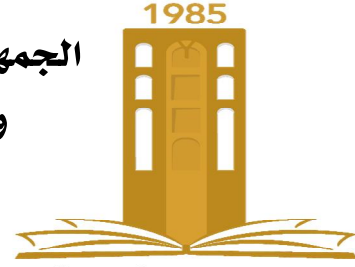


الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة محمد بوضياف المسيلة



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ...../2015

## الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أب

### الطفل التوحدي

دراسة إكلينيكية بالمسيلة

مذكرة مكملته لنيل شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي

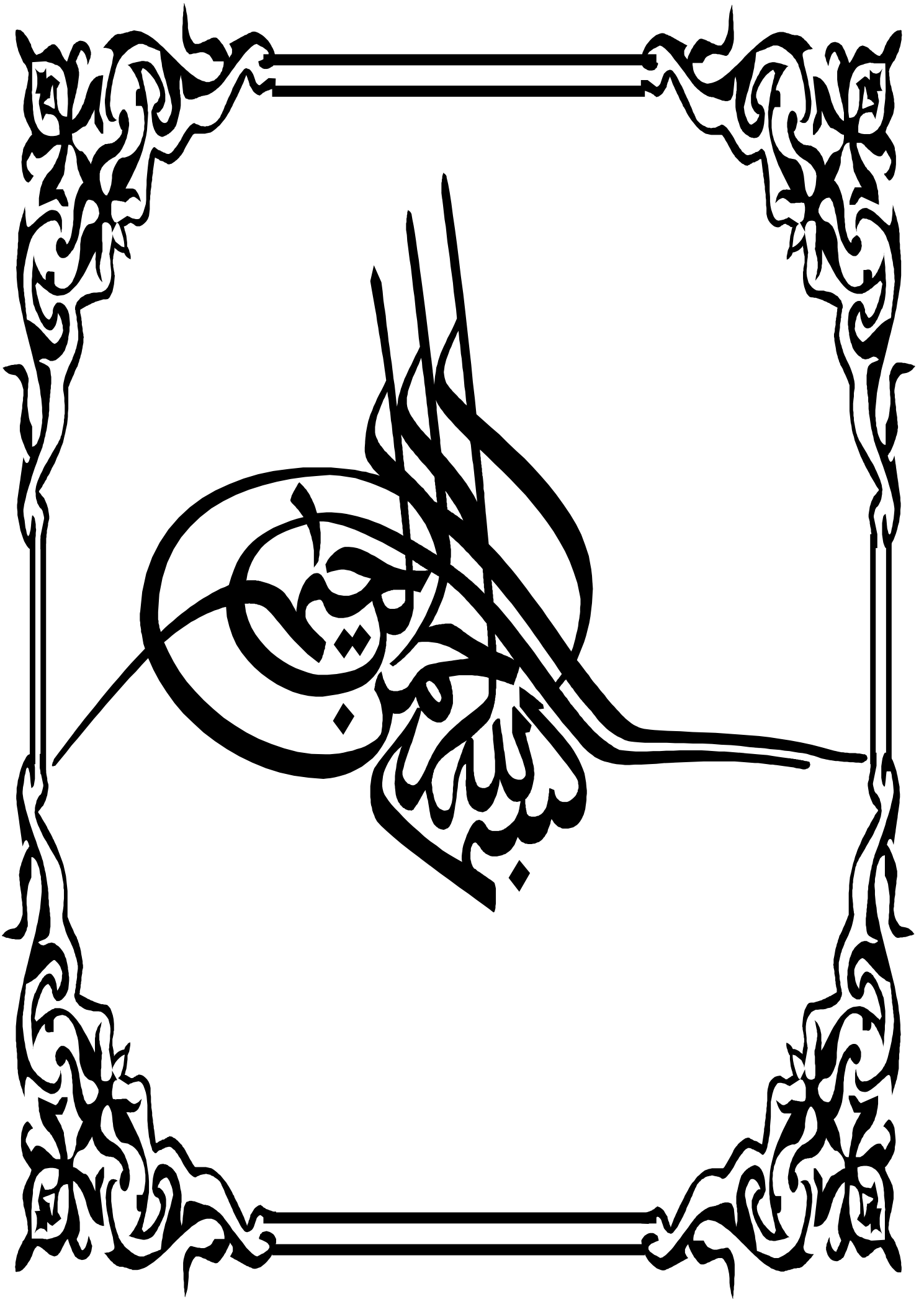
إعداد الطالبة:

حضرية نادية

لجنة المناقشة

- أ. د رابح قدوري ..... مشرفا
- أ. السعيد بوجلال ..... رئيسا
- د. عبد الحميد شحام ..... ممتحنا

2015/2014



## إهداء

الحمد لله ومهما حمدناه فلن نستوفي حمده والصلوة والسلام على أشرف خلق الله  
وبعد أهري ثمرة جهري المتواضع إلي:

ينبوع الحنان والعطف الشمعة التي كانت تحترق لتضيء لي سبيل الحياة  
إلى من احتضنت ورب طريقي بعطائها، إلى من قدسها ربي وجعل الجنح تحت قدميها  
أُمي الحبيبة خريجة قاضي حفظها الله

إلى من كان سببا في وجوهي وفقرته قبل أن يصلب عروني لها كل الثناء والعرفان  
وكل البر والإحسان والري الحبيب الطيب حضرياش رحمه الله.

إلى زوجي الحبيب وشريك حياتي فوزي رمضان شيكوش، الإنسان العظيم الذي كان  
لي السنن والظهير على تجاوز العوائق والصعوبات التي اعترضتني في هذه الحياة،  
وساعرنني على اكتساب قوة الصبر على الطاعة وعن المعصية وعلى النوازل  
والإقرار له كل الحب والصبابة والإخلاص.

إلى فلزات كبري مناف، تسنيم، سراج، رتاج الدين أشاعولا بوجوههم في أسرتي  
السعاوة والسكينة والإطمئنان وعائلي لهم بالصلاح والفلاح في الدنيا والآخرة  
إلى كل إخوتي وأخوات ومي الفاني الجاري في عروقي والذين لا يمكن أن أعيش  
بدونه والمستمر من نسبي إخوتي ﴿ناصر، ساعر، عبد المالك، محمد، علي، أحمد﴾  
وزوجاتهم وكل أولادهم

أخواتي ﴿سعدوة، فتيحة، فوزية، سكينه، زينب﴾ وأزواجهم وكل أولادهم  
إلى صديقاتي: العمارية، سهيلة، عائشة، كريمة، نوال، سارة، إسمان، زينب  
أوي رسالتي إلى شمس الدين حفظه الله مع رجائي الكبير من الله أن يغرق  
على الجميع من فيض بره وإحسانه

\*ناوئة\*

## كلمة شكر

قبل كل شيء نشكر الله عز وجل الذي رزقنا من العلم ما لم نكن نعلم وأعطانا من القوة ما نحتاجه للوصول إلى هذا المستوى من الفهم وإتمام هذا العمل القيم وعرفانا منا بالجهد الجاه من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز مذكرتنا هاته

وعرفانا منا بالجهد الجاه من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز مذكرتنا هاته نتقدم بالشكر الجزيل إلى:

الأستاذ امشرف البروفيسور " راج فدوري " الذي لم يخل علي بنصائحه وتوجيهاته القيمة

وأنتقدم بالشكر الخاص إلى كل من الأساتذة " سفاري لبنث " بوعلافت فاطمة الزهراء " سامية براهيمية " اللاتي كانوا عوننا لي ولا يفوتني تقديم الشكر الجزيل إلى الأستاذ الفاضل " ناصر باي "

والشكر إلى كل من الأخصائبة " تامر " و " غضبان " وامربي " جمال "

كما لا يفوتني أن أنتقدم بالشكر الجزيل إلى والدي العزيزين وزوجي وأبنائي كما أنتقدم بالشكر اموصول لآباء الأطفال التوحدين والشكر إلى أبناء ي التوحدين وخاصة إسلام

إلى من كان معي خطوة خطوة وأمدني بكل الدعم إلى من خط بأنامله على لوحة اللآبة ليصور لنا هذا العمل في صورته النهائية " حسين لعبدي "

## ناوية

# فهرس المحتويات

أ	شكر وعرفان
ب	فهرس المحتويات
هـ	فهرس الجداول
ز	فهرس الأشكال
ح	الملخص
4-1	المقدمة

## الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

6	1- الإشكالية
11	2- أسباب اختيار الموضوع
11	3- الأهمية
12	4- أهداف الدراسة
12	5- مصطلحات البحث
14	6- الدراسات السابقة
36	7- الفرضيات

## الفصل الأول: الضغط النفسي

38	تمهيد
39	1- تاريخ مفهوم الضغط
41	2- تعريف الضغط النفسي
42	3- أعراض الضغط النفسي
45	4- أنواع الضغط النفسي
47	5- أسباب الضغط النفسي
49	6- أنماط الضغط النفسي
50	7- نظريات الضغط النفسي
59	8- العوامل المؤثرة في الضغط النفسي
60	9- الضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين

الخلاصة ..... 67

## الفصل الثاني: استراتيجية المواجهة

- تمهيد ..... 69
- 1- تعريف المواجهة ..... 70
- 2- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة ..... 71
- 3- النظرية المعرفية للضغط والمواجهة ..... 76
- 4- محددات إستراتيجيات المواجهة ..... 77
- 5- أشكال المواجهة ..... 81
- 6- التقييم Evaluation ..... 85
- 7- فعاليات إستراتيجيات المواجهة ..... 88
- 8- مقاييس إستراتيجيات المواجهة ..... 90
- 9- العوامل المؤثرة في إستراتيجيات مواجهة الضغوط ..... 93
- خلاصة ..... 98

## الفصل الثالث: التوحد

- تمهيد ..... 100
- 1- لمحة تاريخية عن التوحد ..... 101
- 2- تعريف التوحد ..... 107
- 3- إنتشار إضطراب التوحد ..... 110
- 4- خصائص وسمات الطفل التوحيدي ..... 113
- 5- أنواع اضطراب التوحد ..... 121
- 6- التشخيص الفارقي ..... 125
- 7- النظريات المفسرة لأسباب التوحد ..... 130
- خلاصة ..... 145

## الفصل الرابع: الإطار المنهجي

- 1- الدراسة الإستطلاعية ..... 147
- 2- الدراسة الأساسية ..... 147
- 3- منهج الدراسة ..... 147

- 4- عينة الدراسة ..... 148
- 5- حدود الدراسة ..... 149
- 6- أدوات الدراسة ..... 149

## الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- نتائج محاور المقابلة العيادية نصف موجهة ..... 156
- 1-1- المحور الأول: بيانات خاصة بشخصية الأطفال التوحديين ..... 156
- 1-2- المحور الثاني: الحالة النفسية للأب قبل وبعد اكتشاف التوحد ..... 157
- 1-3- المحور الثالث: الحياة العلائقية مع الطفل المتوحد ..... 161
- 1-4- المحور الرابع: النظرة المستقبلية للأب ..... 165
- 1-5- المحور الخامس: مواجهة ضغط إصابة الطفل بالتوحد ..... 167
- 2- نتائج مقياس (Coping) ..... 168
- 2-1- الحالة (A) ..... 168
- 2-2- الحالة (B) ..... 170
- 2-3- الحالة (C) ..... 172
- 2-4- الحالة (E) ..... 174
- 2-5- الحالة (F) ..... 176
- 3- نتائج المقياس لكل الحالات الخمس ..... 178
- 3-1- التعليق على نتائج اختبار رورشاخ اكسندر و إستراتيجيات المواجهة لدى أبناء الأطفال المتوحدين ..... 178
- 4- الاستنتاج العام ..... 179
- 4-1- اقتراحات وتوصيات ..... 182

قائمة المراجع

الملاحق

# فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح الفرق بين اضطراب التوحد والريت	123
02	يوضح الفرق بين اضطراب التوحد وأسبرجر	124
03	يبين محور البيانات الخاصة بشخصية الطفل التوحدي	156
04	يبين محور البيانات الخاصة بشخصية آباء الطفل التوحدي	157
05	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	157
06	يمثل نتائج الإجابة على سؤال الثاني في المقابلة نصف موجهة	158
07	يمثل نتائج الإجابة على السؤال الثالث في المقابلة نصف الموجهة	159
08	يمثل نتائج الإجابة على سؤال من الذي أخبر أفراد مجموعة البحث	160
09	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	160
10	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	161
11	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	161
12	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	162
13	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	163
14	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	163
15	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	164
16	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	165
17	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	165
18	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	166
19	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	166
20	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	167
21	يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة	168
22	نتائج مقياس الأب (A) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة	168

169	نتائج الأب (A) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	23
170	نتائج مقياس الأب (B) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة	24
171	نتائج الأب (B) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	25
172	نتائج مقياس الأب (C) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة	26
173	نتائج الأب (C) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	27
174	نتائج مقياس الأب (E) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة	28
175	نتائج الأب (E) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	29
176	نتائج مقياس الأب (F) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة	30
177	نتائج الأب (F) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال	31
178	نتائج المقياس لكل الحالات الخمس	32

# فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
51	مخطط تفسير الضغط عند " وليام كانون 1935 "	01
53	المراحل الثلاثة للتأدر العام للتكيف (حسب سيللي 1956)	02
54	يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية " هاتر، سيللي "	03
57	يمثل نموذج الاستعداد للضغط	04
64	تعريف الأسرة للحادث	05
77	يوضح آليات ترشيح تأثير الضغوط على الفرد	06
87	محددات استراتيجيات المواجهة	07
111	نسبة انتشار اضطراب التوحد	08

## ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة: الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أب الطفل التوحدي، في هذه الدراسة حاولنا إلقاء الضوء على دور الأب والآثار النفسية المترتبة عنه جراء وجود طفل في حياته، والكشف عن طبيعة الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أب الطفل التوحدي.

وهدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف المتمثلة في:

- الكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى آباء الأطفال التوحديين.
  - الكشف على مستوى الضغط النفسي لدى آباء أطفال التوحديين والتعرف على مصادره.
  - الكشف عن طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي يستعملها آباء الأطفال التوحديين إزاء الوضعيات الضاغطة.
- تسعى هذه الدراسة إلى لفت الانتباه إلى الاهتمام بفئة آباء الأطفال التوحديين، والكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الآباء لمواجهة الحالة الإمرضية لإبنهم التوحدي.

وللتحقق من هذه الأهداف تم استعمال المنهج العيادي المناسب لهذه الدراسة المقابلة نصف الموجهة ومقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) واختبار رورشاخ إكسندر لمجموعة أفراد البحث قوامها 5 آباء لأطفال توحديين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً بالمسيلة، تم التطبيق على عينة قصدية معتمدين على المنهج العيادي، وتمت معالجة البيانات عن طريق التكرارات والنسب المئوية ونظام إلكتروني خاص برورشاخ إكسندر، وتحليل محتوى المقابلة نصف الموجهة، حيث أسفرت النتائج على:

- تحققت الفرضية العامة، حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن آباء الأطفال التوحديين استخدموا إستراتيجيات مختلفة لمواجهةهم للضغط النفسي.
- لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى.
- لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية.
- أظهرت النتائج مستويات مختلفة من الضغط النفسي ولا ترتبط بنوعية استراتيجيات المواجهة.

الكلمات المفتاحية: الضغط النفسي، إستراتيجية المواجهة، أب الطفل التوحدي.

## **Résumé :**

Le stress psychologique et les stratégies de la confrontation chez le père de l'enfant autiste.

Nous avons essayé de faire éclaircir le rôle du père et les effets psychologiques dûent aux stress liées à la présence d'un enfant autiste dans sa vie, et la divulgation de la nature des stress psychologiques, et les stratégies de la confrontation utilisé par le père d'enfant autiste en face des situations de stress.

L'étude actuel à pour but de réaliser un ensemble d'objectifs représentés par :

- La détection de l'état psychique et le stress chez les pères d'enfants autistes.
- La détection du niveau stress psychique chez les pères d'enfants autistes et d'identifier les sources du stress.
- La détection au niveau de stress psychique chez les pères et d'identifier les sources du stress.
- La détection de la nature des stratégies de la confrontation utilisées par les pères d'enfants autistes.
- cette étude sert en général à attirer l'attention des spécialistes et les chercheurs en domaine de la psychologie de l'enfant, s'intéresser au vécu des parents d'enfants autistes, et explorer leurs stratégies de confrontations.
- Pour une meilleur exploration nous avons choisi la méthode clinique, en utilisant semi-directif et le test de Rorschach par la méthode du système intégré (Exner), et aussi le test du Coping sur 5 pères d'enfants autistes dans le centre psychopédagogique des enfants handicapés mentaux de m'sila.
- Les démontrent les points suivantes :
  - Les pères d'enfants autistes utilisent des stratégies différentes face à leurs stress.
  - Hypothèse partiel primaire n'est pas réaliser.
  - Hypothèse partiel secondaire n'est pas réaliser .
  - Les résultats ont montre que les pères d'enfants autistes vivent des niveaux différentes de stress et utilisent des stratégies aussi différentes,

**Mots clé:** stress psychique, stratégies de la confrontation, Les pères d'enfants autistes.

# مقدمة

## مقدمة:

تعد الضغوط أحد المظاهر الرئيسية التي تتصف بها حياتنا المعاصرة، وهذه الضغوط ما هي إلا رد فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي طرأت على كافة مناحي الحياة، وظاهرة الضغوط من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتجلى في مضامين بيولوجية ونفسية، اقتصادية واجتماعية وأيضا مهنية، وتظهر نواتجها في مخرجات فيزيولوجية، نفسية وبسيكوسوماتية فقد أشارت نتائج دراسة جنيفر وآخرون (Jenifer et al., 2002) إلى أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من ضغوط نفسية شديدة مقارنة بأسر الأطفال العاديين، وأبرز مصادر الضغوط النفسية احتياجات الطفل التوحدي ورعايته بالإضافة إلى الضغوط المالية، كما تبين عدم وجود علاقة بين مستوى الضغط النفسي لدى أسر الأطفال التوحديين ترجع إلى جنس ومهنة وعمر الوالدين وعمر الطفل.

وكذلك يرى سيلجمان (Seligman, 2000, pp77-78) أن الضغوط النفسية التي تعيشها أسرة الطفل المصاب بإعاقة التوحد تبدأ من لحظة تشخيص الإعاقة وترتبط بمراحل النمو في حياة الطفل الذاتوي وفقا لما يلي:

- مرحلة حمل الطفل و ولادته، والتشخيص الدقيق للإعاقة وإعلام أفراد الأسرة بولادة طفل توحدي.
  - مرحلة الطفولة، وسن التمدرس والتعامل مع الأقران.
  - مرحلة المراهقة، والمشكلات الجنسية والتخطيط المهني للمستقبل ورفضه من قبل الأقران.
  - مرحلة الزواج والبحث عن الزوجة ومعرفة عدم وجود فرصة للدمج في المجتمع.
- (جمال الخطيب وآخرون، 2002، 67)

وأیضا من مسببات الضغوط لدى الآباء، هو فشل الطفل التوحدي في تحقيق ما يتوقعه الآباء والأمهات، يكون مصدرا هاما للضغوط، فالتوقعات غير الواقعية هي مصدر للضغوط. (سليمان عبد الواحد، 2010، 246)

فالتوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية المركبة (المعقدة) Complex (Developmental Disability) يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل، على شكل عجز في استخدام اللغة والتواصل، اللعب التخيلي، التفاعل الاجتماعي والسلوكيات النمطية، حيث أن معدلات إنتشاره في ازدياد ويتراوح عدد الأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر حوالي 80 ألف حالة، أما في ولاية المسيلة حسب احصائيات غير رسمية قدرت بـ 200 حالة لطفل توحد.

ويعتبر تعليم الطفل التوحد مصدرا من مصادر الضغط النفسي لقد أشارت الدراسات إلى أن الأمهات يعانين من ضغط نفسي أكثر من الآباء، من أكثر الأشياء المثيرة لقلق الأمهات هي كيف ستكون رعاية الطفل في الأيام القادمة وحول قدرة الطفل على القيام بوظائفه باستقلالية وتقبل المجتمع له. (National Research council, 2001)

وحديثا أشار كل من أولسون و وانج (Olsson & h.wang, 2001) إلى أن أمهات الأطفال التوحيدين يعانون من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجدوا أن مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحيدين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى آباء الأطفال التوحيدين. (Wenecke, 2002) نقلا عن : (الزريقات، 2010، 394)

وترى ماري (2004) Marie-Dominique AMY أن الأب مدرج تماما في المعاش الحسي والإدراكي للرضيع، ومن الضروري أن نتكلم عن الفوائد الآنية لدور الأب في حياة الرضيع والأم، أكيد أنه لا يمكننا أن ننكر العلاقة الوطيدة بين الأم والطفل (Relation dyade) لكن لا يمكن أن ننسى المثلث العائلي بين الأم-الطفل-الأب Relation triangulaire، نعلم جيدا المخاطر التي يسببها غياب الأب ويظهر ذلك منذ الولادة أو في مرحلة الحمل أو حتى لحظة الإلحاق، وتشير "أولاني" (Aulagnier 1991) أن تحليل التداخل بين طفل-أم لا يمكن فصله عن العلاقة الزوجية، فالمحيط النفسي الحميمي الذي يستقبل المولود الجديد متوقع من هذا الوسط العائلي الذي يتطور فيه الزوجين وليس الأم الجد قوية هي الوحيدة المسؤولة عن هذا المحيط. (Amy., 2004), (Aulagnier, 1991). بتصرف

واعتمادا على ذلك فإن البحوث يجب أن تركز على الأمهات والآباء ومصادر ضغوطاتهم وتقدير الممارسات التعاونية في تربية الطفل التوحدي (Moes, 1995)، ولهذا فإن تعرض الآباء والأمهات للضغوط النفسية بسبب مواجهة أزمة إعاقة التوحد تؤدي إلى عدم الاتزان والحاجة إلى المساعدة، وهذا ليس بالأمر الهين ولا السهل على كليهما، ومنه خصصنا هذه الدراسة لإلقاء الضوء على دور الأب في حياة ابنه التوحدي والآثار النفسية المترتبة عنه وان اهتمامنا بهذا الموضوع يعتمد أساسا على الدراسات السابقة، والتي تناولت دور الأم أو كليهما في حياة الطفل الذاتوي أي علاقة أم-طفل مثل، دراسة شنوفي نورة ودعو سميرة، أما الدراسة الحالية فتناولت دور الأب في حياة ابنه التوحدي والكشف عن طبيعة الضغوط النفسية وطريقة الاستجابة التي يستخدمها لمواجهة الوضعيات الضاغطة، كرد فعل نحو إمرضية طفله التوحدي والتي يطلق عليها بإستراتيجيات المواجهة والتي تعتبر مجموعة من العمليات التي يضعها الفرد بين الحدث الضاغط كمهدد من أجل التحكم، التحمل أو التقليل من تأثيره على الرفاهية الجسمية والنفسية. (Schweikzer MB, 1994, p100)

ونظرا لاهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول الضغط وإستراتيجيات المواجهة لدى أب الطفل التوحدي ولمعالجة هذا الموضوع تم تناوله في شقيه النظري والتطبيقي كما يلي:

**الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية الذي يمثل مدخل إلى الدراسة و هو بمثابة تقديم البحث تم فيه عرض الإشكالية، أهمية الموضوع، وأهداف الموضوع، وأهداف البحث، ثم تحديد المفاهيم والدراسات السابقة والفرضيات.**

### **\* الجانب النظري:**

- الفصل الأول: الضغط النفسي ويتضمن لمحة تاريخية، تعريف الضغط النفسي، أعراض الضغط النفسي، أنواعه، أسبابه، أنماطه، النظريات، العوامل المؤثرة في الضغط النفسي، و الضغط النفسي لدى أباء الأطفال التوحديين.
- الفصل الثاني: إستراتيجيات مواجهة الضغط Coping التي تطرقنا فيها إلى تعريف المواجهة، التناولات النظرية لمفهوم المواجهة و محددات إستراتيجيات

الموجهة، أشكال المواجهة التقييم، فعاليات إستراتيجيات المواجهة، مقاييسها و العوامل المؤثرة فيها.

- الفصل الثالث: تناولنا فيه تعريف التوحد، لمحة تاريخية عن التوحد و مدى انتشاره، خصائص و سمات الطفل التوحيدي، أنواعه والتشخيص الفارقي والنظريات المفسرة له.

أما الجانب التطبيقي فيتضمن قسمين هما:

- الفصل الرابع: يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي اتبناها في الجانب الميداني ويتضمن منهج البحث، مجموعة البحث، مكان إجراء البحث أدوات البحث، طريقة إجراء البحث.

**الفصل الخامس:** خصص لعرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج ويضم الاستنتاج العام الذي يخص النتائج المتحصل عليها وذلك من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضيات وتقديم بعض التوصيات والاقتراحات وفي الأخير، تم وضع خاتمة البحث قائمة المراجع والملاحق.

# الفصل التمهيدي

## الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية.
- 2- أسباب اختيار الموضوع.
- 3- الأهمية.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- مصطلحات البحث: أو مفاهيم أساسية لمصطلحات البحث.
- 6- الدراسات السابقة.
- 7- الفرضيات.

## 1- الإشكالية:

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضاً وأكثرها شيوعاً 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 سلباً 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 والسلوك النمطي التكراري المقيد. (عبد الله، 2002، 7) توجد من (4 إلى 5) حالات توحد في كل (10000) مولود و (14 إلى 20) حالة إسبرجر ويوجد هذا الاضطراب في جميع أنحاء العالم وفي كل الطبقات العرقية والاجتماعية. (محمد عليوات، 2007، 51)

بدايات تشخيص التوحد كاضطراب، تمت على يد كانر (leo-Kanner) (1943) حيث أشار إلى أن التوحد هو اضطراب يحدث في الطفولة وقد اطلق عليه اسم "Autism" وكان يشير بهذه الكلمة إلى التوقع على الذات. (هناك صندوق، 2012، 15) ورغم أن التوحد قد حظي باهتمام الباحثين في الدراسات الأمريكية والأوروبية، إلا أن المحاولات الجادة لسبر أغوار هذه الفئة والإتيان بحلول تقلل من حدة الأعراض وتأخذ بيد المتوحد، مازالت جد محدودة. (عبد الله، 2002، 7)

فالتوحد يعد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة بأجمعها، كما يعتبر اضطراباً محيراً ومؤلماً للآباء يصعب عليهم فهمه.

إن ميلاد طفل في الأسرة يعتبر حدثاً سعيداً، وينظر الكثير من الآباء للطفل على أنه امتداد للذات أو النفس، فهو الذي يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاده يزيد من 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 دائماً الكمال والسواء لطفلهما، هذه التوقعات ستوضع على المحك اثناء المواجهة مع واقع وحقيقة الطفل بعد الولادة، يقول "فيليبو لوجان" "phillipo le jeune" أن: "الآباء غالباً ما يستبدلون الطفل

الخيالي بالطفل الواقعي عند الولادة، فيعد ميلاد طفل يتمتع بالصحة الجسمية، العقلية والنفسية نعمة كبيرة بالنسبة للأبوين وتجسد تحققاً لتوقعاتهما. (جميل، 1988، ص 58) فقد قام "ماركوس سيغل" "H.Marcos Sigal" عام (1984) بسؤال مجموعة من النساء الحوامل للمرة الأولى عن صورة الطفل المنتظر وتوقعاتهن، فوجدهن يرغبن في طفل حيوي لكن في نفس الوقت هادئ، فرح، متوازن، وحسب "Sigal" فإن مصدر هذه الأوصاف هي صورة الطفل الخيالي المثالي لديهن.

ويرى "Freud" أن الطفل يعمل على إصلاح جرح قديم لدى أمه، إذ يقوم بتغطية النقص الذي تعرضت له والمتمثل في رغبتها في القضيب التي لم تستطع الحصول عليه، فيأتي هذا الطفل محققاً لأنوثة المرأة من الناحية البيولوجية والنفسية ألا وهو الجرح النرجسي. (R.Perron, 1985,36)

إذ يذكر "جوردين" "Jordan" عام (1991) أن "هناك توقعات يحتفظ بها الآباء بالنسبة لأطفالهم حديثي الولادة فإذا ما وقع عكس ذلك تكون النتيجة فاجعة للآباء.

(جميل، 1988، ص 58)

لكن ماذا لو تحول 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 إكتشاف إعاقة طفل في الأسرة هي مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للوالدين وللأسرة عامة. (طارق عامر، 2008، ص 4)؛ وخاصة إذا كان الطفل يعاني من اضطراب من النوع الغامض والثقيل مثلما هو عليه الحال في اضطراب التوحد (سليمان، 2010، ص 243)

وباعتبار التوحد عجزاً واضطراباً في النمو، فإن هذا ما يجعل الطفل في تبعية دائمة للام وذلك لعدم قدرته على تحقيق حاجاته ورغباته بمفرده، وبالتالي فهو غير قادر على تحمل مسؤولية نفسه، وهذا ما يدفع للإهتمام أكثر بهذا الاضطراب نظراً لتأثيره على الطفل الذي يكون منطوي ومنسحب من المجتمع وكذلك لأثره على العائلة وخاصة الوالدين حيث غالباً ما تكون الصدمة أول رد فعل لهما يليها عدم التقبل والغضب

والإعتقاد بان توحيده ابنهم ناتجة عن خطأ شخص ما؛ وقد يستسلمون للهم والغم والشعور بالإحباط والإكتئاب وكلها ردود أفعال طبيعية تتكرر لدى الآباء

(محمد السيد وآخرون، 2005، 10)

ومع وجود طفل مصاب بالتوحد قد تتأزم العائلة من الجانب النفسي، الاقتصادي والاجتماعي، (أسامة البطانية، 2007، 573)

وهذا يؤدي إلى توليد الشعور بالضغط داخل الأسرة وهذا ما أشار إليه "كربنيك" "Cronic" وآخرون عام (1993) إلى أنه لا يوجد مكان يتأثر بوجود طفل معاق أكثر من الأسرة، فإن ولادته تمثل ضغطاً نو قيمة داخلها، مسبباً بذلك أزمات عديدة تؤثر على التفاعل الأسري، وهذه الضغوط تمس الأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة، حيث أنها الشخص الأقرب للطفل وقد أكدت دراسة "روسى وآخرون" "Rossi et al" على وجود فروق دالة بين الآباء والأمهات في إدراكهم للضغوط الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة. (حسن عبد المعطي، 2006، 295)

كما أثبتت دراسة "ولف" "Wolf" عام (1989) على أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من ضغوط والدية بدرجة كبيرة، فإلضطراب الطفل نتائج عكسية على سعادة الوالدين، بالإضافة لمطالب الرعاية الخاصة والاحتياجات والقلق على مستقبله وإنعزال الوالدين عن الأصدقاء بسببه، كل هذا يعد من مصادر الضغوط التي تحدث انعكاسات جسمانية و انفعالية على الوالدين، وقد أشارت دراسة "جولد فارب" "Gold farb" سنة (1961) أنه يتضح من خلال عدة زوايا العلاقة بين التوحد الطفولي والسمات الخاصة بشخصية الآباء للأطفال التوحدين، حيث تؤكد الفرضية الأولى، على أن الشخصية غير السوية والشاذة للآباء تستطيع أن تكون سبباً في حدوث التوحد عند الطفل بينما الفرضية الثانية فهي تؤكد أن الشخصية غير السوية للآباء الأطفال التوحديين يعتبر كنتيجة لردود الفعل الودية للحالة الأمراض الحادة للطفل التوحدي، وتنتهي بالإصابة بالضغط النفسية كاستجابة للتظاهرات العنيفة والعميقة أمام هذا الاضطراب.

(M.Rutter-E,Schopler, 1978, p301-302)

ويرى "سيلجمان" "Seligman" (2000)، أن الضغوط النفسية التي تعيشها أسرة الطفل المصاب بإعاقة التوحد، تبدأ من لحظة تشخيص الإعاقة وترتبط بمراحل النمو في حياة الطفل التوحد.

وقد أشارت نتائج دراسة جنيفر وآخرون (2002) "Jennifer et al" إلى أن أسر الأطفال التوحيديين تعاني من ضغوط نفسية شديدة مقارنة بأسر الأطفال العاديين وأبرز مصادر الضغوط النفسية احتياجات الطفل التوحد ورعايته، بالإضافة إلى الضغوط المالية، كما تبين عدم وجود علاقة بين مستوى الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال التوحيديين ترجع إلى الجنس ومهنة وعمر الوالدين وعمر الطفل.

كما أكدت دراسة "قات" "Gath" سنة (1989)، من خلال دراسته على أنه تصور الآباء وتوقعاتهم عن المولود المنتظر هي التي تؤثر على ردود أفعالهم وطرق معاملتهم وهكذا سواء كان الموقف بالرفض السلبي أو الحماية المفرطة، كما توصل "كارشاو" "Kerchaw" (1973)، إلى أن الآباء قد يتجاوزون مشاعر الرفض ويظهرون أحيانا مؤشرات عطف سطحية فقط، وقد يفرط الأولياء في حب ابنهما لشعورهما بالذنب.

(فرج الزريقات ابراهيم عبد الله، 2004، 341-342)

وميز هنري موراي "H.Murray" بين نوعين من الضغوط هما ضغط بيتا "Beta stress" وألفا "Alpha stress"، وقال أنه في حالة التعرض المستمر للضغط النفسي، فإنه سوف يؤدي إلى حالة الانهك والاستنزاف البدني والانفعالي وأسماء بالاحتراق النفسي "Burnout" ويظهر هذا الأخير عند آباء وأمهات الإبناء المعاقين ذهنياً، ويتمثل في التعب والإرهاق الشديد والشعور بالعجز والكآبة. (سليمان، 2010، 231)

وترى "جوتس" "Jotce" (1994) أن وجود طفل توحد في أي أسرة يعتبر صدمة عامة لأفراد الأسرة. (إحسان براجل، 2012، 2)

ونذكر بعض الآباء الذين ساهموا بالبحث والتقصي عن اضطراب التوحد أمثال: "Bernard Rimland" الذي قام بتأسيس الجمعية الأمريكية للتوحيديين، وهو أب لطفل توحد ونذكر "شوبلر" "Shopler" الطبيب الذي قام بوضع برنامج "Teacch" (1970) لتعليم وتدريب وتواصل الطفل التوحد...إلخ.

كما سبق الذكر، فإن كل من الأب والأم يتعرضان لضغوط تجعلهما يستجيبان بإستعمال إستراتيجيات مواجهة خاصة، لمواجهة المواقف الضاغطة وحسب "لازاروس" تعرف هذه الاستراتيجيات على أنها "مجموعة الأساليب أو الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للحكم أو خفض أو تحمل الحدث المدرك المهدد" حيث أظهرت دراسة "واشتر" "Wachter" سنة (1970) التي تهدف لمعرفة ردود أفعال الآباء والأمهات نحو ميلاد طفل معاق (حركيا أو ذهنيا) أن أكثر ما يميز هذه الردود هي مشاعر القلق والشعور بالذنب والخجل والرفض والإنسحاب وتختلف أساليب المواجهة باختلاف مصادرها حيث بينت دراسة "Selye et wiliam" عام (1977) حول الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا وأساليب التعامل مع الضغوط أن أهم الأساليب المستعملة هي: الهروب، التحاشي، اللجوء إلى التذمر والشكوى أو تقبل إعاقه الطفل وتحدي الضغوط ومواجهة الموقف. (عبد المعطي، 2006، ب ص)

إنطلاقا من الدراسات السابقة و التي تناولت الضغط النفسي و علاقته باستخدام نوع معين من إستراتيجيات المواجهة لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين، وفي حدود إطلاعنا لاحتظنا أن جل الدراسات -في حدود إطلاع الباحثة- كانت مركزة على علاقة الأم بالطفل الذاتي أي "Relation dyadique"، أو كلاهما في إطار المثلث العلائقي أب -طفل- أم أي "Relation triangulaire" لكن لم نجد دراسة تناولت علاقة الأب بالطفل الذاتي، ومن هنا فنحن عبر دراستنا المعنونة "الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أب الطفل التوحدي" حاولنا إلقاء الضوء على دور الأب والآثار النفسية المترتبة عنه جراء وجود طفل ذاتوي في حياته والكشف عن طبيعة الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أب الطفل الذاتي لمواجهة الوضعيات الضاغطة، مع العلم أنه لم يتم اختيارنا لهذا الموضوع حبا في الإطلاع و فقط، بل كان من خلال تجربتنا المتواضعة و إحتكاكنا بفئة آباء وأمهات الأطفال الذاتويين، وكمختصة عيادية في جمعية تابعة للمجلس الولائي بالمسيلة خاصة بالأطفال التوحديين "الجمعية الولائية للطفل المتوحد وذوي الاحتياجات الخاصة"، وقد تم اختيارنا لهذا الموضوع للتعلم فيه ودراسته، ومن خلال ما سبق طرح التساؤل العام التالي:

- ما هي طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي يستعملها آباء الأطفال التوحديين في مواجهةهم للضغط النفسي؟
- تساؤلات جزئية:

- ما مستوى الضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين المستخدمين إستراتيجيات مواجهة نحو الانفعال؟
- ما مستوى الضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين المستخدمين إستراتيجيات مواجهة نحو حل المشكل؟
- 2- أسباب اختيار الموضوع:

- قلة الدراسات في حدود إطلاعنا حول موضوع التوحد في الوطن العربي بصفة عام والجزائر بصفة خاصة.
- قلة الدراسات -على حسب علم الباحثة- التي تعرضت لهذا الموضوع.
- الوعي بأهمية الموضوع والتحسيس به، لجذب انتباه المربين والمتخصصين والآباء وكل القائمين على الدعم والتكفل بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- لم يتم اختيار الموضوع حبا في الإطلاع وإشباع الفضول فقط وإنما ملاحظة قلة الاهتمام بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وأيضا قلة الاهتمام بفئة الآباء في حياة أطفالهم التوحديين.

### 3- الأهمية:

- قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع -على حسب علم الباحثة- التي تعرضت إلى هذا الموضوع من قبل الباحثين والمتخصصين.
- ازدياد الاهتمام بفئة التوحد وتقديم كل ما يخدم نموها وتكيفها مع المجتمع.
- يمكن ان تسهم نتائج هذه الدراسة اضافة و إثراء الجانب العلمي.
- تكمن أهمية هذه الدراسة في إلقاء الضوء على الحالة النفسية لدى آباء الأطفال الذاتويين والكشف عن استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الآباء لمواجهة الوضعيات الضاغطة.
- ركز جانب كبير من الأبحاث والدراسات على الجانب علاقة ابن -أم Dyadique لكن الأصل العلاقة يكون (Triangulaire) أي أب-طفل-أم أي مكون من المثلث

العلائقي، ومنه حاولنا أن نلقي الضوء على الجانب الآخر أي علاقة أب-طفل ليكتمل المثلث، ومنه تكون الدراسة مكتملة لمعظم الدراسات التي سلطت الضوء على العلاقة "Dyadique".

#### 4- أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا إلى التعرف على:

- الكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى آباء الأطفال التوحديين.
- الكشف على مستوى الضغط النفسي لديهم والتعرف على مصادره.
- الكشف عن طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي يستعملها آباء الأطفال التوحديين إزاء الوضعيات الضاغطة.

#### 5- مصطلحات البحث:

##### 5-1- التوحد:

لغة:

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وبالعربية أسموه الذاتوية، والتوحد ليس الانطوائية وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص إلى آخر.

(رمضان محمد القذافي، 1994، 159)

##### اصطلاحا:

هو اضطراب عصبي تطوري ينتج عن خلل في وظائف الدماغ، يظهر كإعاقة تطويرية أو نمائية عند الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر. تظهر علاماته الرئيسية في:

- تأخر في تطور المهارات اللفظية وغير اللفظية.
  - اضطراب السلوك.
  - اضطراب التفاعل والتواصل الاجتماعي. (بطرس حافظ بطرس، 2010، 147)
- ويعرفه "ليو كانر" "léo kanner" (1943): على أنه: حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة. (رائد خليل العبادي، 2006، 12)

إجرائيا: هو قصور في التواصل البصري والانتباه المشترك، تأخر تطور المهارات اللفظية وغير اللفظية، و اضطراب في التفاعل والتواصل الاجتماعي.

### 5-2- الضغط النفسي:

لغة: في اللغة العربية الضغط هو مصطلح مشتق من الفعل ضغط، ويقال ضغط أضغط، ضغطا، بمعنى عصره وضيق عليه، ويقال أيضا أن الضغطة هي القهر والضيق، ويقال ضغطة القبر أي تضيقه على الميت، والضاغط هو الرقيب الأمين على الشيء، والضاغوط هو الكابوس، أما الضغيط فهو الضعيف الرأي.

أما في اللغة الفرنسية فمصطلح "Stress" من الفعل اللاتيني "Stringere" الذي يعني ضيق، ضغط وشد، ومنه أخذ الفعل متناقضة، أما في اللغة الانجليزية فيستخدم مصطلح الضغط "Stress" للإشارة إلى الصعوبات والتوترات والآلام التي تمر بالفرد. (إحسان براجل، 2012، 8)

إصطلاحا: ويعرف "هانزسيلي" "H.Selye" (2000) "الضغط بأنه الاستجابة غير النوعية للجسم لأي طلب دافع، وهو أيضا الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع". (لكرون نعيمة، 2010، ب، ص)

حاول "ماك جراث" (1977) "Mc.Grath" تعريف الضغط النفسي على أنه: "عدم التوازن الواضح بين المتطلبات (بدنية، نفسية) والمقدرة على الاستجابة تحت ظروف، عندما يكون الفشل في الاستجابة لتلك المتطلبات يمثل نتائج هامة".

(سامي عبد القادر، 2013، 97)

إجرائيا: هو عبارة عن رد فعل طبيعي عقلي أو انفعالي للفرد ناتج عن استجابة الفرد والتوترات البيئية والصراعات وما شابه ذلك من مثيرات الداخلية والخارجية.

### 5-3- إستراتيجيات المواجهة:

#### اصطلاحا:

عرف كل من "لازروس وفولكمان" (Folkman Lazarus) المواجهة على أنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية التي تستخدم للتحكم بالضغوطات الخارجية أو الداخلية التي تتعدى قدرات الشخص. (Folkman Lazarus, 1984, p195)

إجرائيا: هي مجموع المجهودات التي يبذلها آباء الأطفال التوحديين في شكل إستجابات للوضعيات الضاغطة المهددة لهم، وهذه الاستراتيجيات تختلف باختلاف تصوراتهم إزاء هذه الوضعيات الضاغطة وطريقة تعاملهم مع الضغط.

هي الدرجات التي يتحصل عليها آباء الأطفال التوحديين على مقياس "Coping" إستراتيجيات المواجهة، حيث تنقسم إلى استراتيجيات مواجهة مركزة على حل المشكل، وإستراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال.

#### 6- الدراسات السابقة:

##### 6-1- الدراسات المحلية:

دراسة ورك ياسمينة (2005): تناول اضطراب التوحد لمحاولة تصميم أداة لتقييم التقليد الإرشادي في وضعية اللعب الحر.

تساؤلات الدراسة: ما هي قدرات الطفل المتوحد في مجال التقليد الإشاري عندما يكون في حالة تفاعل مع الراشد أثناء اللعب الحر؟

- ما هي حدود إمكاناته في تطوير عامل التقليد للدخول في اتصال غير لفظي مع الراشد؟

- هل الطفل المتوحد قادر على التفاعل مع الغير عن طريق اللعب المتبادل؟

- كيف يمكن تقييم التقليد الإشاري لدى الطفل المتوحد؟

منهج الدراسة: المنهج الإكلينيكي، إذ اعتمد على الملاحظة الإكلينيكية الدقيقة لسلوك الحالات.

#### أدوات الدراسة:

- تم تطبيق اختبار (Cars) لتشخيص اضطراب التوحد.

- تصميم بنود اختبار للتقليد الإشاري انطلاقاً من أسس نظرية تخص كيفية إكتساب الإشارات الاتصالية.
- تقنين الوسيلة الإكلينيكية المصممة للتمكن من تطبيقها على عينة الأطفال التوحديين للكشف عن قدراتهم الخاصة بالتقليد الإشاري.
- تطبيق الأداة المصممة على الأطفال التوحديين.
- كاميرا لتصوير الحصة.

**عينة الدراسة:** لقد قمنا باختبار عينة البحث التي تحتوي على 4 حالات بطريقة عشوائية دون الأخذ بعين الاعتبار العوامل الخاصة بالجنس، لغة الأم، السن، درجة الاضطراب وكذلك المستوى الثقافي والاجتماعي للحالات فالمهم هو وجود حالات تعاني من اضطراب التوحد، ويمكن عرض خصائص أفراد العينة من خلال الميزانية في الجدول رقم 2، ثم نتائج (CARS) في الجدول رقم 3.

