط النفسي ، استبيان مواجهة الضغط النفسي، و تكونت عينة الدراسة من (41) أم طفل توحيدي بالمراكز البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا بمستغانم، تم اختيارهم بطريقة مقصودة، و توصلت نتائج الدراسة في الأخير إلى أنه:

- توجد علاقة دالة إحصائية بين الضغوط النفسية و استراتيجيات المواجهة عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

-تعاني أمهات أطفال المصابين بالتوحد من ضغوطات نفسية مرتفعة

-الإستراتيجيات الأكثر استخداما لمواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد هي الإستراتيجيات الإيجابية.

و بناء على كل ماسبق ذكره فإن إدراك إضطراب الطفل و أعباء رعايته و متطلبات تربيته إضافة إلى عجز الطفل في التواصل و نظرة ناس له و لمرضه كلها تعد من مصادر الضغط النفسي للأم، التي تجعلها تستخدم عدة استراتيجيات لمواجهة المواقف الضاغطة (حسن مصطفى، عبد المعطي 2006، ص98).

و نظرا لأهمية الموضوع لكونه يمس فئة من فئات المجتمع و يجب علينا دراسته و تعمق فيه و توضيح الإستراتيجيات الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد لمواجهة الضغط النفسي و مما سبق طرح السؤال التالي:

ماهي استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد؟

2-الفرضيات:

إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد هي إستراتيجية مواجهة الإنفعال.

3-أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في معرفة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أمهات التوحد لمواجهة ضغوطات النفسية و إلقاء الضوء على موضوع التوحد الذي انتشر بنسبة كبيرة في الأونة الأخيرة.

4-هدف الدراسة:

التعرف على الإستراتيجية الأكثر استخداما لمواجهة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد.

5- التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث:

1-التوحد:

1-1 إصطلاحا:

يعرف عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطي "التوحد على أنه من اضطرابات النمو، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، و عادة ما يصيب الأطفال في ثلاث سنوات الأولى، و مع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون إلى الكلام و المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالإنطواء على أنفسهم، و عدم الإهتمام بالآخرين، و تبلى المشاعر". (أسامة فاروق، كامل الشربيني، 2011 ص23).

3-1 التعريف الإجرائي للطفل المصاب بالتوحد:

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 3 سنوات إلى 10 سنوات الملتحقون بعيادة الشفاء للطبيب المختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين بوهران و الذين خضعوا للتشخيصات الطبية ، العقلية، النفسية، التربوية التي أكدت إصابتهم بالتوحد

4-1 التعريف الإجرائي لأمهات أطفال التوحد:

هم أمهات الأطفال المصابين باضطراب أطفال التوحد ، تتراوح أعمارهم بين 30 سنة إلى 50 سنة، و اللواتي تم تطبيق عليهم مقياس إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي.

2-الضغط النفسي:**1-2 إصطلاحا:**

عرفه الفرماوي، و عبد الله "بأنه يستخدم للدلالة على الحالة النفسية و المزاجية التي يكون فيها الفرد في حالة ضيق و شعور بالظلم و الاختناق".

2-2 إجرائيا:

هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل التوحدي في مقياس إدراك الضغط النفسي.

3-إستراتيجية المواجهة:**3-1 إصطلاحا:**

يعرفها فلوكمان و لاوزروس(1989): بأنها الجهود السلوكية و المعرفية المتغيرة باستمرار و التي يتخذها الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعيشها الفرد و إدارة مطالب الموقف التي يتم تقديرها من جانب الفرد على أنها شاقة و مرهقة و تتجاوز مصادره و إمكاناته (حسن، 2006، ص 97).

إجرائيا: هي الدرجة التي تحصل عليها أم الطفل التوحدي في مقياس إستراتيجية المواجهة.

الفصل الثاني:

إستراتيجية المواجهة

الفصل الثاني: إستراتيجية المواجهة:

- تمهيد

- 1- مفهوم إستراتيجية المواجهة
 - 2- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة
 - 3- تصنيفات إستراتيجية المواجهة
 - 4- وظائف إستراتيجيات المواجهة
 - 5- العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة
- الخلاصة

تمهيد:

كل فرد يختلف في استجابته للحدث الضاغط و كيفية استعمال أساليب المواجهة، هناك أفراد يتعاملون مع الأحداث الضاغطة بمرونة و آخرون يتعاملون معها بقوة و اندفاعية حيال الحدث ذاته، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة حدة الشعور بالضغط لديه، و في هذا الفصل سنحاول التعرف على استراتيجيات المواجهة.

1- مفهوم إستراتيجية المواجهة:

تنوعت و تعددت التعاريف النفسية لمفهوم إستراتيجية المواجهة، بتنوع الجانب النظري عند كل باحث، و رغم تعدد التعاريف نجدتها تتمحور حول محور رئيسي، و هو أن مفهومها يصف غالباً عملية التخلص من الضغط النفسي، أو تخفيف منه و تقليله الذي يواجه الفرد بكل أنواعه، و نورد هذه التعريفات فيما يلي:

- يعرفها **(الطفي عبد الباسط، 1994)**، بأنها مجموعة من النشاطات أو الإستراتيجيات الدينامكية- سلوكية أو معرفية المتغيرة يسعى من خلالها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة أو لحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها. **(الطفي عبد الباسط، 1994، ص105).**
- و يعرفها **(schwebel et al 1990)** بأنها استراتيجيات تساعد الفرد في الحصول على التوازن في الحياة اليومية الضاغطة. **(عبد الله ضريبي، 2010، ص 676).**
- و يعرفها **(flokman et lazarus, 1993)**، على أنها جهود السلوكية و المعرفية المتغيرة باستمرار، و التي يتخذها الفرد في إدارة مطالب المواقف الداخلية و الخارجية، و التي يتم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة و شاقة و تتجاوز مصادر الشخص و إمكاناته.
- و يعرفها « **Moos** » بأنها أنماط سلوكية تكيفية متعلمة تستهدف حل المشكلة، و السيطرة عليها و كفيها **(Moos, 1988, p141).**
- كما يرى جابر عبد الحميد و علاء الدين كفاني (1989) أن كلمة coping تعني أسلوب مواجهة المشكلات الشخصية و التغلب على المصاعب، و أن أسلوب المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح أي أنه تكيف شعوري أو لا شعوري يخفض التوتر في المواقف و الخبرات الضاغطة. **(حسن مصطفى عبد المعطي، 2006، ص98).**

2- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة:

و في ما يلي سيتم التطرق إلى أهم النظريات التي فرت استراتيجية مواجهة الضغوط و التي اختلفت بدورها حسب كل اتجاه :

- النموذج التحليلي:

دفاعات الأنا: عمل التحليل النفسي منذ نشأته على فهم و تحديد أشكال المواجهة و بشكل خاص الأشكال اللاشعورية، و سميت وسائل الدفاع الأولية و قد أدخل "فرويد"الدفاع للمرة الأولى (1849)، و عرفه لا حقا بأنه تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي للعصاب (سامل جميل رضوان، 2002، ص261).

كما تظهر استراتيجيات المواجهة في دفاعات الأنا ، على أنها مجموعة من العمليات المعرفية الير واعية التي تهدف في النهاية إلى خفض كل ما يحدث الحصر و هناك عدة سيورورات معرفية موجهة لخفض القلق الناجم عن حدث نا و تتمثل السياقات المعرفية التي ترمي إلى التخفيض من شدة القلق فيما يلي:

- الإنكار: الفرد يدرك الحقيقة لكنه ينكر العوامل التي لا يمكن تحملها.
 - العزلة: منع التفكير فيما يترتب عن الوضعية.
 - العقلنة: الفرد يبحث عن تفسير متناسق منطقي لما يحدث له و حسب (vilant)، فإن المعيار الأساسي لإستراتيجياتالمواجهة متعلق بنوعية السيورورات (مروتتها، درجة تكيفها مع الواقع) .
- (dantzer et chweitzer, p 248)**

كما اقترح ويدلوشتر (widlachter) تعريفا حول الأليات الدفاعية ، و يرى بأن الدفاع هو مجموعة العمليات الهادفة للتقليل و الإنقباض من حدة الصراع النفسي الداخلي، و عدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور (طبي، 2015، ص144).

- النظرية المعرفية:

أكد "ألبرت أليس" عل أهمية العلاجية لتعديل التوقعات و المعتقدات غير المنطقية كوسيلة لخفض الضغط النفسي و القلق و يشير إلى أنه عندما يصبح الناس مضطربين انفعاليا بسبب أفكارهم لا عقلانية فإن هناك مبررا واضحا للإعتقاد بأنه من خلال تعليمهم التفكير بعقلانية أكثر فإنه يمكن خفض الاضطراباتالانفعالية التي يعانون منها و قد بين زملاؤه الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في استمرار ردود فعل الضاغطة أو خفضها و قد بينت درايتها أن المثبرات المهددة يمكن أن تكون منفردة للفرد أثناء التعرض لمواقف الحياة الضاغطة و بذلك تختلف نوعية الإستراتيجية حسب المواقف الضاغطة بحيث

تؤدي إلى ضبط السلوك و تنظيمه و تعديله باستخدام استراتيجيات معينة كعملية التقييم و عملية المواجهة سواء المركزة على الانفعال أو المشكلة. (السهلي، 2010، ص 41).

- نموذج سمات الشخصية:

تنطلق هذه النظرية من فكرة الفروق الفردية، و من ثم مفهوم المواجهة بالنسبة لهذا النموذج ما هو إلا عدد من مكونات سمات الشخصية الإنسانية، و إذا كانت السمة تشير إلى استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة و مميزة عبر المواقف المتنوعة التي تواجه الفرد في حياته، و يتضح من خلال هذا المفهوم عن مدى تناسق بين مفهوم السمات الشخصية و مفهوم أساليب المواجهة، من حيث كونها يمثلان طرازا خاصا يميز الفرد أثناء التعامل مع المواقف الحياتية، و ذلك لأنه يختص بالمواقف و الظروف المثيرة للمشقة في الحياة و تعد المواجهة وفقا لهذا المنظور عملية تفسيرية توضح سبب اختلاف الأفراد في نواتج المشقة، مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة لماذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للمشقة، في حين يصبح البعض الآخر موجها لها. (أحمد شويح، 2007، ص76-77).

من خلال ما تم عرضه يظهر أن هذا النموذج يعتبر أن الفرد يتصرف دائما بنفس الشكل مع مختلف المواقف الضاغطة كما تم ذكره سابقا، و لكن مفهوم المواجهة لا تتحدد بالاستعدادات الشخصية الثابتة فقط بل أيضا بالأساليب السلوكية المتبعة من طرف الفرد في الوضعيات الضاغطة المختلفة.

3- تصنيفات استراتيجيات المواجهة (أنواع):

يوجد لدى كل فرد منا دوافع و حاجات و رغبات و قد تتعارض هذه الرغبات و الدوافع مع البيئة مما يجعل الفرد يعيش حالة من الضغط و القلق، و لكل واحد منا أسلوبه الخاص في حل المشكلات و التغلب على المواقف المؤلمة، فهناك أشخاص يستسلمون و ينسحبون من الموقف، و ما يسمى بسلوك الهروب، و هناك من يلجأ إلى المواجهة و لذا توصل الباحثون من خلال دراساتهم إلى العديد من الإستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط و التي تتفاوت في درجة فعاليتها.

قسم لازورسوفلوكمان Lazarus et folkman استراتيجيات المواجهة:

استراتيجية المواجهة المركزة على المشكلة: المحاولات التي يبذلها الفرد للتعامل مع مصدر الضغط، و تشمل النشاطات السلوكية و المعرفية التي من شأنها التخلص من المثير المهدد أو الالتفاف حوله أو التغلب علي (In chang et al. 2006 ,p4)

و هي عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بينه و بين البيئة و لهذا فإن الشخص الذي يستخدم هذه الأساليب تجده يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف حيث أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة التي تهدف إلى البحث عن المعلومات أكثر حول الموقف أو مشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين و إدارة المشكلة و القيام بأفعال لخفض الضغط عن طريق تغيير الموقف. (طه عبد العظيم ، 2006 ، ص 92-91).

إستراتيجية مواجهة الإنفعال:

تتضمن محاولات الفرد للتخلص من الضيق الانفعالي المرتبط بموقف المشقة أو تخفيضه. (change et al, 2006, 4 ; in).

و هي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات و خفض المشقة و الضيق الانفعالي الذي يسببه الموقف أو الحدث الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص و البيئة، و تتضمن هذه الأساليب الابتعاد و تجنب التفكير في الضواغط و الإنكار. (طه عبد العظيم، 2006 ص 92).

و يصنف (عبد الله ضريبي، 2010) استراتيجيات المواجهة إلى:

- أ- الإستراتيجيات الإيجابية: و هي التي يوظفها الفرد في اقتحام الأزمة و تجاوز أثارها من خلال التحليل المنطقي للموقف الضاغط، و إعادة التقييم الإيجابي للموقف الضاغط، و البحث عن المعلومات المتعلقة، و استخدام أساليب مباشرة للتعامل مع الموقف.
- ب- الإستراتيجية السلبية: و التي يوظفها الفرد في تجنب الأزمة و الإحجام من خلال الإحجام المعرفي لتجنب التفكير الواقعي في الأزمة أو الموقف الضاغط، و التقليل الاستسلامي للأزمة و، و البحث عن الإثابة أو الكفاءات البديلة و التنفيس الانفعالي بالتعبير لفظياً عن المشاعر الغير سارة (عبد الله ضريبي، 2010، ص 27).

و يصنف جلويك (1985): يصنف أساليب مواجهة الضغوط إلى أربعة أنواع:

- أ- أساليب المواجهة المتمركزة حول حل مشكلة
- ب- أساليب المواجهة المرتبطة بالتقييم: التقبل، التفاؤل، الدعابة، الإستقلال
- ت- سلوكيات مواجهة يعب تصنيفها مثل : التشاؤم، البكاء، الأكل و التدخين
- ث- المساندة الإجتماعية

و يصنف موس و بيلينغ (1981): لقد حدد ثلاث أنواع من استراتيجيات المواجهة:

- أ- الإستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشتمل مختلف المحاولات و المجهودات السلوكية الظاهرة للعمل مباشرة مع مشكلة
- ب- الإستراتيجيات المعرفية الفعالة: تتمثل في المجهودات المعرفية لتقدير الحدث الضاغط.
- ت- الإستراتيجيات التجنبية: و تنظم مجهودات و المحاولات لتجنب و تفادي مواجهة المشكلة أو محاولة مواجهة المشكلة بصفة غير مباشرة. (أيت حمودة، 005، ص179).

و يصنف فرلي:

يصنف أساليب مواجهة الضغوط إلى نوعين و هما: أساليب تؤدي إلى تحقيق التوافق و خفض الضغوط مثل الإسترخاء، التمرينات الجسمية، و أساليب تؤدي إلى سوء التوافق و لكنها تؤدي إلى خفض الإنفعالات الناجمة عن الضغوط مثل تعاطي الكحوليات و العقاقير (حسن و حسين، 2006، ص23).

كما صنف (سعد الإمارة، 2001) استراتيجيات المواجهة إلى التصنيفات التالية:

- إستراتيجية التصدي للمشكلة: ويهدف إلى تخفيف العقبات التي بين الفرد و بين التكيف والالتزان أو تحقيق الأهداف
- استراتيجية طلب المساندة الاجتماعية: و هو محاولة البعض للحصول على مساعدة الآخرين، و تشير نتائج الدراسة العلمية إلى الإسناد الاجتماعي مخفف للضغط و يقلل من تأفيره السلبي في الصحة النفسية و الجسمية (سعد الإمارة، 2001، ص4).
- استراتيجية التجنب و الهروب : فعندما لا يجد الفرد الإمكانيات المتوفرة لديه و الكافية للتعامل مع الضغط السائد، فبإمكانه في بعض الأحيان تجنب العمل لحين استجماع القوة الثانية، أو التهيؤ له، و يحدث هذا على مستوى الأفراد، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط و لم يستطيع مقاومته فيلجأ إلى العقاقير للهروب من المواجهة
- استراتيجية الإبدال: بإمكان التحكم بالاستجابات الناتجة عن الضغوط عن طريق الإبدال، فالضغوط و ازدياد التوتر قد يجد مصرفاً له على مستوى الجسد، و كل تلك الأفعال يمكن اعتبارها تفرغاً جسدية يتفاوت وعي الناس لها و لكنهم يمارسونها يومياً (حامد زهران، 1998، ص39).
- إستراتيجية ضبط النفس: يلجأ إليه البعض عندما يتعاملون مع مواقف من شأنها أن تؤثر

على التحكم و السيطرة، و لكن تتولد لديهم مشاعر قوية نابعة من العقل (عبد الرحمن العيسوي، 2001، ص 43).

4- وظائف استراتيجيات المواجهة:

تتعدد وظائف استراتيجيات المواجهة و المقاومة انطلاقا من التصور الخاص بمفهوم المواجهة بحد ذاته:

حسب (Mechanic 1974): صاحب النظرة الإجتماعية و البيئية يشير بأن لإستراتيجيات المواجهة ثلاثة وظائف متمثلة في:

- التعامل مع المتطلبات الإجتماعية و البيئية
- تشجيع الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات
- الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود و المهارات نحو المتطلبات الخارجية (مرشدي، 2008، 62).

حسب White 1947 تحدث على ثلاث وظائف متمثلة في:

- ضمان تأمين معلومات كافية و ملائمة حول المحيط و البيئة
- الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة و حرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة
- الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء و انتقاء المعلومات.

حسب Lazrus et flokman 1984:

تتمثل المواجهة حسبهما لتحقيق وظيفتين متمثلة في :

- توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.
- تقليص التوتر الناتج عن التعهد و خفض الضيق الإنفعالي (أيت محمود، 2006، ص 62).

حسب Suls et fletcher 1985:

يضيف بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفيزيولوجية و الإنفعالية و على الإستجابات المعرفية كالتفكير في شيء آخر و إلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحت عن المعلومات (مرشدي، 2008، ص 62).

حسب (نجيروزيلينو شفارشرذ 1989):

يعد كل منهما المواجهة المتمركزة حول المشكل و المواجهة المتمركزة حول الإنفعال ، تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية و ظروف المحيط و تشمل المواجهة المركزة حول التقييم محاولات نحو فهم نمط الأهمية في موقف معين و التعرف عليه و من ثم فإن عملية التقييم و إعادة التقييم تمثل شكلا من المواجهة من ناحية كونها تسهم في تعديل أهمية الموقف و فهم التهديد المنطلق منه (رضوان، 2007، ص 261)

5-العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة:

هناك عدة عوامل تؤثر في اختيار استراتيجيات المواجهة و يمكن تصنيفها إلى:

1. العوامل المرتبطة بالفرد: تؤثر الشخصية التي يحملها كل فرد في مواجهة الحدث الضاغط ،

لدى بعض الناس بسبب شخصيتهم يميلون إلى إدراك الأحداث على أنها ضاغطة، مما يؤدي إلى تأثير على مقدار ما يتعرضون له من معانات وقد ركز بعض الباحثين على هذه الخصائص:

- **الوجدانية السلبية:** من بين مظاهرها المزاج السيئ القلق الكئابة العدوانية، حيث أن الأفراد الذين تتميز شخصيتهم بزيادة الوجدانية السلبية يعبرون عن معاناتهم و الأهم عبر مواقف مختلفة وهم أكثر قابلية للإفراط في محاولات الإنتحار.
- **الصلابة،** تتشكل من ثلاث خصائص:

- الإحساس بالالتزام أو وجود قابلية للإفراط لدى الفرد للانخراط بما يمكن أن يواجهه من مواقف.
- الاعتقاد بتوافر القدرة على الضبط وهو الإحساس بأن الشخص مسؤول عما يواجهه في حياته.
- التحدي و الإستعداد لتقبل التغيير و مواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو.

- **قوة الانا:** تلعب هذه الخاصية دورا مهما في مواجهة الضغط النفسي وذلك أن الأشخاص أصحاب الانا القوية بإمكانهم مقاومة الضغط النفسي كما يستعملون إستراتيجيات مواجهة قوية وفعالة.

- **تقدير الذات:** يعتبر التقدير العالي خاصية مهمة من خصائص الشخصية التي تخفف من الآثار التي يخلفها الضغط النفسي على الحالة الصحية للفرد.

- **التفاعل:** السمة التفاعلية تقود إلى المواجهة الفعالة أكثر مع الضغط/ مما يقلل من المخاطر الناتجة عنه.

- **قدرات الفرد:** كلما كانت قدرات الفرد عالية و متنوعة كلما كان قدرة على مواجهة الضغوط و

العكس. (داودي، 48، 2018)

2. العوامل المرتبطة بالمحيط:

- **طبيعة الموقف وخصائصه:** يستخدم الفرد إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة في المواقف و الأحداث التي يستطيع الفرد التحكم و السيطرة عليها، في حين أن الأحداث الضاغطة التي لا يمكن للفرد التحكم و السيطرة عليها فإن ذلك يجعل يستخدم إستراتيجيات المواجهة التي يركز على الانفعال فطبيعة الخطر وأيضا كلما كان الموقف ضاغطا كان إفراز الهرمونات أعلى من معدلاته الطبيعية، وهو ما يؤثر على الحالة الانفعالية.
- **البيئة:** يمكن لها أن تسهم بشكل جوهري في تحديد قدرة الفرد على مواجهة المواقف الضاغطة فهي إما تساعد على زيادة الضعف الناتج عن الضغوط او تدعم مستوى الصحة الجسدية و النفسية و السعادة لدى الفرد. وهناك نوعين من البيئة الفيزيائية كالحرارة، و البرودة الشديدة، المخاطر الطبيعية و غير ذلك، البيئة الإجتماعية ما تحويه من عناصر داعمة كالتعاون مع الآخرين، والعناصر المضادة تماما كالصراعات و التنافس.
- **المساندة الإجتماعية:** تعد ظاهرة إنسانية قديمة، ولم يهتم بها الباحثون إلا مؤخرا بعدما لاحظوه من آثار هامة لها في مواقف الشدة و الإجهاد النفسي. كما أنها عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتداول بين الآخرين و شبكة العلاقات الإجتماعية التي تمد بالدعم في المواقف الإجتماعية المختلفة، والتي تمثل بعضها في المساندة الوجدانية، أو العاطفية، المادية، النفسية.... وغيرها كما صنفاها العديد من العلماء بإختلاف مشاريتهم. (جدو، 2014، 117).

● **الخلاصة:**

يتضح لي من خلال ما سبق أن الفرد يسعى لتمييز مختلف الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها في حياته اليومية، و ذلك من خلال لجوء إلى استعمال استراتيجيات مختلفة التي تختلف حسب فعالية مصادر الشخصية، الإجتماعية، الفروق الفردية، طبيعة المواقف، فتقييم الفرد لعوامل معينة تهدد توازنه ، تدفعه إلى أساليب متنوعة في التعامل معها، يهدف إلى تخفيف القلق و التوتر، فتركز على ضبط الإنفعال و منها مايركز على حل المشكلة من التخطيط و جمع المعلومات.

الفصل الثالث: الضغط النفسي

الفصل الثالث: الضغط النفسي:**- تمهيد**

- 1- نبذة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي
 - 2- مفهوم الضغط النفسي
 - 3- النظريات المفسرة للضغط النفسي
 - 4- مصادر الضغط النفسي
 - 5- أعراض الضغط النفسي
 - 6- أنواع الضغط النفسي
 - 7- الأمراض المتعلقة بالضغط النفسي
 - 8- آثار الضغط النفسي
 - 9- علاج الضغط النفسي
- الخلاصة

تمهيد:

أصبحت الضغوط تشكل جزءا من حياة الإنسان، كما يعد الضغط النفسي من المواضيع ذات الأهمية خصوصا في العقود الأخيرة، و ذلك لما له من آثار سلبية على حياة الأفراد الشخصية و الإجتماعية و على الصحة النفسية و الجسمية ، و من ثم يحاول الفرد التعامل معها من خلال اتباع أساليب عديدة لكي تبعد الخطر عنه و تجعله في حالة توازن، و من خلال هذا الفصل سيتم التعرف على الضغط النفسي.

