

## قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد □

دراسة ميدانية بملعقة المركز النفسي البيداغوجي أقسام  
التعصيري للأطفال التوحد □



مذكرة مكلمة لنيل شهادة الماستري في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالب (ة) □ □ □ □ □  
وداد بن جدو □ □ □ □ □  
إشراف الدكتورة: □ □ □ □ □  
يامنة اسماعيلي □ □ □ □ □

لجنة المناقشة:

- 1- محمد بودريالة ... رئيسا
- 2- سامية بوزنان ... ممتحنا
- 3- يامنة اسماعيلي ... مشرفا

السنة الجامعية 2015 / 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# إهداء

إلى منارة العلم والإمام المصطفى، إلى الأمي الذي علم  
العالمين إلى سيد الخلق، إلى رسولنا الكريم سيدنا وحبيبنا محمد عليه  
أفضل الصلاة وأزكى التسليم

إلى النبي الذي يفيض بالعطاء، إلى الشمعة المضيئة، إلى  
الداعية التي في كل شدة وضيء، إلى فرحة عمري  
أمي ... أمي ... ثم أمي

إلى معلمي الأول ومير طريقي، إلى من سعى وشقا لأنعم بالراحة  
والرئاء، إلى من علمني كيف أرتقي في سلم الحياة، إلى صنع نجاحي،  
إلى أبي الغالي أطاك الله في عمره

إلى الذين آمنوا بنجاحي، إلى من هبهم بجري في عروقتي و..  
بذكرهم فؤادي، إلى أغلى وأجمل هدايا الله في حياتي  
أخوتي وأخواتي

إلى من ساندني أنرني في دربي، لتوأم روحي .. لسكني  
وشريك حياتي زوجي العزيز.

إلى من سرنا سويا ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح، إلى من  
تكاثفنا لنقطف ثمرة تعلمنا، إلى طلبة قسم علم النفس، إلى من صاغوا  
لنا من علمهم حروفا، ومن فكرهم منارة تنير لنا مسيرة العلم  
والنجاح، إلى أساتذتي الكرام في كل الأطوار



# شكر وتقدير

اللهم لك الحمد وأنت للحمد أهل.

الحمد لله والشكر لله عز وجل الذي لولا رعايته وتسهيله  
لنا سبيل العمل من فيض علمه الذي وسع كل شيء بما

استطعنا إنجاز هذا العمل

فلله الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت

كما لا يسعني إلا أن أتقدم بفائق الشكر ومنتهاى التقدير

للأستاذي المشرفة إسماعلي يامنة على قبولها وتوليها

إشراف هذا البحث وعلى كل ما أسدته لي من توجيه سديد

ونصح قيم وتحفيزي على استكمال مراحل هذا العمل راجية

من المولى الكريم لها دوام الصحة والعافية كما أتقدم إلى كل

أساتذتي في تخصص علم النفس بالشكر على كل ما قدموه لي

من علم ونصح وتوجيهات.

# فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
-	الإهداء
-	شكر وعرنان
-	فهرس المحتويات
-	قائمة الجداول والأشكال
-	ملخص الدراسة
لج	مقدمة
<b>الفصل التمهيدي - الإطار العام للدراسة</b>	
16	الإشكالية
19	فرضيات الدراسة
19	أهمية الدراسة
20	أهداف الدراسة
21	المفاهيم الإجرائية
22	الدراسات السابقة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول - قلق المستقبل</b>	
29	تمهيد
30	1 القلق
30	1.1 مفهوم القلق
32	1.2 النظريات الفسرة للقلق
41	1.3 أسباب القلق
42	1.4 أعراض القلق
44	1.5 أنواع القلق
45	2 قلق المستقبل

45	12 مفهوم قلق المستقبل
47	22 مظاهر قلق المستقبل
48	32 أسباب قلق المستقبل
49	42 سمات ذوي قلق المستقبل
50	52 طرق التعامل مع قلق المستقبل
53	خلاصة
<b>الفصل الثاني - الأمن النفسي</b>	
55	تمهيد
56	1 مفهوم الأمن النفسي
59	2 خصائص الأمن النفسي
60	3 النظريات المفسرة للأمن النفسي
65	4 العوامل المؤثرة في الأمن النفسي
68	5 أبعاد الأمن النفسي
69	خلاصة
<b>الفصل الثالث - التوحد</b>	
71	تمهيد
72	1 لمحة تاريخية
78	2 تعريف التوحد
80	3 أسباب التوحد
90	4 أعراض التوحد
93	5 التشخيص الفارقي
98	6 النظريات المفسرة للتوحد
109	7 علاج اضطراب التوحد
117	8 البرامج التربوية العلاجية
119	خلاصة

## الفصل الرابع - إجراءات الدراسة الميدانية

121	تمهيد.
122	1 الدراسة الاستطلاعية.
123	2 منهج الدراسة.
123	3 مجالات الدراسة.
124	4 مجتمع وعينة الدراسة.
126	5 أدوات الدراسة.
131	6 أساليب المعالجة الإحصائية.
132	خلاصة.

## الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس - عرض النتائج ومناقشتها

134	تمهيد
135	1 نتائج الدراسة.
135	1 عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.
136	2 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
137	3 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
138	4 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
139	5 عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
141	خلاصة.
142	الاقتراحات.
143	خاتمة
-	قائمة المراجع
-	قائمة الملاحق



## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجداول	الرقم
123	يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية	1
124	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	2
125	يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوظيفة	3
127	يوضح أبعاد مقياس قلق المستقبل وأرقام عباراته	4
128	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق المستقبل	5
128	يوضح درجات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية	6
129	يوضح ثبات مقياس قلق المستقبل عن طريق ألفا كرونباخ	7
129	يوضح ثبات مقياس قلق المستقبل عن طريق التجزئة النصفية	8
130	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأمن النفسي	9
130	يوضح ثبات مقياس الأمن النفسي عن طريق ألفا كرونباخ	10
130	يوضح ثبات مقياس الأمن النفسي عن طريق التجزئة النصفية	11
135	يوضح معامل ارتباط بيرسون بين درجات قلق المستقبل ودرجات الأمن النفسي لدى عينة من أمهات التوحد	12
136	يوضح الفروق في قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	13
137	يوضح الفروق في قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة	14
138	يوضح الفروق في الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية	15
140	يوضح الفروق في الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة	16



## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
56	التقسيم الهرمي للحاجات عند (ماسلو)	1
125	يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	2
125	يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	3



## قائمة الملحق

الرقم	الملحق
1	مقياس قلق المستقبل
2	مقياس الأمن النفسي
3	ملحق ثبات وصدق مقياس الدراسة
4	ملحق نتائج الدراسة



## ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على قلق المستقبل و الأمن النفسي لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي بـ108 مسكن بالمسيلة وذلك في ضوء متغيري الحالة الاجتماعية والوظيفة ، اجريت الدراسة خلال العام الدراسي 2015-2016، حيث تكونت عينة الدراسة من (30) أم، قمنا باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي واستخدمنا مقياس قلق المستقبل، المعد من طرف غالب المشيخي ومقياس الأمن النفسي لزينب شقير، وطبقنا الأساليب الإحصائية التالية: (معامل الارتباط بيرسون، اختيارات) وتوصلنا من خلال دراستنا إلى النتائج التالية:

- 1- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية للدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة



## ***Souci de l'avenir et sa relation avec la sécurité psychique Sur un échantillon de mères d'enfants autiste***

### *Résumé de l'étude*

*Cette étude consiste à connaître le souci de l'avenir et la sécurité psychique sur un échantillon de mères dont leurs enfants sont atteint d'autisme et cela au niveau du centre psychopédagogique situé à la cité 108 logements à M'Sila et ce à l'insu du changement socioprofessionnel.*

*Cette étude s'est déroulée durant l'année scolaire 2015/2016 e-t sur un échantillon de 30 mères, pour cela nous avons suivi la méthode **attachement démonstratif** en utilisant le module souci de l'avenir présenté par Ghaleb El Machikhi ainsi que le module sécurité psychique de Zineb Chakir et conformément aux méthodes statistiques suivantes :*

*(facteur attachement personne, choix) ou nous avons obtenus les résultats suivants :*

- 1- Il n'ya pas de relation d'attachement d'ordre statistique entre le souci de l'avenir et la sécurité psychique chez un échantillon de mères d'enfant autiste.*
- 2- Il n'ya pas de différences d'ordre statistique à un degré global du module souci de l'avenir dû au changement social.*
- 3- Il y'a pas de différences d'ordre statistique à un degré global du module souci de l'avenir dû au changement professionnel.*
- 4- Ilya pas de différences d'ordre statistique à un degré global du module souci de la sécurité psychique dû a changement social.*
- 5- Il ya de différences d'ordre statistique à un degré global du module sécurité psychiques dû au changement professionnel.*



## مقدمة:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضا وأكثرها شيوعا في المجالين البحثي والإكلينيكي، وذلك لعدم التوصل إلى أسبابه الحقيقية من جهة ومن جهة أخرى شدة غرابة أنماطه السلوكية، إذ صنف التوحد من الاضطرابات النمائية المنتشرة التي تؤثر سلبا على عدة مجالات لعمليات التطور، كما يتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما معا، يصيب الطفل قبل السن الثالثة، بوجود نوع من الأداء غير السوي في التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوكي النمطي التكراري المقيد. (عبد الله، 2002، ص 07)، توجد من (4 إلى 5) حالات توحد في كل (1000) مولود و (14 إلى 20) حالة اسبرجر ويوجد هذا الاضطراب في جميع أنحاء العالم وفي كل الطبقات العرقية والاجتماعية (محمد عليوات، 2007، ص 51)، فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه وعائلته، كما يعتبر اضطرابا محيرا ومؤلما للأمهات يصعب عليهن فهمه.

إن ميلاد طفل في الأسرة يعتبر حدثا سعيدا وينتظر الكثير من الأمهات للطفل على أنه امتداد للذات فيكون ميلاده في زيادة قوة العائلة الموجودة بالفعل ويوثق العلاقة بين الزوج والزوجة.

ويترجم الوالدين في مشروع الطفل المستقبلي أي الطفل الخيالي نسخة خاصة بهما، يحققان من خلالها رغباتهما غير المشبعة، حيث يتوقعان دائما الكمال و السواء لطفلهما (جميل، 1988، ص 58)، لكن ماذا لو أصبح هذا الطفل بكل ما تحمله من معاني بالنسبة لوالديه من طفل عادي إلى طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة؟ (سليمان، 2010، ص 343).

إن اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للوالدين وللأسرة عامة. (طارق عامر، 2008، ص 04)، وخاصة إذا كان الطفل يعاني من اضطراب من النوع الغامض مثلما هو عليه الحال في اضطراب التوحد. (سليمان، 2010، ص 243) وباعتبار التوحد عجزا واضطرابا في النمو، فإن هذا ما يجعل الطفل في تبعية دائمة للأم وذلك لعدم قدرته على تحقيق حاجاته ورغباته بمفرده، وبالتالي فهو غير قادر على تحمل

مسؤولية نفسه، وباعتبار هذا الاضطراب في النمو يستمر طيلة عمر الفرد ويؤثر على الطريقة التي يتعامل بها الشخص بسبب إحراجا وقلقا لأسرهم وبالأخص الأمهات. يعتبر القلق سمة بارزة من سمات هذا العصر والشعور بالتهديد بالخطر من المستقبل الذي ينتظره، وحيث أن درجة القلق تختلف من فرد لآخر بشأن المستقبل وخاصة أننا نعيش في حالة من التغيرات والأحداث المتسارعة لذلك أصبحت الأمهات في حالة من القلق العام من أطفالهن التوحديون، فيعتبر القلق من المستقبل نوعا من أنواع القلق الذي يشكل خطرا على كل أم إذ تتعرض لضغوط وتواجه العديد من الصعوبات والمسؤوليات في تعاملها مع طفلها والقلق على مستقبله المجهول، خاصة أنه بحاجة للرعاية والمتابعة المستمرة، فأم الطفل التوحدي تأمن حياة مطمئنة ومستقبل آمن لابنها، فالأمن النفسي يعتبر من الحاجات الهامة لبناء شخصية إنسانية، حيث أن جذوره تمتد من الطفولة وتستمر حتى الشيخوخة عبر المراحل العمرية، ولقد أشار اريكسون إلى أن الحاجة إلى الأمن هي أول الدوافع النفسية الاجتماعية التي تحرك السلوك الإنساني وتوجهه نحو غايته وإذا أخفق المرء في تحقيق حاجته إلى الأمن فإن ذلك يؤدي إلى عدم القدرة على التحرك والتوجه نحو تحقيق الذات والفضل في تحقيقها قد يؤدي إلى اليأس. (جبر، 1996، ص81).

إن دراسة قلق المستقبل والأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد من الموضوعات المهمة التي أحدثت مركز كبير من البحوث النفسية والشخصية، ولأهمية هذا الموضوع تم تناوله بالدراسة من خلال متغيرات وفصول البحث التي تشمل جانب نظري وآخر تطبيقي، حيث تم تقسيم البحث إلى خمسة فصول استهلكت بالفصل التمهيدي احتوى على الإطار العام للدراسة وتم فيه طرح إشكالية الدراسة وطرح فرضياتها وأهدافها وأهميتها وتحديد المفاهيم الإجرائية وصولا إلى الدراسات السابقة.

**الفصل الأول:** تم فيه التطرق إلى متغير قلق المستقبل، إذا يتضمن عنصرين، القلق وقلق المستقبل وتم التطرق في العنصر الأولى إلى تعريف القلق، النظريات المفسرة له، أسبابه، أعراضه وأنواعه، والعنصر الثاني قلق المستقبل أين تم التطرق فيه إلى تعريفه، مظاهره، أسبابه، سمات ذوي قلق المستقبل وطرق التعامل معه.

**الفصل الثاني:** تناولنا فيه الأمن النفسي والذي تضمن مفهومه، خصائصه والنظريات المفسرة له وكذا العوامل المؤثرة فيه مع أبعاده.

**الفصل الثالث:** كان بعنوان التوحد متضمنا مفهومه، أسبابه، أعراضه، التشخيص الفارقي، النظريات المفسرة للتوحد، علاج إضرابه والبرامج التربوية العلاجية.

**الفصل الرابع:** فقد كان بعنوان الإجراءات الدراسية الميدانية والذي تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة ومجالاتها، مجتمع وعينة الدراسة، أدوات الدراسة ثم أساليب المعالجة الإحصائية.

**الفصل الخامس:** تم فيه عرض النتائج ومناقشتها والمستهل بنتائج الدراسة ثم عرض ومناقشة النتائج لكل الفرضيات من الأولى إلى الخامسة، بعدها وضعت اقتراحات و خاتمة للدراسة تلتها أوراق تم فيها جمع المراجع المعتمد عليها إضافة إلى مجموعة من الأشكال والجدول التي مثلت ملاحق الدراسة.

# الفصل التمهيدي

- 1 الاشكالية
- 2 أهمية الدراسة
- 3 أهداف الدراسة
- 4 المفاهيم الإجرائية
- 5 فرضيات الدراسة
- 6 الدراسات السابقة

## اشكالية الدراسة:

يعد القلق من الاضطرابات النفسية الكثيرة الانتشار في عصرنا الحديث وسمة بارزة من سماته، فالثورة العلمية الشاملة التي يمر بها عالم اليوم وما يرافقها من تطورات متسارعة وتعدد حضاري وتغيرات اجتماعية سريعة أدى إلى تعدد أدوار الفرد ومسؤولياته الحيوية وشيوعها وبالنتيجة زيادة مخاوفه وقلقه من حياة المستقبل. (العكايشي، 2000، ص 07).

ويعتبر القلق عائقاً يحول بين الإنسان وقدرته على إدارة تصرفاته إذ توضح الدراسات أن 25% من الأصحاء قد مروا بحالات من القلق في وقت ما من حياتهم ويصيب القلق والاكئاب من 2-4% من مجموع السكان، بل تؤكد البحوث المتقدمة ازدياد الاضطرابات النفسية والسلوكية وانتشارها يوماً بعد يوم والقلق من أكثر الحالات شيوعاً ويمثل من 30-40% من مجموع الاضطرابات النفسية وتتساوى كل الدول في المؤشرات الإحصائية إذ تظهر البيانات الحديثة أن 30% يعانون من أزمات واضطرابات نفسيه وأنه قد بلغت نسبة القلق 10-15% من مجموع المرضى المراجعين للعيادات الخارجية، 10% منهم داخل المستشفيات. (سليمان والخليفي، 2000، ص 229).

إذ أن المواقف المثيرة للقلق قد تتعلق بمواقف أدائية (كقلق الامتحان وقلق المنافسات الرياضية...إلخ) أو بمواقف مجهولة كقلق الموت أو المستقبل المجهول أو أشياء مرتقبة وشيكة الحدوث.

فكثرة التفكير في المستقبل عامل يسبب القلق لدى الفرد ويساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة وضغوط الحياة العصرية، وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده. (حنان لعنان، 2000، ص 120).

ويعد قلق المستقبل أو قلق من المستقبل أحد أنواع القلق، إذ هو حالة نفسية تنتاب جميع الأفراد بغض النظر عن جنسهم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي ينتمون إليه، كما أثبتت دراسة محمود عشري (2004)، قام الباحث بإجراء دراسة بعنوان قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية دراسة حضارية مقارنة بين طلاب بعض كليات التربية بمصر وسلطنة عمان، وأشارت النتائج إلى أن البيئة النفسية والاجتماعية

تأثيراتها على مستوى قلق المستقبل لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بمرض الذوحذ.

إن قلق الفرد من المستقبل الذي ينتظره يحجب الرؤيا الواضحة عن إمكانياته ويشل قدراته وبالتالي يعيق وضع أهداف واقعية تنفق مع طموحاته في تحقيق الأهداف المستقبلية التي ينشدها، والى تحقق له السعادة والرضا والأمن النفسي ويعتبر هذا الأخير (الأمن) من الحاجات الهامة لبناء الشخصية الإنسانية، حيث أن جذوره تمتد إلى الطفولة وتستمر حتى الشيخوخة عبر المراحل العمرية المختلفة، وأمن المرء يصبح مهددا إذا ما تعرض إلى ضغوط نفسية واجتماعية لا طاقة له بها في أي مرحلة من تلك المراحل، مما قد يؤدي إلى الاضطراب النفسي لذا فإن الأمن النفسي يعد من الحاجات ذات المرتبة العليا للإنسان لا يتحقق إلا بعد تحقق الحاجات الدنيا. (جبر، 1996، ص 80).

وتبدو أهمية الحاجة للأمن في تقسيم ماسلو للحاجات الإنسانية، حيث يضعها في المستوى الثاني من النموذج الهرمي للحاجات وهذا التقسيم يبدأ بالحاجات الفسيولوجية ثم حاجات الأمن، ثم الحاجة إلى الحب فالحاجة إلى الاحترام والتقدير فالحاجة إلى تقدير الذات، وتبعاً لنظام ماسلو (1970) للحاجات لا يستطيع الفرد الانتقال من مستوى إلى مستوى أرقى في الحاجات إلا بعد إشباع الحاجات الخاصة بالمستوى الذي يوجد فيه فيظهر تأثيرها في دافعية الفرد فينتقل إلى المستوى الأرقى للحاجات كما أكدت دراسة "الريحاني" (1985) والتي هدفت إلى التعرف على أثر نمط التنشئة الوالدية على الشعور بالأمن النفسي، وأظهرت النتائج أن المراهقين المنتمين لأسر ديمقراطية كانوا أكثر شعوراً بالأمن من أقرانهم المنتمين لأسر متسلطة وأن الإناث أكثر شعوراً بالأمن من الذكور، كما أن انعدام الشعور بالأمن يجعل الفرد يجب صعوبة في مواجهة الحياة بما فيها من مشكلات وصعوبات، حيث أنه في استجاباته للموقف الخارجي تتداخل مخاوفه وقلقه وأنواع الصراع الذي يعاني منه لبيب (1970-115).

توجد العديد من العوامل التي تؤثر على استقرار الأمن النفسي وقلق المستقبل لدى الأفراد وبالأخص ص الأمهات لكثرة الضغوط التي يتعرضن لها لوجود الأولاد وذلك راجع إلى الغريزة الموجودة فيهن (الأمهات) للقلق على مستقبل أولادهن، فقد أشارت دراسة "Meconachite Mitter" التي أجراها سنة (1983) إلى أنه من أهم الأهداف المضاعفة التي يؤثر على الأمهات وتجعلهن يشعرن بالتوتر والقلق والإحباط هو اضطراب بعض

الأمهات لترك أعمالهن بسبب الوقت الإضافي المطلوب منهن لرعاية الابن المعاق، وكون الطفل يعاني من مرض أو إعاقة معينة قد يجعل الأمر أكثر تعقيدا وقد يكون الطفل مصابا باضطراب من اضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد والذي يعتبر من أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا، إذ يتسم الطفل المصاب به بالانعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم وتتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها المعرفي، الاجتماعي، اللغوي والانفعالي، فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة بأكملها، كما يعتبر اضطرابا محيرا ومؤلما للعائلة يصعب عليهم فهمه. (طارق عامر، 2008، ص 04).

ومن كل ما سبق ذكره يمكن صياغة تساؤلات الدراسة فيما يلي:

### 1- التساؤل العام:

هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي أقسام التحضير لأطفال التوحد بالمسيلة؟

### 2- التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة؟
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟
- ✓ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة؟

**الفرضيات:****1- الفرضيات العامة:**

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد بالمركز النفسي البيداغوجي أقسام التضيق لأطفال التوحد بالمسيلة.

**2- الفرضيات الفرعية:**

- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة.

**أهمية الدراسة:**

تعتبر الدراسة الحالية إضافة للتراث النظري حول علاقة قلق المستقبل بالأمن النفسي لدى إحدى أهم شرائح المجتمع ألا وهي الأمهات وبالخصوص أمهات أطفال التوحد لما يعانونه من صعوبات ومشاكل تواجههن في التعامل اليومي مع أطفالهن، بالإضافة لما تعانيه هذه الشريحة من ضغوط ومخاوف اتجاه ما سيواجهه أولادهن في المستقبل، ورغم توفر الدراسات حول قلق المستقبل إلا أنها لم تتناول عينة أمهات أطفال التوحد خاصة على المستوى المحلي وهذا في حد علم الباحثة، بالإضافة إلا أن هذه الدراسة قد تفيد الطلبة والباحثين في المجال النفسي والإرشادي.



## أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التوصل للعديد من النتائج أهمها:

- 1- معرفة العلاقة بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد.
  - 2- التعرف على الفروق في مستوى قلق المستقبل الذي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
  - 3- التعرف على الفروق في مستوى قلق المستقبل الذي يعزى لمتغير الوظيفة.
  - 4- التعرف على الفروق في مستوى الأمن النفسي الذي يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
  - 5- التعرف على الفروق في مستوى الأمن النفسي الذي يعزى لمتغير الوظيفة.
- كما نسعى في الأخير لإنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي.

## المفاهيم الإجرائية: قلق المستقبل :

تعرف زينب محمود شقير (2005) قلق المستقبل على أنه حالة أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة، مع تشويبه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة مع تضخيم للسلبيات وددح الأيجابيات الخاصة بالذات والواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل.

### التعريف الإجرائي :

هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على مقياس قلق، المستقبل المستخدم في الدراسة والذي يقيس العوامل المتمثلة في الخوف من المشكلات المستقبلية والنظرة التشاؤمية للمستقبل والتفكير أو الانشغال الزائد به وقلق الموت الذي يمثل قلق المستقبل لدى الأمهات وهو ما يقيسه المقياس.

### الأمن النفسي :

هو شعور الفرد بأنه محبوب ومتقبل ومقدر من الآخرين وندرة شعوره بالخطر والتهديد والقلق، وإدراكه أن الآخرين ذوي الأهمية النفسية في حياته (خاصة الوالدين) مستجيبون لحاجاته ومتواجدون معه بدنياه نفسيا لرعايته وحمايته ومساندته عند الأزمات. (العنزي، 2005، ص 66).

### الأمن النفسي إجرائيا:

ويحدد بدلالة الدرجة الكلية التي يحل عليها على مقياس الأمن النفسي التي تم استخدامه في الدراسة الحالية.

## الدراسات السابقة:

من خلال اطلاعنا لم نتحصل على دراسات مشابهة لموضوع بحثنا لذا ارتأينا أن نخصص بعض الدراسات الخاصة بقلق المستقبل والأمن النفسي كل على حدى:

### الدراسات المرتبطة بقلق المستقبل:

#### الدراسات العربية:

دراسة وفاء محمد احمدان القاوي (2009):

هدفت هذه الدراسة للتعرف على قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة وتأثير بعض المتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، وجود أبناء أم لا، مكان البتر، سبب البتر ومدة الإصابة)، حيث أجريت على عينة عشوائية من حالات البتر قوامها (250) فردا، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي وفي المعالجة الإحصائية استخدمت عدد من المقاييس وهي (التكرارات والنسب المئوية، وتحليل التباين، المتوسطات الحسابية معامل الارتباط بيرسون T.Test واختبار وسبيرمان براون، والتجزئة النصفية ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ)

وقد بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وصورة الجسم لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تعزى لمتغير الجنس (ذكر- أنثى) لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة)

دراسة مسعود (2006): [بعض المتغيرات المرتبطة بقلق المستقبل لدى عينة من المراهقين] هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق المستقبل والأفكار اللاعقلانية والاضغوط النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (599) طالبا و طالبة من طلاب المدارس الثانوية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة ودالة إحصائية بين قلق المستقبل وكل من الأفكار واللاعقلانية والاضغوط النفسية.

دراسة أبو العلا (2010): (قلق المستقبل وهوية الأنا)

هدفت الدراسة التعرف على الفروق بين طلاب الجامعة وفق متغيرات (الجنس، التخصيص الدراسي) والتعرف إلى العلاقة بين المستقبل وهوية الأنا لدى عينة من الطلاب الجامعيين وتوصلت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل وهوية الأنا، كما بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طلاب الجامعة من الجنسين في قلق المستقبل لصالح عينة الإناث.

المشيخي (2009): (قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات و مستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات مستوى الطموح التي أجراها على عينة من طلاب جامعة الطائف وعددهم (720) طالبا منهم (400) من مكان كلية العلوم (320) طالبا من طلاب كلية الآداب واستخدم في الدراسة مقياس قلق المستقبل من إعداد الباحث ومقياس فاعلية الذات إعداد المعدل 20 ومقياس مستوى الطموح، إعداد معوض وعبد العظيم 2005، حيث دلت ابرز النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين قلق المستقبل و مستوى الطموح، في حين وجدت علاقة موجبة بين فاعلية الذات و مستوى الطموح لصالح منخفضي الطموح، وكذلك وجود فروق بين متوسطات درجات طلاب كليتي الآداب و العلوم تبعا للتخصص والسنة الدراسية لصالح طلاب كلية العلوم.

دراسة حسانين (2000):

قلق المستقبل وقلق الامتحان في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الصف الثاني الثانوي وهدفت الدراسة إلى محاولة معرفة طبيعة العلاقة بين قلق المستقبل وكل من متغيرات الواقعية للإنجاز ومستوى الطموح ومفهوم الذات لدى طلاب وطالبات الصف الثاني الثانوي.

تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل وقلق الامتحان، الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث وأيضا التحقق من مدى إمكانية التنبؤ لقلق المستقبل وقلق الامتحان في ضوء كل من متغيرات الدافعية لإنجاز ومستوى الطموح ومفهوم الذات وبلغ عدد أفراد العينة (300) طالب في الصف الثاني الثانوي وطبق عليهم مقياس قلق المستقبل إعداد زاليسكي ومقياس قلق الاختبار إعداد سبيلبرجر ومقياس الدافعية للإنجاز إعداد

هرمانز ومقياس مستوى الطموح إعداد كاميليا عبد الفتاح وكشفت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سالبة بين قلق المستقبل وبين الدافعية للإنجاز ومستوى الطموح ووجود علاقة ايجابية بين قلق المستقبل وقلق الاختبار.

## الدراسات المحلية:

### دراسة مصطفى دريزي (2015):

قلق المستقبل و علاقته بأزمة الهوية لدى المراهق الأصم، و هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل و أزمة الهوية لدى المراهق الأصم والعلاقة بين قلق المستقبل في أبعاده الشخصي، الاجتماعي، المدرسي وأزمة الهوية، واعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي المناسب لطبيعة الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من 34 تلميذ و تلميذة و اعتمدت على العينة القصدية أو العمدية و استخدمت مقياس قلق المستقبل ومقياس أزمة الهوية، وتوصلت إلى إن العلاقة بين قلق المستقبل و أزمة الهوية لدى المراهقين الأصم غير دالة إحصائياً، و إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل تعزى لمتغير الجنس، والى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أزمة الهوية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

## الدراسات المرتبطة بالأمن النفسي:

دراسة وفاء حسن على خويطر(2010):الأمن النفسي و الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية و علاقتها ببعض المتغيرات،هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الأمن النفسي و الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية يتأثر ببعض المتغيرات (الحالة الاجتماعية، نمط السكن المؤهل التعليمي، العمل، عدد الأبناء).

أجريت على عينة قوامها (237) و تم استخدام استمارة جمع المعلومات و اختبار الأمن النفسي، و اختبار الوحدة النفسية كما استخدمت الباحثة عدة اساليب احصائية للحصول على نتائج الدراسة مثل اختبار(ف) لمعرفة الفروق بين متغيرين، وقد بينت نتائج أن هناك فروقا لها دلالة إحصائية في مستوى الأمن النفسي فيما يتعلق بمتغير الحالة الاجتماعية.

كذلك بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية يبين من يسكن مع أهل الزوج أو مع أهل الزوجة بالنسبة لأبعاد الأمن النفسي والفروق كانت لصالح من يسكن مع أهل الزوج أكثر شعورا بالأمن النفسي.

دراسة انتصار يوسف الفراعنة (1995): سعت هذه الدراسة إلى معرفة الشعور بالأمن النفسي لدى طلبة المدارس الثانوية، و معرفة درجات الشعور بالأمن النفسي وفقا لاختلاف عدد من المتغيرات كعمل الم و الجنس و عدد أفراد الأسرة و دخل الأسرة الشهري و المستوى التعليمي للم، و تكونت عينة الدراسة من (1242) طالب و طالبة من طلبة المدارس الثانوية الحكومية التابعة لمديريات التربية والتعليم لمنطقة الريحاش، وعجلون بالأردن واستخدمت الدراسة مقياس ماسلو للشعور بالأمن النفسي والمعرب من قبل (دواني وديواني، 1983) وتوصلت النتائج إلى أن درجات الشعور بالأمن النفسي لدى الأمهات العاملات أعلى وبدلالية إحصائية منه لدى أبناء الأمهات غير العاملات، أما بالنسبة لمتغير الجنس فقد أظهرت النتائج أن الشعور بالأمن النفسي لدى الذكور أعلى وبدلالية إحصائية منه لدى الإناث.

#### دراسة سعد (1998):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الأمن النفسي والتفوق التحصيلي، وقد أجريت على عينة قوامها (39) طالب متفوق، و (44) طالبة متفوقة بنسبة 53% من عدد المتفوقين والمتفوقات بجامعة دمشق، و (80) طالب غير متفوق، و (92) طالبة غير متفوقة بنسبة 3% من الطلبة بكليات العلوم الطبية، والهندسية، والتطبيقية، والعلوم الانسانية بجامعة دمشق، واستخدم الباحث اختبار ماسلو للشعور بالأمن وعدمه أداة للدراسة والذي قام بتعريبه بنفسه، كما استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار "ت".

أظهرت نتائج الدراسة: أن هناك ارتباط جوهري بين مستوى الأمن النفسي والتفوق التحصيلي وأن الفروق في مستويات الأمن النفسي بين المتفوقين وغير المتفوقين حسب التخصص والجنس ضعيفة لا يمكن الأخذ بدلالاتها.

دراسة جبر (1996): هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الأمن النفسي و بعض المتغيرات الديمغرافية (كالجنس، المرحلة العمرية، الحالة الزوجية والمستويات التعليمية)، وأجريت على عينة قوامها (342) فردا تتراوح أعمارهم بين (59-17) سنة من المتزوجين و العزابو (224 ذكورا و 118 اناث) من مستويات تعليمية و اجتماعية و اقتصادية مختلفة تم اختيارهم عشوائيا ، واستخدم الباحث لاختبار الأمن النفسي وعدم الأمن ، كما استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية (المتوسط الحسابي الانحراف المعياري تحليل التباين الاحادي، اختبار-ت- لحساب الفروق ، وقد اظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة جوهرية في امن النفسي بين الذكور و الاناث، وان مستوى الامن النفسي يرتفع بتقدم العمر/ و يرتفع جوهريا بين المتزوجين و غير المتزوجين لصالح المتزوجين ، وارتفاع امن النفسي ارتفاعا جوهريا بازدياد المستوى التعليمي أي إن المتعلمين أكثر أمنا من غير المتعلمين.

