



الإحباط لدى أمهات أطفال التوحد "دراسة عيادية لخمس حالات"

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة :

أشروف كبير سليمة

من إعداد:

• بن عيسى جميلة

• غماري أحلام



شكر و عرفان

أولا نشكر الله عزوجل ونحمده على توفيقه لنا لإنجاز هذا البحث المتواضع وإتمامه وأمدنا بالصحة والعافية والعزيمة، فالحمد لله حمد الكثيرا طيبا مباركا فيه.

ونتقدم بجزيل الشكر والإمتنان والتقدير للأستاذة المحترمة "أشروف كبير سليمة" على كل ما قدمته لنا من نصائح و توجيهات و على صبرها معنا بالرغم من تقصيرنا ، جزاها الله عنا خير جزاء وندعوا الله أن يحفظها ويرعاها لعلمها وأهلها وأولادها، وشكرا لكل أساتذة قسم علم النفس ولكل من ترك في أنفسنا أثرا طيب.

أحلام وجميلة

الإهداء:

- الحمد لله الذي من علينا ووفقنا لإتمام مسارنا الدراسي في هذه المرحلة .
- _ أهدي هذا العمل إلى من غمرتني بحنانها و أنارت قلبي بفيض دعائها إليك
أمي الغالية رعاك الله وأطال في عمرك وحماك من كل أذى.
- _ إلى من علمني معنى الصبر والمثابرة وشقا من أجل أن يفتح لي درب الحياة
إليك أبي العزيز أطال الله في عمرك ورعاك .
- _ إلى من شجعاني وجعل معظم صلواتهما دعاء لي بالنجاح والصلاح في
حياتي إلى جدي وجدتي أرجو من الله أن يطيل في عمرهما .
- _ إلى من كان سندا لي في غربتي ولم أذق معه معنى الفراق إلى خالي أتمنى له
التوفيق في حياته وعائلته .
- _ إلى من شاركوني الأحزان والأفراح إخوتي منار، عبد الله ، تسنيم .
- _ إلى رفيقة دربي وصديقة عمري جميلة .
- _ إلى كل الأهل والأقارب.
- _ إلى كل من وسعهم قلبي ولم يدونهم قلبي إليكم أهدي جزيل الشكر
والعرفان .

أحلام

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى أعلى إنسانة في حياتي من أنارت دربي
بنصائحها وغمرتني بحنائها إلى من علمتني الصبر والإجتهاد "أمي الغالية"
أطال الله عمرها في الخير ورزقها الصحة .
إلى من لم يستطع أن يكون معي عامي هذا "أبي العزيز" شفاه الله .
إلى من ساندوني في ضعفي وتعبوا على تعليمي إخوتي "عمر" و"محفوظ"
و"عبد المالك" ، رزقهم الله وحفظهم .
إلى أختي الوحيدة والحنونة التي عجز قلبي عن وصف أفضالها "فتيحة"
أدامها الله ورزقها الصحة وبارك لها في ذريتها .
إلى بسمة البيت وروحه ونوره حبيبة قلبي وابنة أختي "مريم" اللهم انبتها
نباتا حسنا واجعلها من الذرية الصالحة .
إلى رفيقتاي ألطف من رأتهن عيني ولمسهن قلبي أحلام وإيمان .
وإلى من في قلبي ولم تلمسه كلماتي، اهدي لكم ثمرة جهدي هذا .

جميلة

الصفحة	العناوين
	شكر و عرفان
	الإهداء
	فهرس المحتويات
أ-ب	المقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
4	1- الإشكالية
5	2- الفرضية
6	3- تحديد المفاهيم الأساسية
6	4- أسباب إختيار الموضوع
7	5- أهداف الدراسة
الجانب النظري : الفصل الثاني: التوحد	
9	تمهيد
10	1- تعريف التوحد
12	2- انتشار التوحد
14	3- التطور التاريخي لدراسة التوحد
16	4- تشخيص التوحد
21	5- التشخيص الفارقي
25	6- أسباب التوحد
33	7- الخصائص الشخصية لذوي التوحد
40	8- التكفل بذوي التوحد
47	خلاصة
الفصل الثالث: الإحباط	
49	تمهيد
50	1- تعريف الإحباط

51	2- أنواع الإحباط
52	3- مصادر الإحباط
54	4- أعراض الإحباط
54	5- شروط حدوث الإحباط
55	6- العوامل المؤثرة على الاستجابة للإحباط
57	7- آثار الإحباط على الصحة النفسية
59	8- النتائج المترتبة عن الإحباط
59	9- النظريات المفسرة للإحباط
61	10- علاج الإحباط
67	خلاصة
الجانب التطبيقي: الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
69	تمهيد
69	1- الدراسة الاستطلاعية
70	2- منهج البحث
70	3- مجموعة البحث
70	4- أدوات البحث
73	خاتمة
74	قائمة المراجع
-	قائمة الملاحق

مقدمة

مقدمة:

المواقف الإحباطية التي تواجه الفرد في عصرنا هذا تمثل ظاهرة جديدة بالاهتمام من خلال تأثيرها على مختلف جوانب حياة الفرد والمجتمع، فالإحباط يحدث حينما يواجه الفرد عائقا ما يحول دون إشباع دافع لديه، وأيضا الحالة الإنفعالية التي يشعر بها الفرد إذا واجهه ما يحول بينه وبين إشباع دوافعه. ومن أكثر المواقف تأثيرا، وجود طفل يعاني من التوحد في الأسرة، لأن هذه الإعاقة غالبا ما تؤثر سلبا على جميع أفراد الأسرة، خاصة الأم التي قد يصيبها ذهول تام، وصدمة يصعب تجاوزها، لأنها كانت تطمح في إنجاب طفل سوي، وخيبة الأمل هذه تجعل الأم تعيش حالة نفسية خاصة ومتأزمة، كالأحباط و تأنيب الضمير والشعور بالذنب، مقارنة بالأم التي لديها طفل سليم.

بما أن هذا الإضطراب (التوحد) من أعقد وأخطر الإضطرابات والذي يمس مختلف جوانب النمو لدى الطفل، ما يجعله يحتاج إلى رعاية وتكفل مستمر من طرف الأم، مما يدفعها إلى الزيادة من مسؤوليتها إتجاه الطفل، مما قد يؤثر كثيرا على صحتها النفسية ومما قد يزيد من مستوى الإحباط لديها. هذا الأخير قد يدفعها إلى العدوانية مع أفراد الأسرة أومع نفسها، للتخفيف من الإحباطات والضغوطات التي تواجهها .

وبالتالي فخطر الإحباط الذي تواجهه الأم تجاه ابنها المصاب جراء تلاشي صورة الطفل الخيالي (طفل سليم) وبروز صورة الطفل الواقعي (طفل متوحد) من جهة و صعوبة التكفل بالطفل التوحدي والذي يتطلب مجهودات كبيرة من المختصين و الأسرة و بالخصوص الأم من جهة أخرى ،جعلنا ندرك بشدة أهمية دراسة الإحباط عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ولتحقيق ذلك قسمنا دراستنا إلى مايلي:

- الفصل الأول: الإطار العام للدراسة: الذي تطرقنا فيه إلى إشكالية البحث، وفرضيته وأسباب

إختيارنا للموضوع، وإلى أهداف الدراسة، وأيضا تحديد مفاهيم الدراسة .

الجانب النظري الذي ضم فصلين:

- الفصل الثاني: التوحد: الذي تطرقنا فيه إلى تعريف التوحد ، انتشاره ، التطور التاريخي ، وكذلك

تشخيص التوحد والتشخيص الفارقي، بالإضافة إلى أسبابه، و الخصائص الشخصية لذوي التوحد ، وفي الأخير إلى كيفية التكفل بذوي التوحد .

- الفصل الثالث: الإحباط: الذي تناولنا فيه تعريف الإحباط، أنواعه، ومصادره، وأعراضه، وبعدها

تطرقنا إلى شروط حدوثه، بالإضافة إلى عوامله، وآثاره، وأهم النتائج المترتبة عليه، وكذلك نظرياته، وفي الأخير علاجه .



الجانب التطبيقي: الذي ضم فصلين :

- الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية: تضمن الدراسة الاستطلاعية، وعرضنا فيه منهج البحث، ومجموعة البحث، وأدوات البحث .
 - الفصل الخامس: قدمنا فيه تصور حول عرض وتحليل الحالات .
- وفي الأخير تم وضع خاتمة البحث متنوعة بقائمة المراجع والملاحق

الفصل الأول: الإطار العام لِلدراسة

1-الإشكالية

2-الفرضية

3-تحديد المفاهيم

4-أسباب إختيار الموضوع

5- أهداف الدراسة

1-الإشكالية :

تعتبر فترة الحمل مرحلة مهمة جدا في حياة كل أم أين تبني تصورات حول جنينها من حيث صحته وشكله وسلوكاته، و تحب أن يكون طفلها متميزا، وبعد الولادة إذا ظهر على الإبن أي تغير في السلوك أو أي إضطراب فهذا يؤثر على الصحة النفسية للأم فلا تتقبل الفكرة بسهولة أن إبنها يعاني من أي إضطراب أو إعاقة، ومن بين الإضطرابات التي يمكن أن تصيب الطفل التوحد، الذي تعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس: " أنه من الإضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لإضطرابات نايرولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الإتصال الإجتماعي صعب عند هؤلاء الاطفال ويجعل عندهم صعوبة في الإتصال اللفظي وغير اللفظي كما يستجيب الاطفال المصابون للأشياء أكثر من الأشخاص و يضطرب أطفال التوحد لأي تغير في بيئتهم.(الشرقاوى،(2018)، ص 19).