1-نبذة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي:

لا يمكن دراسة أو فهم ظاهرة ما دون العودة إلى الجذور التاريخية، كلمة الضغط النفسي شهدت تطورا و ذلك عبر فترات من الزمن، فهذه الكلمة اللاتينية مشتقة من الكلمة الاتينية و هي تعني شد، ضيق، عقد أو ربط أي الاحتضان الشديد للجسد بواسطة الأطراف و هذا الاحتضان لا يجب أن يكون شعور متبادل ، بل على العكس يكون ممل يؤدي للاختناق الذي يعتبر مصدر القلق.

غير أن العديد من الدعم و التأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثرا بأعمال المهندس "روبرت هوك" Hooke أواخر القرن السابع عشر، فقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة دون أن تنهار و تتداعى و من ثم كتب على فكرة الحمولة أو العبء أو الحمل الذي من خلاله يظهر الإجهاد على البناء و بذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة (طه عبد العظيم، 2006، ص17).

و يعتبر الفيزيولوجي الأمريكي والت كانون « wahter canon » من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط و عرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة و قد كشفت أبحاثه عن وجود آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة الاتزان الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي توجهه (العبودي، 2008، ص17)

،كما ركز على بضرورة الاهتمام بالعامل الانفعالي في تطور الأمراض و فكر في مصطلح stress بمعنى فيزيولوجي و نفسي في أن واحد (مرزق عيسى ، 2011، ص17).

أما سيللي (seley) فقد أدخل كلمة stress في الطب و قد سمحت أعماله هو و أتباعه بفهم هذه الظاهرة و تأثيرها على العالم الداخلي و بالتالي تأثير الاعتداءات و الانفعالات بكل أنواعها على العالم الداخلي و على التوازن البيولوجي للعضوية.

كما يعتبر من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغط و يعرف بأب الضغط، و أفضل مساهمة له حول موضوع الضغط كتابه الذي أصدره عام 1956، و قد عرف الضغط في البداية بأنه الأثار الناتجة عن العوامل الضاغطة (العبودي، 2008، ص17).

2- مفهوم الضغط النفسي:

مصطلح الضغوط النفسية هو من المصطلحات متعددة الاستخدام، لذا فإنه ليس من السهل تحديد تعريف عام و شامل للضغوط النفسية ، إذ يمكن يعرف بطرق مختلفة حسب وجهة نظر كل باحث و الجانب النظري الذي يعتمد عليه:

يذكر سيلبي **selye** بأنه هو :استجابة الجسم الغير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه.

و يشير لافي أن الضغوط النفسية ظاهرة معقدة و متداخلة ، و تعريفاتها كثيرة و متعددة ، و لها تفسيرات مختلفة ، فمن العلماء من تناولها على أنها مثبرات، و منهم من عرفها بأنها استجابات فسيولوجية للجسم، و آخرون تناولوها على أنها ردود أفعال عقلية و إنفعالية للتوترات البيئية ز الإجتماعية.(نائف،2019،ص43).

و يرى أبو حطب (2006) أن الضغوط النفسية تظهر في إطار كلي متفاعل، يتضمن الجوانب النفسية ، و الجسمية، الإقتصادية و الإجتماعية و المهنية، و يتبين ذلك التفاعل من خلال ردود فعل نفسية، إنفعالية، فسيولوجية، لذلك نستطيع أن نعتبر جميع الضغوط ضغوطا نفسية.

كما عرف تولر (Tolor) الضغوط النفسية بأنها تغيير يؤدي إلى وضع عقبات في قدرات الفرد على التكيف.(نائف،2019، ص45)

و يعرف حنفي (2007) الضغوط النفسية بأنه "الحالة التي يتعرض لها الكائن الحي، حيث تفرض عليه نوع من التوافق و تردد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة تلك الظروف استمرت لفترة طويلة".(حنفي،2007،ص32).

و طبقا للازاوس فإن الشعور بالضغط النفسي يبدأ بتفسير الحدث البيئي و لذلك تختلف هذه التفسيرات على نطاق واسع بين الأفراد، و بالمثل يرى بروشن- شواترر Bruchon-schweitzer أن إدراك الضغط يعتمد على الحدث الذي يدرك على أنه تهديد و على الموارد المتاحة (نفسية و إجتماعية) التغلب عليه.(الزيداني،2011،ص521).

3- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

اهتمت جميع النظريات في علم النفس بالإشارة إلى طبيعة الضغط النفسي و تفسير الإنفعالات ذات العلاقة و الارتباط معه، و أكدت هذه النظريات على أثر الضغط النفسي في الجوانب الوظيفية السيكولوجية و المعرفية و الإنفعالية و السلوكية، و رغم الإختلاف ما بين الاتجاهات لكل نظرية من النظريات إلا أن هناك اتفاق عام ما بينهم على اثر الضغط النفسي على أثر الضغط النفسي على صحة الفرد و توازنه و تكيفه.

- نظرية الضغوط لسيلي (stress theory'selye):

قدم هذه النظرية العالم الفسيولوجي هانز سيلي ، وتم إعادة صياغتها مرة أخرى عام 1976 ، ويعتبر الأب الحقيقي لنظرية الضغط النفسي الحديث ويؤمن بان درجة معتدلة او متوسطة من الضغط النفسي تؤدي إلى اضطراب التوازن الجسمي .

وقد أطلق سيلي علي هذه النظرية بعد صياغتها متلازمة التكيف العام (General Adaptation Syndrom GAS) اذ يؤكد أن التعرض المستمر أو المتكرر للضغوط يؤدي الي تأثيرات سلبية علي حياة الفرد , مما يفرض متطلبات فسيولوجية او اجتماعية او انفعالية او نفسية او الجمع بينهما , وهذا يؤدي بالفرد الي حشد كل طاقته لمواجهة تلك الضغوط , وهنا يدفع ثمنها في شكل اعراض فسيولوجية.(شيخاني،2003،ص 60).

وقد وصف سيلي نظريته في ثلاثة مراحل وهي :

- أولا : مرحلة رد الفعل التحذيرية (التنبيه للأخطار) وتمثل هذه المرحلة خط الدفاع الاول

لضغط النفسي , فعندما يتعرض الفرد للحط راو التهديد الجسمي مثل المرض والجروح وفقدان القدرة على النوم, أو أي تهديد نفسي مثل إنهاء العلاقة الحميمة، و الغضب منى سلوك غير مرغوب فيه، فإن رد فعل الجسم تكون واحدة حيث تبدأ من الإشارات العصبية و الهرمونية في الجسم لتعبئة الطاقة اللازمة للطوارئ فتزداد دقات القلب و يرتفع ضغط الدم، و تتوتر العضلات و يزداد إفراز الأدرنالين لذا سيحاول الفرد مواجهة مصدر الضغط النفسي.

- ثانيا: مرحلة المقاومة : هنا مرحلة مواجهة مصدر الضغط النفسي من قبل الفرد مع مصدر

الضغط النفسي فيزيولوجيا و نفسيا يجعله أكثر حساسية لمصادر ضغط الأخرى، مما يعرضه لتطوير اضطرابات نفسية و جسمية مثل التقرحاتفي جهاز الهضم و ضغط الدم و الربو القصيبي..... إلخ و تنشأ

هذه الاضطرابات نتيجة محاولات للتعامل مع مصادر الضغط النفسي و في حال أن محاولات لتحقيق المطالب التي يتضمنها مصدر الضغط النفسي غير فعالة و غير كافية ، فإن حالة الاستثارة المستمرة تبدو غير منتظمة في هذه المرحلة، مما يؤثر سلبا على القدرة على التركيز و اتخاذ القرارات المنطقية، و تزداد المقاومة في هذه المرحلة.

- **ثالثا: مرحلة الإنهاك:** تنخفض قدرة الفرد على التعامل مع الضغوط النفسية فيصبح الفرد مصدر

الضغط مسيطرا، مما يجعل الفرد غير قادر على حماية وجوده تحت المستويات العالية و المستمرة من الضغط النفسي، و تضعف المقاومة، لا يمكن لجسم الإنسان الاستمرار بالمقاومة إلى ما لا نهاية، و تبدأ علامات الإعياء تظهر تدريجيا و بعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي الباراسمبثاوي، فيحدث بطئ في أنشطة الجسم مما قد تتوقف تماما. و إذا استمرت يصبح من الصعوبة التكيف و تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو الأمراض الجسمية تصل إلى حد الموت..

و قد تتكرر المراحل الثلاثة للضغط عند سيلي مرات عديدة في اليوم الواحد، كلما واجه الفرد موقفا ضاغطا ، و كل مرحلة من المراحل تقابل المرحلة النمائية من مراحل الحياة، فمرحلة الإنذار بالخطر (مرحلة الطفولة)، مرحلة المقاومة (مرحلة الرشد)، مرحلة الإنهاك (مرحلة الشيخوخة). (شيخاني، 2003، ص 61، 62).

- **نظرية الذات لكارل روجرز:**

تركز على استبصار الفرد بذاته و الخبرات التي خبرها فأنكرها و حرقها، ثم على محاولة التقريب بينها، و أحداث التطابق بين الذات و الخبرات، مما يعطي الفرد الفرصة لنمو سليم و متوافق و يصبح إنسانا سويا و متكامل الأداء

و قد اهتم روجرز بالجماعات من خلال العلاج الجماعي الذي مارسه مع المسترشدين بشكل فعلي عام 1970، حيث انتشر أسلوب العلاج الجماعي بشكل واسع و ظهرت فائدته لتعم المجتمع بكل فئاته.

إذ يصف روجرز الإرشاد و العلاج الجماعي بأنه يقدم مساعدة للأفراد و الجماعات في مواقف الاضطراب النفسي و الصراع و الضغوط، و أن لكل فرد له قدرة داخلية يمكن استخدامها لفهم ذاته و تعديل مفهومه عن ذاته و تعديل سلوكه و اتجاهاته نحو الآخرين، و هذا يحتاج إلى التواصل بين المرشد و المسترشد من خلال تهيئة الجو المناسب للتخلص من الضغوط النفسية، و هنا يقوم المسترشد بتوجيهه نحو النضج الانفعالي و حل مشكلاته بنفسه. (شيخاني، 2003، ص 67، 68).

و خلاصة القول بأن النظرية تحقق أهداف الإرشاد للحالات الذين يعانون من الضغوط النفسية ، فمن خلال الممارسة الإرشادية التي تمكن الفرد من التعبير عن المشاعر و تقبلها و مفهومها عن الذات بشكل أكثر تطابقا مع الواقع.

- النظرية السلوكية:

تقوم على منهج أو طريقة التعلم بمناهجه، إضافة إلى إدخال العمليات المعرفي المتعلم، و إن لكل استجابة مثيرة، و العلاقة بين السلوك و المثير إما إيجابية أو سلبية، و إن الشخصية عبارة عن منظمات سلوكية متعلمة ثابتة نسبيا و تتمايز من خلال الأفراد، و ان هناك قوانين تحكم سلوك الإنساني كالتعزيز و العقاب و الانطفاء و التعميم هامة في تعديل السلوك.

و يشير هانسن 1982 إلى أن الإرشاد السلوكي يركز على حل المشكلات و يهتم بتعديل السلوك المضطرب و ضبطه، و يفترض أن معظم مشكلات الفرد عبارة عن مشكلات في التعلم، و أن الأعراض النفسية عي التي تجمع لعادات السلوكية المتعلمة بشكل خاطئ و هناك إمكانية لتغيير و تعديل السلوك المتعلم.(شيخاني، 2003، ص 68، 69).

خلاصة القول يمكن لهذه النظرية (السلوكية) أن تحقق أهداف الإرشاد للأفراد الذين يعانون من ضغوط النفسية من خلال ممارسة السلوكيات الصحيحة و التعرف على سلوكيات الخاطئة التي تسبب المواقف الضاغطة، و أن إحداث التغيير من شأنه أن يحقق حلول للمشكلات ، بالتالي الإرشاد السلوكي هو وضع السلوك المرغوب (الملائم) مكان السلوك الغير مرغوب (الغير ملائم).

- النظرية التقدير المعرفي:

نشأت هذه النظرية من طرف لازاروس (1970 lazarus) نتيجة اهتمامها بعملية الإدراك و العلاج الحسي الإدراكي، و التقدير المعرفي، الذي يعتبر مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد حيث أن تقدير التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، و لكنه رابط بين البيئة المحيطة بالفرد و خبرته الشخصية مع الضغوط، و بذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف بالاعتماد على عوامل تساعد على ذلك :العوامل الشخصية ، العوامل الخارجية، العوامل الموقعية(بوبكر، 2007، ص43).

كما أسس ما يعرف بنموذج التقييم المعرفي حيث يتم تقييم الأحداث الضاغطة وفق لمرحلتين:

عملية التقييم الأولي: في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ قد تدرك الأحداث على أساس أنها قد تقود إلى نتائج إيجابية، سلبية بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى

عملية التقييم الثنائي: تبدأ عملية التقييم الثنائي في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث، و يتم في هذه المرحلة إجراء تقييم للإمكانيات و المصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث و ما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى، التهديد، التحدي. (تايلور، 2008، ص 351).

4- مصادر الضغط النفسي:

إن الضغوط النفسية ظاهرة عالمية متعددة المصادر، و كثيرة الحدوث في حياة الأفراد، لذا، فإن الفرد يجب أن يتعلم كيف يواجهها و كيف يعيش معها، حيث يواجه الفرد في حياته العديدة من المواقف الضاغطة، و التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، و أحداث تنطوي على الكثير من مصادر القلق، و عوامل الخطر و التهديد في مجالات الحياة، كما انعكست إثر تلك المواقف الضاغطة على معظم جوانب شخصية الفرد.

كما يذكر (هيكنبوري 1997) أن الضغط ينشأ من عدة مصادر هي:

- 1- أحداث الحياة فإن أي حدث يحتاج إلى تكيف، أو تأقلم ينتج عنه الضغط
- 2- المشاجرات اليومية

و من وجهة نظر (كابنن ، 1981) فإن أهم الأحداث التي تتسبب الضغوط في حياة الفرد هي:

- 1- الافتراق الطويل عن الوالدين في فترة الطفولة.
- 2- المرور بخبرة الرفض الاجتماعي(النبتذ)
- 3- المرض، أو وفاة أحد من الوالدين
- 4- الانتقال من مدرسة لأخرى أو تغيير السكن.
- 5- الطلاق.
- 6- فقدان الوظيفة (أبو حبيب، 2010، ص23).

و في رأي (مارغريت و آخرون ، 1994) فإن هناك الكثير من المواقف، و الأحداث التي تحدث في الحياة اليومية تكون بمثابة مصادر الضغوط على الفرد مثل الامتحانات، المشاجرات، الأزمات المالية، و قد تؤدي إلى حدوث استجابات نفسية أو جسدية أو سلوكية و ظهور نتائج سلبية أو إيجابية لدى الفرد (أبو حبيب، 2010، ص26).

و من بين مصادر الأخرى للضغط النفسي نجد:

- **العوامل الإجتماعية:** لها دور كبير في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد، و يختلف من حيث شدته و مصدره وفقا للوسطالإجتماعي الذي يعيش فيه، كالفقر الذي يعتبر من بين عوامل الضغط (هارونتوفيقالرشيجي، 1996).

- **العوامل النفسية الإنفعالية:** في حالات كثيرة نجد أن الانفعالات قد تتحول إلى مصدر من مصادر الاضطراب في الحياة النفسية الاجتماعية للفرد بما فيها وظائفه البدنية و ما يرتبط بها من صحة أو مرض.

- **العوامل الصحية:** إن الزيادة في نشاط الغدد و تضخم غدة الأدرنالين بشكل خاص نتيجة مواجهة مشكلات الصحية، فالنتيجة لهذا النشاط الغير عادي في إفراز الأدرنالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم فالمرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي، و أيضا نتيجة منطقية للشعور المتزايد للضغط (أحمد نايل، 2009، ص33، 34).

5- أعراض الضغط النفسي:

فيمايلي تصنيف لأعراض الضغوط المختلفة:

1- الأعراض الجسدية:

- الحرث الزائد
- التوتر العالي
- الصداع بأنواعه(النصفي، دوري، توتري)
- ألم في العضلات و بخاصة في الرقبة و الأكتاف.
- عدم الانتظام في النوم (الأرق، النوم الزائد، الاستيقاظ المبكر على غير العادة)
- تطبيق الفكين أو اصطكاك الأسنان
- ألأم في الظهر و بخاصة في الجزء السفلي منه
- الإسهال و المغص
- التهاب الجلد
- عسر الهضم
- القرحة
- التغير في الشهية

- التعب أو فقدان الطاقة
- 2- الأعراض الانفعالية:**
- سرعة الانفعال
- التقلب في المزاج
- العصبية
- سرعة الغضب
- العدوانية و اللجوء للعنف
- الشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي
- الإكتئاب
- سرعة البكاء (علي عسكر، 2003، ص 53، ص 54).
- 3- الأعراض الفكرية أو الذهنية:**
- النسيان
- الصعوبة في التركيز
- الصعوبة في اتخاذ القرارات
- الإضطراب في التفكير
- ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في استرجاع الأحداث
- استحواذ فكرة واحدة على الفرد
- انخفاض في الإنتاجية أو دافعية منخفضة
- إنجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ
- تزايد عدد الأخطاء
- إصدار أحكام غير صائبة
- 4- الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:**
- عدم الثقة غير المبررة بالآخرين
- لوم الآخرين
- نسيان المواعيد أو إلغائها
- تصيد أخطاء الآخرين
- التهكم و السخرية من الآخرين
- تبني سلوك و اتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين
- تجاهل الآخر

- التفاعل مع الآخرين بشكل ألي (غياب الاهتمام الشخصي، تفاعل يكتفه البرو). (علي عسكر ، 2003، ص54، 55).

6-أنواع الضغط النفسي:

تتعدد الضغوط النفسية تبعا لتعدد مدارس علم النفس، و تخصص علماء النفس و يشير الخطيب (2003) ألى أن هناك عدة أنواع منها:

1- الضغوط الغير حادة:

و ينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط و أعراضه التي من السهولة ملاحظتها

2- الضغوط حادة:

و ينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، و تختلف هذه الإستجابات من شخص إلى آخر، و لا يشير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية، و إنما هي استجابات عادية تشير إلى ضرورة التدخل.

3- الضغوط متأخرة

و هي لا تظهر دائما أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة

4- الضغوط ما بعد الصدمة:

و هي ناتجة عن حوادث عنيفة و شديدة و عالية و تترك أثارها على الفرد المتعرض للحدث بشكل طويل المدى. ((شيخاني، 2003، ص 27، 28)

كما أشار سيللي (seley) 1976، إلى نوعين من الضغط النفسي هما:

1-الضغط النفسي السيئ: و هذا يزيد من حجم المتطلبات على الفرد و يسمى كذلك الألم، مثل فقدان العمل أو شخص عزيز...

2- الضغط النفسي الجيد: و هذا يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة كولادة طفل جديد أو سفر في عمل أو بعثة دراسية.

و تحدث سيللي عن نوعين آخرين من الضغط النفسي هما:

1-الضغط النفسي الزائد: و ينتج عنه تراكم الأحداث السلبية للضغط النفسي المنخفض بحيث تتجاوز مصادر الفرد و قدراته على تكيف معها.

2-الضغط النفسي المنخفض:و يحدث عندما يشعر الفرد بالملل و انعدام التحدي و الشعور بالإثارة.

و قد ميز لازاروس و كوهن (Lazarus et cohen; 1977) بين نوعين من الضغوط:

1-الضغوط الخارجية: و التي تعني الأحداث الخارجية و المواقف المحيطة بالفرد و تمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة.

2-الضغوط الداخلية: و التي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي و النابع من فكر و ذات الفرد.(الشيخاني، 2003، ص 29).

و من أنواع الضغوط أيضا:

1-الضغوط الانفعالية و النفسية و الاكتئاب، القلق، التوتر، المخاوف المرضية).

2-الضغوط الأسرية:الصراعات التي تكون في الأسرة، الطلاق...إلخ

3-الضغوط الإجتماعية:كثرة اللقاءات مع الآخرين أو قتلها...

4-ضغوطات العمل:الصراعات مع الرؤساء، ضغوط الانتقال كالسفر....(العامرية،2014،ص31).

7- الأمراض المتعلقة بالضغط:

- أمراض القلب الوعائية:

يشير مصطلح "القلبي الوعائي"(الوعائي نسبة إلى الأوعية الدموية) إلى القلب و جهاز الأوعية الدموية في الجسم، لعل مرض القلب الوعائي هو المشكلة الصحية الأخطر التي يمكن ربطها بالضغط، إنها السبب الأعم للوفيات في بريطانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، و الأسباب الرئيسية لمرض التدخين و الأظعمة الدسمة جدا، غير أن الضغط هو عامل مهم.

- داء الربو :

داء ربو هو اضطراب في التنفس علامته الانقباض المؤقت للقصبة الهوائية، المنافذ الهوائية المتفرعة من الرغامى (القصبة الهوائية) إلى الرئتين، و عادة ما تتسبب النوبات عن رد الفعل الحساس (شديد الحساسية) للمولدات المضادة، من مثل العشب، و طلع الشجر، و الأنواع الفطرية...و احتمال الإصابة

بالربو يستند إلى فرط نشاطات العضلات الشعبية التي تنقبض أو تتقلص لدى التعرض لواحد من هذه العوامل أو المؤثرات أو الأخر، و الضغط المزمن يخفض من فعالية الغدة الكظرية، مخفضا هكذا من إنتاج الهرمونات الكظرية المضادة للالتهابات و المضادة للحساسية، التي قد تجعل حدوث نوبة الربو أكثر احتمالا.

- داء البول السكري:

داء سكري سببه عجز الجسم عن تأبيد السكر على نحو صحيح، الأمر الذي يؤدي إلى مستويات جد مرتفعة من السكر في الدم، و تأبيض سكر من مسؤولية هرمون الأنسولين، الذي تفرزه غدة البنكرياس، كما أنه من فيسيولوجية الإستجابة للضغط، أن إطلاق الهرمونات الكظرية بتأثير الضغط، يمكن أن يكون له تأثير في مستويات السكر في الدم. والأدريالين يجعل الكبد يفرغ في مجرى الدم، و يعمل الكورتيزول على تخفيض أفض الجلوكوز بواسطة الخلايا، و تعمل الكميات الكبيرة من الكورتيزول على تخفيض الحساسية للأنسولين و ليس مستوى السكر المرتفع في الدم خطر لدى الأشخاص المعافين، لكن الضغط المزمن يكون مقترن بعوامل أخرى مثل السمنة (البدانة)، تعمل على زيادة احتمال الإصابة بداء البول السكري. (الشيخاني 2003، ص 21).

- الإضطرابات الهضمية:

المشكلات الهضمية مثل الإمساك و الإسهال، و الأعراض المتزامنة في الأمعاء سريعة التهيج المرتبطة بالضغط، الذي يعمل على سد الجهاز الهضمي كليا، متفاقما المشكلات المعوية و حدة.

- أمراض الجلد:

يزيد الضغط من مستويات السمية في الجسم، و يسهم في اللاتوازنات الهرمونية، و كلا الأمرين له تأثير على الجلد، و تأثيرات الضغط المرئية في الجلد تشمل:

- حب الشباب
- الكلف (من الكلف الشمسية)
- الإكزما
- داء الصدف
- الشحوب المفرط
- الأمراض الجلدية. (الشيخاني 2003، ص 22)

8- آثار الضغط النفسي:

للضغط النفسي العديد من التأثيرات الضارة على حياة الفرد سواء على الصحة النفسية أو الجسمية و الإجتماعية، توضح هذه التأثيرات يتمثل في:

- الجوانب الجسمية:

ترتبط الناحية الجسمية و النفسية للإنسان ارتباطا وثيقا مع بعضها البعض، ففي حالة التعرض للإنفعال ، أو التوتر الإيجابي أو السلبي، فإنه يترجم في مراكز الإنفعال ثم تنتقل الإشارات عبر دائرة من المهاد التحتاني إلى الجهاز العصبي المستقل، فإذا كانت الإشارة سلبية في حالة أنفعال الغضب، الحزن، التهديد، فإن الجهاز (السمبثاوي) يعطي تعليماته لأجهزة الجسم المختلفة أن تكون في حالة استعداد و استثارة و العكس صحيح، و الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط شديدة و متكررة، فإن الإحتمال مرتفع في أن يكون الجهاز العامل في معظم الوقت هو الجهاز السيمبثاوي، حيث تكون أجهزة الجسم في حالة استنفار معظم الوقت و لا تستريح لفترات طويلة، و هذا ما يؤدي إلى الإنهاك الذي يسبب مرض جسيمي منشأه نفسي و هو ما يطلق عليه (الأمراض السيكوسوماتية مثل: أمراض القلب و الجهاز الدوري، أمراض الجهاز الهضمي كأمراض القولون، الإسهال...، أمراض الجهاز العضلي كالروماتيزم، الأم المفاصل ..، أمراض الجهاز التنفسي كالربو، صعوبات التنفس، الأمراض الجلدية كالحكة، تساقط الشعر، حب الشباب)..(يوسف ، جمعة،2004، ص44، 45).