**النتائج:** اجابة على الفرضية الأولى القائلة أن الطفل المتوحد قادر على دخول في إتصال غير لفظي مع الراشد، لأنه يتمكن من تقليد بعض السلوكات تتواصل إلى أن كل المتوحدين الذين قمنا بملاحظة سلوكهم قادرين على التقليد إلى أن نوع التقليد المستعمل من طرف الحالة الأولى والثانية من النوع العفوي والمؤجل، أما الحالتين الثالثة والرابعة فستعملان التقليد الإجباري والمباشر وظيفة إتصالية غرضها الدخول في اتصال وتفاعل مع الآخرين، اما التقليد المؤجل فيفصل عن السلوك الحالي لكونه يرتقي إلى مستوى التصور الذهني، وبهذا نقول أن الفرضية الثانية أن الطفل المتوحد يستغل قدراته في التقليد الإشاري للتواصل مع الغير، إلا أنه لا يتمكن من الوصول إلى مستوى الاستقلالية في الأداء أما الفرضية الثالثة، فإن اللعب الحر وسيلة تسمح للطفل المتوحد بالتفاعل مع الغير، نتوصل إلى أنه يلعب دوراً مهماً في بناء العلاقة الثلاثية بين الطفل، الراشد والأشياء المتواجدة في المحيط حيث تبادل الإنتباه حول موضوع معين، وهذا ما يعرف "بالاهتمام المتبادل".

والإجابة على الفرضية الرابعة القائلة بأن الكشف عن مستوى الاتصال غير اللفظي لدى المتوحد يتم عن طريق التقليد الإشاري بتصميم أداة إكلينيكية، وذلك لأننا نتوصل في هذه الدراسة إلى استخلاص جدول إكلينيكي يشمل المظاهر التشخيصية لعملية التقليد لدى

الطفل المتوحد، فالتقليد وسيلة إذن تسمح بتقييم قدرات الإتصال غير اللفظي لدى الطفل التوحيدي، فهي طريقة مسهلة لكونها تسمح برؤية سير عملية الاتصال كفعل. أمينة بن خروف (2010): دور اللعب في تنمية التواصل غير اللفظي عند الأطفال المصابين بالتوحد.

#### هدف البحث:

- الوقوف على فاعلية تنمية مهارة التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحيدي بتقديم برنامج اللعب.
- تصميم النشاط النهائي لبرنامج اللعب.
- بناء مقياس التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحيدي.

#### تساؤلات الدراسة:

- هل ترتبط فعالية اللعب بمهارة حسن التواصل غير اللفظي عند الطفل التوحيدي؟
- هل يمكن ترتيب عوامل التواصل غير اللفظي حسب أهميتها لتتميته باللعب لدى الطفل المتوحد؟

#### منهج البحث: تم اعتماد منهج وصفي اختباري

عينة البحث: تكونت العينة من 9 أطفال توحيدين كلهم ذكور، من أصل 37 طفل مصاب بالتوحد بالمركز الطبي البيداغوجي بولاية الشلف.

#### أدوات البحث:

- مقياس تشخيص الطفل التوحيدي - إعداد "عادل عبد الله".
- سلم تقدير التوحد الطفولي (CARS).
- برنامج اللعب - إعداد الباحثة
- مقياس التواصل غير اللفظي عند الطفل التوحيدي - إعداد الباحثة.

#### نتائج البحث:

خلصت نتائج البحث إلى طردية العلاقة بين برنامج اللعب ونمو مهارة التواصل غير اللفظي ويترتب عوامل هذا الأخير حسب أهميتها بفاعلية اللعب حيث ساد التواصل البصري الرتبة الأولى بـ 35.02% من أحداث نمو أو إعاقة للتواصل غير اللفظي، وحل الانتباه المشترك في المرتبة الثالثة بنسبة 24.72% في أحداث النمو الطردي للتواصل

غير اللفظي وقام العامل الرابع في التآزر البصري اليدوي في المرتبة الرابعة بنسبة 14.26% في تطوير النمو الطردي للتواصل غير اللفظي.

**دراسة لطيفة ساحلي (2012):** دور أنشطة اللعب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي عند الأطفال التوحديين:

إن الهدف من الدراسة هو الكشف عن دور أنشطة اللعب في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين، وانطلاقاً من فرضيات مفادها:

- لأنشطة اللعب دور في تنمية التواصل البصري للأطفال التوحديين.
- لأنشطة اللعب دور في تنمية الانتباه المشترك للأطفال التوحديين.

وللتحقق من هذه الفرضيات قمنا بدراسة ميدانية بمركز وفاء للأطفال التوحديين بولاية قسنطينة، على عينة مكونة من (04) حالات من الأطفال التوحديين تتراوح أعمارهم حوالي 4 سنوات، حيث استخدمنا المنهج الإكلينيكي الذي اشتمل على مقابلة الاختصاصية النفسانية العيادية والمربية المختصة، كما اعتمدنا على الملاحظة. وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

- لأنشطة اللعب دور في تنمية التواصل عند الأطفال التوحديين.
- لأنشطة اللعب دور في تنمية الانتباه المشترك عند الأطفال التوحديين.

**دراسة أسماء لجلط (2012):** دور اللعب الجماعي في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين.

- تساؤلات الدراسة:

\* السؤال العام: هل يؤدي اللعب الجماعي دوراً في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين؟

\* السؤال الجزئي الأول: هل يؤدي اللعب الجماعي دوراً في خفض السلوكيات العدوانية إتجاه الذات لدى الأطفال التوحديين؟

\* السؤال الجزئي الثاني: هل يؤدي اللعب الجماعي دوراً في خفض السلوكيات العدوانية إتجاه الآخرين لدى الأطفال التوحديين؟

فرضيات الدراسة:

- يؤدي اللعب الجماعي دوراً في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين

- يؤدي اللعب الجماعي دورا في خفض السلوكيات العدوانية إتجاه الذات لدى الأطفال التوحديين

- يؤدي اللعب الجماعي دورا في خفض السلوكيات العدوانية إتجاه الآخرين لدى الأطفال التوحديين

#### أهداف الدراسة:

التحسيس بأهمية الدراسة في أنها تتناول بالبحث العلمي اضطراب من أشد الاضطرابات التي تعوق النمو الطبيعي لدى الأطفال التوحديين.

التحقق من صدق الفرضيات

منهج الدراسة: المنهج العيادي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 5 أطفال توحديين لديهم سلوكيات عدوانية، مواصفاتها أن يكون أفراد العينة أطفالا توحديين وفقا لمقياس تشخيص التوحد، ولديهم نسبة التوحد متوسطة وفقا لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS).

أن تكون أفراد العينة اطفالا متوحديين ملتحقين بأماكن متخصصة في تدريب وتعامل الأطفال المتوحدين.

ان يتراوح عمرهم (3-8) سنوات وهي مرحلة ما قبل المدرسة.

وسيلة البحث: دراسة حالة، المقابلة، الملاحظة

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أنه يؤدي اللعب الجماعي دورا في خفض السلوكيات العدوانية لدى الاطفال التوحديين، وكذلك يؤدي اللعب في خفض السلوكيات العدوانية اتجاه الذات واتجاه الآخرين لدى الأطفال التوحديين.

دراسة آسيا خلدومي (2012): أثر استخدام اللعب الجماعي المصحوب بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل و المراهق التوحدي في المركز الطبي البيداغوجي ببوعنيان بالبليدة ولتحقيق أهداف الدراسة، تم الاعتماد على برنامج يحتوي على مجموعة من الألعاب الاجتماعية والأنشطة الموسيقية وأنشطة تعمل على زيادة التركيز وذلك للإجابة على الأسئلة التالية:

التساؤل العام الأول: هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات الاجتماعية في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟

- التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مهارات الاستعداد للتعلم للطفل التوحدي في القياس القبلي و البعدي للبرنامج العلاجي؟
- هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مهارات المشاركة الاجتماعية للطفل التوحدي في القياس القبلي و البعدي للبرنامج العلاجي؟

التساؤل العام الثاني: هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات التواصلية في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟

التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في مهارات التواصل اللفظي للطفل التوحدي في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟
- هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة في مهارات التواصل غير اللفظي للطفل التوحدي في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟
- هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مهارات التعبير الانفعالي للطفل التوحدي في القياس القبلي والبعدي للبرنامج العلاجي؟

التساؤل العام الثالث: هل توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات التواصلية للطفل التوحدي في القياس البعدي والتتبعي للبرنامج العلاجي؟

وتمت صياغة فرضيات الدراسة وفق هذه التساؤلات، كما اتبعنا من خلال هذه الدراسة المنهج التجريبي لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية، وقد اشتملت مجموعة الدراسة على (07) أطفال توحديين، حيث اعتمدنا قياس المهارات الاجتماعية والتواصلية، باستخدام شبكة ملاحظة المهارات الاجتماعية، شبكة ملاحظة المهارات التواصلية (من إعداد الباحثة)، مقياس تقدير التوحد للذكور (عادل عبد الله محمد" من مصر) مقياس صعوبات التعلم ب ("مايكل باست") وقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للدكتور ("خليل بيومي" من مصر) والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثة.

ولمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية إحصائياً، فقد اعتمدت الباحثة على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (spss)، والاعتماد على

المؤشرات الاحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

وكشفت النتائج إلى أنه توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في مهارة الاستعداد للتعلم ومهارة التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي وحتى مهارة التعبير الانفعالي للطفل التوحدي في القياس القبلي والبعدي، كما لا توجد فروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في المهارات الاجتماعية والمهارات التواصلية للطفل التوحدي في القياس البعدي والتتبعي.

دراسة دعو سميرة، شنوفي نورة (2012): الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي.

**تساؤلات الدراسة:** ما هي طبيعة استراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال التوحديين في مواجهتهن للضغوط من أم لأخرى؟ وهل يؤثر الاختلاف في الدرجة الضغط؟

**فرضيات الدراسة:**

**الفرضية العامة:** تستخدم امهات الأطفال التوحديين إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط النفسي.

**الفرضية الجزئية:**

تستخدم امهات الأطفال التوحديين إستراتيجيات موجهة نحو حل المشكل لمواجهة الضغط النفسي وهذا يدل على مستوى منخفض.

تستخدم امهات الأطفال التوحديين إستراتيجيات موجهة نحو الانفعال لمواجهة الضغط النفسي وهذا يدل على مستوى مرتفع.

**أهداف الدراسة:**

- الكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى أمهات الأطفال التوحديين.
- الكشف على مستوى الضغط النفسي لديهم والتعرف على مصادره.
- الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة التي تستعملها أمهات الأطفال التوحديين إزاء الوضعيات الضاغطة.
- محاولة إعطاء إقتراحات وتوصيات.

### منهج البحث: المنهج العيادي

المنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة للحالات الخاصة والذي من خصائصه دراسة كل حالة على انفراد.

**اختيار العينة:** 5 حالات وهن امهات لأطفال توحيدين (24 سنة-30-37-33-42 سنة)

وسيلة البحث:

- دراسة حالة، الملاحظة.
- المقابلة العيادية النصف موجهة
- مقياس إدراك الضغط (PSQ) لـ Levenstein
- مقياس المواجهة (COPING) لـ Paulhan

**النتائج:** تؤكد تحقق الفرضية العامة والفرضيات الجزئية، حيث أظهرت نتائج الدراسة بأن امهات الاطفال التوحيدين يستخدمن إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط النفسي وهذا ما أسفرت عنه الفكرة التي تشير إلى أن الأفراد لا يستجيبون للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجابتهم لإختلاف نمط الشخصية، و قد دلت عملية تحليل النتائج على تحقق الفرضية العامة، حيث أن أمهات الأطفال التوحيدين يستخدمن إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهن للضغط النفسي، سواءا كانت هذه الاستراتيجيات مركزة حول حل المشكل أو مركزة حول الانفعال كما دلت النتائج على تحقق الفرضية الجزئية الأولى بحيث أن الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال يصاحبها مستوى أو مؤشر مرتفع للضغط النفسي والفرضية الجزئية الثانية، بحيث أن استراتيجيات المركزة حول حل المشكل يصاحبها مستوى منخفض من الضغط النفسي.

**دراسة إحسان براجل (2013):** الضغوط النفسية لدى عينة من امهات الأطفال التوحيدين وأثر بعض العوامل المختارة في ذلك.

هدف البحث الحالي إلى التعرف على درجة الضغط النفسي لدى عينة من امهات الأطفال التوحيدين، كما هدف إلى معرفة طبيعة الفروق بين الأمهات في درجة الضغط النفسي تبعا لمتغيرات الدراسة (سن الأم، المستوى التعليمي للام، عمل الأم)، وتكونت عينة الدراسة من (33) أما من ولاية باتنة، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي وذلك

لمناسبته لموضوع البحث، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتصميم إستبيان خاص بالضغوط النفسية لدى الأمهات، حيث يتكون الاستبيان من 3 أبعاد:

- البعد الأول: ضغوط تتعلق بخصائص الطفل التوحدي (11 بنداً)
- البعد الثاني: ضغوط تتعلق بالحالة الذاتية للام (9 بنود)
- البعد الثالث: ضغوط تتعلق بالحالة الاجتماعية للام (6 بنود)

#### نتائج الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة الضغط النفسي بين أمهات الأطفال التوحديين تبعاً لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة الضغط النفسي بين أمهات الأطفال التوحديين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة الضغط النفسي بين أمهات الأطفال التوحديين تبعاً لمتغير العمل.

#### 2-6- الدراسات العربية:

دراسة سهير محمود (2002): فعالية برنامج تدريبي في تخفيض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد، هدفت إلى إعداد برنامج يهدف إلى مساعدة الطفل التوحدي على تنمية المهارات الاجتماعية، المعرفية، اللغوية ورعاية الذات، ومساعدة الطفل على ممارسة أساليب وأنماط السلوك التوافقي كما هدفت أيضاً إلى التعرف على أفضل الأساليب التربوية والإرشادية في التعامل مع الطفل التوحدي، بالإضافة إلى إعداد برنامج إرشادي للوالدين يساعدهم على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب مما يسهم عليهم القيام بتعديل سلوكياتهم غير المناسبة، تكونت عينة الدراسة من 10 أطفال توحديين ممن تراوحت درجاتهم ما بين (25-75 درجة) على مقياس الطفل التوحدي كما تراوحت أعمارهم ما بين 8-22 عاماً، ونسب الذكاء ما بين 50-70 على مقياس "ستانفورد بنيه"، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبتين وضابطة، روعي فيها التماثل.

أدوات الدراسة: مقياس "ستانفورد بنية للذكاء" (ترجمة وإعداد/ محمد عبد السلام ولويس مليكة (1988)، مقياس تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبد

العزیز شخص، 1988)، مقياس تقييم الطفل التوحدي (إعداد الباحثة)، برنامج إرشادي لوالدي الطفل المتوحد (إعداد الباحثة)، أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم حيث ساعد البرنامج في تخفيض الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات الاجتماعية القصور في الرعاية الذاتية، اضطراب اللغة وذلك على أبعاد مقياس الطفل التوحدي، ولكن لم تظهر النتائج وجود فروق جوهرية في بعد الانماط السلوكية وذلك لدى افراد المجموعة التجريبية قياسا بالمجموعة الضابطة، حيث لم يحدث لها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد الاختبار التتبعي.

**دراسة مجدي فتحي غزال (2007):** فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحدين في مدينة عمان:

هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي لدى عينة من أطفال التوحد بمدينة عمان.

تكونت عينة الدراسة من 20 طفلا من الذكور، تراوحت أعمارهم ما بين 5-9 سنوات، ولقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية والتي قسمت إلى مجموعتين تجريبيتين وضابطة بالتساوي.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث قائمة تقدير التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحدين، وبرنامج تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحدين (إعداد الباحث).

#### نتائج الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة د.لينا عمر بن صديق (2007).

**عنوان الدراسة:** فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي.

**اشكالية الدراسة:** حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما مدى فعالية البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي (الانتباه- المشترك، والتواصل البصري، والتقليد، والاستماع والفهم، والإشارة إلى ما هو مرغوب فيه، وفهم تعبيرات الوجه وتمييزها ونبرات الصوت الدالة عليها) لدى أطفال التوحد محدودي اللغة في المرحلة العمرية (4-6) سنوات؟
- ما أثر استخدام أطفال التوحد محدودي اللغة في المرحلة العمرية (4-6) سنوات لمهارات التواصل غير اللفظي على سلوكهم الاجتماعي؟

**فرضيات الدراسة:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مهارات التواصل غير اللفظي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد مجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في السلوك الاجتماعي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد مجموعة الضابطة على الاختبار البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

**أهداف الدراسة:**

- اختبار فعالية برنامج لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الاطفال التوحديين بمدينة الرياض، وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي.
- توفير قوائم لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي، وقوائم لتقدير السلوك الاجتماعي لدى اطفال التوحد، وذلك لمعرفة أثر البرنامج على كل منهما.

**المنهج:** المنهج التجريبي.

**العينة:** أطفال توحديين تتراوح أعمارهم (4-6) سنوات، تكونت عينة الدراسة من (38) طفلاً توحدياً بمتوسط عمري قدره (4-5) سنوات وانحراف معياري قدره (6.10) وتم توزيعهم على مجموعتين متكافئتين في العمل والجنس، ودرجة التوحد (الأعراض

الإكلينيكية والمظاهر السلوكية تبعا لقوائم التشخيص التي تم استخدامها لتشخيص التوحد لدى أفراد العينة في المراكز التي طبقت فيها الدراسة.

وقد تم اختبار العينة بطريقة قصدية من أربعة مراكز بمدينة الرياض.

\* وسيلة البحث (ادوات الدراسة): اعدت الباحثة 3 أدوات وهي:

- قائمة تقدير مهارات التواصل غير اللفظي لأطفال التوحد في الفئة العمرية (4-6) سنوات - إعداد الباحثة

- قائمة تقدير مهارات السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد في الفئة العمرية (4-6) سنوات - إعداد الباحثة

- البرنامج المقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى اطفال التوحد في الفئة العمرية (4-6) سنوات، من إعداد الباحثة.

#### الأساليب الإحصائية:

للإجابة على فرضيات الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية للانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية وتحليل التباين المشترك (Anova) Analyse of coveriance

دراسة عواد (2009): مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات: هدفت الدراسة لتقصي مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن، وعلاقتها ببعض المتغيرات، مثل جنس الطفل التوحدي وعمره، تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم لأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة بالأردن، طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، و المقياسين من إعداد (السرطاوي والشخص (1998)) وبعد معالجة البيانات إحصائياً أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادراً للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الاداء الاستقلالي)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.
- أكثر أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين كانت ضمن الأبعاد ممارسات معرفية عامة، ممارسات وجدانية وعقائدية ممارسات معرفية متخصصة، بينما كانت الممارسات المختلطة وممارسات تجنبه أقل أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين.
- وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس الضغوط النفسية وأبعاد مقياس أساليب المواجهة ومعظمها كانت دالة إحصائياً من وجهة نظر الآباء والأمّهات.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مصادر الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس من وجهة نظر الأمّهات في ضوء جنس الطفل، بينما وجدت فروق دالة إحصائياً في بعد (عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل) من وجهة نظر الآباء، وكانت الفروق لصالح الذكور ولا توجد فروق دالة إحصائياً على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً لجنس الطفل التوحدي.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية لدرجات آباء وأمّهات الطفل التوحدي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس وذلك تبعاً لمتغير عمر الطفل، وكانت الفروق لصالح الأطفال في المرحلة العمرية (من 12 سنة إلى 15 سنة) في الأبعاد السابقة، بينما كانت لصالح الفئة العمرية (أكثر من 15 سنة) في الأبعاد السابقة، بينما كانت لصالح الفئة العمرية (أكثر من 15 سنة) في الدرجة الكلية للمقياس، بينما لم توجد فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية لدرجات آباء وأمّهات الأطفال التوحديين على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً للمتغير العمري للطفل.

دراسة القاضي (2010): فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى والدي الأطفال التوحديين.

تهدف هذه الدراسة إلى قياس فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين، وقد استعمل المنهج التجريبي الذي يعد ملائماً لتحقيق أهداف الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من 15 فرداً (6 آباء و 9 أمهات) من والدي التوحديين الذكور الملتحقين بفصول التوحد بإحدى مراكز التوحد الأهلية الطائف وقد استخدمت الباحثة كل من مقياس "جويليام" لتشخيص التوحدية ومقياس ضغوط الوالدية الذي يتكون من 70 عبارة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس ضغوط الوالدية في القياس القبلي والبعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الضغوط الوالدية في القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الآباء والأمهات على مقياس الضغوط الوالدية في القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط الوالدية في القياسين.

دراسة أحمد (2011): الانهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحدي وعلاقته بإدارة موارد الأسرة:

- هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الانهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحدي وعلاقته بإدارة موارد الأسرة، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:
- ما هي علاقة الإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحدي على إدارة موارد الأسرة؟
  - هل هناك علاقة بين بعض المتغيرات الديموغرافية والإنهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحدي وإدارة موارد الأسرة؟

- ما أكثر محاور الإنهاك النفسي تأثيرا على إدارة الأم ذات الطفل التوحيدي لمواردها الأسرية؟
- وقد اشتملت أدوات الدراسة على استمارة البيانات العامة للأسرة واستبيان الانهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي، واستبيان عن إدارة موارد الأسرة من إعداد الباحثة، واشتملت عينة الدراسة على 184 ربة أسرة عاملة وغير عاملة، وقد شملت الدراسة بمدينة عين شمس، وكان من أهم نتائج الدراسة:
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إدارة موارد الأسرة (التدخل الوقت، الجهد) تبعا لمتغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي (نقص المساندة والدعم، الضغوط الانفعالية) مع متغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانهاك النفسي للأم ذات الطفل التوحيدي (نقص المساندة والدعم، التعب البدني، الضغوط الانفعالية) مع متغيرات الدراسة (تعليم الأم، عمر الأم، الدخل الشهري، عمل الأم) وكذلك بالنسبة للضغوط الاقتصادية فقد وجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين تعليم الأم والدخل الشهري للأسرة، بينما لا توجد فروق بين الضغوط الاقتصادية وعمر الأم وعملها.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين محاور الإنهاك النفسي ومحاور إدارة موارد الأسرة.
- اختلفت نسبة مشاركة العوامل المؤثرة على إدارة الموارد فقد جاء نقص المساندة والدعم في المركز الأول، يليه الضغوط الاقتصادية ثم الضغوط الانفعالية ثم التعب البدني.
- **دراسة العضل (2012):** العلاقة بين الضغوط الأسرية والمساندة الاجتماعية لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحيدين.
- هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى ومصادر الضغوط الأسرية التي يعاني منها آباء وأمّهات الأطفال التوحيدين، والتعرف على مستوى وأنماط ومصادر المساندة الاجتماعية التي يتلقونها أيضا، وكذلك دراسة العلاقة بين الضغوط الأسرية

والمساندة الاجتماعية لدى هؤلاء الأولياء وذلك في ضوء بعض المتغيرات والتي شملت: جنس الطفل التوحيدي جنس الوالدين، المستوى التعليمي للوالدين، الدخل الشهري للأسرة ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية: مقياس الضغوط الأسرية، مقياس المساندة الاجتماعية، وشملت عينة الدراسة (80) أباً وأماً لـ (40) طفل وطفلة توحيدين (20) ذكور و (20) إناث، تتراوح اعمارهم بين (6-12) سنة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني آباء وأمهات الأطفال التوحيدين من ضغوط أسرية بمستوى مرتفع.
- يتلقى آباء وأمهات الأطفال التوحيدين المساندة الاجتماعية بمستوى متوسط.
- إن أكثر أنواع الضغوط الأسرية التي يعانيها آباء وأمهات الاطفال التوحيدين كالتالي: الضغوط الناجمة عن خصائص الطفل التوحيدي، ضغوط رعاية الطفل التوحيدي، الضغوط الاجتماعية، الضغوط المالية، الأعراض النفسية والعضوية، وأخيرا ضغوط القلق على مستقبل الطفل التوحيدي.
- إن أكثر أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها آباء وأمهات الأطفال التوحيدين مرتبة كالتالي: مساندة الأصدقاء- المساندة العاطفية المساندة الإرشادية، المساندة بالمعلومات، واخيرا المساندة المادية.
- إن أكثر مصادر المساندة الاجتماعية مرتبة من الأكثر إلى الأقل هي: الزوج أو الزوجة، الأقارب، الأصدقاء، الأسر التي لديها طفل توحيدي المرشد النفسي، الجيران ورجال الدين.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الضغوط الأسرية ومستوى المساندة الاجتماعية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيدين.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى المساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس الطفل التوحيدي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيدين، وهذا الفرق يعود لصالح الأطفال التوحيدين الإناث.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط الأسرية حسب متغير جنس الوالدين لدى آباء وأمهات الأطفال التوحيدين، وهذا الفرق يعود لصالح أمهات الأطفال التوحيدين.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية حسب متغير جنس الوالدين لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين، وهذا الفرق يعود لصالح آباء الأطفال التوحديين.
  - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط الأسرية حسب متغير المستوى التعليمي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين.
  - توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الضغوط الأسرية والدخل الشهري للأسرة لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين.
- عادل جاسب شبيب (2008):** ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء:  
تساؤلات الدراسة:

- ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء.
  - عدم معرفة الوالدين بتلك الخصائص يؤدي إلى تصرفات خاطئة في تعاملهم مع الطفل أو حكمهم عليه.
  - هل يقوم الوالدين بإخفاء الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للطفل المصاب بالتوحد خوفا من التشخيص.
- هدفت الدراسة إلى معرفة:

- الخصائص النفسية للأطفال المصابين بالتوحد.
- الخصائص الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد (التواصل والعلاقات مع الآخرين).
- الخصائص العقلية للأطفال المصابين بالتوحد (مستوى النمو العقلي والمعرفي) وكل هذه الخصائص أراد الباحث معرفتها من خلال الآباء.

**منهج الدراسة:** المنهج الوصفي (دراسة حالة)

**عينة الدراسة:** اقتصرت الدراسة على طفلين توحديين يسكنون محافظة البصرة.

**مواصفاتها:** طفل الأول من مواليد 2005/12/18

طفل الثاني من مواليد 1999/10/12

تم تشخيصهم من قبل طبيب اختصاصي أطفال  
وسيلة البحث: المقابلة، الملاحظة، الاستبيان، السجلات.  
وسيلة المعالجة: اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي (ولم يرقم بأي عمليات  
إحصائية نظرا لان الحالة المدروسة حالة وصفية بحثه تعتمد على الملاحظة والتحليل.  
النتائج:

- الوالدان وبسبب غموض أسباب المرض وعدم إكتشاف علاج له، فإنهم يتعاونان مع  
أي جهة مؤسساتية او شخصية لمساعدة ابنهم وإمكانية التوصل إلى أي منفذ يوصلهم  
إلى العلاج أو التأهيل.

وجد الباحث هناك تفاوت في فهم تلك الخصائص بين الأب والأم وكذلك درجة انتباههم  
لتلك الخصائص وأيضا تفسيرهم لها، وكانت النتيجة تكاد تكون مقارنة للفرض الذي  
وضعه الباحث معرفتهم بخصوصية تلك الخصائص ومدى تأثيرها على سلوك الابن يؤثر  
على تعاملهم وعلاقتهم بالطفل وبالتالي يؤثر على العلاج وتأهيل الطفل.

لم يجد الباحث عملية اخفاء متعمدة لأي خاصية من الخصائص الثلاث، التي عمل  
الباحث على معرفتها من قبل والدي الأطفال التوحديين مما جعلهم يثبتون بأي تشخيص  
مغاير لتشخيص التوحد.

### 6-3- الدراسات الأجنبية:

دراسة هورليود وآخرون "Horlyod et al" (1975): الضغط الواقع على أسر أطفال  
التوحد المقيمين في المؤسسات والمقيمين مع أسرهم: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة درجة  
الضغط الواقع على أسر أطفال التوحد المقيمين في المؤسسات والمقيمين مع أسرهم، ولقد  
أجريت الدراسة على عينة مكونة من (28 أم و22 أب)، تراوحت أعمار الأبناء ما بين  
(1-18 عاما)، وتم تقدير مستوى الضغط الأسري من خلال المقابلات الوالدية  
والاستجابات الوالدية لاستبيان الموارد والضغط وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

وجود فروق دالة في درجة الضغط لدى الأمهات، فالأمهات ذات الضغط المرتفع  
سجلوا أعلى معدل في خمسة مقاييس للموارد والضغط عند الامهات ذات الضغط  
المنخفض وتمثلت هذه المقاييس في نقص الدعم الاجتماعي التشاؤم، نقص في الاندماج  
الأسري، مشاكل مادية.

وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أمهات الأطفال داخل المؤسسات وأمهات الأطفال الموجودين بالمنزل في كل من التشاؤم والمشاكل العضوية والخصائص الشخصية لصالح أمهات الأطفال داخل المؤسسات بما يشير إلى أن أمهات الأطفال داخل المؤسسات يكونون أكثر تشاؤماً وأكثر مشاكل عضوية ولديهم خصائص شخصية صعبة أكثر من أمهات الأطفال الموجودين في المنزل.

وجود فروق دالة بين درجة الضغوط الواقعة على الأسر التي لديها أطفال توحديون وعمر الابن التوحدي، حيث أظهرت النتائج أن الضغط الواقع على الأسر التوحدين كبار السن أكثر من الضغط الواقع على أسر التوحدين الأصغر سناً.

دراسة "Buhagiar, Nathalie" (1999): تجارب علاجية لعلاج الأطفال التوحدين: هدفت الدراسة إلى التعرف على أفضل الطرق لعلاج الاضطراب التوحدي والمشاكل التي يتعرض لها المعالجون وما هو رأي المعالجين في طرق وأساليب العلاج المختلفة مع الأطفال التوحدين.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة مجموعة من الأطفال التوحدين.

نتائج الدراسة: قد أوضحت النتائج أن أربع طرق حققت نتائج إيجابية دالة وهي:

- العلاج باللعب.
- العلاج بالعمل.
- العلاج الأسري.
- العلاج بالتكامل الحسي.

كما اتضح أن اشتراك الآباء في البرنامج العلاجي لأطفالهم كان له أثر إيجابي فعال، كما أن تقييم الطفل لابد أن يكون داخل المنزل والمدرسة.

ونستخلص من الدراسة السابقة مدى فعالية العلاج باللعب مع الأطفال التوحدين لكونها تتناسب مع طبيعة وميول هؤلاء الأطفال مع تأكيد أهمية اشتراك الوالدين في اللعب مع أطفالهم.

دراسة "Carter" (2001): استخدام حرية اختيار الألعاب من جانب الأطفال التوحديين.

#### الهدف من الدراسة:

محاولة إدخال الأطفال التوحديين في اللعب الدرامي أو أي نوع من اللعب حيث يبدوون بأية استجابة تجاه الآخرين في اللعب.

#### عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على (08) من الأطفال التوحديين.

#### نتائج الدراسة:

أشارت النتائج إلى أن عنصر التفضيل والاختيار من جانب الطفل التوحدي قد ساعد علم حدوث تفاعلات إيجابية في اللعب مع حدوث تحسن ضئيل في التفاعلات اللغوية، الأمر الذي يؤكد فعالية استخدام اللعب مع الأطفال التوحديين.

وبصفة عامة وصل إلى أن إعطاء فرصة للطفل التوحدي ولو بعض الوقت في اختيار ألعابه يزيد من ثقته بنفسه من تفاعلاته وتجاربه مع الآخرين.

دراسة "أكسيت" و"سيفن" (Eikeseth et Sevein) (2002): أهمية توفر البرامج المنزلية التي يعمل بها الآباء كمساعدين للمعالج، وأكدت أيضا أهمية برامج التدخل مع الأطفال التوحديين.

وتكونت عينة الدراسة من (14) طفلا توحديا تلقوا علاجا سلوكيا مكثفا لمساعدة الآباء في المنزل، وكانت المجموعة التالية تتألف من (13) طفلا ممن يتلقون برامج تربية خاصة في مركز متخصص وتراوحت أعمال الأطفال في المجموعتين من (4-7) سنوات، وأظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين في السلوك الاجتماعي و اللغة لصالح أطفال المجموعة الأولى.

دراسة كرسيتينا واهلن وآخرون (Christina wahlen et al) عام (2006): التأثيرات غير المباشرة (المصاحبة) لتدرب الانتباه المتواصل على التدخل الاجتماعي الإيجابي تأثير التقليد والحديث التلقائي لدى الأطفال ذوي التوحد.

هدفت الدراسة إلى دراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك وأثره على التلقين الاجتماعي والتقليد الكلامي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة: تكونت الدراسة من 10 من الأطفال التوحديين.  
 أدوات الدراسة: البرنامج التدريبي، مقياس الانتباه، استمارة ملاحظة في الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادات في سلوكيات التواصل الاجتماعي غير المستهدفة.  
 نتائج الدراسة: أوضحت الدراسة وبعد مشاركة هؤلاء الأطفال التوحديين في البرامج، تغيير السلوكيات غير المستهدفة ثم ملاحظة تغيرات ايجابية في كل من التلقين الاجتماعي والتقليد واللعب والحديث التلقائي، وتدعم النتائج الافتراضية التي تقول بأن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تحسين وتطور في العديد من المهارات الأخرى.

#### 6-4- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة نلاحظ أن أكثر الدراسات تتفق على أهمية التدريب وتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الأطفال التوحديين، من خلال إعداد برامج تدريبية أو علاجية خاصة بالطفل التوحدي تقوم على اللعب أو الموسيقى مثل دراسة "Christina wahlen et al" (2006)، ودراسة Buhagiar (1999)، كما نجد دراسة آسيا خلدومي (2012)، ودراسة ورك ياسمينه (2005) ودراسة أمينة بن خروف (2012)، دراسة لطيفة ساحلي (2012)، ودراسة عمر بن صديق (2007)، أما دراسة مجدي فتى غزال (2007) والتي اعتمدت دراسته على تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي، بينما الدراسة الحالية استهدفت عينة آباء الأطفال التوحديين.  
 كما استهدفت دراسة كل من احمد (2011)، ودراسة دعو سميرة وشنوفي نورة (2012)، ودراسة إحسان براجل (2013) عينة أمهات الأطفال التوحديين حيث اختلفت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية التي تستهدف عينة آباء الأطفال التوحديين، بينما اهتمت دراسة كل من "Harlyod et al" (1975) ودراسة عواد (2009)، ودراسة القاضي (2010)، ودراسة العضل (2012)، ودراسة عادل جاسب شبيب، ودراسة اللوزي والفايز (2008)، بدراسة مصادر الضغوط النفسية وكيفية مواجهتها لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين.

### من حيث المنهج:

اتفقت كل من دراسة عوادن ودراسة أسماء لجلط، دعو سميرة، دراسة شنوفي نورة ودراسة لطيفة ساحلي، دراسة ورك ياسمين، مع الدراسة الحالية في استخدام المنهج العيادي.

بينما استخدمت كل من دراسة أمينة بن خروف، دراسة العضل، دراسة احسان براجل، دراسة أحمد، ودراسة عادل جاسب، دراسة Carter، دراسة Horlyod et al، المنهج الوصفي.

كما استخدمت كل من دراسة القاضي، دراسة سهير محمود، دراسة آسيا خلدومي، دراسة مجدي فتى غزال، دراسة "Eikeseth et sevein" دراسة "Buhagiar Nathalie"، المنهج التجريبي.

أكثر الدراسات قريبا لأهداف الدراسة الحالية هي دراسة عواد ودراسة دعو سميرة، شنوفي نورة، من حيث قياس أو معرفة درجة الضغط النفسي والأساليب التي يتخذها آباء وأمهات الأطفال الذاتويين لمواجهة الوضعيات الضاغطة.

### من حيث الأداة:

اتفقت كل من دراسة عواد، دعو سميرة وشنوفي نورة، دراسة العضل، ودراسة القاضي مع الدراسة الحالية من حيث استخدام مقياس الضغط النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين.

كما اتفقت كل من دراسة عواد ودراسة دعو سميرة وشنوفي نورة، دراسة العضل مع الدراسة الحالية في استخدام مقياس "Coping". دراسة حالة ومقابلة نصف موجهة. اختلفت دراسة كل من دراسة ورك ياسمين، دراسة لينة عمر بن صديق ودراسة سهير محمود، دراسة آسيا خلدومي، دراسة أمينة بن خروف، ودراسة لطيفة ساحلي، عن الدراسة الحالية من خلال إعداد وتطبيق برامج ومقاييس خاصة لتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية للطفل الذاتوي.

وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات التي اهتمت بالكشف عن الحالة النفسية والضغط لدى آباء الأطفال التوحديين والكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة التي يستعملها آباء الأطفال الذاتويين إزاء الوضعيات الضاغطة.

7- الفرضيات:

الفرضية العامة:

يستخدم آباء الأطفال التوحديين إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهم للضغط النفسي.

الفرضيات الجزئية:

- يوجد مستوى مرتفع للضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين المستخدمين لإستراتيجيات موجهة نحو الانفعال.
- يوجد مستوى منخفض للضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين المستخدمين لإستراتيجيات موجهة نحو حل المشكل.

الجمانبا

النظري

# الفصل الأول الضغط النفسي

تمهيد.

- 1- تاريخ مفهوم الضغط.
- 2- تعريف الضغط النفسي.
- 3- أعراض الضغط النفسي.
- 4- أنواع الضغط النفسي.
- 5- أسباب الضغط النفسي.
- 6- أنماط الضغط النفسي.
- 7- نظريات الضغط النفسي.
- 8- العوامل المؤثرة في الضغط النفسي.
- 9- الضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين.

الخلاصة

تمهيد:

ظهر الضغط منذ العصور الوسطى القديمة ولا يعتبر جديدا في عصرنا الحديث إلا أن وطأته غدت في العشرينات الأخيرة إذ يرى الكثير من الباحثين أننا أصبحنا نعيش في قرن الضغط والأزمات النفسية نظرا للتعقيدات التي خلفتها الحضارة من مشاكل إجتماعية أو بيئية وأمراض، مما جعل بنسبات (Benssbat) (1980) يلقبه بمرض الحضارات الحديثة الذي يؤدي لإنهاك العضوية وظهر العديد من الأمراض السيكوسوماتية، كما أنه يعد من الأسباب الأولى للوفاة.

فالضغط ظاهرة إنسانية وجدت منذ وجود الإنسان، إذ يواجه الفرد يوميا أحداثا ضاغطة ك وفاة شخص عزيز، أو تسريح من العمل وطلاق، أو إستقبال مولود جديد إلى غير ذلك من الأحداث التي قد تخل بتوازنه النفسي وتشكل اضطرابا.

ويعد الضغط النفسي حسب بنيديكت (Benedict) (2005) (نقلا عن Servant et Parquet ، 1995) كل ما يحدث إضطرابا نفسيا أو جسديا عند الإنسان، ينتج من عدم اتزان مدرك بين متطلبات الموقف الجديد وقدرة الفرد على الاستجابة له، تحت ظروف يصبح فيها الخوف من مواجهة المتطلبات هو النتيجة المتوقعة.

## 1- تاريخ مفهوم الضغط:

يرجع تاريخ مفهوم الضغط إلى العصور القديمة حيث ذكر ابنيدوكل (Empèdocle) أن المادة تتشكل من عناصر متعددة، تعيش في حركة دائمة تتعارض ووتتحالف فيما بينها وبعد الإنسجام والتكيف شرطا أساسيا في بقاء العضويات الحية على قيد الحياة.

كما تتمثل الصحة حسب هيبوقراط حالة من التوازن والانسجام أما المرض أو الإعتلال فينتج من عدم التوازن.

ويشير مفهوم الضغط في الفيزياء إلى القوة، الشدة الضغط أي الشحنة الفيزيائية التي تمارس على الأجسام وتؤدي بذلك إلى تغيير في شكلها أو تحطيمها.

( Servant, Parquet, 1995, 51 )

إنتقل إستعمال هذا المفهوم إلى الفيزيولوجيا خلال القرن التاسع عشر. حيث ساهم رائد الطب التجريبي كلود بارنار Claude Bernard ( 1988 ) ( Schiwob,1999 ) في تقدم الأبحاث حول القدرة الطبيعية للجسم على الإحتفاظ بتوازنه واستمرار الوسط الداخلي الذي تضمنه ميكانيزمات عديدة التعديل الذاتي.

لم يحدد مصطلح الضغط بصورة واضحة إلا في القرن العشرين وذلك من خلال

المساهمة الكبيرة للباحثين الفيزيولوجيين هما:

والتر كانون Walter Cannon (1932) وهانزسيلي Hans Selley (1936).

ركز الباحث والتر كانون في أعماله على ما أسماه بالتوازن الداخلي ( Homèostasie ) ذو الأصل الإغريقي وهو يعني:

Homois مشابه ومماثل Semblable.

Stasis وضعية Position.

ويعد كانون Canon من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ (Emergency Response) حيث يعتبر أول من أظهر أن الأعراض الجسمية المصاحبة لسلوك الهرب أو الهجوم إما خطر ناتج عن إفراز هرمون الأدرينالين في الدم وذلك لتجنب حالة الضيق والعذاب. ( نقلا عن Graziani,2004 )

كما يؤكد كانون ، أن إستجابة الضغط ليست فيزيائية فحسب ( نقص الأوكسجين وانخفاض السكر والنزير) بل أيضا انفعالية مرتبطة بالعلاقات الاجتماعية.

(Shiwob, 1999, 67)

وفي هذا الإطار بين الطبيب وليام أوسلر Willian Osler، طبيب أخصائي في أمراض القلب أن العمل الشاق والمتقل بالمسؤوليات يؤدي إلى حالة من الإنزعاج والحصر والاستمرار فيه يحدث مشاكل صحية خطيرة. ( نقلا عن Stora ,1997 , 152 )

ولم يصبح لمصطلح الضغط شرعية عملية ونجاح إلا بفضل أعمال هانز سيلر Hans Selye ( 1936 ) والتي استمرت إلى غاية عام 1956 وهو طبيب كندي من أصل مجري. لاحظ سيللي Selye ( 1936 ) من خلال أبحاثه في الطب التشابه في الأعراض الإكلينيكية الناتجة عن الاعتداءات المختلفة التي تتعرض لها العضوية كضمور في الغدة التيموسية والتقرحات المعدية وانخفاض في حجم الغدد اللمفاوية وكذا تضخم حجم الغدة الكظرية عند الأفراد المصابين بالحروق والتعفنات وبالنزيف.

لاحظ أيضا في تجارب لاحقة ظهور نفس الأعراض عند الفئران حينما حقنها بخلاصات غددية مما جعله ينسب هذا إلى استجابة غير متميزة لدفاع العضوية وهذا ما أسماه سيللي Selye بالتناذر العام للتكيف (SGA) يحدث هذا الأخير في ثلاث مراحل متعاقبة ( مرحلة الإنذار، مرحلة المقاومة، مرحلة الإنهاك).

وقد أصبح سيللي Selye أبا للضغط في الخمسينيات، وهو أول من إستعمل كلمة ضغط في كتابه الأول والذي يحمل عنوان "الضغط".

كما وسع سيلي Selye في الخمسينيات مفهوم الضغط ليشمل الإعتداءات البسيكولوجية والاجتماعية.

## 2- تعريف الضغط النفسي:

يعتبر الضغط النفسي من أمراض العصر بارتباطه بالتغيرات الاجتماعية السريعة ما يترتب عنها من متطلبات التكيف، ولقد أثار المصطلح كمفهوم إهتمام العديد من العلماء والباحثين في مجال الطب وعلم النفس لشرح الأمراض والاضطرابات.

(P. Calheras. PH. Rousset, 1988, 210)

درس علماء الطب والفيزياء عبر التاريخ ظاهرة الضغط في القرن الرابع عشر وعرفت بمجموعة من المصطلحات نذكر منها: الشدة، المصيبة، والمحنة.

ومما تجدر إليه الإشارة في هذه الفترة عدم التحديد الدقيق للمصطلح، فقد استعمل للتعبير عن التجاوز في الجهد الناتج عنه إضطراب، ويؤكد (Coperich, 1988) على الفرق الموجود بين مفهوم الإجهاد المعروف بمفهوم خارجي وشديد ينتج عن إستجابة بدنية، ومفهوم تجاوز الجهد، أو التوتر الذي يتميز بالتأثير في المدى الطويل وينجم عنه إضطراب.

نتيجة للبحوث والدراسات العديدة وإهتمام العلماء بموضوع الضغط ظهرت تعريفات عديدة لهذا المفهوم:

يعرف لازروس Lazarus (1969) الضغط على أنه أي ظرف خارجي يضع على الفرد أعباء ومتطلبات فائقة، ويهدده أو يعرضه للخطر بشكل أو بآخر.