وما يزيد الصعوبة على الأم في التكفل بطفلها التوحيدي نظرا لما يعاني منه من صعوبة في التعلم، والبعض منهم لديهم علامات أقل من الذكاء المعتاد، ويتراوح معدل ذكاء الاطفال الآخرون الذين يعانون هذا الإضطراب من طبيعي إلى مرتفع، حيث أنهم يتعلمون بسرعة، إلا أن لديهم مشكلة في التواصل وتطبيق ما يعرفونه في الحياة اليومية والتكيف مع المواقف الاجتماعية، إلى عدم القدرة على التعبير عن احتياجاتهم والإستجابة لأسمائهم أثناء مناداتهم حيث يبدو كأنهم لا يسمعون في بعض الأوقات ويتم التكفل بهذا الإضطراب من قبل فريق مختص يضم طبيب الأطفال، الذي لديه معرفة في المجال التنموي والذي يستعمل كمقدم رعاية أولية للطفل إعتامادا على احتياجاته وقد يضم الفريق آخرين طبيب الجهاز العصبي أو اختصاصي الوراثيات أو طبيب أطفال نمائي واختصاصي في الجهاز الهضمي وطبيب نفسي واختصاصي في التغذية (شاكر مجيد، النجار، (2006)) بالإضافة إلى عمل الفريق الطبي يحتاج الطفل التوحيدي إلى تكفل في البيت كالقيام بالتمارين المقدمة من طرف الأخصائيين وهذا العمل تقوم به الأم و يستلزم منها مجهودات مضاعفة من تنمية لمهارات التواصل البصري لدى الطفل المصاب بالتوحد عبر النظر في وجه الطفل، وبدء التواصل البصري معه بالعين، لتدريبه على المشاعر وتغيرات الوجه المختلفة وتعويدته على النظر في وجه الآخرين، كل هذه المجهودات التي تقوم بها الأم من أجل التخفيف من شدة هذا الإضطرابات .

وهذا ما أثبتته دراسة بوسعدية و بن نوي (2018) حول الضغط النفسي لدى عينة تتكون من 5 أمهات للأطفال التوحديين حيث توصلت نتائج الدراسة أن هؤلاء الأمهات يعانين من ضغط نفسي مرتفع. بالإضافة إلى ما أكدته دراسة سعيد و د. جاجان حول الإحترق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد حيث أجريت الدراسة على 36 أم لأطفال توحديين وتوصلت الدراسة أن 8 أفراد من عينة البحث يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي وذلك من خلال نتائج مقياس ماسلاش للإحترق النفسي لدى الوالدين وعدد فقراته 22 فقرة.

كما توصلت دراسة بوعامر و بن عبد الرحمن (2021)، حول مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال مصابين بالتوحد لعينة تتكون من 50 إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالإنخفاض ويختلف مستوى الجودة من فرد لآخر حسب درجة إصابة الطفل .

وبالتالي ونظرا لما تلقته الأم من معيقات خاصة وأن الطفل الخيالي التي كانت تنتظره لا يتلاءم مع الطفل الواقعي الموجود مما قد يؤدي إلى الإحباط، والذي يعرفه عبد المنعم الحنفي " أنه حالة نفسية تترتب على إعاقة السلوك أو هدف أو إشباع حاجة أو دافع وربما يكون العائق خارجيا من بيئة معادية أو ظروف إجتماعية غير مواتية، وربما يكون داخليا نتيجة قصور في الشخصية أو صراعات نفسية أو مشاعر ذنب تقعد بالمرء عما كان يريد تحقيقه، وقد يستجيب المرء للإحباط بالعدوان أو بالنكوص أو بالثبيت" (البشاري، 2015، ص 10)، فإحباط الأم لمرض طفلها قد يؤثر عليهما سويا فتصبح الأم حزينة كثيرة التفكير والخوف من المستقبل منقطعة عن الواقع وتغيب رغبتها في عمل أي شيء، في حين يوجد الطفل التوحدي الذي يحتاج لرعاية دائمة.

ونظرا لما يخلفه التوحد من آثار وما يحتاجه من مجهودات ووعي للتكفل بالحالة، و بالنظر إلى الإحباط وما يخلفه من آثار سلبية على الأم تتبأنا بضرورة دراسة ومعرفة ما إذا كانت أم الطفل التوحدي تعاني من الإحباط وعليه نطرح الإشكال التالي: هل تعاني أم الطفل التوحدي من الإحباط؟.

2- الفرضية: تعاني أم الطفل التوحدي من الإحباط .

3- تحديد المفاهيم الأساسية:

الإحباط:

يعرف عبد الرحمن العيسوي الإحباط بأنه حالة نفسية ناتجة عن إعاقة النشاط الهادف للفرد، حيث يشعر بالإضطرابات والحيرة والارتباك والضيق والغضب، فالإحباط انفعال غير سار أو غير سعيد، والمواقف التي تتضمن تهديدا للفرد تعد مواقف محبطة وهي مواقف تتضمن مشكلات، فعندما يثار سلوك الفرد نحو هدف ما ثم يعاق هذا الهدف فإن الإنسان يصاب بالإحباط. (العيسوي، (2002)، ص119).

التعريف الإجرائي : هو الدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب بالتوحد على مقياس الإحباط

لكارول.

التوحد: إضطراب نمائي شامل يصيب الأطفال و يشخصون به بعد عمر 3 سنوات، المصاب به يعرف أنه منعزل إجتماعيا لا يتواصل بطريقة لفظية أو غير لفظية، لا يلعب كأقرانه و لا يستجيب للمثيرات الخارجية و محب للروتين و أي تغير فيه قد يصيبه بنوبة من الهيجان و العدوان.

أمهات أطفال التوحد:

التعريف الإجرائي : هن الأمهات التي تم تشخيص طفلهن على أنه مصاب بالتوحد من عام لعامين وهن ماكنات في البيت وغير مطلقات، ولا يتجاوز عمرهن 49 سنة.

4- أسباب إختيار الموضوع :

1- تم إختيار هذا الموضوع (التوحد) لأنه إضطراب لم يمر وقت طويل على ظهوره و انتشاره الكبير بين الأطفال و يقابله عدم وجود علاج واضح له مما يجعل التكفل بهذه الحالات مع عدم الوعي الكافي للأهالي به .

2- تم إختيار الإحباط لأن الأسرة بشكل عام تعتمد على الأم بشكل كبير لذا حاولنا معرفة ما إذا كانت الأم تصاب بالإحباط لمرض ابنها بالتوحد أم لا .

3- رغم انتشار اضطراب التوحد بشكل كبير إلا أنه لم تنتشر التوعية عليه في المجتمع سواء لمعرفة الأم أن ابنها مريض بالتوحد أو كيفية التعامل مع الطفل بعد التشخيص.

5- أهداف الدراسة:

- محاولة الكشف عما إذا كانت أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من الإحباط.

الفصل الثاني: التوحد

تمهيد

- 1- تعريف التوحد
- 2- انتشار التوحد:
- 3- التطور التاريخي لدراسة التوحد
- 4- تشخيص التوحد
- 5- التشخيص الفارقي
- 6- أسباب التوحد
- 7 - الخصائص الشخصية لذوي التوحد
- 8- التكفل بذوي التوحد

خلاصة

تمهيد:

يعتبر التوحد من أكثر الإضطرابات النمو الشاملة صعوبة وتعقيدا، لتأثيرها الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي يكون على المستوى المعرفي واللغوي والحركي والإجتماعي التي تظهر فيها النقص بشكل واضح، ولا يتوقف تأثير إضطراب التوحد على الطفل فقط بل يمتد إلى من حوله، أمه والمجتمع المحيط به من محاولتهم للتكيف مع الوضع لكي يستطيعوا التعامل مع حالات أطفال التوحد.

وللتعرف أكثر على هذا الإضطرابات سنحاول في هذا الفصل نسلط الضوء على تعريف التوحد ونسبه انتشاره بين الأطفال وباعتباره إضطراب لم يتم الكثير على ظهوره سنعرض التطور التاريخي له من بداية اكتشافه إلى الآن، بالإضافة إلى هذا سنتطرق إلى الأعراض التي تظهر على الأطفال التي يتم تشخيص حالتهم إنها اضطراب التوحد، ولعدم كفاية التشخيص وحده وتشابه أعراضه مع إضطرابات أخرى سنعرض التشخيص الفارقي للتوحد وسنحاول تقديم مجموعة أسباب قد تؤدي الإصابة به ومجموعة خصائص شخصية تميز أطفال التوحد عن غيرهم وفي الأخير سنعرض برنامج للتكفل بالأطفال التوحيديون.

1-تعريف التوحد:

لغة:

التوحد مشتقة من كلمة يونانية تتكون من مقطعين AUTO و ISM حيث الأولى تعني الذاتي أو الذاتوية ويطلق على التوحد AUTISME عدة تسميات مثل: الذاتوية الطفلية، الإنشغال بالذات، الإجتراح، التمرکز الذاتي، التوحد، الإنغلاق الطفولي، الأوتيسمية، الأوتيزم، ذوو الأوتيزم، الانغلاق النفسي ... ويرجع التغير والإختلاف في التسميات إلى ترجمة كلمة Autisme... الأجنبية إلى اللغة العربية ولكن اللفظ الأكثر تداولاً هو التوحد السهولة استخدامه لدى الأطباء أو الآباء أو المعنيين بهذه الإعاقة، لكن يوجد من بين الدارسين يرفضون استخدام بعض التسميات لعدم دلالتها وترجمتها الصحيحة.

يرى محمود حمودة أن اسم التوحد ليس صائبا فالأوتيزم لديه هو اللفظ الصحيح لسببين:

أولهما: ترجمة كلمة autisme ليست التوحد إنما الذاتوية لأن أصلها مشتق من كلمة التي تعني الذاتي.

ثانيهما: كلمة توحد هي ترجمة Identification وهي حيلة دفاعية وضحها فرويد في نهاية العشرينات في القرن الماضي، ثم جاء بعدها اكتشاف "ليوكانر" للحالات الذاتوية في 1943 أي بعدما إعطاء كلمة التوحيد للحيلة الدفاعية فلا يصح إعطاء نفس الكلمة للأوتيزم كترجمة لها.

إلا أنه يجب التنويه أن محمود: يستخدم كلمة التوحد يدل من الذاتوية لسهولتها.

فالتوحد Autisme الانغلاق على الذات وانطوائه على نفسه.(دبدر، (2004)، ص 19-20).

إصطلاحاً:

1- حسب التصنيف الدولي العاشر للإضطرابات العقلية والسلوكية Icd-10 الصادر من منظمة الصحة

العالمية (1992) أن الإضطرابات التوحد هو نوع من الإضطرابات النمائية الشاملة.

وهذا الإضطرابات يؤثر سلبا على مجالات عمليات التطور، حيث ينمو الطفل بطريقة غير طبيعية أو

ينمو مختل أو كليهما، يصيب الطفل قبل 3 سنوات.