- الضغوط النفسية:

الحالة النفسية للفرد تساعد على تحديد أثار الضغوط، ففي الحالة العادية كل الأفراد لديهم درجة محددة من تحمل الضغوط (عتبة الإحساس)، لكن في حالة ما إذا تجاوز الأفراد هذه النقطة فقد تؤدي بهم إلى ظهور الأعراض و الإضطرابات النفسية التي تتراوح بين سوء التوافق و حتى إلى أشد الإضطرابات النفسية كالاكتئاب، القلق، الغضب، العدوان، التعب، العصبية الزائدة ، صعوبات في التركيز، انخفاض تقدير الذات، النشاط الزائد، نوبات الهلع....(يوسف، جمعة،2004، ص45).

- الضغوط الاجتماعية: تأثير الضغط النفسي على حياة الفرد الإجتماعية و علاقاته مع الآخرين

سواء في الأسرة أو المجتمع الخارجي، مما يؤدي إلى إنهاء علاقاته الإجتماعية و الوحدة و العزلة الإجتماعية.(السميران، المساعد، 2014، ص27).

يمكن أن تكون الضغوط منبآت هامة بالأعراض النفسية و الجسمية التي تكون عليها حالة الفرد فعندما يتعرض الفرد لحوادث ضاغطة في فترات زمنية متقاربة يكون لها علاقة واسعة بمختلف الأمراض الجسمية و العقلية.

و كما أن الضغط النفسي له أثر على الأداء الحسي حركي فإنه له أيضا تأثير على النواحي البيولوجية و الجهاز العصبي فأثبتت هولمز و راه Holmes and Rahe أن الأحداث الضاغطة تحدث تعديلات لدى الفرد في توازنه الميل إلى الإتران و إفرازات الغدد و في الجهاز العصبي و تردد و استمرار الاستثارة التي تغير الإتران الداخلي و تقلل من مقاومة الجسم و أوضح هيج Hugge أن الضغط كان له تأثير على مقاومة انطفاء حالة النشاط الكهربائي للجلد. (الرشيدي، 1999، ص 32).

9- علاج الضغط النفسي:

أصبحت الحياة اليومية مليئة بالضغوطات النفسية ، و حتى نستطيع التعامل مع الضغط النفسي يجب معرفة نشأته، و ما هو سبب هذا الضغط، و هناك عدة علاجات للضغط النفسي نذكر منها:

- **العلاج الوقائي:** هناك عدة تقنيا تساعد الفرد في التعامل مع الضغوط نذكر منها مايلي:
- **إيقاف الأفكار السلبية:** على الفرد أن يغير الأفكار السلبية بشكل تدريجي إلى أفكار عقلانية تمكنه من التصرف بشكل مناسب للموقف.
- **التخيل أو التصور البصري:** يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه و هو في موقف ضاغط و يكون التخيل مقترنا بالاسترخاء، و هكذا يستطيع التدريب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط
- **حل المشكلات:** يشير إلى قدرة الفرد على إدراك و فهم عناصر المشكلة وصولا إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة.
- و يعتبر التدريب على حل المشكلات تقنية معرفية فعالة في التعامل مع الأحداث الضاغطة ، تهدف لتنمية مهارة الفرد، و تضمن عدة خطوات تتمثل في التعرف على المشكلة و جمع البيانات ثم وضع بدائل و تقييم الحلول البديلة و وضع الحل النهائي موضع التنفيذ، و لكن أهمية التدريب على حل المشكلات في زيادة كفاءة الفرد و فعاليته (بوبكر براجو، 2007، ص 40).

- العلاج السلوكي المعرفي:

يؤكد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية تغيير المعارف و السلوكيات، و يفترض هذا العلاج أنه بتغيير إدراكات الأفراد و أفكارهم عن مصادر المشقة، ربما يتجه ذلك ليؤثر على انفعالاتهم و استجاباتهم الفسيولوجية، و المبدأ الرئيسي في العلاج السلوكي هو الطريقة التي يفسر بها الأفراد الأحداث و الخبرات و لها تأثير جوهري على مزاج الأفراد و السلوك، حيث يتصف بعض الأفراد التفكير الألية المشوهة الحقيقة الواقعية، تنتج هذه الأنماط عن حالات الإكتئاب، القلق.

يهدف المعالج السلوكي في العلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة الأفراد في التعرف على أنماط التفكير الخاطئة و كيفية تأثيرها في مزاجهم و سلوكهم، يساعد المعالج الأفراد على التركيز في تغيير الطريقة التي يفسرون بها الأحداث و الخبرات ، و قد أظهر أنثوني و زملائه (2009) أن التدخلات النفسية و الإجتماعية المعتمدة على الإسترخاء تكون مفيدة من حيث تحسين التوافق الإنفعالي و القلق (أحمد محدد شويخ، 2012، ص162، 163).

الخلاصة:

من خلال ما تناولته في هذا الفصل، فالضغط النفسي يعتبر بمثابة استجابة نفسية فيزيولوجية غير تكيفية اتجاه مواقف الحياة، كما يختلف الأفراد في إدراكها على أنها حدث ضاغط أم لا، كما قد تعددت المفاهيم و التعاريف نظرا لكثرة النظريات المفسرة لها، و مصادره و أسبابه و أثار الناجمة عنه، و أساليب العلاجية التي تهدف إلى التخفيف من حدة الضغط النفسي، و تسعى إلى توازنه و تكيفه مع مختلف المواقف الحياتية.

**الفصل الرابع:
إضطراب التوحد و
سيكولوجية الأمومة**

الفصل الرابع: اضطراب التوحد و سيكولوجية الأمومة

أولاً: اضطراب التوحد

- تمهيد
- 1- التطور التاريخي لاضطراب التوحد
- 2- مفهوم اضطراب التوحد
- 3- النظريات المفسرة لاضطراب التوحد
- 4- أسباب اضطراب التوحد
- 5- أعراض اضطراب التوحد
- 6- خصائص الطفل التوحدي
- 7- تشخيص اضطراب التوحد
- 8- علاج اضطراب التوحد
- 9- البرامج العلاجية و التربوية لاضطراب التوحد

ثانياً: سيكولوجية الأمومة:

- 1- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحدي
- 2- تصورات الأم حول الطفل المنتظر
- 3- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي
- 4- تقبل الأم لابنها التوحدي
- خلاصة

تمهيد:

في هذا الفصل سأحاول التعرف على التوحد، بالتطرق إلى التطور التاريخي للتوحد، تعريف التوحد، نظريات المفسرة لاضطراب التوحد، أهم أسباب و أعراض التوحد، خصائص الطفل التوحد، تشخيص التوحد و التعرف على صعوبات التشخيص، البرامج العلاجية و التربوية للتوحد.

أولاً: اضطراب التوحد:**1- التطور التاريخي للتوحد:**

بدأ الاهتمام باضطراب التوحد، بشكل علمي، عام (1943)، من خلال دراسة قام بها الطبيب النمساوي (ليوكانر) الذي كان يعمل في مستشفى جونز هوبكنز ببالتي مور في الولايات المتحدة الأمريكية، إذ نشر كانر عام (1943) تقريراً عن التوحد بعنوان اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي، كان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي، البالغ عددهم (11) طفلاً، منهم (9) ذكور و (2) إناث.

و قد لفت اهتمام كانر وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير عادية لهذه المجموعة تمثلت في مايلي: الإنعزالية المفرطة، القصور اللغوي، المصاداة، الحساسية المفرطة، الرفض الشديد للتغيير (التمسك بالروتين) و تنوع محدود للأنشطة، قدرات إدراكية عالية، مظهر جسدي طبيعي، الإنتماء لأسر تتمتع بمستوى ذكاء مرتفع.

و في السنة الثانية (1944) قام الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر في أطروحته لمرحلة الدكتوراة بدراسة خصائص (4) أطفال تراوحت أعمارهم بين (6-11) سنة، نشرها ببحث في اللغة الألمانية، ذكر هانز أسبيرجر عدداً من الخصائص لعينة البحث تمثلت في القصور في المهارات الاجتماعية بشكل شديد، و نماذج من التفاعل الاجتماعي غير سوي، و القصور في التواصل البصري "غير اللفظي" و المهارات اللغوية الجيدة و لكنها تتسم بالاستخدام غير صحيح، و المهارات الإدراكية العالية، و القوة في الذاكرة، و التماسك الاستبدادي للأشياء و الأعمال، الإرتباط الشديد بالأعمال الروتينية، بالإضافة إلى القصور في إتقان مهارات الحركية، و أطلق هانز مصطلح "التوحد الطفولي" بالرغم من عدم اطلاعه على دراسة كانز. (نايف بن عابد، 2010، ص22، 21، 20).

توالى بعد ذلك العديد من الدراسات التي قدمت معلومات حول اضطراب التوحد، إذ قدم (كريك) عام (1961) حسب ما يذكر كل من سكوبلر، وريتشلر، ورنر عام (1988) محكات تشخيصية لما كان يسمى آنذاك بالتوحد الطفولي، مكونة من تسع نقاط، تعطي انطبعا عن فئة أطفال التوحد أو الذين يظهرون صفات اضطراب التوحد. إلا أن هذه النقاط تعرضت لنقد شديد من قبل الباحثين، كونها غامضة و تسمح بمدى واسع من التفسيرات المختلفة، و تمثلت النقاط التسع في مايلي: قصور عام و دائم في العلاقات العاطفية مع الآخرين، قصور في إدراك الهوية الشخصية (الذاتية)، تعلق غير طبيعي في بعض الأشياء أو بأجزاء من الأشياء أو المهام دون إدراك لماهيتها الحقيقية، مقاومة أي تغيير في البيئة المحيطة، تجارب و خبرات إدراكية غير طبيعية، قلق و توتر غير طبيعيين، فقدان القدرة على النطق أو عدم اكتسابه مطلقا، أنماط حركية مضطربة، قصور واضح في بعض الجوانب المعرفية و وجود قدرات خاصة في بعض الحالات النمائية.

كما جاءت دراسة لوتر (1966-1967) التي قام فيها بدراسة مجموعة من الأطفال أظهروا الصفات التوحدية حسب وصف كانر إذ أشارت دراسته إلى احتمالية مرافقة الإعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة لاضطراب التوحد. (نايف بن عابد، 2010، ص 24)،

و عام (1977) حصل اضطراب التوحد على أو اعتراف رسمي له كفئة مستقلة من قبل من (world . hearthorganisation_who الصحة العالمية منضمة

و في عام 1980 صنف اضطراب التوحد على أنه ضمن الإعاقات الانفعالات الشديدة إلا أنه و في نفسه (1980) صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي من خلال الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية _ الإصدار الثالث (Dsm3)، بوضعه أحد الإضطرابات النمائية الشاملة و الذي ضم التوحد و الاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة، إذ اشترط الدليل ظهور أعراض التوحد قبل عمر (30) شهرا ، و في ذلك الوقت لم يكن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة مألوفا و متداولاً.

و عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي للدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية_المصدر الثالث المراجع (DSM_R)، الذي تضمن فئة جديدة أطلق عليها مصطلح الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، و تم هذا الإصدار إلغاء محك العمر لظهور الأعراض مع التركيز على المستوى النمائي عند تقييم الأعراض، و بناء على ذلك أصبح هناك ازدياد في عدد الأطفال التي تم تشخيصهم على أنهم ضمن فئة التوحد و فئة الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة .

و عام 1994 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية dsm 4 موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة الذي

لا يساعد تقديم اقتراحات علاجية، إذ قدمت الجمعية في هذا الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تظم تحت مظلتها الاضطرابات التالية:

إضطراب التوحد، متلازمة اسبيرجر، و متلازمة ريت، إضطرابالإنتكاس الطفولي و يطلق عليه البعض إضطرابالإنحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي بدلا من كلمة الإنتكاس و أخيرا الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة التي يطلق عليها البعض التوحد الغير نمطي.

لعام (2000) تم تصنيفه كما في دليل السابق (DSM-4-TR) وفي الطبعة الرابعة المراجعة

(نايف بن عابد، 2010، ص 27، 26).

2- تعريف التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية و النظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب و من أهمها مايلي:

المختص بالطب النفسي للأطفال و الذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة **Leo-kanner** عرف

مظاهر التوحد عند الأطفال و أطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر و ذلك عام 1943 و عرف التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من من المظاهر الآتية:

-صعوبة تكوين في الإتصالو العلاقات مع الآخرين

-انخفاض في مستوى الذكاء

-العزلة و الانسحاب الشديد في المجتمع

-الإعادة الروتينية للكلمات و العبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل

-الإعادة و التكرار للأنشطة الحركية

-اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية.

-ضعف الإستجابة للمثيرات العائلية.

-الإضطراب الشديد في السلوك و إحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب.(سوسن شاكر، 2015، ص

15).

تعريف كريك Krek:

يرى كريك بأن التوحد حالة من الإضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر حيث يشمل الإضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، و أنه يعاني من اضطراب الإدراك و من ضعف الدافعية و لديه خلل في تطور الوظائف المعرفية و عدم القدرة على فهم المفاهيم الزمنية و المكانية و لديه عجز شديد في استعمال اللغة و تطورها و أنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي و ضعف القدرة على التخيل و يقاوم حدوث تغييرات في بيئته. (العبادي، 2011، ص13).

كما عرفه الخطيب و الحديدي عام 1997 بأنه: إعاقة في النمو و تصنف بكونها مزمنة و شديداً و هي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر و هي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ. (سوسن شاكر، 2015، ص 19).

تعريف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين:

التوحد هو إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي و الغير اللفظي و التفاعل الاجتماعي و تظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سنة الثالثة من العمر و تؤثر سلباً على أداء الطفل التربوي، و من الخصائص و المظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة و الحركات النمطية و مقاومته للتغير البيئي أو مقاومته للتغير في الروتين اليومي، إضافة إلى الإستجابات غير الإعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية. (العبادي، 2011، ص14)

American psychiatricassocia و عرفت الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة (1994) التوحد بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية و غير لفظية و التفاعل الاجتماعي و هو عادة ما يظهر في سن قبل ثلاث سنوات و الذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم و في بعض الحالات تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة، و يظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي و كذلك ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديد(خليفة، الفصاونة، الشرمان، 2013، ص 15).

التوحد بأنه: (Dsm-4-1994) وقد عرف الدليل التشخيصي الرابع

حالة من القصور المزمّن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بالانحرافو تأخر في الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الإجتماعيةو اللغوية و تشتمل الإنتباه و الإدراك الحسي، و النمو الحركي، و تبدأ الأعراض خلال السنوات الثلاثة الأولى. (خليفة، الفصاونة، الشرمان، 2013، ص16).

و قد عرفت الجمعية الوطنية الأمريكية للتوحد بأنه:

عبارة عن المظاهر الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً يتضمن الاضطرابات التالية:

1- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو

2- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات

3- اضطرابات في الكلام و اللغة و المعرفة.

4- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس و الأحداث و الموضوعات (العبادي، 2011، ص15).

و قد عرف التوحد بأنه عبارة عن بعض أنماط السلوك المتمثلة في عدم القدرة على تطوير العلاقات مع الآخرين، و تأخر في اكتساب الكلام، و عجز في التواصل، و اللعب النمطي و الحفاظ عليها و ضعف التحليل (الزريقات، 2004، ص33).

و قد حدد الشامي اضطراب التوحد بأنه إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي و التواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية و تكرارية و محددة كما أن الاهتمامات و المحددة (صديق، 2004).

عرف التوحد على أنه: (firth .1991) أما فرت

إعاقة تنتج عن إصابة باللغة في مجال الإجتماعي و التواصل و التخيلي. (الشيخ، 2004).

3- النظريات المفسرة لإضطراب التوحد:

النظرية النفسية:

و هي من أقدم و أشهر النظريات التي فسرت طيف التوحد، و التي بدأها (كانر 1949)، حيث فسرت طيف التوحد بأنه: حالة من العزلة و الهروب من الواقع الذي يعيشه الطفل نتيجة البرود العاطفي و جمود الوالدين و اللامبالاة بين الأم و ابنها، و تصور كانر في أول تقرير له عن التوحد أن العامل المسبب له هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة، و منها افتقاد الطفل الحب و الحنان بينه و بين أمه. (الشاوي، 2017، ص21).

النظرية البيولوجية:

تكون الإصابة بالتوحد في الغالب مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية و مشكلات صحية محددة مثل الصرع و يصعب تحديد عوامل اجتماعية للإصابة بالتوحد و من حيث النظرية البيولوجية نجد ان التوحد

يصيب الذكور أكثر من الإناث , و ينتشر في كل المجتمعات و الثقافات و من حيث الإعاقة المصاحبة للتوحد فإنها تتمثل في الإعاقة العقلية و الصرع و أعراض عصبية صعوبات أثناء الحمل و مشكلات أثناء الولادة , و من حيث الارتباط بين التوحد و حالات أخرى نجد أن هناك حالات وراثية و حالات ايضية و التهابات فيروسية , و في الواقع ان هناك أسباب بيولوجية خفية تصاحب كل حالة من حالات التوحد و لم يتم التعرف على هذه الأسباب إلا في حالات قليلة , كما انه يصعب القبول بالنظرية البيولوجية عندما نجد ان الإصابة بالتوحد لا تصاحبها عوق عقلي أو صرع في حين عند الكشف عن الإصابة بالتوحد عند بعض الأطفال نجد أن الإصابة مصحوبة بحالات طبية أخرى (البطانية و آخرون، 2007، ص591-590).

نظرية الاختلال الوظيفي:

تتمثل هذه النظرية في أن كل جزء من الدماغ له خاصية و عمل معين، فقشرة الدماغ تتكون من جزأين أيمن و أيسر و كل فاعلية لها موقعها الخاص فيهما، احدى قشريتي الدماغ عادة ما تكون المسيطرة و فيها مركز القدرات المعرفية، و يقع مركز الوقت في الجزء الصدغي، و يعتبر الجزء التحيزي مركز لتحديد المكان و الإدراك الحسي و قد لوحظ أنه مع الزيادة في العمر زيادة في القدرات و التركيز في الدماغ، لكن في حالة التوحد هناك نظرية الاختلال الوظيفي لمراكز التحكم في المخ حيث يعمل نصفي قشرة المخ بطريقة غير طبيعية فيكون هناك بعض الفعاليات تعمل في النصف المعاكس مما يؤدي إلى فوضى و تشويش في عمل المراكز الحسية.

النظرية المعرفية:

تفترض النظريات المعرفية أن المشكلة الرئيسية هي في تغيير و دمج المداخلات من الحواس المختلفة و البرهان الثاني يركز على الإدراك الحسي و الذي يقول أن العيب الرئيسي للطفل التوحدي هو في فهم الأصوات، و ترى فرضية أخرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزي لعيب إدراكي فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصريا أو لمسيا أو سمعيا أو غيرها، الأدلة المخبرية لدعم هذا التفسير جاءت من اختبار إيجاد الصور الخفية، إنهم يفعلون جيدا لأنهم يركزون بشكل مباشر كل جزء إلا أنهم لا يقومون باشتقاق المعاني من المثيرات ذات الأجزاء الكثيرة هذا النوع من الإعاقة يأخذ بعين الاعتبار العجز العقلي و الإجتماعي للطفل التوحدي (الزريقات، 2010، ص101)

4- أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية إلى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب يرجع إليها حدوثه، سواء كانت نفسية، بيولوجية، جينية أو كيميائية.

لقد أجريت كثير من الأبحاث عن أسباب التوحد، و لم تظهر حتى الآن إلا القليل من النتائج، فالتوحد قد لا يكون سبب واحد فقط بل قد تكون هناك عدة عوامل بيولوجية تسبب في هذا الاضطراب فإنه يظهر سلوكيات غير اعتيادية عند هؤلاء الأشخاص المصابين بالتوحد.

و تختلف أسباب التوحد من شخص إلى آخر لذا تنوعت الأسباب و كانت:

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

عندما تتم عملية تلقيح البويضة، ينتج الحيوان المنوي 23 كروموسوما، و تنتج البويضة 23 كروموسوما آخر، أي أن نصف الكروموسومات يأتي من جانب الأم و النصف الآخر من جانب الأب، تتراوح هاتان المجموعتان و يصبح للإنسان 23 زوجا من الكروموسومات تعرف برقمه (22_1) و زوج منها يحدد جنس الجنين تعرف بكروموسومات y و x و كل كروموسوم يحتوي على آلاف الجينات التي تحمل المعلومات الخاصة بسمة معينة كشكل الفرد، لون عيونه، فصيلة الدم..، و هناك سمات تتأثر بجين واحد كلون العيون أو سمات تتأثر بأكثر من جين كلون الجلد أو لون الشعر.

أشارت بعض الدراسات إلى أن قلة من المصابين بالتوحد لديهم خلل في كروموسومات معينة لكنها جميعها حالات فردية و لا تزيد نسبة اقتران التوحد باضطرابات جينية من 4- 5 و هذا لا يعد دليلا كافيا لاعتبار التوحد اضطرابا جينيا (غدي، 2012، ص102).

1- الأسباب الوراثية: الوراثة هي انتقال الصفات الوراثية من الأباء إلى الأبناء عند عملية الإخصاب و تلعب الوراثة دورا كبيرا في انتقال العديد من الصفات الإيجابية أو الأمراض من جيل إلى جيل، و ترى بعض الدراسات إلى أنه قد تكون السمات الموروثة هي بعض أنواع الإعاقات المعروفة كإعاقة العقلية أو صعوبات القراءة، و أوضحت أن العجز الإجتماعي الموروث لطيف التوحد يتشابه مع الأعراض الطبية التي تحدث عنها (هانز اسبيرجر) حيث هناك صلة قرابة من الدرجة الأولى ممن لديهم أعراض اسبيرجر و بعض حالات التوحد. (غدي، 2012، ص32).

2- العوامل المناعية: أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي، فالعوامل الجينية و كذلك شدة في منظومة مقررة لدى التوحد (مصطفى، الشربيني، 2011، ص24).

3- العوامل العصبية: النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي و الفص الجداري و أظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم

لأجزاء من المخ التي تحتوي على الفص الجداري، مما يؤثر على العلاقات الإجتماعية و الإستجابة السوية و اللغة، أما باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطراب في الفص الأمامي.

4-عوامل كيميائية حيوية: العديد من الدراسات بينت ارتفاعا في مادة حمض الهوموفانيليك، في السائل النخاعي و هذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين، و كذلك ارتفاع لمستوى السيروتولين في دم ثلث الأطفال التوحيين، و لكن هذا الارتفاع ليس مقصورا عليهم، إذ أنه يوجد أيضا في السيروتولين في الدم نجد انخفاضا في مستوى السيروتولين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحيين.

5-التلوث البيئي: تثبت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات، و تركيزات مرتفعة من الهواء المملوء بالزئبق و الكاديوم في ولاية كاليفورنيا ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

6-العقاقير: اقترح wakelfidle et al سنة 1998 ارتباط الإصابة بالتطعيمات و خاصة التطعيم الثلاثي، و يعزز هذا الافتراض زيادة التطعيمات التي تعطي للأطفال إلى أن وصلت إلى (41) تطعيما قبل بلوغ الطفل العامين، كما أن وجود نسبة عالية من المعادن الثقيلة داخل جسم الأطفال المصابين بالتوحد و التي هي من مصادر بيئية و من ضمنها اللقاحات، أعطت دعما قويا للفرضية.