### التعقيب عن الدراسات السابقة:

من خلال استعراضنا للدراسات السابقة نجد أن هناك تنوع في أهدافها و منهجيتها و أدواتها و نتائجها ومدى علاقتها بالدراسة الحالية، وهدفت إلى تكوين رؤية واضحة عن التراكم المعرفي وإلقاء الضوء على موقع الدراسة الحالية و إمكانية الاستفادة من هذه البحوث في تحديد الأدوات المستخدمة فيها، والاستفادة من الأخطاء و المشكلات التي تعرض لها الآخريين و النجاح الذي توصلوا إليه، و الاستفادة من النتائج المستخلصة من هذه الدراسات بحيث يمكن لنا البدء من حيث انتهى الآخريين، ولقد قامت الباحثة بالاطلاع على عدد كبير من الدراسات و البحوث السابقة التي تطرقت إلى موضوعات الدراسة (قلق المستقبل، الأمن النفسي) ولقد وجدت الباحثة على حد علمها بأنه لم يتم التطرق إلى هذه الموضوعات بطريقة كافية، وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الموضوع يعتبر جديدا و خاصة لأنه طبق على أمهات التوحد حيث لاحظت الباحثة ندرة هذه الدراسات.

من خلال عرضنا للدراسات توصلنا إلى أنها تتشابه مع دراستنا الحالية في تناول متغيري قلق المستقبل و الأمن النفسي، إذ لا نجد دراسة مطابقة تماما لموضوع الدراسة الحالية من حيث العينة الحالية في جميع خصائصها و الهدف ، أدوات الدراسة والمنهج إذ تختلف أهدافها مع دراستنا الحالية كدراسة (جبر 1996) ودراسة وفاء حسن علي خويطر (2010) و دراسة انتصار يوسف الفراعنة (1995) و سعد (1998) ودراسة مسعود

(2006) ودراسة أبو العلا (2010) ودراسة المشيخي (2009) ودراسة حسانين (2000) ودراسة مصطفى (2014) ودراسة وفاء محمد القاضي (2009).

أما بالنسبة للعيضة فقد جاءت عينة الدراسات السابقة مختلفة عن عينة الدراسة الحالية فمنهم من تناول عينة الطلاب كدراسة انتصار (1995) ودراسة المشيخي (2009)، حسانين (2000) ودراسة أبو العلا (2010) ودراسة سعد (1998)، المتغيرات الديمغرافية مثل دراسة جبر (1996) و المراهقين في دراسة مسعود (2006)، حالات البتر في دراسة وفاء محمد القاضي (2009).

وبالنسبة للمنهج فاتفقت الدراسة الحالية مع دراسة حسن علي خويطر (2009)، دراسة حسانين (2000) ودراسة المشيخي (2009) ودراسة مسعود (2006) ودراسة وفاء محمد القاضي (2009)، أما بالنسبة لأدوات الدراسة فقد تنوعت إذ استخدمت الدراسات السابقة أدوات مختلفة عن دراستنا إلا دراسة وفاء حسن علي خويطر (2010)، دراسة جبر (1996) ودراسة وفاء محمد القاضي (2009) ودراسة سعد (1998) التي تناولت المتوسط الحسابي واختبار (t) ومعامل بيرسون مثل دراستنا، ومن حيث النتائج نجد ان الدراسة الحالية اتفقت مع دراسة مصطفى (2015) التي توصلت الى ان العلاقة بين قلق المستقبل و أزمة الهوية لدى المراهقين الصم غير دالة إحصائياً، كما اختلفت مع بعض الدراسات مثل دراسة علي خويطر (2010) والتي على إن هناك فروقا لها دلالة إحصائية في مستوى الأمن النفسي لمتغير الحالة الاجتماعية، كما اختلفت مع دراسة سعد (1998) التي توصلت إلى إن هناك ارتباط جوهري بين مستوى الأمن النفسي و التدصيل الدراسي.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

□

# الفصل الأول

تمهيد

## 1 القلق

- 61 مفهوم القلق
- 71 النظريات المفسرة للقلق
- 81 أسباب القلق
- 91 أعراض القلق
- 101 أنواع القلق

## 2 قلق المستقبل

- 12 مفهوم قلق المستقبل
- 22 مظاهر قلق المستقبل
- 32 أسباب قلق المستقبل
- 42 سمات ذوي قلق المستقبل
- 52 طرق التعامل مع قلق المستقبل

خلاصة

## تمهيد :

يعتبر الخوف والقلق من المستقبل سمة من سمات هذا العصر فالتطور والتقدم الحضاري والتكنولوجي، والتغيرات السريعة المتلاحقة المختلفة الاجتماعية، الثقافية، السياسية، الاقتصادية... إلخ ساهمت في جعل الإنسان يقف حائرا قلقا وسط هذه الموجة الحضارية يبحث عن الطمأنينة سكينه النفس، فلا يجدها ويسعى جاهدا إلى تحقيق هدفه في الحياة مع صعوبة وجود الإمكانيات والظروف المناسبة لتحقيق ذلك مما يترتب عليه كثير من ضروب الضيق والاضطراب الذي يقلل من كفاءته بل يزيد من حدة القلق والشعور بالتهديد بالخطر من المستقبل لذلك يعتبر القلق من المستقبل نوعا من أنواع القلق الذي يشكل خطرا على صحة الأفراد و دافعيتهم للإنجاز، وقد يكون هذا القلق ذا درجة عالية فيؤدي إلى اختلال في توازن الفرد مما يكون له أكبر الأثر على الفرد سواء على الناحية العقلية أو الجسمية أو السلوكية.



## 1 القلق :

## 1.1 مفرمه :

لقد تعددت تعريفات القلق وتنوعت تبعا لاختلاف الاتجاهات النظرية للعلماء، فبعض التعريفات تؤكد على الأعراض الفسيولوجية والنفسية للقلق وبعضها الآخر يؤكد على القلق باستجابة للخطر والتهديد، إذ ترى أن القلق هو استجابة انفعالية تشبه الخوف في كثير من أعراضه ولكنه يتميز بأنه خوف من مجهول ولا أساس له في الواقع.

ومن التعريفات التي تركز أيضا على القلق باستجابة للخطر والتهديد تعريف أحمد عبد الخالق (1994) القلق بأنه شعور بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع الشعور بالتوتر وخوف لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا أو مواقف تصعب مواجهتها (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 14).

وهو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرا من الضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومضطربا، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا ويفقد القدرة على التركيز. (فاروق السيد عثمان 2001، ص 18)

القلق حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدهده وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فسيولوجية، ولما كان الخوف كذلك حالة نفسية توجد عند الفرد عندما يتهدهده خطر ما وكان ينطوي أيضا على توتر انفعالي واضطرابات فسيولوجية فلا بد إذن من التمييز بين الحالتين. (صالح حسن احمد الداھري، 2005، ص 326)

والقلق هو انفعال مركب من الخوف وتوقع الخطر والعقاب، وبعبارة أخرى فهو الخوف من الخطر المحتمل غير المؤكد الوقوع فيه، كخوف الطالب من نتيجة الامتحان أو خوف المريض من الموت ... وقد يكون بمثابة الخوف المعتقل محبوس الانفعال المؤلم

الذي نشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئاً أمام موقف مخيف يهددنا بالخطر.(عبد الرحمن الوافي، 2009، ص 251).

يعرفه علماء النفس حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال محاولات الفرد لتحقيق التوافق نتيجة عوامل الكبت والإحباط والصراع.(نبيلة عباس الشوربجي 2003، ص 20).

هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها غامض وأعراض نفسية جسيمة، ويكون المريض وكأن لسان حاله يكون شاعر بمصيبة قادمة، ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً، وهذا هو ما يعرف باسم "عصاب القلق" أو القلق العصابي أو رد فعل القلق وهو أشيع حالات العصاب. ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر.(حامد عبد السلام زهران 2005، ص 484).

هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها. فالقلق يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، وتتضمن حالة القلق شعوراً بالضيق وانشغال الفرد وترقب الشر وعدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع.(مصطفى نوري و خليل المعايطه، 2007، ص 225).

القلق حالة خوف من أشياء غير معروفة، بينما يمكن للفرد تحديد مصادر خوفه.(يوسف قطامي وعبد الرحمن عدس، 2005، ص 416).  
القلق مفهوم رئيس في علم النفس المرضي والطب النفسي أنه العرض الرئيسي الدال على الاضطراب العصابي، وهو أحد المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي كما وضعه فرويد.(عبد الغفار عبد الحكيم، ص 211).

وترى الباحثة بأنه بالرغم من اختلاف الباحثين في تعريف القلق وتنوع تفسيراتهم له إلا أنهم اتفقوا على أن القلق هو نقطة بداية اضطرابات سلوكية وله تأثير على صحة الفرد وإنتاجيته.

## 2.1 النظريات الفسرة للقلق :

## أولاً: النظرية البيولوجية:

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي ومن ثمة تزيد نسبة الأدرينالين والنوادرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم وجحوظ في العينين، أما ظواهر الجهاز الباراسمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.

كما تلعب الوراثة دوراً هاماً في اضطراب القلق، فكثيراً ما نلاحظ أن والدي المريض وأحياناً أقاربه الآخرين يعانون من نفس القلق. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 25).

## ثانياً: القلق في التحليل النفسي:

أ- القلق عند فرويد: هو استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد تكون مصحوبة باستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبي المستقل ويعتبر فرويد أن القلق هو نتاج صراع بين حفزات الهو والقيود المفروضة عليها بواسطة الأنا والأنا الأعلى، فالقلق عنده هو إشارة إنذار للأنا حتى تتخذ أساليب دفاعية ضد ما يهددها وغالباً ما يكون المهدد لها هو رغبات وحفزات مكبوتة سواء كانت عدوانية أو جنسية ومن ثمة يتعين على الأنا أن تقوم بنشاط يدفع عنها ما يهددها ويتراكم القلق حتى تقع الأنا صريعة للانهايار، فالأنا في التحليل النفسي تعتبر هي المستقر الوحيد للقلق وهي المنظمة الوحيدة من المنظمات النفسية (الهو - الأنا - الأنا الأعلى) التي تشعر به وتولده، ولقد ميز التحليل النفسي بين نوعين من القلق وهما قلق انغمار أي أن القلق هو رد فعل من جانب الأنا يستنفذ طاقة المواجهة أو يعبئ الطاقة للمواجهة فقلق الإنذار يهياً لاستجابة المواجهة، بينما يستنفذ قلق الانغمار طاقة الاستجابة وهذا القلق كرد فعل من الأنا ينذر إما بخطر خارجي (قلق سوي) أو بخطر داخلي (طفح المكبوتات) من جانب الهو (قلق عصابي) أو بخطر داخلي من جانب الأنا العليا (قلق خلقي في صورة إثم أو اشمئزاز أو خزي) وتلك هي أنواع القلق.

وعلى ذلك فالطبقية الثلاثية للقلق تكون كالآتي:

- 1- صدمة - ذعر (قلق آلي غير نوعي). (نفس المرجع، 2007، ص 26).
- 2- خطر - ذعر في خدمة الأنا تستحدثه في صورة هيئة كإشارة إنذار استنهاضا للدفاع.
- 3- ذعر إذ تفشل الأنا في المواجهة فيحدث الانغمار بالذعر أي نكوص إلى الحالة رقم (01) نوبة قلق في هستيريا القلق.

وعلى هذا الأساس فإن القلق عند فرويد عبارة عن إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد شخصية وهذا يعني أن حفزات الهو (الحفزات الغريزية) تقترب من منطقة الشعور وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات التي تمكنت الأنا بالتعاون مع الأنا الأعلى على كبتها فالقلق هو إشارة إنذار أو ناقوس خطر يتطلب من الأنا والأنا الأعلى أن تستنهض لتتخذ الاحتياطات لمواجهة الحفزة، وإذا نجحت المكبوتات في اختراق الدفاعات تكون الاضطرابات النفسية ومنها القلق.

ولقد رأى فرويد في نظريته الأولى عن القلق أنه ينتج عن حفزة غريزية جنسية مكبوتة وأن عدم إشباع هذه الحفزة يجعلها تتحول إلى قلق، أما في النظرية الثانية يرى أن القلق ما هو إلا رد فعل لخطر غريزي داخلي وتشير سامية القطان (1980) إلى أن القلق من حيث هو إشارة إنذار بخطر لا يشير دائما في نفس الخطر فهو خوف من الانغمار ثم فقدان حب الوالدين ثم من الخساء عند الولد أو من فقدان الحب عند البنات وبعد ذلك خوف من فقدان تقدير الأنا العليا في مرحلة الكمون وهو خوف من ضياع انتظام الأنا بالانغمار، أما بالنسبة للقلق العصابي فيشير صلاح مخيمر (1979) إلى أن الخوف من الحفزة الغريزية الخطرة هو المنطلق فإن بقي على هذا الحال فهو عصاب القلق بمعنى الطاقة المتبقية "كخميرة" بعد كبت الصراع أي كبت الحفزة، وتعتبر هستيريا مرادفة لعصاب القلق. (نفس المرجع، 2007، ص 27).

ب- القلق عند الفرويديين الجدد: يختلف أدلر Adler عن فرويد في أنه اعتبر أن العدوانية والدافع إلى التفوق هما الأساس بدلا من الجنسية وكذلك مشاعر الدونية سواء البدنية أو النفسية بدلا من القلق وأسلوب الحياة بدلا من مكانزمات الدفاع، وعلى هذا فإن

أدلى لم يتناول مشكلة القلق بهذا المسمى وإنما يتبين من كتاباته أن فكرة الشعور بالنقص عنده تتضمن معنى القلق، فلقد اعتبر أدلى أن الشعور بالنقص هو الدافع الأساسي للأمراض العصابية وأن هذا الشعور ينشأ لدى الطفل الصغير إذ يشعر عادة بضعفه وعجزه ونقصه بالنسبة إلى أشقائه الكبار ووالديه وما إلى ذلك.

وتعجل هورني Horney (1973) من مفهوم القلق الأساسي المحور الرئيسي لنظريتها في تفسير العصاب وتعتبر أن القلق ينشأ من المؤثرات الاجتماعية في عملية نمو الطفل أكثر من أن ينشأ من الصراع بين الحفزات الغريزية والأنا العليا، ويتولد القلق الأساسي في البداية كما ترى من أي موقف اجتماعي يستثير الخوف لدى الطفل.

وتبين هورني نشأة القلق بشيء من التفصيل إذ ترى أن القلق الأساسي لدى الطفل يتولد نتيجة انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وأنواع التربية الخاطئة والتنافس والتعقيد الموجود في البيئة الثقافية وتشير أيضا إلى هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية يمكن للفرد أن يتحرك وفقها، فقد يتحرك نحو الناس أو ضدهم أو بعيدا عنهم في حين يتحرك نحو الناس فإنه يتقبل عجزه ويحاول كسب حبهم والاعتماد عليهم لكي يشعر بالأمن، وحين يتحرك بعيدا عن الناس فإنه لا يريد أن ينتمي للآخرين ولا أن يعاديه بل يريد أن يكون بعيدا عنهم لأنهم لا يفهمونه ويبنى لنفسه عالما خاصا به عن طريق أحلام اليقظة أو الانهماك في أية هواية.

ويمكن توضيح هذه الاتجاهات الرئيسية وأنماط التفاعل مع الآخرين كما ذهبت

إليه هورني على النحو التالي:

1- الاتجاه نحو الآخرين وهي تعني الحاجة للحب والتقبل والعطف خاصة نحو شخص آخر كصديق أو امرأة تحقق له بعض توقعاته وآماله في الحياة وتتحمل المسؤولية معه في الخير والشر فهو في حاجة إلى أن يحب ويرغب فيه الآخرين وأن يشعر بالتقبل وأنه فرد مهم في نظر الآخرين.

2- الاتجاه ضد الآخرين، حيث يشعر الفرد أنه يعيش في عالم شعاره البقاء للأقوى وأن القوى يمكنه أن يبديد الضعيف ولهذا فهو في حاجة إلى أن يتفوق على الآخرين وأن يحصل على النجاح تلوى النجاح ولديه حاجة قوية إلى أن يدمر الغير ويستخدمهم

في تحقيق أغراضه وفي كل موقف يتعامل مع الغير يضع لنفسه السؤال التالي: ما الذي أستطيع أن أحصل عليه في هذه الحالة؟.

3- الاتجاه بعيدا عن الآخرين فهو لا يريد أن يتعلق بأي شخص إن كان أو بشيء مهم حتى لا يصبح عبدا له كما أن لديه حاجة شديدة إلى الخلوة والوحدة فهو في حاجة إلى الاعتماد على النفس وتجنب أي ارتباط مع الغير وهكذا فقد جعلت هورني من مفهوم القلق الأساسي محورا رئيسيا في تفسير العصاب النفسي.

وتعقب هورني على ذلك بأن كل اتجاه من هذه الاتجاهات الثلاث يتضمن عنصرا من عناصر القلق وهذه العناصر هي الشعور بالعجز في الاتجاه الأول و الشعور بالعداء في الاتجاه الثاني والشعور بالعزلة في الاتجاه الثالث وتشير كذلك إلى أن الفرد في أي موقف يواجهه تكون هذه الاتجاهات الثلاث موجودة معا في آن واحد والذي يظهر منها هو الاتجاه السائد فقط، بينما تعمل الاتجاهات الأخرى في الخفاء.

أما القلق من منظور يونج Young فيشير مصطفى فهمي (1967) إلى أن يونج لم يتعرض لدراسة مشكلة القلق بشكل مستقل وإنما يتضح من ثنايا كتاباته أنه كان ينظر إلى القلق باعتباره رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، أي أن القلق وفقا لوجهة نظره هو خوف من سيطرة المحتويات غير المعقولة للاشعور الجمعي والتي لا زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، إذ أن ظهور هذه المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده، ويقصد بمفهوم اللاشعور الجمعي عنده هو أحد الجوانب الأكثر كمونا في الشخصية والذي يتكون من ذكريات كامنة مورثة من الماضي السالف للإنسان والذي يتضمن التاريخ السلالي للنوع الإنساني ويتضمن كذلك السلف الحيواني للنشوء النوعي.

وبالنسبة لأوتورانك Autorank فإن صدمت الميلاد هي المشكلة الرئيسية للفرد عنه فهي المسؤولة عن حدوث القلق لديه ذلك القلق الذي ينشأ عن الانفصال عن رحم الأم ولقد أطلق أوتورانك على ذلك القلق الذي تثيره صدمة الميلاد إسم القلق الأولي، واعتبر أن قلق الميلاد هو المصدر الذي تنشأ عنه حالات القلق اللاحقة، إذ اعتبرها تفريغا لشحنة انفعال القلق الأولي، فكما اعتبر رانك أن الانفصال عن الأم هو الصدمة الأولى التي يتعرض لها الطفل، فإنه اعتبر كذلك أن جميع حالات الانفصال

اللاحقة تكون مثيرة للصدمة ومن ثم باعثة للقلق، فالفطام مثلا يتضمن انفصال الطفل عن ثدي الأم وهو يسبب صدمة للطفل لأنه شبيه بحالة الانفصال الأولى، وذهاب الطفل إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن المنزل وهكذا يكون القلق هو الخوف الذي تتضمنه تلك الانفصالات المختلفة.

أما سوليفان Sullivan فهو يركز على مفهوم العلاقات البينشخصية فالذات عند الطفل تتكون في البداية من الاستحسانات المنعكسة بمعنى أن مشاعره واتجاهات نحو ذاته إنما هي انعكاس لمشاعر واتجاهات الآخرين نحوهم، ويفسر سوليفان انعكاس قلق الوالدين على الطفل في ضوء مفهوم الإمباتية الذي يعتبره وسيط الاتصال الأساسي بين الطفل ووالده والذي من خلاله ينتقل قلق الوالدين أو أحدهما إلى الطفل وعلى هذا الأساس إن الأم القلقة أو العدوانية كثيرا ما ينشأ أبنائها كذلك ويتسمون بالنزعة إلى العدوان والقلق وتصبح دينامية الذات لديهم تنوء من ذلك العبء الثقيل الذي يحمله الطفل هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن حالات الاستحسان والتقبل التي يخبرها الطفل من والديه تقابلها حالات من الانتعاش لدى الطفل ومن خلال تلك العلاقة الوجدانية التي تربط الطفل بأمه يكون أمام الطفل نموذجان لأمه نموذج الأم الطيبة ونموذج الأم السيئة ويرتبط نموذج الأم الطيبة بتخفيف التوترات من خلال إشباع الحاجات المتكررة لدى الطفل، أما نموذج الأم السيئة فيرتبط بتقبل الطفل لبعض إحباطات الأم الناتجة عن عدم إشباع رغباته ويكون ذلك مصحوبا بدرجة شديدة من القلق ويضيف سوليفان أنه إذا لم يتم إشباع حاجة الطفل للعطف والحنان بسبب تقلبات الوالدين الانفعالية فإن ذلك قد يؤثر تأثيرا سيئا على شخصيته وعندئذ يرتبط الشعور بالحاجة للعطف والحنان مع الشعور بالإحباط مما يؤدي إلى الشعور بالقلق. (نفس المرجع، 2007، ص 32).

### ثالثاً: القلق في السلوكية:

أ- السلوكية التقليدية: لا يستخدم السلوكيون مفاهيم التحليل النفسي، فقد رفضوها صراحة من قبيل الهو والأنا والأنا الأعلى، فالشخصية في نظرهم عبارة عن تنظيم من عادات معينة يكتبها الفرد في أثناء نموه، ولكن على الرغم من الاختلافات بينهم إلا أنهم يشتركان في أن القلق يرتبط بماضي الإنسان وما واجهه من خبرات فهما يتفقان على أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد وأن الاختلاف بينهما يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج عن مجال إدراك الفرد أي أن الفرد يكون غير واعياً بما يثير قلقه، فالقلق في السلوكية يظل مرتبطاً بالصراع لا يختلف في ذلك كثيراً عن التحرير النفسي غير أن الصراع في السلوكية يكون شعورياً بينما الصراع في التحليل النفسي يكون صراعاً لا شعورياً.

ولقد ميز دولارد وميللر Dollard & Miller بين ثلاثة أنواع من الصراع وهما صراع (إقدام-إقدام) وصراع (إحجام-إحجام) وصراع (إقدام-إحجام) ويعتبر النوع الأول والثاني أكثر سهولة في الحل، حيث يمكن للفرد أن يرجح أحد البديلين أكثر من الآخر أما النوع الثالث فيستعصي على الحل، و من هنا تكون محاولات الفرد لخفض التوتر الناجم عن هذا الصراع و يشير أيضاً إلى أن الاستجابة للقلق ليست واحدة عند كل الأفراد بل توجد فروق فردية بينهم، وبذلك نجد أن الصراع الانفعالي هو أساس الاضطرابات السلوكية عند دولارد وميللر وأن الصراع متعلم شأنه بذلك شأن الخوف والقلق ويتم هذا التعلم في الطفولة المبكرة ويكتسب الطفل الصراع من والديه وذلك نتيجة أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة وكذلك فإن الإحباط يؤدي إلى إثارة الاستجابات الانفعالية المختلفة كاستجابة القلق والخوف، وعليه فإن وجود إحباط متكرر ومستمر يظهر القلق لدى الطفل أو يؤدي به إلى انخفاض في تقدير الذات، مما يترتب عليه ظهور القلق عنده.

فالقلق في السلوكية التقليدية هو سلوك يتعلمه الفرد كأى سلوك آخر وهو عبارة عن استجابة شرطية خاطئة تكونت بفعل الارتباط الشرطي الخاطئ وبالتالي يمكن علاجه عن طريق فك هذا الارتباط الشرطي الخاطئ وإعادة التشريط من جديد في شكله الصحيح. (نفس المرجع، 2007، ص 33).

ب- القلق في السلوكية الحديثة (تعديل السلوك): يتناول السلوكيون الجدد القلق باعتباره استجابة متعلمة فهم لا يركزون على الصراعات الداخلية كما يرى الفرويدون.

ويعرف ولبى Wolpe (1958) القلق على أنه طراز من الاستجابة الأوتونومية التي تمثل جانبا من استجابة الكائن الحي للاستثارة المزعجة، فالمثيرات التي كانت من قبل عاجزة عن إبتعاث القلق يمكن أن تكتسب القدرة على إبتعاثه إذا ما أتته لها أن تؤثر على الأورجانيزم (الكيان العضوي) في الوقت الذي يكون فيه القلق مبتعثا أصلا لديه نتيجة لمثيرات أخرى، وليست المثيرات الواضحة هي وحدها التي تحدد تشريط استجابات القلق، بل أيضا من القلق الطليق- الهائم أو القلق المنتشر وحيث أن كل خاصية من الخصائص البيئية تدخل في الخبرات الممكنة للفرد فإنه متى ارتبطت إحدى هذه الخصائص البيئية باستجابات القلق فإن المريض يغدو بشكل دائم وبصورة واضحة وبدون سبب، أي يعاني من القلق المنتشر أي أن القلق المنتشر وفقا لولبي ينشأ كنتيجة لمخاوف تشريطية لمثير منتشر، فالشخص الذي يعيش تجربة نفور شديد من الظلام يصبح ذلك مشروطا لديه بحيث يخاف الأشياء المظلمة والكئيبة، بل وكثيرا ما يشعل بحالة قلق إذا كان على مقربة من ظل من الظلام.

وعلى هذا يؤكد ولبى أن السلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم، فحين تظهر المثيرات الشرطية التي ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة فإن حدوث الاستجابة الطبيعية يؤدي إلى كف القلق، وكلما زاد عدد مرات الاستجابة الطبيعية مع وجود القلق المضاد ضعف القلق بالتدريج لدرجة أن المثيرات التي كانت تحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل محلها الاستجابة الطبيعية مقترنة بكف القلق وبذلك صاغ ولبى مبدأ العام وهو ما يعرف بالكف بالنقيض أو المتبادل والذي يعتمد في جوهره على فكرة مفادها أننا إذا استطعنا أن نحدث استجابة مضادة للقلق في حضور المثيرات الباعثة على القلق فإن الاستجابات المضادة تعمل على انطفاء القلق ومنعه من الظهور.(علاء الدين كفاي، 1990، ص 272).

**رابعاً: القلق في التيار الإنساني:**

يرى أصحاب المنحى الوجودي أن القلق هو الخوف من المستقبل ما قد يحمله المستقبل من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانية الفرد، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث وليس من ماضي الفرد ما في التحليل النفسي ويذهب أصحاب هذا المنحى كذلك إلى القول بأن الخوف من الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان ويضيفون أن الإنسان يعيش في هذه الحياة ويواجه الكثير من المواقف التي تثير قلقه فقد يكون خوف الفرد من الفشل في تحقيق حياة كاملة مثيراً للقلق، حيث يعتبر الفشل في تحقيق مثل هذه الحياة مظهراً من مظاهر اللاوجود وفي ضوء ذلك يعتبر فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختيار أسلوب حياته وفشله في إيجاد معنى لحياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في الوصول إلى الحياة المرغوبة يعتبر كل ذلك مثيراً للقلق لدى الإنسان. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 36).

**خامساً: النظرية المعرفية:**

جاء المعرفيون بنقله جديدة في ميدان العلاج النفسي، على عكس المدارس العلاجية الأخرى، حيث أن أصحاب الاتجاه المعرفي لا يختلفون كثيراً فيما بينهم، بل يمكن ببساطة استنتاج أن جهود كل منهم جاءت مكتملة لجهود الآخرين.

ويعتبر "إليس و ثورن ووليم سون وباتر سون" هم من أهم من قدموا تصوراً خاصاً حول النظرية المعرفية في العلاج النفسي، ورغم أن أغلب هؤلاء قد خرجوا من تحت عباءة التحليل النفسي، إلا أنهم لا يولون للأحداث الماضية في حياة المريض نفس الدرجة من الأهمية كما هو عند التحليليين، ويبدو أن ذلك بعد اتفاق قل ضمناً مع السلوكيين الذين يرفعون شعار "لا مرض وراء عرض" وربما هذا السبب استقادة المعرفيون من كثير من الفنيات السلوكية، حتى أصبح هناك ما يعرف بالاتجاه السلوكي المعرفي. (إبراهيم، 1994، ص 93).

وترى هذه النظرية بأن سبب القلق عائد إلى مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد واعتباره مسبقاً بأنماط من التفكير الخاطئ والتشويهات المعرفية وبالتالي سوء تفسير من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية ومثال ذلك زيادة على أنها أزمة قلبية، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة الإحسان بالأمراض السلبية. (أبو سليمان، 2007، ص 08).

كما بينت الدراسات الحديثة لعلماء النفس، أن تأثير مثل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير والأساليب الفسيولوجية تعتمد اعتمادا كبيرا في تحقيق نجاحها على عوامل معرفية مثل: توقع مكاتب علاجية، المعلومات التي يحصلها المريض، عن مواقف الخوف والقلق والاكئاب والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه المريض نحو العلاج النفسي بشكل عام، ولما كان السلوك والانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض فإن التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضا من حيث المعقولة واللامعقولة (عزابة، 2003، ص 143)، وربما لذلك نجد كل من باترسن ولندون يتبنيان وجهة النظر القائلة بأن الاضطرابات النفسية عادة ما يصاحبها أفكار أو مدركات خاطئة تتعلق بمصدر وأثر السلوك المرضي، ويمكن لهذه الأفكار أن تغير السلوك، كما أنه ليس من الضروب دائما قرن السلوك بالتعزيز، وأن التعليمات والإشارات المسبقة تكفي لوحدها أن تؤدي إلى شيء من التغيير في سلوك المريض، كما أنه يمكن لها أن تقوي الدافع إلى التغيير الذي ينشأ عن إعادة البناء الفكري للموقف لدى المريض.

فالمريض عندما يحصل على معلومات حول نفسه تكون هي تلك البداية الحقيقية لعلاجها، فيجب أن نعرف دائما متى يجب أن نخف في حدة الأفكار والمشاعر المخيفة التي تنهض المعرفة، تلك المشاعر والأفكار التي ينتهجها العقل الذي لا يسلك على نحو سليم. (دافيد، 1997، ص 72).

ويرى بيك Beck أن انتباه المريض يكون مركزا على المثيرات المرتبطة بالخطر، عاجزا عن الانتقال بأفكاره إلى موضوعات أخرى بسبب المبالغة في توقع الخطر.

فالمخاوف المرتبطة بالقلق تبدو معقولة إلى المريض الذي يسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي تعبر عن نفسها فيما يلي:

- 1- تكرار التفكير المتصل بالخطر.
- 2- انخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعلق في الأفكار المخيفة وتقويمها بموضوعية.
- 3- تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أي مثير أو موقف قد يدرك على أنه مهدد.

فالأشياء التي يغزو إليها الناس أهمية خاصة بالنسبة لهم تشكل ممتلكاتهم الشخصية أو مجالات نفوذهم وسيادتهم، وفي منطقة المركز منها يقع مفهوم الذات، وطبيعة الاستجابة الانفعالية لشخص أو اضطرابه الانفعالي تعتمد على ما إذا كان يدرك الأحداث على أنها إضافة أو نقص أو تهديد أو إعاقة لمجال الملكية أو السيادة أو النفوذ الشخصي. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 38).

### **أسباب القلق :**

اختلفت نظريات علم النفس في تحديد الأسباب المؤدية للقلق، ذلك لأن كل نظرية قامت بدراسة القلق ووجهة مختلفة عن الأخرى ويمكن اختصار أسباب القلق فيما يلي:

#### **العوامل الوراثية:**

إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة سبب القلق في التوائم المتطابقة والتوائم المتأخية ومن دراسة التوائم وهي بعيدة عن بعضها، تبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الاثنين، فكل ذلك يدل على وجود درجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، قد تحل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن هذا البناء الوراثي لا ينفي أو يقلل من شأن العوامل المحيطة والنفسية العديدة. (فخري الدباغ، 1983، ص 96-97).

#### **العوامل النفسية:**

إن إثبات الفرد لذاته داخل بيئته يشعره بالتهديد الداخلي والخارجي فأتناء حله لمشاكله يشعر بالتوتر الشديد والتعرض للأزمات والصدمات النفسية والإحباطات التي تنشأ من أسباب متعددة، اجتماعية، اقتصادية. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 188).

ويرى "أدلر" أن القلق ترجع نشأته إلى الطفولة الأولى، حيث يشعر المريض بالقصور الذي يشعره بالنقص وعدم الشعور بالأمان، وهنا ينشأ الصراع بين محاولات الإنسان الحصول على التفوق وشعوره بالدونية مما يدفعه للبعد عن الناس، وقد أوضع "أدلر" أيضا أن أنواع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته أيام الطفولة لها تركيز في نشأة القلق. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 133).