كما يوجد أداء غير سوي في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي المقيد التكراري.

وتتسم الحالة بأنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة التي تتميز بالمحدودية والتكرار والنمطية، وقد تحدث على شكل تصلب وروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب بالإضافة إلى انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات وأنماط حركية، إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين أو في البيئة المحيطة. (دبدر، (2004)، ص21).

2- **يعرفه هاولين (1995):** "هو أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة التي تتسم بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وإنغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ويصبح الطفل وكان جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل كما لو كانت قد توقفت أحاسيسه، وأصبح يعيش منغلقا على ذاته في عالمه الخاص، فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص.

3- **يعرفه روث سوليفان 1998:** أول رئيس للجمعية الأمريكية لإعاقة التوحد Autisme society of Americ أنه اضطراب شديد في التواصل والسلوك وأنه نوع من العجز يستمر طوال الحياة، ويظهر بصورة أساسية خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

4- **كما يعرفه جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي 1988:** "أنه انسحاب الفرد من الواقع إلى عالمه الخاص من الخيالات والأفكار.

5- **يعرفه احمد عكاشة 1992 أنه:** "نوع من الإضطرابات الارتقائي الذي يعزى إلى اضطرابات ارتقائية عامة في الطفولة تتسم بما يلي: "وجود نمو غير طبيعي يتضح قبل سن الخامسة ويقصور في التفاعل الاجتماعي وعملية التواصل، بالإضافة إلى السلوك المحدود المتكرر والرهاب واضطراب النمو والأكل ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات".

6- **يعرفه ولاس وآخرون 1997:** انه اضطراب ارتقائي يتسم بحضور واضح في التفاعل الاجتماعي والتواصل ومدى محدود من الأنشطة والاهتمامات، وعادة ما يظهر قبل الشهر الثلاثي من العمر (عامين و6 أشهر، خير).

7- **وقد عرفه كابوت وآخرون 1997:** بتلخيص السمات الأساسية للتوحد "هو اضطراب يمكن تعريفه من خلال 3 مستويات مختلفة ومعتمدة على بعضها البعض في آن واحد وهي أنه اضطراب عصبي يرتبط

بنمو المخ وباعتباره اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والإنفعالي والسلوكي وباعتباره اضطراب في

العلاقة يفصح عن فشل في التطبيع الإجتماعي الطبيعي. (د.بدر ،(2004)،ص22-23).

8- عرف Smith التوحد الطفولي 1978: ويطلق عبد المنعم الحنفي 1978 على إعاقة التوحد الأشغال

بالذات، وكل طفل مسحوب بشكل متطرف فد يجلس ويلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات الورق وقد بدأ عليه الانصراف عن هذا العالم إلى عالم الخاص به من صنع خياله.

9- عرفه هار و هار here & here 1982 انه: العجز الشديد جدا في الجوانب الإنفعالية وتظهر على

الأطفال علامات ضعف القدرة على إقامة العلاقة مع الأشخاص الآخرين، ومعه الإستجابة للمثيرات العائلية والاضطرابات اللغوي الواضع أو فقدان القدرة على الكلام (شاكرا مجيد ، (2010)، ص 26، 27، 25).

10- أشارت الجمعية الأمريكية في تعرضها للتوحد أنه نوع من الإضطرابات التطورية التي تظهر خلال 3

سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لإضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الإتصال الإجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الإتصال اللفظي وغير اللفظي كما يستجيب الأطفال المصابون للأشياء أكثر من الأشخاص ويضطرب الأطفال المصابون لأي تغيير في بيئتهم. (الشرقاوي، (2018)،ص19).

11- عرفه الخطيب والحديدي عام 1997 أنه: إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في

السنوات الثلاث الأولى من العمر وهي محصلة لإضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ (الجلبي، (2015)، ص 19).

2- إنتشار التوحد:

أشارت الدراسات التي أجريت في كل من انجلترا والولايات المتحدة الأمريكية باستخدام دلالات تشخيصية

مشابهة إلى أن:

معدل انتشار اضطراب الذاتوية من 4-5 أطفال في كل عشرة آلاف طفل (خطاب، (2005)، ص 11).

في دراسة أجراها جيلبرج (Gillberg 1988) قدر حدوث التوحد ب 4.4 - 6.7 لكل 10 آلاف، ونسبة انتشاره

بين الأطفال تراوحت بين 2-4 لكل 10 آلاف طفل.

وفي سنة 1993 كشفت نتائج دراسة أجراها وينج Wing أن نسبة التوحد بلغت من 1 إلى 16 من حالة لكل 10 آلاف لكل من الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا واليابان.

وفي دراسة أجراها رابن (Rapin) عام 1997 وأن التوحد ينتشر ما بين حالة إلى حالتين لكل 1000 حالة وفي عام 1998 عمال فومبون (fombonne) تلخيص لدراسات أجريت في تلك الفترة لعينة وصلت لـ 4 ملايين طفل وكانت نتيجتها انه ينتشر ما بين 4.6-5.5 لكل 10.000.

وفي عام 2003 نتائج دراسة فومبون من خلال تحليل 312 مسح أجريت في 13 قطر حيث بلغ معدل انتشاره 10 حالات لكل 10 آلاف طفل.

وفي دراستين لبرجين وآخرون 2003 وتشن وآخرون 2007 توصلوا إلى انتشاره حالة واحدة لكل 150 طفل (الشريبي، 2001)، ص 30-31).

كما هو موضح فيما سبق يوجد إختلاف في النسب والدراسات لانتشار التوحد وهذا يعود إلى النقص وعدم الاتفاق حول مفهوم التوحد بالإضافة إلى أن دراسات السابقة لانتشار التوحد تكون عينة الأطفال التوحيديين مختلفة من حيث السمات، لكن على الرغم من الاختلاف في نسبة انتشاره لكن الجميع يتفق أن التوحد يكون منتشرا عند الذكور أكثر من الإناث وبنسبة أنثى واحدة بأربع ذكور أي (4:1) وربما يرجع ذلك غالى وجود دليل على أن الأجنة الذكور بيولوجيا أكثر تعرضا للضغوط من الإناث مثال دراسة أجراها venden berght et marcoen 2004. (الشريبي، 2001)، ص 31) (صادق والخميس، (دون سنة)، ص 4).

ويوجد اعتقاد شائع بانتشار التوحد بكثرة في الطبقة الاجتماعية الراقية لكن هذا نفي فيما بعد وأكد على عدم ارتباطه بجنس أو بلد و عرق أو طبقة. (خطاب، 2005)، ص 21) و (صادق والخميس، (دون سنة)، ص 4).

3- التطور التاريخي لدراسة التوحد:

يعد مودزلي Moudsly أول طبيب نفسي اهتم بالإضطرابات التي تسبب إضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام 1867 (الجلبي،(2015)،ص 11)، لكن ليو كانر هو أول من أشار إلي إضطراب التوحد أنه إضطراب طفولي وذلك عام 1943 عندما قام بفحص مجموعة أطفال (11 طفل) متخلفين عقليا بجامعة هوبكنز ب الولايات المتحدة الأمريكية في الفحص لفت انتباهه سلوكات غير عادية التي كان يتميز بها أولئك الأطفال منها:

- عدم الوعي بوجود الناس.
- عدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل.
- الإنغلاق المستمر عن الذات.
- عدم التجاوب مع المثيرات في ظل البيئة التي يعيشون فيها سواء كان المثير من أقرب الناس (الأبوين أو الإخوة).
- استحالة تكوين علاقة مع من حولهم.
- - وأطلق ليو كانر على هذه الأعراض اسم التوحد الطفولي المبكر Early infantile autism.

ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة في محاولة لتعريف هذا الإضطرابات منها: ذهان الطفولة، فصام الطفولة وغيرهم من التسميات.

وبعدها تقريبا عام 1944 اكتشف الطبيب النمساوي اسبرجر Asperger مجموعة أطفال نمساويون تتشابه خصائصهم إلى حد ما مع أطفال كانر وكان لا يزال الإضطرابات يصنف ضمن فصام الطفولة.

مرت دراسة التوحد بعدة مراحل منذ الوقت الذي اكتشفه كانر وذلك على النحو التالي:
المرحلة الأولى: بدأت في الفترة الممتدة بين أواسط وأواخر الخمسينات من القرن الماضي وسميت مرحلة الدراسات الوصفية الأولى وكان هدفها الأساسي هو وصف سلوك الأطفال التوحديين وافر هذا الإضطرابات على السلوك بصفة عامة، وفي تلك الفترة كان يصنف اضطراب التوحد الطفولي على أنه أحد ذهانات الطفولة وكانت نتيجة الدراسات التي أجريت هو الكشف عن الكثير من خصائص التوحد، غير أنه لوحظ عدم تجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة إلى العمر الزمني أو المستوى

العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الإستنتاجات التي يمكن أن توضع بعين الاعتبار عند دراسة هذا الإضطرابات على المدى الطويل، ومن بين الأسماء التي ساهمت بشكل كبير في هذه المرحلة المبكرة سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير نذكر: ايزنبرج esemberg وكانر 1653 واسبرجر Hans Asperger 1953.

المرحلة الثانية: هي امتداد للمرحلة الأولى و امتدت منذ أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات وتميزت بالتقارير المبدئية للأثار الناجمة عن التوحد، كما ركزت على التطورات المحتمل حدوثها على مستوى القدرات والمهارات نتيجة للتدريب الذي يخضع له التوحيديون.

نستطيع أن نذكر مجموعة أسماء ساهمت في دراسات هذه المرحلة وهي مايكل روتر Michael 1960 rutter وميتلر 1968 ويمكن أن نستخلص ثلاث ملاحظات أساسية من دراسات هذه المرحلة والتي ساعدت في وضع معايير تشخيصية لمرض التوحد التي يمكن الاعتماد عليها فيما بعد :

- التأكيد على أهميته التطور المبكر للغة في سن الخامسة حيث أن استخدامها مؤشر مهم لتحديد حالات التوحد.
- النظر إلى مقدار انخفاض القدرات العقلية والتي هي أيضا مؤثر يعتمد عليه حيث أن الأطفال التوحيديون يكونون غير قادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو تكون درجاتهم على المقياس منخفضة ما بين [50 - 60 IQ].
- القابلية للتعلم مؤثر آخر لتشخيص إضراب التوحد.