7-الخمر و المخدرات: اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجيني و التوحد فالأثينول معروف على أنه سبب للإصابة قبل الولادة للجهاز العصبي المركزي، و يبدو أنه من المعقول أن تتوقع زيادة مخاطر الإصابة بالتوحد. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص25)

8-التدخين: انتهت نتائج دراسة هيلتمن و آخرين (2002) إلى ارتباط التدخين الأموي أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد.

5- أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها و عددها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الإجتماعية، الإتصال و السلوك.

و إذا ما تكلمنا عامة فإنها تمون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الإجتماعي، المشكلات الحسية و اللعب و السلوك.

و إن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

-مقاومة التغيير

-السلوك الإستحواذيو النمطي.

-سلوك العزلة و المقاطعة.

-نوبات الغضب.

-المناورة مع الأفراد و البيئة المحيطة

-الضحك و القهقهة دون سبب.

-الإستثارة الذاتية

-عدم إدراك المخاطر. (عسليّة، 2006، ص20).

-يتصرف الطفل و كأنه لا يسمع و لا يهتم بمن حوله.

-لا يحب أن يحضنه أحد

-يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

-لا يخاف من الخطر.

-يكسر كلام الآخرين.

-نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.

-لا يلعب مع الأطفال الآخرين

ضحك و استثارة في أوقات غير مناسبة

-بكاء و نوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.

-يقاوم تغيير الروتين.

-لا ينظر في عين من يكلمه

-قصور أو غياب القدرة على التواصل و الاتصال (محمد علي كامل، 2003، ص122).

فأعراض السلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين و نصف يلاحظ الوالدان بعض ذلك تأخر في النمو اللغوي و مهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي، و الأطفال

التوحيديون ليس لديهم نفس الدرجة و الشدة من الاضطرابات فالتوحد يكون بعلامات بسيطة، و قد يكون شديدا بإضطراب في كل مجالات التطور العامة.

أما (smith) (2001) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:

إعاقة في التفاعلات الاجتماعية:

-لا يطور مودة و صداقة للآباء و أعضاء الأسرة،

-نادرا ما يلاحظ الإنفعالات مثل العطف و الغضب.

-الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية مثل: (الابتسام، الإيماءات، التواصل الحسي)

-لا يوجد تواصل بالعين

-اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.

-يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

قدرات تواصل ضعيفة:

-اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.

-محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية

-سلوك نمطي و تكراري

-لا يحافظ على المحادثة

-المحدثات التلقائية نادرا ما يبدأها

الإصرار على التماثل:

-التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طلقوسيا.

-ظهور سلوك تكراري

-سلوكيات نمطية مثل (التأرجح و التلويح باليد) صعب إيقافها.

أنماط سلوك غير اعتيادية:

-سلوك إيذاء الذات مثل الضرب و الغضب

-ظهور مخاوف اجتماعية اتجاه الغريبو المواقف غير اعتيادية و البيئات الجديدة.

(الزريقان، 2004، ص44).

6- خصائص التوحد:

إن أهم الخصائص الحسية و الاجتماعية و الانفعالية و الإدراكية التي يتسم بها الأطفال التوحديين هي ما يأتي:

1. **ضعف التفاعل الاجتماعي:** غالباً ما يكون الأطفال التوحديين بمعزل عن الآخرين، و هم متحفظون، يقيمون اتصالات قليلة، و علاقات ضعيفة مع كل من الراشدين و الأطفال، و غالباً ما يهيمن وجهوهم في أرجاء الغرفة التي يوجدون فيها، غير مهتمين و لا عابئين بما يفعله الآخرون، و لا يستجيبون للذي يحاول أن يقدم لهم شيئاً و لا يأبهون له كما أنهم يظهرون نوعاً من الإدراك للآخرين الموجودين معهم سواء كانوا أشخاص أم أشياء، كما تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض الانسحاب الاجتماعي و الانطواء على النفس و عدم القدرة على إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. (نوري، 2011، ص29).

2. **البرود العاطفي الشديد:** من الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولات الحب و العناق أو إظهار مشاعر العطف، و يذهب الوالدان إلى أن طفلهم لا يعرف أحد و لا يهتم بأن يكون وحيداً و في ضحية الآخرين، فضلاً عن القصور و الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية و عاطفية مع الآخرين.

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

3. **ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:** تبدو على أطفال التوحد كما لو أن حواسهم قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فإذا مر شخص قريب منه و ضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم ير أو يسمع أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر، و ما أن تزداد معرفتنا بالطفل ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية و هذا ما قد يؤدي الفشل في اكتساب اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي و غيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل و التذكر و معالجة المشكلات و الاستيعاب و غيرها. (نوري، 2011، ص32)

4. **ضعف استخدام اللغة و التوصل مع الآخرين:** يعاني بعض الأطفال التوحديين من ضعف استخدام اللغة و التواصل مع الآخرين، و بعض الأطفال قد لا يتعلمون الكلام أبدا كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين فقد يردد الطفل ما قد يسمعه توا و في نفس اللحظة و كأنه صدى لما يقال و تعرف بظاهرة (المصاداة)و الحديث التلغرافي الذي فيه حذف بعض الكلمات الصغيرة و استخدام الضمائر بصورة مشوشة و خاطئة حيث يستعمل (أنت) عندما يود أن يقول (أنا) و عدم القدرة على تسمية الأشياء و عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة و يكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل و لقد أسماه كانر اللغة المجازية metaphoricallanguage و يكون الكلام على وتيرة واحدة، و يعاني الطفل الخلط في ترتيب الكلمات و الصعوبة في فهم أي شيء سوى بعض التعليمات اللفظية البسيطة و ذلك لكون هذه التعليمات حرفية و محسوسة عياني عند استخدام الطفل التوحدي لها لأنه لا يفهم إلا الحديث العياني المباشر، أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه و الإيماءات فغائبة أو نادرة، و إذا وجدت فتكون غير مناسبة إجتماعيا و عندما لا توجد شذوذات واضحة في مهارات اللغة ، فإن التواصل غالبا ما يكون به خلل يبدو في اللف و الدوران و اللغو الذي لا علاقة بين بنوده و أطرافه.(نوري، 2011،ص33،34،35).

5. **إيذاء الذات:** يثور الأطفال التوحديين في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته و أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته و تأهيله، و يتميز هذا السلوك بالبدائية كالعص و الخدش و الرفس، و قد تشكل عدوانيتهاز عاجا مستمرا لوالديه بالصراخ و عمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلا لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب و الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزج الأبوين الذين يقفان أمامها حائرين، و كثيرا ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح و كدمات أو أورام أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه، كما و يظهر الأطفال حزنهم بنوبات غضب شديدة أو بحركات معينة كالهز إلى الأمام و الوراء أو القفز صعودا و هبوطا أو الركض فيأرجاء الغرفة على أطراف أصابعه و كثيرا ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو اسببانه و قد لا تجدي كل محاولات إزاحة الطفل مما يعانيه نفعاً.

6. **فقدان الإحساس بالهوية الشخصية:**يبدوا على الأطفال التو حديين بأنهم لا يعرفون بوجود الهوية الشخصية أو الذات الخاصة به و كثيرا ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم و الإمساك بها

كما لو كانت أشياء جامدة ، إلى درجة إيذاء أنفسهم أو يتخذ الأطفال أوضاعا خاصة في الوقوف أو الجلوس و كأن أجسامهم أشياء غير مألوفة لديهم.

7. **الانشغال المرضي بموضوعات معينة:** و يقصد به الانخراط أو الانشغال الكامل بشكل مرضي بموضوعات و أشياء معينة قد ينهمك الطفل التوحدي تماما بقطعة من رباط الحذاء أو قطعة حجر صغيرة، و ربما يستمر هذا الانهماك لفترات طويلة من الوقت، أو ينشغل الطفل بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الإرتباط بموضوع غير معتاد مثل (الإضرار على حمل قطعة من الخيط طوال الوقت)، أو يلاحظ على الطفل السلوك الاستحواذي فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوما كقطعة من القماش أو الكوب و يشعر بالحزن الشديد إذا أخذ منه شيء.

8. **الشعور بالقلق الحاد:**تسبب بعض الأشياء العادية و المألوفة القلق الحاد للطفل في حالة تغيير رةتيناالحياة اليومي و من ناحية الأخرى نجد أن الطفل التوحدي لا يخاف مطلقا من أخطار حقيقية مثل المرور في الشارع، أو الوقوف في الأماكن المرتفعة، و يصبح الطفل حزينا إذا تغيرت البيئة المحيطة بأي طريقة كانت، فقد ينزعج الطفل أيضا إذا جرى خرق الروتين و لم يحافظ عليه بصرامة، و يعاني الطفل من شذوذات الوجدان مثل التقلب الوجداني(أي الضحك و البكاء من دون سبب واضح) و الغياب الواضح للتفاعلات العاطفية و الخوف المفرط كاستجابته لموضوعات غير مؤذية،(نوري، 2011، ص36،35).

9. **القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:**يبدوا علي الطفل التوحدي القصور والعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي.ففي سن الخمس او العشر سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء اعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو اقل .وهو يعجز عن رعاية نفسه او حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه وقد لا يهيمه عند إعطائه لعبة أن يلعب بها بل يسرع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الاخطار التي قد يتعرض لها .وتشيع لدي أطفال التوحد أعراض التبول الليلي والتغوط ومشكلات الاكل والارق.

10. **انخفاض في مستوى الوظائف العقلية:**يعاني أطفال التوحد من اضطراب في النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوق ملحوظا مع ظهور تفوق في مجالات معينة . ويبدوا علي بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلوا تلقائيا الي معرفة طرق لإنارة وتشغيل الاقفال .

كما يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات و الأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين.وقد يبدا بعض الأطفال تفوقا ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية.

ويظهر بعض الأطفال نوع من الأداء السوي أو القريب من السوي وذلك في سياق ترتيب أشياء معينة في صورة دقيقة أو في تذكر بعض الأنواع المعينة من أحداث الواقع أو في تذكر بعض المقطوعات الموسيقية، ويعاني بعض الأطفال التوحد يون من ضعف في الإدراك والانتباه والوظائف العصبية.

11. **السلوك النمطي المتصف بالتكرار:** كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي لفترات طويلة بأداء حركات معينة يستمر في أدائها بتكرار متصل. كهز الرجلين، أو جسمه، أو رأسه، أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو لف اليد في حركة دائرية، أو الدوران حول النفس، أو أرجحة الرأس، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر، و قد يمضي الساعات محملا في اتجاه معين أو نحو مصدر الضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول الساعة، و لا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في الواقع استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود إلى وحدته المفرطة و انغلاقه التام على نفسه و على عالمه الخيالي الخاص و رغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كماهي.

و يظهر بعض الأطفال السلوك النمطي المتصف بالتكرار و خاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين و بدون توقف دون شعور بالملل أو الإعياء و المشي على أطراف أصابع القدمين و الأوضاع الغريبة لليد و الجسم و ضعف التحكم الحركي، و يتجه أطفال التوحد للعب بالأشياء و قد يستغرقون وقتا طويلا في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر دون ملل. (نوري، 2011، ص37، 39، 38)

7- تشخيص اضطراب التوحد:

يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد و عادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب و ذلك قبل ثلاثة سنوات في نفس الوقت، فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين و الأشخاص المقربين الآخرين الذين لهم علاقة بحياة الطفل المباشر، و يمر تشخيص التوحد على عدد من الاختصاصيين منهم طبيب أطفال، اختصاصي أعصاب المخ، طبيب نفسي حيث يتم عمل تخطيط المخ و الأشعة المقطعية و بعض الفحوصات اللازمة و ذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي من الأطباء المختصين و يتم تشخيص مبنيا على وجود الضعف الواضح و التجاوزات في الأبعاد السلوكية التي تم ذكرها سابقا و إذا اجتمعت ثلاث أنواع من السلوكيات سويا لدى الطفل يتم تشخيصه بالتوحد، و هناك بعض المراكز العالمية طورت نماذج تحتوي على أسئلة تشخيصية للحصول على أكثر المعلومات و تاريخ الطفل و أسرته منذ حدوث الحمل و حتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى التشخيص الصحيح.

صعوبات تشخيص التوحد:

مازال تشخيص التوحد يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال التوحديين، و ذلك من خلال العرض السابق لتفسير مفهوم المصطلح و الإتجاهات المختلفة في التفسير، و يمكن عرض هذه الصعوبات في النقاط التالية:

1-التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات التوحد، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد تجد في سلوكياتهم بعضا من سمات التوحد التي تظهر في بعض الأحيان و لفترات محدودة، و بهذا فهم قطعاً ليسوا أطفال التوحديين، و من هنا تحدث أخطاء جسمية في التشخيص فيحكم على الطفل أنه توحدي و هو ليس كذلك .

2-اختلاف الأراء وعدمالاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم إجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى مازلنا نجهلها تماماً.

3-تشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الذهان، الصرع، الصمم، إعاقات التخاطب.

4-عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس و التشخيص على درجة عالية من الصدق و الثبات.

5-ندرة إنتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها.(نوري، 2011، ص103، 104).

محكات تشخيص التوحد:

و بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد، فإن العلماء و الباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير و المحكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها.

و من أقدم و أول هذه المعايير تلك التي وضعها كانر و كررها في كتاباته المتعددة من (1943-

1970) ثم لخصها في كتابه الشهير زهان الطفولة (1973)، و هي كالتالي:

- 1-سلوك انسحابي انطوائي شديد، و عزوف عن الاتصال بالآخرين.
- 2-التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل ، و الملابس، و ترتيب الأثاث، و روتين الحياة اليومية.
- 3-بفضل التعلق و الارتباط بالأشياء و التعاطف معها خلال الفترة من (14-18) شهرا من العمل أكثر من الارتباط بالناس جميعا و منهم أبواه و إخوته.
- 4-عدم القدرة على الكلام و يظهر كأنه أصم و أبكم أو يتكلم باللغة المجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.

- 5- عدم ظهور الهلوسات و الهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.
- 6- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي، فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم و الموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة حتى لو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها.
- بعد هر كانر لهذه المحكات ظهرت محاولات عملية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للتوحد على يد كل من سيلان، يانيت selsin, yannet و تم نشرها في دورية بحوث الطفولة (1960) و هي كالتالي:

- 1- اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالانغلاق على الذات و عدمالانتماء الاجتماعيلآخرين.
- 2- غياب العجز أو القصور الحركي الذي يميز بعض حالات الأمراض الذهنية الشديدة
- 3- بدء ظهور أعراض التوحد في خلال العامين الأول و الثاني من العمر .
- و مع كثرة الأبحاث و الدراسات لكشف أسرار التوحد، فقد قدم الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الذي يصدره الإتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين في طبعة الثالثة (1980)(DSM3) خمسة محكات أساسية لتشخيص حالات التوحد في الطفولة المبكرة، و إن كان هذا دليل لم يتضمن أي إشارة لهذه الحالات في طبعته الأولى (1952) و الثانية (1986).

و يمكن عرض محكات التشخيص التوحد كما جاءت dsm3 على النحو التالي:

- 1- قصور في الإستجابة للمثيرات الإجتماعية، و تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين و تقليد سلوكهم و الشعور بوجودهم و التعرف عليهم و التمييز بينهم و تجنب النظر في عيون الآخرين و عدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من الانفعالات
- 2- قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل التردد الألي، اللغة المجازية و عكس الضمائر أنت بدلا أنا.
- 3- قلة الاهتمامات و الأنشطة التي يمارسها و مقاومة التغيير، و التعلق بأشياء تافهة.
- 4- عدم وجود هذات أو هلاوس أو فقدان الترابط و عدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.
- 5- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهرا.
- و ذكر كوجل و آخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات التوحد:

- 1- قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي، و الإنطواء على النفس و عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- 2- قصور الذي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية و الإدراكية و ضعف و تشتت الإنتباه و عدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.
- 3- عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.
- 4- النشاط الحركي المفرط. (نوري، 2011، ص104، 105، 106).

أما سبيتز *spitzer* فذكر أن أعراض التوحد تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية:

- 1- اضطراب كفي في التفاعل الاجتماعي.
 - 2- اضطراب في النشاط التخيلي و القدرة على التواصل اللفظي و غير اللفظي.
 - 3- الانغلاق على النفس و عدم الإهتمام بالأحداث و المنبهات الخارجية
- و أوضح التقرير الذي وضعه قسم الصحة النفسية و الاضطرابات النمائية في ولاية أليينيز (1987) وصفا لخصائص التوحد و هي ضعف أو قصور أو عجز في جوانب النمو المختلفة لا سيما النمو (الاجتماعي، اللغوي، الإنفعالي، الحركي)، أما الإختلاف الواضح فكان في تحديد العمر الزمني الذي تظهر فيه الأعراض، فنجد أن كانر حدده في الفترة من (14-18) شهرا، أما سيلان و يابنت فذكرا أن بدء ظهور الأعراض يكون من خلال العامين الأول والثاني من العمر و هو تقريبا ما حدده كانر، و أما الدليل التشخيصي الثالث (1980) فقد مد هذه الفترة حتى قبل انتهاء الثلاثين شهرا الأولى من العمر، و البعض الآخر لم يهتم بتحديد زمن بدء الأعراض. و مع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في المجال، إلا أنها تعرضت للنقد و كان أهمها إطلاق صفة الطفولة على الأوتيزم *infantiautism* فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد (30) شهرا من الولادة، و لهذا تم تعديل التسمية في الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية عام (1987). فظهر التوحد كنوع قائم بذاته مع إلغاء الطفولي *infantiel*، و اعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة أو الشاملة، و قد احتوى هذا الدليل وصفا تفصيليا لمحكات تشخيص التوحد، و جاءت في ثلاث مجموعات بشرط أن تتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في المجموعات الثلاث، على أن يكون اثنان على الأقل من المجموعة (أ) و اجد على الأقل من كل من المجموعتين (ب)، و (ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة التي تتعلق ببدء ظهور الأعراض

و فيما يلي عرض تفصيلي لهذه المجموعات التي تمثل محكات تشخيص التوحد كما جاءت في -dsm3
:R

أ-عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي المتبادل و يتمثل في:

- 1-قصور واضح في فهم مشاعر و أحاسيس الآخرين و التعامل معهم كقطع أثاث.
- 2-عدم البحث من الراحة وقت التعب، عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.
- 3-غياب القدرة على التقليد
- 4-عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين و تفضيل اللعب منفردا
- 5-عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق، و عدمالاهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

ب- قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي و غير اللفظي و النشاط التخيلي و يتمثل في:

- 1-عدم القدرة على التواصل لغويا بالآخرين، و يظهر ذلك في الكلام الغير معبر، و ترديد اللغة المنطوقة.
- 2-عدم القدرة على التواصل غير اللفظي، و يظهر في نظرات العين، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات و الحملقة الثابتة في المواقف الاجتماعية.
- 3- قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار و الشخصيات الخيالية و عدم الاهتمام بالروايات الخيالية.
- 4- شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم و الإيقاع و الأداء.
- 5-شذوذ واضح في تركيب الجمل و مضمون التخاطب و ترديد الكلمات المسموعة.
- 6-شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره .

ج-محدودية الأنشطة و الميول و الإهتمامات تتمثل في:

- 1-حركات للجسم نمطيةمثل رفرفة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس
- 2-الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشياء بدلا من النظر إليها، حمل ورقة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.

3- استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فائزة من مكان لآخر، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو للغير.

4- إصرار و التزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث، المأكل، الملابس، اللعب، الحركة، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.

5- نقص ملحوظ في الاهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الإهتمام بترتيب الأشياء في صفوف و عواميد مما يمنع استخدامها في نشاطاتها.

د- بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر: (schwartz 1992_20_21):

و قد تشابهت هذه المحكات مع ما جاء في الدليل الطبي لتصنيف الامراض في طبعته العاشرة (ICD_10) من محكات تشخيصية للتوحد تتمثل في الأتي:

1- قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي المتبادل.

2- قصور نوعي في التواصل.

3- نماذج محدودة و مكررة و نمطية من السلوكيات و الإهتمامات و الأنشطة.

4- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في السنوات الثلاث الأولى من العمر. (نوري، 2011، ص107، 108).

8- التشخيص الفارقي للتوحد:

بالنظر الى تشابه عراض التوحد مع أعراض حالات أخرى فان احتمالات أخطاء تشخيص حالات التوحد واردة بصورة كبيرة خاصة في حالات الأطفال الصغار جدا . ان التشخيص الفارقي للإضطراب التوحد يتضمن مقارنة سلوك الطفل موضع التشخيص مع السلوك الطفل الذي يعاني من اضطرابات أخرى تحمل نفس الأعراض , كما هو حال مع التخلف العقلي ومشكلات اللغة والكلام . كما يتضمن الأمر مقارنة مع المشكلات الطبية المرتبطة بالتوحد كما هو الحال مع (الفينيلكتون يوريا), ومتلازمة الكروموزوم الهمش. بصورة عامة , من الضروري التمييز بين اضطراب التوحد و اضطرابين رئيسيين آخرين . هذا الاضطرابان هما :التخلف العقلي، و إضطراب العقلي.(عسلي،2006،ص66).

1- التخلف العقلي:

على الرغم من وجود بعض الخصائص المشتركة بين الطفل التوحدي و الطفل المتخلف عقليا ، إلا إن هناك بعض المعايير التي يمكن من خلالها التمييز بين حالتين، فالطفل المتخلف عقليا مثلا يختلف عن الطفل التوحدي في أن الأخير يتميز بعدم اتساق أو بوجود تباين في مظاهر النمو، فقد يكون النمو متأخرا في جانب و عاديا في جانب آخر، أما الطفل المتخلف عقليا فإنه يميل لأن يكون متأخرا في جميع جوانب النمو بصورة متساوية تقريبا، و على الرغم من إن حوالي 70% من الأطفال التوحديين يعانون أيضا من درجة من درجات التخلف العقلي، و هو ما يعتبر مناسباً عندما تتوافر لدى الطفل معايير تشخيص التوحد إن بإمكان المختص تشخيص الطفل التوحدي و تمييزه عن المتخلف عقليا من خلال التقييم الدقيق لدعم اتساق نمط النمو لديه، و كما ذكرنا فإن الطفل الذي تمكن صعوباته الأساسية في التخلف العقلي سيظهر تأخرا عاما أكثر من الطفل الذي يعاني من التوحد.

2- اضطرابات اللغة:

الحالة الأخرى التي يحاول المختصون اسبعاها لتشخيص التوحد هي اضطرابات اللغة، و يمكن للمختصين في العادة اضطرابات اللغة لأن الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب فقط ليست لديهم مشكلة في الاستجابة للمثيرات الحسية كما هو الحال لدى الأطفال التوحديين، إضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من مشكلات اللغة يمكنهم استخدام لغة الإشارة أو أية وسيلة أخرى من وسائل الإتصال، الأطفال التوحديين يجدون صعوبة كبيرة في ذلك، أخيرا فإن الأطفال الذين يعانون من مشكلة اللغة يمكنهم من التواصل و التفاعل مع الناس و الأشياء عادة. هذه القدرة قد يفتقر إليها الطفل التوحدي.

إضافة إلى التخلف العقلي و اضطرابات اللغة، فإن هناك حالتين أخريين و التي يمكن أن تؤخذ بعين الإعتبار عند عملية التشخيص الفارقي، الحالتان هما الفصام schizophrenia و اضطراب انحلال الدماغ العضوي، الفصام: بعض جوانب الاختلاف بين الفصام و التوحد يظهر في فترة ظهور الإضطراب ففي الوقت الذي ينذر تشخيص الفصام في مرحلة الطفولة المبكرة فإن بالإمكان تشخيص التوحد في هذه الفترة من ناحية أخرى عندما يحدث الفصام في الطفولة فإن الطفل يظهر الهذاء و الهلوسة، كما يظهر الطفل المصاب بالفصام قدرات لغوية أعلى و لكنها تكون متسمة باضطراب الأفكار و الكلمات (سلطة الكلمات) و يستخدم الكلام لتواصل أفكار غير منطقية في المقابل لا يستخدم الطفل التوحدي الكلام للتواصل. (عسلي، 2006، ص69، 68).