العوامل الشخصية:

يمكن أن تلعب الشخصية دوراً هاماً حيث لاحظ الباحثون أن الأفراد الذين لا يظهرون الكثير من التقدير وذوي مهارات التكيف الضعيفة يظهرون أعراض القلق الكثير من غيرهم، بالإضافة إلى ذلك قد تؤثر التجارب الحياتية في حساسية الفرد لتعرض للقلق. (سعد رياض، 2005، ص 204).

العوامل الاجتماعية:

قد ينتج هذا القلق من مواقف الحياة التي تلعب البيئة دوراً هاماً في حدوثه وكذا تفهمه مثل مواقف الحياة الضاغطة التي تميزها في نوعين:

- الضغوط المباشرة التي تسبب الأشياء كالتي تختل في البيئة.
- الضغوط الغير مباشرة التي تربط بالصراع بين قوتين متعارضتين.
- الضغوط الثقافية والبيئية الحديثة والمطالب المدنية المتغيرة والبيئية القلقة المشبعة بعوامل الخوف والضغط والوحدة و الحرمان وعدم الأمان والتنشئة الأسرية والاجتماعية، مثل التسلط والقسوة والحماية الزائدة. (معصومة سهيل المطيري، ص 280-281).

3.1 أعراض القلق :

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى أربعة فئات هي: الأعراض الجسمية، الأعراض النفسية، الاجتماعية والأعراض المعرفية وفيما يلي عرض أهم هذه الأعراض:

الأعراض الجسمية: شحوب الوجه، واتساع حدقة العين وتعابير الخوف على الوجه وبرودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس والشعور بالاختناق، جفاف الحلق، وصعوبة البلع، وعسر الهضم، وآلام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة و الشعور بالانتفاخ، وكثرة الغازات و صعوبة التبول، ومن الأعراض الجسمية للقلق أيضا الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللازمات العصبية مثل، اختلاج الفم، مص الإبهام وقضم الأظافر، ورمش العينين. (العناني، 2000، ص 114).

**الأعراض النفسية:** الشعور بالخوف، وعدم الراحة الداخلية، وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتيت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز والنسيان وكذلك الأرق، وعدم القدرة على النوم والتوتر أو التهيج العصبي وهذا يجعل الفرد حساس جدا لأي ضوضاء، والشعور بالاختناق، والأحلام والكوابيس المزعجة، وسيطرة مشاعر الاكتئاب. (أبو عزب، 2008، ص 29).

**الأعراض الاجتماعية:** سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ مع الميل الشديد لنقد الذات ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله، كما يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية. (إبراهيم، 1994، ص 24).

**الأعراض المعرفية:** وتتضمن مجموعة من الخصائص المعرفية كالاتي:

- أ- التطرق في الأحكام، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص المتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا يجلب له التعاسة والقلق.
- ب- كذلك ميل العصائبيين إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من أجل التفكير.
- ج- يبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدل من الانفعالات.
- د- وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك. (إبراهيم، مرجع سابق، 1994، ص 25).

## 4.1 أنواع القلق : يصنف القلق إلى:

**القلق الموضوعي العادي:** (خارجي المنشأ)، حيث يكون هذا القلق خارجياً موجوداً فعلياً ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو قد يطلق عليه القلق الدافع القلق الصحيح أو القلق السري أو القلق الإيجابي وذلك لارتباط هذا النوع من القلق بموضوع حقيقي يحمل مخاط حقيقتية، ولذا يكون القلق في هذه الحالة هو رد فعل مبرر لموضوع خارجي، بحيث يهياً الفرد نفسه للتعامل مع هذا الموضوع وتجنب مخاطره. (ميشال دبانية، 1984، ص 181).

**القلق العصابي أو المرضي:** (داخل المنشأ)، وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب به علته و كل ما هنالك انه يشعر بحالة من الخوف الغامض بدون مبرر موضوعي لذلك فهو قلق مرضي ويسمى أحياناً الهائم الطليق بالقلق الذي يتمثل في الشعور بعدم الارتياح وترقب المصائب، وهذا الشعور مستمر ودائم لدى الفرد. (فايد، 2003، ص 49).

وقد قام سيجموند فرويد بتصنيف القلق إلى:

أ- (قلق واقعي) وهو يشير إلى القلق الناشئ عن الخبرة الانفعالية المؤلمة والتي تنشأ عن إدراك الشخص لخطر خارجي كان يتوقعه.

ب- (قلق عصابي) وهو يعبر عن القلق الذي يكون مصدره مجهولاً ولا يعرف له سبباً.

**قلق خلقي:** وهو نوع من الخوف الموضوعي، حيث أنه يرتبط بموضوع محدد المعالم، إلا أنه ليس خارجي المصدر بل يكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساس الأنا بالذنب أو الخجل الناتجين عن تهديد الهو، وذلك في تلك الحالات المتعلقة بالضمير أو القيم والتقاليد الأخلاقية أو ذات الطابع العقائدي. (زينب محمود الشقير، 2003، ص 328).

## 2 قلق المستقبل :

يمثل قلق المستقبل أحد أنواع القلق التي تشكل خطورة في حياة الفرد والتي تمثل خوفاً من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضاً يعيشها الفرد تجعله يشعر بعدم الاستقرار، وتسبب لديه هذه الحالة شيئاً من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير مثل الاكتئاب أو اضطراب نفسي عصبي خطير وإن إصابة الفرد أو ذويه بأي إعاقة أو صدمة يجعله يدرك الأحداث المؤلمة مع صعوبة المواءمة مع هذه المدركات، مما يؤدي إلى تزايد القلق لديه ويزيد من النظرة التشاؤمية للحاضر والمستقبل، ويشعر بالخوف من الموت والخوف من مواجهة الحياة المستقبلية بشكل إيجابي و سوي الأمر الذي يسبب له حالة من عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على مواجهة المستقبل والخوف والذعر الشديد من التغييرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل مع التوقعات السلبية لكل ما يحملها المستقبل. (شقيير، 2005، ص 50).

### 12 مفرجه :

تشير شقيير إلى أن قلق المستقبل "هو خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، مع تضخيم للسلبيات ودحض الايجابيات الخاصة بالذات و الواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، وتؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، وقلق التفكير بالمستقبل والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس. (نفس المرجع، 2005، ص 51).

ويشير معوض بأنه القلق الناتج عن التفكير في المستقبل والشخص الذي يعاني من قلق المستقبل هو الشخص الذي يعاني من التشاؤم من المستقبل والاكتئاب والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس، كما أنه يتميز بحالة من السلبية والانطوائية والخزن والشك والتشتت والنكوص وعدم الشعور بالأمن. (معوض عبد التواب، 1996، ص 68).

وترى سلوى عبد الباقي أن قلق المستقبل مزيج من الرعب والأمل بالنسبة للمستقبل والاكْتئاب والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس بصورة غير معقولة. (سلوى عبد الباقي، 1993، ص 171).

أما في تعريف لـ العوادي، هو انفعال مركب من الخوف اللامنطقي الناتج عن توقع التهديد واحتمال حدوث خطر على الإنسان نفسه أو لغيره من الناس أو لممتلكاته. (العوادي قاسم هادي، 1992، ص 150).

ويعرف قلق المستقبل بأنه حالة من التحسس الذاتي يدركها الفرد على شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح من توقع وشيك لحدوث الضرر والسوء. (كمال علي، 1988، ص 150).

وفي تعريف لعبد الخالق هو: انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس دائم بالتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا بالخوف من المستقبل. (عبد الخالق أحمد خيرى، 1989، ص 177).

وفي تعريف حسن (1999) بأن استشارة متمثلة بالتوجس والخوف والتوتر مما تخفيه الأيام المقبلة التي ستعمد إلى تغيير أهداف الفرد الحياتية. (محمود شمال حسن، 1999، ص 70).

العكايشي (2000)، بأنه حالة من التحسس الذاتي وحاجة يدركها الفرد وتشغل تفكيره على شكل شعور بالضيق والتوتر والخوف الدائم وعدم الارتياح تجاه الموضوعات التي يتوقع حدوثها مستقبلا. (العكايشي، 2000، ص 13).

وتعرف ناهد سعود قلق المستقبل بأنه جزء من القلق العام المعمم على المستقبل يمتلك جذوره من الواقع الراهن، ويتمثل في مجموعة من البنئ كالتشاؤم أو إدراك العجز في تحقيق الأهداف الهامة وفقدان السيطرة على الحاضر وعدم التأكد من المستقبل ولا يتضح إلا ضمن إطار فهمنا للقلق العام. (ناهد سعود شريف، 2005، ص 632).

بينما يرى البلكيلاني أنه اضطراب نفسي سببه حالة خوف من المستقبل لأسباب قد تكون واضحة أو مجهولة تجعل الشخص في حالة سلبية تشعره بالتوتر أو العجز عن مواجهة المواقف وتحدياتها. (بلكيلاني إبراهيم، 2008، ص 27).

## 2.2 مظاهر قلق المستقبل: نلق المستقبل ثلاثة مظاهر هي:

### أ- مظاهر معرفية:

هي حالة من القلق تتعلق بالأفكار التي تدور في خلجات الشخص وتفكيره وتكون متذبذبة لتجعل منه متشائم من الحياة معتقداً قرب أجله، وأن الحياة أصبحت نهايتها وشيكة، أو التخوف من فقدان السيطرة على وظائفه الجسدية أو العقلية.

### ب- مظاهر سلوكية:

مظاهر نابغة من أعماق الفرد تتخذ أشكالاً مختلفة تتمثل في سلوك الفرد، مثل تجنب المواقف المحرجة للشخص وكذلك المواقف المثيرة للقلق.

### ج- مظاهر جسدية:

ويمكن ملاحظة ذلك من خلال ما يظهر على الفرد من ردود أفعال بيولوجية وفسولوجية مثل ضيق التنفس، جفاف الحلق، برودة الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، إغماء، توتر عضلي، عسر الهضم فالقلق لا يجعل الفرد يفقد اتصاله بالواقع بل يمكنه ممارسة أنشطته اليومية وداركا عدم منطقية تصرفاته، أما في الحالات الحادة فإن الفرد يقضي معظم وقته للتغلب على مخاوفه ولكن دون فائدة. (الداهري صالح حسن، 2005، ص 327-328).

ويرى عاطف مسعد الحسيني (2011) أن مظاهر قلق المستقبل:

- 1- الانطواء وظهور علامات الحزن والشك والتردد والبكاء لأسباب تافهة.
- 2- التشاؤم لأن الخائف من المستقبل لا يتوقع إلا الشر ويهيئ له الأخطار المحدقة به.
- 3- صلابة الرأي والتعنت.
- 4- الخوف من التغييرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.
- 5- استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين مستقبل الفرد الخاص.
- 6- الحفاظ على الطرق الروتينية والطرق المستهلكة مع مواقف الحياة.
- 7- الانسحاب من أنشطة البناء.

8- عدم القدرة على مواجهة المستقبل.

9- عدم الثقة بالنفس أو الآخرين.

10- الخائف من المستقبل يعبر عن خوفه من المستقبل بالرجوع إلى مرحلة

سابقة من مراحل النمو أي يتسم بالنكوص والتثبيت ولذلك نشاهد

الكبار يظهرهم بمظاهر الأطفال في الانفعال.

11- الهروب الواضح من كل ما هو واقع ويصاب بصفة الكذب و يكذب

في الأفعال ويتضح في كل حركاته في مواقفه ويحاول دائما مع

حقيقة أمره. (عاطف مسعد الحسيني، 2011، ص 43-44).

### 32 أسباب قلق المستقبل :

يعتبر قلق المستقبل هو قلق ناتج عن التفكير اللاعقلاني في المستقبل والخوف من

الأحداث السيئة المتوقع حدوثها، والشعور بالارتباك والضيق والغموض، وتوقع السوء أي

النظرة السلبية للحياة. (عبد المحسن، 2007، ص 120).

وتشير. (العجمي نجلاء، 2004). إلى أن أسباب قلق المستقبل لدى الفرد تعود إلى:

✍ ضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات.

✍ الاحساس بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام.

✍ عدم قدرته على فصل أمانيه عن طريق التوقعات المبنية على الواقع.

✍ نقص القدرة على التكهن بالمستقبل وعدم وجود معلومات كافية لديه لبناء الأفكار

عن المستقبل وكذلك تشوه الأفكار الحالية.

✍ الشعور بعدم الانتماء داخل الأسرة والمجتمع.

✍ عدم قدرته على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها.

✍ الشعور بعد الأمان والإحساس بالتمزق.

✍ مشكلة في كلا من الوالدين والقائمين على رعايته وعدم قدرتهم على حل مشاكله.

✍ التفكك الأسري.

وترى سعود بأن القلق المستقبل يتمثل في مجموعة من البنى كالتشاؤم أو إدراك

العجز في تحقيق الأهداف العامة وفقدان السيطرة على الحاضر وعدم التأكد من المستقبل

(سعود، 2005، ص 75).

## 42 سمات ذوي قلق المستقبل:

يشير (حسانين أحمد حميدان، 2000) إلى مجموعة من السمات التي يتسم بها الأشخاص ذوي قلق المستقبل من أهمها ما يلي:

- 1- التشاؤم وذلك لأن الخائف من المستقبل لا يتوقع إلا الشر ويهيأ له أن الأخطار تحقق به.
- 2- استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين مستقبل الأفراد الخاص.
- 3- الانسحاب من أنشطة البناء ودون المخاطرة.
- 4- عدم الثقة في أحد مما يوحي إلى الاصطدام بالآخرين.
- 5- اتخاذ إجراءات وقائية من أجل الحفاظ على الوضع الراهن بدلاً من المخاطر من أجل زيادة الفرص في المستقبل.
- 6- استخدام آليات دفاعية ذاتية مثل الإزاحة والكبت من أجل التقليل من شأن الحالة السلبية.
- 7- التركيز الشديد على أحداث الوقت الحاضر والهروب نحو الماضي.
- 8- الانطواء وظهور علامات الحزن والشك والتردد.
- 9- الخوف من التغييرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل.
- 10- صلابة الرأي والتعنت وظهور الانفعالات لأدنى الأسباب.
- 11- الحفاظ على الظروف الروتينية والطرق المعروفة في التعامل مع مواقف الحياة.
- 12- الانتظار السلبي لما قد يقع.

وأوضحت الدراسة. (معوض عبد التواب، 1996) أن الشخص ذو قلق المستقبل

يتسم بـ:

- 1- لا يمكن تحقيق ذاته.
- 2- ولا يمكنه أن يبدع.
- 3- الشعور بالعجز
- 4- ويتميز بحالة من السلبية والعجز.
- 5- نقص القدرة على مواجهة المستقبل.
- 6- الشعور بالنقص ونقص الشعور بالأمان.

وأشارت دراسة (إيمان صبري، 2003) إلى أن قرار ذوي قلق المستقبل يعانون من ضعف ثقة الشخص في قدرته وإرجاع ما يحدث له من مواقف غير سارة إلى عوامل خارجية أشارت دراسة (سناء سعود، 2006) أن صفات الفرد القلق من المستقبل أنه لا يثق بأحدهم يؤدي به الاصطدام بالآخرين وأنه يستخدم آليات دفاعية ذاتية كالإزاحة والكسب والإسقاط من أجل التقليل من حالات السلبية. (المشيخي، 2009، ص 55).

## 52 طرق التعامل مع قلق المستقبل:

إنه من الطبيعي أن قلق المستقبل له أثر الكبير على صحة الفرد وإنتاجيته كما آتاه من الأضرار على الصعيد النفسي والجسمي وهذا الأمر يستدعي المواجهة والمعالجة لذلك لا بد من إيجاد أساليب تهدف إلى التخلص من هذا القلق والحد منه. (المرجع السابق، 2009، ص 57)، لذلك فقد أشار، (القصري يوسف، 2002) إلى أن هناك عدة طرق لمواجهة الخوف والقلق من المستقبل باستخدام فنيات العلاج السلوكي التي يمكن عرضها كما يلي:

### الطريقة الأولى: إزالة الحساسية المسببة للمخاوف بطريقة منتظمة.

وهي أولى العلاج السلوكي الهام فلو أن إنسانا يخاف من شيء ما يقول أنه سيحدث ولو حدث سيؤدي إلى آثار وخيمة، فليخيل هذا الشيء الذي يخشاه قد حدث فعلا، ثم يقوم باسترخاء عميق لعضلاته بطريقة فعالة من خلال علاج القلق بالاسترخاء، لأنه ثبت أن أغلب المصابين بالقلق والخوف من المستقبل يعجزون عن الاسترخاء بطريقة فعالة، بل يكونون بحاجة لساعات طويلة من التدريب حتى يتمكنوا من إخضاع عضلاتهم للاسترخاء العميق، وبعد الاسترخاء العميق يلزم استحضار صورة بصرية حية للمخاوف التي تقلق الفرد من المستقبل والاحتفاظ بهذه الصورة لمدة 15 ثانية فقط. وتكرير ما سبق عدة مرات مؤكدا مواجهة تلك المخاوف حتى لو حدثت إلى أن يتمكن الفرد من تخيل الأشياء التي كانت تثير خوفه وقلقه دون أن يشعر بالقلق.

وهكذا يمكن القول أن طريقة إزالة الحساسية المنتظمة في التخلص من القلق إنما هي وسيلة تركز على المواجهة التدريجية لتلك المخاوف يصحبها استرخاء عميق للعضلات وتكون المواجهة أولا من الخيال حتى إذا تمت إزالة تلك المخاوف تماما في الخيال فإنه يمكن بعد ذلك مواجهتها على أرض الواقع إذا حدثت.

### الطريقة الثانية: الإغراق.

وهي أسلوب مواجهة فعلية للمخاوف في الخيال دون الاستعانة باسترخاء العضلات، فالإنسان المصاب بالقلق والخوف من المستقبل يجب أن يتخيل الحد الأقصى من المخاوف أمامه، ويتخيل أن تلك المخاوف بعدها الأقصى قد حدثت فعلا، ويكرر التخيل المبالغ فيه للمخاوف فترات طويلة حتى يتكيف معها تماما، ويستمر هذا التصور إلى أن يشعر أن تكرار مشاهدة الحد الأقصى من المخاوف أمام عينه أصبح لا يثيره ولا يقلقه لأنه اعتاد على تصوره، وهكذا نجد أن الشخص بهذا الأسلوب قد تعلم ذهنيا كيف يواجه أسوأ تقديرات الخوف والقلق، ويتعامل معها في خياله، ويكون مؤهلا لمواجهةها في الواقع لو حدثت.

### الطريقة الثالثة: طريقة إعادة التنظيم المعرفي.

وهذه الطريقة العلمية تمت متابعتها وحقت نجاحات كثيرة، بعد أن لوحظ أن الذين يعانون من القلق من المستقبل يشغلون أنفسهم دائما في التفكير السلبي مما يؤدي على حالة القلق والخوف، وعلى هذا الأساس فإن هذه الطريقة قائمة على استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية، فعند التفكير السلبي في الأشياء التي تثير القلق والخوف يتم التفكير بعد ذلك مباشرة في عكس ذلك أي في توقع الإيجابيات بدل السلبيات، وهذه الإعادة في تنظيم التفكير واستحضار النتائج الإيجابية المتوقعة لتحل محل النتائج السلبية المقلقة هي التنظيم المعرفي للشخص السوي الذي لا بد له أن يتوقع النجاح تماما كما يتوقع الفشل، فالهدف الأساسي من طريقة إعادة التنظيم المعرفي هو تعديل أنماط التفكير السلبي وإحلال الأفكار الإيجابية المتفائلة مكانها، ولو حاولنا الحصول على نتائج إيجابية في التخلص من القلق والخوف من المستقبل باستخدام هذه الطريقة وحدها فلا بد أن نعلم أنها بطيئة إلى حد ما ، وتحتاج إلى فترة زمنية قد تطول إلى أن ينتهي الإنسان من التغلب على مخاوفه تماما.

ولعل أفضل الطرق الثلاثة السابقة الذكر والتي يستجيب لها الكثيرون هي طريقة التدرج البطيء المتأني التي يصابها الاسترخاء، لأن التدريب على الاسترخاء يساعد في زيادة اكتساب الإنسان الشعور بالسيطرة على ذاته والهدوء أثناء مواجهة الأخطار، فهذه الطريقة ليست مجرد خيال فقط إنما فائدتها تكمن في إزالة الخوف من العقول بالتدرج، أما بالنسبة للإنسان الشجاع صاحب الإرادة القوية فإن المواجهة المباشرة على أرض

الواقع هي أسرع سبيل للقضاء على القلق والخوف من المستقبل.(الأقصري، 2002، ص 164،161).

ويرى المشيخي أن بسلطان الإرادة والثقة بالنفس وبالقدرة على التحكم في الانفعالات والتفكير بهدوء وموضوعية وبإدراك الفرد لحدود قدراته وطاقاته والقدرة على تغيير سلبيات ذاته ومواجهة الأفكار والمعتقدات الخاطئة وباستخدام المنطق والتحليل الذاتي وتفهم حقيقة المخاوف وأسبابها يمكن القضاء على الخوف والقلق من المستقبل، فالخوف من المستقبل يجعل الفرد يضع أهدافا كبيرة جدا ثم يصعب عليه تحقيقها والنتيجة قلق مزمن وتعاسة دائمة بسبب الإخفاق المستمر لأن كل هدف غير محقق سيمثل إخفاقا، فمشكلة معظم الذين يعانون من القلق والخوف من المستقبل أنهم غير قادرين على وضع أهداف واقعية لتوجيه حياتهم، فهم يسعون دائما لتحقيق أهداف عالية جدا فينتهي بهم الأمر إلى الهزيمة والإخفاق، لذلك من الأفضل أن يضع المرء هدفا جيدا وواقعا لنفسه وفقا لقدراته وإمكاناته، فبتحقيقه لذلك الهدف يشعر بالإنجاز وبتحقيق الذات فيزول عنه الخوف والقلق من المستقبل.(المشيخي، 2009، ص 59-62).

وترى الباحثة أن الإيمان بالله والرضا بالقضاء والقدر والقدرة على التحكم في الانفعالات والتفكير بطريقة واضحة وهادئة ووضع أهداف واقعية ومواجهة الأفكار والمعتقدات الخاطئة واستخدام المنطق والوقوف على حقيقة المخاوف وأسبابها كلها، وسائل كفيلة بالقضاء على المستقبل.

## خلاصة

وفي الأخير و خلاصة لما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستنتج أن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة ولا عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله وكذلك الموقف والأحداث و التفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الهائم الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي.

# الفصل الثاني

تمهيد

- 1 مفهوم الأمن النفسي
- 2 خصائص الأمن النفسي
- 3 النظريات المفسرة للأمن النفس
- 4 العوامل المؤثرة في الأمن النفسي
- 5 أبعاد الأمن النفسي

خلاصة



## تمهيد :

يعتبر الأمن ضالة البشر ومفهوم أساسي من مقومات الحياة وبدون الأمن لا طعم للحياة، فالأمن والطمأنينة هي من المقومات الأساسية والهامة في حياة كل فرد منذ بدء الخليقة وحيثما وجد الأمن وجد الاستقرار، فالحضارة الإنسانية وتقدم الشعوب والمجتمعات لا يتم إذا ما كان الأمن مفقود وفي هرمية ماسلو يأتي الأمن في قاعدة الهرم مباشرة بعد الحاجات الفسيولوجية، ففي المجتمعات التي تشهد كوارث وحروب وصراعات داخلية أو خارجية ترى حركة نزوح وفرار للأفراد طلباً للأمن والنجاة من المخاطر التي تهدد حياة الفرد.

ويعتبر الأمن مطلب ضروري للبشر فلا طعم للحياة بدون أمن وراحة بال وطمأنينة ومنذ أن وجد الإنسان وهو يبحث عن الأمن خلال سعيه لتحقيق حاجاته ومواجهة التحديات الكثيرة التي تواجهه.

## 1 مفهوم الأمن النفسي :

يعتبر الأمن في أساسه النفسي هو الشعور الهدوء والطمأنينة وبعد عن القلق والاضطراب، وهو شعور ضروري لحياة الفرد والمجتمع ومن أهم أسبابه اطمئنان المرء على نفسه وماله وإحساسه العطف والمودة ممن يحيطون به.(الربيع، 1996، ص 2).

وقد ذكر المفكرون والدارسون في تعريف الأمن النفسي تعريفات متعددة حسب الزاوية التي ينظر من خلالها كل منهم، يستعرض الباحث أهم هذه التعريفات.

ماسلو (Maslow) من أوائل من تعرضوا لمفهوم الأمن النفسي عن طريق البحوث الاكاديمية، حيث عرف الأمن النفسي بأنه شعور الفرد بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين ، وله مكان بينهم، يدرك أو بيئته صديقه ودروه غير محبط، يشعر فيها بندرة الخطر والتهديد والقلق.(العيسوي، 1978، ص 3).

ويؤكد ماسلو 1970 أهمية الحاجة إلى الأمن النفسي من خلال نظريته في الدافعية التي تقوم على أساس أن الحاجة لا تتساوى في أهميتها وفي قوتها الدافعة وفي إلحاحها طلبا للإشباع.

ويرى ماسلو أن الحاجة إلى الأمن و الانتماء والمحبة حاجات أساسية يعتبر إشباعها مطلباً رئيسياً لتوافق الفرد، بينما يشكل عدم إشباعها مصدراً لقلق وشعوره بعدم الأمن. (الخليل، 1990م).

وقد قسم الحاجات في شكل هرمي إلى خمس مجموعات (شكل رقم 1)



شكل رقم (1) التقسيم الهرمي للحاجات عند ماسلو

حيث تمثل الحاجات الفسيولوجية قاعدة الهرم لأنها ضرورية ضرورة بيولوجية أي أنها لازمة لبقاء الكائن الحي على قيد الحياة، ويعلو هذا المستوى مستوى آخر يمثل الحاجة إلى الأمن والطمأنينة، وتمثل هذه الحاجة عند ماسلو، الحاجة الأساسية التي يلزم إشباعها حتى يستطيع الفرد أن ينمو نمو نفسيا سليما، وعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجته إلى الأمن فإنه يسعى إلى تحقيق الحاجات الأخرى التي تلي الحاجة إلى الأمن النفسي وتعلوها في الترتيب الهرمي وتتمثل في الحاجة إلى الإنجاز والحب ثم الحاجة إلى تقدير الذات وأعلى مستوى هو الحاجة إلى تحقيق الذات. (حسين، 1987).

هذا ويؤكد جونسون ورفاقه أن الأساس الذي يقوم عليه فهم شخصية الفرد يكمن في تقدير مصادر الدافعية التي تقف وراء سلوكه الظاهر وأن هذا الأساس في دراسة حاجات الفرد والقوى الحقيقية التي تقف وراء استمرار عجلة السلوك البشري ومن أبرز هذه الحاجات وأهمها، الحاجة إلى الشعور بالأمن والطمأنينة ولا يمكن فهم حاجة الفرد إلى الشعور بالأمن كحاجة أساسية مستقلة بمعزل عن بقية الحاجات، حيث تعتبر عاملا أساسيا تنطوي عليه جميع أشكال السلوك، فحين تشرع حاجة الفرد المرتبطة بأن ظرف من الظروف فإنه يشعر عادة بالأمن والطمأنينة فيما يرتبط بذلك الظرف أو الخبرة. (الشرعة، 1988).

ويذكر عثمان فراج أن انعدام الشعور بالأمن يجعل الفرد يجد صعوبة في مواجهة الحياة فيها من مشكلات وصعوبات، حيث أنه في استجابته للموقف الخارجي تتداخل مخاوفه وقلقه وأنواع الصراع الذي يعاني منه. (فراج، 1980).

ويعرف عبد الرحمن العيسوي الأمن النفسي بخلو الفرد من التوترات والتأزمات ولا يعاني من الصراعات و الآلام النفسية وأن يكون خاليا من الانفعالات العنيفة والحادة وأن يكون واثقا من نفسه راضيا عنها. (العيسوي، 1985م، ص 193).

وعرف عبد الخالق الأمن النفسي بأنه التحرر من الخوف أيا كان مصدر هذا الخوف ويشعر الإنسان بالأمن متى ما كان مطمئنا على صحته وعمله وأولاده و مستقبله وحقوقه ومركزه الاجتماعي، فإن حدث ما يهدد هذه الأشياء أو حتى توقع الفرد هذا التهديد، فإنه يفقد شعوره بالأمن، والشعور بالأمن شرط ضروري من شروط الصحة النفسية، كما أن فقدان هذا الشعور هو العدو الأول لكل سلام نفسي و صمود أمام الشدائد. (عبد الخالق، 1983، ص 248).

كما يعرف (عبد السلام، 1990م)، الأمن النفسي على أنه شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه وأنهم يعاملونه بشفقة، وشعوره بالانتماء إلى الجماعة وأن له دوراً فيها، وإحساسه بالسلامة، وندرة شعوره بالخطر والتهديد والقلق. (الجميل، 2001، ص 18).

كما أشار صالح بن إبراهيم الصنيع "أنه يمكن أن نعرف الأمن النفسي أنه سكون النفس وطمأنينتها عند تعرضها لأزمة تحمل في ثناياها خطر من الأخطار، وكذلك شعور الفرد بالحماية من التعرض للأخطار الاجتماعية والاقتصادية والعسكرية المحيطة به. (الصنيع، 1995، ص 70).

عرفه زهران بأنه الطمأنينة النفسية أو الانفعالية وهو الأمن الشخصي أو أمن كل فرد على حدا، وهو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضموناً وغير معرض للخطر وهو محرك الفرد لتحقيق أمنه وترتبط الحاجة إلى الأمن ارتباطاً وثيقاً بغريزة المحافظة على البقاء. (زهران، 1989، ص 296).

أما دسوقي فيعرفه بقوله: كون المرء آمناً، أي سالماً من تهديد أخطار العيش أو ما عنده قيمة كبيرة، وهو اتجاه مركب من تملك النفس والثقة بالذات والتيقن من أن المرء ينتمي لجماعات إنسانية لها قيمتها ويرى أن الأمن: حالة يحس فيها الفرد بالسلامة والأمن وعدم التخوف، ويكون فيها إشباع الحاجات وإرضاءها مكفولان، وهو اتجاه مركب من تملك النفس بالثقة بالذات والتيقن من أن المرء ينتمي إلى جماعات إنسانية لها قيمة. (دسوقي، 1990، ص 329).

ويعرف الكناني الأمن النفسي بأنه مقدار ما يحتاج إليه الفرد من حماية لنفسه، ووقايتها من الظروف التي تشكل خطراً عليه مثل التقلبات المناخية، الطبيعية، الأوبئة، الأمراض، الحروب، عدم الاستقرار السياسي، الاقتصادي والاجتماعي، والتقليل من المرتفع المصاحب للمستقبل المجهول سواء فيما يتعلق بدراسته، أو عمله أو مأكله أو ملبسه. (الكناني، 1988، ص 93).

ويرى جبر أن الإحساس بالأمن النفسي مرتبط بالحالة البدنية أو العلاقات الاجتماعية للفرد، وكذلك مدى إشباع الدوافع الأولية والثانوية وقد صنف الأمن النفسي في مكونين، أحدهما داخلي يتمثل في عملية التوافق النفسي مع الذات والآخر خارجي يظهر في عملية التكيف الاجتماعي مع الآخرين والتفاعل معهم بعيداً عن العزلة والوحدة التي تخل بالتوازن النفسي للشباب والمراهقين وتؤثر على مستوى توافقهم الاجتماعي. (جبر، 1996، ص 80).

## خصائص الأمن النفسي :

إن الشعور بالأمن النفسي ينشأ وينمو مع الفرد على أساس الإشباع النسبي للحاجات حسب ترتيبها في هدم ماسلو للحاجات ويتأثر من مصادر الإشباع المختلفة والعوامل المحيطة فهي متداخلة، فلا بد بينها حدود فاصلة وذات تأثير متباين وقوي من حيث المقدار والنوع في مراحل العمر المختلفة، كما تشكل ثقافة المجتمع الإطار الذي يحيط بجميع المصادر والعوامل السابقة فهي تترك بصماتها ضمن هذا الإطار.

خصائص الأمن النفسي استناداً كما أشار إليها. (زهرا، 1989، ص 299، 300)، وهناك خصائص للأمن النفسي أظهرتها نتائج عينة من البحوث والدراسات وهي على النحو التالي:

- يتحدد الأمن النفسي بعملية التنشئة الاجتماعية وأساليبها من تسامح، عقاب وتسلط وديمقراطية وتقبل ورفض وحب وكراهية ويرتبط بالتفاعل الاجتماعي والخبرات والمواقف الاجتماعية في بيئة آمنة غير مهددة.
- يؤثر الأمن النفسي ايجابياً على التحصيل الدراسي وفي الانجاز بصفة عامة.
- المتعلمون والمتقنون أكثر أمناً من الجهلة والأميين.
- الذين يعملون بالسياسة يشعرون بالأمن النفسي أكثر من الذين لا يعملون بها.
- شعور الوالدين بالأمن النفسي مرتبط بوجود الأولاد.
- الآمنون نفسياً أعلى في الابتكار من غير الأمنيين.
- عدم الأمن يرتبط موجبا بالدوجماتية أي التشبث بالرأي والجمود الفكري بدون مناقشة أو تفكير.
- عدم الشعور بالأمن مرتبط بالتوتر، وبالتالي التعرض للإصابة بالأمراض وخاصة أمراض القلب. (الخضري، 2003، ص 20).