( نقلا عن القدافي، 1998، 17 )

ويعرفه إليوت Eliot (Fontaine & al, 1996)، بأنه إستجابة العضوية لكل حدث

حقيقي أو خيالي ينتج ضغطا ويتطلب من الفرد أن يحشد قواه لمواجهة العضوية والتكيف معها.

ويعد الضغط حسب الطريري (1994) حالة يعاينها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود إستطاعته، أو حين يقع في موقف صراع حاد.

ويحدد غريب عبد الفتاح (1999)، الضغط في تلك الاستجابة الفيزيولوجية والنفسية والسلوكية لفرد الذي يسعى إليها أن يتوافق ويتكيف مع كل الضغوط الداخلية والخارجية (Pressure). (نقلا عن عادل عبد الله محمد، 2000، 113)

ويرى Pierre Marty الضغط على أنه عامل خارجي يدركه الشخص في وقت معين يجعله يوظف دفاعاته العقلية لمواجهة هذه الوضعية والتي تكون مصاحبة بآليات بيولوجية.

يمكن أن تضطرب الحياة النفسية للفرد نتيجة ذلك مؤدية إلى خطر تكون ترجمته عن المستوى الجسدي، وفقا للبنية النفسية للفرد والسياق الجسمي والإجتماعي له.

يصف ألدوين Aldwin (1994) الضغط بنوعية التجربة التي يمر بها الفرد في حياته إذ يعتبره ناتج عن علاقة تبادلية بين الشخص ومحيطه تحيا فيه التجارب السابقة والسلبية مما يؤدي به إلى الشعور بالشدّة أو ضيق نفسي (Détresse) أو فيزيولوجي أو الإثنين معا.

وقد إرتأينا أن نتبنى في بحثنا هذا تعريف الضغط الذي قدمه لازروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) وذلك نظرا للأفكار التي يتضمنها حيث ينظران إلى الضغط على أنه علاقة دينامية بين الفرد والمحيط يتوسطهما الإدراك أو التقييم المعرفي.

### 3- أعراض الضغط النفسي:

يظهر الضغط بأعراض مختلفة ويجدر التنبيه هنا إلى أنها لا تظهر جميعها في وقت واحد وعلى جميع الأشخاص، فكل فرد بإمكاناته الخاصة وإدراكه المتميز للمواقف الحياتية، وقد صنفها ابراهم Abraham (1994) كما يلي:

- الأعراض الجسدية (Physial Symptoms):

- العرق الزائد.
- التوتر العائلي.
- الصداع بأنواعه ( نصفي، دوري، توتري).
- ألم في العضلات وبخاصة في الرقبة والأكتاف.
- عدم الإنتظام في النوم ( الأرق، النوم الزائد، الاستيقاظ المبكر على غير العادة).
- تطبيق الفكين أو احتكاك.
- الإمساك.
- آلام الظهر وبخاصة في الجزء السفلي منه.
- الإسهال والمغص.
- إتهاب الجلد/ طفح جلدي.
- عسر الهضم.
- القرحة.
- التغير في الشهية.
- التعب أو فقدان الطاقة.
- زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسمية.

- الأعراض الإنفعالية (Emptional Symptoms) :

- سرعة الإنفعال.
- تقلب في المزاج.
- العصبية.
- سرعة الغضب.
- العدوانية واللجوء إلى العنف.

- الشعور بالإستنزاف أو الإحترق النفسي.
- الإكتئاب.
- سرعة البكاء.

- الأعراض الفكرية أو الذهنية (Intellectual Symptoms):

- النسيان.
- الصعوبة في التركيز.
- الصعوبة في إتخاذ القرارات.
- الإضطراب في التفكير.
- ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في إسترجاع الأحداث.
- استحواذ فكرة واحدة على الفرد.
- انخفاض في الانتاجية أو دافعية منخفضة.
- انجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ.
- تزايد عدد الأخطاء.
- إصدار أحكام غير صائبة.

- الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية (Interpersonal Symptoms):

- عدم الثقة في الآخرين.
- لوم الآخرين.
- نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة.
- تصييد أخطاء الآخرين.
- التهكم والسخرية من الآخرين.
- تبني سلوك وإتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين.
- تجاهل الآخرين.

- التفاعل مع الآخرين بشكل آلي ( غياب الإهتمام الشخصي / تفاعل يكتنفه البرود).  
( نقلا عن علي عسكر 2003 ، 39 )

#### 4- أنواع الضغط النفسي:

للضغط النفسي عدة أنواع، حيث تعددت التصنيفات بتعدد النظريات المفسرة للضغوط ونذكر منها ما يلي:

- **تقسيم الخطيب:** إذ يرى تقسيم الخطيب أن للضغط النفسي أنواع عدة هي:

- **ضغوط غير حادة:** ينتج عنها استجابات طفيفة.
- **ضغوط حادة:** وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر.
- **ضغوط متأخرة:** لا تظهر دائما أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة.
- **ضغوط ما بعد الصدمة:** ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وتترك أثرها على الكائن الحي بشكل طويل المدى.
- **الضغط المزمن:** وهو نتيجة لإحداث منهكة تتراكم مع الزمن بشكل سلسلة من الضغوطات المتراكمة. (أحمد نايل العزيز، 2009، 28)

- **تقسيم مواري (Murray):**

ميز "مواري" بين أنواع من الضغط هي:

- **ضغط بيتا:** ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.
- **ضغط ألفا:** يشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع/ إضافة إلى:

- **ضغط النقص والضياع والتعرض للكوارث:** هو الشعور بالتوتر والقلق الناتج عن عدم إشباع الحاجة إلى الإنجاز وكذلك الشعور بعدم الرضا الناتج عن وجود موضوعات بيئية وأشخاص يجعلون الشخص يشعر بضغط كقلة الإمكانيات

المادية، الشعور بالضييق لفقد الممتلكات وتهدم المنازل وفقدان الوظيفة والإحساس بالاستياء من الصحة المعتلة والتعرض للمرض.

- **ضغط النبذ وعدم الاهتمام:** هو الشعور بالإحباط وعدم الراحة الناتج عن عدم إشباع الحاجة إلى الدافعية، وكذلك الشعور بالصراع الناتج عن وجود أشخاص وموضوعات تظهر عدم إهتمام الآخرين وقلة تقديرهم للفرد وإستمرار التأنيب والعقاب.

- **ضغط الخداع والمراوغة:** هو الشعور بالقلق الناتج عن عدم إشباع الحاجة إلى الفهم والمعرفة.

- **ضغط السيطرة والمنع:** وجود ظروف بيئية وأشخاص يفرضون على الفرد القيام بأعمال وهو غير راغب فيها، وسيطرة الآخرين لأدائه وإتخاذهم للقرارات التي تخصه. (هارون توفيق الرشيد، 1999، 56)

**تقسيم سيلي (Selye):**

أشار إلى وجود أنواع عدة من الضغط وهي:

- **الضغط النفسي السيئ:** يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمى كذلك الألم مثل: فقدان عمل أو عزيز.

- **الضغط النفسي الجيد:** قد يكون له تأثير إيجابي كذلك إنه أساسي في الحث على العمل والإدراك.

- **الضغط النفسي الزائد:** وينتج عن تراكم الأحداث السلبية للضغط النفسي المنخفض بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدرته على التكيف.

- **الضغط النفسي المنخفض:** يحدث عندما يشعر الفرد بالملل وإنعدام التحدي والإثارة. (سمير الشبخاني، 2003، 14)

## 5- أسباب الضغط النفسي:

إن مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء أو داخلية نفسية كالطبيعة الشخصية للفرد ومسببات خارجية، إذ أن ما يسبب الضغط يختلف من شخص لآخر.

### 5-1- الأسباب الاجتماعية:

تلعب العوامل الاجتماعية دورا كبيرا في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقا للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، كالفقر الذي يعتبر من بين عوامل الضغط وكذا البطالة، التفاوت الحضاري والثقافي وقلة الرفاهية والوسائل التكنولوجية والضغط السكاني وقلة الخدمات.

إذ يرى مكلاند (Meclelland) أن اضطراب العلاقات الاجتماعية قد يلعب دورا مدمرا للدافع القوي للانتماء الاجتماعي وتقبل الحياة مع الجماعة وتقبل الآخرين لها جميعها إرتباطات قوية بالصحة في جانبها النفسي وجانبها العضوي.

(دعو سميرة وشنوفي نورة، 2012، 26)

فمحمل الخلافات الأسرية كالطلاق والمرض العضوي لأحد أفراد الأسرة والحرمان الثقافي، صراع القيم والأجيال، عدم العدالة في توزيع الدخل العام، إضافة إلى الأحداث المؤلمة كفقْدان شخص عزيز تعتبر من مسببات الضغط. (Dominique, 2005, 130)

### 5-2- الأسباب النفسية الإنفعالية:

نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين بشكل خاص وبتزايد إفراز الأدرينالين منها عندما تواجه ضغوطا أو مشكلات صحية، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم فالمرض يعتبر مصدرا أساسيا للضغط النفسي ويعتبر أيضا نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط. (دعو سميرة، شنوفي نورة، 2012، 27)

5-2- الأسباب الصحية:

نشاط الغدد وتضخم غدة الأدرينالين بشكل خاص وبتزايد إفراز الأدرينالين منها عندما تواجه ضغوطاً أو مشكلات صحية، ونتيجة لهذا النشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز يمد الجسم بالطاقة التي تجعله في حالة تأهب دائم فالمرض يعتبر مصدر أساسياً للضغط النفسي ويعتبر أيضاً نتيجة منطقية للشعور بتزايد الضغوط. (أحمد نايل العزيز، 2009، 34)

طبيعة الحدث: ما الذي يجعل الأحداث الضاغطة؟

- **تقييم الضغط:** الأحداث الضاغطة بقدر ما تدرك أنها كذلك، فالضغط هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد، أي تقييم ماذا كانت إمكانياته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة أم لا.
- **الأحداث السلبية:** فكثير من الأحداث يمكن أن تسبب الضغط لأنها تعرض الأفراد لأعباء إضافية أو مشاكل ترهقهم أو تفوق إمكانياتهم.
- **الأحداث الخارجة عن السيطرة:** تشكل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها.
- **الأحداث الغامضة:** عندما يتصف الحدث الضاغط بالغموض فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بفعل شيء إزاءه لأنه يدفع الفرد إلى تكريس طاقته من أجل استيضاح الموقف المسبب للضغط وهذه المهمة تستهلك وقت الفرد.
- **العبء الزائد:** القيام بمهام كثيرة وفي فترة زمنية وجيزة هذا يكون بمثابة عبء على الفرد مما يجعله أكثر عرضة للضغط النفسي، ويتأثر الأفراد بالضغوط المرتبطة بالأمور المركزية والمهمة في حياتهم أكثر من تأثرهم بالأمور المحيطة وهذا لأن الأبعاد النفسية المهمة مرتبطة بميادين الحياة المركزية، فالإجهاد المرتبط بدور

الأمومة والشعور الدائم بعدم القدرة على الاعتناء بالأبناء كما ينبغي قد يكون سببا للمعاناة من الضغط.

#### 6- أنماط الضغط النفسي:

أوضح "موراي" أن سلوك الفرد يرتبط غالبا بضغط بيتا، ومن المهم برغم ذلك اكتشاف المواقف التي تتسع فيها الشقة بين ضغوط بيتا التي يستجيب لها الفرد وبين ضغط ألفا الموجود بالفعل، وقدم موراي أنماط وأنواعا، من الضغوط في قائمة على النحو التالي:

- ضغط نقص التأييد الأسري.
  - ضغط الأخطار والكوارث.
  - ضغط النقص والضياع.
  - ضغط الاحتجاز والموضوعات الكابحة.
  - ضغط الخصوم والأقران المنافسين.
  - ضغط ولادة أشقاء.
  - ضغط العدوان.
  - ضغط السيطرة والقسر والمنع.
  - ضغط العطف على الآخر والسماح.
  - ضغط الانقياد، المدح والتقدير.
  - ضغط الجنس.
  - ضغط المخاتلة أو الخداع.
  - ضغط الدونية: بدنيا، إجتماعيا، فكريا. (هارون الرشيدى، 1999، 65)
- من جهته "بروشون" (Bruchon 1994) وآخرون يميزون ثلاثة نماذج للأشخاص تبعا لمميزاتهم السلوكية واستجاباتهم للضغط وهي:

- **النموذج المنبسط (A):** وهم الأشخاص الذين يظهرون سلوكيات تتميز بالعنف ويتميزون عادة بمجموعة معقدة من السمات كعدم القدرة على الصبر، التكلم بسرعة استعمال الإشارات بكثرة، عدوانيين، عنيفين، ينفعلون بسرعة واستجاباتهم للضغط تكون عن طريق ميكانيزمات كاتيكولامينية، وهم الأكثر قابلية للإصابة بالأمراض القلبية.

- **النموذج المنطوي (C):** هم أشخاص يتميزون بعاطفة جياشة، فالأشخاص من هذا النوع لديهم دفاعات قوية كعدم القدرة على الاعتراف وعلى التعبير عن عواطفهم، لديهم إحساس بالضغط، عمد الثقة بالنفس فهم يقمعون عواطفهم مما يجعلهم يتألمون في صمت، وإستجاباتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كنظرية، حيث أنهم أكثر قابلية من غيرهم للإصابة بالأمراض المناعية مثل السرطان.

(سامي عبد القادر، 2013، 125)

- **النموذج الوسط (B):** وهو النموذج الذي يقع بين النموذج السابقين، المنبسط (A) والمنطوي (C)، الأشخاص من هذا النوع يعتبرون مثاليين في سلوكهم، فهم يتميزون بالنجاح والتفوق، الصحة الجيدة، التكيف الاجتماعي روح التسامح وحالة الضغط عند هؤلاء الأشخاص تكون متوسطة ومعتدلة.

(سامي عبد القادر، 2013، 112)

## 7- نظريات الضغط النفسي:

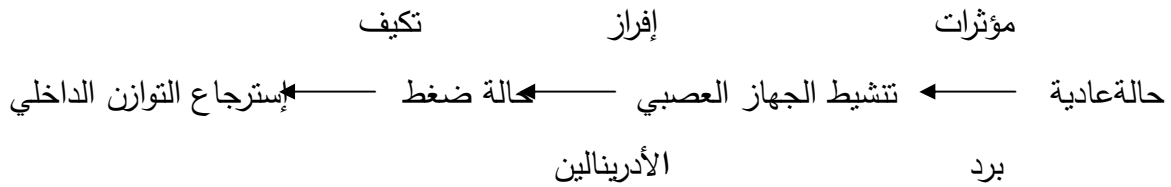
### 7-1- النظرية الفيزيولوجية:

نجد في النظرية الفيزيولوجية من روادها الأوائل ( Claude Bernard ) الذي يعتبر أول من بحث في الضغط وبين أهمية التوازن عند الفرد لمواجهة حوادث الحياة اليومية حيث قال: " إن إستقرار المحيط الداخلي هو الشرط الضروري لحياة مستقرة حرة".

(Chalin, 1991, 142 )

كما أكدلاير ( Lyer ) على الإستقرار الداخلي للتوافق مع التغيرات الخاصة بالمحيط حيث يلخص فكرته في القانون الآتي: هدف كل حاجة للكائن الحي هو تحقيق هذه الحاجة.

أما وليام كانون ( w.Cannon ، 1935 ) فلقد حدد مفهوم التوازن الداخلي للجسم، مبررا على الإستجابة البدنية للخوف أو الفزع بإفراز غدة الأدرينالين، وفي كتابه ( la sagesse du corps ) ، يعتبر أن الإستجابة للضغط تظهر تحت تنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتعتبر إستجابة فيزيولوجية للتكيف مع الجهد المبذول أو الهروب أثناء الحالات الضاغطة، وكان يدرس الضغط تحت تأثير مؤثرات معينة مثل: البرد، الحرارة، نقص الأكسجين، وكان حينئذ يستعمل مصطلح حالات موضوعة تحت الضغط/ وبالتالي وضع نظرية التوازن الداخلي مع شرح الظواهر اللازمة لتحقيق التكيف وإسترجاع توازن الجسم. إن الهدف من دراسة كانون هو توضيح الدور الفيزيولوجي للخوف، وبالتالي قياس الضغط في حالات مختلفة ، ليقوم في الأخير بتحديد التوازن الداخلي، والمخطط التالي يبين ذلك.



### شكل رقم (01): مخطط تفسير الضغط عند " وليام كانون 1935"

هذه النظرية فيزيولوجية بحتة ولم تعط أهمية لتأثير العوامل الداخلية ( النفسية ) بل إعتبرت سبب الضغط عامل خارجي ( البرد ) الناتج عن إفراز غدة الأدرينالين. أما هانس سيلبي H.Selye فلقد أثرت عليه طبيعة تخصصه الدراسي الأولي في الفيسيولوجيا والأعصاب تأثيرا كبيرا باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغطة " stressor " ويتالف النسق الفكري لنظرية سيلبي في الضغوط، أن الضغط متغير غير مستقل، وهو إستجابة لعامل ضاغطة stressor، يميز الشخص ويصفه على أساس إستجابته للبيئة الضاغطة. ويعتبر H.Selye أن أعراض الاستجابة الفيزيولوجية للضاغطة عالمية وهدفها هو المحافظة على الكيان والحياة. كما يربط بين تقدم الفعل أو الدفاع هذا الضغط وبين التعرض المستمر المتكرر للضاغطة.

صاغ سيلبي بين سنة 1964-1950 لمجمل نظرياته التي يتصور فيها فرضيته أن الأمراض المدعوة أمراضا تكيفية يمكن أن تنشأ عن ردود فعل تكيفية شاذة يسببها الضغط (Stora, 1977, 94 )

ويلح H.Sely ( 1956 ) في نظريته للضغط على الطبيعة غير المميزة للإستجابة العضوية وذلك مهما كانت طبيعية العامل ( فيزيائي أو كيميائي أو نفسي ) ، وتكون إجابة العضوية موحدة وتهدف إلى إعادة التوازن كما تحدث الإستجابة في ثلاث مراحل: (loo and loo, 2003, 7)

#### 1- مرحلة الإنذار ( Phase d'alarme ):

تتمثل مرحلة الإنذار في مجموع التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على العضوية من أجل مواجهة الوضعية الضاغطة.

#### 1-1- الصدمة ( Le choc ):

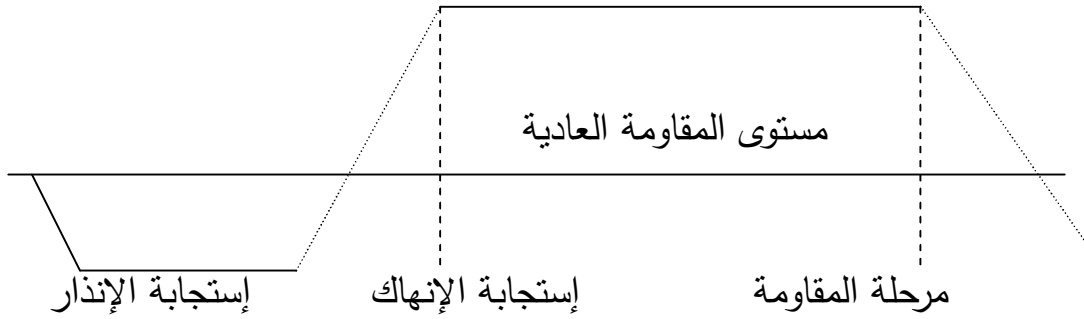
تعتبر الصدمة في حالة الاندهاش التي يصاب بها الفرد أثناء تعرضه لإعتداء مفاجئ، تتميز هذه الحالة بأعراض تدل على إضطراب التوازن الوظيفي للعضوية معبرة عن معاناة شديدة على المستوى العام، تظهر في إزدياد ضربات القلب و إنخفاض المقوية العضلية وإنخفاض ضغط الدم وكذا قرحة المعدة والأمعاء وتكون صدمات بالإضافة إلى الإكتئاب.

وقد تدوم هذه المرحلة من بضع دقائق إلى يوم كامل إذا لم يتوفى الشخص وتتبع هذه المرحلة بأخرى تدعى مرحلة الصدمة المضادة.

#### 1-2- الصدمة المضادة ( Le contre choc ):

تتميز هذه المرحلة بالنشاط الزائد للجهاز العصبي السمبثاوي حيث توظف العضوية في هذه الحالة وسائل دفاعية نشطة. (Graziani, 2003, 20-21 )

ويضيف لو ولو (loo and loo, 2003) أن هذه الدفاعات تتمثل في إرتفاع حجم القشرة الكظرية وكذا نشاط الخلايا بداخلها، كما تظهر الصدمة المضادة من خلال الإنخفاض الواضح في حجم الغدة المعوية ( Zhymus ) والأعضاء اللمفاوية الأخرى وارتفاع درجة الحرارة. (loo and loo, 2003, 7)



شكل رقم (02): المراحل الثلاثة للتنادر العام للتكيف (حسب سيلبي 1956).  
(Shweitzer & Santzy, 1994, 45)

## 2- مرحلة المقاومة ( Phase de résistance ):

تتكون هذه المرحلة من مجمع الإستجابات غير المتميزة المثارة من طرف التعرض المكثف والمستمر للعضوية إلى منبهات ضارة والتي تكيفت معها أثناء إستجابة الإنذار المضاد.

ويحاول الفرد في هذه المرحلة مواجهة الموقف الضاغط وإعادة تخزين الطاقة المفقودة والوصول إلى حالة من الاتزان النفسي من خلال تقنيات معينة تعرف بعمليات تحمل الضغوط ( Coping processus ) فإذا كانت هذه العمليات غير ملائمة تصبح المقاومة غير فعالة، بعدها يصل الفرد إلى مرحلة أخرى وهي:

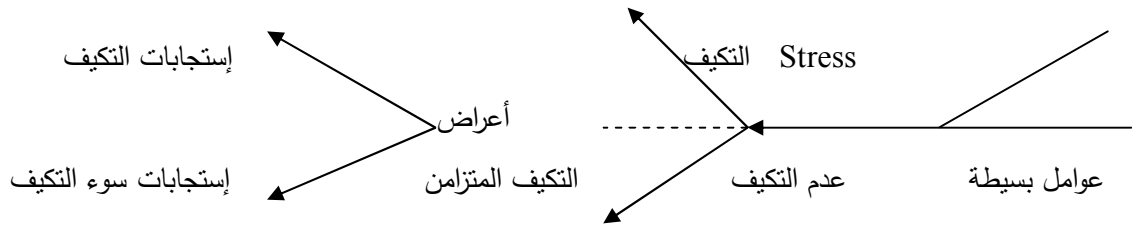
(loo and loo, 2003, p7)

### 3- مرحلة الإنهاك ( Phase d'épuisement ):

تبرز هذه المرحلة في بضعة أسابيع ، أو تظهر في بضعة شهور قليلة من بداية الإعتداء وقد يفقد التوافق إذا كان العامل الضاغط هاما وحاضرا لمدة طويلة، تتكرر في هذه المرحلة بعض الإستجابات الفيزيائية لمرحلة الصدمة. (Graziani, 2003, 94)

ويؤكد جود فروا (Gode froide 2001) أن إستمرار هذه المرحلة يؤدي إلى اضطرابات خطيرة جسمية وعقلية قد تصل إلى الوفاة.

ويختتم سيلبي نظريته بتعريف الضغط على أنه: " حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساس التفاعلات التي يبدي فيها تكيف أو التي يبدي فيها تكيف سوء التكيف".



### شكل رقم (03) : يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية " هاتر، سيلبي "

( سيلبي بتصريف الرشيدى 1995، 51 )

لقد كشف " سيلبي " في هذه النظرية عن ديناميكية البيئة الجسمية والفيزيولوجية والضغوط، فاعتبر منشأ الضغوط ، السموم والأمراض والتعرض لإجراء العملية الجراحية، وتنشأ حالة الإنضغاط من فشل المقاومة، وركزت هذه النظرية على الجانب الفيزيولوجي للضغط، ولم تتعرض للمسببات الأخرى للضغط، بالرغم من أنها بالغة الأهمية منها العوامل والجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية ولكن هناك نظريات أخرى ركزت على الجانب المعرفي والمتمثلة في نظرية " Lazarus, Ellis, Bech "

7-2- النظرية المعرفية للضغط:

يهتم علم النفس المعرفي أساساً بكيفية فهم الواقع وتغيير مؤثرات المحيط الخارجي إلى تصورات وأفكار للاستعمال ولهذا فالسلوك له علاقة غير مباشرة مع الخارج بل هو نتيجة أفكار وإعتقادات وشروحات، وهذا التناول المعرفي يفسر الظواهر النفسية بكيفية تصور الفرد وإدراكه لهذه الظواهر، حيث يرى "Ellis" من ناحيته أن السلوك يتحدد بالاعتقادات والأفكار التي يكونها الفرد عن واقع الحياة التي يتعرض إليها، فيكتسب أفكار غير منطقية استناداً لتعلم خاطئ وغير منطقي يلقنه إياه الوالدين وتصبح التجارب الماضية مؤثرات غير منطقية في التفكير، هذه الأخيرة تتسبب في ظهور اضطرابات سلوكية. (Speilberger, 1983, 52)

يختار الفرد المؤثرات التي تستجيب إليها ذاته وبصيغها ضمن صور، أفكار، كلمات لها معنى معين يتوقعها ويصل إلى إدراك معناها الكامل، تحدد هذه الوقائع العقلية سلوكه وتؤثر عليه، تعد الوقائع العقلية تعبير ذاتي للفرد يلجأ إليه في نفسه وهي أنواع، منها قصير المدى ومنها طويل المدى وهي عمليات شعورية تشمل التوقعات، التقويمات وتعيين الأسباب.

**فالتوقعات:** هي عملية التنبؤ بالأحداث أي توقع النتيجة قبل الانتهاء من المقدمات مع الشك في القدرات الذاتية لإنجاز ذلك النشاط (الشعور بالعجز).

أما **التقييم:** فهو عبارة عن نشاط يقوم به الفرد عن وعي أو غير وعي وعادة ما يكون هذا النشاط قبل وبعد حدوث الأفعال وفي تعيين الأسباب يعين ويحدد الفرد أسباب النشاطات السلبية أو الفاشلة ويرجعها إلى نفسه أو إلى الآخرين، المحيط مثلاً، علماً أن تحديد وتعيين الأسباب عملية عقلية معقدة ترتبط بكل السياقات الفكرية للفرد وبتصوراته للأشياء، يمكن أن تكون هذه الأسباب ذات مصدر داخلي (عدم فعالية الذات) كما أنه يمكن أن ترتبط بميزات ثابتة وخاصة بجوانب الميدان وعجز معين للفرد في مجال ما، أو

ترجع لتغيرات نفسية أو تكون أيضا عامة وشاملة لكافة جوانب حياة الفرد، تتفاعل هذه الأسباب وفقا للحالات وللظواهر المولدة لها. (Speildbeiger,1983, 182)

لقد بينت عدة دراسات العلاقة بين قدرة الفرد على المراقبة والضغط النفسي حيث أنه بمجرد المراقبة أو التفكير في قدرة المراقبة تخفف من شدة الضغط.

### التناول المعرفي:

هناك نظريات أخرى تدخل في سياق النظرية المعرفية للضغط النفسي نذكر منها نظرية Lazarus الشهيرة، حيث أنه يعتبر الضغط نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط، أي التفاعل بين كل العوامل المتعلقة بالظاهرة، بإعتبارها مؤثرا وإستجابة، والعمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد للفهم والتحكم في الظاهرة لتحديد المؤثر المهدد. (ماضي،2010، 254)

ويعتبر Lazarus الضغط نتيجة عن عملية معرفية تتمثل في التقييم: المعرفي أو العاطفي للإمكانيات المتوفرة والمتطلبات ونتيجة أيضا للتعامل ، Le Coping الذي يتمثل في تحضير إستراتيجية مواجهة.

يعتبر التقييم العامل الاساسي للضغط، فهو مجموعة من التقييمات المرحلية Une chaîne d'évaluation التي تؤدي إلى إضفاء معنى للحدث، فهو التفسير المعرفي والعاطفي للأحداث، ولقد قدم لنا Lazarus في 1968 نوعين من التقييم، التقييم الأولي الذي يحكم على الوضعية ما إذا كانت مهددة للفرد الموجود فيها أم لا ويخص التقييم الأولي متطلبات الوضعية مقابل موارد وإمكانات الفرد، أما التقييم الثانوي فهو يكشف عن المواجهة المتوفرة لدى الفرد للتعامل مع متطلبات الوضعية أي مواجهة الموقف.

وبما أن هذه العملية ديناميكية ( التقييم) فكل عنصر أو معلومة جديدة من الوضعية تؤدي إلى إعادة تقييم لها، مما يؤدي بالفرد إلى استعمال خطة جديدة، أو إيجاد مواجهة فعالة تقضي على حالة الانفعال السلبي الذي قد يولده الموقف.

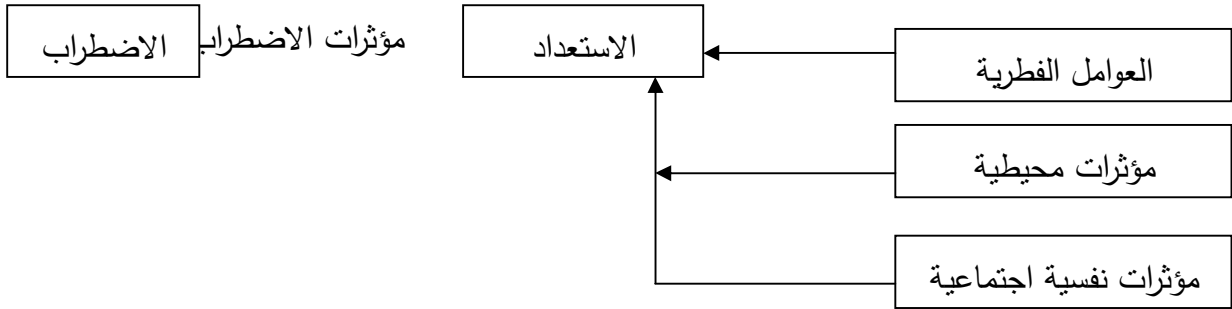
(Dominique Lassare, 2005, 20)

ليس هناك فرق في استعمال التقييم الأولي والثانوي، لا على المستوى Hiérarchique ولا على مستوى الزمن، فمن الضروري أن نذكر أن عملية التقييم هي في نفس الوقت عملية معرفية.

وإنفعالية Eotionnelle حيث أن Lazarus & Folkman (1987) (1991، 1999) Lazarus أعطوا مكانة هامة للإنفعال L'émotion ، واعتبروه عنصرا أساسيا في السيرورة المعرفية. تعتبر الانفعالات المؤشر للتفاعلات الثابتة بين الفرد والمحيط المعرفة والانفعالات في تبادل وتفاعل مستمر وكلاهما يؤثر في الآخر. (Dominique la lassarre ,2005, 29) (Lazarus, 2001, 289)

### 7-3- نظرية الاستعداد والضغط:

بالإضافة إلى العوامل النظرية والفيزيولوجية المحيطة ، هناك عوامل تؤثر على الفرد مباشرة خاصة بين السنوات الأولى من حياته ، الصدمات، نقص الحرمان، التفكك العائلي وبعض الأمراض البدنية التي تسبب خلل في وظائف الأجهزة ، للفرد قدرات خاصة تساعد على التوافق على عوامل الضغط المختلفة ويواجه الإنسان الوقائع والأحداث وفقا لطموحاته وميوله المتعلقة بالعوامل الوراثية منها المكتسبة، وينجم عن عدم توافق المحيط وطموحاته، صراع يستعمل الفرد فيه ميكانيزمات فيزيولوجية ونفسية، ويتضح من الشكل الآتي تداخل العوامل المسببة للاضطراب وتفاعلها المستمر.



شكل رقم (04) : يمثل نموذج الاستعداد للضغط

(Bakal , 1979, 71 )

تقوم نظرية الاستعداد للضغط على التفاعل الموجود بين العوامل المسببة للضغط تهتم بجميع المتغيرات في دراسة الفرد باعتبارها وحدة متكاملة تتفاعل فيما بينها العوامل البيولوجية ، النفسية، والاجتماعية.

تختلف ردود الفعل للضغط باختلاف المواقف والوضعية المعاشة وباختلاف الأفراد، فهي مرتبطة بعدة عوامل وخصائص تحدد شدتها وأهميتها منها: خصائص الوضعية الضاغطة، الخصائص السيكولوجية والبيولوجية لكل فرد، خصائص الأنظمة الاجتماعية التي تلعب دور الحدود الحامية للأفراد.

ويذكر "Stora" في نفس السياق بأن بعض الأشخاص الخاضعين إلى وضعية وأحداث ضاغطة على غرار البعض الآخر يعانون من أمراض مزمنة واضطرابات عقلية. إن خصائص الضاغطة أو العامل الضاغط Stréssor الذي يؤدي إلى وقوع الأمراض يرتبط بحدة هذه الوضعية، مدتها، استمرارها وعدم توقعها.

تقاس شدة أو حدة العامل الضاغط وفقا لاختلاف التغيرات المدركة في وضعية خاصة بالفرد أو في المحيط العام للمجتمع، كما أن البعد الذي تتخذه الأحداث الضاغطة أي أهميتها والتي يتم تقديرها انطلاقا من وضعية ضاغطة مدركة على أنها متوسطة أو عادية، لها تأثير بسبب استمرارها على الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية للفرد.

توصلت مجمل الأبحاث في ذا الميدان إلى مايلي:

ليس بإمكان الأشخاص المعرضين إلى وضعية شديدة الضغط وعلى المدى الطويل الرجوع إلى النفسية التي كانوا عليها مسبقا.

تختلف آثار الوضعية الضاغطة وفقا لفترة حدوثها، أو مدى استمرارها، نجد في بعض الحالات أن تجربة قصيرة المدى أو موجزة قد تكون شديدة الوقع وذات آثار مدمرة أو وخيمة مماثلة لتلك التي قد تخلفها وضعية الضغط المستمرة، يكون للأحداث غير المتوقعة والمفاجئة تأثيرا كبيرا على الفرد، أكثر من الأحداث التي تم التهيؤ لها نفسيا، وإن

مفعول الحدة أو الحداثة يرفع من تأثير الوضعيات الضاغطة وإذا ما تجمعت كل العوامل الضاغطة في آن واحد ولفترات متعاقبة، يظهر هناك تأثيرا تراكم (Accumulation) مهما كانت المقاومة ويمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة.

#### 8- العوامل المؤثرة في الضغط النفسي:

لقد أشارت عدة نظريات للضغط النفسي عن وجود مجموعة من المؤثرات الخارجية التي قد تؤدي إلى استجابة الجسم لها عن طريق عملية التكيف والتي بدورها تساهم في اختلال التوازن الداخلي، ومن هذه المؤثرات أو العوامل نجد العوامل الاقتصادية كالفقر والبطالة، انخفاض الإنتاج، عدم توزيع الناتج القومي، التفاوت الطبقي. ويكون معنى الضغط هنا التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الاستجابة لها، كما أن الشعور بالعبء وعدم الرضا وعدم التوافق مع الأوضاع الاقتصادية.

كما أن للعوامل الذاتية أثر نفسي وتتمثل في الفروق الفردية الموجودة بين الأشخاص من طول، قصر، جمال، حيوية، ضغط كذلك البنية المعرفية، الذكاء والعمليات العقلية العليا، وتختلف هذه العوامل حسب نمط الشخصية.

( الراشدي، 1999، 5 )

إضافة إلى ذلك هناك العوامل التي يعود منشؤها إلى مهنة الفرد وما يقوم به من عمل مثل: النزاعات مع الزملاء، ضغط قواعد العمل، عدم الرضا عن المركز الوظيفي، المرتب، الترقية، التميز غير المبرر، الرؤساء، الجمهور. ويكون معنى الضغوط الشعور بالوطأة والعبء والنقل الناشئ من مهنة الفرد ومجموعة الصعوبات المباشرة وغير المباشرة التي يواجهها إضافة إلى هذا نجد العوامل الاجتماعية والمتمثلة في الطلاق، التفكك الأسري، القيم، اضطرابات العلاقات الأسرية، الإصابة بالأمراض، موت شخص

عزيز..... وبالتالي تؤدي بالفرد إلى الضغط الحاد الذي بدوره يؤثر على حالته النفسية والجسدية.

كما نجد هناك عوامل تربوية تتمثل في ضغط المناهج المدرسية، الإمتحانات، العقوبات، الواجبات المنزلية... ما ينتظره الأهل من التلميذ، الفشل الدراسي.

تلعب العوامل السياسية أيضا دورا في حدوث الضغط كعدم الرضا عن نظام الحكم، الصراعات السياسية... الخ، كما أن للعوامل النفسية دورا كذلك في حدوث الضغط عندما تكون هناك اختلالات في الميكانيزمات الدفاعية، قصور في إشباع الحاجات، وعندما تكون النفس في حالة صراع أو قلق أو شعور بالإحباط وعدم توافق وتكيف نفسي.

( الراشدي، 1999، 7 )

#### 9- الضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحديين:

تشير الدراسات إلى آباء الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات نفسية أكثر مقارنة بآباء الأطفال العاديين كما وتظهر الدراسات أن آباء الأطفال التوحديين يعانون من تكيف نفسي سلبي بسبب طبيعة الخصائص التي يمتلكها الطفل التوحدي والتحديات العلاجية القائمة. (Hasting, 2008) نقلا عن (الزريقات، 2010، 395)

#### 9-1- الضغط النفسي والتوحد:

يدرك التوحد على أنه اضطراب غير قابل للتنبؤ به ومن الاضطرابات النمائية، لقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن التوحد والمشكلات الناتجة عنه تؤثر على الأسرة، و تعكس التأثيرات الناتجة عن الضغط النفسي صعوبة الآباء في مقابلة وإشباع الحاجات المرتبطة بتربية الأطفال التوحديين، والتي غالبا ما تظهر بمساعدة قليلة جدا من الجهات الداعمة للأطفال التوحديين، تغيير الأنظمة التربوية والقيم الاجتماعية المرتبطة بأدوار الأفراد المعاقين أيضا تسبب إرباكا لكل من الآباء والمظاهر المهنية الأخرى لحياة هؤلاء الأطفال.

هناك بعض الضغوطات التي تخص الأم أكثر أو ربما الأب أكثر مثلاً في الماضي، الأم كانت مسؤولة عن رعاية الطفل المعاق، لذلك نجد دراسات تشير إلى الاعتمادية على الأم في تلبية حاجات الطفل كما أن المشكلات الأم أو الاهتمامات مع الطفل التوحيدي تتبع الحاجات النمائية و التغذية للطفل.

(Moes, 1995) (الزريقات، 2010، 394)

يعتبر تعليم الطفل التوحيدي مصدراً من مصادر الضغط النفسي لقد أشارت الدراسات إلى أن الأمهات يعانين من ضغط نفسي أكثر من الآباء، من أكثر الأشياء المثيرة لقلق الأمهات هي كيف ستكون رعاية الطفل في الأيام القادمة وحول قدرة الطفل على القيام بوظائفه باستقلالية وتقبل المجتمع له. (National research council, 2001) وحديثاً أشار كل من اولسون و وانج (Olsson et H Wang, 2001) إلى أن أمهات الأطفال التوحيدين يعانون من مستوى عالٍ من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجدوا أن مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحيدين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى آباء الأطفال التوحيدين، لقد وصفت إحدى الأمهات الطفل التوحيدي خبرتها كالتالي:

- بالنسبة لي أنه يعني الحزن وسبب لي سوء الفهم في العديد من المواقف.
- العزل لأنني لا أعرف أن أكون قريبة من الناس عندما أريد.
- خيبة أمل لأنني لا أعرف كيف يمكن أن أفهم.
- يعني لي الاكتئاب لأنني لا أعرف ما هو الخطأ.
- إنني كسبت بمقدار ما خسرت وربما خسرت أكثر مما كسبت.

(الزريقات، 2010، 394)

كان الأب في الماضي مسؤولاً عن تأمين الحاجات الأولية للأسرة فهو مسؤول عن توفير الدعم للطفل التوحيدي أكثر من أمه، لذلك غالباً ما تكون مصادر ضغط الأب النفسي

حول مدى توفير مصادر مالية مناسبة لإشباع حاجات الطفل المرتبطة بتكلفة الحياة مثل المدرسة الخاصة والخدمات الطبية، و بالنتيجة يكون الأب مسؤولاً عن المصادر المالية، و اعتماداً على ذلك فإن البحوث يجب أن تركز على الأمهات والآباء ومصادر ضغوطاتهم وتقارير الممارسات التعاونية في تربية الطفل التوحيدي. (Moes, 1995, 71)

لقد أشار مجلس البحث الوطني الأمريكي إلى أن الوقت الذي يقضيه الآباء في تعليم أبنائهم التوحيدين يشكلون مصدراً من مصادر الضغط النفسي لهم لذلك فلا بد من توفير مساعدة متخصصة وخدمات مناسبة لتمكينهم من خفض مصادر الضغط النفسي وتقوية وتحسين نوعية حياة الأسرة.

(National Research council, 2001) نقلاً عن (الزريقات، 2010، 395)

#### 9-2- الأسرة ومواجهة ضغوط إعاقة التوحد:

يعج أكثر العوامل انتشاراً هو ظن الوالدين أن كل منهما هو السبب في وجود أبنهم التوحيدي، فيشعرون بالحزن والإكتئاب ومن ثم ظهور المشكلات التي يمكن أن تهدد البناء الأسري بأكمله مما قد تسبب لهم ضغوطاً نفسية.

وهناك مجموعة من السمات تتوفر في الضغوط المرتبطة بميلاد طفلاً بإعاقة التوحد تتضمن ما يلي:

- خوف الوالدين الشديد من نظرة الأقارب والمجتمع تجاه طفلها التوحيدي و وصمة بألفاظه تصفه بالمرض أو الإعاقة، ويزداد الأمر سوءاً بميلاد هذا الطفل مع أبناء عاديين.
- شعور الوالدين بالقلق والإكتئاب وعدم القدرة على التصرف السليم تجاه مشكلة ميلاد طفلها التوحيدي، ويكون أكثر تأثراً بآراء جميع المحيطين بهما سواء كان هذا الرأي صواباً (التشخيص الطبي) - التشخيص التربوي - التشخيص السيكومتري - التشخيص التكيفي) أم خطأ (الذهاب إلى الدجالين، السحرة، الشعوذة)

• إنكار الوالدين تماما إعاقة طفلهما وإصرارهما على أنه تأخر نمو، حتى بعد ثبوت التشخيص النهائي التي تقره المؤسسة الخاصة بذلك، وتعرضهم لبعض الأعراض المصاحبة للضغوط التي تؤثر بدورها على دافعيتها لتعليم وتدريب وتأهيل طفلهما في وقت مبكر.

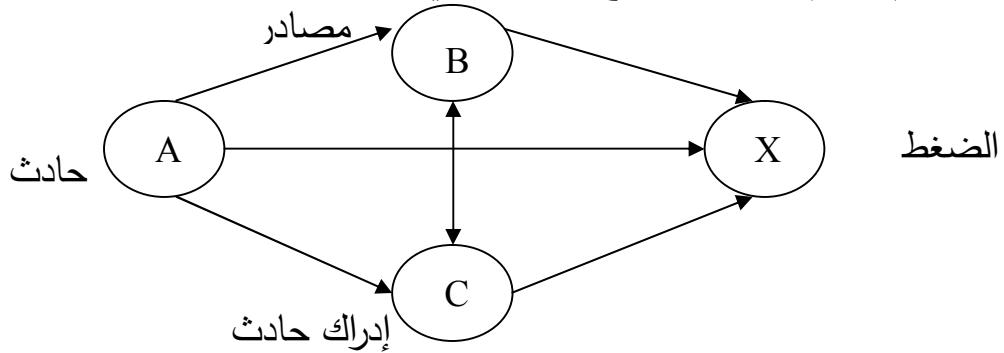
ويرى محمد حلاوة (1991: 90-92) أن هناك مجموعة من العوامل المسببة للضغوط المرتبطة بميلاد طفل توحدي في الأسرة. (سليمان، 2010، 251) فقد أظهرت إحدى الدراسات أن هناك مجموعة من العوامل تؤثر في الضغوط المرتبطة بوجود طفل توحدي بالأسرة، و تم في هذه الدراسة استحداث نموذج ABCX وذلك لتحديد الترتيب السببي للمتغيرات حيث أن:

- (A) تمثل حادث الضغط (ميلاد طفل معاق حسيا).
- (B) المصادر المتاحة للأسرة (استخدام الموارد).
- (C) إدراك الأسرة لحادث الضغط (تعريف الأسرة للحادث).
- (X) الضغط (الأزمة).

وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

- كلما زادة شدة مشاكل سلوك الطفل (درجة الإعاقة)، تزداد درجة الضغط (A-X).
- هناك تأثيرات سببية مباشرة من:
- الضاغط (A) إلى المصادر (B).
- ومن الضاغط (A) إلى الإدراك (C).
- هناك علاقة بين المصادر و الضغط (B-X).
- إعادة صياغة إدراك الأسرة للحادث (C) إلى مؤشر الضغط (X).

وقد أوضحت هذه النتائج أن الضاغطين يرتبط مباشرة بإدراك الأسرة لحادث الضغط واستخدام الموارد ومستوى ضغط الوالدين كما أن استخدام الأسرة للموارد أظهر ارتباطاً أكثر بإدراك الأسرة للضاغطين، علاوة على أن استخدام الأسرة للموارد يرتبط مباشرة بالضغط (الأزمة) نفسه، ويوضح الشكل التالي تعريف الأسرة للحادث.



شكل رقم (05) تعريف الأسرة للحادث (وليد السيد أحمد خليفة، 2007، 176)

### 9-3- مراحل الأزمة المرتبطة بميلاد طفلاً توحدياً:

تتضمن أهم مراحل الأزمة المرتبطة بميلاد طفلاً متخلفاً عقلياً توحدياً:

- الشعور بالذنب.
- صعوبة فهم وتقبل حقيقة أنهما أنجبا طفلاً متخلفاً عقلياً توحدياً.
- صعوبة التعامل مع السلوك اليومي للطفل.
- القلق حول مستقبل الطفل.

كما تتضمن تلك المراحل:

- الإنكار.
- إسقاط اللوم.
- المخاوف.
- مشاعر الإثم.
- الحداد والأسى.
- الإنسحاب.

- الرفض.

- التقبل.

وقد افترض بعض الإكلينيكين عدة مراحل لمواجهة الوالدين لأزمة التخلف العقلي واتفقوا على أنها تبدأ بالصدمة Shock و تنتهي بالتوافق مع الواقع وتتضمن عدة مراحل هي:

- الصدمة والتمزق النفسي - والإنكار والحزن وعدم التصديق بتخلف الطفل.
- الغضب لتخلف الطفل عن أقرانه وضياع الآمال فيه.
- الرضا والتأقلم مع الواقع.

في حين حدد روس Riss (1994) خمس مراحل تتضمن:

- الإنكار.

- المساومة.

- الغضب.

- الإكتئاب.

- القبول.

كما حدد بليشر Bleacher (1984) أن هناك اتساقا نظريا بين الدراسات والبحوث التي حاولت تحليل آثار ميلاد أو اكتشاف طفل ذو حاجات خاصة إلى ثلاث مراحل هي:

- أ- المرحلة الأولى: في تلك المرحلة يعيش الوالدان أزمة في مشاعر والإنفعالات وتتصف مشاعرهم في تلك المرحلة بالشعور بالصدمة والإنكار وعدم التصديق
- ب- المرحلة الثانية: المشاعر السائدة في تلك المرحلة هي مشاعر الغضب والشعوب بالذنب والإكتئاب، و الخجل، و تدني مستوى تقدير الذات، وإهمال الطفل أو حمايته الحماية الزائدة ومشاعر الوالدين في تلك المرحلة تتصف بالتذبذب أو التقلب.

ج- المرحلة الثالثة: هي مرحلة الاعتراف والتسليم بالواقع كما هو أي الاعتراف بإعاقة  
الطفل أو عجزه. (وليد السيد أحمد خليفة، 2007، 178)

خلاصة:

يسعى الفرد أمام الأوضاع الضاغطة إلى إيجاد الحلول المناسبة كما لها أو على الأقل محاولة التخفيض من التوتر الناجمين عنها باتخاذ أسلوب يتناسب وقدراته وشخصيته وتسمى الموارد النفسية والسلوكية والمعرفية التي يستعملها الفرد لمواجهة موقفا ضاغطا "استراتيجيات المواجهة" والتي يعرفها كوهين ولازاروس Cohen، Lazarus (1978) (Paulan et Bourgeais 1998, p14) على أنها أي جهد يبذله الفرد للسيطرة على الضغط وإعادة إتزانه النفسي، ولأن العلاقة وثيقة بين الضغط والمواجهة فضلنا الحديث عنهما في هذا البحث الخاص بالضغط النفسي لدى أب الطفل التوحدي وإستراتيجيات المواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة الخاصة بإمراضية ابنه التوحدي.

# الفصل الثاني

## استراتيجية المواجهة

تمهيد

- 1- تعريف المواجهة
- 2- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة
- 3- النظرية المعرفية للضغط والمواجهة
- 4- محددات إستراتيجيات المواجهة
- 5- أشكال المواجهة
- 6- التقييم Evaluation
- 7- فعاليات إستراتيجيات المواجهة
- 8- مقاييس إستراتيجيات المواجهة
- 9- العوامل المؤثرة في إستراتيجيات مواجهة الضغوط

خلاصة

### تمهيد:

يعيش الإنسان في بيئة يتفاعل معها ويؤثر فيها ويتأثر بها، فهو يتعرض بصفة دائمة ومستمرة لمثيرات تتفاوت من حيث الشدة والخطورة والتي قد تمثل مصدر ضغط يؤثر سلباً على راحته وحياته اليومية.

أمام هذا الوضع يلجأ الفرد إلى استخدام العديد من الأساليب لمواجهة المواقف الضاغطة، منها ما يتعلق باستخدام تقنيات سلوكية، مثل الإسترخاء، تصور ذهني، ومنها ما يتعلق بشخصيته والتي تسمى في أدب الموضوع باستراتيجيات المواجهة Strategy Coping.

تعتبر كلمة Coping صعبة للترجمة من الناحية اللغوية " To cope with " وتعني بالفرنسية " faire avec " وباللغة العربية اقترحت عدة مصطلحات مثل:

- استراتيجيات التكيف.
- ميكانيزمات دفاعية.
- استراتيجيات تعامل.

إلى غير ذلك من المصطلحات لكن لا توفي هذه الأخيرة بالمعنى الصحيح لما تحتويه من معاني ودلالات مرتبطة بالنماذج والتيارات النظرية المختلفة.

### 1- تعريف المواجهة:

يعرفها لازاروس وفولكمان Folkmen & Lazarus ( 1984 ) بأنها مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى التحكم أو التحقيق أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد أو تفوق قدرات الفرد.

ويحددها سبيلبرجر Spielberg ( 1987 ) بالعملية التي تعمل على خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له.

واهتم العديد من الباحثين بدراسة هذه العلاقة الوطيدة بين الصحة والمواجهة كلازاروس وفولكمان (1984).

حيث يمكن لإستراتيجيات المواجهة حسب هذين الباحثين أن تؤثر على الصحة الجسدية بثلاث طرق مختلفة:

- يمكن أن تؤثر لمواجهة على تواتر وحدة الاستجابات الفيزيولوجية أو الكيميائية العصبية المرتبطة بالضغط وذلك حسب الحالات التالية:
  - حينما يكون الفرد غير قادر على التنبؤ أو تحسين الظروف المحيطة الضاغطة، غياب أو عدم ملائمة استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.
  - عندما يواجه الشخص حادثاً غير قابل للتحكم لا يمكنه تخفيض توتره الانفعالي (تكون استراتيجيات المواجهة على الانفعال غير فعالة).
  - عندما يكون للفرد نمط حياة أو نمط مواجهة في حد ذاته خطيراً.
- يمكن أن تؤثر استراتيجيات المواجهة سلبا وبشكل مباشر على الصحة (ارتفاع خطر الموت والمرضية) وذلك عندما ترتبط هذه الأخيرة بالاستهلاك المفرط للمواد.
- يمكن في حال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة لأنها تعرقل اللجوء إلى السلوك التوافقي كما يحدث في حالات الإنكار أو التجنب مما يحول دون إدراك الفرد لأعراضه أو استشاراته للطبيب متأخراً.

ترتبط الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل بسلوك إيجابي وصحي غير ثابت أنه يمكن لنفس الاستراتيجيات أن تكون غير ملائمة أحيانا على المستوى الانفعالي حينما يكون الفرد مصابا بمرض خطير مزمن وغير قابل للتحكم.

كما يضيف سكويترز وآخرون (Schweitzer et al 2002) أنه يمكن التجنب أن تكون ملائمة في بعض المواقف الضاغطة فتلعب دور الحامي بالنسبة للفرج بينما تكون نفس الإستراتيجية غير ملائمة في مواقف أخرى، وهذا يتوقف على نوعية الوضعية الضاغطة وتوقيتها.

في حين يذهب داننتشاف Dantchev (1987) إلى إعتبار المواجهة أسلوبا يشير إلى الطريقة التي تحقق بها الفرد توافقه مع المواقف الصعبة التي يتعرض لها.

وفي نفس السياق يرى ستبتو Steptoe (1991) أن الإستجابات التي يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون ذات طبيعة معرفية أو وجدانية ( مثلا تحويل وضعية خطيرة على مستوى الخيال إلى فرصة ذات نفع شخصي كما قد تأخذ أيضا أشكالا سلوكية مباشرة مثل مواجهة علنية أو إتخاذ سلوك تجنبى.

(Paulhhan & Bourgeois, 1998, 41)

وستتناول فيما يلي المراحل التي مر بها هذا المصطلح وذلك حسب التناولات النظرية له.

### 2- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة:

#### 2-1- النموذج الحيواني:

يستند النموذج الحيواني في تفسيره للمواجهة على الأفكار الداروينية على نتائج الدراسات المخبرية التي أقيمت على الحيوانات.

(Folkmen & Lazarus, 1998, 41)

ويعتبر هذا النموذج استراتيجيات المواجهة استجابات سلوكية وفطرية أو مكتسبة يستعملها الفرد لمواجهة مختلف التهديدات الخارجية أو الانفعالية الداخلية كالهروب والتجنب في مواقف الخوف أو المواجهة والهجوم في حالات الغضب، فقد وضعت على

سبيل المثال فنران في قفص يحتوي على حجرتين ( حجيرة يتعرض فيها هؤلاء إلى صدمة وأخرى لا يتعرض فيها الفنران لأي منبه)، لقد تعلم الفنران الهروب بسرعة أو تجنب الصدمة وذلك بالإنقال إلى الحجيرة الثانية كلما أرسل الإنذار الصوتي منبأ بإرسال الصدمة الموالية. ( Paulhan & Bourgeois, 1998, 42 )

وتمثل المواجهة Coping حسب ميلر ( 1980 ) سيرورة من السلوك المكتسب والفعال في تخفيض درجات الاضطراب والتخفيف من شدته وبعبارة أخرى يقتصر مفهوم المواجهة في هذا المنظور على بعد واحد يتمثل في التخفيف من حدة الاضطراب السيكوفيزيولوجي الناتج عن الموقف الضاغط. ( Folkmen & Lazarus, 1984, 118 )

ترتكز المواجهة أساسا في النموذج الحيواني على سلوكي التجنب والهجوم فقط. وهو الشيء الذي لا يمكن الكشف عن الاستراتيجيات الأخرى المتضمنة في مصطلح المواجهة.

ويرى دنترز Dantzer ( 1989 ) أن معيار نجاح إستراتيجية المواجهة يتمثل في التحكم في الوضعية أو في التخفيض في التنشيط الفيزيولوجي الذي يترتب عن هذه الأخيرة. ( Schweitzer & Dantzer, 1994, 102 )

### 2-2- نموذج دفاعات الأنا:

تشير استراتيجيات المواجهة ضمن سياق سيكولوجية (الأنا) إلى مجموع العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف إلى الخفض أو القضاء على كل ما يمكن أن يتسبب في إحداث القلق. لقد تم التعرف على عدة سياقات معرفية تهدف إلى إبقاء الحصر في الحدود المحتملة والتخفيف من حدة القلق الناجم عن المواقف الضاغطة، ومن هذه الميكانيزمات الرفض أو الإنكار (يدرك الفرد حقيقة الموقف الضاغط لكنه ينكر بعض العناصر السلبية أو العناصر التي لا يمكنه تحملها، كالخطر الذي يشكله المرض مثلا)، العزل (كأن يكون سير الأفكار محصورا في فكرة أو تصور يمنع فهم ما يحدث) إلى

جانب هذين الميكانيزمين يلجأ الفرد إلى العقلنة ( يحاول الفرد إعطاء تفسيراً منطقياً لما يحدث له. (Paulhan & Bourgeois, 1998, 42)

ويؤكد فيان Vaillant (1992) أنه يتعلق المعيار الأساسي لنجاح استراتيجيات المواجهة بنوعية السياق ( مرونته، درجة تناسبه مع الواقع) بالإضافة إلى نوعية المآل الجسمي والنفسي للفرد. (Schweitzer & Dantzer, 1994, 102)

وتشير الأبحاث الأخيرة إلى الدور الذي تلعبه استراتيجيات المواجهة التوافق مع المرض (Laxénaxe, Bentz & Cardot 1972, Révidi 1986) حيث وجد أن بعض الميكانيزمات مثل النفي، العزل، والمزاج المقاوم قد يحمي الفرد من الحصر بفعالية أكبر من الميل إلى الإسقاط أو العدوانية و الغضب.

لكن رغم المساهمة الكبيرة التي قدمها هذا النموذج في فهم استجابات الفرد في مواجهته الحدث الضاغط، يبقى هذا الأخير ناقص، إذ أن اعتبار هذه الاستراتيجيات كنظام دفاعي يكون هدفه الأخير إعادة التوازن الانفعالي، يعني ذلك تركيز الاهتمام في هدفه الأخير إعادة التوازن الانفعالي، يعني ذلك تركيز الاهتمام في هذه الحالة على خفض الضغط مهملاً بذلك عملية البحث عن حل المشكل الذي يحدثه الموقف.

(Paulhan & Bourgeois, 1998, 42)

ويتطلب الوصول إلى تعريف أو مفهوم شامل لاستراتيجيات المواجهة الآخذ بعين الاعتبار لوظائف الضبط الانفعالي وحل المشكل أي الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي يلجأ إليها الفرد ليتوافق مع الموقف الضاغط.

ولقد ترك لنا فرويد مفهوم ميكانيزمات الدفاع التي تتمثل وظيفتها في حماية الفرد من الإنفعالات والأفكار والغرائز المؤلمة مبيناً أنها كانت سبباً لاضطرابات نفسية متعددة وكذا إمكانية اعتبارها في نفس الوقت كسياق علاجي، وقلة من المحللين النفسانيين ممن تناولوا بعد فرويد نظرية ميكانيزمات الدفاع نذكر من بينهم على سبيل المثال آنا فرويد (1973) . (Paulhan & Bourgeois, 1998, 42-43)

ويذهب فايان Vaillant ( 1992 ) في نفس الاتجاه حيث بقي وفيًا للتحليلية الأمريكية التقليدية فهو يصف ميكانيزمات الدفاع بأنها تحريفات معرفية تهدف إلى التقليل من تأثير التنافر أو الصراع والإضطراب المعرفي الذي قد ينتج عن التعبير المفاجئ في الوسط الداخلي أو الخارجي للفرد، فهو يعتبرها ميكانيزمات توافق نفسية داخلية لاشعورية تتمثل وظيفتها في إبقاء مستوى من الحصر في حدوده المحتملة.

(Paulhan & Bourgeois, 1998, 42)

ويفرق فايان Vaillant (1992) بين الميكانيزمات الدفاعية واستراتيجيات المواجهة باعتبار هذه الأخيرة تقنيات مكتسبة تسمح للفرد بالواجهة الإدارية للحصر في حين تكون الميكانيزمات لاشعورية.

وقد أضاف فايان في كتابه قائمة الميكانيزمات الدفاعية للباحث ميسنر ( Meissner ) 30 ميكانيزم مصنف إلى ( نرجسي، غير ناضج، عصابي وناضج).

### 2-3- نموذج سمات الشخصية:

يتدرج نموذج سمات الشخصية ضمن نظرية الدفاعات، حيث يرى هذا النموذج أن بعض الخصائص الثابتة في الشخصية كالقمع-الحساسية- sensibilité répression- (Byrne,1961)، القدرية le focalisme ( Wheaton ) والصلابة أو المكابدة Endurance. (Kobassa&Maddi &Kahn, 1983, 81)

تهيؤ الشخص لمواجهة الضغط بطريقة معينة.

( Schweitzer & Dantzer, 1994, 103)

غير أنه لم يتم إثبات صحة هذه الفرضية التي تقترح أن الفرد يتصرف دائماً بصفة أو بشكل مماثل مهما كان الحدث الضاغط.

وتعرض هذا النموذج للنقد من طرف العديد من الباحثين ووضحت فولكمان وآخرون (Folkman et al) و كوهان ولازاروس Cohen & Lazarus ( 1973 ) أن سمات

الشخصية منبهات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة وهذا للأسباب التالية:

(Paulhan & Bourgeois, 1998, 44)

\* الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي لاستراتيجيات المواجهة:

يشير الباحثان موس وتسو Moos & Tsu (1977)، أن الفرد في المواقف الضاغطة كالإصابة بمرض جسدي مثلا، يواجه مصادر ضغط كالألام، وظروف الإستشفاء والعلاج بالإضافة إلى محاولة المحافظة على توازنه الإنفعالي واحتفاظه بصورة جيدة عن ذاته إلى جانب اهتمامه بنشاطه الاجتماعي و المهني.

(Schweitzer & Dantzer, 1994, 103)

تتطلب هذه الاهتمامات والانشغالات من الفرد استعمال استراتيجيات مواجهة متنوعة إذا لا يمكن أن تحصر في بعد واحد كالسمة.

\* الطابع الحركي والمتغير لسياق المواجهة:

يشير كل من لازاروس و فولكمان Folkmen & Lazarus (1984)، بأن استراتيجيات المواجهة تتأثر بشكل كبير بالموقف الضاغط وشدته، الوضعيات، ففي دراسة قامت بها فولكمان و آخرون Folkman & al (1986) على 60 شخص راشد قيمت خلالها استراتيجيات المواجهة الموظفة من طرف كل شخص تعرض لوضعية ضاغطة على مدى ستة أشهر وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن نفس الشخص قد يوظف في بعض الوضعيات استراتيجيات معرفية تهدف إلى التخفيف من شدة الضغط وفي وضعيات أخرى مماثلة يلجأ إلى إستراتيجية سلوكية موجهة لحل المشكل.

(Schweitzer, 2002, 27) (Schweitzer & Dantzer, 1994, 103)

وفي نفس السياق وجد كل من برلين و سكولر Pearlين & Schooler (1978) بأن إستعمال استراتيجيات المواجهة المعرفية توظف بشكل أكبر في حالة الحدث غير القابل للتحكم ( حالة المرض الخطير مثلا)، في حين تستعمل استراتيجيات المواجهة السلوكية في حالة ما إذا كانت الجهود المبذولة سوف تحدث تغيير في الوضعية.

(Pearlin & Schooler, 1978, 98)

تؤكد هذه النتائج ما توصل إليه لازاروس و فولكمان Folkman ( 1984 ) من أن سمات الشخصية غير كافية للتنبؤ بالطريقة التي قد يستعملها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.

إذن مفهوم المواجهة لا يتحدد بالاستعدادات الشخصية الثابتة ( سمات الشخصية) فقط لكن أيضا بالأساليب السلوكية الموظفة من طرف الفرد في الوضعيات المختلفة.

### 3- النظرية المعرفية للضغط والواجهة:

لا يتعلق الضغط حسب هذه النظرية بالحدث الضاغط أو بالفرد فقط بل بالتسوية (transaction) والتأثير المتبادل بين الفرد والمحيط وتنتج استجابة الضغط عن عدم التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وموارد أو إمكانيات الفرد لمواجهتها.

(Paulhan ,1992, 550)

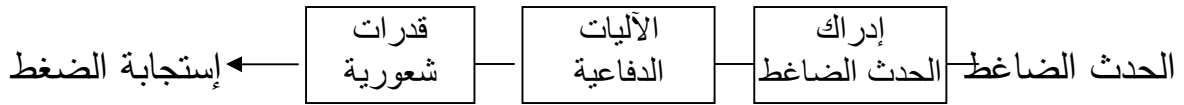
إن إدراك الفرد للوضعية الضاغطة هو الذي يحدد إختلاف الإستجابات أي أن خصائص الضاغط لا تدل على شدة أو طبيعة ما يشعر به الفرد. وفي هذا الصدد يرى نموذج التأثير المتبادل للضغط أو الضغوطات تمر عبر سلسلة من المصافي وظيفتها تغيير الحدث الضاغط وذلك إما بتضخيمها أو تخفيض استجابة الضغط وقد حدد ري وأرتور Rahe &Arthur ( 1978 ) ثلاث مصافي رئيسية وهي:

(Paulhan & Bourgeois, 1998, 46)

يكون إدراك الضاغط متأثر بالتجارب السابقة مع ضواغط مماثلة، الدعم الاجتماعي والمعتقدات بما فيها الدينية. التدخل اللاشعوري لميكانيزمات دفاع الأنا (النفي، القمع أو الردع....إلخ) تتعلق المجهودات الواعية بوضع مخططات عملية واللجوء إلى تقنيات عديدة مثل : الإسترخاء، النشاط الجسدي....إلخ.

تستعمل هذه المصافي حسب بعض الباحثين أمثال لازاروس و فولكمان 1984 كوسائط في العلاقة بين الحدث الضاغط والضغط الانفعالي وبالتالي يوجد حسب هؤلاء

الباحثين سياقاً يؤثران على العلاقة بين المحيط والفرد وهما: التقييم واستراتيجيات المواجهة.



شكل رقم (06): يوضح آليات ترشيح تأثير الضغوط على الفرد.

(Paulhan & Bourgeois, 1998, 47)

#### 4- محددات إستراتيجيات المواجهة:

يعتبر لازاروس و فولكمان Lazarus et Folkman (1984) المواجهة مجموع الإستجابات أمام وضعيات ضاغطة محددة، فهي سيرورة أو سياق دينامي يتغير تبعاً للوضعيات وتبعاً لطريقة تقييم الفرد.

ويرى العديد من الباحثين أمثال (schwarty & al 1989) و Costa & al 1996 أن إستراتيجيات المواجهة ليس نوعية لكنها عامة وهذا لأنها محددة ببعض الخصائص الثابتة للأفراد (سمات الشخصية) وليست بخصائص متغيرة للمواقف. (Schweitzer, 2002, 361)

توجد أنماط للمواجهة خاصة بكل فرد، فكل واحد يوظف بصفة تفضيلية بعض الاستراتيجيات أكثر من الأخرى إتجاه وضعيات ضاغطة متنوعة من الحياة.

ويرى كوهن Cohen & al (1983) أن الخصائص الموضوعية للأحداث ليس من تؤثر في الفرد، إنما طريقة إدراكه وتفسيره لها التي تتعلق بالخصائص المعرفية (conitives) لكل فرد وكذا تاريخه الشخصي. (Schweitzer, 2002, 361)

#### 4-1- المحددات المعرفية:

من بين المحددات المعرفية للتقييم:

- معتقدات الشخص ( حول ذاته، موارده، قدراته على حل المشاكل....الخ) ودوافعه العامة (القيم، الأهداف، المصالح....الخ).

• مركز التحكم الداخلي أو الخارجي: فالأشخاص الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى قدراتهم وسلوكياتهم ( أسباب داخلية) عوض أسباب خارجية كالحظ الصدفة أو القدر سيستعملون استراتيجيات مركزة على المشكل مقارنة بالأشخاص الذين لديهم مركز تحكم خارجي.

• كما يوجد الكثير من السوابق المعرفية للتقييم والمواجهة ( الفعالية الذاتية المدركة التفاضل، العجز المكتسب، الإسناد السببي.....الخ. (Schweitzer, 2002, 361)

#### **4-2- المحددات الذهنية:**

يمكن لبعض الخصائص الشخصية الثابتة ( سمات الشخصية) أن تحدد على الأقل جزئيا ( التقييم الأولي والتقييم الثانوي) وتحدد أيضا استراتيجيات المواجهة الموظفة أمام الوضعيات الضاغطة.

ويرى Van Heck ( 1977) أن الحصر، الإكتئاب العدائية تسمح بالتنبؤ بتقييمات خاصة من جهة ( ضغط مدرك مرتفع، فعالية ذاتية مدركة منخفضة) وباستراتيجيات مواجهة مركزة على الإنفعال من جهة أخرى. (Schweitzer, 2002, 362)

على العكس من ذلك ترتبط الإرجاعية ( Résilience ) ومركز التحكم باستراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل.

وتضيف في نفس السياق كوبازا Kobasa ( 1979) الصلابة ( Hardiness) والتي تمثل إحدى السمات الشخصية التي تتصف بالتعامل الجيد مع الضغوط النفسية، وتتكون من ثلاث مكونات أساسية (الالتزام، التحكم، التحدي) فهؤلاء لديهم إحساس مرتفع بالالتزام، وهي نزعة للعمل بهمة ونشاط مع الإحساس بالأنشطة التي يقومون بها هامة وذات معنى، أما التحكم فيقصد به الإحساس بالقدرة على التأثير في الأحداث

## فصل الثاني ..... إستراتيجية المواجهة

والظروف الحياتية، بينما الإحساس بالتحدي والذي يميز الشخصية الصلبة يجعلهم ينظرون إلى أن التغيير هو طبيعة الحياة ليس الثبات.

(عبد المنعم عبد الله حسيب، 2001، 158)

كما أن الإشتراك في عملية التغيير تشكل دافعا وحافزا لهم، وليس تهديدا بالإحساس بالأمن كالأفراد العاديين لأن التغيير يعتبر بإعادة التوافق والصلابة تعمل كحاجز يحول بين الأفراد والإصابة بالأمراض المرتبطة بالضغط.

ويذهب كوستال وآخرون (Costal & al (1992) إلى ابعده من هذا حيث يرون أن التقييم والمواجهة يحددان جزئيا بالخصائص النفسية الاجتماعية الثابتة عند الأفراد وليس بالميزات المتغيرة للوضعيات، وهذا يفسر كون استجابات المواجهة تتمتع بنوع من الثبات الزمني من وضعية إلى أخرى.

(Schweitzer, 2002) (M.C.Gael.1992, Volbrath & al. 1995)

وتوصل ستبتو Stéptoe (1991) من خلال نتائج دراسته بأن هؤلاء الأشخاص الذين يتميزون بقدرة عالية من الصلابة يظهرون قدرة على تحمل الضغوط البسيكوجتماعية بفعالية مقارنة بالأشخاص الذين لديهم صلابة ضعيفة.

وقد كشفت دراسة قام بها عبد المنعم عبد الله حسيب (2001) عن وجود علاقة إرتباطية ودالة بين الإلتزام الشخصي والمواجهة كإحدى الإستراتيجيات الفعالة في التعامل مع الظروف و الإلتزام هو إحدى المكونات الأساسية للصلابة وبالتالي فإن هذه الشخصية لها القدرة على تغيير المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل تهديد وبالتالي فهي أقل عرضة للإصابة بالاضطرابات الناتجة عن الضغط.

(عبد المنعم عبد الله حسيب، 2005، 158)

4-3- المحددات الموقعية والتبادلية للمواجهة:

يتأثر التقييم أيضا حسب باحثين متعددين بالخصائص المتنوعة للمحيط كطبيعة التهديد، والوضوح (Imminence)، والمدة، وكذا الغموض والتحكم في العامل الضاغط بالإضافة إلى توفر نوعية السند الإجتماعي، فيمكن إذا أن يتحدد التقييم واستراتيجيات لمواجهة على الأقل جزئيا، بمتغيرات موقعية فحينما يجد الفرد نفسه أمام وضعية لا يمكن أن يتحكم فيها، ( موضوعيا أو ذاتيا فإنه يحاول حينها التحكم في انفعالاته، أما إذا كانت وضعيته قابلة للتحكم فإنه يستعمل الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل).

واقترح كل من لوني و لازوس Lazarus & Launer ( 1978 ) تصنيف الأحداث ليس بالطريقة الموضوعية لكن حسب التقييم الأولي أي يقوم به الأفراد وقد وجد أنه وبصفة مستقلة عن خصائصها الداخلية فقد تترك الأحداث كفقدان، تهديد أو تحدي من طرف أشخاص مختلفين. (Schweitzer,2002 , 363)

وقد بين Mc Crae ( 1984 ) في دراستين مختلفتين أن التقييم الأولي للوضعية الضاغطة هو الذي يحدد اختيار نوع إستراتيجية المواجهة فحدث معاش كفقدان يؤدي إلى التغيير الانفعالي والاستسلام، أما إذا أدرك تهديدا فإنه يعتبر إعادة التقييم الإيجابي، تصغير للخطر وإعادة تنشيط المعتقدات الدينية، وأما إذا قيم حدث ما على أنه تحدي فإنه يؤدي إلى إستراتيجيات متنوعة: حل المشكل، التفكير الإيجابي، المزاح....الخ.

(Schweitzer,2002 , 363)

إذا تساهم العوامل الشخصية والمحيطية ( محيط حقيقي أو مدرك) في التقييم الأولي والثانوي وفي استراتيجيات المواجهة الموظفة من طرف الفرد.

## 5- أشكال المواجهة:

إهتم العديد من الباحثين من بينهم لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkmen (1984) بوضع قوائم لأنماط إستراتيجيات المواجهة من أجل معرفة طبيعة الإستراتيجيات التي يوظفها الأفراد في مواجهتهم للوضعية الضاغطة. تمثلت منهجية عملهم في إحصاء الطرق المختلفة التي يستخدمها الأفراد في الوضعية المختلفة من الحياة العائلية والمهنية... الخ. أظهرت نتائج هذه الدراسات والتي مست العديد من الأشخاص تنوعا كبيرا في إستخدامهم لإستراتيجيات المواجهة وتوصلوا على إثر ذلك تحديد نوعين من إستراتيجيات المواجهة:

### 1- المواجهة المركزة حول الإنفعال.

### 2- المواجهة المركزة على حل المشكل.

جمعت هذه الإستراتيجيات في سلم مبنية لتقييم المواجهة حسب هذين النوعين وبعد سلم لازاروس و فولكمان (1984) (the way of coping chech-list) والمتكون من 67 بندا من أهم السلالم التي وضعت لهذا الغرض طبق على 100 شخص، طلب منهم وصف حالة عاشوها وأثرت فيهم، كما طلب منهم ذكر الإستراتيجيات التي استخدموها أكثر في مواجهة هذه الأحداث الضاغطة.

لهذين الصنفين من المواجهة ( المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال) سلم فرعية وهي:

### • إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل وتتضمن:

- حل المشكل في سياق البحث في المعلومات.

- روح المقاومة وتقبل المواجهة.

• إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال وتحتوي على:

- أخذ المسافة.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- لوم الذات.
- الهروب/ التجنب.
- البحث عن السند الاجتماعي.
- التحكم في الذات (Paulhan & Nuissier, 1985, 293- 294 )

5-1- إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال:

تعتبر المواجهة المركزة على الانفعال حسب لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkmen (1984) على مجموع الجهود الموظفة من طرف الفرد والتي تعمل على التعديل من الحالات الانفعالية المصاحبة لأحداث الضاغطة، ويستعمل هذا النوع من المواجهة مجموعة واسعة جدا من العمليات المعرفية الموجهة نحو التخفيف من حالة التوتر والضييق الانفعالي كالتجنب وهو تحويل الانتباه من مصدر الضغط وهي الإستراتيجية الأكثر استعمالا.

وفي نفس السياق يضيف دننتشاف Dantchv ( 1989 ) أن هذا النوع من استراتيجيات المواجهة يشمل مجموعة من النشاطات المعرفية والتي تهدف إلى التخفيض من شدة التوتر الانفعالي، من بين هذه الاستراتيجيات يوجد: الهروب، التجنب، لوم الذات، أخذ المسافة.....الخ.

كما تؤكد بولهان و قينتار Paulhan & Quintard ( 1994 ) أن المواجهة المركزة على الانفعال تصبح ملائمة في حالة التعرض لوضعيات ضاغطة حادة (يتعذر على الفرد إيجاد حل لها) فالسعي لإيجاد حل لها لا يجدي نفعا في حالة الإصابة

بمرض مزمن، أين البحث عن الحل بالعلاج يعتبر إمكانية محدودة، فيصبح هذا النوع من الاستراتيجيات هو الفعال للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي.

(Schweitzer, Dantzer, 1994, 103)

### **5-2- إستراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل:**

يستعمل هذا النوع من المواجهة حسب فولكمان Folkmen (1984) في تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد ومحيطه وذلك بإيجاد بديل لهذا الموقف الضاغط أو إيجاد قرار أو إدارة المشكل.

ويمثل هذا النوع من المواجهة حسب بولهان و قينتار Paulhan & Quintard (1994) مجموع المجهودات الموجهة نحو الموقف لإدارته وبالتالي فهي وظيفية لأنها تهدف لإيجاد حلول عملية للمشكل حيث يظهر هذا النوع من استراتيجيات المواجهة في بذل جهود معرفية وسلوكية لمواجهة الوضعية الضاغطة.

(Schweitzer, Dantzer, 1994, 103)

ولا يركز هذا المشكل من المواجهة فقط على الجانب الانفعالي للتفكير في التخفيف من التوتر الانفعالي، بل في فهم المشكل ومحاولة مواجهته كله بصفة فعلية، وهذا النوع يأخذ أشكالاً منها، حل المشكل والبحث عن المعلومات، أي أنه موجه لتحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة مع دراستها وتحديد فعاليتها.

ولقد أشار كان وآخرون Kahn & al (1984) أن هناك مجموعتين كبيرتين لهذا النوع من المواجهة، إحدهما موجهة نحو المحيط والتي تعمل على تعديل أو تغيير الضغوطات المحيطة والعوائق والإجراءات والوسائل المستعملة وكذا العلاقة بين كل هذه الأشياء.

(Santchev , 1989, 51 )

أما المجموعة الأخرى من الاستراتيجيات، فهي موجهة نحو الذات وتهدف إلى تغيير مستوى الطموح والتخفيض من المتطلبات الذاتية وإيجاد مصادر أو قنوات بديلة للإشباع والرضا وتطوير معايير سلوكية جديدة أو تعلم مهارات جديدة ( Santchev , 1989, 52 )

• **السند الإجتماعي:**

حديثاً حظي مفهوم السند الاجتماعي ( Social support ) باهتمام كبير من طرف الباحثين أو العاملين في مجالات الصحة المختلفة، حيث أحدث التقارير العلمية والطبية إلى الدور الهام الذي يلعبه السند الاجتماعي بأبعاده العاطفية والمادية والمعنوية في وقاية الفرد من الآثار السلبية للضغوط النفسية وفي تخفيف الإصابة من الاضطرابات النفسية والفيزيولوجية في تحقيق التكيف الاجتماعي.

ويشير مفهوم السند الاجتماعي إلى مشاعر ايجابية مختلفة منها:

- إحساس الفرد بالقيمة.
- إحساس الفرد بتقدير الذات.
- وإحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمد من الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية.

( يخلف عثمان، 2000، 137، 138 )

كما يمثل البند الاجتماعي حسب هاقا والآخرين ( Haqqa & al ) في مساعدة الوالدين والأقارب والأصدقاء للفرد خلال الأزمات باعتباره أن هؤلاء يمثلون المصادر الأساسية للمساندة الاجتماعية، وهذه المساندة تمكن للفرد من التعامل الجيد مع المواقف الضاغطة باستخدام الأساليب التي تركز على حل المشكل أو التي تركز على الانفعال.

( عبد المنعم عبد الله حسيب، 2005، 159 )

## فصل الثاني ..... إستراتيجية المواجهة

ويأتي السند الاجتماعي من مصادر مختلفة منها: الأسرة، الأصدقاء، الزملاء في العمل، الطبي، الزوج أو الزوجة....الخ. (يخلف عثمان، 2000، 138)

ويؤكد علي عسكر (2000) نوعين من الدعم الاجتماعي:

- **دعم انفعالي: Emotional Support** ويتمثل في استجابات سلوكية مثل الاستماع وإظهار التعاطف مع صاحب المشكلة.

- **دعم مادي: Instrumental Support** والذي يعبر عن تقديم المساعدة اللفظية أو المادية لصاحب المشكلة.

وتعد المساندة الاجتماعية متغيرا في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية حيث أثبتت دراسات علمية وطبية وبائية وحديثة الفوائد الصحية الوقائية والإنمائية (Health Promotion) للمساندة بالصحة الجسمية والنفسية كما تقلل من خطورة الإصابة بالأمراض بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين لديهم علاقات محدودة يموتون أسرع من اللذين لديهم شبكات من العلاقات الاجتماعية.

(عبد المنعم عبد الله حسيب، 2005، 159)

### 6- التقييم Evaluation:

ويميز لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) ثلاث أشكال للتقييم يسمح كل منها بتعريف العامل الضاغط وتحديد أشكال المقاومة الموظفة لمواجهته.

### 6-1- التقييم الأولي:

يسمح التقييم الأولي للفرد بتقييم العناصر الحساسة للوضعية الضاغطة وقد يكون التقييم الأولي إيجابيا ملطفا يشير إلى العلاقة أو المعاملة غير مرهقة ولا تتجاوز إمكانيات الشخص ( غياب الخطر) وقد يكون التقييم الأولي سلبيا ضاغطا يشكل ضرر أو تهديد أو تحدي يفوق إمكانيات الفرد وعادة ما يصاحب التقييم السلبي انفعالات سلبية كالضغط

## فصل الثاني ..... إستراتيجية المواجهة

والخوف والاستياء إلى أن تقدير التحدي غالبا ما يصاحبه انفعالات سارة كالاستشارة والتحفز.

ويضيف بولهان وبورجوا Paulhan & Bourgeois (1998) في نفس السياق أن التقييم الأولي هو الذي يقيم الفرد من خلاله موضوع الوضعية فقد يتعلق الأمر بفقدان أو ضياع ( جسدي أو علائقي أو مادي) تهديد أو تحدي. فطبيعة التقييم هذه هي التي تساهم في اختلاف نوعية وحدة الإنفعال.

### 6-2- التقييم الثانوي:

يرى لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) أن التقييم الثانوي يسمح للفرد بتقييم إمكانيات التعامل أو مواجهة الوضعية الضاغطة أو التساؤل عن ماذا يمكنه أن يفعل، ويتأثر التقييم الثانوي بقدرات وإمكانيات الفرد البدنية والنفسية، الاجتماعية والمادية مع مراعاة متطلبات الوضعية وتتمثل الإمكانيات والموارد البدنية في صحة الفرد وقدرته على التحمل، أما الموارد الاجتماعية فتشمل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد وحجم المساندة المقدمة له سواء كانت مادية أو عاطفية، تواصلية أو إيديولوجية، أما الموارد النفسية فتشمل معتقدات الفرد التي يمكن الاستناد عليها في الإبقاء على الأمل ومهارات حل المشكلات وتقدير الذات والروح المعنوية، وتشير الموارد المالية على الأشياء الملموسة كالمال والأدوات والتجهيزات.

وتضيف الباحثة فولكمان Folkmen (1984) أن التقدير الثانوي يتأثر إلى حد كبير بتقديرات الوضعية الخاصة بعملية التحكم أو المراقبة، نظرا لأن تلك التقديرات ترجع إلى الاعتقادات أو الأحكام التي يصدرها الشخص بشأن إمكانيات المراقبة أو التحكم أثناء مواجهة أو صدام متميز.

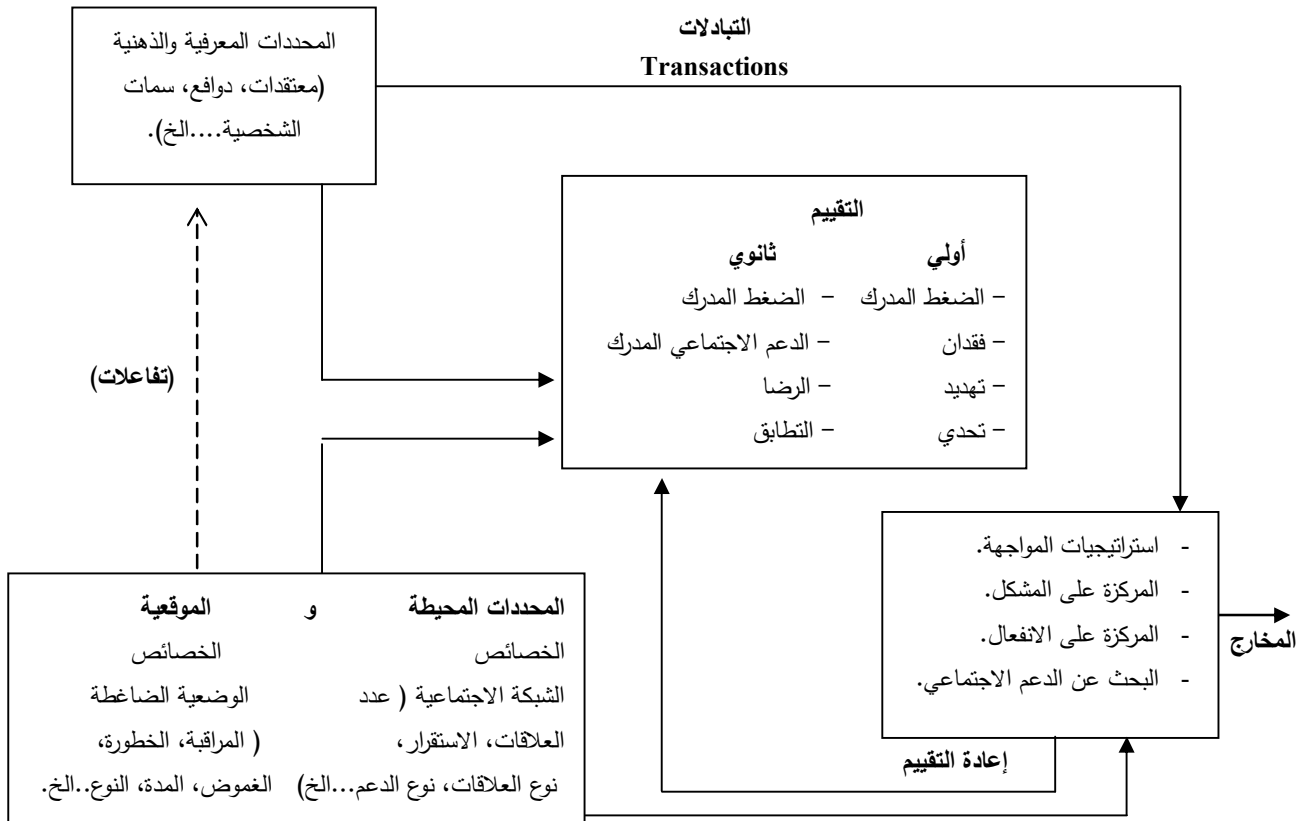
## فصل الثاني ..... إستراتيجية المواجهة

وتواصل فولكمان دائما في نفس الصدد مؤكدة على أهمية التقييمات التي يقوم بها الفرد فيما يخص المتطلبات التي تفرضها وضعية ما من جهة، وعلى آثار تلك التقييمات على استعماله لاستراتيجيات معينة في مواجهة الوضعية من جهة أخرى.

### 3-6- إعادة التقييم Réévaluation:

ويقصد به التغيير في التقييم الأولي وذلك بإعادة تفسير الفرد لوضعيته بالاعتماد على معلومات جديدة آتية من المحيط أو من الشخص نفسه، يقود التقييم الثانوي الفرد إلى الاستراتيجيات الملائمة لمواجهة الموقف الضاغط.

ويرى ويميز لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) أن للمواجهة وظيفتين رئيسيتين: التحكم أو التغيير من المشكل وهذا ما يقصد به المواجهة المتمركزة حول الإنفعال.



شكل رقم (07): محددات استراتيجيات المواجهة. ( Schweitzer, 2002, p363 )

7- فعاليات استراتيجيات المواجهة:

تختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة لمواجهة المواقف الضاغطة باختلاف الأفراد.

وقد جاء عن لابوري Laborit ( 1979 ) أن التحكم في الوضعية إذا كان فعالا فإنه يترتب عن ذلك قليلا من الاضطرابات البيولوجية والفيزيولوجية أو السلوكية ....وقد بينت معظم الدراسات التي أنجزت في هذا الميدان أن معايير فعالية المواجهة يجب أن تأخذ بطريقة متعددة الأبعاد. (Schweitzer, Dantzer,1994, 364)

وتكون إستراتيجية المواجهة ملائمة أو فعالة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو خفض الإعتداء على راحته الجسمية والنفسية حسب Lazarus & Folkmen (1984) Rivolier (1991) عموما تكون الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال مرتبطة بقدر أكبر بالاضطراب مقارنة باستراتيجيات المواجهة المتمركزة على حل المشكل حيث بينت أعمال سميت (1988) على المرضى الذين يوظفون استراتيجيات المواجهة النشطة (البحث عن معلومات حول كيفية سير العملية)، نتائجها أو المشاركة في العلاج، أنهم أقل حصرا كما تحدث لحلم مضاعفات أقل بعد العملية الجراحية مقارنة بالأفراد الذين يستعملون استراتيجيات مواجهة سلبية ( كف أو تصرفات العجز أو القدرية).