المرحلة الثالثة : كانت هذه المرحلة تيار ثابت شهدت الكثير من التقارير في مجال دراسة التوحد بدأت هذه المرحلة من عقد الثمانينات وبدايه التسعينات من أهم الأسماء التي عرفت هذه المرحلة نذكر شنق و لي(chung and lee) 1990 ، وكوباشي (kobayshi 1992)، وفي هذه المرحلة صحح تصنيف اضطراب التوحد وجعل ضمن مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة PDD والتي كانت تضم : التوحد، متلازمة اسبرجر، اضطراب ريت، اضطراب الطفولة التفكيكي، في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية في طبعته الرابعة (DSM-4-). .

ومن الدارسين أمثال كمال 1988 يقول أن هذه المرحلة ما زالت مستمرة إلى الآن، والدراسات الأخيرة

ركزت على ما يلي:

- تطور اللغة مهم جدا بالنسبة لأطفال ذوي التوحد خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة من سنة إلى ست سنوات.
- أهمية متابعة المتخصص لحالة أطفال التوحد لأن بعض المهارات أو القدرات الإدراكية اللغوية الكبيرة نسبيا لا يضمن أن تتطور حياتهم بشكل جيد، فدور المتخصص هو تدريبهم في بعض المجالات مثل الحساب، الموسيقى وغيرهم.....
- الدراسات والمعلومات والتقارير في المرحلة الثالثة من دراسة التوحد أكثر تنظيما وموضوعية من المرحلتين السابقتين.
- إختلاف وسائل التشخيص من ثمن نتائج التصميم التي كانت تستخدم سابقا على التي استخدمت لاحقا هذا ما جعل الاختلاف يظهر حاليا على عينة الدراسة بحيث تختلف نتيجة أدائهم النهائية وكذلك النتائج المترتب عليها وذلك وفقا لاختلاف: أدوات الدراسة، الخلفية الثقافية والاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة. (بدر،(2004)، ص 25-26).

4- تشخيص التوحد:

يعتبر تشخيص التوحد وغيره من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيدا وخصوصا في المرحلة الأولى لوجود اختلافات في الأعراض، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية وغيرها.

1 - التشخيص حسب كانز:

"ليو كانز" أول مشير لاضطراب التوحد أنه يظهر على الأطفال (1943)، وأقر بمجموعة الأعراض التي لاحظها على (11) طفل وهي نفسها التي أصبحت من أهم أعراض التوحد الآن في الدراسات الحالية ومن بين الأعراض التي ذكرها كانز نذكر ما يلي:

- سلوك إنسحابي إنطوائي شديد، وعزوف عن الإتصال بالآخرين.
- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل والملبس وترتيب الأثاث وروتين الحياة اليومية.
- يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (14-18) شهرا من العمل أكثر من الارتباط بالناس جميعا ومنهم أبواه وإخوته.
- عدم قدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين.
- عدم ظهور الهلوسات والهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.
- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي، فإنه أحيانا يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادي كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدي مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية أو يتذكر خبرة قديمة حتى لو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها. (القمش، (2011)، ص 104-105).

- التشخيص حسب DSM4:

أشار الدليل التشخيصي والأخصائي الطبعة الرابعة إلى أن تشخيص الإصابة بالتوحد يشمل على ظهور 6 أعراض أو أكثر من المجموعات الإصابة بالتوحد يشمل على ظهور 6 أعراض أو أكثر من المجموعات التالية على أن تكون اثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل من المجموعتين (2-3).

- المجموعة (1) : وتشمل:

إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي وذلك بظهور اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

- ظهور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثلا تلاقي العين في العين وتعبيرات الوجه مثل الإبتسامة أو العبوس أو حركات في المواقف الاجتماعية الإتصال مع الآخرين.
- قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو.
- غياب المشاركة الوجدانية والإنفعالية أو التعبير عن المشاعر.
- قصور القدرة على مشاركة الآخرين في الإهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز أعمال المشتركة معهم.

المجموعة (2): وتشمل

قصور كفي في القدرة على التواصل ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

- تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).
- لغة غير مألوفة تشمل على التكرار والنمطية.
- بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة ومواصلته.
- غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب مع من هم في نفس العمر ومرحلة النمو.

المجموعة (3): تشمل:

- قصور نشاط الطفل على سلوكيات نمطية و تكرارية ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:
- إستغراق وإنشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شاذة من حيث طبيعتها وشدتها .
- حركات نمطية تكرارية غير هادئة مثل رفرفة الأصابع ضرب الرأس .
- جمود وعدم المرونة في الإلتزام بسلوكيات وأنشطة لا جدوى منها. (سرفاني، سقوالي، (2019)، ص 46-47).

2- التشخيص حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية Dsm5:

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي على ظهور عادة أعراض مقسمة إلى مجموعات (المجموع A) تحتوى على 3 أعراض، والمجموعة B على 4 أعراض، وعرض 1 لكل من المجموعة (C-D-E) وهم على النحو الآتي:

A. عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدرج في المشاركة الاهتمامات، والعواطف أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات إلى إنعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات في مشاركة اللعب التجلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الإهتمام بالأقران.

B. أنماط متكررة محددة من السلوك، والإهتمامات، أو الأنشطة ويظهر في اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:

- 1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام مثلا أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليد الأشياء والصدى اللفظي.
 - 2- الإصرار على التشابه والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي مثلا الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة والصعوبات عند لتغيير وأنماط الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم.
 - 3- إهتمام محددة بشدة وشاذة أو التركيز مثلا التعلق الشديد أو الإنشغال بالأشياء غير معتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواظبة.
 - 4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو إهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة مثلا عدم الإكتراث الواضح للألم، درجة الحرارة، والإستجابة السلبية للأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء.
- C. تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالإستراتيجيات المتعلقة لاحقا في الحياة.
- D. تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الإجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.
- E. لا تفسر هذه الإضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الذهني) أو التأخر النمائي العام، الإعاقة الذهنية وإضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ولوضع التشخيصات المرضية المشتركة بين إضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية، يجب أن يكون التواصل الإجتماعي أقل من المتوقع للمستوى التطوري العام (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1997)، ص 27-28).

3- التشخيص حسب التصنيف للأمراض ICD10:

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) وصدر آخر شكل لـ (ICD10) عام (1993)، حيث قسم أعراض التوحد إلى 5 فترات أساسية والتي تمثل الجوانب الأساسية التي تظهر عند الإصابة بالاضطرابات وهي كالاتي:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل.
- قصور نوعي في التواصل.
- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
- شذوذ واضح في النمو
- يتضح وجوده في السنوات الثلاث الأولى من العمر. (القمش، (2011)، ص 110-109).

5- التشخيص الفارقي:

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص التوحد، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال، فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل ويرى الكثير من العلماء أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين أعراض التوحد وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي متلازمة اسبرجر، ريت، الإعاقة السمعية والبصرية، التواصل وغيرها.

وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات التوحد يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقات المصاحبة للتوحد، وإيضاح الفروق الجوهرية التي تميز إعاقة التوحد عن غيرها من الإعاقات فيما يسمى بالتشخيص الفارق، ونتعرف على هذا التشخيص الفارق بين التوحد والإعاقات الأخرى كالتالي: (القمش، (2017)، ص 112).

1 - التوحد والفصام:

يوجد جدل قائم بين المختصين حول أن التوحد هو نوع من أنواع الفصام، وأن فصام الطفولة والتوحد هو نوع من أنواع الفصام، وأن فصام الطفولة والتوحد هما نفس المتلازمة بشكل أساسي، وأن التوحد في الطفولة يتطور ويصبح فصاماً لدى البالغين ويفترض بعض صفة تشخيصية في مجال التوحد، أن التوحد صفة تشخيصية متميزة وصادقة مختلفة بشكل واضح عن الفصام وغيرها من الأمراض العقلية.

وهناك بعض أوجه التشابه بين التوحد والفصام حيث أن كلاهما يحدثان طول الطيف فالانسحاب الإجتماعي الشديد والتسطيح الإنفعالي الذي يتميز به الفصام الشديد قد يحدث ليس في تشخيصه، ويتم تشخيصه على أنه توحد.

ومع ذلك هناك عدد من الإختلافات بين هاتين الحالتين مما يساعد الإكلينكيين الخبراء التمييز بين التوحد والفصام.

يبدأ التوحد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة، بينما يميل الفصام إلى الظهور فيما بعد الطفولة أو في المراهقة.

المصابون بالفصام عادة ما يعانون أوهام وهلوسات لا يعاني منها التوحديون.

في معظم حالات الفصام، هناك فترات هدوء وأداء سوى بينما لا تأرجح التوحديون بهذه الطريقة (سهيل،) (2015)، ص 159-160).

2- التوحد والإعاقة العقلية:

عندما اقترح كانر Kanner محكات لتشخيص التوحد، فقد أشار أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة، لذلك كنت الإعاقه العقلية مستبعدة، كان هناك بعض الباحثين مثل "فريمان وريتفو" أشاروا إلى أن حوالي 57% من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود التخلف العقلي.

على الرغم من أن الأداء الوظيفي للتوحديين والمتخلفين عقليا متشابه، إلا أن هناك تفاوتاً يظهر من خلال أدائهم المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي، في حين يكون أدائهم أقل من المهمات اللفظية، بينما يكون أداء المعوقين عقليا منخفضاً ومتساوياً في جوانب الأداء.

إن هناك عدداً من النقاط التي يتميز بها التوحد عن الإعاقه العقلية وهي:

- المعوقون عقليا يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، أما التوحديون فلا يوجد لديهم تعلق حتى مع وجود نكاه متوسط لديهم.
- لدى التوحديين قدرة على المهارات غير اللفظية كالإدراك الحركي والبصري.

- اللغة والقدرة على التواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعوقين عقليا، لكن قد تكون غير موجودة لدى المتوحدين، إن وجدت فإنها تكون غير عادية.
- وجود العيوب الجسمية لدى المعوقين عقليا أكثر من التوحدين.
- لدى التوحدين مهارات خاصة تشمل الذاكرة والموسيقى والفن... الخ، ولا توجد لدى المعاقين عقليا.
- يتميز التوحدين وجود السلوكيات النمطية الشائعة التي تختلف عن السلوك النمطي عند المعوقين عقليا. (أحمد يحيى، (2000)، ص 227-228).