## 2 النظريات المفسرة للأمن النفسي :

هناك العديد من النظريات المفسرة للأمن النفسي نذكر منها :

### 1- نظرية سوليفان :

يعتبر سوليفان أول من صاغ نظريته في نمو الشخصية بين من جاءوا من بعد فرويد ويسمي سوليفان نظريته بنظرية "العلاقات الإنسانية المتبادلة" فهو يرى أن الإنسان نتاج لعملية تفاعل مع الغير وأن الشخصية الإنسانية تتبع من القوة الشخصية والاجتماعية التي تؤثر فيها منذ لحظة الميلاد وأن الإنسان يسعى في حياته إلى تحقيق هدفين هما: التوصل إلى الإشباع (إشباع الحاجات) والتواصل إلى تحقيق الشعور بالأمن، ويتم تحقيق الأخير عن طريق ما يسمى (بالعمليات الثقافية) ويمتزج الهدف وعملياتهما في نسيج واحد واعتبر أن معظم المشكلات النفسية تنشأ نتيجة لصعوبات تعترض الفرد لتحقيق الشعور بالأمن، والشعور بالأمن عنده يقوم على الشعور بالانتماء، وشعور الفرد بأنه مقبول في الجماعة. (جلال، 1985، ص 68) واعتبر سوليفان أن الحصر هو أساس توجيه السلوك الإنساني وينشأ في الأساس من الأم، بحيث ينتقل إلى الطفل ثم ينشأ في مقتبل العمر، بعد ذلك عن طريق الأخطار التي تهدد أمن الشخص ويلجأ الشخص إلى القيام بوسائل حماية الأمن من أجل أن يتجنب أو يقلل الحصر الفعلي، أو المحتمل إلى أدنى حد ممكن، فيحاول اتخاذ أشكالاً مختلفة من الأساليب الوقائية، والضوابط السلوكية من أجل الحفاظ على الأمن النفسي لديه. (الخضري، 2003، ص 30).

كما يرى سوليفان أن التهديد الناشئ عن أخطار خفية أو وهمية تهدد إحساس الفرد بالأمن، وإذا زاد قدرها انخفضت قدرة الفرد على إشباع حاجاته، وأدى ذلك إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة وكذلك إلى الخلط في التفكير، وتختلف شدة القلق باختلاف خطورة التهديد وفاعلية "عمليات الأمن" التي تكون في حوزة الشخص، القلق الذي اعتبره سوليفان أحد المحركات الأولية في حياة الفرد. (غنيم، 1972، ص 629)

ويشير سوفيان إلى وجود نوعان من التوتر: توتر داخلي محكوم بحاجات الفرد وإشباع هذه الحاجات يخفض التوتر، والنوع الآخر التوتر المحكوم بالقلق الناشئ من عدم إشباع حاجة الأمن لدى الفرد مما ينعكس على علاقاته مع الآخرين. (الداهري والعيدي، 1999، ص 38).

## 2- نظرية السمات (جوردن ألبرت) :

أهتم ألبرت بدراسة الأصحاء بدلا من العصبيين وهذا قريب جدا مما نجده عند ماسلو، واعتبر ألبرت أن الأمن الانفعالي من مميزات الشخصية السليمة الناضجة، فالأسوياء من الراشدين يتميزون بسماحة كافية تلزمهم ليتقبلوا ويتحملوا الصراعات و الإحباطات التي يمكن تجنبها في الحياة، كما أن لديهم صورة موجبة عن أنفسهم ويقابل هذا ما يحدث عند الشخص الأول سواء الذي تمتلئ نفسه بالإشفاق على الذات ويتميز بصورة سلبية عن نفسه. (جابر ، 1990 ، ص 273-277).

ويرى ألبرت أن ما يضيفي الشعور بالأمن على الشخص الناضج هو قدرته على مواجهة مشاكله بطرق فعالة دون الإصابة بالإحباط وأنه ليس من السهل أن يقع فريسة للفوضى أو تثبط همته أو يختل توازن هو قادر على الاستفادة من خبراته الماضية، وتقبل الذات ولديه ثقة بالنفس ويكنه تأجيل إشباع حاجاته وتحمل إحباطات حياته اليومية دون لوم الآخرين على أخطائهم أو ممارسة سلوك غير مرغوب فيه. (عبد الرحمن، 1998، ص 326).

## 3- نظرية الفرد أدلر:

يرى أدلر أن عدم شعور الفرد بالأمن والطمأنينة ينشأ بالشعور الدونية والتحقير الذي ينشأ منذ الولادة نتيجة لمشاعر القصور العضوي أو المعنوي، مما يدفعه إلى القيام بتعويض ذلك القصور إيجابياً (ببذل مزيد من الجهد من أجل الوصول إلى أعلى طموح) أو سلبياً (باتخاذ أنماط سلوكية تأخذ أشكالاً من العنف والتطرف الذي لا يقبله المجتمع مما يزيد من حدة القلق لديه) وتعرف هذه الظاهرة (بالتعويض النفسي الزائد). (الخضري، 2003، ص 32).

ويرتبط الأمن النفسي من وجهة نظر أدلر بمدى قدرة الإنسان على تحقيق التكيف والسعادة التي يتلقاها في ميادين العمل والحب والمجتمع، ويتم ذلك من خلال قدرة الإنسان على تجاوز قطبية كلية تصف بها بني البشر، وهي الشعور بالدونية وينطوي على غائية مناسبة تسهم في تجاوز عقد النقص المعممة على بني البشر. (سعد، 1999، ص 27).

#### 4- نظرية بورترني الحاجات:

- 1- **الحاجة إلى الأمن:** وتشمل أموراً مثل: الدخل المادي المناسب والتقاعد، والتثبيت في الخدمة، والعدالة والتقييم الموضوعي والتأمين، ووجود جمعيات أو نقابات مهنية.
- 2- **الحاجة إلى الانتساب:** وتشمل أموراً مثل: الانتساب إلى جماعة عمل رسمية أو غير رسمية أو إلى جماعة مهنية، وصدقة والقبول من زملاء النظام.
- 3- **الحاجة إلى تقدير الذات:** وتشمل أموراً مثل: المكانة، المركز، اللقب، الشعور باحترام الذات، الشعور باحترام الآخرين، الترتيبات والمكافآت.
- 4- **الحاجة إلى الاستقلال:** وتشمل أموراً مثل: ضبط الفرد لموقف عمله، وتأثير في النظام ومشاركته في القرارات المهمة التي تعينه، ومنحه صلاحية استخدام إمكانات النظام.
- 5- **الحاجة إلى تحقيق الذات:** وتشمل أموراً مثل: عمل الفرد ضمن أقصى طاقاته وإمكاناته والشعور بالنجاح في العمل، وتحقيق أهداف يرى الفرد أنها مهمة، إضافة (بورتر) البارزة هي: الحاجة إلى الاستقلالية التي تؤكد حاجة الفرد إلى الشعور بتوافر فرص المشاركة في صنع القرارات التي تعينه وأن تكون لديه صلاحية السيطرة على موقف العمل الخاص به. (أقرع، 2005، ص 37).

## 5- نظرية الدرر فر (Aidefer): نظرية الكينونة والانتماء والنماء في الحاجات

إن تأكيد ماسلو أن تنشيط دوافع المستوى الأعلى في تنظيمه للحاجات لا يتم إلا بعد إشباع حاجات المستويات الأدنى، وفي ضوء عدم توافر الدعم الميداني الكافي بوجهة نظر ماسلو في تنظيم الحاجات، قام الدرر فر (Aidefer) بطرح تصور معدل للتنظيم الهرمي للحاجات يشتمل على حاجات محورية أساسية ثلاث:

1- حاجة كينونة Existence.

2- حاجات إنتماء Relatedness.

3- حاجات نماء Growth.

ولذلك تعرف هذه النظرية في الأدب التربوي الغربي "ERG" في حاجات الكينونة تحتل بتوافر متطلبات وجود الحاجات الأساسية للكائن الحي، التي أطلق عليها ماسلو الحاجات البيولوجية، والحاجة إلى الأمن، أما المجموعة الثانية من الحاجات فهي حاجات الانتماء التي تشتمل على رغبة الفرد في وجود اتصال وعلاقات وطيدة بينه وبين الآخرين، على أن تتصف هذه العلاقات بالاستمرار والديمومة وهذا إذا ما أريد تحقيقها وهذه تتفق مع ما اعتبره ماسلو حاجات محبة وتقدير، وأما الحاجة الثالثة فهي حاجات النماء وهي رغبة جوهرية بالتطور الذاتي والتي أسماها ماسلو بحاجة الذات. (الطويل، 1998، ص 33).

## 6- نظرية التحليل النفسي :

يرى فرويد (Freud) أن عملية التوافق الشخصي غالباً ما تكون لا شعورية، أي أن الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياته، فالشخص المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعياً، ويرى فرويد أن العصاب والذهان ما هما إلا عبارة عن شكل من أشكال سوء التوافق ويقرر أن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة والمتمتعة بالصحة النفسية تتمثل في ثلاث سمات هي: قوة الأنا، القدرة على العمل والقدرة على الحب. (العنزي، 2006، ص 20).

ويرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة أبنية نفسية هي: "الهو والأنا والأنا الأعلى" ويمثل الهو رغباتنا وحاجتنا ودوافعنا الأساسية وهو بهذا مخزن للطاقة الجنسية، ويعمل الهو بناء على مبدأ اللذة والذي يبحث عن تحقيق سريع الوتر دون مراعاة للعوامل

الاجتماعية، ويمكن إتباع رغبات الهو عن طريق الفعل أو التصرف اللاإرادي، وعلى العكس من ذلك يعمل الأنا وفق مبدأ الواقع، حيث يعمل على تحقيق حاجات الفرد بطريقة عقلانية مقبولة لدى العالم الخارجي، فالأنا هو العنصر التنفيذي في الشخصية يكبح الهو ويحتفظ بالاتصالات مع العالم الخارجي من أجل تحقيق رغبات الشخصية المتكاملة، ويمثل الأنا الأعلى مخزناً للقيم المغروسة والمثل والمعايير الأخلاقية الاجتماعية والأنا الأعلى يكون من الضمير والأنا المثالية، فالضمير ينسب إلى القدرة على التقييم الذاتي الانتقاد الذاتي والتأنيب، أما الأنا المثالية فما هي إلا تصور ذاتي مثالي تتكون من سلوكيات مقبولة ومستحسنة، وعلى أساس ما تقدم يربط فرويد التوافق بقوة الأنا، حيث يكون المنقذ الرئيسي فهو يتحكم ويسيطر على الهو والأنا الأعلى ويعمل كوسيط بين العالم الخارجي ومتطلباتهم. (العقيلي، 2004، ص 34).

## 7- نظرية إريكسون (Erickson) في النمو النفسي والاجتماعي:

تعتبر نظرية إريكسون حول النمو النفسي الجنسي، إلا أن إريكسون امتداداً لما قدمه فرويد Freud ركز على نمو الأنا وفعاليتها مؤكداً على أهمية الجوانب الاجتماعية الباثولوجية والنفسية كعوامل محددة للنمو. (جابر، 1990، ص 16).

ويقسم إريكسون دورة حياة الإنسان إلى ثماني مراحل تبدأ كل منها بظهور أزمة وتسعى الأنا جاهدة لحل هذه الأزمة، وكسب فعاليات Psycho-social Crisis نفس/ اجتماعية جديدة تزيدها قوة، وتجعلها قادرة على مواجهة مصاعب الحياة، والأزمة هنا لا تعني مشكلة مستحيلة الحل بل تعبير عن وجود مطالب ملحة بحاجة إلى مواجهة وإشباع، ومع ذلك فإنه هناك احتمالين لحل الأزمة، فهي إما أن تحل إيجاباً مما يعني استمرارية النمو وكسب الأنا لفاعلية جديدة أو سلباً مما يعني إعاقة النمو وفشل الأنا في كسب فاعلية متوقعة مما يعني درجة من الاضطراب النفسي والسلوكي المتمثل في السلوك المضاد كعدم الثقة في المرحلة الأولى والخجل والشك في المرحلة الثانية وهكذا في بقية المراحل، ويوضح إريكسون بأن تحقق مطالب الأنا عبر مراحل النمو النفسي والاجتماعي وخلال عملية التنشئة هو الذي يحقق الصحة النفسية، ويؤثر حل الأزمات في مرحلة سواء بشكل إيجابي أو سلبي على حل الأزمات في المراحل التالية، فهي مراحل متعاقبة ومتسلسلة تتأثر كل منها بما يسبقها من مراحل. (الغامدي، 2000، ص 25).

### 3 العوامل المؤثرة في الأمن النفسي:

الوراثة مقابل البيئة: لقد أوضح كاتل أن هناك تأثيراً للوراثة على بعض السمات من خلال بعض الدراسات التي قام بإجرائها في حين ترجع سمات أخرى لعامل البيئة أكثر من الوراثة. (عبد الرحمن، 1998، ص 609).

أفادت كل من دراسات (أيزيك، سلاتر) إلى أن للظروف البيئية السيئة الدور الرئيسي في تنمية سمة القلق العالي، كما أشار كاتل نتيجة لدراسته المعتمدة على التحليل العاملي أن القلق وهو أحد محكات الأمن النفسي يرجع الأثر الأكبر المسبب له إلى البيئة الغير سارة. (آغا، 1989، ص 11).

كما أشار كاتل إلى أن عاملي الوراثة والبيئة يعملان معا على تقوية أو إضعاف بعض السمات، وفي نفس الوقت قد يتعارض دور البيئة مع دور الوراثة في التأثير على بعض السمات. (عبد الرحمن، 1998، ص 609).

ويؤكد سرحان على أن هناك عوامل متعددة تساعد على ظهور القلق والذي يعتبر أحد محكات الأمن النفسي، منها ما يتعلق بالوراثة وتركيب الشخصية النفسي والبيولوجي، ومنها ما يتعلق بالظروف البيئية المحيطة للفرد. (سرحان، 1999، ص 44). واعتبر سعد أنه لا يمكن الحديث على الوراثة في إطار الاضطرابات الانفعالية دون استخدام كلمات أو مفاهيم تشير إلى عدم توافر الثقة الكاملة في النتائج التي تم الاطلاع عليها في أدبيات الوراثة، واكتفى بالإشارة إلى أن الوثوق في وراثة المظاهر الانفعالية مازال في ضوء التجريب، وهذا يدل على أن تأثير البيئة في الشعور بالأمن النفسي لها الأثر الأكبر. (سعد، 1994، ص 333).

وهناك العديد من العوامل البيئية المادية والعضوية المختلفة والتي تتمثل في بعض الظواهر الطبيعية والمناخية كالعواصف والبراكين والأعاصير والزلازل... إلخ، التي تهدد حياة الإنسان وبقائه وكذلك بعض عناصر البيئة الاقتصادية والسياسية تشكل أيضا مثل هذا التهديد كما هو الحال في الحروب وعدم الاستقرار الاقتصادي وتزايد احتمالات التعرض للأخطار والحوادث وموجات الإجرام والفوضى والأزمات والانهيال الاجتماعي التي قد تتعرض لها بعض المجتمعات في بعض الظروف. (موسوعة علم النفس الشاملة، 1999، ص 23).

في ضوء ما سبق يرى الباحث أن عامل البيئة لا ينفرد بالتأثير على مستوى الأمن النفسي وحده وكذلك عامل الوراثة، لذا يمكن اعتبار أحدهما المسبب الرئيسي للأمن النفسي أو انعدامه تتولد من تفاعل الوراثة والبيئة معا وتأثيرهما المزدوج معا على الإنسان، فلا يعمل أحدهما باستقلالية تامة عن الآخر وإن كانت هناك احتمالية تأثير أحدهما بصورة أكثر من الآخر في تحديد مستوى الأمن النفسي لدى الإنسان.

**التنشئة الاجتماعية:** أشار زهران على أن مهمة توفير الأمن النفسي للفرد والذي يعتبر من المتطلبات الأساسية للصحة النفسية والتي يحتاج إليها الفرد كي يتمتع بشخصية إيجابية متزنة منتجة تقع على عاتق الأسرة، ويؤكد على أن إدراك الطفل لاتجاهات والديه نحوه يعتبر من العوامل المهمة في تكيفه ونموه وشعوره بالأمن النفسي، وأن الطريقة التي يدرك بها الطفل هذه الاتجاهات هي التي تؤثر فعليا في تكيفه. (زهران، 1977، ص 410).

ويرى الدسوقي أن أول ما يحتاجه الأطفال من الناحية النفسية هو الشعور بالأمن العاطفي، بمعنى أنهم يحتاجون إلى الشعور بأنهم محبوبون كأفراد، ومرغوب فيهم لذاتهم، وأنهم موضع حب واعتزاز، حيث تظهر هذه الحاجة متكررة في نشأتها وأن خير من يقوم على إشباعها خير قيام هو الوالدين. (الدسوقي، 1979، ص 137).

ويؤكد سعد على أن لخبرات الطفولة دورا هاما في نمو الشعور بالأمن لدى الفرد، وذلك استناداً لما أشار إليه فريق من العلماء، ومن البحوث التي أكدت أثر خبرات الطفولة على تنمية مشاعر الأمن، ما قام به (ميوشن) وآخرون، حيث اتضح أن الذين لم يحصلوا على عطف أسري كاف كانوا أقل أمناء، وأقل ثقة بالنفس، وأكثر قلقاً وأقل توافقاً من أولئك الذين يحصلون على عطف أسري، كما أكد (محمود عطا حسين) على أن أساليب التنشئة الاجتماعية والعلاقات الأسرية القائمة على الاحترام المتبادل وأساليب التعامل القائمة على تفهم الطفل وتقبله وإشعاره أنه مرغوب فيه، وأساليب الرعاية المتزنة دون إهمال أو نفس تعد شروطاً أساسية للطمأنينة الانفعالية عند الأطفال. (سعد، 1999، ص 21).

وقد أكدت دراسة أجراها (الريحاني) أن قيام الوالدين بتنشئة أبنائهم بأسلوب ديمقراطي متسامح يؤدي إلى تنمية الشعور بالأمن لدى الأبناء بصورة أكثر من استخدام الأساليب المتسلطة. (الريحاني، 1985، ص 20).

كما أكد (عبد السلام) على أهمية دور التنشئة الاجتماعية، حيث فسّر حالة الأمن النفسي بأنه إحساس بالطمأنينة الانفعالية، وتمتع الفرد بها نتيجة لعمليات التفاعل الاجتماعي بين الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش بها. (عبد السلام، 1979، ص 06).



## أبعاد الأمن النفسي:

يشمل الأمن النفسي على أبعاد أساسية وهي:

- 1- الشعور بالتقبل والحب وعلاقات المودة والرحمة مع الآخرين: لا يستطيع الطفل الشعور بالأمن إلا من خلال التوازن العاطفي الذي يؤمن له في المستقبل وحدته المتكاملة في تقرير السلوك، وفي حرية الاختيار وفي ممارسة علاقاته الاجتماعية السليمة، وتتحد درجة هذه الوحدة في مظاهرها المتعددة بمستوى العلاقات الأسرية الجارية، فلا شعور بالطمأنينة إلا عندما يكون الطفل في محيط أسري ناضج يحميه ويؤمن حاجته ويوفر له الحب والمودة، فيرى لبرستون أن العناصر الأساسية لتحقيق الأمن تكمن في محبة الطفل في تقبله واستقراره، فمحته من محيطه وخاصة الأم والأب تسهل له النمو الطبيعي و السليم ليس فقط على الصعيد العاطفي، وإنما على الصعيد الجسمي و العقلي والاجتماعي. (الشريف، 2005، ص 28).
- 2- الشعور بالانتماء إلى الجماعة والمكانة فيها: المرء في حاجة إلى أن يشعر بأنه فرد من مجموعة تربطه بهم مصالح مشتركة تدفعه إلى أن يأخذ ويعطي، وإلى أن يلتمس منهم الحماية والمساعدة، كما أنه في حاجة إلى أن يستطيع أن يمد غيره بهذه الحاجات، وينمو هذا الشعور بالانتماء أيضا للطفل من الشهور الأولى، فلألفي التي تحقّقها داخل الأسرة تنقلب إلى ولاء لهذا المجتمع الصغير، ثم تنتقل الحاجة إلى الانتماء للجماعات الأخرى التي تجد فيها اشباع حاجته إلى الأمن العاطفي أو الطمأنينة النفسية. (قناوي، 2005، ص 189-190).
- 3- الشعور بالسلامة والسلام: والمعنى الذي يشير إليه الشعور بالسلامة والسلام هو خلو جو الأسرة من الخلافات والمشاحنات، حيث أن من أشد الأجياء تأثيراً في إيجاد صعوبات في التكيف وتوفير الطمأنينة والراحة للأبناء وجودهم في جو مليء بالمشاحنات والتوتر. (الرفاعي، 1978، ص 389)، كما أن الحاجة إلى الأمن النفسي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بغريزة المحافظة على البقاء والسلامة وردء الأخطار. (زهرا ن، 1089، ص 298).

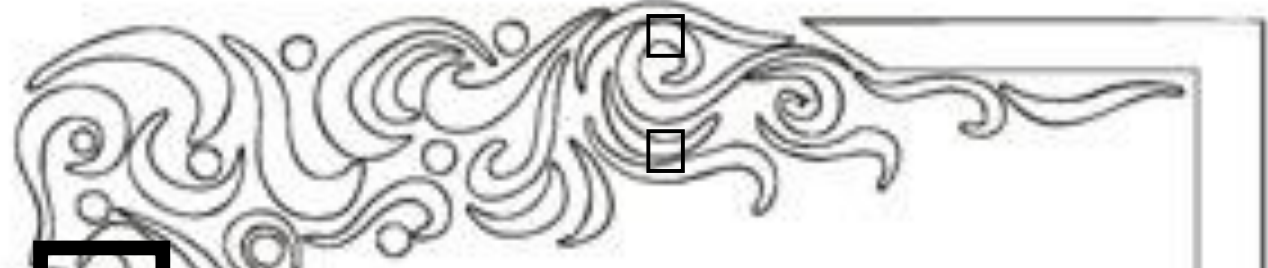


## خلاصة:

من خلال ما سبق نستنتج أن الأمن النفسي هو إحساس الفرد بالطمأنينة والسكون،

وعدم الشعور بالتهديد والقلق، ولكي يقوم الفرد بعمله على أكمل وجه لابد من

تنشئته تنشئة سليمة تجعل منه مواطناً صالحاً واثقاً في نفسه.



# الفصل الثالث

تمهيد

- 1 لمحة تاريخية عن التوحد
- 2 تعريف التوحد
- 3 أسباب التوحد
- 4 أعراض التوحد
- 5 التشخيص الفارقي
- 6 النظريات المفسرة للتوحد
- 7 علاج اضطراب التوحد
- 8 البرامج التربوية العلاجية

خلاصة

## تمهيد :

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي اللغوي، الاجتماعي والحركي، وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الوقائع، ولا يتوقع تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلف، بل يمتد إلى الأم التي تحاول أن تتكيف مع الوضع وإلى المجتمع الذي يسعى لتوفير كل الإمكانيات التي يحتاج إليها هذا الطفل، وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه، والأعراض التي يظهر عليها للتمكن من تشخيصه وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، والتعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لعلاج هذا الاضطراب ولو بدرجة ضئيلة.



## لمحة تاريخية:

لقد كان ينظر إلى الأعراض التوحديّة في البداية على أنها شكل مبكر للفصام ويعود الإسهام الحقيقي الذي ميز التوحد كحالة منفردة إلى الطبيب النفسي الأمريكي ليك-اندر (Léokanner)(1943) الذي يعد أول من حدد الخصائص الرئيسية لاضطراب التوحد.

كان التركيز في الفترات المبكرة للعمل مع التوحد في الخمسينات والستينات من القرن الماضي على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على أنه متلازمة محددة، وامتازت هذه المرحلة بأن السؤال لم يكن يركز على كيفية إدراك التوحد، ولكن كان حول كيف نقارن التوحد مع غيره من الاضطرابات، وتوصلت البحوث إلى أن هناك ثلاث مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين والتي اشتملت على الفشل في تطوير علاقات اجتماعية وتأخر، واضطراب لغوي وسلوكيات استحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي.

لقد أشارت الدراسات في هذه الحقبة الزمنية إلى أن المستوى الرئيس للقدرة المقاسة والمستوى العام من الكفاءة اللغوية هما دلائل هامة، كما أدى التقييم في علاقات المهارات اللفظية والتسلسلية إلى استنتاج أن العجز الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، ولكن في عناصر محددة للغة مثل التجريد والفهم السريع وإجراء التداخل.

هذه النتائج أدت إلى التحول من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية مثل مبادئ التعلم السلوكية استخدمت تعديل سلوك الأطفال التوحديين، ومن المعالم الهامة في العلاج إدراك الحاجة الضرورية لتخطيط برامج علاجية تشجع وتسهل النمو والاجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي في التفاعل الهادف.

في السبعينيات وبداية الثمانينات من القرن الماضي كان هناك معلمين رئيسين هما:

**أولا:** الممارسة الاكلينيكية والبحوث، وساعدت هذه على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر في أدوات التقييم مثل

المقابلة التشخيصية للتوحد وغيرها. (الزريقات، 2010، ص 29).

**ثانيا:** التعرف على أنواع ومستويات الصعوبة في التوحد، وظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة.

وفي الوقت نفسه فإن الاهتمام كان مازال موجها نحو العيوب السلوكية وإمكانية ارتباطها ببعض أنواع أمراض الدماغ المكتسبة، لقد لقيت الاضطرابات اللغوية أهمية في هذه الفترة، حيث تم الاستنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطراب نمائي للغة الاستقبالية وإنما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة، كما شهدت هذه المرحلة اهتمامات بدراسة المشكلات الطبية للتوحد، وظهرت العديد من الأبحاث والتقارير التي تقترح بأن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة، وأكثر ما ميز هذه المرحلة هو البحث في الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد، كما حاولت الدراسات النفسية الإجابة فيما إذا كانت العيوب المعرفية ناتجة عن المشكلات الاجتماعية أم لا وهل الأطفال التوحديون لديهم عيوب معرفية عامة؟ لذلك اهتمت البحوث فيما إذا كانت العيوب المعرفية تقع ضمن المشكلات في التفاعل الاجتماعي، حيث أثبتت عدد من النظريات التي تربط التوحد في الاتساق الإدراكي أو التأخر الحسي الحركي أو الانتقائية الزائدة في الانتباه، وبالنتيجة فقد وجد بأن المستوى العام للعيوب المعرفية كان أكثر أهمية من تشخيص التوحد.

في عقد الثمانينات من القرن الماضي ظهرت اقتراحات بأن الأطفال التوحديين لديهم قصور في القدرات، وذلك بهدف التعاطف والشعور معهم وأن العيوب الاجتماعية والانفعالية هي الأساسية، وتركز الاهتمام في القدرة على إدراك الأداء والمشاعر أو وجهات نظر الآخرين، وأن المشكلة هي الفشل في تطوير علاقات اجتماعية ومهارات تواصلية، ونتيجة لذلك فقد تركز الاهتمام بالاستراتيجيات السلوكية والتربوية وخلصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدماً أفضل في الأوضاع المنظمة وكما توجه الاهتمام إلى تعليم مهارات محددة، ومع هذا الاهتمام فقد طورت برامج مثل برنامج تيش (Teacch) وبرامج العلاج المستندة إلى المنزل والتي اهتمت بتحليل سلوك الطفل جنباً إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية والاجتماعية للأطفال التوحديين.

كما ظهرت ادعاءات حول فاعلية فنفل-ورامين (Fenfluramine) في خفض مستوى السيروتونين (Serotonine) في الدم على الافتراض أنه مرتفع في دم الأطفال التوحديين والنتيجة لم تظهر أدلة قوية تؤيد هذه الادعاءات كذلك لم تظهر أدلة قوية تؤيد استخدام فيتامين (B6) وفعاليتها في إحداث تحسينات لدى الأطفال التوحديين.

في أواخر الثمانينات إلى بداية التسعينات من القرن الماضي ظهرت دراسات تؤكد دور العوامل الجينية، فالدراسات في البلدان الاسكندنافية وبريطانيا أظهرت أدلة تشير إلى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح (Monozygotic) مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح (Dizygotic) ومازالت الغالبية العظمى من اخوة الأطفال التوحديين ليس لديهم التوحد. في هذه المرحلة ظهر عدد من التقارير التي تربط بين التوحد والظروف الطبيعية غير المألوفة، فظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمعدى الواسع للإصابات خلال مرحلة ما قبل الولادة ومرحلة ما بعد الولادة، ومع ذلك فالعلاقة مازالت غير واضحة وهذا لا يعني تجاهل النتائج البيولوجية وارتباطاتها بالملاحظة، لقد أشارت التدخلات في التشخيص المبكر إلى أنه لا يمكن إجراء تشخيص دقيق إلا مع بلوغ سن الثانية من العمر، كما شهدت هذه المرحلة الاهتمام بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم، ومازال السؤال قائم حول العلاقة بين نظرية العقل واللغة، فالعديد من الأطفال التوحديين يستطيعون النجاح في اختبارات نظرية العقل.

وفي هذه الحقبة الزمنية شهدت الاستراتيجيات السلوكية والتربوية جدلاً نلخصه بما يلي:

✍️ انتقدت ادعاءات لوفاس (Lovaas) (1987) حول فاعلية البرنامج السلوكي المستند إلى المنزل.

✍️ قلة الأدلة في دعم العلاجات المحددة مثل علاج الدمج السمعي والتواصل المسهل.

✍️ مازال هناك تساؤلات حول فاعلية البرامج المبكرة وأثرها في تجنب المشكلات الثانوية (الزريقات، 2010، ص 30)

وشهدت أوائل التسعينات من القرن الماضي تطوراً للنتائج الجينية وكما أظهرت اهتمامات للتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جداً، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى، أيضاً فقد امتازت المرحلة بتحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تصاحب تشخيص التوحد، كما شهدت المرحلة تغيرات كبيرة في الأساليب العلاجية وتوجه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية، ويتم الحديث في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى إحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين. (الزريقات، 2010، ص 31).

ومما سبق يتضح أن اضطراب التوحد ليس مشكلة حديثة، فقد وجد بيننا منذ مئات السنين، وقد وردت قصص تاريخية عديدة أشارت إلى وجود أشخاص توحيديين، أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي جون مارك جاسبار اينارد (1775-1831) الذي حاول تعليم الصبي "فيكتور" عاش وحيدا في الغابات بمعزل عن أهله وعن مدينته، تعلم الصبي فيكتور ولكنه لم يتمكن من الاستقلال بذاته واستمرت لديه العديد من سمات التوحد. (سليمان، 2010، ص 14).

وقام "John Haslam" عام (1809) بملاحظة حول طفل بعد تعرضه للاصابة أنه أصبح عدواني، اندفاعي ويقوم بنشاطات متكررة، وتواتت ملاحظات مثل هذه الأخيرة وظهر ذلك في كل من أعمال "Sancte de sanctis" والذي وصف عام (1906) مجموعة من الأطفال من سن 04 إلى 10 سنوات وأطلق عليهم ما يعرف بالجنون المبكر (Demence précoce) وأعمال كل من "Rotter" في عام (1933)، "Latz" في (1997)، "Despert" في (1938) وكان المتعامل به في هذه الحقبة هو "الفصام الطفولي" وكل هذه الأعمال جاءت كتمهيد لما قام به "Kanner" (Pascall Lenoir et autre, 2007, p04).

حيث قام "Leo kanner" في عام (1943) بنشر إحدى عشر حالة طفل كانت لديهم صفات مشتركة وخاصة المتعلقة باضطرابات في التواصل وشرح "Kanner" الأعراض الرئيسية لدى هؤلاء الأطفال كالانعزال، الانسحاب، الرغبة في التماثل (Im muabilité) وعدم القدرة على احتمال التغيير (L'intolerance au changement)، ففي البداية لاحظ عليهم الذكاء على الرغم من اضطراب اللغة وتتبعه لفئة من هؤلاء الأطفال تبين له أن البعض منهم يعاني من اضطراب الصرع. (Nathalie julien et Daniéle ) (langlays, 2009, p09).