(Schweitzer, Dantzer,1994, 370)

كما لاحظ كل من ميكولانسر Mikulincer (1989) سولومون Soloman، أن خطورة الاضطراب ترتبط بما بعد الصدمة ايجابيا باستراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال، وهكذا يبدو أن استراتيجيات المواجهة النشطة المركزة على المشكل أكثر فعالية من استراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال. (Paulhan &Baurgeois, 1992, 56)

ترتبط الفعالية أيضا بالمدة حيث يشير سولس و فيلتشر Suls & Fletcher (1985) عن أنه قد يكون التجنب فعالا على المدى القصير، بينما تكون الاستراتيجيات

النشطة فعالة على المدى البعيد، فالمواجهة السلبية (مثل الإلغاء) يمكن أن تجنب الفرد الاجتياح الصدمي وتسهل العمل النفسي والاستيعاب التدريجي للحدث.

(Paulhan, 1992, 554)

تحدد فعالية المواجهة أيضا بالتحكم في الوضعية فيذكر ماركس وشولتر (1991) أن إستراتيجية حل المشكل تكون ملائمة عندما يكون التحكم في الوضعية ممكنا لأنه يخفض من الحصر بينما يزيد من شدة الحصر في حالة الوضعية غير المتحكم فيها.

(Schweitzer, 2002, 363)

ويشير كل من هولمز و سستيفنسون، بوم وآخرون، Holmes & tevenson , (1990) أن المواجهة المركزة على الإنفعال تخفض من الضغط في الوضعيات غير المتحكم فيها ولكنها غير ملائمة في الوضعيات المتحكم فيها.

(Chaborol & Collahan, 1994, 112 )

فالإستراتيجيات النشطة حسب دين و سورتى Dean & Surtés (1989) لا تكون فعالة في حالة عدم تحكم الشخص في الحدث لذا ففي هذه الاستراتيجيات السلبية كالإنكار وإعادة التقييم الإيجابي تسمح بتوفق أفضل. (Paulhan , 1992 , p554)

إذن ليست هناك إستراتيجية مواجهة فعالة في حد ذاتها أو مفضلة الخصائص الشخصية الإدراكية المعرفية للشخص بالإضافة إلى خصوصيات الوضعية الضاغطة.

#### **- فعالية استراتيجيات المواجهة على الصحة الجسدية:**

ترتبط الصحة ارتباطا وثيقا باستراتيجيات المواجهة وذلك بسبب الضغط الذي تسببه الأمراض وخاصة الأمراض المزمنة مما يعرض الفرد إلى توظيف استراتيجيات مختلفة قد تكون مركزة على المشكل أو مركزة على الإنفعال وذلك لمواجهة هذه المواقف الضاغطة التي يسببها المرض كالتعبية، التخلي عن العمل والنشاطات الاجتماعية وكذا مضاعفات المرض .....الخ.

وفي نفس السياق يشير لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) أن المواجهة المركزة على الإنفعال يمكن أن تكون فعالة وذلك لمدة قصيرة مما يمكن الفرد من استيعاب الموقف وتقييمه بطريقة موضوعية فيسمح له بتوظيف استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل.

وكما وضحه لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkmen (1984) فإن استراتيجيات المواجهة ليست بالضرورة جيدة أو سيئة، قد تكون الإستراتيجية فعالة في وضعية معينة وأقل فعالية في وضعية أخرى، وترتبط استراتيجيات المواجهة بدرجة تناسبها للمتطلبات الداخلية والخارجية للوضعية.

#### **8- مقاييس إستراتيجيات المواجهة:**

بينت عدة مقاييس وسلالم لتقييم استراتيجيات المواجهة، متضمنة لنوعها الرئيسيين ( استراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال، واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل) وسنقدم فيمايلي البعض من هذه المقاييس والتي تعد أهمها وأكثرها استعمالاً:

#### **8-1- مقاييس لازاروس وفولكمان 1984 : The way of coping check-list**

بني هذا المقياس من طرف لازاروس و فولكمان ( 1984 ) وهو يتكون من سبعة وستين بنداً (67)، تم تطبيقه على مائة (100) شخص تتراوح أعمارهم بين أربعين ( 40 ) وخمس وستين (65) سنة شهريا و لمدة سنة، طلب من هؤلاء الأشخاص وصف موقفا ضاغطا عايشوه في الأشهر القليلة الأخيرة، ثم بعدها تحديد الاستراتيجيات التي استعملوها بكثرة حيث كشف التحليل العاملي للإجابات على ثمان سلالم فرعية.

8-2- مقياس فيتالينو المعدل 1985: Vitaliano revised :

طور لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkmen) (1984) مقياس (The way of coping check-list) كامتداد لنظريتهم المعرفية للضغط والتي تسند للمواجهة وظيفتين أساسيتين والمتمثلتان في حل المشكل والتخفيض من الإنفعالات.

(Schweitzer, 2002, 368)

فوضعوا من أجل ذلك في البداية قائمة احتوى على ثلاثة وستين بنداً (63) وبعد القيام بالتحليل العاملي لإجابات عدد كبير من الأشخاص، توصلوا إلى وضع مقياس (W.C.Q) (Ways of coping questionnaire)، والمتضمن لخمسین بنداً (50) غير أنه انتقد هذا المقياس كثيراً بسبب بنيته العملية غير الثابتة وصدقه وتجانسه المتوسطين. تم تعديل هذا المقياس من طرف فيتالينو والآخرين (1985) فأصبح يحتوي على 42 بنداً، كما توصل التحليل العاملي إلى تحديد خمس عوامل لهذا المقياس هي:

- حل المشكل.
- الإتهام الذاتي.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التجنب.

8-3- مقياس كوب 1989: Lecope

يرتبط مقياس كوب نظرياً بكارفير والآخرين (Carver et al) (1989)، ويستعمل كثيراً في البحث حول استراتيجيات المواجهة، كما يميز هؤلاء الباحثون في هذا المقياس بين المواجهة المتكيفة، حيث يتطابق هذا التمييز مع المفهوم الحديث للمواجهة.

(Kramer, 2005, 50)

كما كشف التحليل العاملي لهذا المقياس عن أربعة عشر (14) طريقة للمواجهة كالمواجهة الفعالة، التخطيط، إلغاء النشاطات التنافسية، المواجهة المحددة، البحث عن الدعم المعلوماتي، البحث عن الدعم الانفعالي، إعادة التفسير الإيجابي، التقبل، المواجهة الدينية، الإنتباه للآخرين والتعبير عن الإنفعالات، الإنكار، الميل إلى التحرر السلوكي، الميل إلى التحرر الذهني وكذا التحرر بواسطة الكحول والمخدرات.

قارن الباحثون المواجهة مع عدد من سلاسل الشخصية، فكانت السمات المفحوصة هي كالتالي:

التفاؤل، المراقبة، تقدير الذات، الاستدخال، الصلابة، النمط أ، الحصر والرغبة الاجتماعية.

أظهرت سلاسل كوب معاملات ارتباط جد مهمة وصحيحة بين هذه السمات. يعطي مقياس كوب Cope صورة عن طريق مواجهة الفرد وعلاقتها الشخصية مما يفسر العلاقة بين الشخصية واستراتيجيات المواجهة التي يتبناها الشخص.

( Chabrol, Collahan, 2004, 127,128 )

### 8-4- مقياس أندلر و باركر 1990: Echelle d'Endler & parker

يعد مقياس أندلر و باركر (1990) من أهم مقاييس استراتيجيات المواجهة وأكثرها استعمالاً، كان هدف واضعي هذا المقياس التمييز بين النوعين الرئيسيين لمواجهة كما حددها لازاروس و فولكمان ( 1984 )، حيث صمموا مقياس يحتوي على سبعين بنداً طبق على 559 طالباً وسمحت نتائج التحليل العاملي بتحديد ثلاث أنواع للمواجهة:

- المواجهة المركزة على الانفعال.
- المواجهة المركزة على المشكل.
- التجنب.

اختيار أندلر و باركر لثمان وأربعين بندا ( 48 ) ينقسمون بدورهم إلى ثلاثة عوامل حيث يحتوي كل عامل على ستة عشر بندا، كما تميزت هذه القائمة بثباتها مهما اختلف السن والجنس بالإضافة إلى أنها تحتوي على خصائص سيكومترية جيدة. ينظر العديد من الباحثين إلى التجنب كجزء لا يتجزأ من المواجهة الانفعالية بينما يتضمن التجنب حسب أندلر و باركر التسلية، التنوع الاجتماعي، الترفيه، أي أنهما يعتبران التجنب جانبا معرفيا.

### 9- العوامل المؤثرة في إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

يرى كل من ويثجتون وكازلر (1991) (Kassler et Wathingtn) أن الأفراد يختلفون في إستخدام إستراتيجيات المواجهة وفي الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في إستراتيجيات المواجهة، و هي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز التحكم وفعالية الذات والصلابة النفسية وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتهم إلى حد بعيد في تحديد إستراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد ومن حيث حدته.

(طه حسين عبد العظيم، 2006، 122)

وإضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديموغرافية مثل: النوع، العمر، المستوى الإقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة. وفيما يلي سنتناول المتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية والديموغرافية التي لها دور فعال في تحديد وإختيار إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغطة:

\* المتغيرات الشخصية:

- مركز التحكم:

يشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهات الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئته، فالأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم إلى جهودهم الشخصية ويعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث، بينما الأفراد ذو مركز تحكم خارجي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم بالحظ والصدفة وقوة الآخرين ولديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب ومستوى منخفض من الرضا عن الحياة. (طه حسين، 2006، 124)

- تقدير الذات:

يؤثر تقدير الذات على الصحة النفسية للفرد وعلى مستوى الإنجاز والتوافق مع مطالب البيئة والعلاقة مع الآخرين والتوافق النفسي وكلما ارتفع تقدير الذات عند الفرد انخفض الاكتئاب والقلق والشعور بالضغط، بينما ذوي تقدير الذات المنخفض يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ومستوى عالي من الضغط.

- نمط الشخصية:

لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في إستجاباتهم لنمط الشخصية، فالأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة هم أكثر حساسية وشعورا بالضغط وسريعوا التأثر بمسببات الضغوط ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأشخاص الأكثر استرخاء وصبرا ورضا عن العمل والحياة وغير العدوانيين يستعملون إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

- الصلابة النفسية:

يشير هذا المفهوم إلى أن الفرد يمتلك مجموعة من السمان تساعد على مواجهة الضغوط، وأن الفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية تكون لديه القدرة على توقع الأزمات

ومواجهتها، وتلعب الصلابة النفسية دورا هاما في عملية التقييم المعرفي للموقف وفي عملية المواجهة التي يقوم بها الفرد إزاء الأحداث الضاغطة.

(طه حسين عبد العظيم، 2006، 126-127-130)

**\* العوامل الموقفية:** تتعلق بالموقف أو الحدث الضاغط في حد ذاته:

- **طبيعة الموقف وخصائصه:**

الأحداث والمواقف الضاغطة التي تتسم بدرجة من الشدة تؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية مثل الخوف، والقلق وهذه الانفعالات تتعارض مع قدرة الفرد على حل المشكلة، كما أن المواقف الضاغطة التي تمثل تحدي للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة تختلف عن الأحداث التي تتسم بالتهديد والفقء.

- **المساندة الاجتماعية:**

تتوقف المساندة الاجتماعية على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين ومدى عمق العلاقة بين الفرد والمحيطين به، والمهمين في حياته كما أن المستوى المرتفع من المساندة سواء من الأسرة والأصدقاء يرتبط باستراتيجيات مواجهة فعالة، وكلما كان مستوى المساندة الاجتماعية منخفضا كلما كانت استراتيجيات المواجهة غير فعالة.

(دعو سميرة، شنوفي نورة، 2012، 63)

**\* المتغيرات الديموغرافية:**

- **العمر الزمني والفروق بين الجنسين:**

يؤثر العمر الزمني في أساليب المواجهة للأحداث الضاغطة، ويشير معظم الباحثين إلى أن إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر ومع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد وأن هذه الإستراتيجيات المستخدمة تختلف باختلاف الأعمار الزمنية.

كما بينت الدراسات أن الذكور يميلون إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة التي تنصب على المهمة، و إستراتيجيات المواجهة الإقدامية في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة، وفي المقابل تميل الإناث إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة التي تنصب على الانفعال. (دعو سميرة، وشنوفي نورة، 2012، 63)

### - المستوى الاقتصادي:

يختلف سلوك المواجهة باختلاف المستوى الاقتصادي والثقافي فالأفراد تختلف استجاباتهم للضغط باختلاف ثقافتهم، وهذا ما يجعلهم يستخدمون إستراتيجيات مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة.

كما أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يميلون إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية الفعالة بينما الأفراد المنحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض يستعملون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على التجنب. (طه حسين عبد العظيم، 2006، 141)

### \* إستراتيجيات البحث عن حل المشكل:

تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل وتتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول. ويتقبل الحل الأفضل وفقا لما يريده مع مواجهة أكبر واكتشاف ما هو مهم في الحياة (Grasiani et al, 1998, 105) ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة.

ويضيف (1987) نيزو (Nezu) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات عبارة عن عملية معرفية سلوكية يحدد فيها الفرد و بواسطتها إستراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة. (دعو سميرة، شنوفي نورة، 2012، 66)

**\* التفاعل بين النوعين من الإستراتيجيات:**

لقد أثبتت الدراسات التي قام بها كل من "هانبرج" وآخرون أن كل من إستراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل والمركزة على الانفعال غالبا ما تحدثان بصفة متزامنة ومتتابعة ومن أجل إبراز العلاقة التفاعلية بين وظائف هذين النوعين من الإستراتيجيات قام كل من الباحثان لازاروس وفولكمان بدراسة على مئة شخص يهدفان منها إلى الكشف عن مدى استعمال النوعين بشكل مزدوج وبعد تحليل النتائج تبين أن 18% منهم يلجئون إلى استعمال نوع واحد فقط من نوعي الإستراتيجيات في مواجهتهم للضغط وهذا يدل أو يشير إلى وجود تزامن في عمل إستراتيجيات المواجهة معا.

(دعو سميرة، شنوفي نورة، 2012، 67)

خلاصة:

نستخلص مما أدرجناه في هذا الفصل الخاص بالضغط واستراتيجيات المواجهة مدى الصلة الوثيقة بين المفهومين، فالضغط مظهر من مظاهر الحياة يفوق قدرات الفرد وإمكاناته في الحكم فيها مما يؤدي إلى اضطراب توازنه المرضي والانفعالي والسلوكي وبالتالي يخل برفاهيته وصحته، غير أن الفرد لا يبقى سلبيا أمام كل ما يواجهه فهو يسعى جاهدا أمام هذا الموقف الضاغط لاستعادة توازنه وراحته وهدوءه.

والطريقة التي يستجيب بها الفرد لهذه المواقف لقيت من طرف لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkmen (1984) باستراتيجيات المواجهة ويعرفها والمان (Moos & Shafer) (1993) بأنها عبارة عن مجموع قدرات الفرد الواعية التي يوظفها لإدراك الحدث الضاغط وتقييمه بصورة واقعية، وإعداد تنظيم إمكانياته ومهاراته للتكيف معه ومواجهته وحل معضلاته بهدف إعادة التوافق المفقود، كما حدد لازاروس و فولكمان (1984)، نوعين أساسيين للمواجهة:

- المواجهة المركزة على حل المشكل.

- المواجهة المركزة على الانفعال.

فالمواجهة الأولى مواجهة لحل المشكل، بتحديد أسبابه، ومحاولة جمع معلومات لحله، أما المواجهة الثانية فهي مواجهة للتخفيف من شدة الضغوط للتوصل إلى التوازن الانفعالي في حالة تعرض الفرد لمشكل يصعب حله.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لا يمكن التفضيل أو التمييز بين إستراتيجية مواجهة وأخرى من حيث الجودة أو فعاليتها أو عدمها مرتبطة بما يمتلك الشخص من قدرات على التحكم في الحدث، بالإضافة إلى صفاته وخصائصه من حيث طبيعته وأهميته وشدته...الخ.

# الفصل الثالث التوحد

تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية عن التوحد.
  - 2- تعريف التوحد.
  - 3- إنتشار إضطراب التوحد.
  - 4- خصائص وسمات الطفل التوحد.
  - 5- أنواع اضطراب التوحد.
  - 6- التشخيص الفارقي.
  - 7- النظريات المفسرة لأسباب التوحد
- خلاصة.

**تمهيد:**

يعد اضطراب التوحد نوع من الاضطرابات الإرتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلى مدى حياته، تؤثر على جميع جوانب نموه، وتبعده عن النمو الطبيعي، يظهر في خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهو من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر، حيث تتزايد الصعوبات نظرا لما يحيط بهذه الإعاقة من غموض سواء على مستوى التشخيص أو على مستوى فهم الأسرة، أو أسلوب التعامل مع الطفل الذاتوي. وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد وكذا التعرف على أسبابه، خصائصه وأهم أعراضه وأيضا التعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لهذه الفئة.

## 1- لمحة تاريخية عن التوحد:

لقد كان ينظر إلى الأعراض التوحدية في البداية على أنها شكل مبكر للفصام ويعود الإسهام الحقيقي الذي ميز التوحد كحالة منفردة إلى الطبيب النفسي الأمريكي ليوكانر (Léokanner) (1943) الذي يعد أول من حدد الخصائص الرئيسية لإضطراب 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 الرئيسي 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 مثلا مبادئ التعلم السلوكية استخدمت تعديل سلوك الأطفال التوحديين، ومن المعالم الهامة في العلاج إدراك الحاجة الضرورية لتخطيط برامج علاجية تشجع وتسهل النمو الاجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي في التفاعل الهادف. في السبعينات وبداية الثمانينات من القرن الماضي كان هناك معلمين رئيسيين هما:

أولاً: الممارسة الإكلينيكية والبحوث، وساعدت هذه على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر في أدوات التقييم مثل المقابلة التشخيصية للتوحد وغيرها.

(الزريقات، 2010، 29)

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

وفي الوقت نفسه فإن الاهتمام كان مازال موجهاً 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 يميز 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 أثبت عدد من النظريات التي تربط التوحد في الاتساق الإدراكي أو التأخر الحسي الحركي أو الإنتقائية 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 التوحديون يحققون تقدماً أفضل في الأوضاع المنظمة وكما توجه الاهتمام إلى تعليم مهارات محددة، ومع هذا الاهتمام فقد طورت برامج مثل برنامج تيتش (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. (الزريقات، 2010، 30)

كما ظهرت ادعاءات حول فاعلية فنفلورامين (Fenfluramine) في خفض مستوى السيروتونين (Serotonine) في الدم على الافتراض أن السيروتونين مرتفع في دم الأطفال التوحديين وبالنتيجة لم تظهر أدلة قوية تؤيد هذه الإدعاءات كذلك لم تظهر أدلة قوية تؤيد استخدام فيتامين (B6) وفعاليتها في أحداث تحسينات لدى الأطفال التوحديين. في أواخر الثمانينات إلى بدايات 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 أخوة الأطفال التوحديين ليس لديهم توحد.

في هذه المرحلة ظهرت عدد من التقارير التي تربط بين التوحد والظروف الطبية غير المألوفة، فظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى 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 سؤال قائمة حول العلاقة بين نظرية العقل واللغة، فالعديد من الأطفال التوحديين يستطيعون النجاح في اختبارات نظرية العقل.

وفي هذه الحقبة الزمنية شهدت الاستراتيجيات السلوكية والتربوية جدلا نلخصه بما

يلي:

- انتقدت ادعاءات لوفاس (1987) (Lovaas) حول فاعلية البرنامج السلوكي المستند إلى المنزل.
- قلة الأدلة في دعم العلاجات المحددة مثل علاج الدمج السمعي والتواصل المسهل.
- مازالت هناك تساؤلات حول فاعلية البرامج المبكرة وأثرها في تجنب المشكلات الثانوية. (الزريقات، 2010، 30)

وشهدت أوائل التسعينيات من القرن الماضي تطورا للنتائج الجينية وكما أظهرت اهتمامات بالتشابهات بين التوحد والانماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جدا، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى، أيضا فقد امتازت المرحلة في تحديد 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 أحداث تغيرات ايجابية، وتتم الحديث في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى إحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين. (الزريقات، 2010، 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 توحديين، أشهرها تجربة الطبيب الفرنسي "جون مارك جاسبار ايتارد" (1775-1831) الذي حاول تعليم صبي "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، 14)

وقام "John Haslam" عام (1809) بملاحظة حول طفل بعد تعرضه للحصبة أنه أصبح عدواني، اندفاعي ويقوم بنشاطات متكررة، وتوالت ملاحظات مثل هذه الأخيرة وظهر ذلك في كل من أعمال (Sancte de sanctis) والذي وصف عام (1906) مجموعة من الأطفال من سن 4 إلى 10 سنوات وأطلق عليهم ما يعرف بـ "الجنون المبكر" "Demence précoce"، وأعمال كل من "Rotter" في عام (1933)، "Latz" في (1937)، "Despert" في (1938) وكان المتعامل به في هذه الحقبة هو "الفصام الطفولي" وكل هذه الأعمال جاءت كتمهيد لما قام به "Kanner".

(Pascal Lenoir et autre, 2007, p4)

حيث قام الطبيب الأمريكي "Leo kanner" في عام (1943) نشر إحدى عشر حالة طفل كانت لديهم صفات مشتركة وخاصة متعلقة باضطرابات في التواصل وشرح (Kanner) الأعراض الرئيسية لدى هؤلاء الأطفال كالانعزال، الانسحاب، الرغبة في التماثل (Immuabilité) وعدم القدرة على إحتمال 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 Danièle langlays, 2009, 9)

ويعتبر Kanner أول من أطلق تسمية "توحد الطفولة المبكر" "Autisme" "Infantile précoce" على هذا الاضطراب، واستمد عبارة "التوحد" من أعمال "Bleuler" الذي استخدم هذه الكلمة ليصف أحد أعراض الفصام، وفي السنة الموالية للسنة التي نشر فيها (Kanner) أعماله أي عام (1944)، نشر الطبيب النفسي الألماني (Hans asperger) مقالة تخص 6 حالات ظهرت عليها مجموعة من الأعراض مشابهة لأعراض أطفال (Kanner) كالقصور في التفاعل الاجتماعي القصور في التواصل مع الآخرين وفهم مشاعرهم وأطلق على أطفاله مصطلح "التوحد المرضي" أو (Psychopathie autistique) إلا أن الشيء المختلف هو أن أطفال (Asperger) كانوا يتكلمون على عكس عينة أطفال "Kanner"، حيث كان ثلاثة من أحد عشر طفلا من عينة "Kanner" لا يتكلمون تماما والبقية نادرا ما يتكلمون.

(Bernadettes Rogé, 2003, 9-10)

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

دراسات كل من "Wolfet chess" في (1964) "Cunnigham" في "1968" "Churchil" et Brayson" في (1972). (M.Rutter, E.Schopler, 1991, 10)

دراسات "Miler et al" في (1974) والتي حاولت بدقة بحث حالة (29) من الشباب الصغير تتراوح أعمارهم بين 16-18 عاما كان قد تم تشخيصهم على أنهم حالات توحد. (محمد علي كامل، 2003، 18)

حيث حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (DSM-III) (1987) والرابع (DSM-IV) (1994)، أن التوحد لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولا تحت الاضطرابات السلوكية ولكن يصنف ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة. (Pervasive developmental disorders) كفئة قائمة بذاتها لها محكات أساسية للتشخيص.

(وليد السيد أحمد خليفة وآخرون، 2013، 14)

وتم تقسيم الاضطرابات النمائية الشاملة إلى (5) فئات هي:

- 1- اضطراب التوحد Autistic Disorders.
  - 2- اضطراب أسبرجر Asperger disorder.
  - 3- اضطراب ريت Rett disorder.
  - 4- اضطراب التحطم الطفولي child hood disintegrative disorder.
  - 5- اضطراب التطور العام غير المحدد Pervasive developmental disorder not otherwise specified PDD-NOS (Susan et Eileen, 2011, 8)
- وأقرت منظمة الأمم المتحدة يوم 2 أبريل يوما عالميا للتوعية بإضطراب التوحد يحتفل به كل سنة ابتداء من (2008). (أمينة بن خروف، 2012، 94)
- فبعد أن كانت الدراسات في الخمسينيات والستينيات تهتم بوصف التوحد في ظل غياب نظام تشخيصي موضوعي، عملت الدراسات في بداية الثمانينات وصولا 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 الاهتمام 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.

## 2- تعريف التوحد:

يرجع أصل مصطلح التوحد إلى كلمة اغريقية "اوتوس" "autos" وهي النفس (الذات) التوحد إعاقة نمائية تظهر عادة في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وهي نتيجة لإضطرابات عصبية تؤثر سلبا على عمل الدماغ، ويمثل ضعف شديد في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع وحتى مع الوالدين أو المقربين له، والفشل في تطوير اللغة بشكل طبيعي، يصل إلى حالة من الانسحاب والإنعزال.

## تعريف "كانر" (Kanner):

لقد كان كانر (Kanner) (1943) أول من قدم معيار تشخيصي للتوحد الطفولي وكتب كل ما كان يعتقد به كأعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة أشار كانر إلى السلوكيات المميزة والتي تشتمل على عدم القدرة لتطوير علاقات مع الآخرين، وتأخر في إكتساب الكلام واستعمال غير تواصل للكلام بعد تطوره، ومصاداة متأخرة وتكرار، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية والمحافظة على التماثل، وضعف التحليل وذاكرة حرفية جيدة وظهور جسمي طبيعي، لقد اثار تعريف "كانر" تأثيرا واضحا في هذا المجال ومازالت التعريفات الحديثة تستند إلى ما قدمه كانر حول التوحد حتى يومنا هذا. (M.Rutter-e. schopler, 1991, 1)

ويذكر وينج (Wing) عند الزارع (2014) أن مصطلح اضطراب التوحد يستخدم للتعبير عن فئة ذوي اضطراب التوحد التقليدي والمعروف لدى الغالبية باختلاف درجاتهم سواء أكانوا من ذوي الأداء المتدني أو ذوي الأداء العادي أو ذوي الأداء المرتفع.

(فوزية بنت عبد الله الجلامدة، 2015، 53)

أما هولين (Howlin) (1995) فيعرفه على أنه مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغوي، وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب، والتعلم، والنمو المعرفي والاجتماعي، وتصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية، وانغلاق علم الذات مع جمود عاطفي وانفعالي، فيصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل، كما لو كانت

قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه، وأصبح الطفل يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترة طويلة، أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجيه لإخراجه من عالمه الخاص. (أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، 23-24)

#### تعريف روتر (Rutters):

لقد حاول روتر (1978) "Rutter" بمراجعة للأدب المتعلق بالتوحد أن يحدد الأعراض المميزة للأطفال التوحديين والتي هي قليلة الحدوث في الأطفال غير التوحديين ومحاولة "روتتر" هذه حددت ثلاث خصائص رئيسية كالآتي:

- 1- إعاقة في العلاقات الإجتماعية.
  - 2- نمو لغوي متأخر أو منحرف.
  - 3- سلوك طقوسي واستحواذي أو الاصرار على التماثل.
- هذه الأعراض الثلاثة الرئيسية قد تم تبنيها من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع. (Diagnostic and statistical manual DSM III-R) والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين.

(American psychiatric Association, APA, 1987)

وما زال أيضا موجود في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع-المراجع والصادر عن جمعية ذاتها عام (1994).

حيث عرفت (APA) 1994 الاضطراب التوحدي بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير لفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض الحالات تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معنية ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.

(وليد خليفة وآخرون، 2013، 15)

وفي عام (1992) عرف جليبر (Gilber) التوحد على أنه أحد أمراض الاضطرابات النمائية الشاملة وأزمة سلوكية تنتج عن أسباب عدة تتسم بقصور في اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية مع سلوك نمطي وضعف في مهارات اللعب.

أما تعريف منظمة الصحة العالمية فكان على الشكل التالي: التوحد اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي. (صندقلي، 2012، 18)

عرفته الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (NSAC) (national Society (Autistic Children)

باضطراب أو متلازمة يعرف سلوكيا، والمظاهر الأساسية للمرض يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل الـ 30 شهرا والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطراب في سرعته أو تتابع النمو.
  - اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
  - اضطراب في الكلام والسعة المعرفية.
  - اضطراب في التعلق والانتماء للناس والأحداث والموضوعات.
- وأقرت جمعية التوحديين الأمريكيين (ASA): التوحد عجز أو إعاقة نمائية تستمر مدى الحياة تظهر بشكل متزامن خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر نتيجة الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ.

وتذكر الجمعية بعض الأعراض السلوكية للتوحد مثل:

- إختلال في معدل ظهور المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.
- استجابات غير عادية للإحساسات. (Bernadette Rogé, 2003, 10)

كما جاء تعريف التوحد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) الذي صدر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) (1992) بأنه اضطراب نمائي، يتسم بوجود نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما يصيب الطفل قبل أن يبلغ الثالثة من عمره، وأداء غير سوي في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي المقيد التكراري.

(وليد السيد أحمد خليفة وآخرون، 2013، 14)

وعرف مجلس البحث الوطني الأمريكي (National Research council, 2001) التوحد على أنه طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة، وعلاقته بالاضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد والصرع)، وتتنوع أعراض التوحدين الأطفال وضمن الطفل نفسه بمرور الزمن، فلا يوجد سلوك منفرد دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثني تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصاً في العيوب الاجتماعية. (الزريقات، 2010، 35)

وقد عرف الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV-1994) والرابع المعدل (DSM-IV-TR.2000) التوحد بأنه : حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشتمل الانتباه والإدراك الحسي، والنمو الحركي وتبدأ الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى. (وليد السيد احمد خليفة، 2013، 16)

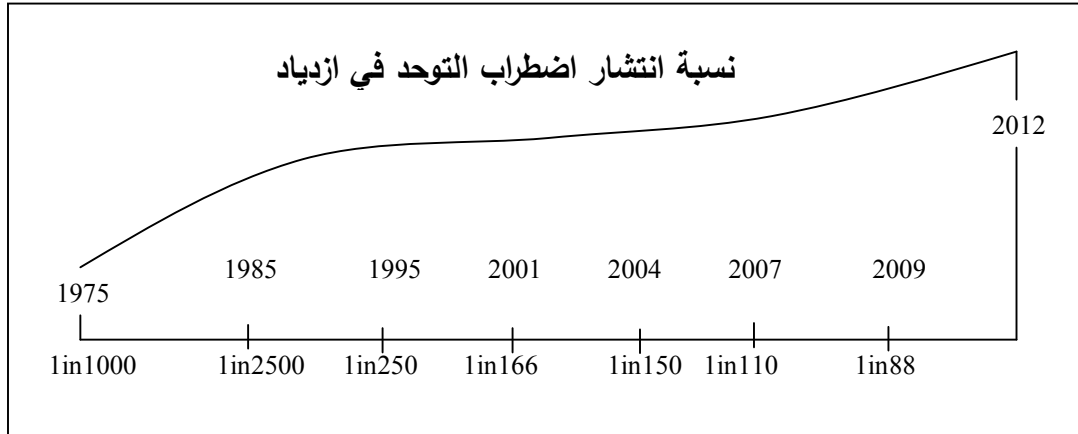
**تعقيب:** من خلال استعراض التعريفات سابقة الذكر والتي تناولت موضوع التوحد، تباينت في بعض الجوانب، لكنها اشتركت في مجموعة من المظاهر الأساسية التي تخص التوحد دون غيره وهي:

- عجز في التفاعل الاجتماعي.
- عجز في التواصل.
- سلوك طقوسي ونمطي مقيد ومكرر.
- ظهور هذه الأعراض قبل 3 سنوات الأولى.

### 3- إنتشار إضطراب التوحد:

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد وذلك لاختلاف الدراسات واختلاف معايير التشخيص وتعدد الأخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب وفقاً لخفياهم الطبية والتربوية والنفسية، حيث ينتشر هذا الاضطراب بين جميع السكان بغض النظر عن الناحية العرقية أو الدينية أو الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية، وتقدر نسبة إنتشاره (2-12) من كل 10000 طفل مولود، كما تقدر نسبة حالات الإصابة باضطراب التوحد بين الذكور والإناث إلى 4 ذكور مقابل أنثى واحدة.

إلا أن نسبة الانتشار المشار إليها أعلاه في إزدياد بشكل كبير وذلك وفق الدراسات والاحصائيات الرسمية خلال السنوات الأخيرة، حيث تم اعتبار اضطراب التوحد ثالث الاضطرابات الشخصية حدوثاً في الولايات المتحدة الأمريكية، ورغم تباين الاحصائيات في الدول والبلدان الأخرى إلا أن نسبة الانتشار هي في إزدياد مستمر كل عام، كما يوضح الشكل رقم (01) التالي:



الشكل رقم (08) نسبة انتشار اضطراب التوحد (الجملة، 2015، 74)

التوحد هو اضطراب عصبونمائي عقلي، يتصف بصعوبات في العلاقات الاجتماعية والتواصلية وأيضاً نماذج من السلوك المتصلبة والعنيدة، الأفراد المصابون يظهرون شذوذات في تطور الإدراك الحسي والانتباه والتطور الحركي بحيث يفسر بطريقة ثلاثية، مثل اضطراب يتشارك في نقص العلاقة العاطفية مع الآخرين المحافظة على رتبة الأشياء، ينجذبون نحو الأشياء ونقص التواصل اللغوي.

التوحد الآن معروف على أنه تناذر معقد في الصعوبات والتظاهرات الكبيرة والمتباينة.

في ظل هذه المعارف السابقة والتي تؤدي إلى إعادة تفسير التوحد الذي يرجع الآن إلى ما يسمى طيف الاضطرابات ويقدر حوالي لكل فرد في 400 يظهرون مجموعة من أعراض التوحد "صافية" ولكل فرد في 100 حالة يظهرون اضطراب طيف التوحد. (Encyclopédie, 2012)

فالبحوث المبكرة وضعت مدى انتشار هذا الاضطراب تقريبا من 2-5 بين كل 10000 شخص ومع ذلك فإن بعض التقديرات أن الحديثة لهذا الاضطراب أعطت تقديرات أقل منه أي حوالي 2 من بين كل 10000 شخص.

(Barlow et Durand, 1995; Durand & Barlow, 2000)

أما "هيلفين" و"اليمو" (Helfin & Alaimo, 2007) فقد أشاروا إلى نسبة التوحد تبلغ 10 لكل 10000، بينما تبلغ نسبة الانتشار لاضطرابات الطيف التوحدي 27.5 لكل 10000 وعلى النقيض من هذه النسب لانتشار التوحد بين الأطفال، فقد أشار كومر (Comer, 2010) إلى ازدياد نسبة الحالات المشخصة بالتوحد في السنوات الأخيرة، وأثناء إلى أن النسبة تبلغ (1) لكل (600) طفل، كما أشار أيضا إلى أن البعض يشير إلى نسبة انتشار التوحد قد تصل إلى (1) لكل (160) طفل.

ويفسر هذا الارتفاع بزيادة المعرفة المتخصصة بالتوحد واضطراب الطيف التوحدي وكذلك زيادة القدرة على تشخيص وتحديد هذه الاضطرابات.

(Helfin et Alaimo, 2007)

ويضيف كومر (Comer, 2010) إلى أن 80% من حالات التوحد تظهر لدى الأطفال الذكور وأن 90% من الأطفال التوحديين تبقى إعاقتهم شديدة حتى مرحلة الرشد.

(الزريقات، 2010، 52)

وتشير معظم الدراسات إلى أن التوحد ينتشر بين (4: 15) حالة في كل عشرة آلاف من المجموع العام للسكان، في حين أظهرت بعض الدراسات معدلات أعلى من (20) حالة لكل عشرة آلاف من مجموع السكان. (Yoshilaka, 2001) وترفع نسبة انتشار التوحد في الأسرة الواحدة حوالي (2: 9%) من أقارب الأطفال المصابين بالتوحد، وهذا يؤكد دور العوامل الجينية في حدوث الاضطراب (Harris, 1996)

أما اليابان فقد توصلت دراسة كيوجي وياماماتا (Kouji et Yamamata, 2001)

إلى أن نسبة انتشار التوحد في ولاية ايواتي في اليابان تتراوح بين (0.17-0.19%) بينما في الولايات المتحدة الأمريكية تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد أن نسبة انتشار اضطراب الذاتوية بلغت (0.06%) وهذا المعدل جعل من الذاتوية ثالث أكبر اضطرابات النمائية شيوعا.

وفي الدول العربية أجرت مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية في المملكة العربية السعودية دراسة لمدة (5) سنوات لتحديد حجم مشكلة التوحد في السعودية حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن نسبة انتشار التوحد (0.4-0.6%) طفل، أما فيما يتعلق ببقية الدول العربية فلا توجد إحصائيات دقيقة، فمعظم الدول العربية تقدر انتشار اضطراب مقارنة بنسب انتشاره في الدول المتقدمة، وعلى وجه التحديد إحصائيات الولايات المتحدة الأمريكية.

إحصائيات في الجزائر صرحت الدكتورة أسماء أوصديق خلال ندوة علمية عن التوحد يوم الأربعاء 27 فيفري 2013 إلى أن الأرقام الرسمية تفيد بإحصاء ما لا يقل عن 80 ألف توحدي بالجزائر .

#### 4- خصائص وسمات الطفل التوحدي:

لا يختلف الطفل التوحدي بشكل عام عن الطفل غير التوحدي في المظهر العام وخاصة إذا كانت النظرة عن بعد، وفيما يلي سيتم تقديم خصائص الطفل التوحدي ولكن الخصائص التي سنتحدث عنها لا تكون واحدة لجميع الأطفال التوحديين، إذ لا يتطابق طفلان مصابان بالتوحد في نفس المظاهر .

#### 4-1- الخصائص السلوكية:

إبتداءً عند المقارنة بين سلوك الطفل المصاب بالتوحد والطفل غير التوحدي نجد أن الأول يتصف بحدودية السلوكيات وسذاجتها والقصور الواضح في تفاعل المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضح فضلا عن أنها تبتعد عن التعقيد، فهؤلاء الأطفال يعيشون في عالمهم الخاص، لا ينتبهون ولا يركزون على ما هو مطلوب منهم بل يركزون على جانب محدود لا يملون منه كتركيزهم على جزء صغير من آلة كبيرة والكثير من هؤلاء الأطفال يتعلقون بالأشياء بشكل غير طبيعي، وقد تكون هذه الأشياء ذات جدوى من الناحية الوظيفية، كما يتفق معظم الباحثين على أن أهم خاصية يتصف بها الأطفال التوحديين هي السلوك النمطي (Stereotyped Behavior) وتكرارية السلوك الطقوسي، فقد يستمر في هز جزء من جسمه كرأسه أو رجليه لفترات طويلة وقد تكون تلك الحركات استنارة ذاتية، وقد تنتهي بشكل مفاجئ يرجع إلى وحدته منغلقا على نفسه.

(أحمد قحطان الظاهر، 2009، 46)

وفي هذا الصدد يرى سوليفان (Sullivan, R 1988) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصفا سلوكيا فقط لحالات التوحد، وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي: الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على الفهم، واستخدام اللغة بشكل سليم، الاحتفاظ بروتين معين وهذه الملامح أقل شدة، ولا يمكن علاج أعراض التوحد أبدا ويجب أن يتضمن فحص الأعراض وتاريخ حياة الفرد المصاب بهذا الاضطراب.

ويضيف سوليفان أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية والتي تختلف من فرد إلى آخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف.

- قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام وتشجيع المصادات في السنوات الأولى وبعض الأطفال يهمسون عندما يريدون التكلم والبعض الآخر يتكلم بشكل رجعي أو بنغمة تائية دون تغيير وبعضهم لا يتسطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق.
- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تعبيرات بسيطة في البيئة.
- التأخر في قدرات أو مجالات معينة - وأحيانا يصاحب ذلك مهارات عادية أو فائقة في بعض القدرات كالذاكرة، الموسيقى والرياضيات.
- الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء واللعب بشكل متكرر وغير معتاد.
- الحركات الجسمية الغريبة مثل الهز المستمر للجسم، أو الرفرفة بالذراعين أو النقر بالأصابع.
- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية: فمثلا الطفل التوحدي يبدو كأنه لا يسمع للأصوات من حوله كما أنه قد يبالغ في الاستجابة للآخرين كأن يستمع لصوت عادي يضع يديه على أذنيه.
- ينظر من خلال الناس أو يتجنب النظر إلى العيون.

- البعض منهم لديه قدرات جيدة، أو فائقة في المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة، ولكن بعضهم قد يمشي بشكل غريب أو على أطراف أصابعه أو يكون غير قادر على الإمساك بالقلم.
  - البعض منهم قد يكون لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة، لكن بعضهم يتسمون بالكسل والخمول. (Brnadette Rogé, 2003, 17)
  - عدم الحساسية لظاهرة الألم.
  - بعضهم حوالي 25% تقريباً يعانون من الإصابة بنوبات صرع في العادة عند البلوغ.
  - من الممكن أن يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات وأحياناً بدرجة شديدة وقد قدرت بنسبة حوالي 10%.
  - 65% من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اليد اليمنى.
- (سوسن شاكر الحلبي، 2005، 55)

#### 4-2- الخصائص الاجتماعية:

وفي هذا الصدد تشير نتائج دراسة ماتسون وآخرون (Matson et al, 2009) إلى أن تشخيص اضطراب طيف التوحد يرتبط بإعاقة اجتماعية فطرية والبنود التي تكون أكثر شيوعاً وتمثل مشكلة لهؤلاء الأفراد تتضمن تفضيل البقاء بمفردهم، وتجنب اتصال العين، وإظهار السلوك النمطي الشاذ.

ويشير (محمود حمودة، 1991، 98) إلى الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدي بأنه طفل يتسم بخلل في التفاعل الاجتماعي، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الأشخاص، و يعاني من نقص الاستجابة للآخرين والاهتمام بهم، و يظهر ذلك في عدم دفء العناق معه، و نقص التواصل بالعينين والوجه، وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الوجداني، و قد يرتبط الطفل ميكانيكياً بشخص بعينه، و أحياناً يكون ارتباط بعض هؤلاء الأطفال بوالديهم غريباً مثل الطفل الذي يبدو أنه يتعرف على والدته أساساً عن طريق الشم. (أسامة فاروق مصطفى، والسيد كامل الشربيني، 2011، 140)

ويشير زكلر و بورلاك (Zigler et Burlack) (1998) في هذا الصدد إلى أن الأطفال المصابين بالتوحد:

- يفضلون الألعاب ذات الخصائص الحسية أكثر من تفضيلهم اللعبة نفسها.
- لعب الأطفال المصابين بالتوحد ينقصه الخيال أي أنهم لا يضيفون أفكارهم أو مشاعرهم أو تفسيراتهم الخاصة.
- يميل هؤلاء الأطفال إلى المواضبة والتكرار لنفس طريقة اللعب.
- لا يضيفون أفكارا تلقائية ولا يستطيعون اللعب التمثيلي.

(قحطان أحمد الظاهر، 2009، 50)

وتشير "سوسن الحلبي" أن القصور في السلوك الاجتماعي للأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاث مجالات هي:

- التجنب الاجتماعي Socially Avoidant: يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.
- اللامبالاة الاجتماعية: Socially in different: وصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، و لا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.
- الإرباك الاجتماعي: يعاني اطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي. (سوسن شاكر الحلبي، 2005، 55)

#### 4-3- الخصائص اللغوية:

#### \* الخصائص في المجال الحسي:

الاستجابات الشاذة للمثيرات الحسية وجدت في الأفراد التوحديين مع تقديرات تقدر ما بين 30 إلى 100% (Dawson et al, 2000) والاضطرابات الحسية تكون أكثر شيوعا أثناء مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع مرحلة الرشد. (Baranek et al, 1997)

- في مجال المثيرات الصوتية:

يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد حساسية سمعية عالية أو ما يطلق عليه فرط الاستجابة (Hyper responsive) فقد يسمع أصواتا لا يستمعها الآخرون مما قد يسبب له إزعاجا وإرتباكاً. (Kirk Hallagher et anastasiow, 2003) (نقلا عن الزراع، 2014، 68)

يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد حساسية سمعية منخفضة جدا أو ما يطلق عليه انخفاض الاستجابة (Hyper responsive) فقد لا يستجيبون للأصوات العالية ويبدون وكأنهم صم مما يؤدي ببعض الأسر في بداية التشخيص الشك بأن أبنائهم صم. الانجذاب نحو الموسيقى الخاصة الهادئة. (نايف عبد الزراع، 2014، 67)

- في مجال المثيرات اللمسية:

• يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد حساسية لمسية عالية أو ما يطلق عليه فرط الاستجابة (Hyper responsive) حيث تكون استجاباتهم مبالغاً فيها نحو لمس الآخرين مما يؤدي ببعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى الابتعاد عن الآخرين عندما يحاولون لمسهم أو الاقتراب منهم. (Marshall, 2004)

• يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد حساسية لمسية منخفضة جدا أو ما يطلق عليه انخفاض الاستجابة (Hyper responsive) إذ يبدي هؤلاء الأطفال عدم الشعور بأي احساس لمسي، وعدم الشعور بالألم عند تعرضهم للأذى الجسدي.