3- التوحد والتواصل:

يرى العديد من الباحثين إلى أننا نتوقع وجود تشابه بين إعاقة التوحد والإضطرابات اللغوية ذلك أن إضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص إعاقة التوحد وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الإضطرابات اللغوية الإستقبالية وإضطرابات اللغة التي يظهرها أطفال التوحد، ولكن يمكن التمييز بين أعراض الإضطرابين، وهذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الإضطرابات اللغوية الإستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر أطفال التوحد أي تعبيرات إنفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة، وقد تظهر المجموعتان في إعادة الكلام وترديده غير أن أطفال التوحد مميزين بترديدهم للكلام وخاصة ترديد آخر الكلمات أكثر، وفي حين يخفق أطفال التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين.

وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم أو القابلية للتعلم والقدرة على التعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة ومميزة بين أطفال التوحد والأطفال المضطربين لغويا (شاهر مجيد، (2010)، ص 68-69).

4- التوحد ومتلازمة أسبرجر:

اكتشف هذا الإضطرابات العالم الفيزيائي Hans Asperger الذي كان يعمل في نفس فترة ليو كانر المكتشف الأول للتوحدية، وأوضح Hans Asperger أنه يمكن التمييز بين الإضطرابين من خلال علامتين في الخليتين: الأولى تختص ببداية المرض، والثانية التأخر اللغوي، حيث أن المرض يبدأ في خمسة أشهر الأولى

من عمر الطفل، أما التوحد فيبدأ خلال ثلاث سنوات الأولى، أما التأخر اللغوي، فيكون فيه الأطفال التوحديون مختلفين لغويا، أي لغتهم شاذة بعكس الآخرين.

كما أوضح أسبرجر أن تعليم هؤلاء الأطفال لا يتم عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفال التوحديين وقال: إن هؤلاء الأطفال كانوا يقومون بأعمالهم بأقصى أداء تلقائي، كأنهم (مفكرون مجردون)، ويعتبر اضطراب اسبرجر من الإضطرابات التي تتشابه أعراضها مع أعراض إعاقة التوحد، وقد سمي هذا المرض على اسم الطبيب اسبرجر Asperger وهو الطبيب النمساوي الذي اكتشفه عام 1944، وتبدأ حالات اسبرجر في الظهور في مرحلة المدرسة حيث يكون الطفل غالبا على درجة متوسطة من الذكاء، كما أن الطفل يبدأ في الكلام مع أقرانه من العاديين كما يستوعب قواعد اللغة عاجلا أو آجلا، لكنه يبدي صعوبة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ويعاني من إضطراب في تكوين ويعاني من إضطراب في تكوين الجمل واستخدام اللغة التي يطيل ويكرر في بعض كلماتها أو عباراتها بشكل نمطي، كما وجد صعوبة في التعبير غير اللفظي، وقد يتفوه أثناء محاولاته الفاشلة ببعض العبارات غير الواضحة وغير المتناسقة، لكنه كثير الكلام بحماس حول موضوعات ليست لها أهمية تذكر، منتقلا في حديثه من موضوع إلى موضوع مختلف فجأة دون أي إعتبار لمتابعة الآخرين لحديثه، أما من حيث النمو الاجتماعي فهو يعاني من قصور يتمثل في سماته الإنسحابية وعدم القدرة على تكوين علاقات إجتماعية سليمة، ومن السمات الشائعة أيضا الإندماج في حركات نمطية ومقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة ومن أهم الفروق بين التوحد وإضطراب اسبرجر ما يلي:

- 1- إعاقة التوحد تبدأ في الظهور في محلة الطفولة المبكرة.
- 2- إضطراب اسبرجر يبدأ في الظهور خلال مرحلة المدرسة.
- 3- الطفل التوحدي يتسم بعدم رغبته في الكلام والإضطرابات اللغوي الشديد، وإذا تكلم فمعظم كلامه يكون مجرد تكرار لما يقوله الآخرون.
- 4- الطفل المصاب بإضطراب اسبرجر كثير الكلام بل ولديه حماس للكلام وينتقل في الحديث من موضوع آخر، صحيح أنه قديم يتحدث ليس لها أهمية وهي مضطربة بصفة خاصة إلا أنه يتكلم ولديه حماس (حمد سليمان، (2014)، ص 125-126-127).

5- التوحد ومتلازمة ريت:

متلازمة ريت هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة *disorder pevelometla*، بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام... الخ) وكثيرا ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة ما تسببه من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقة الفرد حتما وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10000 حالة ولادة حية، حيث يوجد أوجه تشابه بين التوحد واضطراب ريت وهي كالتالي:

- نمو طبيعي خلال السنين الأول والثاني من العمر يليه حالة من القصور في نمو المهارات اللغوية والاجتماعية، مهارات التفاعل المكتسبة.
- قصور في القدرة على الكلام وأحيانا فقدان كامل الكلام.
- نقص شديد في القدرات المعرفية والتفكير.
- تفكك الأفكار وعدم القدرة على التعبير.
- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.
- اضطراب الإنفعالات ونوبات ضحك أو صراخ بدون مبرر. (الشرقاوي، (2018)، ص 147-148).

6- أسباب التوحد:

1- عوامل نفسية وأسرية: فسر كانر أول من اكتشف التوحد في أول تقرير له أن سبب التوحد نفسي وأن طريقة تربية الطفل في الأسرة هي أصل الإعاقة افتقاد الطفل الحب والدفء والحنان بينه وبين أمه. (بدر، (2004)).

ويفسر التوحد على أنه حالة من العزلة والهروب من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للجمود والفتور في العلاقة بينه وبين الأم وأن التسمية والعلاقة الأولى هي السبب في التوحد حسب النظرية النفسية ومن أكثر المؤيدين لهذه النظرية هو بتلهام Bettelheim. (الظاهر، (2008))

كما أن هناك من يرى أن التوحد متطور من فصام الطفولة. (خطاب، (2005))

لكن هذه النظرية لقت رفضا كثيرا حين رد رملاند (Remland) على بتلهاميم بالنقاط التالية:

- 1- من الواضح أن بعض الأطفال المتوحدين مولودون لآباء لا تطبق عليهم أنماط الشخصية الأبوية التوحدية.
- 2- الأطفال المتوحدون من الناحية السلوكية غير إعتياديين منذ لحظة الولادة.
- 3- نسبة إصابة الذكور تفوق نسبة إصابة الإناث بالإضطرابات.
- 4- غالبا ما يكون إخوة الأطفال المتوحدين طبيعيين إلا في الحالات النادرة.
- 5- جميع حالات التوأم التي تكون في الأدب كانت محدودة بوجود إصابات فيما بينها (الظاهر، (2008)، ص 329-330).

كما أن هناك الدراسات المقارنة المنضبطة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحدين وآباء الأطفال الغير مصابين بالتوحد لم تظهر فروقا بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم والعلاقات وبين أطفالهم ما يستبعد أن يكون العوامل النفسية لها أي علاقة كعامل للتوحد.

- 2- عوامل بيئية: هناك أسباب بيئية ترتبط بحدوث التوحد من ضمنها ظروف الحمل والولادة، اللقاح، الفيروسات والأمراض المعدية وغيرها وسنعرض مجموعة منها وكيف تؤدي للتوحد:

1- ظروف الحمل والولادة:

الولادة العسيرة:

- سحب الجنين بالملاقط Forceps DLIVERY عندما يكون الجنين في وضع غير طبيعي عند الولادة.
- إختناق الجنين بالحبل السري: الانوكسا Anoxis نقص الأكسجين.
- نزف الأم بعد 3 أشهر الأولى من الحمل.
- إستخدام العقاقير .
- عمر الأم أثناء الحمل (خاصة فوق 35 سنة).
- خروج العفى مبكرا Meconuim (تسرب المادة السوداء من بطن الجنين إلى السائل الأمينوسي أثناء الولادة).
- ترتب الطفل في الأسرة (الأول أو الرابع وغير ذلك).
- زيادة فترة الحمل عن 10 أشهر و 15 يوم (42 أسبوع).

2- التلوث البيئي: يمكننا تعريف التلوث أنه إضافة أو إدخال مادة غير مألوفة إلى أحد الأوساط البيئية (ماء، هواء، تربة) وتحدث هذه المادة الدخيلة تغير في نوعية وخواص الأوساط وغالبا ما تكون النتائج لمصحوبة ضارة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

تثبت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي في ولاية تدعى ماساتشوستس بأمريكا بقرية تسمى LEO MISTER حيث يبلغ عدد سكانها 36 ألف نسمة ظهر ارتفاع كبير غير طبيعي بين حالات التوحد حيث يصاب الطفل في كل مئة طفل وتعتبر نسبة كبيرة مقارنة بنسبة المجتمع الأمريكي (20 إلى 30 في كل 10000 آلاف)، هذا ما لفت انتباه أجهزة الصحة في القرية وبدأوا بالبحث بعد اعتقادهم بأن نفايات الكيماوية هي التي تلوث البيئة وتؤكد أنها من النفايات السائلة والغازية التي يصب 5 أطنان منها في الشهر الجاري بالقرية والتي مصدرها مصنع للنظارات الواقية من أشعة الشمس وتحتوي هذه النفايات أيضا على معادن مثل الزنبق والرصاص وأول أكسيد ومركبات النتروجين ومركبات الكبريت وغيرها.

انتهت نتائج دراسة بالمر وآخرون (2006) والتي أجريت على عينة قوامها 1184 من تلاميذ مدرسة ابتدائية في تكساس إلى وجود مستويات مرتفعة من الزئبق في البيئة والتي ارتبطت بمعدلات مرتفعة من التوحد.

3- الإشعاعات: تؤثر الأشعة السينية (الأشعة X) على حوض وبطن الأم الحامل خاصة إذا كانت الجرعات كبيرة مما يؤدي إلى الإجهاض أو الشذوذ الجسمي لهذا نوصي الكثير من الأطباء على ضرورة عدم تعرض الأم الحامل لها إلا في الحالات الضرورية وتكون باستشارة الطبيب المختص.