ويعتبر "Kanner" أول من أطلق تسمية "توحد الطفولة المبكر" "Autisme" ويعتبر "Infantile précoce" على هذا الاضطراب، واستمد عبارة التوحد من أعمال "Bleuler" الذي استخدم هذه الكلمة ليصف أحد أعراض الفصام، وفي السنة الموالية للسنة التي ظهر فيها "Kanner" أعماله أي عام (1944)، نشر الطبيب النفسي الألماني "Hans asperger" مقالة تخص 06 حالات ظهرت عليها مجموعة من الأعراض مشابهة لأعراض أطفال "Kanner" كالتصور في التفاعل الاجتماعي، القصور في التواصل مع

الآخرين وفهم مشاعرهم وأطلق على أطفاله مصطلح التوحد المرضي "Psychopathie autistique" إلا أن الشيء المختلف هو أن أطفال "Asperger" كانوا يتكلمون على عكس عينة أطفال "Kanner"، حيث كان ثلاثة من أحد عشر طفلاً من عينة "Kanner" لا يتكلمون تماماً والبقية نادراً ما يتكلمون. (Bemadettes Rogé, 2003, p09-10).

وهكذا كانت كل منشورات "Léo Kanner" في (1943) و "Hans asperger" في (1944) أول المحاولات النظرية لشرح اضطرابات التوحد والتي اشتملت على وصف مفصل، لتتوالى بعد ذلك الدراسات كدراسة "Leo Eisenberg" (1956) الذي حاول من خلالها تقديم بعض المعايير التشخيصية مايكل روتر "Miechel Rutter" عام (1960)، حيث تم في هذا البحث دراسة تفصيلية لـ (63) فرد تم تشخيص حالتهم على أنها حالات توحد في مستشفى مدلسي بلندن، هناك أيضاً أعمال الأخصائي النفسي "Bernard Rim land" والذي كان ابنه يعاني من التوحد لذلك قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال المتوحدين. (الزريقات، 2004، ص 19).

دراسات كل من "Wolfet Chess" في (1964) و "Cunnigham" في (1968) و "Churchil et Brayson" في (1972). (M. Rutter, E. Schopler, 1991, p10).

دراسات "Miler et Al" في (1974) والتي حاولت بدقة بدت حالة (29) من الشباب الصغير تتراوح أعمارهم بين 16-18 عاماً كان قد تم تشخيصهم على أنهم حالات توحد. (محمد علي كامل، 2003، ص 18)، حيث حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي في الدليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل (DSM-III) (1987) والرابع (DSM-IV) (1944)، أن التوحد لا يتدرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت الاضطرابات السلوكية ولكن يصنف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة. (Pervasive developmental disorders) كقائمة بذاتها له محكمات أساسية للتشخيص. (وليد السيد أحمد خليفة وآخرون، 2010، ص 14).

وتم تقسيم الاضطرابات النمائية الشاملة إلى (05) فئات هي:

1- اضطراب التوحد **Autistic Disorders**.

2- اضطراب أسبرجر **Asperger Disorder**.

3- اضطراب ريت **Rett disorder**.

4- اضطراب التحكم الطفولي **Child hood disintergrative disorder**.

اضطراب التطور العام غير المحدد **Pervasive developpemental disorder**.

**(Susan et Eileen, 2011, p0877) not otherwise speciefied PDD-NOS.**

وأقرت منظمة الأمم المتحدة يوم 2 أبريل يوماً عالمياً للتوعية باضطراب التوحد يحتفل به كل سنة ابتداءً من (2008). (أمينة بن خروف، 2012، ص 94).

فبعد أن كانت الدراسات في الخمسينيات والستينات تهتم بوصف التوحد في ظل غياب نظام تشخيصي موضوعي، عملت الدراسات في بداية الثمانينات وصولاً إلى الوقت الراهن على تطوير مناهج تقييم منظمة مثل المقابلة التشخيصية للتوحد وغيرها، ويتميز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية وذلك بتحديد معايير تشخيصية جديدة مثلما هو الحال في **DSM-IV** و **CIM-10** بالإضافة إلى القيام بالبحث عن الأسباب فظهرت الدراسات الجينية والكيميائية والعصبية وتفسيرات النظريات المعرفية والسلوكية، ومع هذا الإهتمام بأسباب التوحد تم تطوير البرامج التربوية والعلاجية المخصصة لهذه الفئة كبرنامج **Teacch** وغيرها من البرامج التي تعمل على مساعدة وتحسين سلوكيات واتجاهات فئة التوحد نحو العالم الخارجي.

## تعريف التوحد :

**لغة:** التوحد "Autism" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "Autos" والتي تعني نفسه

(Soi-méme). (Bloch et Al,1999, p109) julien et Daniéle langlays,2009,09).

**اصطلاحا:** لقد تعدد تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير

هذا الاضطراب ومن أهمها مايلي:

عرف اضطراب التوحد من طرف العديد من الباحثين ومن بينهم نجد ليوكاندر " Leo Kanner" (1943) الذي عرف اضطراب التوحد على أنه: "حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم" ( Norbert Sillamy,1999, p31). ويصف الأطفال التوحديين أن لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما أنهم يفتقرون التغيير كلياً، ويظهر ذلك من خلال تكرار استعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق كمال الدسوقي (1988) على التوحد مصطلح (الاجترارية) والتي هي "الاهتمام المرضي بالذات مع عدم المبالاة بالآخرين ومع الميل للتراجع إلى الخيالات الباتولوجية التي تنظم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائماً على حساب الحقيقة الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقة في إطار تحقق الرغبة عند رفض تصديقها". (ماجدة علي عمارة، 2005، ص 15).

ويرى إسماعيل بدر (1997) أن التوحد هو: "اضطراب انفعالي واجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية، خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية". (محمد أحمد خطاب، 2005، ص 17).

والتوحد عند جمال مثقال القاسم هو: "اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين إضافة إلى ضعف أو انعدام اللغة لديهم، خاصة في مراحل العمر الأولى" (جمال مثقال القاسم، 2000، ص 128).

أما الدليل الإحصائي الرابع المراجع لتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية (DSM-IV-RT 2000) فعرفه على أنه أحد الاضطرابات الارتقائية المتشعبة، الذي يشير إلى أن الطفل التوحدي يكون منطوي ومنعزل على نفسه، حيث يكاد التواصل الاجتماعي يندم سواء باللغة أو باللعب، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم كما يتميـزون أيضا بالانمطية والتكرار، حيث يكـررون دائماً سلوك واحد أو أكثر (American Psychiatric Association, 2003, p85).

أما كولمان "Coleman" (2003)، فيصف الذاتوية بأنها إحدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدودة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام، وتبدأ قبل سنة الثالثة من العمر. (إيهاب محمد خليل، 2002، ص 40).

إضافة إلى التعاريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد على أنه : "إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة، حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث، كما أنه قليل الانتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الاجتماعية والعرقية". (سعيد حسن، 2002، ص 34).

ولا بد من الإشارة إلى أن التباين في تعريف ومصطلحات التوحد مثل الاجترارية، الذاتوية، عصاب الطفل، توحد الطفولة المبكر، الفصام الطفولي، زهان الطفولة، التفكير الاجتراري، قد أحدث الكثير من الارتباك حول هذا المفهوم.

إلا أن صفات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والاندفاعية) تختلف منها عن الأطفال التوحديين، حيث ساعد البحث الحديث وعلم الجينات والكيمياء العصبية وعلم الأعصاب في إبراز التوحد كخلل صدي أو إعاقة تطويرية شاملة. (أسامة محمد البطانية، 2007).

ومن خلال التعاريف السابقة نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض، ويسبب قصوراً في النمو وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

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

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

## 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، وراثية، جينية أو كيميائية حيوية.

ورغم تعدد الأسباب واختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الاضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

### 1- النفسية: (Psychological Factor)

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر "Kanner" في نظرية "البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء"، بأنهم يميلون إلى عدم إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالاتصال مع والديه بأن شكل من الأشكال. (جمال مثقال فاسم، 2000).

ولقد أشار بيتلهين "Bettelheim" إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة استجابات الطفل. (سعيد حسني العزّة، 2002، ص 61)، والذي قد ينسوخ من الواقع ويعاني من التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ اهتمام الوالدين وخاصة الأم، فتتصرف عن الطفل الأول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعدم اهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد. (ماجد علي عمارة، 2005، ص 26).

كما يرى أولجرمان "Olgorman" (1980) بأن الفشل في تكوّن علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب اضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه، وقد يرجع الاضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الاضطراب إلى إصابة الأم بالانفصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفولياً بوالدتها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سبباً في اضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساساً بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سبباً في الإعاقة، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقتها مع الطفل بسببغيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل اهتماماتها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلاً، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد. (المرجع، 2005).

ومن هنا نستنتج أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لعوامل نفسية، ولكن هناك

دراسات أخرى تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب جينية ووراثية.

## 2- الوراثة الجينية: (Factor Genetie)

هناك فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد، بحيث تقوم المورثات (الجينات) بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون، الطول، الشكل... الخ، إضافة للكثير من الاضطرابات الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سبباً لحدوث هذا الاضطراب.

وإن نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحديين تشير إلى وجود كروموزوم إكس (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح بين (5-6%) من الحالات، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من البنات خاصة في

الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بتخلف عقلي، كما أن التصلب الذي ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذو صلة بإعاقة التوحد في نسبة تصل إلى حوالي (5%) من الحالات تقريبا. (ماجد على عمارة، 2005، ص 27).

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصا في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (03) دراسات في مجال التوائم، اثنتان تم إجراءهما في بريطانيا والثالثة في اسكندنافيا، وخلصت الدراسة إلى أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح بين (36-91%) في حين اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة)، حيث تراوحت (0-10%) إضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود وماندال "Judd et Mandell"، حيث أشارت هذه الدراسة إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100%) في حالة إصابة أحدهما باضطراب التوحد، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير للجينات والكروموزومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي فإن احتمالية تعرضهم لهذا الاضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة. (جمال مثقال قاسم، 2000).

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida) (1993) أن هناك ارتباطا بين التوحد وبين خلل الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد وهذا الكروموزوم الذي يسمى (Fragil X) يعتبر وراثي حديث مسبب التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم، وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي (7,10%) من حالات التوحد. (يحيى القبالي، 2008)، الذي يؤدي إلى تصاب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (5%) من حالات التوحد وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن (90%)،

كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال (20 أو 24) يوم م-ن الحمل أو في الثلاث الأشهر الأولى وتفتقر الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات (7-13-15). (مصطفى نوري القمش، 2007، ص 172).

وتشير دراسة ماكدونال وآخرون "Macdonal et Al" (1994) إلى أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (36%) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة (أسامة محمد البطانة، 2007، ص 596).

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون "Brawn et Al" (1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد، كما أشار العالم بـ لانجاست (Blonguist) إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي "فينال كينونيووريا" (PK 4) وحالات التوحد. (جمال مثقال قاسم، 2000، ص 135).

كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد وهناك بحث جديد قدم أو حقائق لهذه الحالة لأول مرة، تعرف الباحثون على التفاعل بين جينات محددة تضاعف خطر إصابة الأطفال بالتوحد، حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى (Gabra 4) أنه مرتبط بمخاطر التوحد، إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف بـ (Gabrbi) الذي يظهر أنه يقود إلى هذا الخطر. (محمد عدنان عليوات، 2007، ص 157).

رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن التوحد قد يعود إلى سبب جيني، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

### 3- البيولوجية: (Somatic Factor).

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحي ويعود لأسباب عديدة، حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه.

فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الأنزيمات، كما أن وجود عطل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة (رفعت محمد بهجت ، 2007)

توصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ، حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ. (R.Jordon et All, 1997, p3)

كما أكد ووترهوس (Woterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10%-80%. وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والاستجابة السمعية المستشارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي. (سهى أحمد أمين نصر، 2002، ص 22).

ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون (Condon) جمع أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية لاضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتاً أطول للاستجابة.

وقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها مثل: مشكلات اللغة، الخلل في التآزر الحسي الحركي، النمطية في السلوك، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق واحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد، كما أن معظمهم لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم في مختلف الطبقات الاجتماعية. (خولة أحمد يدي، 2003).

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لإتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من (08-10 ديسمبر 1998)، ذكرت أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية، قد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكروروموزومات تحمل عينات معيضة أو تلفا بالدماغ، إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص  $O_2$  مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد.

كما أشارت الدراسات لارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل. (سعيد حين العزة، 2002).

في هذا الاتجاه يؤكدون بدراساتهم أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضا دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

#### 4-الكيميائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية (Neuro transmetteur) وهي مواد كيميائية بتراكيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية ولتوضيح هذه الصورة نذكر البعض منها:

✍ إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (أسامة محمد البطانة، 2007، ص 598)، حديث أنه على الأقل ثلاث مرضى اضطراب التوحد لديهم ارتفاع في بلازما السيروتونين (Plasma Serotonin) وهذا الاكتشاف ليس خاصا باضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطراب التوحد يظهر أيضا تلك الصفة. (محمد أحمد خطاب، 2009، ص 46).

كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص 599).

ويشير سيمون وجلييس (Simond et Gillies) (1964) إلى احتمال نقل الجلوكوز والأندوليين عند بعض الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrief) (1964) ودراسة أوليفر أو جorman (Oliverman et Gorman) (1966). (السيد علي عمارة، 2005، ص 29).

وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد التوحد يعود إلى اضطرابات كيميائية حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما ستعرض عليه فيما يلي:

### 5- خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طول الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي مع الدماغ للاعتقاد بأن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية، وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، كما أنها قد تؤدي إلى اضطرابات معينة (السمع- النظر) والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد، ولكن تتبع الأسباب السابقة أظهر أن الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي، لذلك لان ستطيع الجزم بأن هذه الأسباب قد تؤدي التوحد. (أسامة محمد البطانية، 2007).

كما قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذا قد يكون هناك قصورا معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربية، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرئيس المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديدة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Bacha valier et Merjarian) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في

سلوكياتهم الاجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة. (قدطان أحمد الظاهرة، 2009، ص 87).

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية، حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذاتوية وأضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين. (إيهاب محمد، 2003، ص 75).

وتشير دراسات تريبارثن وآخرون (Trevarther et Al) (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم. وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكـل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد. وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سببا في حالة التوحد ولكن هناك اتجاه آخر يؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها.

### أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد، وحسب أسامة محمد البطانية وآخرون فإن العوامل الولادية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

#### 1-التهابات الفيروسية: (Viral infection)

- الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- الإلتهاب الدماغ الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

#### 2- اضطرابات عملية الأيض: (Notaboli) تتمثل في:

- حالات شذوذ أبيض البيورين: وهو خلل الأنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.
- حالات شذوذ أبيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.
- نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية افترض أن يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلة مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه

المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك ل يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد. (ذولة أدمد يدي، 2003، ص 595).

### 3-متلازمة التشوهات الولادية:

- التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.
- التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.
- تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغازارة شعر الجسم وليونة المفاصل.
- السمنة وإصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.
- الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.
- كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي:
- التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.
- التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيمياءات البيئية مثل الرصاص والزنابق وغيرها من السموم.
- نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.
- إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى. (أسامة مدمد البطانية، 2007، ص 596).
- فالألم قبل الولادة أو أثناءها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها وبالتالي وجود إمكانية إصابته باضطراب التوحد. (R.Jardon et Al,1997, p03).
- كما قد وجد العالمان دايدن وماكلان "Dyken et Maclaman" أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف الذي كانت تصيبهم خصوصا بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل.
- وقد أشار كالفن "Calvin" إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (أطفال الخدج) والعملية القيصرية كطريقة للولادة.
- كما أشار "Geno" إلى وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثره حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال، مما قد يشير إلى أسباب متعلقة بالمناعة. (جمال مثقال قاسم، 2005، ص 133).
- وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث اضطراب التوحد.

فأسباب ما قبل الولادة أو أثنائها تؤدي لحدوث اضطراب التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلفة الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الالتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد وعدم معرفة السبب الرئيسي له، إلا أنه نقول أن اضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة التي سبق ذكرها من أسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي اجتمعت وأدت لوجود اضطراب التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.



## أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر، حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك، وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك.

وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- ✍ يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- ✍ لا يحب أن يحضنه أحد.
- ✍ يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- ✍ لا يخاف من الخطر.
- ✍ يكرر كلام الآخرين.
- ✍ نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- ✍ لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ✍ ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة.
- ✍ بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.
- ✍ يقاوم تغيير الروتين.
- ✍ لا ينظر في عين من يكلمه.
- ✍ يستمتع بلف الأشياء.
- ✍ تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- ✍ فقدان الخيال والابداع في طريقة لعبه.
- ✍ وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين.
- ✍ قصور أو غياب على التواصل والاتصال. (مدمد علي كامل، 2003، ص 10).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبياً حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ الوالدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي.

والأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديداً باضطراب في كل مجالات التطور عامة. (خالدة نيسان، 2009، ص 122)، حيث ترى خالدة نيسان (2009) أن الأطفال التوحديين تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطء نمو اللغة أو توقفه تماماً، أو يستخدم لغة الإشارة.

فالرضع لا يستطيعون الوغوغة وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات والجمل غير ذات معنى، وبعض الأطفال يكـون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلا من أنا) وعادة ما يقوله الآخرون. مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أن 50% من التوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، كما أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون فهم المزاج والسخرية.


يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيرا ما يكونون أكثر جاذبية، كما يذكر لويس مايدكة (1998) أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعاونون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحس وإمساك وحركات غير منضبطة. (إيهاب محمد خليل، 2003).


ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (Kanner) ابنه قائلا "بيدوا مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات عندما يؤذ، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب، يبدو أنه منسحب ومتقوقع على نفسه". (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2011، ص 36).


كما يشير كوجال وكوفرت "Koegal et Lovert" (1972) أن الأوتيزم يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية. (طارق عامر، 2008، ص 17).


أما سميث "Smith" (2001) فإنه يلاحظ أعراض التوحد على النحو التالي:


**إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:** 


 لا يطور مودة وصدقة للآباء وأعضاء الأسرة.

 نادرا ما يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.


 الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية مثل (الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).


 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 نطقي نمطي وتكراري.

 لا يحافظ على المحادثة.

 المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.

يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.

عكس الضمائر.

**الإصرار على التبادل:**

التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسياً.

ظهور سلوك تكراري.

سلوكات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.

**أنماط سلوك غير اعتيادية:**

اعتداء على الآخرين خصوصاً في حالة الشكوى.

سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.

ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات

الجديدة.

تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف. (إب- راهيم ف- رج عبد الله

الزريقات، 2004، ص 44).

إن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب

يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي

والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال و السلوك عامة ما يعيقه عن

الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.



## التشخيص الفارقي:

إن كل من اضطراب التوحد و مجموعة الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لا بد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات.

### 1- التوحد واضطراب ريت "Rett":

ينتشر اضطراب ريت "Rett" أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، كما أن اضطراب "ريت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين النمطية، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (ماجد علي عمارة، 2005، ص 78).

وعليه فإن اضطراب "ريت" يحدث لدى الإناث والذي يظهر في أعراض تتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته. (G.le Lord, 1991, p44).

يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بان المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6-8 اشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني وأهم سماته المتميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة. (ايهاب محمد خليل، 2009، ص 21-82).

فالاضطرابات صعب جدا التمييز بينهما، ما يؤدي لصعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن وذو خبرة تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبرجر "Asperger".

### 2- التوحد واضطراب اسبرجر "Asperger"

تشمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن الاكتناب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مثقال قاسم، 2000، ص 140).

هناك تشابه في نواحي القصور والمتمثل في التفاعل الاجتماعي والاتصال وفي محدودية الاهتمامات لكن على الرغم من وجود هذا التشابه بين اضطراب "اسبرجر" واضطراب التوحد إلا أنه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابين تتمثل فيما يلي:

يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يعاني الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر هذا القصور.

يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبرجر.

لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (ايهاب محمد خليل، 2002، ص 82-83).

كما أن اضطراب الأسبرجر "Asperger" لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (ماجد علي عمارة، 2005، ص 78-79).

ويبدي ترديدا لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر فهو كثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي (G.Lelord, 1991, p37).

وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبرجر بالتصايب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدة، كما أن لديهم اهتمامات متضاربة، وتكمن الاختلافات بين أطفال الاسبرجر وأطفال التوحد في النمو الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأخر واضح في نمو المهارات الحركية (جوردن ريتا، 2007، ص 08).

فالاضطرابان يظهران من أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد، لكن المخذص النفسي المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارق دقيق يدرك أنهما اضطرابان مختلفان.

### 3- التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقه أخرى أو أكثر مثل الإعاقه العقلية وهناك باحثون أمثال "فريمان وريتفو" "Frimen et Ritvoux" أكدوا بأن حوالي 57% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهام تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداءهم أقل في المهمات اللفظية، بينما يكون أداء المتخلفين عقليا منخفضا و متساويا في جوانب الأداء. إلا أنه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقه العقلية في بعض النقاط وهي:

المعوقين عقليا يتعلقون بالغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم انصافهم بذكاء متوسط.  
 للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي والبصري.  
 العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا.  
 للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا. (سهى أحمد أمين نصر، 2003، ص 227).

والطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما قد تظهر بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد المجالات كالرياضة أو الموسيقى، الرسم... إلخ (إيهاب محمد خليل، 2009، ص 86).

رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80% - 90%) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما اضطرابان منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد.

#### 4- التوحد والتخلف العقلي :

كثيرا ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي، إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي:

1- السلوك النمطي: إن السلوكيات النمطية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

2- سلوك العدوان والتخريب: منتشر أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو إعاقة عقلية شديدة.

3- النشاط الزائد: فالأطفال التوحديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، والذي يعود لوجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كهز الرأس لدى الطفل التوحدي.

4- وعن المهارات الانتقائية والعناية بالذات: فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس (سعيد حسني العزة، 2002، ص 64).

وعلى غرار الاختلاف والتشابه بين اضطراب التوحد واضطراب التخلف العقلي نجد كذلك أن اضطراب الفصام بدروه يتميز بأعراض تميزه عن اضطراب التوحد.

## 5- التوحد فصام الطفولة:

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كإضراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقى يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصهما، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدى، الذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي، فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة (خولة أحمد يحيى، 2000، ص 229).

وعلى المختص النفسي أن يحذر من تدخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقى لكي يفرق بين اضطراب التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم.

## 6- التوحد والصمم:

كثيرا ما يبدو الطفل الذاتوي أو التوحدى وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة (خالدة نيسان، 2009، ص 127). وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدى الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال وانحطاط في القوى والاكثاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما إن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي لاستفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد (G. Lelord, 1991, p23).

إن الانسحاب الاجتماعى أو الانزعاج من تغيير الروتين وسلوكيات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل التوحدى، وإذا بدا الطفل وكأنه يعاني من التوحد فلا بد من فحصه لاستبعاد الصمم ولذلك فإن اضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع (خولة أحمد يحيى، 2000، ص 229).

## 7- التوحد والحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع :

كلما كان الطفل صغير كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، وفي جملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغيير لأعراض مشتركة لمختلف الأوضاع: طفل هادئ جدا، مسالم، ساكن، غياب التعبير الإيجابي (Mimiques)، اضطرابات المزاج (Troubles de Tonus) يمكن أن تظهر في حالة الاكتئاب والحرمان العاطفي الكبير.

إذا كان نظريا قدرات التواصل محتفظة بهما يمكن أن تكون مخفية أو معيقة من الانسحاب المعمق (Le profondeur du retrait) وشدة الجمود الدركي (Mertie motrice)، غير أن الإلاحاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض السلوكيات العزلة والانسحاب عند الطفل الصغير المدروم أو المكتئب، في حين أن نفس الإلاحاح يشكل دائما ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحدي. (D. Marcelli, 2006, p300).

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جدا في الأعراض، لا بد من تشخيص فارقي دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى كما اضطراب "ريت" واضطراب "أسبرجر" واضطراب الإعاقة العقلية، كذلك التخلف العقلي وفصام الطفولة والصمم وأيضا الحرمان العاطفي واكتئاب الرضيع، ومختلف الاضطرابات الأخرى.



## النظريات المفسرة للتوحّد:

ما هو الشيء الذي يسبب التوحّد؟ هل هو مرض عصبي، أم نفسي أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة، أو بسبب رفض الأم لابنها أو خلل في الجينات أو نقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام؟ اختلفت النظريات وتعددت التفسيرات للعوامل الحقيقية الكامنة وراء اضطراب التوحّد، إذ لا يمكن إرجاع بسبب هذا الاضطراب لتوجه أو آخر لذلك سنعرض أهم النظريات التي فسرت هذه الأسباب مع اعتبار أن ما ذهبوا إليه يظل افتراضات ما زالت قيد البحث.

### 1- النظريات القديمة (النظرية السيكلوجية):

اعتقد "كانر" أن الوالدين خصوصاً الأم يتحملان المسؤولية لإصابة ابنهما بالتوحّد لتزويده بحنان ودفاء عاطفي غير كافيين وإهمالهما لطفلهما وقلة حرصهما في تربيته، ما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية (أم- طفل) والرف المتبادل بينهما، بكل ما يترتب على ذلك من آثار سلبية في النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتواصل والتفاعل الاجتماعي. (Gerard Berquez, 1983).

وهذا ما يوافق عليه "Bruno Bettelheim" الذي يرى أن آباء التوحّديون باردون وقاسون وكامنين لعدائية لا شعورية اتجاه ابنهم التوحدي، إلا أن هذه المزاعم تلاشت ولم يعد لديها أي مصداقية. (أمينة بن خروف، 2012، ص 103).

إن المقاربة السيكدونامية ترجع في محتواها إلى دراسة الذهان، حيث لم تكن لها خصوصية بالنسبة للتوحّد، الذي غالباً ما يربطه التحليليون بمصطلح "الدفاع" وبالنسبة لهم هو زهان، ومن أشهر الباحثين الذين اقتربوا من حقيقة مسألة التوحّد هم: أدباع ميلاني كلاين "Melanie Kleine" توسن "Tustin" ملتززر "Mettzer" إلا أن بتلهام "Bettelheim" وماهler "Mahler" كانا بلا شك أكثر الأعمال الضخمة نجاحاً من خلال نظرياتهم السيكدونامية التي نالت شهرة واسعة في الولايات المتحدة الأمريكية، ونقدم فيها يلي عرضاً مختصراً لهذه النظريات:

كانر "Kaner" (1943): يرجع أصل التوحّد إلى ازدياد هؤلاء الأطفال دون القدرة الفطرية والبيولوجية لتكوين التواصل الوجداني مع الناس بمعنى آخر أنه من المستحيل أن يعود المنشأ النفسي للتوحّد إلى ما بعد الولادة لأن كل شيء يحدث أثناء الولادة، إذن هناك جدول إكلينيكي نفسي ومرضي ناتج عن العلاقة (أولياء- طفل) كل شيء فطري، وبيولوجي، أي أن هؤلاء الأطفال تموقعوا في نسق حياتي يسميه كانر بـ (Nirvana)

ويتميز التوحّد عن فصام الراشد أو فصام الطفل بعد تكوين العلاقة الأولية لكي يتعدّد عنها الطفل فيما بعد فكل تواصل جسدي مباشر، كل حركة أو ضجيج معاش كتهديد لتوقيف هذه الوحدة. (ماضي ليلي، 2010، ص 72).


✍ بتلهاييم "Bettleheim" (1969): بالنسبة له يقارب المعاش التوحدي بتجربة المساجين في المعسكرات النازية. (Gueniche, 2004, p85).


ويصور التوحّد كردة فعل نفسية لوضعية قصوى بمعنى وضعية، حيث يتصور الفرد بأن أي فعل يقوم به ليس له تأثير على المحيط، ولا يزيد إلا من حدة وضعه الراهن، وحسب "بتلهاييم" الفشل الخطير والمبكر للعلاقة المتبادلة بين الطفل وأمه تجعل الطفل يواجه وضعية قصوى في المراحل الحرجة من نموه، في هاته الظروف الطفل التوحدي يتخاض عن العالم الخارجي وينطوي على نفسه، يتفادى كل عمل قد يسبب له الإحباط أو عدم اللذة، يكرس كل طاقته في تعطيل المحفزات الخارجية ويعيش كل تدخل في عالمه الداخلي كتهديد بالانفصال أو الهدم.

✍ ماهلر "Mahler" (1973): وصفته الذهانات التوحديّة بمقارنتها مع الذهانات التعايشية وحددت الميكانيزمات المستعملة من طرف الطفل من أجل الحفاظ على كيانه من الناحية النفسية، أحد هذه الميكانيزمات الدفاعية والمسماة "بميكانيزم الدعم" مستعمل من طرف الطفل التوحدي وهو سلوك هذيانى سلبي يلغى إدراك الأم عندما لا تكون مفهومه من طرف الطفل كمرجع عاطفي خارجي ثابت، الجدير بالذكر أن هاته المقارنة للتوحّد تفترض وجود مرحلة توحديّة عادية عند الرضيع. (Kardif et Gepner, 2003, p71 - 73). بين 5 و 6 أشهر (المرحلة الأولى للنمو) توافق النرجسية الأولية لدى فرويد "Freud" ومتبوعة في الحالات غير المرضية بمرحلة تلاحمية عادية مع الأم بمرحلة انفصال تفرديّة.

✍ ميلاني كلاني "Milany Klayne" (1968): اقترحت عدة مفاهيم جديدة لفهم الفصام الطفولي (التقمص الاسقاطي) وضعية فصامية، عضامية، وضعية اكتئابية لانشاط الموضوع، الثدي الجيد والسيئ... إلخ، وتمكنت من خلال الممارسة الإكلينيكية بفتح الطريق لمقارنة التوحّد الطفولي، حيث ترى بأن المراحل الذهانية المبكرة مشتركة بين جميع الأفراد، وبالنسبة لها أسباب جميع أشكال الذهانات الطفولية يبحث عنها في تثبيات مرضية بهذه لمرحلة الذهانية المبكرة وبالتحديد في مرحلة الفصام البارانويدي مما لا يسمح

بالمروور إلى مرحلة الاكتئاب، يقوم الطفل بشطر أجزاء خارجية من نفسه ومن العالم الذي يعتبره سيء ولا يحتفظ إلا بالجيد الذي يندمج معه ويبقى إذن في التجزئة (التي يشهد عليها هذا الانشطار)، ويصبح محيطه مضطهدا أو خطيرا، الطفل الذي يكون عادة في سن (6-8 أشهر)، لا يستطيع الوصول إلى مرحلة الاكتئاب التي تسمح بتخفيف الانشطار وتقبل التجاذب الوجداني، وبفضلها يفهم الموضوع في نفس الوقت كجيد وسيء.

 فرانس توستن "Tustin" (1982، 1977-1992): بالنسبة له هناك انقطاع مبكر للاستمرار بين المنطقة الفمية للرضيع والثدي المعاش باستمرارية لنفسه (إحساس جدي بالانفصال الجسدي) يصبح مسؤولا عن "الاكتئاب الذهاني" أو عن الثقب الأسود المخيف أين يمتص فيه المتوحد... - وحسب رأيه، الطفل يمكن أن يهيئ عالمين للدفاع الذهني من أجل حماية نفسه من الاكتئاب الذهاني: تكوين "درع ذهاني" (رد فعل من خلال العالم الخارجي) يقصى "الأننا" أو يخلط بين "الأننا/ اللأنا"، أي (ردة فعل من خلالها العالم الخارجي ليس مرفوض كاملا بل معكرو) وفي كلتا الحالتين الفصل بين الذات والواقع الخارجي قد تم إنكاره. (Gueniche, 2004, p84-86).

 ملتزار ومساعديه (1980): وضعوا مفهومين لمناقشة التوحد "الهدم" و"التقمص" الشبقي مصطلحان يترجمان فسادا في أبعاد العلاقة مع الموضوع، وفي سياق أعمال ميلاني كلاين ملتزار أبرز حاجة الرضيع إلى قوة تقارب بكل فوائدها حول موضوع واحد، قدرة على الجمع والربط بين مختلف مجالات الاستثمار الحسي،... وقد وصف ملتزار هؤلاء الأطفال كمستخدم (غير نشط) نمط خاص من سيرورة الانشطار، بناءا عليها يقدرون أنهم بقدراتهم الحسية المنفصلة: اللمس، السمع، الشم... إلخ.