• الاستمتاع بالألعاب المعتمدة على التلامس الجسدي

(Kirk.Gallagher et Amastasiow 2003) . نقلا عن (الزارع، 2014، 68)

- في مجال المثيرات البصرية:

- صعوبة في رؤية بعض المثيرات البصرية.
- الخوف من رؤية ألوان معينة.
- رؤية أشياء لا يراها الآخرون

• يظهر بعض هؤلاء الأطفال تجنب للتواصل البصري مع كل من حولهم من مثيرات سواء كانت أشخاصا أو أشياء يمكن للطفل العادي أن ينجذب إليها بسهولة.

• استجابات بصرية شاذة أو غريبة كالتصديق لوقت طويل في الفراغ.

• يظهر بعضهم حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة التي لا تعتبر ذات تأثير بالنسبة للفرد العادي. (Kirk.Gallagher et Amastasiow 2003)

#### - في مجال المثيرات الشمية:

• الميل إلى الطعوم الغريبة والروائح الغريبة، و قد تكون كريهة.

• الميل إلى شم الناس أو شم شعرهم وأيديهم وتذوق الألعاب والمواد الغريبة.

• كراهية مفرطة لبعض الأطعمة أو تركيبات بعض المواد الغذائية.

(Marshall, 2004) نقلا عن (الزراع، 2014، 68-69)

#### -النمو الحركي (Moto développement):

يصل الأطفال التوحيديون إلى العلامات الحركية الرئيسية مثل أقرانهم الأسوياء على الرغم من بعض التأخر البسيط، وهم يكررون نفس الحركات عدة مرات، و تبدو هذه السلوكيات المتكررة في الأوقات التي تتم فيها استثارة الطفل أو عندما يكون منغمسا في بعض الخبرات الحسية (Lewis, 1987, 130-131)، والقدرات الحركية لدى الأشخاص التوحيديين تتباين بدرجة كبيرة فبعض الأطفال يعانون من قصور أو عجز جوهري في قدراتهم الحركية الدقيقة أو الكبرى والبعض الآخر من الممكن أن يظهروا مهارات نمائية جيدة.

(Wing, 1988) (مصطفى والشربيني، 2014، 69)

#### - المهارات الحسية الحركية لدى الأطفال التوحيديين :

وجد دوسون وآخرون (Dawson et al, 2000) أن الأطفال التوحيديين الرضع لديهم اضطرابات في التجهيز الحسي الحركي تكون واضحة أثناء السنة الأولى من الحياة. وقد تتبع تيتالبيوم (Teitelboum, 1998) النمو البدني للأطفال التوحيديين في الاضطجاع على الظهر وعلى البطن، والتقلب، والجلوس، الزحف، الوقوف، والمشي و وجد أن الأطفال التوحيديين يبدون بدرجة دالة حركات شاذة أثناء عمليات التقلب والجلوس

والزحف والمشي، وأن هذه الحركات صعبة المراس، كما أنها متشابهة، وارتكزت العديد من الحركات المضطربة على الشق الأيمن من الجسم. (مصطفى والشربيني، 2010، 48) - الخصائص في المجال التواصلي:

تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد من الدلائل الهامة التي تميز الأفراد ذوي اضطراب التوحد التي تتمثل في:

- عدم تطور الكلام بشكل كلي والاستعاضة عنه بالإشارة أحيانا، إذ يذكر كوينغ (Koenig 2001)، أنه نحو (50%) من الأفراد التوحديين - إذا لم يكن أكثر من ذلك - هم من غير الناطقين، ويعقب سكويرمان وفير (Webber, 2002) (Schevermann) بأن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم النية للتواصل، و يعتقد البعض أن (50%) من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اللغة على الإطلاق.

- تطور اللغة بشكل غير طبيعي واقتصارها على بعض الكلمات النمطية مثل ترديد بعض العبارات أو إصدار كلام غير مفهوم أو معبر أو ترديد كلام سمعه مسبقا في ظروف زمنية ومكانية غير مناسبة، أو تكرار الكلمات التي يسمعونها مباشرة (Echolalia)، كما يتصف حديثهم بالرتابة أو الغرابة (Awkward)، وهؤلاء يتأخر نطقهم للكلمة الأولى حتى سن الثانية، و بالنسبة لاستخدام العبارات فيتأخر ذلك لما بعد الثالثة من عمرهم وتقدر نسبتهم بحوالي (25%) من الأفراد التوحديين.

(الزراع، 2014، 62)

وتضيف "إهلرز" و "جونسون" (1996) "Ehleres et Ajohanson" بعضا من الخصائص اللغوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد كما يلي:

- صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة سمع عادية، ويكون انتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لديه.
- صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه والاهتمام قبل إتمامه العام الأول.
- صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- صعوبة في قدرة بعضهم على التكلم. (Catherine barthélény, 2000, 10)

- صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل (على، في... إلخ).

(الزارع، 2014، 63-64)

#### 4-4- الخصائص العقلية:

على الرغم من أن معظم الأشخاص التوحيديين لديهم إعاقة عقلية بدرجات مختلفة وأن 20% منهم فقط لديهم درجة ذكاء عادية أو فوق العادية، إلا أن بعضهم يمتلكون مهارة فائقة في الموسيقى والحساب وغيرها من المهارات، وقد يصل بعضهم إلى المراحل النمائية مثل: الكلام والزحف والمشي بعمر مبكر.

ونجد أن الأطفال التوحيديين يعانون من ضعف في التطور المعرفي أو التخلف في الخبرات المعرفية، حتى أصبحت وكأنها سمة من سماته تميز في الغالب معظم المصابين بالتوحد، مما تجعل من (60-80%) منهم تقل درجات ذكائهم عن (50) لكنهم يختلفون عن الأطفال المتخلفين عقليا فالأطفال المتخلفين عقليا تتسم درجاتهم الذكائية بالاستقرار على الرغم من بذل كل الجهود لتطويرها، إلا أن الأطفال التوحيديين قد يفحصوا عن مهارات دقيقة المستوى، مثل إجراء العمليات الحسابية في الدماغ، إلا أن هذه العمليات محدودة في مجال حل المشكلات.

بالإضافة لتلك الخصائص نضيف المشكلات العديدة التي يظهرونها والتي أصبحت تعتبر كسمة أو خاصية يتميزون بها وأهمها:

- مشكلات في الشرب و الأكل: فقد يشربون ويأكلون بكميات كبيرة دون الشعور بالشبع، ويميلون إلى تفضيل بعض الأطعمة وتكرار أكلها مثل حبهم للبطاطس ولا يرغبون في التنوع بها ويلجئون إلى استخدام نفس الكأس لشرب الماء و العصير.
- مشكلة النوم: فالنوم عندهم قلق و متقطع وعلى فترات مختلفة ولا يستمر لأكثر من ثلاث ساعات متواصلة.
- مشكلة السلامة: فهم لا يعرفون معنى الخوف من بعض الأمور الخطيرة كالعبرور أثناء سير السيارات دون انتظار.
- مشكلة التغيرات: التي تحدث في بيئته وخصوصا التغيرات الدقيقة أو البسيطة أو الكبيرة فلا يعبأ بها.
- مشاكل إدراكية: فهم يعانون من خلل في عملية التفكير والتعرف والإدراك والتقليد.

- نقص القدرة على الاستجابة بسبب عدم الفهم.
- مشكلة التعميم: فلا يستطيعون نقل وتعميم ما تم تعلمه من بيئة لأخرى.
- نقص المثابرة أو الدافعية. (أسماء لجلط، 2012، 36-37)

#### 5- أنواع اضطراب التوحد:

بما أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لا يظهرون الخصائص نفسها أو خصائص متشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون إلى البحث عن طرق لتصنيف التوحد ونتيجة لذلك فقط ظهر عدد من الاتجاهات في تصنيف الأطفال التوحديين فعلى سبيل المثال اقترح البعض تصنيفات مختلفة اعتماداً على المستوى الوظيفي، الذكاء، العمر عند الإصابة وعدد الأعراض وشدتها ويرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة يمكن أن تكون نتيجة للأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ.

اقترحت مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن (Marry colman) (1976) نظام تصنيفي للأطفال المصابين بالتوحد يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية: \* **النوع الأول:** المتلازمة التوحدية الكلاسيكية: يظهر الأطفال في هذه المجموعة أعراضاً مبكرة، و لكن لا تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة والأطفال يبدوون بالتحسن تدريجياً بين 5 و 7 سنوات.

\* **النوع الثاني:** متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية: يشبه أطفال هذه المجموعة النوع الأول لكن العمر عند الإصابة يتعدى الشهر الثلاثين من العمر، كما يظهرون أعراض نفسية أخرى إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي عرضها (Léo Kanner).

\* **النوع الثالث:** المتلازمة التوحدية المعاقة عصبياً: يظهر لدى المجموعة الثالثة مرض دماغي، عضوية متضمنة اضطرابات أيضية ومتلازمة فيروسية مثل: الحصبة ومتلازمة الحرمان العاطفي (الصمم والعمى). (الزريقات، 2004، 48)

واقترح كل من سيفن وماتسون وكو وفي و سيفن (Sevin, Matson, Coe, Fee et al, 1991) تصنيفاً من أربع مجموعات كما يلي:

\* **المجموعة الشاذة (Atypical Group):** يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

\* المجموعة التوحدية البسيطة (Midly Autistic Group): يظهر أفراد هذه المجموعة مكشلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

(أسامة فاروق مصطفى والشربيني، 2014، 32)

\* المجموعة التوحدية المتوسطة (Moderately Autistic Group): ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، و أنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد)، لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

\* المجموعة التوحدية الشديدة (Severely Autistic Group): أفراد هذه المجموعة معزولة اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ.

(أسامة فاروق مصطفى وكمال الشربيني، 2014، 32)

#### 5-1- مجموعة طيف التوحد:

#### - الإضطراب التوحدي (Autistic Disorders):

إن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من إضطراب التواصل و الاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية مع درجات من التخلف الفكري، تبدأ أعراض هذا المرض من السنة الثانية والنصف من عمر الطفل أي 30-36 شهرا ومن اهم هذه الأعراض ثلاثة منها رئيسية:

• ضعف العلاقات الاجتماعية.

• ضعف الناحية اللغوية.

• الاهتمامات والنشاطات المتكررة. (Susan end Eileen, 2011, 10)

#### - إضطراب ريت (Ritts Disorder):

يحصل اضطراب ريت إثر فترة تطور طبيعية حتى 6 إلى 18 شهرا عندما يظهر تدني في قياس محيط الرأس بعد أن كان طبيعيا عند الولادة يبدأ بعد مرور 5 أشهر ويبدأ الوالدان بملاحظة تغييرات في سلوك الطفل مع تراجع في التطور أو فقدان بعض القدرات المكتسبة خصوصا في مجال الحركة الكبرى كالمشي والحركة مع نقص ملاحظة في القدرة على الكلام والتفكير، حتى حركة اليدين تصبح نمطية، عشوائية ومتكررة، إضافة إلى أشكال غير متناسق في الوقوف والمشي مع تجنب المخالطة الاجتماعية والميل إلى

الانعزال، ينتشر إضطراب ريت بين الإناث أكثر من الذكور بمعدل كل أنثى واحدة من كل 10000 من الذكور، لهذا يقال أنه إضطراب يحدث للبنات فقط وقد أوردت الأبحاث مؤخرا أن الجين MECP2 المرتبط بالكروموزوم إكس هو العيب النمائي لاضطراب ريت. (هناك صندوق، 2012، 108)

الريت	التوحد
تصاب به الإناث فقط	يصيب الذكور والإناث لكن الذكور أكثر
التدهور يحدث بعد فترة نمو طبيعية	قصور النمو موجود منذ الميلاد
ضمور في العضلات الفقرية مع عجز شديد وتشنج في الأطراف السفلية أكثر من العلوية، ما يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشى وغياب التوازن والتناسق الحركي.	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
فقدان تام للوظائف اللغوية	قد يوجد استعمال للغة
اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة جدا
التدهور في مراحل النمو عرض أساسي	ثبات في محاور النمو المختلفة
نوبات الصرع تظهر مبكرا في 75% من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها افرازات فموية.	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة

جدول رقم (01) يوضح الفرق بين اضطراب التوحد والريت.

(أمينة بن خروف، 2012، 111)

- اضطراب أسبرجر (Asperger's Disorder): يتميز هذا الإضطراب بـ:

- نقص المهارات الاجتماعية.
- ضعف التركيز والتحكم.
- محدودية الاهتمامات والنشاطات.

لكن ليس له تأخر في اللغة، ولديهم ذكاء طبيعي متوسط وأحيانا فوق المتوسط، و عادة يكون اكتشاف هذا الاضطراب متأخرا مقارنة بالتوحد والإضرابات النمائية الأخرى. (Susan end Eileen, 2011, 16)

التوحد	أسبرجر
يظهر في السنوات الثلاث الأولى	لا يكتشف إلا بعد السنة السادسة وما فوق من عمر الطفل
يتميز بقصور واضح في اللغة وفي تكوين الحصيلة اللغوية	حصيلته اللغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير
منغلق على نفسه تماما	يحس بمن حوله ويتعرف عليهم ولكنه يعجز عن تكوين علاقات
يعاني نحو تخلف العقلي 75- 77 من التوحديين من التخلف العقلي	لا يعانون من أي إعاقات ذهنية بل يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو تفوقها.

جدول رقم (02): يوضح الفرق بين اضطراب التوحد وأسبرجر

(أمينة خروف، 2012، 111، 112)

- اضطراب التحطم الطفولي (Childhood disintegrative Disorder):

أطلقت عدة تسميات على هذا الاضطراب كأن يسمى اضطراب نمو الطفل غير المتناسق ويسمى أيضا الخرف الطفولي أو متلازمة هيلر أو الذهان غير المتناسق، وفي ظل كل هذه التسميات فإن هذا الاضطراب ينشأ بعد فترة تطور طبيعية تدوم حتى العامين من العمر ثم يبدأ بالانحراف والتدني في مجالات اللغة والتواصل ومجال العلاقات الاجتماعية التكيفية واللهم واللعب ومجال المهارات الحركية حتى عدم القدرة على السيطرة على عمليتي التبول والتغوط، أما التأخر الذهني فهو صفة ملازمة لهذا الاضطراب، وبحسب التصنيف الدولي للأمراض نجد المظاهر التالية:

- تطور طبيعي في المجالات النمائية للعامين الأولين من العمر بما في ذلك المهارات التواصلية النطقية واللغوية بالإضافة للعلاقات الاجتماعية واللهو و السلوكيات التكيفية.
  - فقدان ملحوظ في ممارسته المهارات المكتسبة سابقا وذلك قبل بلوغ السنة العاشرة من العمر.
  - فقدان المهارات اللغوية قولاً واستقبالاً.
  - فقدان المهارات الاجتماعية التكيفية مع اللهو واللعب والمهارات الحركية.
  - عدم قدرة على ضبط التبول والتغوط، بالإضافة إلى عيوب في الاداء الوظيفي.
- (هنا صندوقلي، 2012، 115-116)

**إضطراب النمو الشامل غير المحددة (Pervasive developmental Disorder not otherwise specified (PDD-NOS)**

هذه الإضطرابات عبارة عن خلل شديد في تطور التفاعل الإجتماعي ومهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي مع سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة، يظهر في سنة وأربعة أشهر إلى سنتين، تظهر فيه جميع أعراض التوحد الاجتماعية - التواصلية- السلوكية، ويكون بدرجات متفاوتة من البسيطة إلى الشديدة والشاملة، و يتركز في الجوانب الاجتماعية والاتصالية. (سوسن شاكر، 2008، 300)

**6- التشخيص الفارقي:**

يعد تفريق التوحد عن بعض الإضطرابات والمشكلات النفسية لدى الأطفال أمرا صعبا ومشكلة رئيسية ذلك لغياب معياري تفريقي واضح إلى جانب إشتراك التوحد مع تلك الاضطرابات في مظاهر وخصائص محددة و سنوضح فيما يلي بعض التشخيصات الفارقة.

**6-1- التوحد واضطراب ريت "Rett":** يختلف اضطراب ريت من حيث خصائص تقدير الجنس وأنماط العيوب، حيث يصيب اضطراب ريت الإناث أما التوحد فهو منتشر أكثر بين الذكور، كما يمتاز اضطراب ريت بتباطؤ نمو الرأس وفقدان المهارات المكتسبة سابقا وظهور تناسق ضعيف في الحركات الرئيسية أو المشي.

6-2- التوحد واضطراب الطفولة التفككي: يختلف التوحد عن هذا الاضطراب الذي يمتاز بإنحدار نمائي شديد في مجالات متعددة للقدرات الوظيفية تتبع على الأقل سنتين من النمو الطبيعي، بينما التوحد فإن الشذوذات النمائية تلاحظ منذ السنوات الأولى من العمر وعندما تكون المعلومات المتعلقة بالنمو المبكر غير متوفرة أو أنه من غير الممكن توثيق الفترة المتطلبة للنمو الطبيعي فإن التشخيص باضطراب التوحد يجب أن يجري ويبدأ التراجع أو التحلل بشكل واضح في المهارات التالية:

- فقدان القدرات اللغوية أو القدرة على بدء أو مواصلة حديث.
- فقدان ما كان قد تم اكتسابه من مهارات إجتماعية، وحدوث اضطرابات في السلوك التوافقي.
- فقدان العديد من القدرات الحركية.
- فقدان الاهتمام أو المشاركة في اللعب مع الآخرين.
- فقدان القدرة على التحكم في الإخراج.
- فقدان تدريجي لمهارات رعاية الذات، وفقدان الاهتمام بالبيئة المحيطة.

(الزراع، 2014، 137)

6-3- التوحد واضطراب إسبرجر: يمكن تحديد التشابه والاختلاف بين الإسبرجر والتوحد على النحو التالي:

\* أوجه التشابه: حدد (أحمد عكاشة، 2003، 758) جوانب التشابه بين التوحد ومتلازمة إسبرجر في النقاط التالية:

- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي، وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.

- غياب التواصل غير اللفظي.

- قصور في الحركات الدقيقة.

\* يمكن تحديد أوجه الاختلاف:

- التمييز الرئيسي بين اضطراب إسبرجر والتوحد هو المحكات الخاصة بالتخلف اللغوي، وسوء التوظيف، والتأخر اللغوي هو مطلب عند اضطراب إسبرجر ولكن الإعاقة اللغوية هي مظهر رئيسي في اضطراب التوحد، والتأخر العام الدال في

- اللغة هو معيار نهائي في تشخيص اضطراب إسبرجر إلا أن بعض أشكال التأخر في اكتساب اللغة شوهد لدى أكثر من ثلث العينات الإكلينيكية.
- يصيب الذكور بنسبة تزيد عن إصابة الإناث، وهو يتكون من مستوى معين من الإعاقات المعرفية، وتكون معدلات ذكائهم عادة ضمن الحدود المتوسطة، وطبقات الصوت والإيماءات كانت غير عادية.
  - الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى التوحديين إلى حد كبير مؤثرة وواضحة، أما الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى إسبرجر فهي أقل وضوحاً كما أنها نادرة، وبالرغم من ذلك تتوفر مؤشرات قوية تؤكد على دور الوراثة في حدوث كلى الاضطرابين. (محمد صالح والجوالدي، 2010، 61)
  - إن الأطفال في سن المدرسة الذين يعانون من اضطراب إسبرجر لا يتشابهون مع أولئك المصابين بالتوحد، فهم في العادة لديهم القدرة على الأداء الجيد.
  - يكون معدل الذكاء اللفظي لدى الطفل التوحدي اقل من معدل الذكاء غير اللفظي بكثير ويكون الفرق بينهما في الغالب كبيراً، بينما في حالات إسبرجر يكون معدل الذكاء اللفظي مساوياً أو مقارباً لمعدل الذكاء غير اللفظي. (محمد صالح والجوالدة، 2010، 62)
- وقام كريفلين (1971) (Krevelen) بوضع قائمة من المعايير للتمييز بين التوحد والإسبرجر.
- يحدث التوحد في خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، بينما تظهر أعراض الإسبرجر متأخرة بين 4، 6 سنوات، وأحياناً بعد ذلك، وفي حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة.
- الطفل التوحدي يمشي مبكراً، وقدرته على الكلام تتأخر أو تكون غائبة، بينما يمشي طفل الإسبرجر في وقت متأخر، ويتكلم مبكراً.
  - لا يوجد تواصل بالعين بالآخرين لدى التوحدي، بينما التواصل عن طريق العين بالآخرين يتهرب منه طفل أسبرجر أو يتجنبه.
  - التنبؤ أو المآل الاجتماعي يكون متدنياً لدى التوحدي، بينما المآل الاجتماعي لدى طفل الإسبرجر يكون إلى حد ما جيد.

- الحركات النمطية تكون أكثر تكرارا لدى طفل التوحد بينما تكون أقل تكرارا بدرجة دالة لدى طفل الإسبرجر (Fitzgerald, 2004, 30-31; Szatmari et al, 1989) (نقلا عن: فاروق مصطفى والشربيني، 2014، 132، 133)

**4-6- التوحد والفصام:** هناك من يرى أن اضطراب التوحد ومرض الفصام هما الاضطراب نفسه، ولكن أكدت غالبية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع على الاختلاف الشديد بين هاذين الاضطرابين، إذ أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي، ومرض الفصام هو اضطراب ذهني، ولعل أهم ما يميز بين اضطراب التوحد ومرض الفصام هو العمر الذي يحدث فيه كل منهما: فالتوحد يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، أما الفصام فيظهر غالبا في سن الرشد، وذوو الفصام يعانون من ذهانات وتطاير للأفكار وانتكاسات ما بين الحين وهذه الخصائص لا تتوافر لدى التوحديين.

تقترن الإعاقة العقلية بنسبة (70-77%) من الأفراد المصابين باضطراب التوحد، بينما لا تقترن الإعاقة العقلية بالفصام كما لا يعاني الأفراد المصابون بالتوحد من هلاوس ولكن السلوكيات التي تظهر لديهم والمتمثلة في الضحك من دون سبب وغيرها عائدة إلى المشاكل الحسية التي يعانون منها غالبا. (الزراع، 2014، 112)

بينما يعاني الأفراد المصابون بالفصام من هلاوس وأوهام واضطرابات في التفكير أيضا يعاني الأفراد المصابين بالتوحد من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، بينما يستطيع الأفراد المصابين بالفصام تطوير علاقات اجتماعية، بالإضافة على أن نسبة حدوث التوحد (1:4) ذكور مقابل إناث، بينما نسبة حدوث الفصام متساوية بين الذكور و الإناث. (الزراع، 2014، 113)

#### **5-6- التوحد والإعاقة العقلية:**

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة 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 أدائهم أقل في المهام اللفظية، بينما

يكون أداء المتخلفين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، إلا أنه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط وهي:

- المعوقين عقليا يتعلقون بالغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.
- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي والبصري.
- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا.
- للطفل التوحدي سلوكات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا.
- الطفل 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، رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80-90%) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما إضطرابان منفصلان. (دعو سميرة، شنوفي نورة، 2012، 91)

#### 6-6- التوحد ومتلازمة فراجيل إكس (Autism et Fregile x syndrome):

يشير أرونس (1992)، (Arons) إلى أن هذه المتلازمة عبارة عن اضطراب جيني في الكروموزوم الجيني × وهؤلاء الأطفال لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط، ولديهم استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت وضعف في الاتصال البصري بالآخرين، والحركات الإشارية والجسمية الغريبة وعض اليدين، ومشاكل سلوكية أخرى وتأخر في النمو اللغوي، وللتمييز بين التوحد ومتلازمة إكس نلاحظ الفروقات لدى ذوي هذه المتلازمة تكمن في المواصفات الجسمية غالبا فهم ذوي جبهة عريضة وعالية، وعيون ساكنة وأذنين كبيرتين ووجه طويل وقدمين متسطحتين وأحيانا صمات قلب غير عادية نسبيا. (نايف الزراع، 2005، 48)

**6-7- التوحد والإضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Autism et pervasive  
Developmental Disorder not otherwise specified (PDD-NOS)**

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يكون غالبا توحدًا شاذًا (Dodd, 2005, p2) وتستخدم هذه الفئة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعي لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات، أو غياب ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحدة أو اثنتين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص التوحد (ألا وهي التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، التواصل والسلوك المحدد النمطي والمتكرر، وذلك على الرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى في منطقة أو مناطق أخرى، وينشأ التوحد اللانمطي غالبًا في الأفراد ذوي التخلف العقلي جسيم الشدة. (مصطفى والشربيني، 2014، 138)

**7- النظريات المفسرة لأسباب التوحد:**

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

**7-1- النظريات القديمة (النظرية السيكلوجية):** اعتقد "كانر" أن الوالدين خصوصًا الأم يتحملان المسؤولية لإصابة ابنهما بالتوحد لتزويده بحنان ودفء عاطفي غير كافيين وإهمالهما لطفلهما وقلة حرصهما في تربيته، ما يؤدي لاضطراب العلاقة الانفعالية (أم-طفل) والرفض 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 Bettelhiem) الذي يرى أن آباء التوحديين باردون وقاسون وكامنين لعدائية لا شعورية اتجاه ابنهم التوحدي؛ إلا أن هذه المزاعم تلاشت ولم يعد لديها أي مصداقية. (أمينة بن خروف، 2012، 103)

إن المقاربة السيكودينامية ترجع في محتواها إلى دراسة الذهان حيث لم تكن لها خصوصية بالنسبة للتوحد، الذي غالباً ما يربطه التحليليون بمصطلح "الدفاع" وبالنسبة لهم هو ذهان، ومن أشهر الباحثين الذين اقتربوا من حقيقة مسألة التوحد هم: أتباع ميلاني كلاين (Melanie Kleine) توستن (Tustin) ملتزار (Meltzer) إلا أن بتلهام (Bettelheim) وماهler Mahler كانا بلاشك أكثر الأعمال الضخمة نجاحاً من خلال نظرياتهم السيكودينامية التي نالت شهرة واسعة في الولايات المتحدة الأمريكية، ونقدم فيما يلي عرضاً مختصراً لهذه النظريات:

- كانر (Kaner) (1943): يرجع أصل التوحد إلى ازدياد هؤلاء الأطفال دون القدرة الفطرية والبيولوجية لتكوين التواصل الوجداني مع الناس بمعنى آخر أنه من المستحيل أن يعود المنشأ النفسي للتوحد 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) وتتميز التوحد عن فصام الراشد أو فصام الطفل بعد تكوين العلاقة الأولية لكي يبتعد عنها الطفل فيما بعد فكل تواصل جسدي مباشر، كل حركة أو ضجيج معاش كتهديد لتوقيف هذه الوحدة.

- بتلهام (Bettleheim) (1969): بالنسبة له يقارب المعاش التوحدي بتجربة المساجين في المعسكرات النازية. (Gueniche, 2004, 85)

ويعتبر التوحد 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 "بتلهام" الفشل الخبير والمبكر للعلاقة المتبادلة بين الطفل وأمه تجعل الطفل يواجه وضعية قصوى في المراحل الحرجة من نموه، في هاته الظروف الطفل التوحدي يتخلى عن العالم الخارجي وينطوي على نفسه، يتقاضي كل عمل قد يسبب له الإحباط أو عدم اللذة، يكرس كل طاقته في تعطيل المحفزات الخارجية ويعيش كل تدخل في عالمه الداخلي كتهديد بالإنفصال أو الهدم.

- ماهر (Mahler) (1973): وصفت الذهانات التوحيدية بمقارنتها مع الذهانات التعايشية وحددت الميكانيزمات المستعملة من طرف الطفل من أجل الحفاظ على كيانه من الناحية النفسية، أحد هذه الميكانيزمات الدفاعية والمسمى "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 للتوحد تفترض وجود مرحلة توحيدية عادية عند الرضيع (Kardif et Gepner, 2003, pp.71-73 بين 5 و 6 أشهر (المرحلة الأولى للنمو) توافق النرجسية الأولية لدى فرويد (Freud) ومتبوعه في الحالات غير المرضية بمرحلة تلاحمية عادية مع الأم بمرحلة انفصال تفريديه.

- ميلاني كلاني (Milany Klayne) (1968): اقترحت عدة مفاهيم جديدة لفهم الفصام الطفولي (التقمص الاسقاطي) وضعية فصامية، عضامية، وضعية اكتئابية لانشطار الموضوع، الثديي الجيد والسيئ... إلخ)، وتمكنت من خلال الممارسة الاكلينيكية بفتح الطريق لمقاربة التوحد الطفولي حيث ترى بأن المراحل الذهانية المبكرة مشتركة بين جميع الأفراد، وبالنسبة لها أسباب جميع أشكال الذهانات الطفولية يبحث عنها في تثبيت مرضي بهذه المرحلة الذهانية المبكرة وبالتحديد في مرحلة الفصام البارانوويدي مما لا يسمح بالمرور إلى مرحلة الاكتئاب، يقوم الطفل يشطر 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، ويفضلها يفهم الموضوع في نفس الوقت كجيد وسيء.

فرانس توستن (Tustin) (1977، 1992/1989): بالنسبة له هناك انقطاع مبكر للاستمرار بين المنطقة الفمية للرضيع والثدي المعاش بإستمرارية لنفسه (إحساس جد حي 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" (ردة فعل من خلال العالم الخارجي) يقصى "اللأنا" أو يخلط بين "الانا"/"اللأنا".

أي (ردة فعل من خلالها العالم الخارجي ليس مرفوض كاملا بل معكر) وفي كلتا الحالتين الفصل بين الذات والواقع الخارجي قد تم انكاره. (Gueniche, 2004, pp84-86) - ملتزار ومساعديه (1980): وضعوا مفهومين لمناقشة التوحد "الهدم" و "التقمص" الشبقي مصطلحان يترجمان فسادا في أبعاد العلاقة مع الموضوع، وفي سياق أعمال ميلاني كلاين ميلتزار ابرز حاجة الرضيع إلى قوة تقارب بكل فوائدها حول موضوع واحد، قادرة على الجمع والربط بين مختلف مجالات الاستثمار الحسي، ...، وقد وصف ميلتزار 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 ميلتزار 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 وللوسوك الخارجي لهذا الموضوع أكثر من الحالة أو الصفة الذهنية. (Tardif et Geper, 2003, pp.73-74)

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

- انزيو (Anzieu.D): يرجع التوحد إلى عدم المقدرة على التمييز بين حدود الذات وبسببه بالأنا- جلد فغياب هذا الأنا جلد يؤدي بالطفل التوحدي إلى قلق نوعي: مهدد بالسقوط -في خطر الخلاء- في خطر السيلان كبقعة ماء- وللمقاومة يبحث عن حماية عبر جلدتان وبالتالي يكون قوقعية عضلية أو يستعمل ثوبا يرفض نزعه فيما بعد.

(ماضي ليلى، 2010، 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.

#### 7-2- النظرية الحديثة:

#### 7-2-1- النظرية البيولوجية والوراثية:

تكون الإصابة بالتوحد في الغالب مصحوبة 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 إلا في حالات قليلة.

#### - النظرية الوراثية:

وقد أشارت الأبحاث إلى أن أسباب الإصابة باضطراب التوحد هي نتيجة الإختلال الحيوي أو العصبي من الدماغ أي أنه اضطراب وراثي، ...، وتتنامى في الأوساط العلمية فكرة وجود أسس وراثية للتوحد وتطور الأبحاث للتقصي عن وجود جين معين يرتبط بوجود التوحد.

(صندقلي، 2012، 80)

وفي إحدى الدراسات على التوائم تبين إمكانية حدوث التوحد في كلا التوائم تصل إلى 50% مما يجعل الوراثة سببا مهما.

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 سببا مهما جدا وهناك أمراض وراثية تزيد من نسبة حصول التوحد ولكن الترابط بينها ليس واضحا بشكل كاف منها:

- الخلل الكيماوي الحيوي الموروث Phenyl Ketonuria: وهو افتقاد القدرة على التخلص من الحامض الأميني مما يؤدي إلى تخلف فكري شديد مع تلف في الدماغ.
- التشوه الجيني الموروث Sclerosis Tuberosa: 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 Fragile X Syndrome.

وفي دراسة للجينات في الإطار ذاته صرحت د. "بينيت ليفينتال" من جامعة شيكاغو بأن هناك على الأقل 5 إلى 6 جينات تسهم في الإصابة بالتوحد؛ وقد اقترحت الدراسات المتخصصة بهذا الشأن أن هذه الجينات متواجدة في منطقة الكروموزوم 7-13 و 15.

وأوضحت د. بانزيساردوير "الإختصاصية 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، 82)

أما د.مارجريت بومان "الإختصاصية 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 الأدمغة تظهر طبيعية، ولكنها عامة أكبر وأثقل في الغالب، والأهم من ذلك أن دراساتهم أشارت إلى وجود شذوذ في المناطق الرئيسية الثلاث التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي و أجزاء 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 الإتصالات والترابط 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، و أوضح "د.أميرال" بأن أعراض التوحد يمكن أن تقتفي مشاكلها في كل هذه المناطق الدماغية.

(صندقلي، 2012، 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:

- الحصية الألمانية Congenital Rubella.

- تضخم الخلايا الفيروسي Congenital Cyto Megallo Virus.

- إلهاب الدماغ الفيروسي Herpes encéphalites. (صندقلي، 2012، 84)

#### 7-2-2- النظرية الكيمياوية 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)

فالكيمياء الحيوية تلعب 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 الحالة الطبيعية، ومن بين هذه المواد تلك التي تتحكم بالانفعالات والعواطف (Nor-epinephrine, Dopamine (Serotonin) وقد لوحظ ارتفاع نسبة السيروتين لدى الاطفال 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 علاجاً 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 دوراً مازال إلى الآن مجهولاً في حصول التوحد. (صندقلي، 2012، 85)

### 7-2-3- نظرية التطعيم الثلاثي:

هل يسبب لقاح MMR التوحد؟

يعد الجدال الدائر حول دور لقاح (MMR) (وهو تطعيم مضاد لأمراض الحصبة، والحصبة الألمانية، والنكاف) باعتباره سبباً 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 تعطى معاً بإبرة واحدة وعلى جرعتين الأولى في الشهر الثالث عشر من العمر، والثانية ما بين 4 و 6 سنوات إن التأثير العام لهذا اللقاح واضح جداً، ...، إن إكتشاف واستخدام لقاح (MMR) قوبل بكثير من الترحيب والقبول كعلاج واقٍ نجح بشكل هائل في حماية ملايين الأطفال من الموت أو الإعاقة، غير أن هناك احتمالاً 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 MMR يؤدي إلى اضطرابات في الأمعاء والأعضاء الداخلية للجسم وهذا بدوره يؤدي ليس فقط إلى عجز في وظائف الأمعاء، لكن أيضاً في تدهور واضطراب نمائي لدى 12 طفلاً، 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 MMR؟

وللإجابة عن هذا السؤال نقول أن معظم الأبحاث والدراسات لا تؤيد الربط بين الاثنتين، إذ راجعت ودرجت كثير من الأبحاث عن العلاقة بين اللقاح MMR 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 تجد الباحثون زيادة كبيرة في عدد المصابين بالتوحد بعد البدء باستخدام برنامج التطعيم بلقاح MMR عام 1988، كل تلك الدراسات، وغيرها قدمت أدلة مقنعة تنفي العلاقة السببية بين لقاح MMR والتوحد.

(تأليف: لوراشريمان، ت.د. فاطمة عياد، 2010، 118-119)

#### 7-2-4- النظرية العصبية:

هناك عدة إصابات واضطرابات عدة في الدماغ تختلف في درجتها البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي، البعض منها قد يوصلنا إلى أعراض التوحد، ولكننا إلى الآن غير قادرين على الجزم بهذا، من هذه الإصابات:

- التشوهات الخلقية.
- العيوب الوراثية.
- نقص الأكسجين.
- الأدوية والسموم.
- الإصابات قبل وأثناء وبعد الولادة.
- التهابات الدماغ والسحايا.
- الولادة المبكرة الإضرارية. (هناك صندوق، 2012، 85، 86)

نستعرض فيما يأتي نظرة شاملة على ما تم التوصل إليه من الأسباب العصبية المسؤولة عن هذه السلوكيات.

المخ: ينقسم المخ إلى نصفين أيمن وأيسر بحيث يسيطر النصف الأيمن على الجانب الأيسر من حركة الجسم وبالعكس فيرتبط الجانب الأيمن بالموسيقى والفن والاستجابات الانفعالية الحادة والحدس والصور والتلخيص والإبداع والعواطف والإدراك البصري المكاني بينما يتخصص النصف الأيسر في معالجة وتحليل اللغة والمنطق والكلام والتتالي والوقت والتفاصيل والرياضيات (Gobriel, 2001) ويتعامل النصف الأيمن

مع الكليات بينما يتعامل يعانون من تخلف عقلي شديد ومجموعة من الأفراد مصابين بمتلازمة فراجيل، وتشير الدراسات إلى أن الخلايا العصبية في هذه الأجزاء أصغر حجماً وأكثر كثافة لدى من يعانون من اضطراب التوحد، وهذا بدوره يعني أنه وإن بدت اللوزية وقرن آمون بالشكل الطبيعي إلا أنهما لا يعملان بالشكل الصحيح وهناك اتفاق عام على هذا الموضوع لدى المختصين في مجال التوحد. (الزراع، 2014، 40)

#### - الفصان القذاليان:

يقع الفصان القذاليان في أقصى المؤخرة من الدماغ، وهذان الفصان مسؤولان عن المعلومات البصرية وتحليل الإبصار مثل الأشكال والألوان والحركة وهي ما يسمى أيضاً بالقشرة البصرية وحسبما ذكرت الشامي (2004) أن هذين الفصين لم يخضعا للدراسة نظراً لأن المعالجة البصرية للألوان والأشكال والتميز البصري سليمة لدى ذوي اضطراب التوحد. (الزراع، 2014، 41)

#### - المخيخ:

تذكر الشامي (2004) أن دراسات عديدة تناولت المخيخ عند ذوي اضطراب التوحد مثل دراسة كورتشيزني وزملائه (Courchesne, saito et al, 1994) وجود نسب ضئيلة من ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مخيخاً صغير الحجم وبخاصة في المناطق التي تعرف بالفصين 6 و 7 وفي دراسات أخرى وجد أن نسبة 12% من ذوي التوحد لديهم حجماً أكبر من الحجم الطبيعي في نفس الفصين، ومنه نستنتج من هذه الملاحظات والنتائج حول دراسات المخيخ أن الخلل الموجود في المخيخ يعيق قدرة ذوي اضطرابات النمو بشكل عام من تحويل الانتباه من شيء لآخر بسرعة كافية دون أن تفوته أية معلومة مماثلة أمامه. (الزراع، 2014، 41)

- **الفصان الجداريان Parietal Lobe:** يقع هذان الفصان خلف الفصان الأماميان من المنطقة العليا للدماغ والتي تحتوي على القشرة الحسية التي تعمل على معالجة المعلومات الحسية التي تتعامل مع الإحساسات الجلدية ونقوم بمعالجة اللغة أيضاً (Jenson, 2000) كما يعمل هذين الفصين بمعالجة ودمج جميع المعلومات الحسية والمكانية بالإضافة إلى الذاكرة اللفظية قصيرة المدى والقراءة والرياضيات (Kolb et Wishaw, 1989) وقد ورد في

إحدى الدراسات أن 43% من المصابين بطيف التوحد يعانون خلافاً في الفصين الجداريين الأماميين (Courchesne, press & yeung-courchesne, 1993) وتشير "الشامي" (2004) إلى أن العديد من الأفراد التوحديين يعانون من خلل في استقبال المعلومة الحسية ودمجها وعدم وجود اضطرابات في الفصين الجداريين، قد يدل ذلك على أن حدوث الخلل يتم في استقبال المعلومات الحسية قبل أن تنتقل إلى الفصين الجداريين.

- **الفصان الصدغيان Temporal Lobe**: للفصين الصدغيين عدة وظائف مهمة، فمساحة كل منهما صغيرة، من كل فص منهما (القشرة الصوتية) تقوم بتفسير المعلومات الصوتية وتقوم الفصوص الأخرى بوظائف أخرى من بينها الذاكرة والإدراك والأحلام، ويذكر قطامي وعدس (2002) إن إصابة الفص الصدغي قد تقود إلى الحبسة الكلامية وعدم القدرة على التذكر أو التعرف إلى صور قد درسوها قبل لحظات قليلة.

ويذكر "رايس وزملائه" (Freund, Reiss, Hagerman et Vinogradov, 1992) أنه وجد زيادة في حجم قرن آمون لدى مجموعة من الأفراد في النصف الأيسر مع الجزئيات بحيث يعملان سوية باتساق (Sprenger, 2002) وينقسم النصفين إلى أربعة فصوص، ومن خلال البحث العلمي ومشاهدة وتحليل سلوكيات ذوي الاضطرابات النمائية بشكل عام نجد أن بعض المصابين باضطرابات نمائية يعانون من انعكاسات في وظائف نصفي المخ حيث يتم تحليل المعلومات اللغوية لدى التوحديين على سبيل المثال في النصف الأيمن وهي من اختصاص النصف الأيسر لدى الأسوياء (الشامي، 2004، 1) والأمير نفسه ينطبق على مهارات المحاكاة (التقليد) ولكن ليس لدى كل الأفراد التوحديين بل بعضهم ممن تنمو لديهم المهارة اللغوية بعد سن الخامسة.

#### - **الفصان الأماميان Frontal Lobe**:

يقع هذان الفصان في الجهة الأمامية في مقدمة الدماغ حول الجبهة وتضم القشرة الحركية التي تسيطر على الحركة اللاإرادية وتتعامل أيضاً مع القرارات والتخطيط والإبداع وحل المشكلات والمحاكاة (Jensn, 2000) أم المنطقة الواقعة في مقدمة الجبهة والتي تسمى ما قبل المقدمة فهي منطقة هامة وتتعامل مع بعض الانفعالات والذاكرة والانتباه والتعلم (الزيمائي وآخرون، 2004)....، ومن خلال تحليل بعض الدراسات ونتائج البحث

العلمي اتضح أن الفصين الأمامين لأفراد توحيدين يبدوان طبيعيين من حيث الوزن والحجم.

(Corper, Courchesne et chisum, 1997)

ومع ذلك فإنه يوجد خلل واضح في الطريقة التي يعملان بها حيث أن الخلل يبدو في الطريقة التي ترتبط بها الخلايا العصبية بأجزاء أخرى للمخ بالإضافة إلى وجود نشاط كهربائي أقل من المستوى الطبيعي في الفصين الأماميين. (الزراع، 2014، 38)

#### 7-2-5- النظرية الصينية:

عرف الصينيون التوحد منذ أكثر من 2000 عام، وبدأوا بمعالجته عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين بالتوحد، هما ساعدهم 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 الطبية الصينية مختلفة ومثيرة للجدل مثل نظرية الكلى في مجال التوحد، حيث تنص أن الكلى عضو موجود منذ الولادة، بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة، وبناء على هذه النظرية فإن سبب التوحد بعد الولادة غالباً ما يكون تلفاً في الجهاز الهضمي كمشكلة في الطحال أو/و المعدة مما يمنع الجسم من امتصاص فيتامين (B6) وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور الدماغ وصيانتته.