3- اضطراب انحلال الدماغ العضوي:

يتضمن هذا الاضطراب تدهور مستفحل أو متعاظم progressive في واحد أو أكثر من مجالات النمو ، فيما يتعلق بالتشخيص الفارقي، فإن الأمر يتطلب استبعاد اضطرابات من مثل اضطراب تك (Tic)

(disorder) و الإعتلالات البصرية و التي قد تكون لها أعراض تشبه تلك الموجودة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد. في مثل هذه الحالات، قد تكون الإستجابات غير عادية للمثيرات الحسية كما هو الحال مع فقدان القدرة على السمع الظاهري، أو الحركات الجسمية النمطية و الغريبة، و لأن العديد من الأطفال التوحديين لا يستجيبون للأصوات بصورة طبيعية، فإنه غالبا ما يشتبه في الإعاقاة السمعية، إلا إن الأطفال الصم لا يظهرون افتقارا قويا إلى الارتباط الاجتماعي كما يظهره الأطفال التوحديين. (عسلي، 2006، ص70).

4- الإضطرابات الذهانية العصابية:

يشير أوجرمان o gorman إلى أن الشخص المصاب بالذهان لا يستطيع التفاعل مع ظروف البيئة المحيطة به و يرجع ذلك إلى طبيعة شخصيته، و تكوينه الوراثي ، تكوينه الفيسيولوجي، و ذكائه و خبرته، فالطفل الذهاني بصفة عامة يصعب اختباره بالوسائل القياسية المقننة بسبب حالة التشوش الحادة المسيطرة عليه، فينتقل من موضوع إلى آخر بسرعة شديدة و لا تجدي معه أية محاولات لجذب انتباهه أو إقامة علاقة معه بسهولة، كما أنه شديد الإنسحاب، مما يعطي انطباعا لدى الكثيرين بأنه تخلف عقلي كما يشر أو جرمان إلى أن البعض يقسم الذهان إلى فصام الطفولة، أعراض الفصام، التوحد الطفولي، أعراض النشاط الزائد، أعراض ما هلر. (نوري، 2011، ص115).

كما يوجد بعض الإختلافات بين الذهان و التوحد يمكن عرضها على النحو التالي:

- تدهور واضح و إضطراب في الإنتباه لدى التوحدي بعكس الذهاني.
- نقص التواصل اللفظي و غير اللفظي لدى التوحدي مقارنة بالذهاني.
- نشاط حركي مفرط لدى التوحدي.
- نسبة الإعاقاة بين الذكور أكثر من الإناث (1-4) في التوحد، بينما تساوي لدى الجنسين في الذهان.
- وجود هلاوس و هذيانات لدى الذهاني و عدم وجودها لدى التوحدي.
- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى التوحدي بينما لا توجد لدى الذهاني.
- التوحد إضطراب نهائي و سلوكي انفعالي بينما الذهان إضطراب عقلي. (خليفة، الغصاونة، 2013، ص48).

5- متلازمة إسبرجر:

و هذه المتلازمة تنسب إلى مكتشفها الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر Asperger, hans (1844-1945) و تهر على شكل:

- تأخر في نمو السلوك غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه و الإشارة، و استخدام أعضاء الجسم للتعبير عن المفاهيم
- قصور في تكوين علاقات مع الأقران
- الإنشغال بنمط معين من السلوك.
- التصلب وعدم المرونة في الحركة والالتصاق بالمقعد الذي يجلس عليه الطفل.
- حركات نمطية متكررة.

ويذكر بعض الباحثين انها عادة ما تظهر في وقت متأخر عن ظهور الاعراض التوحدية التقليدية , او على الال يتم اكتشاف أعراضها متأخرة ويمتاز أطفال هذه الزمرة بوجود مستوي ذكاء عادي أو فوق مستوي العادي , لذلك فان بعض المتخصصين في مجال التوحد يطلقون علي هذه الزمرة مسمي التوحد مرتفع التوضيف high functioning autism, كما لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية, ولكن يكون هناك صعوبات في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة , تلك التي تحتاج الي تركيز وفهم دقيقين كالدعابة والسخرية.(خليفة، الغصاونة، 2013، ص49، 48).

9- علاج التوحد:

وفيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد , علما بأنه يجب التأكيد علي انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن ان تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد , كما انه يمكن استخدام احزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد .

العلاج الدوائي:

يستخدم العلاج الدوائي لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث قد أثبتت تنوع و تعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة و غير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدي و مع أنه لا يوجد دواء واحد للتوحد يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل بحيث يساعد في تحسين قدرات المريض.(خليفة، الغصاونة، 2013، ص49، 48).

العلاج النفسي:

حسب " محمد أحمد الخطاب" كان إستخدام التحليل النفسي كجلسات لعلاج التوحد هو الأسلوب السائد في السبعينات من القرن السابق. وهناك من الباحثين " نيفين زيور (" 1998) من يرى أن العلاج النفسي للطفل التوحدي ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام

فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة لإثارة اللمسة . وينبغي أن يكون الأمر واضحاً تماماً بأنه لا ينبغي في مثل هذه الحالات أن يحدث إحتكاك جسدي بالطفل، ذلك لأنه يصعب عليه تحمله و معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحيحة من الناحية العقلية. كما أن الكفالة النفسية للأطفال التوحديين لا بد أن تكون مبكرة قدر الإمكان، حيث تأخذ الطابع الفردي، كما تأخذ الطابع الجماعي، وذلك يكون في المراكز المتخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات وهذه الكفالة تتبع بتدريب وتحسين الجانب اللغوي و الحركي (Médecine La De Rousse La Petit, .

2007,p104)

العلاج السلوكي:

يعد العلاج السلوكي أفضل من العلاج النفسي و الذي أوضح فعاليته في علاج التوحد، يعتمد يعتمد على نظرية التعليم و الثواب و العقاب.

و لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم فإنه يستلزم الاهتمام بالخطوات التالية:

- تحديد الهدف:

إذ لا بد من العمل على اختيار السلوك المرغوب في تكوينه بشكل محدود واضح مثل الرغبة في تعليم الطفل الابتسام لغيره أو مشاركة الآخرين في اللعب أو نطق كلمة معينة أو القيام بسلوك حركي معين.

- سهولة التعليمات و مناسبتها للطفل:

حيث يتم توجيه التعليمات بشكل سهل لا يحتمل ازدواج المهمة كما يجب ألا يكون مطولاً بحيث لا يؤدي إلى صعوبة المتابعة مثل (ارفع يديك- امسك القلم- انظر لأعلى- المس اللون الأحمر إلخ)

- حث الطفل على الاستجابة:

عن طريق الملائمة بين المطلوب تأديته بين 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 إستمرار إثبات ومكافأة الخطوات جميعها إلى أن يتم تحقيق الهدف فإن كان الهدف هو حث الطفل على نطق كلمة (باب) مثلا و إن الطفل ينطق حرف (ب) في المرة الأولى ثم نطق (با) في المرة الثانية فيتم مكافأة الخطوتين السابقتين.

- نوعية المكافأة:

من الضروري أن تكون المكافأة ذات تأثير على الطفل فتكون مثلا تقبيل الطفل أذمة أو احتضانه حيث تنتج المكافأة المعنوية أكثر من هؤلاء الأطفال. (خليفة، الغصاونة، 2013، ص52، 51).

العلاج الوظيفي:

ربما يكون التوحد كثير الحركة أو العكس وربما يمارس حركات متكررة هذا يدعو إلى التوجيه نحو المهارة الوظيفية فيحاول المختص توجيه الأسرة نحو المساهمة في ذلك فنجد مهارة التقاط الأشياء حيث تعتمد الأسرة ترك الأشياء الخفيفة و ألعاب الطفل على الأرض و تحاول الأسرة مساعدة الطفل على إتقان تلك المهارات و يكون المختص مراقب للتفاعلات الناتجة عن ذلك الموقف.

العلاج بالدمج:

لا ينتهي الأمر عند زيارة المختص و تدريبه في الأسرة فقط بل الأمر يحتاج إلى أن تتخطى هذه اللبنة الطبية من التعليم أسس مجتمعه تحت شعار الدمج التوحيدي و تقييم صورة طبية للدمج الاجتماعي للتوحد فمن حق طفل التوحد الذي تجلس معه الأسرة في التدريب الأكاديمي و الرعاية الذاتية أن يختلط بالآخرين خارج نطاق الأسرة و هذا يكون جائزة له و فرصة لكي تروح الأسرة عن نفسها فسياسة الدمج تفترض توفير أكبر فرصة للتفاعل الاجتماعي و زيادة فرصة تقبل الآخرين للشخص التوحد و إتاحة الفرصة لنمذجة السلوكيات الطبية في نفوس أطفال التوحد. (خليفة، الغصاونة، 2013، ص52).

10- أهم برامج التدريبية الموجهة لأطفال التوحد:

1-برنامج تيتش:

أسس هذا البرنامج لورد و سكوبلا (1973) lord and shople، لخدمة الأطفال الذين يعانون من التوحد الذين تبدأ أعمارهم من سن سنتين، و تراوح نسب ذكائهم ما بين (10-146).

هدف البرنامج:

توفير الخدمات المناسبة لهؤلاء الأطفال بشكل مستمر إلى سن الرشد و إشراك هؤلاء الأطفال في الأنشطة الخاصة، بغض النظر عن قدرة والديهم المالية.

المجالات التي يتضمنها البرنامج:

- 1- الإقلال من المشاكل السلوكية
- 2- التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل المختلفة
- 3- تنمية السلوك الاجتماعي الاتصالي المناسب.
- 4- تدريس الجوانب المعرفية و الأكاديمية.
- 5- تنمية مهارات الحركات الدقيقة التوافق بين العين و اليد مثلا.
- 6- تنمية المهارات التنظيمية
- 7- تنمية الاتصال اللغوي التمييزي و الاستقبالي و التفاعل الاجتماعي.
- 8- تنمية مهارات الرعاية الذاتية

يتم تناول هذه المجالات في مواقف تعليمية مقيدة خاصة، فإذا كان مستوى أداء الطفل منخفضا أو في مرحلة ما قبل المدرسة بسبب القصور في الإنتباه، و يكون العمل بشكل فردي و تكيف البيئة التعليمية لتزيد من قدرة الطفل على العمل المستقل، و تفادي المشكلات السلوكية و تستخدم أساليب التعزيز الإيجابي و السلبي، و تحليل مهام و يشرف على كل ستة أطفال مدرس رئيس و مساعد.

يوزع الأطفال على الأماكن المناسبة حسب احتياجاتهم الفردية، و يتم تنظيم الغرف الصفية وفقا لمفهوم الأركان ذات الأهداف الواضحة، فهناك ركن لتدريس الجوانب المعرفية و الحركات الدقيقة التوافق بين العين و اليد، و ركن الرعاية الذاتية و ركن اللعب، و ركن العمل الفردي.(خليفة، الغصاونة، 2013، 55).

2- برنامج لوفاس لتعليم الأطفال المعاقين نمائيا:

صمم هذا البرنامج إلى التغلب على السلوكيات غير المرغوب فيها، و تنمية اللغة، و مهارات اللعب، و التفاعل الاجتماعي مع بناء مهارات سلوكية معينة لهؤلاء الأطفال بشكل فعال في البيئة الأقل تقيدا.

و قد طور لوفاس هذا البرنامج (1987) ليتناسب مع الطفل الذي يعاني من التوحد مستخدما أساليب العلاج السلوكي.

تناول البرنامج المجالات التالية:

1- الإعداد للتعليم (الجلسة الصحيحة، الانتباه، التغلب على المشاكل السلوكية المعوقة للتحصيل).

2- تنمية مهارات المحاكات و التطابق

3- تنمية مهارات الرعاية الذاتية

4- تهيئة الطفل و إعداده للتعامل مع البيئة الطبيعية.(خليفة، الغصاونة، 2013، ص56).

و قد تضمن البرنامج تدريباً للأباء، و تطبيق مفهوم الإدماج في بيئات ما قبل المدرسة الطبيعية.

3-برنامج مركز ماي للتعليم في المرحلة المبكرة:

أسس هذا البرنامج كل من أندرسون و كامبل و كانون (1995 Anderson, Campbell, Cannon) متأثرين بأعمال لوفاس و خاصة في مجال تدريب الآباء و الخدمات المنزلية، حيث تقدم خدمات البرنامج ذات الوجهين في المنزل، و في الغرف الصفية للأطفال التوحديين، أو ذوي اضطرابات النمو الشديدة، أو الذين يظهرون إعاقات أخرى في النمو تؤثر على السلوك، و قد صمم البرنامج لمواجهة النقص في المهارات الرئيسية المناسبة مثل: اللغة، السلوك الاجتماعي، اللعب الحركات الدقيقة و الكبيرة، الرعاية الذاتية، مهارات ما قبل الأكاديمي.

و يستخدم هذا البرنامج طرق التدريس المعتمدة على التكرار، و أساليب التدعيم و أساليب التعميم للاحتفاظ بالمعلومات التي تم اكتسابها باللعب الحر و التعلم بالاكتشاف.(خليفة، الغصاونة، 2013، ص57).

و تنظم البيئة المدرسية على شكل أركان، و يستخدم مقاييس رسمية للذكاء، و يعتمد على التدخل الأسري في البرنامج و يؤمن بعملية الإدماج التدريجي.

- و هناك برامج أخرى منها:

- برنامج ديلور للأطفال الذين يعانون من التوحد

- برنامج مركز دوجلاس للمعاقين نمائياً.

- برنامج هيئة برنستون لنمو الأطفال.

- برنامج بيودهن لأطفال ما قبل المدرسة

- برنامج الخبرة التعليمية.

و هناك برامج ركزت على المهارات على أساس أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في التفاعل مع الآخرين، لذلك تم تطوير برامج سعت إلى تطوير المهارات و منها:

- نظام التواصل المعتمد على تبادل الصور: و يهدف إلى تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد

التواصل عن طريق وسائل بديلة و معززة، تتضمن الإيماءات، و الرموز المختصرة، و يميز هذه الطريقة اعتمادها على التعزيز الرمزي، و يمكن استخدامها مع الصغار و الكبار و عدم حاجتها إلى التدريب المكثف، و يمكن استخدامها في جميع البدائل التربوية المتاحة.

- التواصل الميسر: يهدف إلى تشجيع الأطفال الذين يعانون من التوحد على التعبير عن أنفسهم عن طريق التدريب، و تقديم التلقين الجسدي لهم، و قد وجه لهذه الطريقة انتقادات منها: - المساعدة الصادرة عن الشخص المدرب و ليس عن الطفل الذي يعاني من التوحد و افتقارها إلى الأساس العلمي النظري.
- برنامج القصص الاجتماعية: هناك سلوكيات مرغوبة و مهارات اجتماعية يريد المدرب زيادتها، و تنميتها لدى الشخص الذي يعاني من التوحد، و ذلك عن طريق القصص الاجتماعية يريد المدرب زيادتها، و تنميتها لدى الشخص الذي يعاني من التوحد، و ذلك عن طريق القصص الاجتماعية. (خليفة، الغصاونة، 2013، ص59، 58).

ثانياً: سيكولوجية الأمومة

1- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحد:

تتباين العلاقة بين الآباء و الأمهات و أطفالهم المعاقين بشكل كبير ، فمنهم من تغمرهم الشفقة على هذا الطفل لدرجة أنهم يفرطون في حمايته، و منهم من يكون موقفه على عكس من ذلك تماماً حيث يرفضون هذا الطفل و يظهرون استيائهم منه و كراهيتهم لها، و عموماً فإن العلاقة بين الطفل المعاق و أسرته عادة ما تكون علاقة مركبة من حيث ثنائية المشاعر، بالإضافة إلى الحدة الانفعالية التي تميز تلك العلاقة و من أهم مظاهر اضطراب العلاقة بين الطفل المصاب أو المعاق و والديه ، من خلال معاملته و نبذه و محاولة عزله عن المحيطين به، و التهرب من مسؤوليات رعايته مما يؤدي إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات لدى الطفل و يشعره بالاضطهاد و عدم الأمن ، و قد يعتقد بعض الآباء عدم صلاحية هذا الطفل في الحياة فيتمنون موته و الخلاص منه و هذا في حد ذاته يعد أشد أنواع و أشكال الإساءة ، و تشير الدراسات التي أجريت على الأطفال المصابين بإعاقة التوحد إلى علم معرفة أفراد الأسرة و لا سيما الوالدين بهذا النوع من الإعاقة و عدم قدرتهم على فهم الغموض الذي يكتنف شخصية أبنائهم المصابين بها، مما يترتب عليه استجابات خاطئة تظهر في إساءة معاملة الوالدين لأطفالهم سواء بالإهمال أو النبذ أو الرفض أو التحليل و غيرها من صور الإساءة في المعاملة من جانب الوالدين (أيمن ، 2013، ص 81).

كما يؤكد خانجان أنه لا يوجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل يعاني من التوحد، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي و هذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تظم أطفال طبيعية مثل المدارس، المعلمين، المربيات فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تظم أطفالا يعانون من التوحد كما يشير إلى أن الأبناء غالبا ما يشعرون بالضعف و العجز عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعيا بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمدرسة و تظهر على هيئة حزن(الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة في النفس، تقلب المزاج. (تامر ، 2015، ص 279).

2- تصورات الأم حول الطفل المنتظر:

قبل مجيء الطفل فالأم تتعرف عليه عن طريق اللوعي، هذه الصورة اللاواعية عن الطفل تتشكل انطلاقا من ميراثين هما: طاقة اللبيدو و الوضعية النرجسية الأولية.

إن الطفل المتصور (المنتظر) هو نتاج اللاوعي عند كل أم و مصدر هذا النتاج هو :

- مثالية الأنا: و هي تكوين نرجسي للعقدة الأبوية
- الأنا المثالي: و هو تكوين مرتبط بالنرجسية الأولية.

هذان التكوينان هما التكوين المسؤولان عن إعطاء صورة الطفل المتصور، فالأنا المثالي يحدد في اللاوعي صورة محددة "الذات" و هي تختلف عن الإحساس بالذات، و خبرة الذات عند كل فرد تكون مجزأة مثلا أن الشخص لا يمكنه أن يرى أعلى الرأس أو الظهر أو حتى الوجه لكنه يدركها كجزء من الذات ، و هذا الإدراك جاء انطلاقا من إدراكه لصورة الأم عندما كانت تنتظر إليه

(Alain Bouregba,s,2013,p31)

فالأنا المثالي عبارة عن تكوينات نرجسية تستدخل خلال مراحل الأولى في بناء الشخصية ، و التي تعتبر إحدى مكونات التي تحدد العمل النفسي و الهدف من الأنا المثالي فهو التجديد و التصليح و الحماية.

فالطفل المنتظر هو جزء من أهداف الأنا المثالي فهو رغبة من الأنا المثالي، يشكل لدى الأم إمكانية تجربة فريدة يجب حمايتها من الخبرات المجزأة، و يكون نتيجة للبحث التي كانت بدايته في القديم عندما كان الطفل الصغير يرغب في صورة ذات كحقيقة واقعية خارجية.

إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور يخضع أيضا إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمثالية الأنا و هي المثالية التي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية و العائلية و المتضمنة في عقدة الأبوين فمثالية الأنا تخضع لتضاد كل من صورة الذات و خيرات الذات (Alain Bouregba, s ,2013,p33).

3-أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي:

تلعب الأم دورا مهما في عملية تنشئة طفلها، فأول غذاء يحصل عليه من الأم ، و هي التي تسهر على رعايته و حمايته و الاعتناء به و توفير المأكل الصحي و الملابس النظيف...لذا يقع على عاتقها رعاية شئونه منذ و لادته و تولي إشباع حاجيته، نظرا للاحتياج الشديد للفل ذوي الاحتياجات الخاصة للسند فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم و مرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها و بينه، و لذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية و تمثل مصدر للإشباع المادي و النفسي لديه و قد تكون أداة التخلي و الأعراض عنه (التوبي، 2010، ص 18).

كما يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية و الرعاية التي تمد بها الطفل و مع اتفاق العلماء أيا على أهمية الأسرة و أثرها في تنشئة الطفل فإنهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الرئيسي في عملية التنشئة، كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة إلى الشعور بالأمان الذي يهيئه إلى التوافق النفسي و الاجتماعي و استقراره.(نبوية، 2003، ص46).

كما يرى سبيتز spitzالطفل يحتاج أن يشعر بإشباعاته أمه لحجاته كما يحتاج إلى لمس وجهها و يدها و يستقبل من خلالها العالم الخارجي، و بذلك نجد أن للأم دورين (دور بيولوجي و دور وجداني)، يتحول الطفل عبر العلاقة بأمه من الدور البيولوجي إلى الدور الوجداني الذي يمثل أول علاقة إجتماعية و وجدانية بأخر هو و أمه ثم يتدرج منها إلى المرحلة الثانية من خلال تطور العلاقات الإجتماعية للطفل (بنوية، 2000 ص 47).

4-تقبل الأم لإبنها المتوحد:

يوجد العديد من أفعال الممكنة حول تطور الأم منذ معرفتها بأن طفلها يعاني من مشكلات إلى الوقت الذي تعتاد عليه الفكرة و تقبلها، تختلف هذه الردود عند معرفة بإصابة الطفل من أم إلى أم أخرى إلا أن أغلب الأمهات يمرون بنفس المراحل التالية:

- مرحلة الصدمة:

تعتبر أول رد فعل نفسي يحدث لها ، أي أن الأم التي لا تستطيع تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي، فإدراك حقيقة الإصابة يبعث على خيبة الأمل و الحزن ، و هذا أمر طبيعي بل كل ما تحتاجه الأم في هذه المرحلة هو الدعم و التقييم.

- الإنكار:

من الإستجابات الطبيعية للإنسان أن يذكر كل ما هو غير مرغوب و غير متوقع و مؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله و الذين يعتبرون امتداد له، هي وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإصابة.

- الحداد و الحزن:

فترة حداد و عزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل بتحسن الطفل عندما تدرك أن طفلها يعاني من اضطراب مزمن .

- الخجل و الخوف:

يحدث الخجل و الخوف نتيجة توقعات الأمهات لاتجاهات الآخرين و خاصة المقربين منهن اتجاه إصابة ابنهن، نظرا للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعهن إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم.

- الغضب و الشعور بالذنب:

من ردود الأفعال التي تظهر لدى الأم و هي متوقعة ، فهي محصلة طبيعية لخيبة الأمل و الإحباط و غالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات كتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعلته أو لم تفعله، أو قد تكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المربي أو أي شخص آخر (الإمام و الجوالدة، 2011، ص 69، 71-72).

- الرفض أو الحماية الزائدة:

تتبنى بعض الأمهات مواقف رافضة لطفلهن المصاب مما يعرض الطفل للإهمال و إساءة المعاملة الجسمية و النفسية، و في المقابل يلجأ البعض إلى حماية المفرطة لأبنائهن مما يولد لدى الطفل الإعتمادية تجعله يفقد القدرة على تحمل المسؤولية و العناية بالذات (عبد العزيز، 2008 ص 159).

- التكيف و التقبل:

بعد كل المعاناة التي عشتها الأم ، لا تجد الأم مفرا من تقبل الأمر للواقع و الاعتراف بإصابة طفلها، لكن من المهم أن تصل الأم إلى المرحلة الأخيرة بسرعة، لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الإستفادة من الرعاية الطبية و التأهيلية التي يجب أن يحصل عليها و التي قد تتأخر بسبب إنكار الأم لوجود المشكلة، أما التكيف يمثل القدرة على التحمل و تفهم الحاجات الخاصة للطفل و يحدث هذا تدريجيا بعد أن تكون الأم قد تخلصت من الشعور بالذنب، لكن الوصول إلى هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحران (فيفي، 2007، ص 262)

الخلاصة:

من خلال التطرق في ها الفصل إلى اضطراب التوحد و توضيح مفهومه و نظرياته و أعراضه لكن على رغم من تطور العلمي بقيت أسبابه محيرة و غير معروفة بشكل نهائي و الغموض اتجاه هذا الإضطراب و تواصل الدراسات للبحث عن أسبابه الحقيقية، و ما جعل الاضطراب خطير هو تشخيصه لأن أعراضه متشابهة مع أعراض أخرى مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص الفارق لأن تشخيص الدقيق لهذا الإضطراب يساعد في وضع برامج علاجية و تربوية تمكن من مساعدة الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي...