وهكذا يتقلص الموضوع إلى أحداث متعددة لها نفس الإحساس، حيث الحركة أو السكون يصبح غير مميزة من طرفهم، ويضيف ملتزار بأن هذه السيرورة توصل إلى تحويل الموضوع إلى أجزاء مبسطة تفصل حسب نماذج التجربة الحسية بدلا من الانشطار حسب خطوط التجزئة الحسية، في هذه الوضعية الدفاعية المهدمة الاستثمار لا يكون في الموضوع بل في الأحاسيس نفسها مما تجعل الطفل التوحدي يعيش في عالم موحد الإحساس، موحد الأبعاد، هذا الهدم للذات يمنع من تكوين فضاء نفسي وإعداد للزمن، عندما يبدأ الطفل التوحدي بالعودة إلى الاتصال، هذا الأخير يكون حسب طريقة التقمص الملازم بمعنى سيرورة يتقمص من خلالها الطفل التوحدي، يلتصق يختلط مع الموضوع

مما يقوده إلى "التقليد الوثيق" للمظهر وللسلوك الخارجي لهذا الموضوع أكثر من الحالة أو الصفة الذهنية. (Tardif et Geper, 2003, p73-74).

وينيكوت "Winnicott": يرى أن الحرمان المبكر يجعل الطفل يلجأ إلى الإحساسات للاحتفاظ بخيال الالتحام مع الأم، هو أم النزاع يؤدي إلى التوحد، وللدفاع عن نفسه يقوم الطفل التوحد بدفاعات مكثفة من بينها الإنكار لكل انفصال فيكون قوقعة يستمر فيها كل إحساساته الداخلية.

انزيو "Anzieu.D": يرجع التوحد إلى عدم المقدرة على التمييز بين حدود الذات ويسمه بالأننا- جلد فغياب هذا الأننا جلد يؤدي بالطفل التوحد إلى قنوع: مهدد بالسقوط- في خطر الخلاء- في خطر السيولان كبقعة ماء- وللمقاومة يحدث عن حماية عبر جلدتان وبالتالي يكون قوقعة عضلية أو يستعمل ثوبا يرفض نزعه فيما بعد. (ماضي ليلي، 2010، ص 65-72).

كما نجد الاتجاه النقيض الذي أظهر العديد من الدراسات والبحوث والبراهين والدلائل الكافية، حيث تبين دراسة "كانتول" و"باركر" و"كروتر" (1978) أن آباء الأطفال التوحيديين كان لديهم أبناء آخرون أسوياء وأصحاء قاموا بتربيتهم بهذه الطريقة وحتى لو تم تجاهل هذه النتائج فإن اتجاه العلاقة المحتملة بين خصائص الآباء والإصابة بالتوحد وليس من السهل تحديده، حيث أن أي سلوك منحرف من الآباء يمكن إرجاعه إلى أنه استجابة أو رد فعل السلوك السوي للطفل أكثر مما هو العكس.

## النظريات الحديثة:

### أ- النظرية البيولوجية والوراثية: النظرية البيولوجية:

تكون الإصابة بالتوحد في الغالب مصدوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع، ويصعب تحديد عوامل اجتماعية للإصابة بالتوحد، ومن حيث النظرية البيولوجية نجد أن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث، ومن حيث الإعاقة المصاحبة للتوحد، فإنها تتمثل في الإعاقة العقلية، والصرع وأعراض عصبية وصعوبات أثناء الحمل ومشكلات أثناء الولادة، ومن حيث الارتباط بين التوحد وحالات أخرى، نجد هناك حالات وراثية (جينية)، وحالات أيضية، والتهابات فيروسية، وفي الواقع أن هناك أسباب بيولوجية (خفية) تصاحب كل حالة من حالات التوحد لم يتم التعرف إليها في حالات قليلة. (أسماء لجلط، 2012، ص 62).

### النظرية الوراثة:

وقد أشارت الأبحاث إلى أن أسباب الإصابة باضطراب التوحد هي نتيجة الاختلال الحيوي أو العصبي من الدماغ أي أنه اضطراب وراثي،... وتتناهى في الأوساط العلمية فكرة وجود أسس وراثية للتوحد وتطور الأبحاث للتقصي عن وجود جين معين يرتبط بوجود التوحد. (صندقلي، 2012، ص 80).

وفي إحدى الدراسات على التوائم تبين إمكانية حدوث التوحد في كلاً من التوأمين تصل إلى 50% مما يجعل الوراثة سبباً مهماً.

كما أظهرت دراسة أخرى أن العائلة التي لديها طفل توحد يلاحظ لدى بعض أفرادها اضطرابات في التعليم واللغة ومشاكل تطويرية أخرى بدرجات متفاوتة، كل هذه المعلومات تجعل من العامل الوراثي سبباً مهماً جداً وهناك أمراض وراثية تزيد من نسبة حصول التوحد ولكن الترابط بينها ليس واضحاً بشكل كافٍ منها:

- الاخلل الكيمياوي الحيوي الموروث "Phenyl Ketonuria": وهو افتقار القدرة على التخلص من الحامض الأميني مما يؤدي إلى تخلف فكري شديد مع تلف في الدماغ.
- التشوه الجيني الموروث Sclerosis Tuberosus: وهو تورم في الدماغ يؤدي إلى الصرع والتخلف الفكري مع بقع على الجلد.

➤ العوق الجيني الموروث "Neuro Fibromatosis": وهو خلل عصبي مع علامات على الجلد.

➤ متلازمة أكس فراجيل "Fragil X Syndrome".

وفي دراسة للجينات في الإطار ذاته صدرت د. "بينيت ليفينثال" من جامعة شيكاغو بأن هناك على الأقل 5 إلى 6 جينات تسهم في الإصابة بالتوحد، وقد اقترحت الدراسات المتخصصة بهذه الجينات متواجدة في منطقة الكروموزوم 7-13 و 15. وأوضحت د. "بانزيشياردوير" الاختصاصية في علم الأجنة في المدرسة الطبية في جامعة روشيستر بأن الخلل الدماغى في التوحد يحدث ما بين 20 و 24 يوما بعد الولادة، وهي تشير أيضا إلى جينات معينة في بناء الدماغ تسمى "Hox Genes" هي المتغيرة في اضطراب التوحد. (صندقلي، 2012، ص 82).

أما د. "مارجريت بومان" الاختصاصية في علم الأعصاب في جامعة هارفرد، فقد أشارت إلى أن الخلل ربما يحدث قبل منتصف الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وإذا حصل هذا الخلل في فترة نمو الجنين فسيفقد هذا الطفل بعض خلاياه الدماغية، ومنذ عام 1983 درست د. "مارجريت بومان" مع مجموعة من الباحثين نسيج الدماغ الذي حصلوا عليه من تشريح الأطفال التوحديين والكبار، وقد نتج معهم أن أدمغة تظهر طبيعة، ولكنها عامة أكبر وأثقل من الغالب، والأهم من ذلك أن دراساتهم أشارت إلى وجود شذوذ في المناطق الرئيسية الثلاثة التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي، وأجزاء الفص الجبهي الأمامي التي تمكن من اتخاذ القرار والتخطيط، حيث تظهر هذه الأجزاء أثنى من الطبيعي، كما وجدت أن الخلايا في النظام الحوفي "Limbic System" التي يتم عن طريقها صنع العواطف فهي تظهر أصغر بمقدار الثلث عن الحجم الطبيعي وبأعداد كثيفة، كما أن هناك خلايا غير مكتملة مع توقف نمو الاتصالات والترايط فيما بينها، أما الخلايا الموجودة في المخيخ والتي تساعد في التنبؤ عما سيحدث فيما بعد في لغة الحركات والتأمل والعواطف هي أقل بـ 30% إلى 50% من الطبيعي، وأوضح د. "أميرال" بأن أعراض التوحد يمكن أن تقتفى مشاكلها في كل هذه المناطق الدماغية. (نفس المرجع، 2012، ص 83).

نظرية الإلتهابات الفيروسية:

- كأن تصاب الأم الحامل أو الطفل في مرحلة مبكرة من حياته ببعض الالتهابات الفيروسية قد تؤدي إلى التوحد، ومن هذه الالتهابات:
- ✓ الحصبة الألمانية **Congenital Rubella**.
  - ✓ تضخم الخلايا الفيروسية **Congenital Cyto Megallo Virus**.
  - ✓ التهاب الدماغ الفيروسي **Herpes Encéphalites**. (نفس المرجع، 2012، ص 84).

**ب- النظرية الكيماوية الحيوية:**

وتفترض حدوث خلل في بعض النواقل العصبية مثل (السيروتونين والدوبامين والبيبتيدات العصبية)، حيث إن الخلل البيوكيميائي في هذه النواقل من شأنه أن يؤدي إلى آثار سلبية في المزاج والذاكرة وإفراز الهرمونات وتنظيم حرارة الجسم وإدراك الألم. (عادل جاسب شبيب، 2008، ب. ص).

فالكيماويات الحيوية تعلب دورا مهما في عمل الجسم البشري إذ أن الدماغ والأعصاب تتكون من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع نقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية (**Neurotransmitters**) وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر بحسب عملها في الحادثة الطبيعية، ومن بين هذه المواد تلك التي تتحكم بالانفعالات والعواطف (**Nor- Epinephrine, Dopamine (Serotonin)**)، وقد لوحظ ارتفاع نسبة السيروتونين لدى الأطفال التوحديين بنسبة 100% ولكن ما زالت العلاقة غير واضحة مع التوحد، أما الدوبامين الذي يزيد في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسدية عند التوحدي فقد وجدوا له علاجا مناسباً **Dopamine Antagonist** وهو يؤدي إلى تحسن الحركة الزائدة عند الأطفال الذين يتصفون بكثرة الحركة حتى من دون إصابتهم باضطراب التوحد.

أما فيما يخص بشأن (**Nor-Epinephrine**) فهو يتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس، الذاكرة والانتباه ويلعب دورا مازال إلى الآن مجهولا في حصول التوحد. (صندقلي، 2012، ص 85).

## ج- نظرية التطعيم الثلاثي:

هل يسبب لقاح M M R التوحد؟

بعد الجدال الدائر حول دور لقاح (M M R) (وهو تطعيم مضاد للأمراض الحصبة، والحصبة الألمانية و النكاف) باعتباره سببا للتوحد من أكثر النقاشات حدة في السنوات الأخيرة، لقد كانت بداية التعرف على هذا اللقاح واستخدامه في الثمانينات من القرن الماضي، وهو عبارة عن خليط مكون من لقاحات ثلاثة تعطي معا بإبرة واحدة وعلى جرعتين الأولى في الشهر الثالث عشر من العمر، والثانية ما بين 4 و 6 سنوات.

إن التأثير العام لهذا اللقاح واضح جدا...، إن اكتشاف واستخدام لقاح (M M R) قوبل بكثير من الترحيب والقبول كعلاج واق نجح بشكل هائل في حماية ملايين الأطفال من الموت أو الإعاقة، غير أن هناك احتمالا بوجود آثار سلبية لهذا اللقاح وهو دوره المفترض في حدوث التوحد، ولقد دعمته وجهة النظر تلك بواسطة التقرير الذي أعده طبيب أمراض المعدة والأمعاء الإنجليزي الدكتور أندرو ويكفيلد "Andrew Wakefield"، فقد لاحظ هو وزملائه خلال الأبحاث التي أجروها أن لقاح (M M R) يؤدي إلى اضطرابات في الأمعاء والأعضاء الداخلية للجسم وهذا بدوره يؤدي ليس فقط إلى عجز في وظائف الأمعاء، لكن أيضا في تدهور واضطراب نمائي لدى 12 طفلا، حيث لوحظ عليهم التوحد، ونتيجة لذلك افترض ويكفيلد وزملائه وجود علاقة سببية بين هذا اللقاح واضطراب التوحد، فأين تقف نتائج الأبحاث الآن عن العلاقة بين التوحد ولقاح M M R؟.

ولإجابة عن هذا السؤال نقول أن معظم الأبحاث والدراسات لا تؤيد الربط بين الاثنين، إذ راجعت ودرجت كثير من الأبحاث عن العلاقة بين اللقاح M M R والتوحد، بما فيها دراسة ويكفيلد، ولم تجد هناك أي ارتباط بين التوحد واللقاح المذكور.

ودراسة تناولت عينة من 473 فردا توحديا من خمس مقاطعات في شمال سرف لندن ممن ولدوا بين العامين 1979 و 1998، لم يجد الباحثون زيادة كبيرة في عدد المصابين بالتوحد بعد البدء باستخدام برنامج التطعيم بلقاح M M R عام 1988، كل تلك الدراسات وغيرها قدمت أدلة مقيدة تنفي العلاقة السببية بين لقاح M M R والتوحد. (تأليف: لورا شريمان، د.فاطمة عباد، 2010، ص 118-119).

## د- النظرية الصينية:

عرف الصينيون التوحد منذ أكثر من 2000 عام، وبدؤوا بمعالجته عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد، كما ساعدتهم على تحسن الأعراض السلوكية المرافقة لهذا الاضطراب وكان الرأي السائد عند علماء الصين أن مسببات التوحد ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل، وقد اختلفت الآراء التشخيصية لهذا الاضطراب بين الطب الصيني والطب الغربي، وكانت المصطلحات الصينية مختلفة ومثيرة للجدل مثل نظرية الكلى في مجال التوحد، حيث تنص أن الكلى عضو موجود منذ الولادة، بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيس بعد الولادة، وبناء على هذه النظرية فإن سبب التوحد بعد الولادة غالباً ما يكون تلفاً في الجهاز الهضمي كمشكلة في الطحال أو المعدة مما يمنع الجسم من امتصاص فيتامين (B6) وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور الدماغ وصيانتها.

أما إذا كان اضطراب التوحد يعود إلى قبل الولادة فالسبب يعود إلى مشكلة في وظيفة الكلى لدى الوالدين أحدهما أو كلاهما ويشير الأطباء الصينيون أنه يكون لدى الأم الكلى ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين (B6) ونقصه يؤثر على بناء ونمو المخ فيولاد الطفل مصاباً باضطراب وظيفي في المخ. (رابح شليحي، 2010، ب. ص).

## ه- نظرية الاضطراب الأيضي:

أكد "ذيب" (2009) أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحديين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح الزوجة والمرونة أثناء العجين، و بروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب وسيتدلون على ذلك من خلال إسفراغ الطفل المستمر للحليب و الإكزيما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغريبة تحت الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك أو الإسهال المزمن، وعدد أهم أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد التوحديين:

✓ حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتيريا الموجودة في المعدة.

✓ زيادة الأفيون في المخ.

✓ عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت.

✓ النفاذية المعوية.

✓ نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم. (أمينة بن خروف، 2012، ص 108).

### و- نظرية التلوث البيئي:

ذكر "بيرنارد رميلاند" **Bernard.R** (1995) أنه قد ثبت في عدد من البحوث علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات، ففي قرية صغيرة في ولاية "ماساشوسيت" يبلغ عدد سكانها 36000 نسمة، ظهر أن هناك ارتفاع غير طبيعي في انتشار حالات التوحد، حيث وجد أن هناك إصابة طفلا في كل مائة طفل، وهي نسبة عالية للغاية بالمقارنة بنسبتها في المجتمع الأمريكي العام (4-5 في 10000)، مما أثار اهتمام المسؤولين في الأجهزة المعنية بالصحة في هذه القرية، وهناك عاملا معينا وغالبا هو نفايات كيميائية تلوث البيئة،...، وتحتوي هذه النفايات السائلة على كيماويات أهمها الرصاص والزنك اللذان تثبت علاقتهما كعامل مسبب للإعاقة الذهنية، فضلا عن أول أكسيد ومركبات النتروجين الأخرى، ومركبات الكبريت وغيرها التي تنتج من احتراق وقود المازوت في المصانع، وجد أن هناك مركبات مورفين **Casomorphin** وجليوتومورفين **Glutemorphin** ومصدر هذه المواد شبه الأفيونية هو الحليب والشعير وهذه المواد عبارة عن بروتينات تنتج عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة لدى التوحديين، وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني مخدر، وقد وجدت في قراءات تحاليل البول لدى المصابين بالتوحد كما وجدت هذه المركبات في الدم، ويفسر ذلك نظرية تسرب الأمعاء أو إصابة التوحديين بمتلازمة الأمعاء المسربة (**Glutemorphin**) ومصدر هذه المواد شبه الأفيونية هو الحليب والشعير وهذه المواد عبارة عن بروتينات تنتج عن عدم هضم الكازيين والجلوتين بطريقة فعالة لدى التوحديين، وبالتالي أصبحت ذات مفعول أفيوني مخدر، وقد وجدت في قراءات تحاليل البول لدى المصابين بالتوحد كما وجدت هذه المركبات في الدم، ويفسر ذلك نظرية تسرب الأمعاء أو إصابة التوحديين بمتلازمة الأمعاء المسربة (**Gut Syndrome Leaky**) وهو ما أجمع عليه الباحثون وقد أكد آلن فريدمان **Alen Fredman** وجود هذه المواد ذات طابع أفيوني، وأضاف بأن هناك مركبين آخرين جدا في قراءات تحاليل البول هما ديلت-ورفين وبيروم-ورفين، هاتان المادتان تفوق قواما الهيروين والمورفين، وهذه المواد النسبية المورفينية قد تسربت عن

طريق الأمعاء، فتدخل هذه المركبات الأفيونية إلى المخ وتخترق الحاجز الدموي الدماغي.

وتتعامل مع مستقبلات المخ فيصاب التوحدي بالأفيون المخدر وهذا أيضا يفسر نظرية زيادة الأفيون لدى التوحديين، حيث أن المواد إما أنها تسبب التوحيد أو تزيد من الأعراض.

تحدث عن هذه النظرية الفهد في المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة وللتأهيل لجمعية الأطفال المعاقين ومركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة، وذكر أن نظرية زيادة الأفيون المنحدر التي وضعها جاك بانكسبب "Jakk Pankespp" (1979) تنص على أن لدى التوحديين زيادة في مادة الأفيون المخدر دون استخدام الأفيون ولإيضاح ذلك هناك ثلاث مستقبلات تتعامل مع المنحدر في المخ فإذا زاد المخدر عند الطفل تنتج عنه تصرفات لا يحمد عقباها. (أدافر لامية، 2011، ص 52-53).

### ز- نظرية العقل أو المعرفة:

تختلف نظرية العقل أو المعرفة عن النظريات السابقة في كونها لا تتبنى الجانب الفسيولوجي، بل إن نظرية العقل تتبنى الجانب النفسي المعرفي المعلق بعدم اكتمال نمو الأفكار بشكل يواكب النمو الطبيعي لمختلف النظم الإدراكية والمعرفية التي تنمو بشكل طبيعي جنباً إلى جنب مع هذه الأفكار، إن عدم اكتمال نمو الأفكار هذا يؤدي بدوره إلى عدم القدرة على حل المشكلات التي تواجهها الفرد في حياته الاجتماعية والمواقف اليومية، وعليه فإنه لا يستطيع فهم أن لدى الآخرين أفكاراً ومشاعر يمكن قراءتها من خلال الإشارات والإيماءات وأوضاع الجسم. (الزراع، 2014، ص 52).

ويذكر هالاهان وكوفمان "Hallahan et Kauffman" (2006) أن نظرية العقل أو المعرفة تشير إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة مثل: النوايا، المشاعر، المعتقدات والرغبات وفي هذا فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل: نبرة الصوت وتعبيرات الوجه، كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول، وذلك باستخدام إشارات مشابهة، وفي واقع الأمر،

يبدى الأطفال ذو اضطراب التوحد درجات متباينة ومختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو الاستدلال عليها، كما أن بعضهم في الواقع لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين، وهو ما يجعلهم غير قادرين على القيام بأخذ دور الآخرين. (Hallahain et Kauffman, 2006).

## علاج اضطراب التوحد :

إن كون التوحد اضطراب ذو أعراض تختلف من طفل لآخر كما تختلف في الشدة والحدة، فإنه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال المتوحدين، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية. فالعديد من الدراسات أشارت على أن التوحد ليس اضطراباً ذو علاج شافٍ مدام سببه الرئيسي غير معروف، ورغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساعدة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للأطفال والتقليل من أعراضه وكذلك التعديل من سلوكه، وعلاج مشكلات اللغة والاتصال، ويكثرون العلاج أيضاً بالموسيقى والفن والأدوية والعقاقير. وستعرض في هذا البرنامج مختلف البرامج العلاجية التي قد تساعد الطفل التوحد على عيش حياة عادية... ذلك من خلال علاج نفس... سلوكي، دوائي، غذائي... إلخ.

### 1- العلاج النفسي :

حسب (محمد أحمد الخطاب) كان استخدام 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 التوحد 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 احتكاك جسدي بالطفل، ذلك لأنه يصعب عليه تحمله ومعظم برامج المعالجات التحليلية مع الأطفال التوحدين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصديقة من الناحية العقلية. كما أن الكفالة النفسية للأطفال التوحدين 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 والحركي. (Petit la Rousse de la Médecine, 2007, p104). وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن أي طفل يعاني تأخر لغوي، اجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي. (محمد علي كامل، 2003، ص 11).

يؤكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج النفسي في مساعدة الطفل التوحدي وكذلك أسرته، إلا أنه ليس العلاج الوحيد، كما أنه غير كافي، ولهذا فإن حالة الطفل التوحدي يمكن أن تتحسن أكثر وذلك من خلال العلاج الطبي.

## 2- العلاج الطبي :

الهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

لقد استخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحديين بشكل مباشر، استعمل الليثيوم (Lithium) في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس-الاكتئاب)، وقد أظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين ومع الاضطراب الانفعالي الهوسي الاكتئابي، وعقار النالتركسون (Naltrexone) لا زال قيد الدراسة ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، وخفض السلوكيات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

وعقار الفينفلورامين (Fenfluramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال التوحديين لهذا العقار منها تحسن السلوك الاجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التملل الحركي وهناك بعض العلامات والإشارات السلبية مثل فقدان الوزن والنعاس واضطرابات في النوم.

كما أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم نوبات صرعية وخصوصاً أولئك الأشخاص المصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) ويعطون أدوية مضادة للصرع، أيضاً الحبسة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد ولقد أعطيت العقارات الدوائية أهمية وانتباها ويحتاج الآباء والمعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريبهم على علاج التوحد باستخدام أدوية مثل بارالديهيد (Paraldehyde) أو الفوليوم (Valium) ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الأطفال التوحديين لضبطها بشكل مناسب.

ولدى العديد من الأفراد التوحديين مشكلات في النوم، ويمكن لمادة ميلاتونين (Melatonin) المنتجة من خلال هذه الغدة الصنوبرية في الدماغ أن تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم- الصحيان.

وهناك أدلة على أن فيتامين (B6) يساعد في علاج التوحد، حيث أن المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة، كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات، تقوي دور الإنزيمات في الجسم. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص 229-300).

بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية، فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته، من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها والمدة التي يستمر في تعاطيه هذا، علماً أنه لحد الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحـد، لكن هناك ما يخفف من حدة الأعراض ويساند ويسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدئ من ثورات الغضب. (محمد أحمد الخطاب، 2009، ص 93).

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذه الأدوية والعقارات يـؤثر في نوبات الهيجان والغضب لدى الطفل التوحدي، كما يـؤثر على سلوكه بالتالي لا بد من مساعدة الطفل على تعديل السلوك وذلك يكون من خلال العلاج السلوكي.

### 3- العلاج السلوكي :

تقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل، ويرجع سبب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحـد لعدة أسباب منها:

1- أنه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.

2- هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب المؤدية إلى التوحـد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.

3- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.

4- ثبت نجاح الأسلوب وقد اتفق المختصون أنه يمكن استخدام النمذجة والاشراط الإجرائي لمساعدة التوحديين. (بـحي القباني، 2001، ص 249).

بعد أن يتم تعليم الطفل التوحدي السلوك الجديد فإن المختص أو الأسرة يعملان مع الطفل على تطبيق هذا السلوك الجديد في مواقف مختلفة كما تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد وهذا سننـعرض إليه في طريقة لوفاس (Lovaas) في تعديل السلوك.

### 3-1 طريقة لوفاس في تعديل السلوك Lovaas Behavior Modification :

تم استخدام هذا الأسلوب لأول مرة من قبل (لوفاس) في أمريكا في فترة الستينات وتم استخدام طرق عقاب قاسية لتخفيف السلوك غير المرغوب فيه، وظهرت الفكرة مرة أخرى وأصبحت شائعة للأطفال ما قبل الدراسة، لأنها توفر نوعاً من العناية بأمل الشفاء. (خالدة نـيبان، 2009، ص 134).

وتعتمد طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية

الاشراطية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف واسـطون (watson) في بداية القرن الماضي، المطور من خلال سـكنر (Skinner) لاحقاً، محاولاً ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة، وعدم تشجيع السلوكيات غير المرغوبة، لقد أشار لوفاس بأن الطفل التوحدي يمكن بأن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنظم.

إن طريقة لوفاس تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان، وتمكن الآباء والمعلمين لأن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال المتوحدين، تطبق البرنامج بكفاءة ودقة يقوي حياة الطفل التوحدي ويغذي علاقته مع الأسرة والأصدقاء. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقات، 2004، ص 307).

إنه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط، وإنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم على استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدريب عليها بشرط أن يكون الهدف واضحاً وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم أساليب السلوك الاجتماعي. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2000، ص 94).

إن محاولة تعديل سلوك الطفل التوحدي تجعله يصاب بنوبات غضب و هيجان خاصة وأن من خصائصه رفض التغيير في البيئة، ومن أجل هذا أوردنا عنصر وهو يتحدث عن كيفية التعامل مع هذه النوبات.

### 3-2 التعامل مع نوبات الهيجان أو الغضب:

إن كل نوبات الغضب و الهيجان أو تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات تحدث عند مواجهته لموقف لا يستطيع القيام بالمطلوب فيه مثلاً من حل سؤال أو كتابة جملة أو رسم شكل محدد أو غيرها من مهام مسؤولية التعلم، لذلك يجب الانتباه للطفل التوحدي ومعرفة حاجاته الفعلية المسببة له نوبات أو الاندفاع السلوكي، والاستجابة الفورية لها بتوفير الدعم والتعزيز النفسي والسلوكي المادي الذي يمكن الطفل التوحدي من إدراك نواقص سلوكه وآليات انتقاله للتعلم من موقف لآخر، وحضن أو ضم الطفل بهدوء والتحدث معه ببطء، ووضع عن مواقف التعلم الحالية. (محمد زياد حمدان، 2002، ص 119).

وهناك أيضاً العلاج بالمعانقة وقد يقوم الآباء بمعانقة الطفل لمدة طويلة من الوقت حتى وإن قاوم أو عارض الطفل، ويعتقد من يستخدمون هذه التقنية أنه يدعم الرابطة الانفعالية بين الآباء والطفل، ويزعم البعض أنه ينشط أو يحفز أجزاء معينة من الدماغ الذي يمكن الطفل من الإحساس بدود بدنه. (محمد السعيد أبو حلاوة، 1997، ص 39).



## 4- العلاج البيئي :

يتضمن العلاج البيئي في علاج "إعاقة التوحد" تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2000، ص 94).

والعلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول حياة المريض أو بيئته المباشرة، كما يشير المصطلح إلى مفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعا علاجيا، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء، ويعتبر المصطلح مكافئا لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطي وبالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج الذاتوية. (محمد أحمد الخطاب، 2009، ص 91).

وعليه فإن العلاج البيئي أثبت فعاليته وأهميته في المساهمة في علاج اضطراب التوحد كغيره من العلاجات الكثيرة الأخرى التي ساهمت في محاولة علاج التوحد كالعلاج بالحمية أو النظام الغذائي.

## 5- العلاج الغذائي :

لقد أعطت المشكلات الغذائية أهمية لاحتمالية أن يكون سببا في التوحد فالأطفال التوحديون غالبا ما تكون لديهم متغيرات قوية من الطعام، أو حُب وتفضيل لبعض الأطعمة، وربما يطورون اضطرابا في عملية الهضم، وهناك مؤشرات على أن الأحامض الأمينية تريبتوفان (Tryptophan) في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي المهمة لسيروتين الناقلات العصبية وعلى السلوك.

لقد أشارت أدلة إلى أن الأطفال التوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي، ل كاسيين "Casein" بروتين حليب البقر، وجلوتين (النشا) وهذا يمكن أن يكون سببا للتوحد، واعتمادا على ذلك فإن الدراسات تشير إلى أهمية الزنك بـفيتامين (B6) في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات. (إبراهيم عبد الله، فرج الزريقات، 2004، ص 299).

فتعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل، وعادة ما يصاب أطفال التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية، كفقير الدم والسمنة وتسوس الأسنان وبعض الاضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال والحساسية الغذائية وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تحقيق حدة أعراض التوحد. (نادية عبدالرحمان ويلج اللهبي، 2009، ص 50).

ويستعمل في علاج التوحد النظام الغذائي الذي يخفف من مضاعفات الاضطرابات النفسية السلوكية، التي قد تحددها الحساسية لدى الطفل التوحدي وذلك باتباع ما يلي:

✍ إعطاء الجرعة ضد الحساسية وإبعاد الطفل التوحدي عن البيئة كونها مصدر الحساسية

✍ تتناول وجبات غذائية متوازنة.

✍ إضافة لتناول الأطعمة الطبيعية وبعض الزيوت كزيت كبد الحوت.

✍ كما ينصح بأحد الفيتامينات المركبة، والحقن ببعض المواد الحيوية.

(محمد زياد حمدان، ص 123).

إن العلاج الغذائي يعتبر من بين العلاجات التي تكاد تحقق أعراض التوحد كما تخفف الحساسية لدى الطفل التوحدي و بالإضافة إليه يركز في علاج هذا الاضطراب على حواس الطفل لإدماجه وكذا إدماج حواسه كالتدريب على الدمج الحسي.

## 6- التدريب على الدمج الحسي :

على ضوء تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين قدرة المؤثرات الحسية والعمل سويا ليكون رد الفعل مناسباً، هناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون مشاكل حركية والأطفال قد يستفيدون من هذا العلاج. (يحيى القبانى، 2009، ص 133).

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن التدريب بالدمج الحسي ربما يكون مفيداً للأطفال التوحديين والدراسات المجرات على هذه الطريقة قليلة ونادرة، مع ذلك فقد أدت إلى استنتاجات عكسية ومع أن هذه الطريقة لا يبدو أنها تحسن اللغة أو تضبط السلوكيات التوحدية، أو تقلل من السلوك التوحدي، إلا أنها تقدم أنشطة طبيعية وصحية وهذه الأنشطة مهمة للأطفال التوحديين كما هي مهمة للأطفال العاديين.

إن أشكال النشاط الأخرى غير المعالجة بالدمج الحسي مثل ألعاب سطح الطاولة أو التسلق على أدوات وأجهزة الملعب ربما تكون ممتعة وصحية ولا تحتاج إلى إشراف متخصص. (إبراهيم فرج الله الزريقات، 2004، ص 303-304).

إضافة إلى العلاج بالدمج الحسي للطفل التوحدي نجد علاجات أخرى منها العلاج بالدمج السمعي.

## 6-1 علاج التوحد بالدمج السمعي :

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات، ونسبة نجاحه تتجاوز 80% لقد ظهر أولاً في فرنسا، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين، ويتألف من ساعتين ونصف للاستماع مرتين في اليوم، والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى المبرمجة، إن الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بانخفاض الحساسية للصوت وزيادة قدراتهم على الكلام. (خالدة نيسان، ص 132).

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي، ويفيد المدافعون عن هذه الطريقة أنها تساعد ذوي إعاقة التوحد على تلقي مدخلات حسية. (محمد السعيد أبو حلاوة، 1997، ص 39).

فالتدريب الطفل التوحدي على الدمج السمعي ضروري كضرورة تدريبه على التدريب البصري.

## 6-2 علاج التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديين إلى أن عيونهم تألّمهم عندما يرون بعض الألوان، ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال التوحديين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفّة للنظر. (إبراهيم عبد اله فرج الزريقات، 2004، ص 303).

كما أن معظم السلوكيات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات التعلم تنجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى عن توفير معلومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئية التي تمثلها ولذلك يجب تتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد للتغلب على الضعف والتشوش الذي قد يحدث، هذا إضافة لضرورة عرض المريض على أطباء عيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصّحية لحل مشاكل القرب أو البعد البصري. (محمد زياد حمدان، 2002، ص 121).

فعلاج الطفل التوحدي من خلال التدريب على الحواس وكذا السمع والبصر مهم جدا لأنه يساعد ويسهل العلاجات الكثيرة الأخرى التي تعتمد على هذه الحواس كالعلاج بالموسيقى.

## 7- العلاج بالموسيقى:

وجد أن العلاج بالموسيقى له تأثير قوي على الأشخاص المصابين بحالة التوحد، حيث أن لها تأثير واضح في تغيير بعض السلوكيات، يساعد صوت الموسيقى الطفل الذي يعاني من ثورة نفسية قوية تتمثل في إظهار المزيد من الحركات النمطية ثم يبدأ بالهدوء شيئا فشيئا، حتى يستحوذ صوت الموسيقى على تركيزه فيتخلص من تلك الحركات والانفعالات المختلفة.