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 الكلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين (B6) ونقصه يؤثر على بناء ونمو المخ فيولد الطفل مصاباً باضطراب وظيفي في المخ. (رابح شليحي، 2010، ب.ص)

#### 7-2-6- نظرية الاضطراب الأيضي:

أكد "ذيب" (2009) أن الجهاز الهضمي عند الأطفال التوحيدين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح الزوجة والمرونة أثناء العجين، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب وسيتدلون على ذلك من خلال إستفراغ الطفل المستمر

للحليب والاكزيما 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 والبكتريا الموجودة في المعدة.
  - زيادة الأفيون في المخ.
  - عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت.
  - النفاذية المعوية.
  - نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم. (أمينة بن خروف، 2012، 108)
- 7-2-7- نظرية التلوث البيئي:

ذكر "بيرنارد ريملاندر" (1995) "Bernard.R" 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 كل 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 والزنبق اللذان ثبتت علاقتها كعامل مسبب للإعاقة الذهنية، فضلا عن أول أكسيد ومركبات النتروجين الأخرى، ومركبات الكبريت وغيرها التي تنتج من احتراق وقود المازوت في المصنع وجد أن هناك مركبات مورفين Casomorphin وجيلوتومورفين Gluetumorphin 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 ألن فريدمان (Alen Fredman) وجود هذه المواد ذات طابع أفيوني، وأضاف بأن هناك مركبين آخرين وجدا في قراءات تحاليل البول هما دبلتورفين

و ديرومورفين 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 الإفيون لدى التوحديين حيث أن هذه المواد إما أنها تسبب التوحد 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 بانكسيب "Jakk pankespp" (1979) تنص على أن لدى التوحديين زيادة في مادة الأفيون المخدر دون إستخدام الأفيون ولإيضاح ذلك هناك ثلاث مستقبلات تتعامل مع المنحدر في المخ فإذا زاد المخدر عند الطفل تنتج عنه تصرفات لا يحمدها.

#### 7-2-8- نظرية العقل أو المعرفة:

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

ويذكر هالاهان وكوفمان (2006) Hallahan et kauffman " 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؛ والمشاعر؛ والمعتقدات؛ 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 ذوو 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)

خلاصة:

يعد التوحد "Autism" أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلهم الاجتماعي وعمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع، حيث استرعى اضطراب التوحد اهتمام المختصين والباحثين النفسيين إلا أن المحاولات الجادة سبر أغوار هذه الفئة والإتيان بحلول تقلل من حدة الأعراض وتأخذ بيد المتوحد ما زالت جد محدودة، وهذا الشدة غموضه وغرابة أنماط السلوك المصاحبة له ولا يتوقف تأثير اضطراب التوحد على الطفل فقط وعلى جوانب حياته المختلفة بل يؤثر ويمتد إلى الوالدين والأسرة ككل.

الجمانبا

النطيفي

# الفصل الرابع الإطار المنهجي

- 1- الدراسة الإستطلاعية.
- 2- الدراسة الأساسية.
- 3- منهج الدراسة.
- 4- عينة الدراسة.
- 5- حدود الدراسة.
- 6- أدوات الدراسة.

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة إستكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لإرتباطها المباشر بالميدان مما يضيفي صفة الموضوعية على البحث. (مصطفى عشوي، 1994، 135) كما لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة أسئلة دليل المقابلة وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة وصياغتها.

(مجدي عزيز، 1981، 187)

ولقد قمنا بالدراسة الاستطلاعية بالمركز النفسي البيداغوجي للاطفال المتخلفين ذهنيا بولاية المسيلة، وذلك للتأكد من وجود افراد مجموعة البحث وكان الإستقبال يوم: 2015/02/03 إلى غاية 2015/02/06.

### 2- الدراسة الأساسية:

كانت الدراسة الأساسية بالمركز النفسي البيداغوجي للاطفال المتخلفين ذهنيا بولاية المسيلة، الذي أنشئ بموجب المرسوم رقم: 80-59 المؤرخ في 8 مارس 1980 والمتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية والمراكز المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين في 19/09/1990.

### 3- منهج الدراسة:

المنهج هو مجموعة منظمة من العمليات تسعى لبلوغ هدف.

(موريس انجرس، 2004، 99)

ويعد المنهج العيادي أحد المناهج المهمة والأساسية في مجال الدراسات النفسية، ولقد اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا وموضوع الدراسة من جهة، ولفردانية الحالات من جهة أخرى.

ويعرفه "D.Lagache" (1949)، المنهج العيادي على أنه: تناول السيرة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك التعرف على بنيتها وتركيبها، كما يكشف الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها.

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول إلى الحقيقة الظاهرة والكشف عنها، وبما أن موضوع البحث هو الذي يحدد المنهج المناسب له فإن موضوع

بحثنا يدور حول "الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أب الطفل التوحيدي"، وحتى نصل إلى تشخيص هذه الظاهرة لابد أن نغوص في أعماق شخيصة الآباء الأطفال التوحيديين وبالتالي فإن موضوع بحثنا يفرض علينا إتباع المنهج العيادي في دراستنا والذي يعرفه "Witmen" بأنه: "منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص أشخاص عاديين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل إستخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاتتهم وقصورهم". (حسن مصطفى عبد المعطي، 2005، 31)

#### 4- عينة الدراسة:

##### -مواصفات العينة:

تم اختيار أفراد العينة بالمواصفات التالية:

- أن يكون أفراد العينة آباء لأطفال توحيديين.
- أن يكون أفراد العينة آباء لأطفال توحيديين تم تشخيصهم وفقا لمقياس تشخيص التوحد أو من طرف أخصائيين.

##### -اختيار العينة:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من جمعية الطفل المتوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة/المسيلة، والباحثة بصفتها عضوة مشاركة في هذه الجمعية، تم إختيار 5 آباء لأطفال ذاتويين والذين توفرت فيهم شروط العينة، ولقد تم اختيار آباء الأطفال المتوحيدين المواظبين على الحضور بانتظام في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بولاية المسيلة ولذلك لهدف متابعة أبنائهم التوحيديين والتكفل بهم ضمن مصلحة الفحص الخارجي للعلاج النفسوحركي (Psychomotrice) تحت إشراف المعالج النفسي السيد مهدي مبارك.

وكان اختيار آباء الأطفال التوحيديين بشكل قصدي، وتستخدم العينة الغرضية عموما في الدراسات الاستطلاعية التي تتطلب القياس، أو اختيار فرضيات محددة، و خاصة إذا كان مجتمع البحث غير مضبوط الأبعاد، وبالتالي لا يوجد إطار دقيق يمكن من اختيار العينة عشوائيا، ففي مثل هذه البحوث يلجأ الباحث لاختيار مجموعة من الوحدات تلائم أغراض بحثه، ويسمى هذا النوع من العينات بالعينة القصدية أو الغرضية. مجموعة بحثنا تتكون من 5 حالات وهم آباء أطفال توحيديين.

تقديم العينة:

الحالات	السن	المستوى الدراسي	جنس الطفل	عمر الابن	سن اكتشاف الاضطراب
أب "A"	45	ثالثة ثانوي	أنثى	8 سنوات	السنة الأولى
أب "B"	48	ثالثة ثانوي	أنثى	6 سنوات	عامين ونصف
أب "C"	41	ثالثة ثانوي	أنثى	8 سنوات	7 سنوات
أب "E"	37	ثالثة ثانوي	ذكر	4 سنوات	عامين
أب "F"	40	أستاذ جامعي	ذكر	4 سنوات	عامين ونصف

جدول (01): خصائص مجموعة البحث

5- حدود الدراسة:

5-1- الحدود البشرية:

تتمثل عينة البحث في (05) آباء لأطفال توحديين

5-2- الحدود المكانية: المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بولاية المسيلة.

5-3- الحدود الزمانية: من 2015/04/05 إلى 2015/04/23.

6- أدوات الدراسة:

تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تم الإستعانة بالأدوات التي تخدم موضوع الدراسة والمتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة مقياس المواجهة (Coping) لـ Paulhan، واختبار الرورشاخ إكسندر.

6-1- المقابلة العيادية النصف موجهة:

المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث العيادي للإتصال مع المفحوص، ونعني بالمقابلة العيادية تبادل الأقوال بين الفاحص والمفحوص، وعلى الفاحص أن يكون ذو أذن صاغية ويسهل دائما الكلام آخذا بعين الاعتبار الإتصال غير الشفوي. (Chilland collette, 1989, 22)

والمقابلة العيادية أنواع بحيث اعتمدنا في بحثنا على المقابلة العيادية نصف موجهة حيث يعرفها "بركات خليفة محمد" على أنها: "تلك المقابلة التي تعتمد على دليل للمقابلة والتي ترسم خطتها بشيء من التفصيل وتوضع لها تعليمة محددة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيها تحدد الأسئلة وصياغتها وترتيب توجهها وطريقة إلقاءها، بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن التكلف.

(بركات خليفة محمد، 1976، 126)

ولإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة وضعناها في صورة دليل للمقابلة الذي يحتوي على محاور بحيث كل محور يضم مجموعة من الأسئلة وذلك لجمع أكبر معلومات حول الطفل التوحدي وعن الحالة النفسية للأب وعلاقته مع الطفل وزوجته والعائلة ككل وهي:

المحور الأول: بيانات عامة حول الطفل التوحي.

المحور الثاني: الحالة النفسية للأب قبل وعند إكتشاف الاضطراب.

المحور الثالث: تعامل الأب مع الوضعية.

المحور الرابع: الحياة العلائقية.

المحور الخامس: نظرية المستقبلية للأب.

#### 6-2- مقياس المواجهة (Coping) لـ: Paulhan:

تم بناء مقياس المواجهة من طرف (Lazarus et folkman) (1984) والذي تألف من (67) بندا وشمل خطوات عمله حول صدق المقياس إستجواب (100) فرد كل شهر ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجية الأكثر استعمالا لمواجهة تلك الوضعية، وكشفت نتائج التحليل عن وجود (08) سلالمة تتضمن كل واحدة منها عدة بنود وهي:

- حل المشكلة.
- روح المواجهة.
- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- التأنيب الذاتي.

- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التحكم في الذات.

وبعدها قام فيتاليانو "Vitaliano" وآخرون (1985) بإقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس وتتكون من (42) بنداً، وكشف التحليل العاملي عن وجود خمس سلال فرعية تتمثل في:

- حل المشكل.
- التائب الذاتي.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التجنب.

بعدها قام كل من "Paulha"، "Naissier"، "Quintard"، "Bourgeoi" (1994) "Lousson" بتكييف النسخة المختصرة لـ "Vilaliano" وآخرون (1985) مع البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على (29) بند وكان الهدف هو البحث عن فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط، توتر) وتوضيح انواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية وذلك وفق خطوات التكيف التالية:

- ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة Bordeaux، تم تطبيقه على عينة مكونة من (50) راشداً من طلاب وعاملين من الجنسين وتراوحت أعمارهم ما بين 20-35 سنة.

- تأخذ بنود الاختبار بعين الإعتبار، محور عام للمواجهة يضم استراتيجيات متمركز حول المشكل وأخرى متمركزة حول الانفعال.

- تعكس بنود المقياس (05) مستويات للمواجهة مكونة الصورة النهائية لسلالم المقياس، وياتباع نفس التعليمات وإستعمال التحليل العلمي تم التوصل إلى النتيجة التالية:

- حل المشكل.
- التجنب مع التفكير الإيجابي.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- إعادة التقييم.

(Palhan et dautre, 1994, 295)

• التأنيب الذاتي

### 6-2-1- كيفية التطبيق:

يطبق مقياس (Paulhan) بصفة فردية أو جماعية مع إتباع التعليمات التالية:

- وصف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة.
- تحديد الإنزعاج الذي سبب الموقف هل هو منخفض أو مرتفع أو متوسط.
- الإشارة بالعلامة (x) إلى الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة الموقف، علما أن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند (1) إلى البند (29).
- ويجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) احتمالات وهي نعم، إلى جد ما، لا، إلى حدما، حيث يضم هذا المقياس (05) مستويات وكل مستوى على عدد معين من البنود كما يلي:

• إستراتيجيات حل المشكل وتضم (08) بنود وهي (1-4-6-13-16-18-24-27).

• استراتيجيات التجنب وتضم (07) بنود وهي: (7-8-11-17-19-22-25).

• إستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي وتضم (05) بنود وهي: (3-10-15-21-23).

• إستراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي وتضم (05) بنود وهي: (2-5-9-12-28).

• إستراتيجيات التأنيب الذاتي وتضم (04) بنود وهي (14-20-26-29).

### 6-2-2- كيفية التقيط:

يتم التقيط وفق سلم متدرج من (01) إلى (04) إذ تمنح:

- نقطة إذا كانت الإجابة (لا).
- نقطتين إذا كانت الإجابة (إلى حدما لا).
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة (إلى حدما نعم).
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة (نعم).

وهو تقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من (04) إلى (01).

ولقد تم التأكد من صدق وثبات هذا المقياس من طرف العديد من الباحثين الذين إستعملوه في البيئة العربية، والبيئة الجزائرية من بينهم وبعاقيبة نبيلة في رسالة ماجستير (2002) تحت عنوان "الضغط المهني عند المدربين وعلاقته بإستراتيجيات المقاومة وبتقدير الذات".

ودراسة دعو سميرة وشنوفي نورة في مذكرة ماستر (2012) تحت عنوان "الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي".

### **6-3- إختبار الرورشاخ إكسندر "Rorschach Exner".**

النظام المدمج والمتكامل هو أسلوب المعيشة يتطور باستمرار على اتصال مع الواقع السريري من جهة، وأعمال الباحثين من جهة أخرى.

الطبعة الخامسة لرورشاخ ورك بوك (Rorschach Workbook for the comprehensive system) نشر في (2001) يقدم تحديثا للتقنيات الإدارية والتنقيط لرورشاخ إكسندر في النظام المدمج (متكامل) هذه الترجمة الحديثة تعكس بأمانة كل التغيرات وستسمح للممارسين اللغة الفرنسية لمواكبة الممارسات السريرية العيادية والأبحاث. (Anne Andronikof, 2001, 5)

### **خطوات تطبيق الاختبار:**

لقد وجدنا أنه من الأحسن تطبيق إختبار الرورشاخ إكسندر قبل إجراء المقابلة العيادية نصف الموجهة، و هذا حتى تكون المعطيات الإسقاطية معبرة حقيقة على الحياة الداخلية للمفحوص دون تدخل متغيرات أخرى بما أن الأسئلة نصف الموجهة ترتبط مباشرة بموضوع الدراسة.

بعد اللقاء مع الآباء وحصولنا على موافقتهم للمشاركة كعينة في بحثنا، قمنا في الحصة اللاحقة بتطبيق الاختبار في مكتب الأخصائية النفسية التابع للمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المتخلفين ذهنيا بولاية المسيلة، وقمنا بإعداد الاختبار فوق المكتب مع وضع اللوحات مقلوبة ومرتببة من الأولى حتى العاشرة حتى يسهل تقديمها للمفحوص، كما تم تحضير أوراق لتدوين الإجابات وقبل مباشرة إجراء الاختبار خصصنا بعض الوقت للإستماع للإستفسارات الآباء حول هذا الاختبار: ما وظيفته؟ ماذا يقيس؟ مع تفادي وضعية الجلوس وجها لوجها بل تكون الوضعية جنبا لجنب.

بعد الإجابة عن أسئلتهم قمنا بإعطاء التعليلة المفتوحة: سوف أريك عشر لوحات، عليك أن تقول لي واش هذا يقدر يكون "Qu'est ce que cela pourrait être"، ولقد تمت صياغتها بصفة مكيفة بالعامية، واستغرق تمرير الاختبار بما فيه التحقيق 45 دقيقة، ومن ثم اتبعنا مراحل الإجراء المختلفة والمتمثلة في:

#### **التمرير التلقائي للوحات: Passation**

أين سجلنا الإجابات كما صدرت من طرف المفحوص دون أن ننسى تسجيل وضعية اللوحة أثناء الإجابة عادية ٨، مقلوبة ٧ جانبية (< >)، ولا تقبل من المفحوص أكثر من 5 إجابات لكل بطاقة.

#### **التحقيق L'enquête:**

بعد الانتهاء من تمرير اللوحات العشر إنتقلنا إلى المرحلة الثانية المتمثلة في التحقيق، وهو عبارة عن إستقصاء لطبيعة الإجابة المعطاة في المرحلة الأولى من حيث المكان La localisation: وبين شافها في الجزء أو الكل.

ثانيا المحددات: واش من عنصر في البطاقة حددنا الإجابة (الشكل، اللون، التظليل).

ثالثا المحتوى: واش هو نوع الإجابة (حيوان، إنسان، شيء نبات... إلخ)، مستخدمين في ذلك التعليلة التالية: "سأعيد الآن تمرير اللوحات دون الإطالة، راني نحب نشوف الحوايج لشفتهم أنت، و نتأكد بلي شفتهم كما أنت، وواش إلي خلاك تشبههم لهذيك الحاجة؟"

هدف التحقيق: هو السماح بالتنقيط الجيد، ما الذي أدركه الفرد (أي يشوف الفاحص كما شاف المفحوص).

أن يرى الفاحص ما رآه المفحوص في جميع اللوحات.

# الفصل الخامس

## عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- نتائج محاور المقابلة العيادية نصف موجهة.

1-1- المحور الأول: بيانات خاصة بشخصية الأطفال التوحديين.

1-2- المحور الثاني: الحالة النفسية للأب قبل وبعد اكتشاف التوحد.

1-3- المحور الثالث: الحياة العلائقية مع الطفل المتوحد.

1-4- المحور الرابع: النظرة المستقبلية للأب.

1-5- المحور الخامس: مواجهة ضغط إصابة الطفل بالتوحد.

2- نتائج مقياس (Coping) .

2-1- الحالة (A).

2-2- الحالة (B).

2-3- الحالة (C).

2-4- الحالة (E).

2-5- الحالة (F).

3- نتائج المقياس لكل الحالات الخمس.

3-1 التعليق على نتائج اختبار رورشاخ اكسندر و إستراتيجيات المواجهة لدى

أباء الأطفال المتوحدين.

4- الاستنتاج العام.

4-1 اقتراحات وتوصيات.

### 1- نتائج محاور المقابلة العيادية نصف موجهة

لقد تم الإعتماد في هذا البحث على المقابلة العيادية نصف موجهة لـ 5 آباء لأطفال توحديين، بهدف الوصول إلى حقيقة أو جمع أكبر قدر ممكن من البيانات الخاصة بالطفل و الأب تسعى الباحثة لمعرفة، هذه المقابلة لم تقتصر على التبادل اللفظي فقط بل استخدمت تغيرات الوجه، نظرات العيون، الإيماءات و السلوك العام.

#### 1-1- المحور الأول: بيانات خاصة بشخصية الأطفال التوحديين

جدول رقم (03): يبين محور البيانات الخاصة بشخصية الطفل التوحدي

الإسم	السن	المستوى الدراسية إذا كان متمدرسا	سن اكتشاف التوحد	رتبته بني الأخوة
أميرة	8 سنوات	x	7 سنوات	01
أمير	4 سنوات	x	2 ونصف	02
حنين	6 سنوات	السنة الأولى ابتدائي: لمدة 3 أشهر ثم فصلت	2 ونصف	03
إسلام	4 سنوات	x	2 ونصف	01
لين	8 سنوات	x	3 أشهر	02

#### التعليق على الجدول:

هذا الجدول يبين بيانات خاصة بالأطفال التوحديين حيث أدرجنا في الجدول أسماء الأطفال التوحديين، حيث كانت أعمارهم متباينة، أصغرهم عمره 4 سنوات و أكبرهم عمره 8 سنوات، أغليبيتهم لم يتمدرسوا في المدارس العامة، إلا حالة حنين التي تم فصلها بعد ثلاثة أشهر من دخولها المدرسة بحجة أنها غير عادية و تعاني من فرط النشاط الزائد مما يؤدي الى عرقلة باقي التلاميذ و هذا من وجهة نظر المدير و المعلمة ، أما بالنسبة لإكتشاف إصابة الطفل بالتوحد فقد اختلف من حالة لأخرى، إلا أن كل من أميرة، حنين وإسلام فقد اكتشفت إصابتهم بالتوحد في نفي العمر، و تباينت رتبهم بين إخوتهم، فمنهم من هو الإبن الأول كحالة الإبن إسلام و أميرة، ومنهم من هو الإبن الثاني كحالة أمير و لين، و الرتبة الثالثة للطفلة لحنين بين إختوها.

- بيانات خاصة بشخصية آباء الأطفال التوحديين

جدول رقم (04): يبين محور البيانات الخاصة بشخصية آباء الطفل التوحدي

الاسم	السن	م.الدراسي	المهنة الأب	مهنة الأم	م.الدراسي للأب	عدد الأولاد	مكان السكن	الحالة الاقتصادية	نوع السكن
(A)	45	3 ثانوي	موظف بالولاية	-	3 ثانوي	3	مدينة	ضعيفة جدا	مستقل
(E)	37	3 ثانوي	تاجر	موظفة	جامعية	1	مدينة	متوسطة	مع العائلة
(B)	48	3 ثانوي	موظف بالولاية	-	الرابعة متوسط	3	مدينة	متوسطة	مستقل
(F)	41	جامعي	أ.جامعي	أ.جامعية	جامعية	2	مدينة	عادية	مستقل
(C)	41	3 ثانوي	تاجر	-	2 ثانوي	2	مدينة	عادية	مستقل

التعليق على الجدول :

هذا الجدول يبين بيانات خاصة لشخصية 5 آباء لأطفال توحديين، حيث شملت على أسماء ممثلة بحروف لاتينية وهذا لسرية وخصوصية كل حالة وكذلك عمر كل حالة، حيث كان أصغر سن هو 37 سنة و أكبرهم 45 سنة، وكذلك احتوي على معلومات تخص مستواهم الدراسي الذي تراوح ما بين مستوى السنة الثالثة ثانوي والمستوى الجامعي لكل من الأب والأم، كما احتوى هذا الجدول على عدد الأولاد في كل أسرة وكذا الحالة الاقتصادية للآباء و نوعية السكن.

1-2- المحور الثاني: الحالة النفسية للأب قبل وبعد اكتشاف التوحد:

جدول رقم (05): يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
40	2	نعم عادي
60	3	لا غير عادي
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا ب "لا غير عادية" على هذا السؤال المتعلق بالحالة النفسية للأب قبل و بعد اكتشاف التوحد، وهذا يدل على عدم تقبلهم للوهلة الأولى اصابة طفلهم بمرض التوحد وتبين النسب المئوية أكبر نسبة كانت لمن أجابوا ب "لا غير عادية" أي خبر تشخيص التوحد عاشه أفراد مجموع البحث الأب (B) و الأب (F) و الأب (E)

كصدمة غير متوقعة، جعلتهم في حالة ذهول وعدم القدرة على التصديق أو الاستجابة للموقف الصادم، عكس حالة الأب (A) و الأب (C)، اللذان تقبلتا بأن ابنهما مصاب باضطراب التوحد، ولم تتأثر حالتها النفسية بعد إكتشاف مرض طفليهما.

- كيف كان ابنك قبل أن تكتشف أنه مصاب بالتوحد؟ كيف بدأت تلاحظ بأنه مختلف عن باقي الأطفال؟

جدول رقم (06): يمثل نتائج الإجابة على سؤال الثاني في المقابلة نصف موجهة.

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
80	4	نعم عادي
20	1	لا غير عادي
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا ب "نعم" (عادي) على هذا السؤال المتعلق بالحالة الصحية لابن قبل أن يكتشف أنه مصاب بالتوحد، وهذا يدل على أن أعراض اضطراب التوحد تظهر قبل نهاية ثلاث سنوات الأولى، أي أنه يولد مثل أي طفل عادي، وتبين النسب المئوية أكبر نسبة كانت لمن أجابوا "بنعم"، أي وُلد الطفل في ظروف عادية لكن بعد عامين ونصف تقريبا ظهرت أعراض الاضطراب أهمها اضطراب في اللغة، اضطراب في السمع وعدم التواصل وتضم مجموعة البحث، الحالة (B) و (F) و (c) و (E)، بينما الحالة (A) فكانت عكس إجابات الحالات السابقة، وهذا راجع إلى أن ابنه الحالة (A) مصابة بمرض آخر يسمى (R.T.S) (Rubinstier Taybi Syndrome)، وقد ظهرت أعراض المرض منذ الولادة، أهمها ضعف جسدي، غثيان Un retard psychomoteur.

- متى اكتشفت أن طفلك يعاني من التوحد؟

جدول رقم (07) يمثل نتائج الإجابة على السؤال الثالث في المقابلة نصف الموجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
20	1	منذ الولادة
60	3	بعد سنتين
20	1	7 سنوات
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا على هذا السؤال المتعلق بسن الطفل لحظة تشخيص مرض التوحد أي أن كل من الأب (F) والأب (B) والأب (E) اكتشفوا أن أطفالهم يعانون من اضطراب التوحد بعد عامين ونصف بالتقريب وهم الذين يمثلون النسبة المئوية الأكبر، بينما الحالة (A) فقد ظهرت أعراض المرض لدى ابنته منذ 3 أشهر من ولادتها، وهذا ما يفسر وجود مرض آخر مصاحب لاضطراب التوحد يسمى (RTS) وهو شبيه باضطراب التوحد، أما حالة الأب (C) فقد اكتشف بأن ابنته مصابة باضطراب التوحد عندما بلغت 7 سنوات.

- من أخبرك بذلك ؟

جدول رقم (08) يمثل نتائج الإجابة على سؤال من الذي أخبر أفراد مجموعة البحث بتشخيص اضطرابهم.

المختصين الذين شخّصوا مرض التوحد	الحالات
Le professeur didier la can بفرنسا	الأب (A)
دكتور "رباح" في ولاية برج بوعريريج	الأب (B)
المختصة النفسية لوصيف صارة وبوساق ليلة	الأب (C)
المختص النفسي "فلاحي"	الأب (E)
دكتور تفاحي un Psychiatre	الأب (F)

وكيف كان رد فعلك؟

جدول رقم (09) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
20	1	رد فعل عادي
80	4	رد فعل غير عادي
100	5	المجموع

التعليق على الجدولين:

أغلبية مجموعة البحث كانوا قد أجابوا على هذا السؤال المتعلق بردة فعل الآباء نحو تشخيص مرض أطفالهم بالتوحد، من طرف الأخصائي النفسي وأطباء الأعصاب وأخصائي النطق وهذا يدل على ردت فعل غير عادية لدى الآباء عند تلقيهم خبر التشخيص عن إصابة ابنائهم باضطراب التوحد، ويظهر هذا في إجابة الأب (B) حيث قال: "أول تشخيص كان في البرج عند طبيب أعصاب "د.رباح"، كيجاني الخبر مفهمت والو حسيت روجي مودر، جاتني كشغل صدمة".

وكانت إجابة الأب (F) حيث قال: أول تشخيص كان على يد طبيب أعصاب "تفاحي"، في الوهلة الاولى ما حسيتش بالمشكلة لكن لما قريت على هذا المرض حسيت بانني

## الفصل الخامس ..... عرض ومناقشة نتائج الدراسة

نواجه مشكله صعبة، قعدت أنا وزوجتي مدة شهرين نبحثوا ونقرأو عن هذا المرض وكيفاش نعالجوه.

وأقل نسبة كانت لمن أجاب بردت فعل عادية وهو أب لطفلة توحديّة (C) وهذا يدل على أنه يتعامل مع طفلة توحديّة بطريقة عادية، أي يراها كالأطفال الآخرين.  
- في رأيك ما هو سبب اصابة ابنك بالتوحد؟

جدول رقم (10) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسب المئوية	التكرار	إجابات
20	1	الأب (A) خلل جيني
20	1	الأب (B) العين
20	1	الأب (C) مرض الصرع
20	1	الأب (E) قرنية مجروحة مرض العيون
20	1	الأب (F) التطعيم الثلاثي
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

تباينت إجابات مجموعة البحث الذين أجبوا على هذا السؤال المتعلق بسبب اصابة ابنائهم باضطراب التوحد، وهذا ما يؤكد نتائج الدراسة والأبحاث على أن السبب الرئيسي للتوحد لا يزال مجهول لحد الساعة.

يبين النسب المتباينة بين إجابات مجموعة البحث، وكل أب لطفل توحدي أرجع سبب مرض إبنه إلى مرض آخر سبق اضطراب التوحد.

1-3- المحور الثالث: الحياة العلائقية مع الطفل المتوحد:

- كيف هي علاقتك مع طفلك؟

جدول رقم (11) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
60	3	قوية
40	2	عادية
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا بنعم (علاقة قوية) على هذا السؤال المتعلق بكيفية علاقة الأب وطفله المتوحد، وهذا يدل على العلاقة الوطيدة بينهما وهي طريقة دفاعية يمر بها الآباء من لحظة تشخيص طفلهم، أي لحظة الصدمة والإنكار إلى غاية التقبل، وقد تبني أفراد مجموعة البحث أسلوب أو مرحلة المثلثة (Idialisation)، أي يكرسون كل الجهود النفسية والجسدية والمالية وكل الوقت لإبنهم التوحيدي فهم يرون فيه الابن الثالث". بينما أجابت الأب (B) حيث قال: "الطفلة ما يله لأمها بزاف بصح لما كبرت تحسنت علاقتي بها وعدت نخرجها معايا" وإجابة الأب (C) حيث قال: "تتعامل معها كما الأولاد الآخرين بطريقة عادية، لأنني أرى فيها طفلة طبيعية".

- هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك لإصابته بالتوحد؟

جدول رقم (12) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
0	0	نعم
100	5	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

جميع افراد مجموعة البحث أجابوا بـ "لا" على هذا السؤال المتعلق بتغير العلاقة بعد إكتشاف إصابة أبنائهم بالتوحد، وهذا يدل على عدم تأثير إكتشاف الإصابة

باضطراب التوحد على طبيعة العلاقة الثنائية أب/ابن، وهذا ما يفسر على أنهم لم ينكروا المرض ولا وجود طفل توحيدي في حياتهم، بل تعاملوا مع الموقف على أنه حقيقة لا مفر منها، حيث يقول أحد الآباء (A): "لا متغيرتش علاقتي بها هادي بنتي وما نخليهاش"، أما الأب (B) قال: "أولادي نحبهم كما راهم بصح ابنتي تحتاج أكثر للحب والإهتمام".  
والأب (F) يقول: "لم تتغير بل بالعكس أصبح تفكيري كلوا هو البحث عن طريقة باش يبرا إبني، رايح نكمل نبحت وما نحبسش حتان نلقى علاج ويبيري ابني إنشاء الله".

- هل تعامله بنفس طريقة تعاملك مع اطفالك الآخرين؟ ولماذا؟

جدول رقم (13) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
40	2	نعم
60	3	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابو ب لا على هذا السؤال المتعلق بمعاملة الأب لطفله التوحيدي بنفس معاملة أولاده الآخرين، وهذا يدل على صعوبة التكفل بان مصاب بالتوحد مما يستدعي تضافر كل الجهود لمساعدته، حيث يقول الأب (A): "يتحتم عليا اني نعاملها بطريقة خاصة وتخصص لها رعاية خاصة، مما يؤدي إلى بعض الحساسية بين ابنائي".

أما الأب (F) فيقول: "صعوبة المرض تحتم علينا أننا نتعامل معه بطريقة خاصة، صح راني مقصرين اتجاه أخته، لكن الله غالب".

تبين النسب أقل نسبة كانت للحالة الأب (C) الذي قال: "نعامل ابنتي بنفس طريقة خاوتها ماكانش فرق، لأنني أرى فيها طفلة طبيعية، أما الأب (E) فقد أنجب طفل واحد وهو إسلام".

- هل تغيرت علاقتك مع زوجتك بعد إصابة ابنك بالتوحد؟

جدول رقم (14) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
40	2	نعم
60	3	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا بـ "لا" على هذا السؤال المتعلق بالمعاش النفسي والعائلي بين الأب وزوجته بعد اكتشاف إصابة ابنهما بالتوحد وهذا يدل على تعاونهما في مواجهة هذا المشكل كما يقول الأب (A): "لم تتأثر علاقتي مع زوجتي لكن المجهود الذي نبذله ليس بالأمر الهين وخاصة مع وجود اضطراب كالتوحد"، وتبين النسب أقل نسبة كانت لمن أجابوا بنعم حيث أكدوا على حصول تغيير عائلي بين الأب و الأم بعد اكتشاف إصابة ابنهما، ويقول الأب (B) "حنا نعانيو من الضغط الكبير وخاصة أمها بالنسبة ليها تحوس حل سحري باش تبرا بنتها، ماهيش صابرة، وإلي قلقتي بزاف هو ما نعرفش سبة المرض وما كانت دواء لهذا التوحد". أما الأب (F) فقال: "رانا نتعاملوا مع اضطراب صعيب ومعقد، أنا وأم ابني واقفين على قدم وساق، نجربوا كل شيء نسمعوا بيه لعله ربي يجيب الشفاء من عنده، لكن الضغط إلى نعانيو منه كبير بزاف، زوجتي عادت مكتتبة وحزينة، صبح مرض ابني هاجس نخموا فيه ليل ونهار".

- هل تغيرت علاقتك بعائلتك والجيران والأصدقاء بعد أن علمت أن ابنك مصاب بالتوحد  
جدول رقم (15) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
40	2	نعم
60	3	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلبية مجموعة البحث أجابوا بـ لا على هذا السؤال المتعلق بتغير علاقات آباء الأطفال التوحديين مع الأهل والجيران والأصدقاء، وهذا يدل على عدم تأثير اكتشاف الإصابة بمرض التوحد للطفل على طبيعة العلاقات الأسرية والاجتماعية بدرجة كبيرة، وتبين النسبة الأقل كانت لمن أجابوا بنعم حين أكدوا على حصول تغيير في علاقاتهم الأسرية أو الاجتماعية، حيث يقول أب الطفل التوحدي (E): "نظرة المجتمع ما ساعدتنيش، والناس ما ترحمش، بزاف قالوني ابنك ماهوش مريض، انت برك مدللوا، ولاراه عقون"، أما أب الطفل التوحدي (F) قال: "واحد ماعوني ولا حتى بنصيحة، لقيت روجي وحدي، وتوكلت على ربي ثم اعتمدت على نفسي ولحد الساعة وأنا نبحت عن حلول ومانيش حابس.

#### 1-4- المحور الرابع: النظرة المستقبلية للأب

- هل تعتقد أن العناية بابنك ستكون أصعب في المستقبل؟ هل أنت قلق على مستقبل بسبب مرضه؟

جدول رقم (16) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
0	0	نعم
100	5	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

جل إجابات مجموعة البحث أجابت بنعم على هذا السؤال المتعلق بصعوبة العناية بهذا المرض مستقبلاً، والقلق عن مصير هذا الطفل التوحدي، وهذا ما يؤرق آباء الأطفال التوحديين ويزيد من درجة قلقهم، فهم يواجهون اضطراب غامض ومعقد ولا يزال قيد البحث عالمياً، حيث قال أب لطفلة توحدية أثناء المقابلة: "ولي مقلقني بزاف هو التخمام عن مستقبلها، وزاد الضغط كما ما عرفت سبة المرض ولا دواه"، أما أب الطفلة التوحدية (A) قال: "أكيد أنا مقلق على مستقبل بنتي وهذا لمخوفني، خاصة في حالة توفيت وبين راه مصيرها، كيفاش تدير، واش كون ليتها فيها".

- هل تلقيت المساعدة والدعم في الاعتناء بابنك المتوحد؟

جدول رقم (17) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسبة المئوية	التكرار	الإجابة
0	0	نعم
100	5	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

مجموعة البحث أجابت بـ "لا" على هذا السؤال المتعلق بالدعم والمساندة، وهذا يدل على أن مجموعة أفراد البحث لم تتلقى الدعم لا من قريب ولا من بعيد لمساندتها من أجل التكفل بالطفل التوحدي، لا يوجد مراكز خاصة بالأطفال التوحديين، بحيث تأوي الأطفال التوحديين الذين طردوا من المدارس الابتدائية بحجة أنهم غير عاديين أو أن لهم سلوكيات عدوانية أو غير طبيعية أو حتى يعانون من فرط النشاط الزائد (ADHD) ويقول أب لطفل توحدي (A): الدعم الوحيد الذي ساندي هو الدعم الافتراضي، أتواصل مع كل البلدان الأوروبية، ونحن نجتهد في هذه الجمعية الولائية لتحقيق وإيجاد حلول مؤقتة أو على المدى الطويل للتكفل بأطفالنا".

- هل تعتقد أنه سيعيش حياة عادية ويحقق الإستقلالية؟

جدول رقم (18) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسب المئوية	التكرار	
100	5	نعم
0	0	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

جميع أفراد مجموعة البحث أجابوا بنعم على هذا السؤال المتعلق بإمكانية أن يعيش أطفالهم التوحديين حياة عادية ويحققون الاستقلالية، وهذا يدل على إيمانهم القوي وعدم إستسلامهم للظروف الصعبة، حيث يقول الأب (A): "أتمنى حدوث ذلك، ومع هذا فإني لن استسلم ونكمل نبحث عن حلول، حتى وان حققت درجة بسيطة من التحسن بالنسبة ليها هو إنجاز، لكن بالنسبة ليا مازلت نتمنى من عند ربي أكثر، ليتمنى خير من إلي يستنى، صح لحد الساعة ما كانش علاج باين، لكن كاين شفاء من عند الله".

- هل تفكران في إنجاب المزيد من الأطفال؟ ولماذا؟

جدول رقم (19) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسب المئوية	التكرار	
80	4	نعم
20	1	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

اغلبية مجموعة البحث اجابة ب نعم على هذا السؤال المتعلق بانجاب المزيد من الأطفال وهذا يدل على أن الآباء يرون أنه من الضروري انجاب أطفال آخرين يعتبرون سند وحماية مستقبلا للطفل التوحدي ومع ذلك لا يجب انكار جزء كبير من الخوف في حالة ما إذا ولد المزيد من الأطفال التوحديين أو من ذوي الاحتياجات الخاصة.

1-5- المحور الخامس: مواجهة ضغط إصابة الطفل بالتوحد

- هل سبب لكل إصابة ابنك بالتوحد ضغطا نفسيا؟ كيف ذلك؟

جدول رقم (20) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسب المئوية	التكرار	
60	3	نعم
40	2	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول:

أغلب مجموعة البحث أجابوا بنعم على هذا السؤال المتعلق بمواجهة ضغط إصابة الطفل بالتوحد، وهذا يدل على مدى صعوبة ومواجهة وجود طفل توحيدي داخل الأسرة وعدم المقدرة على تحمل الأعباء المادية ومصاريف التنقل، حيث يقول أب الطفل التوحيدي (A): بالطبع عانيت من ضغط نفسي وضغوط مادية وأنا ملزم على مواجهة هذه الوضعية وأتحمّل أعبائها".

وتبين النسبة الأقل كانت لمن أجابوا بـ لا حيث أكدوا على أنهم كانوا مستعدين نفسيا لتلقي هذا الخبر ولم تكن مفاجئة بالنسبة إليهم، حيث قال أب لطفل توحيدي (E): "أنه منذ عام ونصف من ولادة ابنه إسلام تعرض لمرض في عينيه ولم يفهم أسبابه ذهب به إلى ثلاث أطباء "Ophtamologue"، وفي الأخير خضع لعملية على مستوى العين، منذ ذلك الوقت إنتشرت العدوى لدى أفراد الأسرة، شفي الجميع ما عدى أب الطفل التوحيدي وعلى أثرها لم يشفى كليا، ويعتقد أن ابنه أصيب بالتوحد بسبب العملية ويقول أنه لم يستطع تحمل دواء العين وما بالك ابنه اللذان كان يضعان نفس الدواء.

- هل اتبعت خطوات لفهم المرض والتعامل معه؟

جدول رقم (21) يمثل نتائج الإجابة على سؤال المقابلة نصف موجهة

النسب المئوية	التكرار	
100	5	نعم
0	0	لا
100	5	المجموع

التعليق على الجدول: مجموعة البحث أجابت بنعم على هذا السؤال المتعلق بالخطوات التي اتبعوها لفهم المرض والتعامل معه وهذا يدل على أن أفراد مجموعة البحث مصرون لمواصلة البحث عن حلول لهذا الاضطراب، والكشف عن استراتيجيات لتخفيف من حدته، وقد استخدموا الانترنت والتواصل الاجتماعي بين الآباء والأمهات عبر العالم، لتبادل الأفكار والتجارب، و الاحتكاك بفئات يشتركون نفس المعاناة، وتوجيه النصائح بين الآباء أو بين الأطباء والمختصين للآباء عبر شبكة التواصل الاجتماعي والانترنت.

2- نتائج مقياس (Coping):

2-1 - الحالة (A)

جدول رقم (22): نتائج مقياس أب (A) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping)

إزاء الوضعيات الضاغطة

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات مواجهة الضغط المستعملة
32.61	30	إستراتيجيات حل المشكل
19.57	18	إستراتيجية التجنب
21.74	20	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
21.74	20	إستراتيجية إعادة التقييم
4.35	4	إستراتيجية التائب الذاتي
100	92	المجموع

مناقشة مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة أب (A):

من خلال الجدول نلاحظ أن أب (A) يستعمل في مواجهة الضغط النفسي إستراتيجية حل المشكل بنسبة مئوية مقدرة بـ (27,60%) فمن خلال المقابلة النصف الموجهة يتضح أن الحالة استعملت استراتيجيات لحل المشكل للوصول إلى حلول من أجل التكفل الجيد لابنته التوحدية والاهتمام بها، والبحث المستمر عن طريق الانترنت والتواصل الاجتماعي لتبادل النصائح والتجارب، وأيضاً يبحث عن سبل جديدة تربية وتعليمية لكي تستطيع ابنته مزاوله دراستها في المدارس العادية، تليها إستراتيجية التجنب بنسبة (16,56%) فمن خلال المقابلة يتضح أن الحالة (A) يتجنب علاقاته الاجتماعية ويحاول أن تحصر حياته بين المنزل والعمل، لكن محور اهتماماته هو ابنته والمرضى وتواصله عبر الانترنت للبحث عن كل ما هو جديد لهذا الإضطراب بعدها إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة (18,40%) وإستراتيجية إعادة التقييم (18,40%) حيث يلجأ الأب (A) إلى البحث عن الدعم الافتراضي، أي تواصله عبر شبكة التواصل إلى التعرف على أطباء وأخصائيين مختصون في مجال التوحد وأمراض أخرى، وكذلك تبادل الأفكار والتجارب بين أولياء الأطفال التوحديين، فهو يبحث عن الدعم الاجتماعي والدعم المعنوي وفي نفس الوقت يستخدم إستراتيجية إعادة التقييم بعد كل الإحباطات والعوائق التي تواجهه، مع هذا يعيد تقييم الوضعية ويفكر في ابنته التوحدية ومستقبلها، وفي الأخير يستخدم

جدول رقم (23): نتائج الأب (A) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
54.34	50	إستراتيجيات المركزة حول حل المشكل
45.65	42	إستراتيجية حول الانفعال
100	92	المجموع

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول رقم (23) نلاحظ أن أب الطفل التوحدي (A) استعمل الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل بصفة أكبر عند مواجهته للمواقف الضاغطة بنسبة مئوية قدرها (46%).

ومن خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج اختبار رورشاخ إكسندر ومقياس (Coping) تم إستنتاج أن أب (A) لا يعاني من ضغط نفسي وأن الضغط قد نقص وهكذا فإن خطر التنظيم و الاندفاعية ليس معتبرا حيث أن المطالب الداخلية للفرد في توازن مع الاحتياجات الخارجية ومقدر بـ (D=-1, Dajusté=0) وذلك ما أكدته المقابلة النصف موجهة فقد عايش عدة ضغوطات إختلفت إستجاباته نحو إمراضية ابنته، لكنه لم يستسلم للوضعية الضاغطة بل تبنى إستراتيجيات المركزة نحو حل المشكل برغم الظروف الصعبة وعدم وجود الدعم المادي إلا أنه تحكم وتكيف مع تلك الأوضاع، من أجل مستقبل آمن لابنته.

2-2- الحالة (B):

جدول رقم (24): نتائج مقياس أب (B) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات مواجهة الضغط المستعملة
31.33	26	إستراتيجيات حل المشكل
15.66	13	إستراتيجية التجنب
20.48	17	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
24.10	20	إستراتيجية إعادة التقييم
8.43	7	إستراتيجية التائب الذاتي
100	83	المجموع

مناقشة مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة أب (B):

من خلال الجدول نلاحظ أن أب (B) استعمل الإستراتيجية المعتمدة على حل المشكل في المرتبة الأولى حيث تقدر النسبة المئوية بـ (21,58%) وتشير إلى الجهودات

التي يبذلها الأب (B) لتغيير الوضعية نحو الأحسن وذلك عن طريق البحث المستمر عن المعلومات الخاصة بهذا الاضطراب والعلاج باستخدام الانترنت وعبر شبكة التواصل الاجتماعي للاعتماد على نصائح الأطباء المختصين والخبراء في مجال التوحد من أرجاء العالم، و الرغبة في تحسين حالة الابنة حنين، وهو يريد أن يرسلها إلى الخارج للعلاج، وهذا ما اتضح من خلال المقابلة نصف الموجهة، ثم تأتي استراتيجيات التجنب بنسبة (10,79%)، ثم تأتي بعد ذلك إستراتيجيات الدعم الاجتماعي بنسبة (14,11%) وإستراتيجيات إعادة التقييم تقدر بنسبة (16,60%) وتتمثل هذه الاستراتيجيتين في إحساس الأب (B) بقيمة الدعم الاجتماعي وكذا إعادة التقييم الذي يسمده من الآخرين خاصة الدعم المعنوي تجلى ذلك في المقابلة نصف موجهة حيث قال: "رانا نطالبوا من الدولة دعمنا بمركز وبن نودو أولادنا باش يتكفلوا بيهم ويقراو، ما يهمش الدعم المادي بقدر ما يهم الدعم المعنوي هو الصح وهو الي يآثر في هذي الوضعية.