بالإضافة إلى تعرف إلى دور التفاعلي للأم و أهميتها مع طفلها التوحدي و تقبلها له.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية:

- تمهيد

1- المنهج المتبع و أدواته

- الملاحظة الإكلينيكية
- المقابلة النصف موجهة
- مقياس إدراك الضغط النفسي
- مقياس استراتيجية المواجهة

2- الدراسة الاستطلاعية

- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- إطار أزمانيو المكاني للدراسة الاستطلاعية
- مجتمع الدراسة الاستطلاعية
- عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها (الخصائص)

3- الدراسة الأساسية:

- أهداف الدراسة الأساسية
- الإطار أزمانيو المكاني للدراسة الأساسية
- عينة الدراسة الأساسية و مواصفاتها (الخصائص)

تمهيد:

بعد القيام بدراستنا للجانب النظري و الدراسات السابقة الذي يعتبر إطارا مرجعيا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، الهدف، الأهمية، بالإضافة إلى الفصول التي هي: إستراتيجية مواجهة، الضغط النفسي و اضطراب التوحد.

الآن سنتطرق إلى الجانب الميداني الذي سنتناول في هذا الفصل إلى عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اتبعناها في دراستنا من أجل الإلمام بالموضوع و التحقق من فرضيات الدراسة فيما بعد و يشمل هذا الفصل : الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة ، منهج الدراسة و الأدوات المستخدمة في الدراسة.

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

يعد المنهج العيادي هو المنهج الملائم لطبيعة موضوعي و فرضيات دراستي فهو بمثابة الملاحظة العميقة و المستمرة للحالات الخاصة.

يعرف المنهج الإكلينيكي على أنه "المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات المتعلقة بأي وحدة و هو يقوم أساسا على التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها من أجل الوصول إلى المتعمقات (عبد الباسط، 1963، ص329).

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

و تعرف دراسة الحالة" بأنها وسيلة شائعة الاستخدام لتشخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المفحوص و هي أكثر الوسائل شمولا و تحليلا.(عبد الباسط، 2014، ص193).

كما تعرف بأنها الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي و هي أساسا استطلاعية في منهجها، كما أنها تركز على الفرد، و تهدف إلى التوصل للفروض" و هي أيضا الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها الفرد عن طريق المقابلة و التاريخ و الفحوصات الطبية و الاختبارات السيكولوجية (لويس كامل مليكة، 2010، ص106-105).

● أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات الدراسة ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، كما يرتبط أي بحث علمي بمدى فاعلية أدوات التي استخدمت كونها الوسيلة التي يستعين بها الباحث في جمع البيانات

ذات علاقة بموضوع دراسته و قد تم الاستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة و المتمثلة في الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة العيادية النصف الموجهة، و مقياس إستراتيجية المواجهة.

• الملاحظة العيادية:

تعتبر الملاحظة أداة أساسية للبحث النفسي إذ يستخدمها الباحث في رصد الكثير من الظواهر النفسية، كما تقيد في جمع البيانات و المعلومات اللازمة لدراسة الحالات.

كما يعرفها "Anquetil" على أنها إحدى الوسائل المكتملة للمقابلة الإكلينيكية عندما نريد مقارنة مختلفة من التفاعل، تسمح بدراسة محتوى الظواهر النفسية، كما تهدف إلى جمع الظواهر الإكلينيكية (Anquetil,s(2012)).

• المقابلة العيادية النصف موجهة:

استخدمت المقابلة النصف الموجهة لأمهات أطفال التوحد اللواتي يعانون من الضغط النفسي بغية الحصول على المعلومات الدقيقة، و التعرف على أهم الإستراتيجيات المستخدمة من طرف أم الطفل لتوحيدي لمواجهة الضغط النفسي.

و تعرف المقابلة العيادية النصف موجهة بأنها مجال متسع أمام الباحث لكي يوجه ما يراه مناسباً من حديث و أسئلة وفق استجابات الفرد الجالية و أن يلاحظ تصرفاته و انفعالاته و حركاته و إشارات مما يعطي له مذهباً لجمع تفاصيل دقيقة عن شخصية العميل. (مروان أبو حويج، 2006، ص35).

كما تعرف بصفة عامة بأنها "محادثة موجهة يقوم بها الفرد مع الآخر أو مع أفراد بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي" (محمد شقيق، 1958، ص106).

و لإجراء هذه المقابلة تم القيام بصياغة مجموعة من الأسئلة ووضعها في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على محاور و كل محور يضم مجموعة من الأسئلة و ذلك بهدف الكشف و جمع المعلومات عن الأمهات و هذه المحاور هي:

المحور الأول: الحالة النفسية للأم قبل و بعد اكتشاف إصابة طفلها بالتوحد.

المحور الثاني: تعامل الأم مع الوضعية

المحور الثالث: الحياة العلائقية

المحور الرابع: النظرة المستقبلية للأم.

- المقاييس النفسية:

- مقياس إدراك الضغط النفسي:

- وصف الإختبار:

و آخرون سنة (1993م) لقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي «leventesein» أعدده

يتكون هذا الإختبار من 30 عبارة تميز منها بنود مباشرة و بنود غير مباشرة.

البنود المباشرة: تمثل 28 عبارة و تتمثل في العبارات رقم

(1?2?3?4?5?6?8?9?11?11?12?14?15?16?18?19?20?22?23?24?26?28?30)

و تدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول

اتجاهالموقف، و على مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالرفض.

البنود غير مباشرة: تشمل 08 عبارة المتمثلة في العبارات

رقم:(1?7?10?17?13?21?25?29) و تدل على وجود مؤشر الضغط المرتفع عندما يجيب عليها

بالرفض و على مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

- كيفية تطبيق المقياس:

يقوم الفاحص بشرح التعليمات للفرد المعرض لوضعية القياس النفسي و تتمثل التعليمات:

في الخانة التي تصف ما ينطبق عليك (x) أمام كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة

عموما، و ذلك من خلال سنة أو سنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزحج نفسك بمراجعة إجابتك و

أحرص على وصف مسار حياتك بدقة من خلال هذه المدة، هناك أربع اختيارات عند الإجابة على كل

عبارة من عبارات الإختبار و هي بالترتيب:

- تقريبا أبدا

- أحيانا

- كثيرا

- عادة

3-1-1 كيفية تصحيح الإختبار:

إن كيفية تصحيح و تنقيط عبارات الاختبارات يتم التدرج فيها من 1 إلى 4 نقاط، و هذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة) أما البنود الغير مباشرة فتنقط من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة).

كيفية تقدير درجات المقياس وفق سلم رباعي يتدرج من 1 إلى 4 درجات كمايلي:

تقريباً أبداً : نقطة (1)

أحياناً:نقطتين(2)

كثيراً:ثلاث نقاط (3)

عادة:أربع نقاط (4)

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

مؤشر إدراك الضغط النفسي = الدرجة الخام – 90 / 30

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة الغير مباشر، و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر (0) و يدل على أدنى مستوى من الضغط إلى واحد (1) و يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (حكيمة أيت محمود، 2005).

ثبات و صدق المقياس:

- الصدق:

حسب دراسة "ليفيساين" الذي قام بها للتحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي، الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقياس الأخر للضغط، أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً قوياً بهذا المقياس مع "سمة الفلق" يقدر ب 0,75 ، و مع مقياس إدراك الضغط "كوهن" يقدر ب 0,73، بينما سجل ارتباطاً معتدلاً يقدر ب 0,56 مع مقياس الاكتئاب و ارتباطاً ضعيفاً يقدر ب 0,35 مع مقياس قلق الحالة.

- الثبات :

قام "ليفستاين" بقياس التوافق الداخلي للاستبيان باستخدام معامل (ألفا) فأظهر وجود تماسك قوي يقدر ب 0,90 كما أظهر قياس ثبات المقياس باستخدام طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني مقدر بثمانية أيام وجود معامل ثبات يقدر ب 0,80، يشير "ليفستاين" و آخرون سنة (1993) بأن هذا الإستبيان يعتبر أداة ثمينة و إضافية لوسائل البحوث النفسية الجسدية و يمكن أن يكون عاملاً تنبؤياً هاما للحالة الصحية للفرج لاحقاً. (عدنان سليمة، 2009، ص153).

- مقياس إستراتيجية المواجهة:

(1984)، و الذي تألف من (Lazarus et folkman) تم بناء مقياس المواجهة من طرف

(67) بندا و تشمل خطوات عمله حول صدق المقياس استجواب (100) فرد في كل شهر و لمدة سنة، و كان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة و الإشارة إلى نوع الإستراتيجيات الأكثر استعمالاً لمواجهة تلك الوضعية، و كشف نتائج التحليل عن وجود 07 سلالم تتضمن كل واجدة منها عدة بنود و هي:

-حل مشكلة

-روح المواجهة

-أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات

-إعادة التقييم الإيجابي

التأنيب الذاتي

-البحث عن الدعم الاجتماعي

التحكم في الذات

و آخرون (1985) باقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس و تتكون Vitaliano و بعدها قام

(42) بندا، و كشف التحليل العالمي عن وجود خمس سلالم فرعية تتمثل في:

• حل المشكلة

• تأنيب الذاتي

- إعادة التقييم الإيجابي
- البحث عن الدعم الاجتماعي
- التجنب

و بعدها قام "Pulphan ,Naisser ,quintard,Bourgeoi,Lousson (1994)" بتكييف النسخة المختصرة ل (Vitalino) و آخرون (1985)، مع البيئة الفرنسية و كانت النتيجة الإبقاء على (29) بند و كان الهدف هو البحث عن فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط، توتر)

و توضيح أنواع الإستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية و النفسية و ذلك وفق خطوات التكيف التالية:

- تأخذ بنود الاختبار بعين الاعتبار، محور عام للمواجهة يضم استراتيجيات متمركزة حول المشكل و أخرى متمركزة حول الانفعال.
- تعكس بنود المقياس (5) مستويات للمواجهة مكونة الصورة النهائية لسلام المقياس و بإتباع نفس التعليلة و استعمال التحليل العلمي ثم التوصل إلى النتيجة التالية:
- حل المشكل
- التجنب مع تفكير الإيجابي
- البحث عن الدعم الاجتماعي
- إعادة التقييم
- التائب الذاتي (paulphan et d,1994,p 295).

كيفية التطبيق:

يطبق مقياس (pulhan): بصفة فردية أو جماعية مع اتباع التعليمات التالية:

- وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة
- تحديد الانزعاج الذي سبب الموقف و هل هو منخفض أو مرتفع
- الإشارة بعلامة (X) إلى الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف، علما بأن الإستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند (1) إلى البند (29)
- يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) احتمالاتو هي نعم، إلى خد ما نعم، لا إلى حد ما لا، حيث يضم هذا المقياس (05) مستويات و كل مستوى على عدد معين من البنود كما يلي:

- إستراتيجيات حل المشكل و نظم (08) بنود و هي (27، 24، 18، 16، 13، 06، 04، 01)
- إستراتيجيات التجنب و نظم (07) بنود و هي: (07، 17، 11، 08، 25، 19، 22)
- إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي تضم (05) بنود و هي (03، 23، 21، 15، 10)
- إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي و تضم (05) و هي (09، 05، 02، 28، 12)
- إستراتيجيات التأنيب الذاتي و تضم (04) بنود و هي (29، 20، 26، 14)
- **كيفية التنقيط:**

يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 إلى 04 إذ تمنح:

- نقطة إذا كانت الإجابة لا
- نقطتين إذا كانت الإجابة إلى حد ما لا
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة إلى حد ما نعم
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة نعم

و هو تنقيط متعدد البنود ما عدا البند (15) الذي ينقط بالعكس ما ذكر أعلاه أي من (04) إلى (01).

و قد تم التأكيد من صدق و ثبات هذا المقياس من طرف العديد من الباحثين الذين استعملوه في البيئة العربية، البيئة الجزائرية من بينهم الباحثة بوعافية نبيلة في رسالة الماجستير 2002 تحت عنوان "الضغط المهني عند المدربين و علاقته بإستراتيجية المقاومة و بتقدير الذات".

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية بمثابة دراسة تجريبية أولية يقوم بها الباحث على عينة صغيرة قبل قيامه ببحته و بهدف اختيار أساليب البحث و أدواته و كذا فهم الظاهرة المراد دراستها بشكل أعمق و كما هي على أرض الواقع.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة المهمة و الضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان التي تجري فيه الدراسة، و مدى الإمكانيات اللازمة التي تتدخل في سيرها، بالإضافة على استشارة ذوي الخبرة و المهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم و أفكارهم التي قد تساعدنا في إجراء الدراسة، حيث تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختبار سلامة الأدوات

المستخدمة في البحث و مدى صلاحيتها، و هي تهدف إلى اكتشاف الطريق و استطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية،(بركات، 1984،ص73).

• أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى تقريب الباحث من ميدان دراسته و تزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة و يمكن تلخيص أهم أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- ضبط متغيرات الدراسة
- تحديد مجتمع و عينة الدراسة
- تحديد أدوات الدراسة
- تحديد الظروف الخاصة بمكان إجراء الدراسة
- الإطار المكاني و الزماني للدراسة:

الإطار المكاني للدراسة: لقد تم إجراء الدراسة في عيادة الشفاء للطبيب "عربي بن يعقوب" المختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين المتواجدة بميلنيوم- بئر الجير

الإطار الزماني للدراسة: في الفترة الممتدة من شهر 10 نوفمبر 2023 إلى غاية 10 ديسمبر 2023

• مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في أمهات أطفال التوحد الملتحقين بعيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض النفسية و العقلية و العصبية للطبيب عربي بن يعقوب في وهران- ميلنيوم.

• عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من 7 أمهات أطفال التوحد التي تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 45 سنة بعيادة الشفاء للطبيب اعربي بن يعقوب المختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين بوهران- بئر الجير، و تم اختيارهم بطريقة قصدية ، و قد كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو تحديد أفراد المجتمع الأصلي الذين يعانون من الضغط النفسي ليكونوا فيما بعد هم حالات الدراسة الأساسية و هذا بتطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي الذي وضع من طرف ليفنستاين Alleventein و أخرونسنة (1993) .

• مواصفاتها (خصائصها):

مواصفات الحالات	السن	المستوى التعليمي	المهنة	عدد الأطفال	عدد أطفال التوحد
الحالة الأولى أم "إ"	38 سنة	جامعي	معلمة إبتدائي	3 أطفال	طفل واحد
الحالة الثانية أم "ر"	42 سنة	سنة ثانية متوسط	ماكثة في البيت	4 أطفال	طفل واحد
الحالة الثالثة أم "ص"	28 سنة	جامعي	مهندسة	طفلين	طفل واحد
الحالة الرابعة أم "م"	33 سنة	جامعي	خياطة	طفلة واحد	طفلة واحدة
الحالة الخامسة أم "ع"	32 سنة	جامعي	معلمة	طفلين	طفل واحد
الحالة السادسة أم "ج"	37 سنة	جامعي	طبيبة نساء	طفل واحد	طفل واحد
الحالة السابعة أم "ف"	42 سنة	ثناوي	ماكثة في البيت	3 أطفال	طفل واحد

• نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد تطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي في الدراسة الاستطلاعية من أجل تحديد حالات الدراسة الأساسية ممثلين للمجتمع الأصلي و كان عدد أفرادها 7 أمهات و بعد تطبيق المقياس تحصلت 3 أمهات على أعلى درجة في مؤشر إدراك الضغط النفسي و كانت نتائجه على:

الحالة الأولى: تحصلت على 84 نقطة و كانت درجة إدراك الضغط النفسي (0.59).

الحالة الثانية: تحصلت على 98 نقطة و كانت درجة الضغط النفسي (0.75).

الحالة الثالثة: تحصلت على 86 نقطة وكانت درجة الضغط النفسي (0-61).

3- الدراسة الأساسية:

• أهداف الدراسة الأساسية:

يمكن تلخيص أهداف الدراسة الأساسية بالنسبة لدراستي في النقاط التالية:

- تطبيق أدوات الدراسة (المقابلة النصف موجهة، مقياس إستراتيجية المواجهة)
- إختيار عينة الدراسة الأساسية
- الإطار الزمانيو المكاني للدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 03 جانفي 2024 إلى غاية شهر 27 مارس 2024 و ذلك في عيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للطبيب " غربي بن يعقوب" في وهران- ميلنيوم.

• عينة الدراسة الأساسية و مواصفاتها (خصائصها):

تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 3 أمهات أطفال التوحد التي تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 45 سنة، الذين يعانون من ضغط نفسي مرتفع ، تم إختيارها بطريقة قصدية الملتحقين بعيادة الشفاء للأمراض العقلية و النفسية و العصبية للطبية " غربي بن يعقوب" و يتميزون بالمواصفات التالية:

• مواصفاتها (خصائصها):

مواصفات الحالات	السن	المستوى التعليمي	المهنة	عدد الأطفال	عدد
الحالة أم "م"	33 سنة	جامعي	خياطة	طفلة واحدة	أطفالالتوحد
الحالة أم "ف"	42 سنة	ثناوي	ماكثة في البيت	3 أطفال	طفلة واحد
الحالة أم "ع"	32 سنة	جامعي	معلمة إبتدائي	طفلين	طفل واحد

4- دراسة الحالات:

سيتم في هذه الدراسة اختيار 3 حالات أمهات أطفال التوحد و ذلك بطريقة مقصودة بهدف التعرف على أهم استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها أمهات أطفال التوحد ، في اختيارهم وفق المعايير التالية:

- أن يكونوا أمهات أطفال التوحد
- أن يكون سنهم يتراوح ما بين 35 سنة إلى 45 سنة
- ملتحقين بعيادة الشفاء للطبيب "عربي بن يعقوب" المختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للأطفال و المراهقين
- أن يعانون من مستوى ضغط نفسي مرتفع.

الخلاصة:

بعدما تم التطرق في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه و المتمثل في المنهج العيادي و كذا مختلف الأدوات المستعملة المتمثلة في (الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة النصف موجهة، مقياس إدراك الضغط النفسي، مقياس إستراتيجية المواجهة)، سيتم في الفصل الموالي عرض الحالات و نتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة .

الفصل السادس:

عرض الحالات

الفصل السادس: عرض الحالات

- 1- عرض الحالة الأولى
- 2- عرض الحالة ثانية
- 3- عرض الحالة الثالثة

الحالة الأولى:**1- تقديم الحالة الأولى:**

معلومات خاصة بالأم:

الحالة: م

السن: 33 سنة

المستوى الدراسي: جامعي

المهنة: خياطة

عدد الأولاد: 1

المستوى معيشي: جيد

المعلومات خاصة بالطفل:

السن: 3 سنوات

الجنس: أنثى

السن عند الإصابة: 18 شهر

2- السيمائية العامة للحالة:

الحالة تبلغ من العمر 33 سنة، تقطن بولاية وهران "كنستال" ، و هي أم لطفلة واحدة مصابة بالتوحد

الحالة تعيش في جو أسري جيد و مستوى معيشي جيد، إلا أن إصابة ابنتها بإضطراب التوحد أثر على حياتها بشكل كبير، فهي تجد صعوبة أكبر في تقبل الوضعية.

تم التعرف على مرض ابنتها بالتوحد من خلال ملاحظة سلوكيات تقوم بها في سن 18 شهر: (لا تنتبه، لا تستجيب عند مناداتها، تأخر في النطق)..

تم عرضها عند أخصائية أرطفونية فوجدت أنها لا تعاني من أي مشكلة، و من ثم في سن 3 سنوات بعد ملاحظة الأم زيادة الأعراض(فرط الحركة، عدم التركيز، نقص الانتباه، تأخر اللغة)، مما زادت مخاوفها فاتجهت بها إلى عيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض النفسية و العقلية لدكتور "غربي بن يعقوب"، و تم وضع حصتين في الأسبوع لمتابعة سيكولوجية و أرطفونية، و هناك تم تشخيصها بإضطراب التوحد، و هذا أثر على الحالة النفسية للأم، فالحالة لم تتقبل أن طفلتها مصابة بالتوحد فتولد

لديها ضغط نفسي فأصبحت دائمة القلق و الانفعال و التفكير حيال مرضها و شعورها بالذنب على إصابة ابنتها بالتوحد زاد من حدة الضغط النفسي لديها..

3- التاريخ النفسي الاجتماعي:

كانت ظروف الحمل و الولادة طبيعية، عندما بلغت سن 18 شهر بدأت الأم تلاحظ أنها لا تستجيب عند مناداتها ، و لا تنتبه و تأخر في اللغة مقارنة مع أقرانها، حسب تصريحها "كنت خائفة من توحد قلت بلاك دوك تتحسن"، لا تهتم بالناس الموجودين حولها هذا ما دفعها إلى استشارة أخصائية أرطفونية و بعد تفاقم الأعراض اتجهت بها إلى عيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية لدكتور " غربي بن يعقوب " أين تم تشخيص الحالة ، فلم تقبل الأمر بحيث أنها لم تتوقع إصابتها باضطراب التوحد، كما انفعلت و بكت أثناء المقابلة حسب قولها "أنا هي سبة لي وصلت بنتي هكا ملي زادت و أنا دايرتلها تلفاز"

الحالة عاشت عدة ضغوطات نفسية بعد اكتشاف أن ابنتها مصابة باضطراب التوحد و عدم مساندة زوج لها زاد من حدة الضغط النفسي لديها حسب تصريحها من خلال المقابلة" قالي بوها بنتي نورمال غير نتي مهبولة و باغي تهليها"، بسبب الظروف التي تمر بها الحالة أصبحت علاقتها مع أهلها محدودة خوفا من ملاحظة سلوكيات ابنتها "انقطعت علاقتي بيهم بسكو كي نروح يعطوني ملاحظات سلبية على ابنتي كيما علاه مازال ما تهدرتش، شعال عندها من عام، مسكينة و أنا كلمة مسكينة ما نبغيهاش"

كما يتضح من خلال المقابلة أن الأم "م" متعلقة كثيرا بابنتها حيث قالت " الحاجة لي تهمني تتحسن بنتي و نعطيها كامل وقتي غير تتحسن "و هذا ما يفسر وجود عناية كبيرة لطفلتها ، الأم تعاني من الخوف و التوتر، و إحساسها بالذنب جعلها دائمة الانفعال نتيجة الضغط النفسي التي تعيشه لعدم الحصول على التطور الكافي في حالة ابنتها و الخوف من عدم تحقيق الاستقلالية و عيش حياة عادية في المستقبل حيث صرحت " نخاف نخم في المستقبل"، و هذا ما منعها من تفكير في إنجاب المزيد من الأطفال " راني خايفةكو نزيد نجيب ولاد يجو كيما بنتي"

4- الوضعية الراهنة للحالة:

جريت المقابلة مع الحالة "أ" في ظروف هادئة و طبيعية، تجاوبت مع الأسئلة بطريقة دقيقة و صريحة

الحالة تشعر بالضغط النفسي و القلق لحالة ابنتها، كما تمحورت أسئلة المقابلة حول معرفة الحالة النفسية و تعاملها مع الوضعية، الحياة العلائقية، نضرتها المستقبلية.

بدى على الحالة أنها تعيش الكثير من ضغوطات النفسية بسبب شعورها بالذنب بأنها سبب في إصابة ابنتها و تأثرها بكلام أفراد عائلتها من خلال ملاحظة سلوكيات ابنتها، و طرح أسئلة التي لم تجد أجوبة عليهم..

أبدت الحالة أنها لم تتوقع إصابة ابنتها باضطراب التوحد مما أثر على نفسياتها و لاقت صعوبة تقبل أن طفلتها تعاني من التوحد، و هذا ما أدى إلى شعور بالذنب و اعتبارها السبب في إصابة ابنتها، خاصة الموقف الذي لا يمكن أن تغييره جعل الأمر صعب عليها، إضافة إلى تأثرها بكلام أفراد عائلتها من خلال ملاحظة سلوكيات ابنتها و إلقاء اللوم عليها و طرح بعض الأسئلة التي لم تجد أجوبة عليهم.

من خلال المقابلة مع الحالة "م" تبين أن شعورها بالذنب يدفعها إلى ملازمتها و الاهتمام بها طوال الوقت ، و عدم تقبلها للأمر جعلها تشعر بالغضب و الانفعال و اللجوء إلى البكاء.