4- الخمر والمخدرات : Narcotics & Alcohol

المخدرات تؤدي بالمرأة أثناء الولادة إلى مضاعفات خطيرة وخفض معدل النبض، كما يؤدي إدمان الهيروين والمورفين إلى انخفاض نسبة الأوكسجين في أنسجة الدم والتسمم وإنفصال مبكر للمشيمة

اهتمت مقالات حديثة بوصف متلازمة الكحول الجنيني:

Fetal Alcohol symption والتوحد ، فالاثيون ethanol معروف أنه بسبب إصابة الجهاز العصبي

المركزي قبل الولادة ومع ذلك وقع أن يكون هناك زيادة في الإصابة بالتوحد.

5- التدخين Smoking: يرتبط التدخين بالولادة المبكرة حيث يسمح التدخين بانتقال النيكوتين من دم الأم إلى دم الجنين مما يؤدي إلى إسهال نبضات قلبه كما يؤثر سلبا على الجانب المعرفي للأطفال بعد ولادتهم وفي هذا الصدد وصلت نتائج دراسة هيلتمين وآخرون (2002) إلى ارتباط تدخين الأم أثناء الحمل بإصابة الطفل بالتوحد. (الشرييني (2011)).

6- إصابة الأم بالأمراض المعدية:

1- الحصبة الألمانية: وجدت دراسات علاقة بين الإصابة المرضية التي تسبب تلف الجهاز العصبي المركزي أثناء فترة الحمل ومرحلة الطفولة وبين التوحد، وقد تضمنت القائمة فيروسات وأمراض معدية مثل: الهيربيز والحصبة الألمانية ... إلخ، وعند إنتشار الحصبة الألمانية عام 1964م أشارت إحدى الدراسات إلى أن الأطفال أصيبوا بالتوحد وهم الذين أصيبت أمهاتهم بالعدوى أثناء فترة الحمل وبما أن الحصبة الألمانية أصبحت نادرة جدا فتعتبر الآن من الأسباب النادرة لحدوث التوحد. (شامي (2004)، ص155).

2- عدوى السيتومجاليك CYTOMEGALIC: من بين الأمراض التي تصيب الأم الحامل وتؤدي إلى تلف مخي شديد للجنين في الشهر 3 (الشرييني،(2011)، ص 52).

في فحص أجراه ياماشيا وآخرون (2003) على 7 أطفال أصيبوا بعدوى السيتومجاليك في الفترة ما بين 1988 - 1995 أن اثنين منهما (28.5%) أصبح لديهما توحد.

3- عدوى الهيربيزي: ينتشر عن طريق الإتصال الجنسي ويصبح سبب متكرر للعدوى في الأطفال حديثي الولادة.

يوجد أيضا التهاب الدماغ الهيربيزي Herper Encephaliti مع أنه غير شائع لكنه ذو خطورة شديدة ويستهدف الجهاز العصبي المركزي.

ينتشر هذا الالتهاب بنسبة 1 إلى 250 ألف

أو 1 إلى 500 ألف

تصيب العدوى الأطفال الأقل من 20 سنة وتكون في هذه الحالة عدوى شديدة جدا، كما أن جزء من الحالات تكون أولية، بينما الباقي تنتج عن إعادة تنشيط الفيروس وتكون مسؤولة عن تكرار العدوى وتصيب العدوى بناءات الفص الأمامي.

3- عوامل حسب وراثية:

في بداية حياة الجنين وأخذه للصفات الوراثية والحبس يكون بالإعتماد على الكروموزومات المأخوذة من الأم والأب وهذه الكروموزومات 23 زوج. (الشربيني، (2011)، ص33)، متشابه عند المرأة XX أما الزوج 23 عند الرجل هو Y مما يكون عند الرجل XY وهو المختص بتحديد النوع.

مما يجعل العوامل الوراثية المنقلة من الأم والأب تقف على هذه الكروموزومات.

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي حيث أكدته مجموعة من البحوث أن هناك عامل جيني يؤثر بشكل مباشر في الإصابة بهذا الإضطراب وهذا ما تؤكدته حالة التوائم، فالتوائم المطابقة أكثر عرضة للإصابة بإضطراب التوحد بنسبة 96% أما التوائم الأخوية أو ما يعرف بالتوأم المنفصل بنسبة 27% وذلك لكن التوائم المتطابقة يكون لهما نفس التركيب الجيني.

كما تبين من استعراض بعض الدراسات المسحية التي أجريت لمعرفة إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب في الإعاقة تبين أن نسبة 4-2% من أطفال لآباء يعانون من التوحد (سرفاني، سقوالي، (2017)، ص 39)، وفي هذا الصدد المعهد الوطني للصحة النفسية حاول استخدام فنيات دراسة التركيب الجيني والبحث عن الشذوذ في تركيب الشيفرة الجينية للأفراد ذوي إعاقة التوحد كما يعتقد بعض العلماء أن الجزء المتوارث هو الجزء الشاذ من الشفرة الجينية أو تجمع صغير لـ 3 أو 6 جينات غير ثابتة وأنه في حالات معينة أو ظروف ربما تتفاعل الجينات غير الثابتة فيما بينها وتؤثر بالسلب على نمو دماغ الجنين (أبوحلاوة، (1997)، ص 28).

ويبدو أن الآباء الذين أنجبوا طفلا مصابا بالتوحد تزداد لديهم مخاطر احتمالات إنجاب أكثر من طفل مصاب بنفس الإضطراب (أبوحلاوة، (1997)، ص 28).

جاء في دراسة أن نسبة إصابة الطفل الثاني بالتوحد إذا كان الطفل الأول معاق ومن جنس ذكر بـ 8.6% أما إذا كان الطفل السابق أنثى فإن النسبة ترتفع إلى 14.5%. (فراج، (2002)، ص 60).

كما أوضحت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين المتوحد وشذوذ الكروموزومات وأثبتت أن لهذا الكروموزوم إتصال مع التوحد فقط، وهو Frangile x Syndrome ويعتبر Frangile x شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي أيضا كما له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية أخرى، ويظهر عند الفرد

الذي لديه كروموزوم F.X تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة. (أحمد أمين نصر، (2002)، ص 21-22) بالإضافة إلى أنه يوجد 10% من حالات التوحد تعاني من اضطراب ريت أيضا (فراج، (2002)، ص 60) .

4- عوامل عصبية حيوية:

أكدت الدراسات والتحليل الطبية معاناة أطفال التوحد من حالات قصور أو خلل حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل ومضاعفات قبل الولادة كمسبب لإعاقة التوحد، كما يعزى سبب هذا الأخير إلى حدوث شذوذ على مستوى المخ كما أوضح المسح الذي أجراه جيلبرت وآخرون (1992) أن هناك مظاهر شذوذ في المخ بعد إجراء لرسم المخ EEG وكان ذلك ما بين 10-83% من حالات التوحد كما أن المصابون يعانون من نوبات صرع كبيرة وهذا الخلل الوظيفي الواضح تكون المسؤول عليه النصفين الكرويين للمخ، وهذه النوبة هي أحد المضاعفات العصبية للتوحد ويتطور الصرع لدى المصابين بالتوحد ما بين 2-35% (السيد ومحمد، (2003)، ص 19).

كما وجد الدكتور بول شاتوك بعد إجراءه لفحص عينات بول لأطفال التوحد أن يوجد مادة البيبتايدس peptidies بنسبة أكبر عند أطفال التوحد مقارنة مع الأطفال العاديين وهذا المادة تؤثر على عمل المخيخ (شاكر مجيد، (2010)، ص 61).

كما أظهرت دراسات حديثة أجريت على أطفال التوحد أنه يوجد خلل وشذوذ في مستويات بسيطة وشديدة تجلت في اختفاء بعض الموجات وتأخر ومن النقل في منطقة جذع المخ.

كما بينت الدراسات الحديثة ما بين التسعينات والعشرينات أن الخلل موجودة في النسيج العصبي للفص الجبهي، كما توصل كولمان عام (1990) أن العوامل المسؤولة عن الإضطرابات تحدث خلال اكتمال وتعدد العمليات العصبونية، وأن هناك انخفاض في عدد الخلايا بوركيج (الموجودة في طبقة بركنجي في المخيخ) - لدى الأطفال التوحديين الذين تمت دراستهم (سيد ومحمد ، (2003)).

زيادة على هذا ما بينته دراسات وفحوصات الرنين المغناطيس أن حجم المخ في الأطفال التوحديون أكبر من الأطفال الأسوياء على الرغم من أن التوحديون المصابون بتخلف عقلي شديد تكون رؤوسهم أصغر حجما

بالإضافة إلى هذا ما أظهره الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاض في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوى على الفص الجداري وهذا ما يؤثر على العلاقات الإجتماعية والإستجابة السوية واللغة (شربيني، (2011)، ص 43).

5- عوامل إدراكية عقلية:

هنا يرد التوحد إلى سبب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية وهذا الأخير يرجع إلى إنخفاض قدرتهم على الإدراك.

ووجدت الباحثة ليسلي (1987) أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هم افتقارهم للقدرة على فهم الناس من حولهم وحتى على فهم أنفسهم بالإضافة إلى أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الآخرين أو هذا ما يجعل أطفال التوحد فاقدين للعالم الحسي فضلا عن افتقارهم للجانب الإجتماعي والتواصل ومشاكل الجانب المعرفي (خطاب، (2005)، ص 44).

6- عوامل مناعية:

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحيديون (الشامي، (2004)، ص 159)، كما تشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية الغير ملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد، كما أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد تتأثر بالأجسام المضادة لأمهاتهم وذلك يحدث و هم أجنة وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (خطاب، (2005)، ص 44).

7- عوامل غذائية:

قد تكون بعض الأطعمة التي تسبب الحساسية لها علاقة بأعراض التوحد كما يمكن لعدم التوازن الغذائي مساعد لأسباب أخرى تؤدي لظهور أعراض التوحد، وهي المواد الكيميائية والمعادن الثلاثة مثل الزئبق، الرصاص والزنك أو الخلل الوظيفي في جهاز الكبد بسبب التسمم الذي يؤدي إلى عدم قدرة الكبد على تنقية السموم أو عدم التوازن الكيمياء الحيوية في الجسم. (الظاهر، (2008)، ص 331).