والأشكال الإيقاعية والموسيقية تلعب والتفاعل يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحديين، وتسهل العمل الموسيقي بطرق متنوعة كمساعدة التدريس، كما أن علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقي مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الانفعالي والاستعدادات التواصلية للأطفال التوحديين وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو والتعليم. (إبراهيم فرج الله الزريقات، 2004، ص 324).

كما تعتبر الموسيقى لغة عالمية يفهما الجميع وكذلك الطفل التوحد، حيث يستجيب لها شعوريا وسلوكيا وذلك بالاسترخاء والهدوء والرغبة في الاستجابة للآخرين والتفاعل معهم. (محمد زياد حمدان، 2002، ص 121).

وإن كان للموسيقى أهمية في علاج الطفل التوحد وتحسين سلوكه وكذا جعله يتفاعل مع الآخرين فهناك أيضا العلاج باللعب الذي يساعد الأطفال على التواصل.

### 8- العلاج باللعب:

إن اللعب يساعد الطفل التوحد على الاندماج والتكيف مع البيئة كونه لا يتكلم كثيرا ولا يتفاعل مع الآخرين، ولهذا فإن اللعب يعتبر طريقة غير مباشرة لتفاعل الطفل التوحد مع الآخرين وإنشاء علاقات معهم، كما يساعد اللعب الطفل التوحد على التعبير وكذلك استعمال خيالهم، كما أن اللعب يمثل طريقة تعليمية للطفل ومن الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي ويمنحهم بالإضافة لذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الاجتماعي وتشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة الانطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من العلاجات الأخرى التي يمكن أن تساعد الطفل التوحد بالإضافة إلى العلاج النفسي، الطبي، السلوكي، البصري والغذائي وكذلك الدمج الحسي والسمعي والبصري والموسيقي واللعب، فهناك أيضا العلاج بالإبر الصينية وكذلك العلاج بالقصص الاجتماعية والعلاج الأسري الذي تشارك فيه الأم طفلها التوحد في كل النشاطات المنزلية وهذا يدخل في العلاج بالحياة اليومية.

رغم أن العلاج يساعد الطفل التوحد على التخفيف من الأعراض إلا أنه وحده لا يكفي لكي يعيش حياة شبه عادية وبالتالي لا بد من وجود برامج تربوية علاجية ومن بين هذه البرامج هناك طريقة "Teach"

## البرامج التربوية العلاجية:

### 1- برامج Teach:

هو برنامج أسسه "Eric Schopler" في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم، حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة ويعتمد "Teach" مقياس (Cors) كأساس للتقييم في البرامج.

إن برنامج "Teach" معترف به عالمياً ويستعمل في الكثير من البلدان وبعد أن أسسه (Eric schopler) سيره بعد وقت طويل (Garymesibov). (Bernadette Rogé, 2003, p147).

إن جزءاً مهماً من برنامج Teach موجه لتطويع مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم والتدريب لآباء الأطفال التوحديين، بحيث يتضمن روتيناً وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعم المهارات على المواقف المختلفة. (يحيى القبانى، 2004، ص 246).

ويتم تقديم علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل في مراكز "Teach" في الولايات المتحدة الأمريكية، كما يقدم هذا البرنامج تأهيلاً متكاملًا للطفل لأنه شامل، بالإضافة إلى برنامج "Teach" هناك برنامج "Leap".

### 2- برنامج ليب "Leap":

بدأ برنامج ليب "Leap" (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر (3-5) سنوات وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما يمتاز به برنامج ليب "Leap" أنه يجمع الأطفال التوحديين والأطفال العاديين، حيث يستخدم الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية وتشتمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الاجتماعية والانفعالية واللغوية والسلوك الكيفي والمحالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة

والتركيز الأولي لبرنامج "Leap" يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامّة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشمل التدريب على:

- تنظيم الصف.
- ضبط الصف.

- منهاج إشراف.
- متابعة لما وراء عمل المعلمين.
- تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية.
- مشاركة الأسرة.

وفي برنامج "Leap" يتم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي ووضوح استراتيجيات لإشباع حاجاتهم، ولا بد من مشاركة الأسرة ضمن برنامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع. (يحيى القبانى، 2004، ص 247).

### 3- برنامج "Fast For Ward":

وهو برنامج إلكتروني يعمل (بالابتكار، كمبيوتر)، وكذا على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996) بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة "Tallal Paula"، حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال التوحديين الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرته على وضع سماعات في أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمع للأصوات الصادرة عن هذه اللعبة، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس أمام الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية، وقد تم تطوير برامج أخرى متشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. (يحيى القبانى، 2004، ص 248).

إن الاهتمام بالطفل التوحدي سواء كان ذلك بالعلاج أو البرامج التربوية يساعد كثيرا الأسرة على التوافق مع طفلهم المضطرب.



## خلاصة:

يعتبر التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، كما أنه اضطراب غامض ولم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له، حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الاجتماعية والاتصال والأفعال القهرية، وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى كاضطراب ريت، أسبرجر، إعاقة عقلية، تخلف عقلي، فصام الطفولة، الصم ... إلخ مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي، بيئي، أو غيره وكذا مساعدة الأسرة على تقبل هذا المرض ومحاولة التوافق مع طفلهم، حيث أن الأم خاصة قد تتعرض للضغط وتواجه العديد من الصعوبات والمسؤوليات في تعاملاتها مع طفلها، وبعد أن تعرضنا إلى فصل قلق المستقبل، الأمن النفسي وكذا التوحد في الجانب النظري، سنحاول في الجانب التطبيقي الذي سنتعرض إليه في الفصل الموالي الإجابة على فرضيات الدراسة.

# الفصل الرابع

تمهيد.

- 1 الدراسة الاستطلاعية.
- 2 منهج الدراسة.
- 3 مجالات الدراسة.
- 4 مجتمع وعينة الدراسة.
- 5 أدوات الدراسة.
- 6 أساليب المعالجة الإحصائية.

خلاصة.



## تمهيد :

يعتبر الفصل الميداني الإطار الذي يتم على مستواه تجسيد كل ما هو نظري في الدراسة من فرضيات وتفكير في الواقع الملموس، ويتم ذلك عن طريق مجموعة من الإجراءات التي يتخذها الباحث بغية الحصول على كل ما يتعلق بالظاهرة المدروسة من بيانات و معلومات، كما هي في الواقع المرتبطة بالموضوع محل الدراسة، فيتطرق إلى المنهج الذي اعتمد عليه في الدراسة، كذلك الأدوات والأساليب المستخدمة وإجراءات الدراسة الاستطلاعية وكيفية اختيار العينة وحدودها.

## 1 الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية في أي بحث علمي إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، تعدد الدراسة الاستطلاعية الأولية التي تساعد الباحث في القاء نظرة من أجل الإلمام بجوانب الدراسة الميدانية لا بد من إجراء دراسة استطلاعية كانت بدايتها:

1. التعرف على المكان ومدى إمكانية إجراء الدراسة.
  2. تحديد عينة الدراسة وإمكانية الحصول عليها.
  3. التعرف على كل ما يمكنه عرقلة علمنا ومختلف الصعوبات المحتملة مواجهتها.
  4. التأكد من الخصائص السكومترية لأداتي الدراسة.
  5. الوقوف على بعض الصعوبات التي تواجه الباحث.
  6. الاحتكاك بالميدان لكشف المعاناة الحقيقية لأطفال المصابين بالتوحد.
- بعد جمع المعلومات اللازمة تم التوصل على اقتراح أن تكون أدوات جمع البيانات

كالتالي:

- الاعتماد على مقياس قلق المستقبل لغالب بن محمد علي المشيخي عام 2009.
- الاعتماد على مقياس الأمن النفسي لزينب شقير.

وقد تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في مدينة المسيلة، وتم توزيع 20 نسخة من المقاييس المذكورة سابقا على 20 أم طفل توحد كما تم استرجاعها جميعا كما هو موضح في الجدول التالي:

## جدول رقم (01) يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية.

العينة الاستطلاعية	العدد الموزع	العدد المستبعد	العدد المتبقي
أمهات أطفال التوحد	20	00	20
المجموع	20	00	20

يوضح الجدول أعلاه العينة الاستطلاعية التي سيتم تطبيق المقياس عليها وذلك للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس قبل تطبيقه على العينة الأصلية للدراسة، حيث كان العدد الموزع هو (20) استمارات.

## 2 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي وتبرز أهمية هذا المنهج في كونه الأسلوب المناسب الذي يمكن من دراسة بعض الموضوعات الإنسانية لاعتماده على دراسة الواقع ودراسة الظاهرة كما هي في الواقع ومن ثم وصفها والتعبير عنها كمياً وكيفياً، كما يسمح هذا المنهج باستجواب جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منه وذلك بهدف وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها، كما ويهدف هذا المنهج إلى معرفة وجود علاقة بين متغيرين أو أكثر أو عدمها، (العساف، 2006، ص 35). كذلك يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية (عمار، 1995، ص 122).

## 3 مجالات الدراسة:

تتضمن مجالات الدراسة الميدانية ثلاث مجالات (المجال المكاني، المجال الزماني، المجال البشري) وهي كالآتي:

### 1-3 المجال المكاني:

حيث أجريت الدراسة في مدينة المسيلة وبالضبط في المركز النفسي الپیداغوجي أقسام التحضير لآطفال التوحد.

### 2-3 المجال الزمني :

تم إجراء هذه الدراسة في العام الدراسي 2016/2015 ومن خلال الفترة الممتدة من 2016/03/17 إلى غاية 2016/03/31.

### 3-3 المجال البشري (العينة):

يتمثل في مجموع أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد التي تم التوصل إليهم في هذه الدراسة.

### 4 مجتمع وعينة الدراسة:

- المجتمع :

تمثل مجتمع الدراسة مجموع أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد في المركز النفسي البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد في المسيلة والبالغ عددهم 30 امرأة.

- العينة :

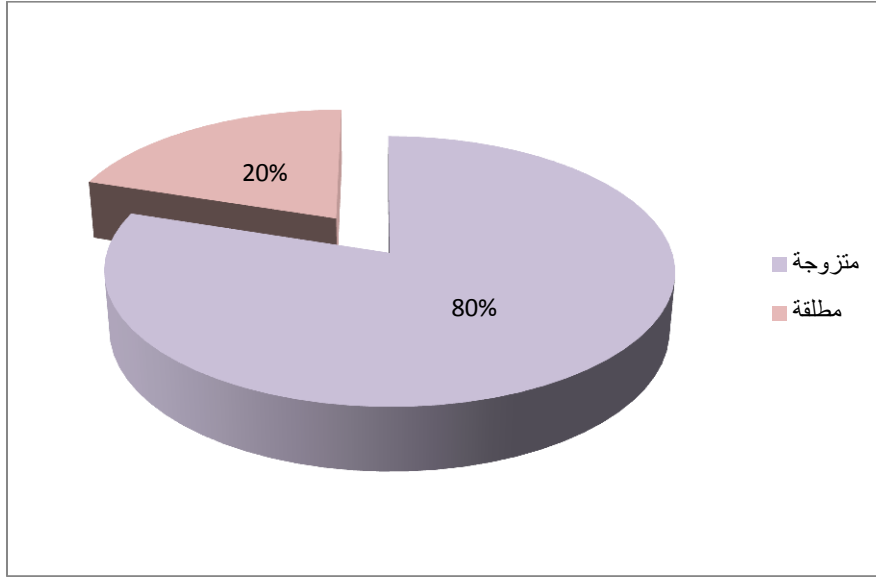
تشكلت عينة هذه الدراسة من 30 أم طفل توحد، ولقد اقتضت منا طبيعة الموضوع والمجال البشري للدراسة اللجوء إلى العينة القصدية، والتي تم انتقاء أفرادها بشكل مقصود نظرا لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، (عبد الرحمن بن عبد الله الواصل، 1999، ص 04).

- خصائص العينة :

توزيع أفراد العينة على متغيرات الدراسة

جدول رقم (02) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية.

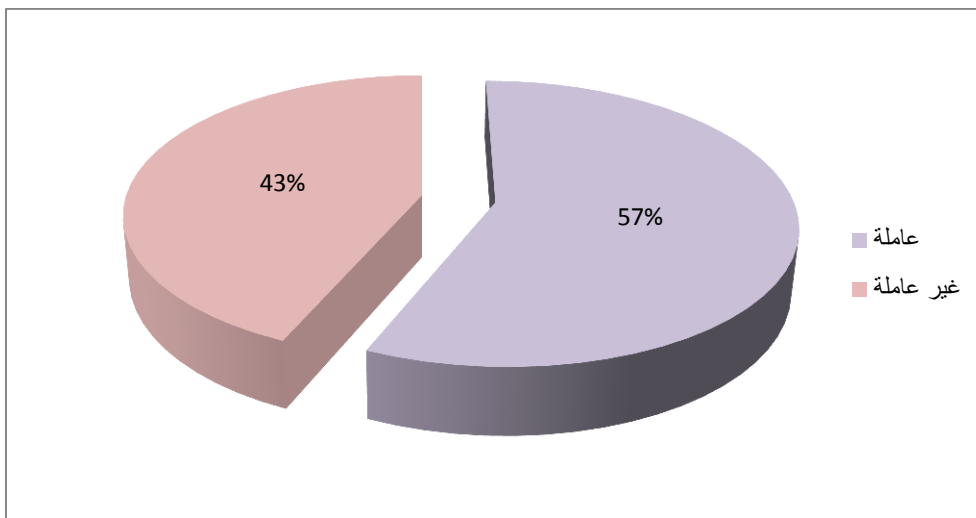
المجموع الكلي	الحالة الاجتماعية		العينة
	مطلقة	متزوجة	
30	06	24	أمهات أطفال التوحد
% 100	% 20	% 80	النسبة المئوية



شكل رقم (02) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية.

جدول رقم (03) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوظيفة.

المجموع الكلي	الوظيفة		العينة
	غير عاملة	عاملة	
30	13	17	أمهات أطفال التوحد
% 100	% 43	% 57	النسبة المئوية



شكل رقم (03) يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الوظيفة.

## 5 أدوات الدراسة:

يتم تحديد أدوات الدراسة كخطوة أساسية في الدراسة الميدانية وذلك للتمكن من الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول موضوع الدراسة، ويتم هذا التحديد وفقاً لطبيعة الموضوع المعالج والمنهج المستخدم، حيث تتوقف القيمة العلمية لهذه الدراسة على الأداة المستخدمة، ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

### 1.4 مقياس قلق المستقبل:

#### وصف المقياس:

والذي قام بإعداده غالب بن محمد علي المشيخي (2009) وجرى بناء هذا المقياس من خلال مراجعة الاطار النظري والدراسات السابقة التي بحثت في موضوع قلق المستقبل، مثل دراسة كل من "Zaliski" (1996) ودراسة "معووض" (1996) ودراسة "نجلاء العجمي" (2004) ودراسة "ناهد سعود" (2005) ودراسة "سناء مسعود" (2006) وغيرها من الدراسات التي اهتمت بموضوع قلق المستقبل، ولقد شمل على أبعاد:

#### البعد الأول: التكفير السلبي نحو المستقبل:

ويقصد به مجموعة الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية التي يدركها الفرد وتؤدي إلى شعوره بعدم الارتياح والتوتر والخوف من المستقبل.

#### البعد الثاني: النظرة السلبية للحياة:

ويقصد بها التوقعات السلبية لأحداث الحياة المستقبلية وعدم القدرة على التوافق والتعامل معها.

#### البعد الثالث: القلق من الأحداث الحياتية المضاعفة:

وهي الضغوط التي يعانيها الفرد سواء كانت ضغوط أسرية، اجتماعية أو اقتصادية وتنعكس على نظرته للمستقبل.

#### البعد الرابع: المظاهر النفسية لقلق المستقبل:

وتعني مجموع ردود الفعل الانفعالية التي تعكس أسلوب الفرد في إدراك الأحداث والمواقف التي تتطلب المواجهة وتؤثر في المستقبل.

البعد الخامس: المظاهر الجسمية:

وتعني المشكلات الجسمية أو ردود الفيزيولوجية التي تطرأ على الفرد في استجابته للمواقف التي تشكل تهديدا له ويدرك أنه تؤثر على مستقبله.

تصحيح المقياس:

يتكون المقياس من 39 عبارة تدرج تحت خمسة أبعاد مختلفة لقل المستقبل كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يوضح أبعاد مقياس قلق المستقبل وأرقام عباراته

م	الأبعاد	أرقام العبارات	عدد العبارات
1	التفكير السلبي تجاه المستقبل	36,31,26,21,16,11,6,1	8
2	النظرة السلبية للحياة	37,32,27,22,17,12,7,2	8
3	القلق من الأحداث الحياتية الضاغطة	38,33,28,23,18,13,8,3	8
4	المظاهر النفسية لقلق المستقبل	39,34,29,24,19,14,9,4	8
5	المظاهر الجسمية لقلق المستقبل	35,30,25,20,15,10,5	7
39	الدرجة الكلية		

أما بالنسبة لتقدير الدرجات، فيتم إعطاء المفحوص درجة واحدة إذا كانت استجابته تنطبق دائما، ودرجتان إذا كانت استجابته تنطبق غالبا وثلاث درجات إذا كانت استجابته تنطبق أحيانا، وأربع درجات إذا كانت استجابته تنطبق نادرا وخمس درجات إذا كانت استجابته لا تنطبق أبدا.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

استخرج الباحث دلالات الصدق والثبات للمقياس كما يلي:

صدق المقارنة الطرفية: تم حساب هذا المقياس باستخدام طريقة المقارنة الطرفية وذلك بترتيب الدرجات تنازليا ثم أخذ نسبة 27% من طرفي الاختيار الأعلى والأدنى، أي ما يقابلها 6 درجة عليا و6 درجة دنيا ثم المقارنة بينهما باستخدام اختبار الدلالة الاحصائية (T.test) وبعدها يتم تفسير هذه القيمة وفقا لحالتين هما:

➤ إذا كانت قيمة الفرق لـ (T.test) دالة عند مستوى الدلالة (0,05 أو  $\alpha = 0,01$ ) فهذا يعني أن هذا الاختبار صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

➤ إذا كانت قيم الفرق لـ (T.test) غير دالة عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ) فهذا يعني أن هذا الاختبار غير صادق لأنه لم يميز بين الطرفين.

جدول رقم (05) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس قلق المستقبل.

الطرفين	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة	القرار
الأعلى	6	17,11	16,85	10	9,33	0,05	دالة
الأدنى	6	10,13	7,17				

وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة (T.test) كما هو موضح في الجدول رقم (05) يتضح بأن هذا المقياس صادق، حيث بلغت قيمته (9,33) هي قيمة دالة عند درجة الحرية (10) ومستوى الخطأ أو الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ) كما هو موضح في الجدول أعلاه.

#### صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي للبنود من خلال حساب درجة ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (06) يوضح درجات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية

البعد	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
التفكير السلبي اتجاه المستقبل	** .879	0.01
النظرة السلبية للحياة	** .949	0.01
القلق من الأحداث الحياتية الضاغطة	** .849	0.01
المظاهر النفسية لقلق المستقبل	** .930	0.01
المظاهر الجسمية لقلق المستقبل	** .735	0.01

من خلال الجدول أعلاه نجد أن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد في المقياس و الدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و هذا يدل على أن المقياس بدرجة من الصدق موثوق فيها.

الذبات:ألفا كرومباخ:

جدول رقم (07) يوضح ثبات مقياس قلق المستقبل عن طريق ألفا كرومباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرومباخ	المقياس ككل
39	0,94	

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق ألفا كرومباخ، وقد بلغ معاملته بالنسبة للمقياس ككل (0,94)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت.

التجزئة النصفية:

جدول رقم (08) يوضح ثبات مقياس قلق المستقبل عن طريق التجزئة النصفية

العينة	عدد العبارات	معامل بيرسون	معامل سبيرمان
20	39	0.80	0.89

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق التجزئة النصفية والتي تفرص تقسيم عبارات المقياس إلى نصفين، وبتعويضه في معادلة تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون حيث بلغت قيمته (0.80) و معامل سبيرمان الذي بلغ (0.89) وبالتالي يمكن القول أن هذا المقياس ثابت.

مقياس الأمن النفسي:

أعدت هذا المقياس "زينب شقير" ويهدف إعداد هذا المقياس إلى استخدامه كأداة موضوعية مقننة إلى تشخيص الأمن النفسي لدى العديد من الفئات المتنوعة سواء في مجال الصحة أو المرض، وذلك في جميع المراحل العمرية للفراد ابتداء من مرحلة الطفولة المتأخرة أو حتى الشيخوخة، ويتكون مقياس من (54) عبارة، يقوم المفحص بالإجابة عليها وذلك على مقياس يتدرج من ("موافق بشدة كثيرا جدا" "موافق كثيرا" "غير موافق أحيانا" "غير موافق بشدة (لا)").

طريقة تصحيح المقياس:

تتم الإجابة على المقياس في ضوء أربعة بدائل، حيث تمنح أربع درجات هي (1,2,3,4) وهذا عند العبارات من (1-19)، بينما تكون هذه التقديرات في اتجاه عكسي (4,3,2,1) وهذا عند العبارات من (20-54).

## جدول رقم (09) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأمن النفسي.

الطرفين	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة	القرار
الأعلى	6	18,53	10,32	10	8,37	0,05	دالة
الأدنى	6	12,55	14,12				

وبالنظر إلى قيمة اختبار الدلالة (T.test) كما هو موضح في الجدول رقم (09) يتضح بأن هذا المقياس صادق، حيث بلغت قيمته (8,37) هي قيمة دالة عند درجة الحرية (10) ومستوى الخطأ أو الدلالة ( $\alpha = 0,05$ ) كما هو موضح في الجدول أعلاه.

النتائج:ألفا كرونباخ:

## جدول رقم (10) يوضح ثبات مقياس الأمن النفسي عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المقياس ككل
54	0,94	

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق ألفا كرونباخ، وقد بلغ معامل به بالنسبة للمقياس ككل (0,94)، ومنه يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت.

التجزئة النصفية:

## جدول رقم (11) يوضح ثبات مقياس الأمن النفسي عن طريق التجزئة النصفية

العينة	عدد العبارات	معامل بيرسون	معامل سبيرمان
20	54	0.83	0.91

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق التجزئة النصفية و التي تفرز تقسيم عبارات المقياس إلى نصفين، وبتعويضه في معادلة تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون حيث بلغت قيمته (0.83) و معامل سبيرمان الذي بلغ (0.91) وبالتالي يمكن القول أن هذا المقياس ثابت.

## 6 أساليب المعالجة الإحصائية:

إن تحديد الأساليب الإحصائية في تحليل وتفسير النتائج يعتبر خطوة هامة في الجانب الميداني، لذلك ارتأينا أن نبين أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في بحثنا و الطريقة التي استعنا بها في ذلك والمتمثلة في الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نظام (SPSS) وهو البرنامج المطبق في العلوم الإنسانية والاجتماعية وأساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة هي:

- التكرار والنسب المئوية للبيانات لإعطاء صورة سريعة لعينة الدراسة بشكل مختصر ومبسط، وذلك بعد عرضها على هيئة جداول وأشكال وبيانات.
- إيجاد المتوسط والانحراف المعياري والمدى والتباين لمعرفة الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة.
- معامل ارتباط بيرسون للتعرف على العلاقة بين المتغيرات للإجابة عن الفرضية الأولى.
- اختبار (ت) لمعرفة الفروق بين المتغيرات للإجابة عن الفرضية الثانية، الثالثة، الرابعة والخامسة.



## خلاصة:

وكخلاصة لهذا الفصل يتبين لنا أنه لا يمكن أن يصل أي باحث إلى نتائج حقيقية في بحثه، إلا إذا كان هناك ترابط وتكامل بين فصوله النظرية والتطبيقية ولقد ركزنا في هذا الفصل على تحديد الإجراءات المنهجية والميدانية بدقة من خلال محاولتنا للتوصل إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية ومحاولة توجيه الفرضيات حسب ما تم التوصل إليه وحسب الدراسات السابقة المذكورة آنفا في عرض وتحليل النتائج.



# الفصل الخامس

تمهيد

a نتائج الدراسة.

b عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

c عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

d عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

e عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

f عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

خاتمة.

الاقتراحات.

## تمهيد :

بعد عرض إجراءات الدراسة الميدانية في الفصل السابق سيتم في هذا الفصل تناول عرض نتائج الدراسة الميدانية هذا بعد تطبيق مقياس "قلق المس-تقبل" و مقياس " الأمان النفسي" على العينة المطلوبة بالإضافة إلى المعطيات الإحصائية المتحصل عليها وفق الإطار المنهجي، حيث تم تنظيم النتائج من خلال عرضها ضمن جداول بغرض تسهيل تحليلها ومن ثم مناقشتها في خضم الفرضيات الجزئية والفرضية العامة وذلك اعتمادا على الدراسات السابقة، لئلا يصل إلى استخلاص النتائج المتصل إليها، ثم نتبعها بمجموعة من التوصيات المتعلقة بالبحث

## نتائج الدراسة:

## 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية الأولى على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد، للتحقق من صحة الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين درجات قلق المستقبل ودرجات الأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد، وتم عرض النتائج على النحو التالي:

جدول (12) يوضح معامل ارتباط بيرسون بين درجات قلق المستقبل ودرجات الأمن النفسي لدى عينة من أمهات التوحد.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
قلق المستقبل	30	13,18	29,12	0,41	0,05
الأمن النفسي		15,28	24,57		

يوضح لنا من خلال الجدول (12) إلى عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين كل من درجات قلق المستقبل وبين درجات الأمن النفسي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد وكانت قيمة معامل ارتباط بيرسون تساوي (0,41) وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05)، وقد اتفقت نتيجة دراستنا مع دراسة مصطفى (2015) بعنوان قلق المستقبل و علاقته بأزمة الهوية لدى المراهق الأصم والتي توصلت إلى العلاقة بين قلق المستقبل و أزمة الهوية لدى المراهقين الأصم غير دالة، كما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة وفاء محمد القاضي (2009) بعنوان قلق المستقبل و علاقته بصورة الجسم و مفهوم الذات حيث توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل و مفهوم الذات، وتعزي الباحثة إلى أن مستوى الأمن النفسي لدى الأمهات لا يتأثر بمستوى قلق المستقبل، قد يكون ذلك راجع إلى وعي الأمهات بهذا الاضطراب وحيثياته،

وهنا يجدر بنا الإشارة إلى الدور الذي يلعبه الأخصائين النفسانيين والاجتماعيين على حد سواء في رفع الطمأنينة والدعم النفسي الذي يقدمونه للأمهات، بالإضافة إلى الدور الايجابي الذي تلعبه وسائل الإعلام (إذاعة، برامج تلفزيون...) المتمثل في شرح كل جوانب هذا الاضطراب، بالإضافة إلى أن الدور الذي تلعبه المراكز والأقسام البيداغوجية التي تتكفل بالأطفال (مركز محل الدراسة)، أين تجد الأم نوعاً من الراحة لإيجاد من يشاطرها مشقة تربية هذا الطفل وتعليمه كـال المهـارات اللازمة في الحياة كتعليم الطفل، التحسن في مهارة التواصل والتربية الاعتيادية وغيرها، وهذا ما يعود بالإيجاب على نفسية الأم ويرفع من مستوى أمنها النفسي، هذا ما يواكبه من انخفاض على مستوى قلق الأم على مستقبل ابنها، كما يمكن تفسيرها أن ترجع إلى العامل الديني وتأثيره على النفوس لما يبعث في نفوسهم الطمأنينة والشعور بالأمن النفسي.

## 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الثانية على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة تم حساب T.test عن طريق استخدام

الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss والجدول رقم (13) يوضح ذلك:

جدول (13) يوضح الفروق في قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

المقياس	الحالة الاجتماعية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
قلق المستقبل	متزوجة	24	13,37	30,36	28	0,71	0,05	غير دالة
	مطلقة	06	12,41	24,35				

يتضح لنا من خلال الجدول (13) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة (T المحسوبة) (0,71) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (28) وبمقارنة القيمة المحسوبة بالقيمة (T الجدولة) وبذفس درجة الحرية وعند نفس مستوى الدلالة التي قدرت بـ (2,04) نجد أن القيمة المحسوبة أقل من القيمة

المجدولة، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند هذا المستوى، وعليه نرفض الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

يمكن أن نفسر هذا إلى الغريزة الأمومية عند الأم التي بدورها تتساوى عند جميع النساء بغض النظر عن حالتها الاجتماعية (متزوجة، مطوقة)، فالخوف والقلق على الأبناء فطرياً في الأم فماذا لو كان الطفل باضطراب أو إعاقة معينة هذا بالتأكيد سيزيد من قلق حول مستقبل هذا الطفل، الدراسي، المهني حتى الاجتماعية، بالإضافة إلى الدعم الذي تتلقاه الأمهات من الأسرة وما يلعبه الزوج من دور في تخفيف هذا القلق خاصة إذا كان الزوج ذو مستوى فكري وثقافي مرتفع يساهم في مساعدة الأم بالتكفل بهذا الطفل في جميع النواحي، كما نرى أن الوازع الديني قد يكون عاملاً مهماً جداً في تقبل هذا الطفل مهما كان اضطرابه وبالتالي ينقص من قلق الأم.

### 3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثالثة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب T-test عن طريق استخدام الحزمة

الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss والجدول رقم (14) يوضح ذلك:

جدول (14) يوضح الفروق في قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة.

المقاييس	الوظيفة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
قلق المستقبل	عاملة	17	12,37	27,36	28	1,79	0,05	غير دالة
	غير عاملة	13	14,23	28,99				

يتضح لنا من خلال الجدول (14) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة، حيث بلغت قيمة (T المحسوبة) (1,79) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (28) وبمقارنة القيمة المحسوبة بالقيمة (T المجدولة) وبنفس درجة الحرية وعند نفس مستوى

الدلالة التي قدرت بـ (2,04) نجد أن القيمة المحسوبة أقل من القيمة المجدولة، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند هذا المستوى، وعليه نرفض الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة، ومن الأرجح أن نرجع هذا أن عامل الوظيفة لا يلعب ذلك الدور الكبير من تخفيف قلق المستقبل لدى الأمهات، كون القلق نابغ من إعاقاة الطفل وكذلك من الطريقة التي سيتابع بها حياته، الأمر الذي يجعل متغير وظيفة الأم بعيد نوعاً ما عن قلقها على مستقبل ابنها، فالأم العاملة والغير عامل تشتركان في نفس درجة المشكل ألا وهي قلقهم على الطفل التوحيدي وهذا يعني أن ليس للوظيفة تأثير على قلق الأم المستقبلي للطفل.

#### 4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

لاختبار صحة الفرضية السابقة تم حساب T.test عن طريق استخدام

البرمجة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss والجدول رقم (15) يوضح ذلك:

جدول (15) يوضح الفروق في الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

المقياس	الحالة الاجتماعية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
الأمن النفسي	متزوجة	24	15,37	26,73	28	0,42	0,05	غير دالة
	مطلقة	06	14,90	13,91				

يتضح لنا من خلال الجدول (15) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة (T المحسوبة) (0,42) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (28) وبمقارنة القيمة المحسوبة بالقيمة (T المجدولة) وبمقياس درجة الحرية وعند نفس مستوى الدلالة التي قدرت بـ (2,04) نجد أن القيمة المحسوبة أقل من القيمة المجدولة، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند هذا المستوى، وعليه نرفض الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ويمكن أن نرجع هذا إلى الطبيعة الانسانية

للفرد والشعور بالأمن النفسي لا يختلف من أم إلى أخرى أو متزوجة ومطلقة، فكل واحدة تشعر بالأمن وهذا راجع لأن المتزوجة لديها مختلف المسؤوليات لا تقتصر فقط عليها بل نجد أن المطلقة تساويها في نفس درجة الأمن وفي نفس المشكل، وهذا راجع لتزايد الوعي في المجتمع وتلقي المصالحح من قبل المختصين والبرامج التوعوية ووسائل الاعلام بذلك أصبحت الأمهات على دراية بهذا الاضطراب، مما جعل الشعور بالأمن النفسي لديهن مشترك وهذا ما أكدته نظرية "سوليفان" الذي يرى أن نمو الشخصية عبارة عن علاقة انسانية متبادلة، فهو يرى أن الإنسان نتاج لعملية تفاعل مع الخبر وأن الشخصية الانسانية تتبع من قوة الشخصية والاجتماعية هذا ما دل على أن الحالة النفسية للأمهات (مطلقة- متزوجة) متساوية في أمهات النفسي، حيث نجد أن دراستها اختلفت مع دراسة "علي-خوبطر" (2010) التي نصت على وجود فروق في مستوى الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وهذا الاختلاف قد يرجع إلى البيئة وعن طبيعة عينة الدراسة ومقياس الدراسة.