5- نتائج مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة الأولى:

و بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي على الحالة و مقابلة نصف مواجهة تم الشروع في تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة و تظهر النتائج المتحصل عليها فيما يلي:

- جدول رقم (1) نتائج أم (م) في مقياس استراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة:

النسبة المئوية	الدرجة	إستراتيجيات المواجهة المستعملة
21,56%	11	إستراتيجية حل المشكلة
13,72%	7	إستراتيجية الدعم الاجتماعي
25,49%	13	إستراتيجية التجنب
11,76%	6	إستراتيجية إعادة التقييم
27,45%	14	إستراتيجية تأنيب الذات

6- مناقشة نتائج مقياس استراتيجية المواجهة:

من خلال الجدول نلاحظ أن أم (م)، تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي بدرجة أولى إستراتيجية تأنيب الذات تقدر ب 27,45% و يتضح ذلك من خلال المقابلة إذ قالت "أنا سبة لي وصلت بنتي هكا كنت نديرلهاتفزيون بزاف" ، كما أجابت في البند رقم "25" "بنعم" (نقدت نفسي و وبحتها) تليها إستراتيجية التجنب بدرجة الثالثة تقدر ب 25,49% إذ قالت خلال المقابلة "انقطعت علاقتي مع الناس و وليت نهرب منهم بسبب الأسئلة لي يطرحوهالي" و تليها استراتيجية حل المشكلة بدرجة الثالثة، نسبة مقدارها 21,56% في المقابلة تبين أن الحالة لم تتحد طريقة معينة لحل مشكلة لأنها لم تذكر الأساليب أو الطرق التي تستخدمها لحل المشكلة، كما أجابت في البند رقم "24" ب "لا" (وجدت حلا أو حلين لمشكلة)، ثم استراتيجية الدعم الاجتماعي بدرجة رابعة بنسبة مقدارها 13,72% يتبين ذلك من خلال المقابلة بأنها لم تتلقى دعم من زوجها و لا من عائلتها في قولها "زوجي قالي بنتي نورمال غير نتي مهبولة باغي تهليلها"، و في الأخير نجد أن أم "م" تستعمل إستراتيجية إعادة التقييم بنسبة مئوية تقدر ب 11,76% ، فقد أجابت على البند "2" ب "نعم" ، لأنها تتمنى لو كانت أكثر قوة و تفاؤلا على ما هي عليه الآن.

- الجدول رقم "2" يوضح إستراتيجية مواجهة حول حل المشكلة و استراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال.

إستراتيجيات مواجهة المستعملة	الدرجة	النسبة المئوية
إستراتيجية مواجهة مركزة حول حل مشكلة	11	23,8%
إستراتيجية مواجهة مركزة حول الإنفعال	16	42,5%

نلاحظ من خلال الجدول أن أم "م" يغلب في تعاملها و في مواجهتها للضغط النفسي التركيز على الإنفعال، إذ تستعمل هذه الإستراتيجية بنسبة 42,5%

7- استنتاج عام عن الحالة:

من خلال عرض و تحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة و الحصول على نتائج مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس استراتيجية مواجهة تم استنتاج أن أم "م" تعاني من ضغط نفسي مرتفع يقدر ب (0,59%) و هذا ما أكدته أكثر المقابلة أنها تعاني من ضغط نفسي نتيجة شعورها بالذنب و القلق و الجوف من عدم تحسن و تطور حالة ابنتها و بقاءها على ما هي عليه، و من خلال نتائج مقياس استراتيجية المواجهة يتضح أن أم "م" تستعمل استراتيجية مواجهة المركزة حول الإنفعال

الحالة الثانية:**1- تقديم الحالة:**

معلومات خاصة بالأم:

الحالة: ف

السن: 42 سنة

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة: لا تعمل (ماكثة في البيت)

مهنة الزوج: عامل يومي

عدد الأولاد: 3

المستوى معيشي: متدني

المعلومات خاصة بالطفل:

العمر: 8 سنوات

الجنس: ذكر

وضعية الطفل بين إخوته: 03

سن الإصابة: 3 سنوات و شهرين

2- السيمائية العامة للحالة:

الحالة تبلغ من العمر 42 سنة تقطن بولاية وهران "بلقايد" مع زوجها و هي أم لثلاث أولاد، الحالة في ظروف مادية متدنية بالإضافة إلى إصابة ابنها الأصغر بالتوحد الذي أثر على حياتها بشكر كبير، فأصبحت دائمة التفكير بمرض طفلها، إضافة إلى المشاكل التي تعيشها مع زوجها ، مما جعلها دائمة القلق و الغضب و الانفعال نتيجة الضغط النفسي التي تعيشه.

تم التعرف على إصابة ابنها باضطراب التوحد وذلك بشكوك من قبل الحالة "ف" في سن سنتين و شهرين من خلال ملاحظة سلوكيات كتأخر في النطق، فرط الحركة، قيام بسلوكيات نمطية ، العدوانية و الصراخ و اليكاء المتواصل، فقامت الحالة بالتوجه إلى طبيب الأمراض العقلية و النفسية و العصبية لتشخيص حالة ابنها و تم تشخيص الحالة باضطراب التوحد في سن 3 سنوات و شهرين.

الظروف التي تعيشها الحالة "ف" زادت من حدة الضغط النفسي بسبب الظروف المادية السيئة جعلتها غير قادرة على متابعة علاج ابنها و إحساسها بالذنب على أنها السبب لأنها لم تتوفر له العلاج في سن اكتشاف الاضطراب، إضافة إلى المشاكل التي تعاني منها مع زوجها جعلتها تعيش ضغوط نفسية.

3- التاريخ النفسي و الإجتماعي:

حمل الأم بطفل "ر" حمل طبيعي، ولادة طبيعية، مرغوب به، حسب تصريحها نمو الطفل عادي مثل إخوته حتى في سن سنتين بدت عليه أعراض كتأخر اللغة عند الطفل و انعدام التواصل البصري، القيام بسلوكيات نمطية، عدوانية(عض يده، يضرب أمه) ... وهذا أدى بها إلى استشارة طبيب مختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية تقول الأم "ما يجمعش و يضرب و ما يبغى يلعب مع حتى واحد و حاجة لي تقلقني ولات تجبه نوبات غضب حادة حتى يوصل يضربني" "و كلما يكبر كلما يزيدو الأعراض كثر" الأم كانت جد متأثرة و متخوفة من مسؤولية الإبن و مرضه"وليت نحس روعي مقلقة بزاف حتى وليت نوصل نضربة من بعد نندم"

عند إدراك الأم بإصابة ابنها باضطراب التوحد اتسمت بالإنفعالو الغضب "ما كنتش فاهمة شوالا توحده قبل حتى قالي طبيب وليت نبكي" تصرفها بالعنف مع الآخرين "كرهت قاع الناس خاصة زوجي وليت ننفعل عليه نقوله نتا سبة كو دويت ولدك"

في سن 4 سنوات تم عرضه إلى المركز البيداغوجي لأطفال التوحد "بمسرعين" لكن الأم لم تلاحظ الأم أي تحسن في حالته بالعكس زادت الأعراض أكثر خاصة فرط الحركة و العدوانية إضافة إلى اكتسابه عادات سيئة حيث تقول "حسيته راه غير يزيدو الأعراض و صراخ زاد قلت نخليه في دار نخدم معاه أنا خير"

في سن 8 سنوات إلتحقت به في عيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للدكتور "غربي بن يعقوب" لكي يتلقى العلاج و المتابعة السيكولوجية ، لكن الحالة لا تزال غير متقبلة مرض ابنهاباضطراب التوحد "ما نيش متقبلة مرض ولدي"

الطفل "ر" طفل عدواني، لا يحب اللعب مع إخوته كثير الحركة، متشتت الانتباه ، نوبات غضب شديدة مجهولة الأسباب ! و يتعلق بصفة غير طبيعية بالأشياء الغريبة و هذه الحركات تسبب انزعاجا للأم و تؤدي إلى انفعالها و غضبها "لازم نعسه 24 ساعة في النهار يضل يبكي على حاجات معرفتش علاه عجاته".

الأم يائسة من شفاء ابنها، لأن الطفل دائم التبعية مع الأم، و ترى الأم أنها مجبرة على توفير له طعام و تغيير له ملابسه و مراقبته طوال اليوم" أمنيتي يشفى ولدي بصح مستحيل كلما راه يزيد يكبر كلما راهمزيدو الأعراض"، و تعتقد أن العناية به ستكون أصعب في المستقبل و لا تعتقد أنه سيعيش حياة عادية و يحقق الإستقلالية" لا ما نشوفهش يقدر يحقق الإستقلالية لازم أنا نكون معاه و راني خيفة نموت و نخليه مورايا".

من أول سنة أدركت أن طفلها مصاب باضطراب التوحد إلى غاية إجراء المقابلة معها مازلت تعاني من التوتر و القلق "بزاف وليت مقلقة و غضب بزاف حتى وليت نهرب من ناس نخاف يحشمني بسلوكيات لي يديرهم وليت نبغي نقعد في الدار"

فيما يتعلق بمسؤوليتها اليومية تقول "حاملة فوق طاقتي" من جهة في العناية بابني و ملازمته طوال الوقت و من جهة أخرى ظروف المادية التي أمر بها".

4- الوضعية الراهنة للحالة:

جريت المقابلة مع الحالة "ف" في أجواء طبيعية فالحالة "ف" تجاوبت مع كل الأسئلة التي طرحت عليها بدقة.

تمحورت أسئلة المقابلة حول معرفة الحالة النفسية للحالة ، و عند اكتشاف الحالة لإضطراب و كيفية تعامل الأم مع الوضعية و الحياة العلائقية و نضرتها المستقبلية.

الحالة تمر بظروف سيئة بسبب الظروف المادية المتدهورة التي جعل من الصعب عليها أن توفر العلاج لابنها المصاب بالتوحد عند اكتشاف الاضطراب و المشاكل العلائقية (زوجها) زاد من حدة الضغط النفسي لها و شعورها بالحرَج و الانزعاج بسبب تصرفات التي يبديها ابنها، لديه نوبات غضب مجهولة الأسباب إضافة إلى العدوانية ، و هذه الحركات تسبب لها الانزعاج

أدلت الحالة أنها تشعر بالانفعال، القلق، التوتر و شعور بالذنب.

من خلال المقابلة الحالة شديدة التوتر و الانفعال و يظهر هذا من خلال طريقة كلامها و الحركات التي تقوم بها و عدم تقبلها لمرض طفلها و لجوءها المفرط إلى أحلام اليقظة " كل يوم نحلم أحلام مخلطة مشي فهمتها" و اللجوء إلى الغضب و الانفعالننتيجة الضغط النفسي التي تعيشه.

5- نتائج مقياس استراتيجية المواجهة للحالة الثانية:

و بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي على الحالة و مقابلة نصف مواجهة تم الشروع في تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة و تظهر النتائج المتحصل عليها فيما يلي:

- جدول رقم (3) نتائج أم (ف) في مقياس استراتيجيات مواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة:

النسبة المئوية	الدرجة	إستراتيجيات المواجهة المستعملة
14,49%	10	إستراتيجية حل المشكلة
15,94%	11	إستراتيجية الدعم الاجتماعي
36,23%	25	إستراتيجية التجنب
10,14%	7	إستراتيجية إعادة التقييم
23,18%	16	إستراتيجية تأنيب الذات

6- مناقشة نتائج مقياس استراتيجية المواجهة للحالة الثانية:

من خلال الجدول ألاحظ أن أم "ف" تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي بدرجة أولى استراتيجية تجنب تقدر ب (36,23%)، كما يتضح ذلك من خلال المقابلة يتضح أن الحالة تجنبت زوجها و اعتبرته السبب في إصابة ابنها إضافة إلى أنها تقتصر في علاقتها الاجتماعية مع الناس التي كانت تعرفهم "كرهت قاع الناس خاصة زوجي وليت نفعل عليه بزاف نقوله "تنا سبة كو دويت ولدك" "وليت نهرب من ناس نخاف يحشمني بسلوكيات لي يديرهم"، و في مواجهتها للضغط الناجم عن اضطراب الذي يعاني منها ابنها و مشاكلها مع زوجها تلجأ إلى التخيل و التمني عند إجابتها على البندين رقم "7" و رقم "11" أي أنها تتمنى حدوث معجزة إذ قالت "نحلم و نقول كو غير نقدر ونعيشو كي ناس"، تليها استراتيجية تأنيب الذات بدرجة ثانية بنسبة مقدارها (23,18%) فالحالة تؤنب ذاتها بسبب وضعها المعيشي المتدهور الذي جعل من الصعب توفير العلاج لابنها إذ أجابت على البندين رقم "29" و رقم "14" بنعم، فهي تأنب ذاتها حول ما يتعلق بمرض ابنها، ثم تليها استراتيجية الدعم الاجتماعي بدرجة ثالثة (15,94%) و هذا يتضح من خلال المقابلة بأنها لا تتلقى الدعم لا من زوجها و لا من عائلتها كما يتضح ذلك من خلال إجابتها على البندين رقم "23" و رقم "3" ب "لا"، و تستخدم استراتيجية حل المشكلة بنسب قدرها (14,49%) ففي المقابلة تبين أن الحالة لم تتخذ طريقة معينة لحل المشكلة "كلما يكبر كلما يزيدو أعراض كثر" إذ أجابت على البندين رقم "24" و رقم "1" ب "لا" و في الأخير نجد أن أم "ف" تستعمل إستراتيجية إعادة التقييم بنسبة (10,14%) و ذلك من خلال إجابتها على البندين رقم "5" و رقم "6" ب

"لا" فالحالة يائسة من تحسن ابنها و تحقيق استقلالية في المستقبل و لا ترى نفسها بأنها تتغير إلى الأحسن.

- الجدول رقم "4" يوضح إستراتيجية مواجهة حول حل المشكلة و استراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال.

النسبة المئوية	الدرجة	إستراتيجيات المواجهة المستعملة
20,52%	27	إستراتيجية حل مشكلة
40.24 %	23	إستراتيجية الانفعال

من خلال الجدول رقم "2" نلاحظ أن أم (ف) تستعمل الإستراتيجيات المركزة على الإنفعال بصفة أكبر عند مواجهتها للمواقف الضاغطة بنسبة تقدر 40,24%

7- إستنتاج عام للحالة:

من خلال عرض و تحليل معطيات المقابلة النصف موجهة و الحصول على نتائج مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس استراتيجيات المواجهة، تم استنتاج أن أم (ف) تعاني من ضغط نفسي مرتفع مقدر ب0,75%) و هذا ما أكدته المقابلة النصف موجهة إذ ذكرت أثناءها أن صراخه و عبء المسؤولية تسبب لها الانزعاج و الضيق ، فقد عايشت الحالة عدة ضغوطات اختلفت استجاباتها نحوها من بينها اضطراب الذي يعاني منه ابنها و الظروف المادية المتدهورة التي تمر بها و مشاكلها مع زوجها و تحملها عبء المسؤولية لوحدها زادت من حدة الضغط النفسي، فالحالة غير متقبلة لمرض ابنها و تنسم بالانفعال الشديد مع مرض .

و من خلال نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة تبين أنها تركز على استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال

الحالة الثالثة:

1- تقديم الحالة

معلومات خاصة بالأم:

الحالة: "ع"

السن: 32 سنة

المستوى الدراسي: جامعي

عدد الأولاد: 2

المهنة: أستاذة في المتوسط

مهنة الزوج: أستاذ في ثانوي

المستوى المعيشي: جيد

المعلومات خاصة بالطفل:

السن: 5 سنوات

الجنس: ذكر

رتبته بين إخوته: الأكبر

سن الإصابة: 3 سنوات

2- السيمائية العامة للحالة:

أم "ع" تبلغ من العمر 32 سنة، أم لطفلين، المستوى الدراسي جامعي، المستوى الاقتصادي جيد، تقطن بولاية معسكر، تعيش مع زوجها، في منزل مستقل، لدى الحالة طفل مصاب بالتوحد الذي يبلغ من العمر 5 سنوات و هو الطفل الأكبر ثم تليه أخته الرضيعة.

الحالة تعيش في جو أسري جيد إلا أن مرض ابنها بالتوحد أثر على حياتها بشكل كبير، فهي تجد صعوبة كبيرة في تقبل الوضعية.

تم التعرف على اضطراب ابنها بالتوحد من خلال ملاحظة الأم سلوكيات يقوم بها طفلها ، بحيث كان طفل عادي عند بلوغه سنتين لاحظت الأم تأخر في نطق، فرط في الحركة مما جعل الحالة تشك في وضعيته فأخذته عند طبيب الأطفال ثم أخصائي مختص في أمراض الأذن فوجدت أنه لا يعاني من أي مشكل، بعدها اتجهت به عند أخصائية أطفونية ثم أخذته إلى طبيب مختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية عند بلوغه سن 3 سنوات و هناك تم تشخيصه باضطراب التوحد، فتولد لديها الضغط النفسي، فأصبحت دائمة القلق و تفكير حيال مرضه.

الحالة "ع" تشعر بعدة ضغوطات نفسية لعدم تقبلها لاضطراب الذي يعاني منه ابنها من جهة و من جهة أخرى الخوف الشديد على عدم تحسن حالته و فقدان الأمل في تحسن حالته في المستقبل.

3- التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

الحمل كان مرغوبا به، ظروف الحمل و الولادة عادية، نمو الطفل عادي حتى في سن سنتين بدأت تظهر أعراض فرط الحركة حسب تصريح الأم أنه تكلم في سن سنة و شهرين (ماما، بابا) بعدها توقف عن الكلام بطريقة مفاجئة، فالتحقت به عند طبيب الأطفال، بدأت حينها الشكوك تراودها و ما جعل شكوكها تزداد هو أن طفل يتصرف بطريقة توحى إليها بأنه لا يستمع لمناداتها و كلامها، و هذا ما دفعها إلى إستشارة أخصائية أطفونية و أخصائي في أمراض الأذن، بالإضافة إلى المختصة الأطفونية التي كانت تتابع الطفل أخبرت الأم بأن طفل غير عادي ، و لا يستجيب للمتابعة الأطفونية و أنه معوق ذهنيا، و هذا ما زاد حدة الضغط النفسي لدى الأم و تفكير الزائد "كانت ديرلي ضغط بزاف و تقولي نتي سبة ما هتمتيش بولدك و ما غاديش يتحسن " ، إلا أن الحالة كانت تتلقى الدعم من زوجها و عائلتها و المقربين "راجلي وقف بجانبني و ساعدني بزاف هو و عايلتو"

عند بلوغ الطفل 3 سنوات التحقت به الأم "ع" إلى طبيب مختص في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية و هناك تم تشخيص الطفل بإضطراب التوحد.

لم تتقبل الأم إصابة ابنها بإضطراب التوحد، اتسمت بالغضب و الإنفعال عند معرفة أن ابنها يعاني من إضطراب التوحد لأنالحالة كانت تتوقع أن ابنها سيتحسن و يعاني فقط من فرط الحركة و تأخر في اللغة "بكييت و قلت الحاجة لي خفت منها صرات كنت نقل قبل ما عنده والو و ولدي عادي غير خفيف برك" "كو غير قالولي عنده متلازمة داون و مشي توحد خاصة كي قريرت عليه أنه مستحيل يولي ولدي طفل عادي كيما الأطفال"، اعتقدت الحالة في البداية أن ابنها يعاني من صعوبة في النطق و هذا ما جعله كثير الحركة ، لكن في سن 3 سنوات لا حظت زيادة الأعراض و سلوكات غريبة لم يكن يقوم بها من قبل (اللعب بالخيوط و الأشياء المدورة، عدواني، لا يستجيب للإبتسام)

الأم يائسة من شفاء ابنها "ما عندهش مستقبل ولدي، الناس قاع تقولي ميبيراش" ، الزوج و الأسرة يساعدون الأم على الاهتمام بطفلها لكنها ترى أن مرض ابنها يلزمها البقاء في البيت بسبب السلوكات التي يقوم بها "كلما يكبر تكبر مسؤولية كثر و كلام الناس يزيد"

ترى الأم أن مواجهتها لهذا الموقف الضاغط أو الحدث الذي لم تكن تتوقعه ، إضافة إلى طبيعة الموقف الذي لا يمكن تغييره جعلها تفقد الأمل في تحسن الحالة في المستقبل خاصة كلام الناس أثر عليها و زاد من حدة الضغط النفسي عندها "يقولولي ولدك ماغديش يريح" و هذا ما جعل الحالة تشعر بالتوتر و القلق والانفعال "وليت نهرب من الناس باش ما نسمعش الهدرة السلبية تاعهم" و ما زاد أثر على الأم و على حالتها النفسية كلام الأخصائية الأطفونية على أنها سبب في مرض ابنها من خلاله إهماله و عدم

العناية به و متابعتها و تركه لمشاهدة التلفاز "كي عرفت ولدي بلي فيه توحد وليت نس روعي صح أنا سبة كي تفكرت هدرتها زادت كملت عليا"

الطفل"!" لا ينتبه لوجود الأطفال و لا يلعب معهم ، كثير الحركة، تأخر في النطق، عدواني، إنعدام التواصل البصري.."

في سن بلوغه 5 سنوات التحقت به على عيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للطبيب "غربي بن يعقوب" و وضع ساعتين في الأسبوع لمتابعة السيكولوجية و أرطفونية من أجل تحسن حالته.

4- الوضعية الراهنة للحالة:

جريت المقابلة في أجواء طبيعية، فالحالة "ع" تجاوبت مع كل أسئلة بطريقة واضحة و دقيقة و صريحة. تمحورت أسئلة المقابلة حول معرفة الحالة النفسية للأم قبل و عند إكتشاف الإضطراب، تعامل الأم مع الوضعية، الحياة العلائقية و النظرة المستقبلية للأم.

بدى على الحالة أنها تعيش الكثير من ضغوطات النفسية بسبب عدم تقبلها للإضطراب الذي يعاني منه ابنها.

تبين أن الحالة تعاني من ضغط نفسي جراء إضطراب طفلها مما جعلها دائمة التفكير بالاضطراب، كما أنها لم تتوقع أن يصاب طفلها باضطراب التوحد، فهي تجد صعوبة في تقبل و هذا ما تبين في المقابلة من خلال طريقة كلامها و ملامحها التي توحى بالحزن و الغضب و الخوف و القلق من عدم تحسنه و بقاءه على حاله ، و البكاء خاصة عند تجاوبها مع الأسئلة التي تخص "تعاملها مع الوضعية و نظرتها المستقبلية بخصوص وضعية ابنها"، أبدت الحالة أنها لم تتوقع الحدث مما أثر حالتها النفسية و لاقت صعوبة في التقبل إضافة إلى الموقف الذي لا يمكن تغييره.

من خلال المقابلة تبين ان الحالة تشعر بالتوتر و الانفعال و ذلك نتيجة الضغط النفسي الذي كان بسبب حالة طفلها و ذلك لأنها تعتقد أن العناية به ستكون أصعب في المستقبل، بالإضافة إلى أنها لا تأمل أن ابنها سيتحسن و يعيش حياة عادية و يحقق الاستقلالية في المستقبل.