الفيتامين D: يعتبر هذا الفيتامين ضروري جدا للكثير من العمليات الفيزيولوجية كالنمو، تطور الدماغ، إصلاح DNA وتنظيم الجينات، وقد كشفت الدراسات أن نقص هذا الفيتامين في فترة الحمل والفترة الأولى للولادة يزيد من خطورة الإصابة بالتوحد.

كما أوصت مجموعة من الباحثين في جامعة جلاكو باسكتلندا من خلال استعراض إكلينيكي بإعادة الإهتمام بفيتامين D كسبب قوي في زيادة أعداد الأطفال المصابين بالتوحد كما بينت أن له تأثير مباشر على تطور مرض التوحد. (التميمي، (2014)، ص 47-48).

7- الخصائص الشخصية لذوي التوحد:

1- الخصائص البيولوجية: وهي من بين السمات التي تظهر على الطفل التوحدي بعد الميلاد بالضبط في مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسعة نذكر من السمات تضخم الرأس وهي متابغة بين 37% من أطفال التوحد وهذه السمة يتدخل فيها عامل الجنس حيث يصيب هذا 11% من الذكور و24% من الإناث وهذا التضخم في الرأس الذي يصيب الأطفال التوحديون لا يرتبط بالذكاء اللفظي والغير اللفظي أو بإضطرابات الصرع والعلامات العصبية البسيطة لديهم:

بالزيادة على هذا مجموعة خصائص فيزيولوجية داخلية يعاني منها ذوي التوحد نذكر:

- إصابة في أنسجة المرئ.
- التهاب حاد ومزمن في المعدة.
- التهاب حاد ومزمن في الأنثى عشر وزيادة في الخلايا المرضية فيها بصورة معنوية.
- انخفاض في معدل نشاط إنزيمات هضم الكربوهيدرات في الأمعاء الدقيقة.

- زيادة إفراز العصارة الصفراوية.
- تكون العقد للمفاوية بالأمعاء الدقيقة والقولون وتكون في القولون أكبر نسبة من الأمعاء الدقيقة. (شقاوي، (2018)، ص 189-190-191).

2- الخصائص الحسية:

- 1- الحساسية السمعية: قد يسمع الطفل التوحدي أصوات لا يسمعا الآخرون مما يسبب له إنزعاج وارتباك لكن في المقابل يوجد أطفال من ذوي التوحد لا يستجيبون للأصوات العالية ويبدون كأنهم صم، كما أنهم قد ينزعجون من أصوات مألوفة كصوت الهاتف أو الجرس أو المكينة الكهربائية ولتجنبها يضع يديه على أذنيه.
- 2- يظهر لدى بعض أطفال التوحد صعوبة في رؤية الأشياء كما أنهم يخافون من بعض الألوان بالمقابل يوجد البعض يظهرون حساسية بصرية كأنهم يرون أشياء لا يراها الآخرون
- 3- يظهر ذوي التوحد حساسية جلدية كبيرة.
- 4- يتجنبون ملامسة الآخرين والإقتراب منهم.
- 5- كما يمكن لبعض أطفال التوحد عدم الشعور بلمس الآخرين ولا يشعرون بالألم بالرغم من تعرفهم للأذى الجسمي.
- 6- غياب تغيرات الوجه.
- 7- الإشارة إلى الأشياء التي يريدونها أو جذب الآخرين من اليد إلى الشيء المراد.
- 8- تحريك الرأس واليد عند الحديث (حركات نمطية).
- 9- عدم المشاركة في الألعاب التي تحتاج للتقليد والمحاكاة.
- 10- كما أن يوجد اعتقاد بأن أطفال التوحد يتحاشون التواصل البصري للآخرين أو إطالة النظر للشيء وهذا لأنهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه والإشارات. (د. الفرحاني وآخرون، (2015)، ص 33).

3- الخصائص الحركية:

- 1- يقف ذوي التوحد ورؤوسهم منحنية وينظرون للأسفل.
- 2- يلفون أذرعهم حول بعضهم حتى الكوع.
- 3- تكرر حركات معينة مثل الضرب بالأقدام للخلف أو تشابك الأيدي أو الحركات المشي ذهابا وإيابا أو تحريك اليدين على شكل طائر وتكرر الحركات مرات عديدة.
- 4- تتكرر معظم السلوكات والحركات عندما يكون ذوي التوحد مبتهج.
- 5- فرط الحركة أو نقص الحركة Hypokinesia ثم تتحول إلى نشاط زائد Hyperactivity.
- 6- عدم الثبات في استخدام اليدين والتردد بينهما وأحيانا التبادل وهذا ما يدل على اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر.
- 7- تأخر علامات النمو الحركي الطبيعي وصعوبة في بدئ بعض الحركات المهارية. (د. الفرحاني وآخرون، 2015)، ص 26).
- 8- اختلاف بصمات الأصابع وخصائص الجلد عن الطفل العادي مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغذية للجسم.
- 9- صعوبة تعلم حركات متناسقة كالرقص وفق النغم موسيقي.
- 10- صعوبة في ممارسة نشاطات توازن كالوقوف على ساق واحدة.
- 11- الوقوف المفاجئ.
- 12- الدوران حول نفسه بسرعة دون الإصابة بالدوار.
- 13- السير في شكل دائرة صغيرة مقفلة باستمرار.
- 14- الجري والمشي على أطراف الأصابع.
- 15- إسقاط الأشياء.
- 16- النقر بالأصابع.
- 17- القفز المتكرر.
- 18- ميل الرأس وتأرجحها.
- 19- نمط لعب تكراري نمطي كجمع أشياء معينة غالبا تكون عديمة القيمة ووضعها بنظام محدد لا يتغير.

20- اللعب بأشياء غير عادية كالعصي أغطية الزجاجات، الورق، كأن يلف الورق ويدورها بدل من استعمالها في اللعب التخيلي (الشرقاوي، (2018)، ص 186-187-183).

4- الخصائص السلوكية:

- 1- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في المحيط.
- 2- الإستخدام الغير مناسب للعب والأشياء بشكل متكرر وعنيد.
- 3- حركات جسمية غريبة متكررة.
- 4- استجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية إما يتظاهر بعدم السماع ولا يستجيب أو يبدى مبالغة في استجابته للآخرين.
- 5- البعض لديه نشاط زائد بدرجة كبيرة والبعض يتسم بالكسل والخمول.
- 6- حوالي 25% من أطفال التوحد يعانون من الإصابة بنوبات صرع عادة عند البلوغ (د. الفرحاني وآخرون، (2015)، ص 25).
- 7- لديهم روتين خاص يتبعونه وينزعجون إذا تغير مثل الذهاب للمدرسة كل يوم من نفس الطريق.
- 8- سلوك إيذاء الذات كعض نفسه أو خدش الوجه أو عض اللسان ويمكن أن تكون بدرجة كبيرة.
- 9- لا يحب أن يحضنه أحد.
- 10- لا يخاف من الخطر.
- 11- تكرار الكلام مثلا عند ما تسأله هل يأكل أحمد البسكويت يجيب بنفس الجملة.
- 12- لا يلعب مع الأطفال الآخرين وإذا لعب لا يتفاعل معهم بشكل عادي.
- 13- ضحك واستتارة في أوقات غير مناسبة.
- 14- البكاء ونوبات غضب مفاجئة لأسباب غير معروفة.
- 15- يستمتع بلف الأشياء ورميها (الشرقاوي، (2018)، ص 183-184-185-186).

5- الخصائص الاجتماعية:

- 1- العزلة الاجتماعية وعدم الإحتكاك بالآخرين.
- 2- الإنسحاب من الآخرين فنجد التوحديون لا يحبون المناسبات.
- 3- اللامبالاة فهم لا يبحثون عن التفاعل والإختلاط ويكتفون بأنفسهم ولا يتضايقون من البقاء بمفردهم.
- 4- صعوبة تكوين صدقات والإحتفاظ بها.
- 5- إنحراف السلوك الإجتماعي ويظهر جليا في العنف لدى التوحديون.
- 6- لا يميزون بين الأشخاص الموجودون في حياتهم حتى الأقرب وإن كان الأم والأب والإخوة ويمكن أن يعرفوا عليهم في مرحلة الطفولة المتوسطة ويختارون من يتفاعلوا معه.
- 7- تكون علاقتهم مع من حولهم سببية أكثر منها تعبيرية فالآخرين هم سبب لتحقيق ما يريدونهم مثل الذهاب للأب وإمساكه من يده ليس لأنه أباه لكن يجره ليعطيه شيء يريد به دون حتى التكلم معه. (الشرقاوي، 2018)، ص 168-169-170-171).

6- خصائص لغوية تواصلية:

- 1- لا يستطيعون تكوين حصيلة كلمات ذات معنى أو عبارات بمفهوم واضح.
- 2- ضعف شديد في التعبير.
- 3- تردد كلمات غير مفهومة.
- 4- لا يميزون بين الضمائر (أنا - أنت - نحن).
- 5- ترديد الكلمة الأخيرة التي سمعها من الشخص الآخر.
- 6- عدم القدرة على تسمية الأشياء.
- 7- صعوبة في فهم التعليمات اللفظية.
- 8- لا يستطيع التواصل بالكلام أو بتعابير الوجه أو الإيماءات.
- 9- لا يستطيع الربط بين معاني الأشياء والكلمات.
- 10- مشكلة في فهم حروف الجر، مثلا لا يفهم البسكويت على الطاولة وإنما يوجد عنده بسكويت طاولة.
- 11- لا يستطيع الدخول في حوار مع الآخرين أو المشاركة فيه.

12- صعوبة بدء حوار مع الآخرين وإذا بدء لا يستطيع الاستمرار . (الشرقاوي، (2018)، ص 192-193-194-195).