#### 5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب T-test عن طريق استخدام الحزمة

الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss والجدول رقم (16) يوضح ذلك:

جدول (16) يوضح الفروق في الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة

المقياس	الوظيفة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
الأمن النفسي	عاملة	17	14,42	20,26	28	-2,33	0,05	دالة
	غير عاملة	13	16,40	25,95				

يوضح لنا من خلال الجدول (16) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة، حيث بلغت قيمة (T المحسوبة) (-2,33) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (28) وبمقارنة القيمة المحسوبة بالقيمة (T المجدولة) وبفرض درجة الحرية وعند نفس مستوى



الدلالة التي قدرت بـ (2,04) نجد أن القيمة المحسوبة أقل من القيمة المجدولة، وبالتالي فهي غير دالة إحصائياً عند هذا المستوى، وعليه نقبل الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة.

اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة (انتصار) التي توصلت إلى أن درجات الشعور بالأمن النفسي لدى الأمهات العاملات أعلى وبدلالة إحصائية منه لدى الأمهات الغير عاملات، أما بالنسبة لمتغير الجنس فقد أظهرت النتائج أن الشعور بالأمن النفسي هو لصالح الذكور أكثر من الإناث واختلفت دراستنا مع دراسة (علي ذ-ويطر) التي كانت نتائجها أن هناك فروق لها دلالة إحصائية في مستوى الأمن النفسي في ما يتعلق بمتغير الحالة الاجتماعية.

نرى أن هذه الفروق في الأمن النفسي راجعة إلى كون المرأة العاملة فرد مشارك في ميزانية الأسرة التي تتحمل نفقة التكفل بالعلاج وشراء الأدوية، مما قد تعود هذه القدرة بالإيجاب على نفسية الأم ويعزز مستوى الأمن النفسي لديها كونها ترى في نفقتها تلك تعويضا عن الذنب الناتج عن إنجاب طفل ذو صعوبات نمائية فلاحظة انتظار مولود جديد هي مرحلة حاسمة بالنسبة للأسرة، فتكون الأمهات أكثر اطلاعا بحكم احتكاكها بالمحيط الخارجي وعلمها بمستجدات المراكز المتوفرة للتكفل بهذه الحالات.



## خلاصة:

تم التطرق في هذا الفصل إلى تحليل نتائج الفرضيات، ومن خلال الجداول التي تم فيها عرض النتائج وتحليلها إحصائياً، فقد تم التوصل إلى أن العلاقة بين قلق المستقبل والأمن النفسي هي علاقة ضعيفة غير دالة إحصائياً، كما توصلت الدراسة إلا أن هناك فروق طفيفة غير دالة إحصائياً في قلق المستقبل تعزى للحالة الاجتماعية والوظيفة وفروق طفيفة غير دالة إحصائياً في الأمن النفسي تعزى للحالة الاجتماعية والوظيفة.



## الاقترحات:

بناء على تم التوصل إليه من خلال نتائج هذه الدراسة والمتعلقة بقلق المسـتقبل والأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد ولاستكمال وبلوغ الأهداف المتوخاة من الدراسة ارتأينا اقتراح مايلي:

✍️ التكفل الجيد بأم الطفل التوحدي، وبأمهات الأطفال المرضى عموما من طرف هيئات خاصة.

✍️ تلعب طريقة الإعلان عن المرض دورا كبيرا في التخفيف من الآلام والقلق لدى الأم، فالكلمات المختارة والتفاعل الوجداني وفهم طبيعة المرض قد يساعده على المواجهة بطريقة أفضل ويخفف القلق لديها.

✍️ من الأفضل متابعة الأم من قبل مختص نفسي ويكمن دوره في مساعدتها على إيجاد واستثمار قدراتها الأمومية وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها.

✍️ تنظيم الملتقيات للتعريف أكثر بهذا الاضطراب والأعراض الخاصة بهم لمساعدة الأولياء على فهمه إضافة لتقديم الاقتراحات والإرشادات التربوية والعلاجية لتوطيد العلاقة بين الطفل وأوليائه.

✍️ يجب أن تشمل الجمعيات والمراكز المختلفة على أخصائيين نفسانيين إكلينكيين مؤهلين وأرطفونيين للاهتمام بهذه الفئة.

✍️ توعية الأسر التي بها أطفال توحد حول آليات التعامل المناسبة معهم وتوضيح كيفية تدريبهم في مختلف المجالات.

✍️ إجراء المزيد من البحوث و الدراسات في المجال وتوضيح مقترحاتها لخدمة المجتمع.

✍️ تولي وسائل الإعلام المختلفة المرئية والمسموعة والمقروءة مهام عملية توعية أفراد المجتمع باضطراب التوحد بذلك بعقد الندوات واللقاءات والمناقشات.

## خاتمة:

في حدود إمكانياتنا حاولنا جاهدين دراسة موضوع قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد، علما أن هذا الموضوع لم يختبر عشوائيا والذي كنا نهدف من خلال دراسته الوصول إلى غاية واحدة هي تحقيق عمل يكون بمثابة لبنة تضاف إلى المجهودات الكثيرة التي تسعى كلها إلى مساعدة أمهات أطفال التوحد، حاولنا إبراز هذا الهدف من خلال معرفة ما إذا كان هناك نواتج بين متغيرات الدراسة التي تم ذكرها آنفا، حيث تم البدء بجمع المعلومات النظرية حول هاته المتغيرات، ثم انطلقنا في الدراسة الميدانية لمعرفة أبعاد هذه النواتج التي سبق وأن افترضنا وجودها كخطوة أكثر جرأة، فقد توصلت دراستنا إلى مجموعة من النتائج والمتمثلة في شكل عام في عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل والأمن النفسي لدى عينة من أمهات المصابين بمرض التوحد، هذه بالنسبة للفرضية العامة، أما الفرضيات الجزئية فتمثلت في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس قلق المستقبل تعزى لمتغير الوظيفة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الوظيفة.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

□



## قائمة المراجع

### الكتب

- ابراهيم عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة.
- إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2010): التوحد السلوك و التشخيص والعلاج، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، الأردن.
- ابراهيم عبد الله محمد الزريقات (2004): التوحد، الخصائص والعلاج، دار وائل، الطبعة الأولى، القاهرة.
- أسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح (2007): علم نفس الطفل غير العادي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
- الأقصري يوسف (2002): كيف نتخلص من الخوف والقلق من المستقبل، دار اللطائف للنشر والتوزيع، دون طبعة
- إيهاب محمد خليل وآخرون (2002) "الأوتيزم" التوحد والإعاقة العقلية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة مصر.
- إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل (2009) الأوتيزم " التوحد" والإعاقة العقلية مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، الطبعة ، القاهرة، مصر.
- جابر عبد الحميد جابر (1990): نظريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
- جلال سعد (1985): الصحة العقلية، مطابع الدجوي، القاهرة ، مصر.
- جمال مثال القاسم، ماجة السيد (2000): الإضطرابات السلوكية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- جوردن ريتا (2007)، الأطفال التوحديون، جوانب النمو وطرق التدريس، الشركة الدولية للطباعة والنشر ، الطبعة الثانية، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الشركة الدولية للطباعة، الطبعة الرابعة، القاهرة.
- حسين محمود عطا (1989): الشعور بالأمن النفسي في ضوء متغيرات المستوى والتخصص والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة الرياضة، المجلة التربوية ، جامعة الكويت ، العدد 22.
- خالد نيسان (2009)، سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والإفراط، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- خالدة نيسان (2009) سلوكيات الأطفال بين الاعتدال والافراط، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، عمان.
- خولة أحمد يحي (2001): الإضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

- دافيد، هارولد فيك (1997): الاسترخاء النفسي والعصبي، ترجمة ميخائيل اسعد، دار النهضة للطباعة والنشر، مصر.
- الداهري صالح والعبودي ناظم (1999): الشخصية بين السواء والمرض، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- الداهري صلاح حسن (2005): مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.
- الدباغ فخري (1983): أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر، الطبعة الثالثة، بيروت.
- الدسوقي، كمال (1990): ذخيرة علوم النفس، المجلد 2، مؤسسة الأهرام، القاهرة.
- الرفاعي، نعيم (1978)، الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، مكتبة أجياد للتراث، الطبعة السابعة، مكة.
- رفعت محمد بهجت (2007)، الأطفال التوحديون، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
- زهرا، حامد عبد السلام (1089)، الأمن النفسي، دماعة أساسية، للأمن القومي العربي، دراسات تربوية، مجلد 4، ج 19، القاهرة.
- زينب محمود الشقير (2005): مقياس قلق المستقبل، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة.
- سعد رياض (2005): الشخصية وأنواعها، أمراضها وفن التعامل معها، مؤسسة اقرأ، الطبعة الأولى، القاهرة.
- سعيد حسن العزة (2000): الإرشاد الأسري، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، - عمان.
- سليمان عبد الواحد يوسف (2010)، سيكولوجية التوحد (الأوتيزم) "الطفل الذاتي بين الرعاية والتجنب"، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر.
- سهى أحمد أمين نصر (2002): الإتصال اللغوي للطفل التوحدي، التشخيص والبرامج العلاجية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
- الشريف، محمد موسى (2008)، الأمن النفسي، دار الأندلس الخضراء، الطبعة الأولى، جدة.
- الصنيع، صالح (1995): دراسات في التأهيل الإسلامي لعلم النفس، دار عالم الكتب، الرياض.
- طارق عامر (2008): الطفل التوحدي، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
- طارق عامر (2008): الطفل التوحدي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
- طه عبد العظيم حسين (2007): العلاج النفسي المعرفي، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى، الاسكندرية.

الطويل، هاني (1998): الإدارة التربوية والسلوك التنظيمي، دار وائل للنشر والتوزيع،  
عمار، الأردن.

عاطف مسعد الحسيني (2011): قلق المستقبل والعلاج بالمعنى، دار الفكر العربي،  
الطبعة الأولى، القاهرة.

عبد الخالق احمد (1983): علم النفس العام، الدار الجامعية، بيروت.

عبد الخالق أحمد خيرى (1989): أساس علم النفس دار المعرفة الجامعية، الطبعة  
الأولى، الاسكندرية.

عبد الرحمن الوافي (2009): مدخل إلى علم النفس، دار هومة، الطبعة الرابعة

عبد الرحمن محمد (1998) نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة،  
مصر.

عبد الله الواصل (1999)، البحث العلمي، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية

العساف، صالح محمد (2006)، المدخل للبحث في العلوم السلوكية، العبيكان للطباعة  
والنشر، الرياض.

علاء الدين كفاني (1990): الصحة النفسية، دار هجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

العناني حنان عبد الحميد (2000): الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر -الأردن.

العوادي قاسم هادي (1992): العصاب، وزارة الثقافة والاعلام، الطبعة الأولى، بغداد.

عودة سليمان والخليلي و خليل يوسف (2000): الاحصاء للباحث في التربية والعلوم  
الانسانية، دار الأمل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

العيسوي عبد الرحمن (1985): سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، دار الفكر الجامعي،  
الإسكندرية.

العيسوي، عبدالرحمن (1978): اختبار الصحة النفسية الأمان عدم الأمان، دار النهضة  
العربية، القاهرة.

فايد حسين (2003): الاضطرابات السلوكية، تشخيصها، اسبابها، علاجها، دار طيبة  
للنشر والتوزيع، القاهرة.

فراج عثمان أبيب (1980): أضواء على الشخصية والصحة العقلية، دار النهضة العربية،  
الطبعة الأولى، القاهرة.

فوزي محمد جبل (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية المكتبة الجامعية،  
الاسكندرية.

قطحان أحمد الظاهر (2009): التوحد، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.

قناوي، هدى محمد (2005)، الطفل وتشتته وحاجاته، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

كمال علي (1988): النفس، الانفعالات وأمراضها، الدار العربية

فاروق السيد عثمان (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، الطبعة  
الأولى، القاهرة.

- 📖 ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2008): الضغط النفسي مشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار وفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان-الأردن
- 📖 ماجدة سيد علي عمار (2005): إعاقة التوحيدين، التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء، شروق، بدون طبعة، مصر.
- 📖 محمد أحمد خطاب (2005): سيكولوجية الطفل التوحيدي، دار الثقافة، الطبعة الأولى، عمان.
- 📖 محمد السعيد أبو علاوة (1997)، المرجع في اضطراب التوحد، التشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، مصر
- 📖 محمد زياد حمدان (2002) التوحد لدى الأطلال ، تشخيصه وعلاجه ، دار التربية الحديثة، بدون طبعة، الاسكندرية.
- 📖 محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالدة (2010): التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ب.ط، عمان-الأردن.
- 📖 محمد عدنان عليوان (2007): الأطفال التوحيديون، دار البازوري، بدون طبعة، الأردن.
- 📖 محمد علي كامل (2003): الأوتيزم، الإعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج، مركز الإسكندرية، مصر.
- 📖 مصطفى نوري القمس، خليل عبد الرحمن المعاينة (2007): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى.
- 📖 مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة (2007): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
- 📖 معصومة سهيل المطيري (2005): الصحة النفسية، مفهومها واضطراباتها، مكتبة الفلاح، الطبعة الأولى، عمان.
- 📖 ميشال دبانية (1984): الطفولة دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان.
- 📖 نبيلة عباس الشوربجي (2003/2002): المشكلات النفسية للأطفال، اسبابها، علاجها، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، القاهرة.
- 📖 وليد السيد أحمد خليفة، يزيد عبد المهدي الغصاونة (2013): التوحد بين النظرية والتطبيق، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان.
- 📖 يحيى القباني (2001)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطريق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
- 📖 يوسف قطامي، عبدالرحن عدس (2005): علم النفس العام، دار الفكر، الطبعة الثانية

## المجلات

- جبر، محمد (1996): بعض المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالأمن النفسي، مجلة علم النفس، السنة العاشرة، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.
- زهرا، حامد (1989): الأمن النفسي دعامة للأمن القومي العربية، مجلة دراسات. سعد علي (1999): مستويات الأمن النفسي لدى الشباب الجامعي، مجلة جامعة دمشق، المجلد 14، العدد 3
- الشرعة حسين سالم (1997): الأمن النفسي وعلاقته بوضوح الهوية المهنية، ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، جامعة قطر، الدوحة.
- الكناني، ممدوح عبد المنعم (1985): مدى تحقق التنظيم الهرمي للحاجات، مجلة كلية التربية.
- محمود شمال حسن (1999): قلق المستقبل لدى الشباب المتخرجين من الجامعات، مجلة المستقبل العربي، العدد 249، ص 70.

## رسائل الدكتوراه والماجستير والاساتر

- أبو سليمان بهجت عبد المجيد (2007/2006): أثر الاسترخاء والتدريب على حل المشكلات في خفض القلق وتحسين الكفاءة الذاتية لدى عينة من طلبة الصف العاشر الفائقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- أبو عذب، نائل ابراهيم (2008): فاعلية برنامج ارشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الاسلامية بغزة.
- أدافر لامية (2011): دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد اخضاعه لإعادة التربية الصوتية، مذكرة ماستير تخصص أرطوفينا، تحت إشراف د/ عنو عزيزة، جامعة الجزائر.
- أسماء لجلط (2012): دور اللعب الجماعي في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحيديين، مذكرة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، تحت إشراف الدكتورة، يامنة اسماعيلي، جامعة مسيلة.
- أقرع، إياد (2005): الشعور بالأمن النفسي وتأثيره ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح، فلسطين.
- بلكلاني، ابراهيم بن محمد (2008): تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج، رسالة ماجستير غير منشورة.
- الجميل حكمت عبد اللطيف نصيف (2001) الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة صنعاء.
- الخصري جهاد، (2003): الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظات

عزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية ومتغيرات أخرى، رسالة ماجستير لكلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

الخليل أحمد عارف (1990): الشعور بالأمن النفسي عند الطلبة المراهقين في الأسر متعددة الزوجات-رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن الجامعة الأردنية، الأردن.

رابح شيحي (2010)=: فعالية برنامج تدريبي للتنمية بعض مهارات العناية بالذات لعينة من أطفال التوحد، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس، تحت إشراف د/سامية شويحل، الجزائر.

الربيع فيصل خليل (1996): أثر الأمن النفسي وبعض خصائص الديموغرافية للمعلم في أدائه رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة "اليرموك".

سعود ناهد شريف (2005): قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

سلوى عبد الباقي (1993): مسببات القلق خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة.

عبد المحسن مصطفى (2007): فعالية الارشاد النفسي في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب كلية التربية بأسبوط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أسبوط.

العقبلي عادل (2004): الاغتراب وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن مسعود، الرياض.

العكايشي بشرى احمد (2000): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية.

العنزي أمل (2006): مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالأعراض النفس جسمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الملك عبد العزيز، السعودية.












العنزي، منزل عسران جهاد (2005): علاقة اشترك الطلاب في جماعات النشاط الطلابي بالأمن النفسي والاجتماعي لدى اضطراب المرحلة الثانوية بالرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

غرابة ايهاب محمد حسن (2003/2002): فاعلية برنامج عقلاني انفعالي في رفع درجة قوة الأنا وخفض مدة القلق لدى عينة من المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين الشمس، القاهرة - مصر.

المشيخي غالب محمد علي (2009): قلق المستقبل وعلاقتها بكل فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب الجامعات، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى

معوض عبد التواب (1996): أثر كل من علاج المعرفي النفسي، الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

## المراجع باللغة الفرنسية

-  Bernadette Rogé (2003) autisme, comprendre et agir dunod, paris.
-  Gueniche, R (2004) : émotion et stratégie d'adaptation, Edition nathan, Paris
-  Hallahan et Kauffman (2006) : exceptionnel learners introduction spécial éducation 11 th Jersey, prentice hall.
-  Bloche, M et All (1999) : Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, paris.
-  Association americain de psychiatre (2003) : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dsm4 masson, paris.
-  Daniel Marcelli (2006) : Enfant et psychopathologie édition mason, paris.
-  Pascal Lenoire et autre (2007) : l'autisme et le troubles du développement psychologique, mason, Paris.
-  Naithalie Julien et Daniele largloy : Le livre blanc de l'autisme, 2009, rance autisme.
-  Bernadette Rogé (2003) autisme, comprendre et agir dounod, Paris.
-  M.Rutter-E- Shopler (1991) : l'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement, puf, Paris, France.
-  Susan Folkman, Richard S Lazarus, Ronald J, Gruen (1986) : appraisal coping status and psychological symptoms, Journal of personality and social psychology



वैश्वदेव



جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مقياس قلق المستقبل

عزيزتي الأم تحية طيبة وبعد...

في إطار تحضير مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي نريد القيام بدراسة موضوع قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد.

نرجو منكم افادتنا بالإجابة بكل صدق وموضوعية وذلك بوضع علامة

(X) أمام العبارة التي تترين أنها تعبر عن رأيك شاكرين مسبقا تعاونك معنا، كما

يجب أن تعطي إجابة واحدة فقط عن كل فقرة وبهذا ستساهمين في إنجاح

الدراسة المذكورة وخدمة أهداف البحث العلمي، علما أن إجابتك ستبقى سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

الوظيفة:  عاملة  غير عاملة  
الحالة الاجتماعية:  متزوجة  مطلقة

وشكرا جزيلا لتعاونك معنا.

الرجاء وضع علامة (X) أسفل الاختيار الذي ينطبق عليك:

م	العبارة	درجة التقدير				
		أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أشعر بخيبة الأمل كلما فكرت في المستقبل					
2	أخشى الفشل في المستقبل					
3	أشعر بالعصبية والتوتر وعدم الاستقرار					
4	أشعر بالضعف العام ونقص الطاقة والحيوية					
5	تتناوبني حالة من التوتر وعدم الارتياح عندما أفكر في المستقبل					
6	أشعر بأن آمالي وطموحاتي لن تتحقق					
7	أشعر بعدم القدرة على مواجهة الصعوبات التي تعترضني					
8	أشعر بالخمول وتوتر العضلات					
9	تفكيري المستمر في المستقبل هو مصدر قلقي					
10	ينتابني شعور بأن الأيام القادمة غير سعيدة					
11	أشعر بقلق من ارتفاع الأسعار وغلاء المعيشة					
12	أشعر بالشك والارتباك والحيرة عندما أفكر في المستقبل					
13	أعاني دائما من بعض الاضطرابات بالمعدة					
14	أشعر بالقلق من سرعة مرور الوقت					
15	أخشى من أن تتغير حياتي إلى الأسوأ في المستقبل					
16	أخشى الدخول في علاقات جديدة خوفا من الفشل					
17	أجد صعوبة في التخطيط للمستقبل					
18	أعاني من ضيق في التنفس					
19	أشعر بعدم الأمان كلما فكرت في المستقبل					
20	نظرتي للحياة مليئة بالتشاؤم					
21	يزعجني ارتفاع نسبة الطلاق في المجتمع					
22	أشعر بضعف التركيز وشروود الذهن					
23	أعاني من اضطراب في النوم					
24	مشاكل الحياة المستقبلية تفرض نفسها على تفكيري					
25	تلازمني فكرة الموت في كل وقت					

					أشعر بخيبة الأمل كلما فكرت في المستقبل	26
					أشعر بأنني لن أستطيع تحقيق ذاتي	27
					أشعر بسرعة نبضات القلب	28
					أشعر أن المستقبل لا يحمل أي صورة مشرقة	29
					أخشى من وقوع بعض المصائب في المستقبل	30
					أشعر بالضيق و الحزن و انشغال الفكر	31
					أعاني من صداد مستمر	32
					يسيطر علي الشعور بالخوف من المستقبل	33
					أشعر بان المستقبل يحمل في طياته الكثير من الصعوبات	34
					أشعر بعدم القدرة على اتخاذ القرارات	35
					يتصبب مني العرق بغزارة دون سبب واضح	36
					أشعر بانني لن أحقق السعادة في حياتي المقبلة	37
					يشغلني كثرة متطلبات الحياة والتزاماتها المادية المتزايدة	38
					أعاني من ارتفاع في ضغط الدم	39

تأكدي أنك قد أجبت على كل العبارات

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مقياس الأمن النفسي

عزيزتي الأم تحية طيبة وبعد...

في إطار تحضير مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي نريد القيام بدراسة موضوع قلق المستقبل وعلاقته بالأمن النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض التوحد.

نرجو منكم افادتنا بالإجابة بكل صدق وموضوعية وذلك بوضع علامة

(X) أمام العبارة التي ترين أنها تعبر عن رأيك شاكرين مسبقا تعاونك معنا، كما

يجب أن تعطي إجابة واحدة فقط عن كل فقرة وبهذا ستساهمين في إنجاح

الدراسة المذكورة وخدمة أهداف البحث العلمي، علما أن إجابتك ستبقى سرية وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

الوظيفة:  عاملة  غير عاملة  
الحالة الاجتماعية  متزوجة  مطلقة

وشكرا جزيلا لتعاونك معنا.

## مقياس الأمن النفسي

درجة التقدير				العبارة	م
غير موافق بشدة	غير موافق أحيانا	موافق كثيرا	موافق بشدة كثيرا جدا		
				لدي شعور بالأمن لقدرتي على مواجهة مشكلاتي ومحاولة حلها	1
				أنا محبوب من الناس ويحترموني	2
				تقديري واحترامي لنفسي يشعرنني بالأمان	3
				لدي قدرة على مواجهة الواقع حتى ولو كان مرأ	4
				أشعر بأن لي قيمة وفائدة كبيرة في الحياة	5
				التمسك بالقيم الدينية وممارسة العبادات يشعر الفرد بالأمن والاطمئنان	6
				أتوقع الخير من الناس حولي لأن الدنيا بخير	7
				أثق في قدرتي على حماية نفسي	8
				النجاح في العمل يؤدي للاستقرار والأمن	9
				من مسئولية الوطن والناس أن يحققوا الحماية والطمأنينة للفرد	10
				أشعر بالأمن والاستقرار في حياتي الاجتماعية	11
				التمسك بالأخلاق والعادات والتقاليد بالمجتمع تجعل الفرد يعيش في أمن وسلام	12
				أحتاج لحماية الأهل والأقارب لأعيش في أمان	13
				الوحدة الوطنية والحب المتبادل يجعل الفرد آمنا ومطمئنا	14
				أحب أن أعيش بين الناس وأتعامل معهم بمحبة ومودة	15
				أحرص على تبادل الزيارات مع زملائي وأصدقائي	16
				أستطيع أن أعيش وأعمل في انسجام مع الآخرين (أحب العمل الجماعي)	17
				أميل إلى الانتماء والاجتماع والتودد مع الناس	18
				أتكيف بسهولة ولأكون سعيدا في أي موقف اجتماعي	19
				تنقصني مشاعر العاطفة والدفء النفسي	20
				ثقتي بنفسي ليست على ما يرام	21

				احتقر نفسي وألومها من حين لآخر	22
				لدي نقص في إشباع بعض الحاجات	23
				ينقصني الشعور بالصحة والقوة مما يهدد حياتي بالخطر	24
				أنا شخص كثير التشكك وهذا ما يقلقني	25
				ضعف شخصيتي يهددني بنقص قيمتي في هذه الحياة	26
				شعور الأمن في الحياة والتعايش معها أمرا صعبا في هذه الأيام	27
				الحياة عبء ثقيل تحتاج لكفاح وقوة مما يهدد حياة الفرد	28
				أرى أن الحياة تسير من سيء لآخر	29
				القلق على المستقبل (بسبب المرض أو البطالة) يهدد حياة الفرد ويمنعه من الاستقرار والأمن	30
				أفقد شعور الأمن والسلام من حولي لنقص الحماية من الآخرين حتى أقرب الناس	31
				كثرة الحروب يهدد الأمن والسلام	32
				أشعر بأن حياتي مهددة بالخطر	33
				مشاعر التشاؤم واليأس تهدد بعدم الاستقرار والأمن في الحياة	34
				الفقر أو المرض أو البطالة يهدد حياة الفرد بالخطر ويشعرهم بعدم الأمن	35
				ابتعاد الناس عن الفرد وقت الشدة يشعره بعدم الأمان	36
				استياء الناس من الحياة يشعرهم بعدم الاستقرار فيها	37
				أشعر بالتعاسة وعدم الرضا في الحياة كثيرا	38
				أنا شخص متوتر وعصبي المزاج ويسهل استثارتني	39
				أشعر بالخوف (أو القلق) من وقت لآخر	40
				أرتبك وأخجل عندما أتحدث مع الآخرين	41
				تنقصني مشاعر السعادة والفرح فأنا حزين (وقد أبكي) معظم الوقت	42
				أنا شخص حزين معظم الوقت (وأبكي)	43
				الغضب والعنف السبب في معظم مشاكلي وشعوري بنقص الأمان	44
				أشعر بعدم الارتياح وعدم الهدوء النفسي معظم الوقت	45
				أعاني من الأرق كثيرا مما يقلل شعوري بالراحة والهدوء	46
				أحيانا يزيد غضبي عن الحد لدرجة تفقدني السيطرة على أفعالي على الرغم من بساطة الأمور	47

				أفتقد اهتمام الناس بي وقد يعاملوني ببرود وجفاء	48
				أشعر كثيرا أنني وحيد في هذه الحياة	49
				أرى أن الاحتكاك بالناس بسبب المشاكل	50
				أشعر بالراحة النفسية عندما ابتعد عن الناس (أو عندما أجلس مفردا)	51
				التعامل بإخلاص ومحبة بين الناس أصبح عملة نادرة	52
				أصدقائي قليلون بسبب ظروف خاصة	53
				أكره الاشتراك في الرحلات أو الحفلات الجماعية	54

تأكدي أنك قد أجبت على كل العبارات

# ثبات وصدق قلق المستقبل

T-TEST GROUPS=nisf2(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=nisf1

/CRITERIA=CI(.95).

## Test-t

### Statistiques de groupe

nisf2	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
nisf1 العليا	6	171.1667	16.85724	6.88194
nisf1 الدنيا	6	101.3333	7.17403	2.92878

### Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
	F	Sig.	t	Ddl
nisf1 Hypothèse de variances égales	5.615	.039	9.337	10
nisf1 Hypothèse de variances inégales			9.337	6.754

### Test d'échantillons indépendants

	Test-t pour égalité des moyennes			
	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence
				Inférieure
nisf1 Hypothèse de variances égales	.000	69.83333	7.47923	53.16857
nisf1 Hypothèse de variances inégales	.000	69.83333	7.47923	52.01613

### Test d'échantillons indépendants

	Test-t pour égalité des moyennes	
	Intervalle de confiance 95% de la différence	
	Supérieure	
nisf1 Hypothèse de variances égales	86.49810	
nisf1 Hypothèse de variances inégales	87.65054	

CORRELATIONS

/VARIABLES=koliya silbi nadhra a7dath madahir nafsiya

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

**Corrélations**

[Ensemble\_de\_données0]

**Corrélations**

		koliya	silbi	nadhra	a7dath	madahir	nafsiya
koliya	Corrélacion de Pearson	1	.879	.949	.849	.930	.735
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20
silbi	Corrélacion de Pearson	.879	1	.788	.732	.730	.562
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000	.000	.010
	N	20	20	20	20	20	20
nadhra	Corrélacion de Pearson	.949	.788	1	.710	.908	.703
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.000	.000	.001
	N	20	20	20	20	20	20
a7dath	Corrélacion de Pearson	.849	.732	.710	1	.790	.500
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000		.000	.025
	N	20	20	20	20	20	20
madahir	Corrélacion de Pearson	.930	.730	.908	.790	1	.581
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000		.007
	N	20	20	20	20	20	20
nafsiya	Corrélacion de Pearson	.735	.562	.703	.500	.581	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.010	.001	.025	.007	
	N	20	20	20	20	20	20



RELIABILITY

```
/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008  
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017  
VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026  
VAR00027 VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034 VAR00035  
VAR00036 VAR00037 VAR00038 VAR00039 VAR00040 VAR00041 VAR00042 VAR00043 VAR00044  
VAR00045 VAR00046 VAR00047 VAR00048 VAR00049 VAR00050 VAR00051 VAR00052 VAR00053  
VAR00054  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=SPLIT.
```

**Fiabilité**

**Echelle : TOUTES LES VARIABLES**

**Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus	0	.0
	Total	20	100.0

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.863
		Nombre d'éléments	27
	Partie 2	Valeur	.925
		Nombre d'éléments	27
Nombre total d'éléments		54	
Corrélation entre les sous-échelles			.801
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.890
	Longueur inégale		.890
Coefficient de Guttman split-half			.828

RELIABILITY

/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008  
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017  
VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026  
VAR00027 VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034 VAR00035  
VAR00036 VAR00037 VAR00038 VAR00039

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

## Fiabilité

### Echelle : TOUTES LES VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.942	39

# ثبات وصدق قلق المستقبل

T-TEST GROUPS=nisf(1 2)  
 /MISSING=ANALYSIS  
 /VARIABLES=mo9rana  
 /CRITERIA=CI(.95).

## Test-t

### Statistiques de groupe

nisf		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
mo9rana	3oliya	6	185.3333	10.32796	4.21637
	doniya	6	125.5000	14.12445	5.76628

### Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
mo9rana	Hypothèse de variances égales	.429	.527	8.376	10
	Hypothèse de variances inégales			8.376	9.158

### Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
mo9rana	Hypothèse de variances égales	.000	59.83333	7.14337
	Hypothèse de variances inégales	.000	59.83333	7.14337

### Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
mo9rana	Hypothèse de variances égales	43.91691	75.74976
	Hypothèse de variances inégales	43.71631	75.95036

RELIABILITY

```

/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017
VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026
VAR00027 VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034 VAR00035
VAR00036 VAR00037 VAR00038 VAR00039 VAR00040 VAR00041 VAR00042 VAR00043 VAR00044
VAR00045 VAR00046 VAR00047 VAR00048 VAR00049 VAR00050 VAR00051 VAR00052 VAR00053
VAR00054
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

## Fiabilité

### Echelle : TOUTES LES VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus	0	.0
	Total	20	100.0

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.944	54

RELIABILITY

/VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008  
VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017  
VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022 VAR00023 VAR00024 VAR00025 VAR00026  
VAR00027 VAR00028 VAR00029 VAR00030 VAR00031 VAR00032 VAR00033 VAR00034 VAR00035  
VAR00036 VAR00037 VAR00038 VAR00039  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=SPLIT.

**Fiabilité**

**Echelle : TOUTES LES VARIABLES**

**Récapitulatif de traitement des observations**

		N	%
Observations	Valide	20	100.0
	Exclus	0	.0
	Total	20	100.0

**Statistiques de fiabilité**

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.900
		Nombre d'éléments	20
	Partie 2	Valeur	.890
		Nombre d'éléments	19
		Nombre total d'éléments	39
Corrélation entre les sous-échelles			.835
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.910
	Longueur inégale		.910
Coefficient de Guttman split-half			.910

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