وفي الأخير إستراتيجية تأنيب الضمير بنسبة (5,81%) تتمثل في إتهام وتأنيب الفرد لنفسه وتحميله سبب المشكل ويقول: "حنا نعانيو من الضغط الكبير وخاصة أمها، ماهيش صابرة ورافضة الوضعية تاع بنتها، ولي مقلقني بزاف هو معرفتش سبة المرض ولا حتى علاجه Cest non نبيع كلش ونشريهولها".

**جدول رقم (25): نتائج الأب (B) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.**

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
51.81	43	إستراتيجيات المركزة حول حل المشكل
48.19	40	إستراتيجية حول الانفعال
100	83	المجموع

#### التعليق على الجدول:

نلاحظ من خلال الجدول ان أب (B) يستعمل استراتيجيتين في مواجهة الوضعية الضاغطة، إلا أن تعامله مع الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل يأتي في المرتبة

الأولى بنسبة مئوية قدرها (35,69%)، وفي نفس الوقت يستعمل إستراتيجيات المواجهة حول الانفعال بنسبة مئوية تقدر بـ (33,2%).

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج إختبار روشاخ إكسندر ومقياس (Coping) تم استنتاج أن اب (B) لديه مستوى من الضغط في أغلبية الحالات هذه تظهر ان الشخص يحس اثار ضغط للوضعية الذي يمكن ان يحدث نوعا من الاضطراب النفسي، جزء من هذا الاضطراب مرتبط بشعور بالفقدان، محدثا حالة خلل التنظيم ، خاصة في الوضعيات المعقدة او العائلية يقدر بـ (D=-2, Dajusté=0) وذلك ما أكدته المقابلة نصف موجهة، فرغم أن الأب قد تعرض لمواقف ضاغطة كمرض إبنته التوحدية والمسؤوليات المترتبة عن ذلك، إذ تشير نتائج دراسة جنيفر وآخرون (2002) "Jennifer et al" إلى أن أسر الأطفال التوحديين تعاني من ضغوط نفسية شديدة مقارنة بأسر الأطفال العاديين.

لذلك فإن الأب (B) يستخدم الاستراتيجيتين معا، إستراتيجيات موجهة نحو حل المشكل في المرتبة الأولى ثم إستراتيجيات موجهة نحو الانفعال في المرتبة الثانية.

### 2-3- الحالة (C):

جدول رقم (26): نتائج مقياس أب (C) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات مواجهة الضغط المستعملة
29.21	26	إستراتيجيات حل المشكل
15.73	14	إستراتيجية التجنب
24.72	22	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
22.47	20	إستراتيجية إعادة التقييم
7.87	7	إستراتيجية التائب الذاتي
100	89	المجموع

مناقشة مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة أب (C):

من خلال الجدول نلاحظ أن أب (C) يستعمل في مواجهته للضغط النفسي إستراتيجية حل المشكل بنسبة مئوية قدرها (23,14%) هذا يتجلى في المقابلة عندما قال: "إن وجود ابنة توحديّة في حياتي لا يشكل لدي ضغط نفسي كبير بل العكس فأنا أراها عادية مثلها مثل أي طفل عادي، وأتعامل معها بنفس الطريقة التي أتعامل بها مع أولادي الآخرين، ثم يليها استراتيجيات الدعم الاجتماعي بنسبة مئوية تقدر بـ (19,58%) وهذا يتجلى في المقابلة عندما قال: "أنا صبور جدا ومستمر في البحث عن حلول لعلاج مرض إبنتي سواء في الأنترنات أو الإحتكاك بالأشخاص الذين يعانون من نفس المشكل وإستشارة المختصين والآباء ذوي الخبرة"، يليها إستراتيجيات إعادة التقييم بنسبة تقدر بـ (17,80%)، فالحالة (C) جد صبور ومتفهم للحالة المرضية لإبنته، ويعيد التفكير في المواقف ويحاول إيجاد الطرق المناسبة والتي تكون نتائجها إيجابية في الدرجة الرابعة يستعمل استراتيجيّة التجنب بنسبة تقدر بـ (12,46%).

جدول رقم (27): نتائج الأب (C) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

إستراتيجيات المواجهة	الدرجة الخام	النسب المئوية
إستراتيجيات المركزة حول حل المشكل	48	53,93
إستراتيجية حول الانفعال	41	46,07
المجموع	89	100

التعليق على الجدول :

يظهر من خلال الجدول أن مواجهه أب (C) للضغط يطغى عليها استعمال الإستراتيجيات المركزة حول حل المشكل حيث تقدر نسبتها المئوية بـ (42,72%) يتضح من خلال المقابلة عندما ذكر بأنه يتبع الطريق الذي يحافظ به على إبنته وعائلته وأعتبر أن الهروب أو التجنب للمشكل والانفعال الزائد لا يفيد بل التعامل مع هذه الوضعيات. من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج اختبار رورشاخ إكسندر ومقياس Coping تم استنتاج أن أب (C) من الممكن التفكير بان

الفرد قادر بشدة على مواجهة الصعوبات، طريقة ملائمة أو فعالة لديه في الوضعيات الضاغطة، ولذلك وجدنا القيم من خلال جدول المحك المقدر بـ (D=-1, Dajusté=0) طريقته في التعامل بطريقة ملائمة أو فعالة هي مختلفة باستثناء الوضعيات التي يكون فيها جد منظمين

ويتضح من المقابلة أن أب (C) لا يتفاعل مع المواضيع أو المشاكل بطريقة انفعالية بل العكس، فحل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة ومنظمة تعتمد على التحليل والتركيب ومن ثم الاستنتاج، وهذا ما يعتمد عليه أب (C)، ومن نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة يظهر أنه يركز على استراتيجيات حل المشكل لمواجهته للوضعيات الضاغطة.

2-4- الحالة (E)

جدول رقم (28): نتائج مقياس أب (E) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات مواجهة الضغط المستعملة
29.21	26	إستراتيجيات حل المشكل
21.35	19	إستراتيجية التجنب
20.22	18	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
20.22	18	إستراتيجية إعادة التقييم
8.99	8	إستراتيجية التائب الذاتي
100	89	المجموع

#### التعليق على الجدول :

من خلال الجدول نلاحظ أن أب (E) يستعمل في مواجهته للضغط النفسي بدرجة أولى إستراتيجيات حل المشكل بنسبة مئوية تقدر بـ (23,14%) ويتضح هذا من خلال المقابلة نصف موجهة إذ قال: "كنت مستعد نفسيا لخبر كما هذا ونهار قالي المختص النفسي ان ابني عندوا طيف التوحد، ما كانش مفاجئة لأنني لاحظت عليه بعض السلوكات الغريبة ماكنش نشوفها عند الأولاد الآخرين، بصح الحمد لله كذا ولا أكثر".

يليهما الدرجة الثانية إستراتيجيات التجنب بنسبة مئوية تقدر ب (16,91%)، وهذا يظهر من خلال المقابلة، إذ قال: "نظرة المجتمع ما ساعدتنيش، والناس ما ترحمش، خايف نخسر عباد غير من تعلقهم، سعى يقولولي ابنك ماهوش متوحد راه عقون، ولا راك مدللوا بزاف"، وأيضا لما قال: "أنا خايف على ابني من عدوة، رايح يواجه المجتمع وهذا صعب عليه" ثم استعمل إستراتيجيتي إعادة التقييم والدعم الاجتماعي بنسبة مئوية تقدر ب (16,02%) لكل منهما، فالمقابلة تبين أن الحالة لم يتخذ طريقة معينة لمواجهة المشكل الضاغط حيث تأزمت حالته حينما مرض ابنه من عينيه وانتقلت العدوى لجميع العائلة وبسبب ذلك نقصت الرؤية لدى أب (E) ومن ذلك الحين فهو لا يرى جيدا، وبعد تأتي الدرجة الأخيرة وهي استراتيجيات تأنيب الذات بنسبة تقدر ب (7,12%).

مناقشة مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة أب (E):

جدول رقم (29): نتائج الأب (E) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
49.44	44	إستراتيجيات المركزة حول حل المشكل
50.56	45	إستراتيجية حول الانفعال
100	89	المجموع

التعليق على الجدول :

فمن خلال الجدول رقم (29) نلاحظ أن أب الطفل التوحيدي (E) استعمل الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال بصفة أكبر عند مواجهته للمواقف الضاغطة بنسبة مئوية قدرها (39,33%)، حيث ترى "Jotce" أن وجود طفل توحيدي في أي أسرة يعتبر صدمة عامة لأفراد الأسرة".

ومن خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة نصف الموجهة والحصول على نتائج اختبار رورشاخ إكسندر ومقياس (Coping).

تم استنتاج أن أب (E) يعاني من ضغوط نفسية بالفعل نفترض ان الشخص هو ضحية لزيادة في الطلبات الداخلية، و الذي ينتج من ضغط الوضعية stress

situationnel كنتيجة لذلك بعض قراراته او بعض سلوكياته يمكن ان تكون مضطربة اذا النقطة D توجد في المنطقة السلبية، نفترض ايضا ان هذا الشخص يوجد حاليا في حالة فرط ضغط، وانه بسبب ذلك يمكن ان يكون غير قادر على اندفاعية غير اعتيادية

وذلك بحصوله على (D=-2, Dajusté=0)

وذلك ما أكدته المقابلة النصف موجهة فأب (E) واجه عدة ضغوطات تتمثل في مرض ابنه الأول، ثم يتفاجأ باضطراب آخر ألا وهو التوحد، فالحالة غير منقبل لمرض ابنه ويتسم بالانفعال الصامت والشديد.

ومن خلال نتائج مقياس استراتيجيات مواجهة إزاء الوضعيات الضاغطة يتضح أنه يركز على استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال بنسبة مئوية تقدر بـ(39,33%).

2-5- الحالة (F):

جدول رقم (30): نتائج مقياس أب (F) في مقياس إستراتيجيات المواجهة (Coping) إزاء الوضعيات الضاغطة

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات مواجهة الضغط المستعملة
37.33	28	إستراتيجيات حل المشكل
12.00	9	إستراتيجية التجنب
22.67	17	إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي
22.67	17	إستراتيجية إعادة التقييم
5.33	4	إستراتيجية التائب الذاتي
100	75	المجموع

التعليق على الجدول :

من خلال الجدول نلاحظ أن أب (F) قد استعمل الاستراتيجيات المعتمدة على حل المشكل في المرتبة الأولى حيث تقدر النسبة المئوية بـ (21%) وتشير إلى الجهود التي يبذلها الأب (F) لتغيير الوضعية نحو الأفضل وذلك عن طريق تجريب كل ما يتوصل إليه من أفكار أو طرق تعليمية أو أدوية (أعشاب)... إلخ، ليجربها على ابنه

التوحدين عسى أن تنجح، وهو مصمم على الاستمرار في البحث والكشف عن علاج لإبنه والأطفال التوحدين الآخرين، يليها إستراتيجيات كل من الدعم الاجتماعي وإعادة التقييم، الأولى تقدر بنسبة (12,75%) والإستراتيجية التي تليها بنسبة مئوية تقدر بـ (6,75%)، وما لاحظناه في المقابلة نصف الموجهة أنه لم يبخل بشيء لعلاج ابنه ومصر على الاستمرار وقال: "مانيش حابس حتى نداوي أبني C'est-vrais ماكانش علاج بصح كاين شفاء"، يليها إستراتيجيات التأنيب الذاتي بنسبة مئوية مقدرة بـ (3%) وهذا طبيعي لأن هذا الأب (F) استعمل كل طاقته سواء العقلية (الفكرية) في البحث والتقصي إلى أن أصبح باحثاً في مجال التوحد أو المادية، فكل أمواله تقريبا خصصت لميزانية الابن التوحدي من غذاء خاص به وأدوية، اعشاب ومبالغ مالية معتبرة للعلاج في بلدان أخرى غير الجزائر، ولم يتلقى الدعم لا المعنوي ولا المادي ولا حتى توجيهي. مناقشة مقياس إستراتيجية المواجهة للحالة أب (F):

جدول رقم (31): نتائج الأب (F) في إستراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال.

النسب المئوية	الدرجة الخام	إستراتيجيات المواجهة
56.52	39	إستراتيجيات المركزة حول حل المشكل
43.48	30	إستراتيجية حول الانفعال
100	69	المجموع

#### التعليق على الجدول :

يظهر من خلال الجدول رقم ( ) أن أب (F) يستعمل إستراتيجيات الموجهة نحو حل المشكل في المرتبة الأولى بنسبة مئوية تقدر بـ (33,75%)، يليها إستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال بنسبة تقدر بـ (22,5%)، حيث قال في المقابلة نصف موجهة أنه في لحظة التشخيص الأولى لإضطراب التوحد والذي شخص على أنه توحد شديد لم يكن يعلم ويعي معنى هذا المرض لكن عندما قرأ عليه وبحث فيه أدرك أنه يواجه موقف ضاغط كبير ومشكلة صعبة، وفي المراحل الأولى من التشخيص كان ينكر أن ابنه مصاب بإضطراب التوحد، لكنه في آخر المطاف، عندما شخصه طبيب أردني تأكد حينها أن ابنه متوحد ثم

بادر في البحث عن حلول ممكنة تعالج أو تخفف من درجة التوحد، من خلال جدول المحك يظهر جزء من ضغط الوضعية Strees situationnel الذي يحسه يكون على علاقة مع فقدان وجود حديث نجد تأكيدا على ذلك في التاريخ الحالي للشخص وتقدر بـ (D=-2, Dajusté=0).

ومن نتائج مقياس إستراتيجيات المواجهة يظهر أنه ركز على استراتيجيات حل المشكل في مواجهته للوضعية الضاغطة.

### 3- نتائج المقياس لكل الحالات الخمس

جدول رقم (32) : نتائج المقياس لكل الحالات الخمس

Coping			اختبار رورشاخ اكسندر Exner		الحالات
النوع الأكثر استعمالا	المركزة حول الانفعال	المركز حول حل المشكل	المستوى	مؤشرات	
حل المشكل	38,64%	46%	منخفض	(D=-1, Dajusté=0)	الأب (A)
حل المشكل	33,2%	35,69%	مرتفع	(D=-2, Dajusté=0)	الأب (B)
حل المشكل	36,49%	42,72%	منخفض	(D=-1, Dajusté=0)	الأب (C)
الانفعال	39,33%	39,16%	مرتفع	(D=-2, Dajusté=0)	الأب (E)
حل المشكل	22,5%	33,75%	مرتفع	(D=-2, Dajusté=0)	الأب (F)

3-1 التعليق على نتائج اختبار رورشاخ اكسندر و إستراتيجيات المواجهة لدى آباء الأطفال المتوحدين:

نلاحظ من خلال الجدول أن آباء الأطفال التوحدين يستخدمون إستراتيجيات مختلفة في مواجهتهم للضغط النفسي، وهذا حسب شدة الضغط وبنية الشخصية ويتضح ذلك من خلال النتائج المتحصل عليها، حيث أن أب (A) وأب (B) و أب (C) وأب (F) استخدموا استراتيجيات موجهة نحو حل المشكل (A) (46%)، (B) (35.69%)، (C) (36.49%)، أما الحالة (E) فقد استخدم استراتيجيات موجهة نحو الانفعال (39.16%)، و لديهم مستوى الضغط النفسي متباين بحيث أن:

أب (A) لديه مستوى منخفض من الضغط النفسي ويظهر ذلك في مؤشر

$$D = -1 \\ D_{aj} = 0 \quad D_{aj} > D$$

أب (B) لديه مستوى مرتفع من الضغط النفسي ويظهر ذلك في مؤشر

$$D = -2 \\ D_{aj} = 0 \quad D_{aj} > D$$

أما الحالة (C) لديه مستوى منخفض من الضغط النفسي ويظهر ذلك في مؤشر

$$D = -1 \\ D_{aj} = 0 \quad D_{aj} > D$$

أب (E) لديه مستوى مرتفع من الضغط النفسي ويظهر ذلك في مؤشر

$$D = -2 \\ D_{aj} = 0 \quad D_{aj} > D$$

أب (F) لديه مستوى مرتفع من الضغط النفسي ويظهر ذلك في مؤشر

$$D = -2 \\ D_{aj} = 0 \quad D_{aj} > D$$

#### 4- الاستنتاج العام

يعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة، ولا يتوقف هذا الأثر على الطفل الذاتي فقط بل يمتد إلى كافة الأسرة حيث يرى (Seligman.2000.77) إلى أن الضغوط النفسية التي تعيشها أسرة الطفل المصاب بإعاقة التوحد تبدأ من لحظة تشخيص الإعاقة وترتبط بمراحل النمو في حياة الطفل الذاتي.

ولهذا أردنا من خلال موضوع دراستنا التعرف على استراتيجيات مواجهة الضغط لدى أب الطفل التوحيدي وعلاقته بشدة مستوى الضغط النفسي ومنه انطلقنا بفرضية عامة مفادها أن آباء الأطفال التوحيديين يستخدمون استراتيجيات متباينة في مواجهتهم للضغوط النفسية، وقمنا بتجزئتها إلى فرضيتين:

**الفرضية الجزئية الأولى:** يوجد مستوى مرتفع للضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحيديين المستخدمين للاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال.

**الفرضية الجزئية الثانية:** يوجد مستوى منخفض للضغط النفسي لدى آباء الأطفال التوحيديين المستخدمين للاستراتيجيات الموجهة نحو حل المشكل.

ولقد تم التحقق من الفرضيات باستعمال المقابلة نصف موجهة ومقياس Coping الخاص باستراتيجيات المواجهة واختبار رورشاخ اكسندر وفيما يخص مجموعة البحث لقد اخترنا خمسة آباء لأطفال توحديين حيث أظهرت نتائج الدراسة تحقق الفرضية العامة، بحيث أن آباء الأطفال التوحديين يستخدمون استراتيجيات مختلفة لمواجهةهم للضغط النفسي، وهذا ما أسفرت إليه الفكرة التي تشير إلى أن الأفراد لا يستجيبون للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم لاختلاف أنماطهم الشخصية، درجة الضغط شدته وتكراره، حيث أشارت نتائج دراسة Jennifer et al (2002) إلى أن أسر الأطفال التوحديين يعانون من ضغوط نفسية شديدة مقارنة بأسر الأطفال العاديين ترجع إلى جنس ومهنة وعمر الوالدين وعمر الطفل التوحدي.

وهذا ما يتفق مع دراسة عواد 2009 التي أسفرت نتائجها إلى أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

- تحقيق الفرضية الجزئية الأولى: تحققت الفرضية عند أب (E) بحيث استخدم استراتيجيات المركزة حول الإنفعال صاحبها مستوى مرتفع من الضغط النفسي (39.33%) استراتيجية مركزة حول الإنفعال ومستوى مرتفع للضغط النفسي  $D > Daj$ ، وهذا يتوافق مع دراسة دعو سميرة وشنوفي نورة 2012 حيث أسفرت نتائج على تحقق الفرضية الجزئية الأولى بحيث أن الاستراتيجيات المركزة حول الإنفعال يصاحبها مستوى أو مؤشر مرتفع للضغط النفسي.

حيث استخدم أب (B)، أب (F) استراتيجيات موجهة نحو حل المشكل وصاحبها مستوى مرتفع من الضغط النفسي، وهذا ما أشار إليه وميزه "H.Murray" بين نوعين من الضغوط هما ضغط "BetaStress" و "AlphaStress"، وقال أنه في حالة التعرض المستمر للضغط النفسي فإنه سوف يؤدي الى حالة الانهك والاستنزاف البدني والإنفعالي وأسماء بالاحتراف النفسي "Burnout" ويظهر هذا الأخير عند آباء وأمهات الإبناء المعاقين ذهنيا. (سليمان، 2010، 231)

حالة أب (B) استخدم استراتيجيات موجهة نحو حل المشكل صاحبها مستوى مرتفع للضغط النفسي (35.69%).

حالة أب (F) استخدم استراتيجيات موجهة نحو حل المشكل، صاحبها مستوى مرتفع للضغط النفسي (33.75%).

حيث أشارت كل من (2001) "OLSSon&H.Wang" إلى أن أمهات الأطفال التوحديين يعانون من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى آباء الأطفال التوحديين. (الزريقات، 2010، 394)

- **وتحققت الفرضية الجزئية الثانية عند: أب (A)، أب (C) قد استخدموا الإستراتيجيات المركزة حول حل المشكل يصاحبها مستوى ضغط منخفض، ويظهر ذلك في نتائج مقياس Coping . Rorschach ExnER بحيث أب (A) تحصل على (46%) في استراتيجيات المواجهة وصاحبها مستوى منخفض من الضغط النفسي Daj>D، أب (C) تحصل على (42.72%) في استراتيجيا المواجهة صاحبها مستوى منخفض من الضغط النفسي Daj>D، ما يتوافق مع دراسة دعو سميرة وشنوفي نورة التي أسفرت نتائج الفرضية الجزئية الثانية بحيث أن استراتيجيات حول حل المشكل يصاحبها مستوى منخفض من الضغط النفسي الفرضية الجزئية الأولى تحققت عند الحالة أب (E) فقط، ولم تتحقق عند باقي أفراد مجموعة البحث.**

**الفرضية الجزئية الثانية تحققت عند كل من أب (A) وأب (C) ولم تتحقق عند باقي أفراد مجموعة البحث، و منه نستنتج عدم تحقق الفرضيتين الجزئيتين.**

نستخلص مما أدرجناه في هذا البحث المتواضع مدى الصلة بين المفهومين الضغط النفسي والاستراتيجيات المواجهة، فالضغط مظهر من مظاهر الحياة يفوق قدرات

الفرد وإمكاناته في الحكم فيها مما يؤدي إلى اضطراب توازنه المرضي، الإنفعالي والسلوكي وبالتالي يخل بتوازنه النفسي و الإنفعالي....الخ، غير أن الفرد لا يبقى سلبيا أمام كل ما يواجهه، فهو يسعى جاهدا أمام هذا الموقف الضاغط لاستعادة توازنه على جميع المستويات، و هنا يكمن التباين و الإختلاف في ردود أفعال آباء الأطفال التوحديين إزاء الوضعيات الضاغطة و خاصة نحو إمراضية طفلهم التوحدي، و يظهر هذا التباين في أنواع الإستراتيجيات التي يتبناها الآباء بالرغم من أن المعاناة واحدة و هذا ما يفسر أن كل حالة أب له خصوصياته و معاشه النفسي و طريقة إدراكه للمواقف الضاغطة، وعلى ضوء هذه التخمينات نجد الآباء لا يستجيبون بنفس الإستراتيجية اتجاه الوضعيات الضاغطة و لعل هذا يعود لعدة متغيرات دخيلة قد ترجع الى درجة التوحد لدى الطفل أو سن إكتشاف الإضطراب، أو المستوى الإقتصادي، وقد يعود السبب في أداة القياس أو إلى المستوى التعليمي و هذا ما يرجعنا إلى مميزات المنهج العيادي وتفسيره لهذه الحالات الخمسة لآباء الأطفال التوحديين، أين تظهر الإختلافات بين كل حالة لأن معاش كل حالة لا يمكن أن يكون بنفس الطريقة و لا بنفس الملامح، و التباين في نتائجنا لا يدل على خطأ في حد ذاته بقدر ما يبين الإختلافات الفردية في ضوء نفس الأدوات.

يمكن أن يؤخذ على هذه الدراسة نسبة دقة إجراءاتها كون مجموعة البحث ليست بالكبيرة من جهة حتى تكون النتائج ممثلة للمجتمع. زيادة على أن الدراسة لم تتطرق إلى أثر العوامل والمتغيرات الدخيلة (كعمر الأب، درجة التوحد، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي، سن اكتشاف الاضطراب... الخ)، وعلى الرغم من أن هذه النقاط تعتبر كعيوب ونقائص إلا أنها لا تنقص بالضرورة من أهمية الدراسة كونها تسهم على الأقل في تطوير آفاق البحث العلمي وتوجيه المختصين والباحثين إلى أهمية دور الأب في حياة طفله التوحدي والآثار النفسية المترتبة على ذلك، بالإضافة إلى زيادة الوعي والاهتمام بفئة الأطفال التوحديين. <

1-4 اقتراحات وتوصيات:

- الأب عنصر هام في العلاقة الثلاثية أب-طفل-أم يجب الاهتمام بمعاش آباء الأطفال التوحديين والتكفل بهم نفسيا.
- إعداد برامج علاجية لآباء الأطفال التوحديين، تساعدهم على تخطي الوضعيات الضاغطة.
- التحسيس والتوعية بالمشكلات التي ستواجه الآباء في رعاية أبنائهم مستقبلا وتعليمهم الطرق الصحيحة لذلك.
- إنشاء مراكز خاصة بالأطفال التوحديين أين يمكن التكفل بهم مبكرا على الأقل لإعدادهم إلى المرحلة التعليمية.
- إعداد وتكوين المختصين والآباء لهذا الاضطراب و تدريبهم على كيفية التعامل معه من لحظة اكتشاف الإضطراب مرورا بكل المراحل النمائية بالطفل التوحدي.

فائمة

المراجع

## قائمة المراجع:

1. إبراهيم عبد الله فرج الرزيقات (2010): التوحد، السلوك والتشخيص والعلاج، ط1، الأردن، دار وائل للنشر.
2. إبراهيم عبد الله محمد الزريقات (2004): التوحد- الخصائص والعلاج، ط1، القاهرة، دار وائل.
3. أحمد سليم النجار (2007): التوحد - الخصائص والعلاج، ط1، القاهرة، دار وائل.
4. أحمد نايل العزيز، أحمد لطيف أبو السعود (2009): التعامل مع الضغوط النفسية، ط1، فلسطين، دار الشروق رام الله.
5. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (2011): سمات التوحد Features of autism، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني (2014): التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج Autism، ط2، عمان، دار المسيرة.
7. أسامة محمد البطانية وعبد الناصر زياب الجراح (2007): علم النفس الطفل غير العادي، ط1، عمان، دار المسيرة.
8. بطرس حافظ بطرس (2014): طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليا، ط2، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
9. جميل سامر جيميل رضوان (2009): علم. ن. الأطفال الإكلينيكي، نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة، ط1، الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
10. حدة وحيدة سايل (2001): استراتيجيات المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر.
11. حسام أحمد أبو يوسف (2007): الطفل التوحد، ط1، القاهرة إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع. التوحد: التشخيص والعلاج"، في ضوء النظريات.
12. رائد خليل العبادي (2006): التوحد، ب.ط، عمان، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
13. رائد خليل العبادي (2011): التوحد، ط1، الأردن، مكتبة المجتمع العربي.

14. الرشيدى هارون توفيق (1999): الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
15. رمضان محمد القذافي (1994): سيكولوجية الإعاقة، ب.ط، ليبيا، مطبعة الانتصار.
16. زكرياء الشريبي ويسوبة صادق (2000): تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معالجة ومواجهة مشكلاته، مصر، دار الفكر العربي.
17. سليمان عبد الواحد يوسف (2010): سيكولوجية التوحد (الأوتيزم) "الطفل الذاتي بين الرعاية والتجنب"، ط1، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
18. سمير الشبخاني (2003): الضغط النفسي: طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، ط1، لبنان، دار الفكر.
19. سوسن شاكر الحلبي (2005): التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، ط2، دمشق، مؤسسة علاء الدين.
20. سوسن شاكر الحلبي (2008): التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، ط1، دمشق، مؤسسة علاء الدين.
21. سوسن شاكر مجيد (2008): مشكلات الأطفال النفسية، ط1، عمان، دار صفاء.
22. شبخاني سمير: الضغط النفسي، دار الفكر العربي، لبنان، 2001.
23. طارق عامر (2008): الطفل التوحدي، ب.ط، عمان، دار اليازوري، العملية للنشر والتوزيع.
24. الطيرري عبد الرحمن (1994): الضغط النفسي لدى بعض الموظفين، المنظمة العربية للثقافة والعلوم، مجلة تعليم الجماهير، عدد 41 .
25. عادل عبد الله محمد (2002): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين، ب.ط، القاهرة، دار الرشاد.
26. عدنان محمد عليوات (2007): الأطفال التوحديين، ب.ط، عمان، دار اليازوري، العملية للنشر والتوزيع.
27. علي عسكر (2002): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الكويت، دار الكتاب الحديث،.

28. فوزية بنت عبد الله الجلامدة (2015): قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد، ط1، الأردن، دار المسيرة.
29. قحطان أحمد الظاهر (2009): التوحد، ط1، ب. بلد، دار وائل للنشر.
30. كوثر محسن عسليية (2006): التوحد، ط1، عمان، دار الصفاء.
31. لورا شرييمان، ت د فاطمة عباد (2010): التوحيدين العلم والخيال، ب.ط، الكويت، عالم المعرفة.
32. محمد أحمد خطاب (2005): سيكولوجية الطفل التوحيدي، ط1، عمان، دار الثقافة.
33. محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحيديون، ب. ط، الأردن، دار اليازوري.
34. محمد علي كامل (2003): الأوتيزم (التوحد): الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج"، ب.ط، مصر، مركز الإسكندرية للكتاب.
35. مصطفى نوري القمش (2011): اضطرابات التوحد "الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات علمية، ط1، عمان، دار المسيرة.
36. نايف بن عابد الزراع (2005): قائمة تقدير السلوك التوحيدي، ط1، الأردن، دار الفكر.
37. نايف بن عابد الزراع (2014): اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، ط3، عمان، دار الفكر.
38. هارون توفيق الرشيد (1999): الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها برنامج لمساعدة الذات في علاجها، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
39. هناء إبراهيم صندقلي (2012): التوحد "اللغز الذي حير العلماء"، ط1، لبنان، دار النهضة العربية.
40. ولد طالب م: النشاطات التعليمية للأطفال التوحد، المصلحة (ج) درير حسين للأمراض العقلية للأطفال، الجزائر.
41. وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى سعد (2007): كيف يعلم المخ التوحيدي، ط1، مصر، دار الوقاء.
42. وليد السيد أحمد خليفة، يزيد عبد المهدي الغصاونة (2013): التوحد بين النظرية والتطبيق، ط1، عمان، دار الفكر.

## رسائل الدكتوراه والماجستير والماستر:

43. إحسان براجل (2012): الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين وأثر بعض العوامل المختارة في ذلك، مذكرة الماستر تخصص علم النفس العيادي، تحت إشراف عمر عمور، جامعة المسيلة.
44. أدافر لامية (2011): دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية، مذكرة ماجستير تخصص أطفونيا، تحت إشراف أ.د/ عنو عزيزة، جامعة الجزائر.
45. أسماء لجلط (2012): دور اللعب الجماعي في خفض السلوكيات العدوانية لدى الأطفال التوحديين مذكرة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، تحت إشراف الدكتورة، يامنة إسماعيلي، جامعة المسيلة.
46. آسيا خلدومي (2012): أثر استخدام اللعب الجماعي المصحوب بالموسيقى في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل والمراهق التوحدي، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس العيادي تحت إشراف شرادي نادية، جامعة البليدة.
47. أمينة بن خروف (2012): دور اللعب في تنمية التواصل غير اللفظي عند الأطفال المصابين بالتوحد، مذكرة ماجستير في التربية الخاصة، تخصص علم النفس، تحت إشراف علي تعوينات جامعة الجزائر.
48. دعو سميرة، شنوفي نورة (2012): الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، مذكرة ماستر، تخصص علم النفس العيادي تحت إشراف بلحاج صديق، الجزائر - البويرة.
49. رابح شليحي (2010): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لعينة من أطفال التوحد، مذكرة ماجستير تخصص علم النفس، تحت إشراف د/ سامية شويحل، الجزائر 02.
50. سامي عبد القادر (2013): مساهمة المنهاج الجديد للمقاربة بالكفاءات في التخفي من الضغط النفسي لدى تلاميذ التعليم الثانوي، أطروحة دكتوراه تخصص التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر، تحت إشراف أ.د/ كمال بوعجناق.

51. صديق لينا عمر (2007): فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي، مجلة الطفولة العربية، المجلد التاسع، العدد 33.
52. طبي سهام (2004): أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس تحت إشراف، د. بوشلاق نادية، باتنة.
53. عادل جاسب شبيب (2001): ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس، تحت إشراف الدكتورة مارغريت ماثيو، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح (بريطانيا).
54. عزاز محمد زهير (2010): فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية وأثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين دراسة تجريبية، مذكر ماجستير تخصص علم النفس والأرطوفونيا، تحت إشراف: أ.د نواني حسين.
55. لكرون نعيمة (2010): أثر السند الاجتماعي في التخفيض من الضغط النفسي لدى الأمهات العازبات، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس الاجتماعي، تحت إشراف سامية شويعل، جامعة الجزائر.
56. ماضي ليلي (2010): سمات الاتصال لدى الطفل والمراهق، مذكرة ماجستير، أ.د/ بومدين سليمان، د. بوفولة بوخميس، سكيكدة.
57. ورك ياسمين (2005): تناول اضطراب التوحد بمحاولة تصميم أداة لتقييم التقليد الإشاري في وضعية اللعب الحر، مذكرة ماجستير، تخصص علم النفس، والأرطوفونيا، تحت إشراف براهيم سعيدة.

1. Aldwin, C.M (1994): Stress coping and developement, An integrative perspectives, New york ; Edition Guilford.
2. Anderson, C.A, Horowitz, L.M & Frech, R.D (1983): attribution style of lonely and depressed people. Journal of personality and social psychologie.
3. Anne Marie, Darlington A.SE.Dippel.DWJ.Ribbers G.H, Vanballen, R.Passchier j.busschbech, j.jv. (2007) : Coping strategies determinats of quality of life, in stroke patients.
4. Ansrnow, J.R, Carlson G.A & Gurthie, D.(1987) : Coping strategies, self-perception, hopelessness and perceissed family environment in depressed and suicidal children.
5. Baranek et al, (1997): Tactile défensiveness in persons with developmental therapy.
6. Bernadette Rogé (2003) autisme, comprendre et agri dunod, paris.
7. Catherine Barthélémy et al (2000): les personnes atteintes d'autisme, identification, comprehension, interverntion, autisme europe.
8. Cathrine Barthlemy, joaquin Fuentes. (2000): patricia howlin Rutger Jan der gaag, les personnes atteins d'autisme.
9. Chabrol,H. et Collahan. (2004) : Mécanisme de défence et coping. Paris, Edition Dunod.
10. Dantchev (1984): stratégie de coping et pattem "A", coronarogéne Revue de médecine psychosomatique.
11. dominique servant (2005): gestion de sréss et l'anriété paris, masson.
12. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants "autisme" canada.
13. Eric schopler, Margaret d.lansing robert J, Reichler lee M.Marcus (2010): Pep-3 profil psycho-éducatif, traduction de marie hélène bouchez et autre, 2<sup>eme</sup> edition, l'université de mans, Belgique.
14. Folkman lazarus (1984): Stress, appraisal and copig new york: springer.
15. Folkman R, Lazarus : Stress apparais and coping .
16. France, presses universitaire de France, traduit de l'anglais par sylvain missonier et laure hemain le fil roge.
17. Graziani, R. (2004): émotion et stratégie d'adaptation ; Paris Edition Nathan.
18. Gueniche (2004): psychopathologie de l'enfant autistes, paris, masson.
19. Hallahan & Kauffman (2006): exceptional learners, Introduction to special education, 11th, New Jersey, Prentice hall.
20. Helfin et alaimo (2007): autism spectrum disorders Effective instruction practices, columbus, ohio, pearson prentice, hall.
21. Identification, compréhension, intervention autisme Europe.
22. Kirk, Gullagher et anastasion (2003): educ ting exceptionnel children) 5th ed, bostion Houghton mifflin company.
23. Lazarus (1986): Psychological Stress and The coping process, New york, MCGraw-Hill.

24. Lazarus et Folkman (1988): The relationship between coping and emotion social science and Medicine.
25. Le livre blanc de l'autisme (2009): Nathalie Julien, Danièle Langlois, France.
26. Loo, P et autres (2003): le stress permanent-réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels, 3eme Ed, Paris, Ed Masson.
27. M.Rutter- E.schopler (1991): L'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement, puf, paris, France.
28. M.Rytter et E.schopler (1978): autism: Areappraisal.
29. Marie-Dominique AMYI: comment aider l'enfant autiste paris, admand marc.
30. Mayada Elsabbagh, ph, D et al, (2012): Autisme.
31. Nathalie Julien et Daniele Langloy: le livre blanc de l'autisme, 2009, France autisme.
32. Pascal Lenoire et autre (2007): l'autisme et les troubles du développement psychologique, paris, masson.
33. Paulhan, et Bourgois, M (1998): **Stress et coping, les strategies d'ajustement à l'adversité**, Paris, Edition Presses Universitaire Française,.
34. Pearlin, et Schooler (1978): le structure de coping, Journal of health and social behavior.
35. Perron, R (2000): La notion de traumatisme du point de vue psychanalytique revue de psychologie, SARP, Alger, N°8.
36. Susan Folkman, Richard S, Lazarus, Ronald J, Gruen (1986): appraisal coping status and psychological symptoms, Journal of personality and social psychology.
37. Susan M. Wilczynski, PH, DBCBA-D Eileen G. Pollack, M.A (2011): A parent's guide to evidence-based practice and autism, national autism center.

املا ح ف

EB=6:5.5	EA=11.5	D=-2	BLENDS	
Eb=8:9	es=11 es ajusté=14	D ajusté=0	M.FC FC' =1 M.FD=2	
FM=5 m=3	C=4 T=1 V=2 Y=2		M. CF =1	
		(3r+(2)/R=0.28)	FM.FC'=1	
			m.CF=2	
C pur=0 M=-1	MQ sans forme	Blends=9	FC.FY =1 CF.FD=1	

Protocole F/ Variables Liées au stress situationnel chez un homme de 41 ans

EB=6:5.5	EA=11.5	D=-2	BLENDS	
Eb=8 :9	es=17 es ajusté=14	D ajusté=0	M.FC FC' =2 M.FD=2	
FM=5 m=3	C'=4 T=1 V=2 Y=2		M. CF =1	
		(3r+(2)/R=0.28)	FM.FC'=1	
			m.CF=2	
C pur=0 M=-1	MQ sans forme=0	Blends=9	CF.FD=1	

Protocole E/ Variables liées au stress situationnel chez un homme de 37 ans cas

EB=4:7.0	EA=11.0	D=-1	BLENDS	
Eb=6 :8	es=14 es ajusté=11	D ajusté=0	M. CF =1 M.FD=1	
FM=4 m=2	C'=1 T=2 V=2 Y=3		FM.FrCF=1	
		(3r+(2)/R=0.48)	FM.FT=1	
			m.CF=1	
C pur=1 M=-0	MQ sans forme=0	Blends=7	CF.YF=1 CF.FC'=1	

Protocole C/ Variables liées au stress situationnel chez un homme de 41 ans cas

EB=4:7.0	EA=11.0	D=-2	BLENDS	
Eb=6 :8	es=14 es ajusté=11	D ajusté=0	M. CF =1 M.FD=1	
FM=4 m=2	C'=1 T=2 V=2 Y=3		FM.FrCF=1	
		(3r+(2)/R=0.48)	FM.FT=1	
			m.CF=2	
C pur=1 M=-0	MQ sans forme=0	Blends=8	CF.YF=1 CF.FC'=1	

Protocole B/ Variables liées au stress situationnel chez un homme de 48 ans cas

EB=4:7.0	EA=11.0	D=-1	BLENDS	
Eb=6 :8	es=14 es ajusté=11	D ajusté=0	M. CF =1 M.FD=1	
FM=4 m=2	C'=1 T=2 V=2 Y=3		FM.FrCF=1	
		(3r+(2)/R=0.48)	FM.FT=1	
			m.CF=1	
C pur=1 M-=0	MQ sans forme=0	Blends=7	CF.YF=1 FC.FC'=1	

Protocole A/ Variables liées au stress situationnel chez un homme de 45 ans cas

مقياس Paulhan لاستراتيجيات المواجهة.  
مقياس الـ Coping لـ Paulhan and all

البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما
01				وضعت خطة عمل واتبعتها
02				تمنيت لو كنت أكثر قوة وأكثر تفاؤلاً وحسماً
03				حدثت شخصاً عما أحسست به
04				كافحت لتحقيق ما أردته
05				تغيرت إلى الأحسن
06				تناولت الأمور واحدة بواحدة
07				تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث
08				تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل
09				ركزت على جانب إيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد
10				تناقشت مع شخص لأعرف الأكثر عن الموقف
11				تمنيت لو حدثت معجزة
12				خرجت أكثر قوة من الوضعية
13				غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام
14				أنبت نفسي
15				احتفظت بمشاعري لنسي
16				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف
17				تخيلت مكان وقت من الذي فيه
18				حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطرت لي
19				رفضت التصديق أن هذا قد حدث فعلاً
20				أدركت بأنني سبب المشاكل
21				حاولت عدم البقاء لوحدتي
22				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكو أحسن
23				قبلت عدف وتفهم شخص
24				وجدت حلاً أو حلين للمشكلة
25				حاولت نسيان كل شيء
26				تمنيت لو استطعت تغيير موقفي
26				عرفت ما ينبغي القيام به و ضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد
28				عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمّل الوضعية بشكل أفضل
29				نقدت نفسي أو وبختها

محاور مقابلة عيادة نصف موجهة تتعلق باب التوحدي:

المحور الاول:

\*البيانات الشخصية :

بيانات عامة حول الطفل التوحدي:

- الاسم :

- السن:

- المستوى الدراسي اذا كان متمدرسا:

- سن الاصابة بالتوحد: او سن اكتشاف التوحد :

- رتبته بين الإخوة :

\*بيانات عامة حول الاب:

الاسم:

السن:

المستوى الدراسي:

المهنة :

مهنة الزوج : مهنة الزوجة: ، المستوى الدراسي للزوجة :

عدد الأولاد :

مكان السكن : - قرية - مدينة -حي شعبي

الحالة الاقتصادية:

نوع السكن : مستقل مع العائلة

\*الحالة النفسية للاب قبل و بعد اكتشاف التوحد :

- كيف كان إبنك قبل أن تكتشف انه مصاب بالتوحد ؟ كيف بدأت تلاحظ بانه مختلف عن باقي الاطفال

الاخرين؟

كيف كان نموه ؟ - الحمل؟ الولادة؟ الرضاعة؟ الابتسامة؟ الكلام؟ اللعب؟

- متى اكتشفت أن طفلك يعاني من التوحد؟
- من أخبرك بذلك و كيف كان رد فعلك؟
- من قام بوضع تشخيص التوحد؟ ما هو نوع و درجة التوحد ؟
- كيف شعرت او احسست عندما علمت بان طفلك مصاب بالتوحد؟
- في رأيك ماهو سبب اصابة ابنك بالتوحد؟
- \*الحياة العلائقية مع الطفل المتوحد:
- كيف هي علاقتك مع طفلك ؟
- هل تغيرت هذه العلاقة بعد إكتشافك لاصابته بالتوحد ؟
- هل تعامله بنفس طريقه تعاملك مع أطفالك الآخرين ؟ و لماذا؟
- هل تغيرت علاقتك مع زوجتك بعد اصابة ابنك بالتوحد؟
- هل تغيرت علاقتك بعائلتك و الجيران و الأصدقاء بعد أن علمت أن ابنك مصاب بالتوحد ؟
- \*النظرة المستقبلية للأب :
- هل تعتقد أن العناية بابنك ستكون أصعب في المستقبل؟ هل انت قلق على مستقبل ابنك بسبب مرضه؟
- هل تعتقد أنه سيعيش حياه عادية و يحقق الإستقلالية؟
- هل تظن أنه سيشفى في المستقبل؟
- هل تفكران في إنجاب المزيد من الأطفال لو أتيح لك ذلك ؟ و لماذا؟
- \* مواجهة ضغط اصابة الطفل بالتوحد:
- هل سبب لك اصابة ابنك بالتوحد ضغطا نفسيا ؟ كيف ذلك؟
- هل تظن أنك قادر على مواجهه هذه الوضعيه و التعامل معها؟
- ما هي الخطوات التي اتبعتها لفهم المرض و التعامل معه؟
- كيف تنظر للطريقة التي تتعامل بها مع هذا الوضع الضاغط؟
- هل تلقيت المساعدة و الدعم في الاعتناء بابنك المتوحد؟