5- نتائج مقياس استراتيجية المواجهة للحالة الثالثة:

و بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي على الحالة و مقابلة نصف مواجهة تم الشروع في تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة و تظهر النتائج المتحصل عليها فيما يلي:

- جدول رقم (5) نتائج أم (ف) في مقاييس استراتيجيات مواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة:

النسبة المئوية	الدرجة	إستراتيجيات المواجهة المستعملة
11,12%	9	إستراتيجية حل المشكلة
25,31%	20	إستراتيجية الدعم الإجتماعي
34,17%	27	إستراتيجية التجنب
10,12%	8	إستراتيجية إعادة التقييم
18,98%	15	إستراتيجية تأنيب الذات

6- مناقشة نتائج مقياس استراتيجية المواجهة للحالة الثالثة:

من خلال الجدول ألاحظ أن أم "ع" تستعمل في مواجهتها للضغط النفسي بدرجة أولى استراتيجيات التجنب تقدر ب (34,17%) يتضح ذلك من خلال المقابلة "وليت نهرب من الناس باش ما نسمعش الهدرة السلبية تاعهم" و تليها استراتيجيات دعم الإجتماعي بدرجة ثانية بنسبة قدرها (25,31%) و تتمثل هذه الإستراتيجيات في إحساس الفرد بقيمة الدعم الذي يستمده من الآخرين سواء كان دعم مادي أو معنوي، تجلى ذلك في مقابلة حيث قالت "راجلي وقف معايا و ساعدني بزاف هو و عايلتوا" و يتضح ذلك في إجابتها للبندين رقم (3) و رقم (10) بنعم ، كما استعملت استراتيجيات تأنيب الذات بدرجة ثالثة بنسبة مئوية تقدر ب (18,98) لأنها تعتقد أنها سبب في اضطراب الذي يعاني منه ابنها أي لجأت إلى تأنيب ذاتها و تأزم حالتها النفسية أكثر "كي عرفت ولدي فيه توحد وليت نحس روحي أنا سبة" بعدها إستراتيجية مواجهة حل مشكلة بنسبة مقدرة ب (11,39%)، فالحالة من خلال المقابلة لم تذكر طريقة معينة تتبعها لمواجهة المشكلة كما يتضح ذلك من خلال المقابلة في قولها "كلما يكبر تكبر مسؤولية و كلام الناس يزيد" إذ أجابت على البند رقم "1" ب لا، و في الأخير استعملت استراتيجيات إعادة تقييم بنسبة (10,12%) فقد أجابت على البند رقم "2" ب "لا" إذ أن الأم تتمنى لو كانت أكثر تفاؤلا.

- الجدول رقم "6" يوضح إستراتيجية مواجهة حول حل المشكلة و استراتيجيات المواجهة المركزة حول الإنفعال.

النسبة المئوية	الدرجة	إستراتيجيات المواجهة المستعملة
10,52%	17	إستراتيجية مواجهة حل مشكلة
31,44%	48	إستراتيجية مواجهة الإنفعال

من خلال الجدول رقم "2" ألاحظ أن أم "ع" تستعمل إستراتيجيات مركزة على الانفعال بصفة أكبر عند مواجهتها للموقف الضاغط بنسبة قدرها (31,44%).

7- إستنتاج عام للحالة الثالثة:

من خلال عرض و تحليل معطيات المقابلة النصف موجهة و الحصول على نتائج مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس استراتيجيات المواجهة تم استنتاج أم "ع" لديها مستوى ضغط نفسي مرتفع يقدر ب (0,61%)، و يتضح من خلال المقابلة أن أم "ع" انفلتت و بكت عند معرفتها بإضطراب الذي يعاني منه ابنها إضافة أنها تجد صعوبة في تقبل الوضعية، و هذا ما أدى إلى تأزم حالتها النفسية و شعورها بالقلق و توتر نتيجة ضغط نفسي، فالحالة "ع" يائسة من تحسن حالته و تعتقد أن العناية به ستكون أصعب في المستقبل.

جدول رقم "7" جدول نتائج المقاييس لكل الحالات الثلاثة:

مقياس استراتيجيات المواجهة			مقياس إدراك الضغط النفسي		الحالات
النوع الأكثر استعمالاً	المركزة حول الانفعال	المركزة حول المشكلة	المستوى	مؤشر إدراك الضغط النفسي	
الإنفعال	31,44%	10,52%	مستوى مرتفع	0,59	أم "م"
الإنفعال	40,24%	20,52%	مستوى مرتفع	0,75	أم "ف"
الإنفعال	42,5%	23,8%	مستوى مرتفع	0,61	أم "ع"

نلاحظ من خلال الجدول أن إستراتيجية مواجهة الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد في مواجهتهن للضغط النفسي هي استراتيجية مواجهة الانفعال و هذا حسب شدة الضغط و يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها، حيث أن:

أم (م)، أم (ف)، أم (ع) يستخدمن إستراتيجيات مواجهة مركزة حول الانفعال (31,44%) ، (40,24%)، (42,5%) و لديهن مستوى مرتفع من الضغط النفسي و يظهر ذلك كالتالي (0,59%)، (0,75%)، (0,61%).

الفصل السابع: فحص الفرضية

الفصل السابع: فحص الفرضية

- فحص فرضية الدراسة "إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد هي إستراتيجية مواجهة الإنفعال"

تنص الفرضية على "إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد هي إستراتيجية مواجهة الانفعال" لاختيار هذه الفرضية تم استخدام المنهج العيادي وأدواته المتمثلة في: (الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس إدراك الضغط النفسي، مقياس إستراتيجية المواجهة) طبقتها على عينة قوامها "ثلاث أمهات أطفال التوحد" تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة إلى 45 سنة "المتواجدين بعيادة الشفاء المتخصصة في الأمراض العقلية و النفسية و العصبية للطبيب "غربي بن يعقوب" اللواتي يعانون من ضغط نفسي نتيجة إصابة أطفالهم باضطراب التوحد و معرفة أهم الإستراتيجيات المستخدمة لمواجهتهن للضغط النفسي ، تم استخلاص نتائج :

- تحقق فرضية الدراسة التي مفادها " إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي الأكثر استخداما لدى أمهات أطفال التوحد هي إستراتيجية مواجهة الانفعال" و هذا ما تبين من خلال مقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس إستراتيجية المواجهة و ذلك من خلال الحالة الأولى "م" قدر مستوى الضغط النفسي بنسبة 0,59% و تعتمد على إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بنسبة 31,44% و هذا ما اتضح من خلال المقابلة مع الحالة "م" شعورها بالذنب و اعتبارها السبب في إصابة ابنتها باضطراب التوحد جعلها تشعر بالغضب و الانفعال و اللجوء إلى البكاء و ملازمة ابنتها طوال الوقت، كما نجد الحالة الثانية "ف" قدر مستوى الضغط النفسي للحالة بنسبة 0,75% و تعتمد على إستراتيجية مواجهة الانفعال بنسبة 40,25% و هذا ما تبين من خلال المقابلة مع الحالة "ف" تعيش ضغط نفسي نتيجة الظروف المادية المتدنية التي تمر بها و مشاكلها مع زوجها و تحملها عبء المسؤولية لوحدها جعلها تنسم بالانفعال و الغضب و عدم تقبلها للاضطراب الذي يعاني منه ابنها، أما الحالة الثالثة "ع" قدر مستوى الضغط النفسي بنسبة 0,61% و تعتمد على إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال بنسبة 42,5% كما اتضح ذلك من خلال المقابلة أنها تعاني من ضغط نفسي جراء إصابة ابنتها باضطراب التوحد و هذا ما جعلها دائمة التفكير ، كما تبين أن الحالة تشعر بالتوتر و الانفعال و فقدان الأمل من تحسن حالته و تحقيق الاستقلالية في المستقبل، كما تعتقد أن العناية به ستكون أصعب في المستقبل، إضافة أنها تجد صعوبة في تقبل الوضعية و هذا ما أدى إلى تأزم حالتها النفسية أكثر .

- و تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة دعو سميرة و شنوفي نورة (2013) تحت عنوان "الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى

- الضغط لدى أمهات أطفال التوحد، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الضغط لدى أمهات أطفال التوحد، تم استعمال المنهج العيادي في دراسة من خلال استعمال الأدوات المتمثلة في (المقابلة العيادية النصف موجهة) و استعملوا في دراستهم مقياس إدراك الضغط النفسي و مقياس المواجهة، بالنسبة للعينة التي تمت دراستها تحتوي على خمس حالات "أمهات أطفال التوحد" تم اختيارها بطريقة قصديه في المؤسسة الإستشفائية (مشدالة) الواقعة بولاية البويرة، و توصلت نتائج الفرضية الجزئية إلى أنه تستخدم أمهات الأطفال التو حدينا استراتيجيات المواجهة نحو الانفعال لمواجهة الضغط النفسي و هذا ما يدل على مستوى مرتفع من الضغط النفسي.

الإقتراحات و التوصيات:

- بناء على ما تم التوصل إليه من خلال نتائج هذه الدراسة و المتعلقة بالضغط النفسي و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات أطفال التوحد و تحديد نوع الإستراتيجية المستعملة فإنني أوصي بمايلي:
- التشجيع على دمج أطفال التوحد في المجتمع و تشغيلهم ضمن مؤسساته كمحاولة للتخفيف من حدة قلق الوالدين بخصوص مستقبل أبنائهم
 - التكفل الجيد بأطفال التوحد
 - متابعة الأم من قبل محتص نفسي و يكمن دوره في مساعدتها على إيجاد و استثمار قدراتها الأومومية و تزويدها بالطرق
 - تنظيم الملتقيات للتعريف أكثر بهذا الإضطراب و الأعراض الخاصة به لمساعدة الأولياء على فهمه، إضافة لتقديم الإقتراحات و الإرشادات التربوية و العلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل و أوليائه
 - إجراء دورات تدريبية لأمهات أطفال التوحد لتدريبهن على مهارات أساليب المواجهة حتى يتمكن من تخفيف شدة الضغوط النفسية الناجمة عن إصابة الطفل.
 - توفير الدعم المادي و المساندة الإجتماعية اللازمة لأمهات أطفال التوحد حتى تتمكن من التكفل الجيد بالطفل المصاب.

إن الحياة مليئة بالأحداث الضاغطة، كما تختلف الضغوط النفسية من شخص لآخر حسب الأحداث الضاغطة التي يمر بها الإنسان و ذلك حسب طبيعة الموقف الضاغط و شخصية الفرد، و من الضغوط النفسية التي يتعرض لها الإنسان هي الضغوط الناتجة عن إصابة أحد أفراد الأسرة بأحد الاضطرابات من العوامل النفسية و الاجتماعية المسببة للضغط، خاصة الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل و تحديدا إذا كان يعاني من اضطراب التوحد، و هذا يجعلها في حالة عدم توازن و استقرار، و الضغط الناتج عن إصابة أبن باضطراب التوحد جدير بأن يواجه بأساليب ناجحة تضمن التكفل الجيد بالطفل و رعايته.

فمن خلال دراستنا لعينة البحث و تطبيقنا لأدوات المقياس المتمثلة في مقياس الضغط النفسي و مقياس استراتيجية مواجهة الضغط النفسي ، و بالاستعانة بمنهج دراسة الحالة نستخلص أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة كما أظهرت هذه الدراسة أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعتمد على استراتيجية مواجهة الانفعال لتخفيف من الضغوط النفسية.

و على هذا الأساس هدفت دراستنا إلى التعرف على أهم استراتيجيات المواجهة التي تستخدمها أمهات أطفال التوحد لتخفيف من الضغط النفسي.

و في الأخير يمكن القول أن موضوع الدراسة الحالية من أهم المواضيع الهامة لجميع أفراد المجتمعات بمستوياتها المختلفة التي نأمل أن تجري حولها في المستقبل مجموعة من الدراسات و الأبحاث بهدف التخفيف من حدة الضغط النفسي الناتج عن اضطراب التوحد ، كما تساعد هذه الأبحاث على مواجهة هذا الاضطراب باستراتيجيات فعالة تساعد الأم على تخفيف هذه الضغوط النفسية و إيجاد حلول فعالة لمساعدة ابنها

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2004)، التوحد (الخصائص و العلاج)، دار المسيرة، عمان الأردن
- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010) التوحد (السلوك التشخيص العلاج)، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان الأرظن ط1
- إبراهيم عبد الله فرج زريقات (2010)، التوحد- السلوك- التشخيص و العلاج، دار وائل للنشر، ط1.
- إبراهيم فرج عبد الله الزريقات(2004)، التوحد:الخصائص و العلاج، دار الزهران،بدون طبعة
- أسامة فاروق مصطفى، السيدكامالشرابيني،(2013) ،سمات التوحد، دار المسيرة.
- أسامة محمد البطانية و أخرون (2007): علم النفس الطفل الغير العادي،ط1 دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان ، الأردن
- أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح(2007):علم نفس الطفل غير عادي:دار المسيرة للنشر و توزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- أيت حمودة حكيمة (2005):دور سمات الشخصية و إستراتيجيات المواجهة في تعديل بين الضغوط النفسية و الصحة النفسية و الجسدية، رسالة لنيل الدكتوراه في علم النفس العيادي، الجزائر
- بوبكر عائشة (2007)، العلاقة بين صراع الأدوار و الضغط النفسي لدى الزوجة العاملة، مذكرة ماجستير علم النفس عمل و تنظيم،جامعة قسنطينة الجزائر.
- تامر فرج سهيل (2015) التوحد، عمان ،دار الإعصار العلمي.
- التوبي محمد علي (2010) التنشئة الأسرية و طموح الأبناء العاديين و ذوي الإحتياجاتالخاصة ، دار النشر و التوزيع- عمان، د.ط.
- حامد عبد السلام زهران (1998)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة :عالم الكتب،ط3
- رائد خليل العبادي(2011)، التوحد،مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع،الطبعة الأولى.
- سامر جميل رضوان (2002):الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان، الطبعة الأولى

سعد الإمارة (2001)، أساليب التعامل مع الضغوط، خدود منهج و الأساليب مجلة النبأ العدد(00)-48-49.

سليمان بن ابراهيم الشاوي(2007)، برنامج تدريبي مقترح لتنمية المهارات للأخصائيين النفسيين و الإجتماعيين للتعامل مع مشكلات الطفل التوحدي، رسالة ماجستير، جامعة الإمام محمد بن سعود.

سمير شيخاني(2003)،الضغط النفسي- طبيعته- أسبابه - المساعدة الذاتية-المداداة،دار الفكر العربي مؤسسة ثقافية للطباعة و النشر و التوزيع، بيروت- لبنان، ط1

سوسن شاكر الجلبلي (2015)، التوحد الطفولي- أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه، دار و مؤسسة رسلات للطباعة و النشر و التوزيع- سوريا- دمشق- جرمانا.

شيلي تايلور، ترجمة وسام دويتش(2008):علم النفس المرضي، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى

صالح، محمد، و الجوالد،فؤاد (2011)، التوحد، دار الثقافة لنشر و التوزيع-عمان، د. ط.

طه العظيم حسن، سلامة عبد العظيم حسن،(2006)،استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية و التربوية ،ط1، الأردن، عمان، دار الفكر.

طه عبد العظيم حسين و سلامة عبد العظيم حسين (2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، عمان:دار الفكر.

عبد الباسط متولي لخضر(2014)، أدوات البحث العلمي و خطة إعداده، دار الكتب الحديث، القاهرة، الكويت

عبد الرحمن العيسوي (2001)، الجديد في الصحة النفسية ، الإسكندرية، منشأ المعارف

عبد الله الضريبي (2010)، أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية و علاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، العدد (4)، 28،

عبد المنعم عبد الله حسيب، (2005):مقدمة في الصحة النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة، قطر الطبعة الأولى

عدنان سليمة (2009): بعض العوامل المرتبطة بالوساء للإستشفائية و الإكتئاب لدى مرضى السرطان، مذكرة لنيل الماجيستر، منشورة، جامعة الجزائر.

علي عسكر (2003)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها (الصحة النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق)، دار الكتاب الحديث- الكويت، ط 3.

غدي عمر محمود عصفور(2012)، الضغوط النفسية و استراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للإنتحار، رسالة الماجيستر في علم النفس العيادي في علم نفس الضغط، سطيف الجزائر.

غدي عمر محمود عصور (2012)، الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي و التربوي، كلية العلوم التربوية و النفسية جامعة عمان الأردن.

قاسم، سمية و بن زعموش، نادية بوضياف(2017)، مهارات العناية بالذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا "دراسة ميدانية"، مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة قاصدي، مرياح_ورقلة العدد(29).

كوثر حسن عسليية (2016)، التوحد، دار الصفاء للنشر و التوزيع- عمان، ط1.

لظفي عبد الباسط (1994)، مقياس عمليات تحمل الضغوط، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

لويس مليكة (2010): علم النفس الإكلينيكي، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، ط1

محمد أحمد الخطاب(2009): سيكولوجية الطفل التوحدي، دار الثقافة للنشر و التوزيع، مصر، الطبعة الأولى.

محمد خليفة بركات (1984)، مناهج البحث العلمي في التربية و علم النفس، دار القلم، الكويت ط1

محمد علي كامل (2003): الأوتيزم، الإعاقة الغامضة بين المفهوم و العلاج، مركز الإسكندرية ، مصر، الطبعة الأولى

مرشدي الشريف (2008)، مصادر الضغط المهني وإستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر.

مصطفى نوري القمش (2012)، اضطرابات التوحد – الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية، دار المسيرة.

منى بنت عبد الله بن نبهان العامرية (2014)، أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات و غير العاملات و علاقته بمستوى الضغوط النفسية و التوافق الأسري بمحافظة الداخلية، رسالة ماجستير في التربية و الإرشاد النفسي، عمان.

نايف بن عابد الزارع (2010)، المدخل إلى اضطراب التوحد- المفاهيم الأساسية و طرق التدخل، دار الفكر ناشرون و موزعون، ط1.

نائف علي أيبو(2019)، الضغوط النفسية، دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع-الإسكندرية-جمهورية مصر العربية.

نبوية لطفي محمد عبد الله (2000-1999)، أطفال المحرومين من الأم، رسالة ماجستيرمعهد الدراسات العليا، جامعة عين الشمس بمصر.

نبيلة أحمد أبو حبيب (2010)، الضغوط النفسية و إستراتيجية مواجهتها و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة، رسالة ماجستير علم النفس، غزة فلسطين، 2010.

هارون توفيق الرشيد (1999)، الضغوط النفسية (طبيعتها،نظرياتها،برنامج لمساعدة الذات في علاجها)،ناشر مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة،د.ب.

وليد السيد أحمد خليفة، يزيد عبد المهدي الغصاونة، وائل محمد شرمان (2013)، التوحد بين النظرية و التطبيق، دار الفكر ناشرون و موزعون، ط1

المراجع الأجنبية:

Alain bouregba ,s,d ;les trouble de la parent atlite,appriche clinique et socio educative,dunoide,paris.

Change,E .C :Tugade,M ,M &Askawa k . (2006)/ stress and coping Among asianAmericans ; Lazarus and Folkman's model and beyond .(in)scott C .& Wong, p .T (Eds) , stress and coping Amulticulturalperspectives.department of psychplogy university of Michigan,AnnArbor,M48109.

Forlman « S » and Lazarus R. Schetter C. Delongis A. Greuer R.J (1986). **Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes**. Journal of personality and social psychological 50 (5) 922-1003

Paulpha, et al (1994) : **La mesure de coping**, paris

Moos, R (1988). **Coping responses inventory**. Palo Alto, California : Manual Stanford university and veterans administration medical center 179-
Mosley, H, Perrin, G, Neral

Schweitzer, Dantzer (1994) **Introduction à la psychologie de santé** p.u.f, paris

Paulpha, et al (1994) : **La mesure de coping**, paris

الملاحق

الملحق رقم (1):

دليل المقابلة النصف موجهة:

البيانات الشخصية:

- الإسم:
- السن:
- امستوى الدراسي:
- المهنة:
- مهنة الزوج:
- عدد الأولاد:
- مكان السكن:- قرية - مدينة - حي شعبي
- نوع السكن: - فردي - مع العائلة
- 1- بيانات عامة حول الطفل التوحيدي:**
- إسم الطفل:
- جنسه:
- عمره:
- رتبته بين الإخوة
- سن الإصابة
- 2- الحالة النفسية للأم قبل و عند اكتشاف الحالة:**
- كيف كان إبنك قبل أن تعرفي أنه مريض؟
- كيف تربي؟
- متى أدركت أن طفلك يعاني من التوحد؟
- من أخبرك بذلك و كيف رد فعلك؟
- كيف كان شعورك عندما علمت بذلك؟
- ماذا فعلت عند سماعك الخبر؟
- هل تظنين أن إيجابك لطفل توحيدي أثر على حياتك؟
- كيف ذلك و هل تشعرين بالذنب؟
- 3- تعامل الأم مع الوضعية:**
- عند إدراكك و معرفتك بأن إبنك مصاب بالتوحد ماذا فكرتي أن تفعلي؟
- كيف كان رد فعل زوجك و هلناقتي الدعم منه؟
- كيف فكرتي أن تدخلي إبنك للمركز؟ و لماذا؟
- كيف تتعاملين مع الوقت الخالي
- هل تظنين أنك توفرين له كل الإمكانيات و تعطين له كل وقتك؟
- هل تجدين الوقت الكافي للعناية به و بنفسك و بعائلتك؟
- كيف هو وضعك في العمل و هلستطعين مواصلته؟

- 4- الحياة العلائقية:
- كيف هي علاقتك مع طفلك؟
- هل تغيرت هذه العلاقة بعد اكتشافك للإعاقة؟
- هل تعاملينه بنفس طريقة تعاملك مع الآخرين؟ ولماذا؟
- هل تغيرت علاقتك مع زوجك؟ و هل تأثرت هذه العلاقة بإصابة إبنك؟
- هل تغيرت علاقتك بعائلتك كلها و الجيران و الأصدقاء بعد أن علمت أن إبنك مصاب بالتوحد؟
- 4- النظرة المستقبلية للأم:
- هل تعتقدين أن العناية بإبنك ستكون أعب في المستقبل
- هل تعتقدين أنه سيعيش حياة عادية و يحقق الإستقلالية؟
- هل تظنين أنه سيشفى في المستقبل؟
- هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأطفال لو أتيح لك ذلك؟ ولماذا؟
- هل تظنين أنك قادرة على مواجهة هذه الوظيفية و التعامل معها؟

الملحق رقم (2):

مقياس إدراك الضغط النفسي:

P-S-Q

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

الوضعية الضاغطة	تقريباً أبداً	أحياناً	كثيراً	عادة
1- تشعر بالراحة				
2- تشعر بوجود متطلبات لديك				
3- أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5- تشعر بالوحدة				
6- تجد نفسك في مواقف صراعية				
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً				
8- تشعر بالتعب				
9- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10- تشعر بالهدوء				
11- لديك عدة قرارات لإتخاذها				
12- تشعر بالإحباط				

				-13 أنت مليء بالحيوية
				-14 تشعر بالتوتر
				-15 تبدو مشاكلها أنها ستتراكم
				-16 تشعر بأنك في عجلة من أمرك
				-17 تشعر بالأمن و الحماية
				-18 لديك عدة مخاوف
				-19 أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص آخرين
				-20 تشعر بفقدان العزيمة
				-21 تمتع نفسك
				-22 أنت تخاف من المستقبل
				-23 تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها
				-24 تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم
				-25 أنت شخص خال من الهموم
				-26 تشعر بالإرهاك أو التعب الفكري
				-27 لديك صعوبة الإرتخاء
				-28 تشعر بعبء المسؤولية
				-29 لديك الوقت الكافي لنفسك
				-30 تشعر بأك تحت ضغط مमित
				المجموع
				المجموع العام

الملحق رقم 3:

مقياس المواجهة لبولهانو آخرون:

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي و التي تحمل عنوان:

"إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات أطفال التوحد"

نرجو منكم إثراء هذا البحث بالإجابة على بنود المقياس

1- صف موقفا عشته خلال الأشهر الأخيرة(موقف مسك بالأخص أو أزعجك)

.....

.....

2- حدد شدة الإنزعاجو التوتر الذي سببه لك هذا الموقف

- مرتفع - منخفض - متوسط

الرقم	البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
1	وضعت خطة و اتبعتها				
2	تمنيت لو كنت أكثر قوة و تفاؤلا و حماسا				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت لتحقيق ما أردته				
5	تغيرت إلى الأحسن				
6	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
7	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
8	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل				
9	ركزت على الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حدثت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أنبت نفسي				
15	إحتفظت بمشاعري لنفسي				

				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف	16
				جلست و تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه	17
				حاولت عدم التصرف بتسرع أو بإتباع أول فكرة خطرت لي	18
				رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا	19
				أدركت بأنني سبب المشاكل	20
				حاولت عدم البقاء لوحدتي	21
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن	22
				قبلت عطف أو تفاهم الشخص الآخر	23
				وجدت حلا أو حلين للمشكلة	24
				حاولت نسيان كل شيء	25
				تمنيت لو إستطعت تغيير موقفي	26
				عرفت ما ينبغي القيام به و ضاعفت مجهوداتي و بذلت كل ما بوسعي للوصول على ما أريد	27
				عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل	28
				نقدت نفسي و وبختها	29