7- خصائص معرفية عقلية:

- 1- عدم قدرتهم على التذكر لفترة كبيرة.
- 2- عدم القدرة على التركيز.
- 3- عدم قدرتهم على انتفاء المثيرات من البيئة والربط بينها وهذا ما يجعلهم لا ينتبهون للمثير أي كان نوعه.
- 4- قد يكون ذكاء الطفل التوحد عاديًا أو ضعيفًا يصل لدرجة الإعاقة العقلية كما يمكن أن يكون مرتفعًا عند البعض ويكونوا مبدعين.
- 5- يستطيع الطفل التوحد الذي يمر بخبرة أداء لسلوك معين بمساعدته وتحريك أطرافه أن يتعلم ذلك السلوك (د. الفرحاني و آخرون، (2015)، ص 27).
- 6- عدم القدرة على التركيز.
- 7- إنعدام القدرة على التركيز على مهمة ما.
- 8- ذاكرة أطفال التوحد قصيرة المدى لذلك نجدهم لا يقولون كلمات جديدة إنما كلمات قبلت في لحظتها تكرر هي فقط.
- 9- نذكر أفكار عند أطفال التوحد تكون عن طريق ضرر أو مقاطع فيديو وليس كلمات لذلك نجدهم يأخذون وقت في الاسترجاع.
- 10- عدم القدرة على فهم المعلومات الشفوية الطويلة.
- 11- صعوبة في معالجة المعلومات الحسية.
- 12- صعوبة في الإحتفاظ بمعلومة جديدة في الذاكرة أثناء معالجتهم للمعلومة الأولى.
- 13- ضعف في النشاط الخيالي وهذا ما يظهر عند ذوي التوحد في ميلهم للعب النمطي على اللعب التخيلي (الشرقاوي، (2018)، ص 162-163-164-165-166).

8- خصائص إنفعالية:

- 1- الخوف والفرع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتين.

- 2- البكاء والضحك دون سبب واضح.
- 3- النشاط الزائد أو نقص في الحركة.
- 4- سلوكات شاذة مثل خلع الملابس في الشارع.
- 5- نوبات غضب شديدة بعد تغيير الروتين.
- 6- إيذاء الذات :

- ضرب الرأس على الحائط.
- عض اليد.
- ضرب النفس بصورة متكررة.

7- الإشارة الذاتية:

- الدوران حول الذات أو الأشياء.
- الهمهمة.
- ترتيب الأشياء وإعادة التنظيم.
- القفز لأعلى وأسفل.
- إمعان النظر في اليد.
- لف الخيوط والأشرطة.
- تحريك اليدين العينين.
- البرود العاطفي الشديد. (الشرقاوي، (2018)، ص 177-178-179).

8- التكفل بذوي التوحد:

هناك العديد من العلاجات المقترحة والتي استخدمت للتخفيف والتكفل بالطفل التوحيدي سواء في التخلص من الأعراض المزعجة التي تميز معظم هؤلاء الأطفال أو كانت لتعليم وتطوير المهارات لديهم وغيرها من الأهداف ومن بين العلاجات نذكر:

أ- العلاج النفسي:

هو الأسلوب السائد، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو علاقة قوية بين الطفل والنموذج الذي يمثل الأم في محاولة لتزويد الطفل بما لم تقدمه له أمه من خبرات مشبعة معه كالحب والأمان والتفاعلات الإيجابية، حيث يفترض نقص الارتباط العاطفي بينهما وأن الأم لم تستطيع تزويده بتلك الخبرات.

وأن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد، وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفء اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج.

والعلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

في الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكثر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفاهم والثبات الإنفعالي من قبل المعالج.

في الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاع الإشباع والإرضاء ومما يذكر أن معظم برامج المعالين النفسيين مع الأطفال التوحيدين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة حية عن الناحية العقلية.

وهذا العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه، هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به. (الشرقاوي، 2018)، ص (135-134).

ب- العلاج السلوكي:

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير متناسبة تماما، وذلك محاولة السيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل.

وهناك عدة خطوات يتعين الإهتمام بها وذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب أو التعليم وهذه

الخطوات هي:

- تحديد الهدف.
- سهولة التعليمات ومناسبتها للطفل.
- حث الطفل على الاستجابة.
- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك عن طريق تقسيم الهدف إلى وحدات صغيرة متتالية مع استمرار أثابه الطفل ومكافئته على كل سلوك جيد يقوم به، والخلاصة هي أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، بل على عكس من ذلك يشترك الوالدين في عملية العلاج النفسي، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى. (محمد سليمان، ص 170-171).

ج- العلاج بالمسك أو الإحتضان:

يقوم العلاج بالإحتضان على فكرة أن هناك قلق مسيطر على الطفل الذاتي ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدي إلى إنسحاب إجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفي التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد إستقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم ، المدرس ...) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل الجالس على ركة الكبير وتستمر

الجلسة لمدة (45 دقيقة) والعديد من الأطفال ينزعجوا جدا من هذا الوقت الطويل، وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمّهات الذاتيين على إحتضان أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والإبتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على إحتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الإحتضان وعدم الممانعة، وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأوا في التدقيق في وجوههم وأن تحسنا ملحوظا طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضا أن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي (أبو حلاوة، (2009)، ص 23).

د - العلاج بالفن والموسيقى:

المعالجة بالموسيقى هي تعامل مع الفرد بهدف علاجي وهو حل مشكلاته، والتغلب على الإضطرابات، وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية، ويقوم العلاج بالموسيقى على أساس أنها علم وفن وعلاج، وأنها تؤثر في الحالة النفسية والجسمية وأنها لغة عالمية شائعة ذات إمكانات تعبيرية واسعة بعناصرها (الحن والتألق والإيقاع) وأنها تؤثر في السلوك بشكل بوجه عام ولها أثر فسيولوجي وأثر انفعالي وأثر اجتماعي عقلي وأثر تربوي.

تعتبر الموسيقى هي الفن الوحيد الذي يمكن أن يحسه ويشعر به الأطفال التوحديون، لأنها تتضمن في حد ذاتها عاملا طبيعيا صرفا أشبه بالتيار الكهربائي من شأنه أن يؤثر على الأعصاب، غض النظر عن مستوى النمو ونسبة الذكاء وهو الأمر الذي يجعل التوحديين أو المختلفين عقليا يقبلون على الموسيقى أكثر من أي أنشطة أخرى، فضلا على أن الطفل التوحدي يميل إلى الموسيقى وينجذب إليها.

وتشير الجمعية الأسترالية للعلاج الموسيقي بأن هذا العلاج يكون باستخدام مخطط لإنجاز أهداف علاجية مع الأطفال والراشدين الذين لديهم إحتياجات خاصة بسبب المشكلات الذهنية والبدنية والإنفعالية.

وفي هذا الصدد هدفت دراسة لوزو وآخرين إلى فحص أهمية العلاج بالموسيقى وأجريت الدراسة على عينة من الراشدين التوحديين صغار السن بلغ عددهم 18 فردا واستغرق تطبيق البرنامج (52 أسبوعا)، بواقع (60 دقيقة) لكل جلسة، وكل جلسة تشمل على مدى كبير من الأنشطة الموسيقية، المختلفة والتي تتضمن الغناء، اللعب بالبيانو، نقر الطبول، وانتهت نتائج الدراسة عن أحداث تغيرات في المهارات اللغوية وخفض مدة السلوك النمطي والمؤذي للذات وتحسين قدرة السمع لدى هؤلاء الأطفال عن طريق فحص السمع أولا ثم يتم

وضع سمات على أذان الأشخاص التوحديين، بحيث يستمعون للموسيقى ثم تركيبها بشكل رقمي بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة لحساسية في حالة نقصها، إلا أنه مازال الجدل قائم حول جدوى هذه الطريقة بين المؤيدين لها والمعارضين (مصطفى، الشرييني، (2014)، ص 207-208-209).

هـ - العلاج الطبي:

إن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد إلا أن الكثير من الإتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الإضطرابات التوحدي ومع أنه لا يوجد دواء واحد ويجب يساعد في تحسين قدرات المريض.

أهم العقاقير التي تستخدم في خفض أعراض التوحد وهي:

- الهالوبيريدل Haloperidol: يفيد في خفض النشاط الزائد والإنسحاب والحركات النمطية التكرارية.
- الفينفلورمان fenphloaromane : يعمل على خفض نسبة السيروتين في الدم كما يساعد على خفض النشاط الزائد غير مناسب، كما يساعد على تحسين الوظائف العقلية والاجتماعية.
- نالتركسون Namtrescane: يساعد على خفض العدوان والسلوك إيذاء الذات.
- كلوميرامين clominpryanima : يعمل على خفض السلوك القسري والنشاط الزائد والإضطراب الإنفعالي، ونوبات الغضب والعدوانية لدى الأطفال التوحديين.

وبسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد، فإنه لا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية ويمكن أن تستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الجريمة والإنسحاب مثل عقار الهالوبيريدول holoperidol، ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج إضطراب التوحد، وثبتت فعالية المهدئات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد، وإن بعض الأعراض الرئيسية لإضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحريضها واحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين، مما أدى للإفتراس بأن العصبونات الوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد.

وافترض أن إعطاء عقار **doda** سوف ينقض مستويات السيروتونين وإن ذلك سوف يرتبط بنقض في الأعراض السلوكية، بينما إعطاء مضاد قوي للدماين **Antagogois** يؤدي إلى نقص دال في الأعراض السلوكية وسرعة دالة في التعليم داخل المعمل.

ويحذر "ماوك" من استخدام الهلويبريدل لأنه ربما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عند استخدامه لفترة طويلة ويؤدي إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام التام بتعليماته من حيث العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة. (الشرقاوي، (2018)، ص 137-138).

و- العلاج عن طريق التحليل السلوكي التطبيقي Applied Behavior Analysis

يعتبر إجراء تحليل السلوك التطبيقي (ABA) أحد الأساليب الفعالة والتي يمكن استخدامها مع أطفال التوحد في تعليم المهارات الإستقلالية والإجتماعية والمعرفية والإدراكية والحركية وكذلك المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال التوحد.

ولعل ما يميز تحليل السلوك التطبيقي أنه إجراء يعتمد على تحليل السلوك وفهمه والعمل على تطبيقه ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي يتم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها من الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراء.

ولقد طور لوفس 1973 "loves" الإجراءات مفصلة في تعديل السلوك لمعالجة أطفال التوحد، حيث اعتمدت إجراءات المعالجة على عدد من البدائل الناجحة والفعالة منها:

- تقديم معززات أولية كالطعام.
- تقديم معززات استجابية مثل أبعاد النظر عن الطفل عندما يقوم بالسلوك غير المرغوب فيه.
- تعزيز السلوكيات التي تتعارض مع السلوكيات غير مناسبة.

وقد أشار "لوفاس" إلى أهمية إشراك الوالدين في عملية تدريب الطفل، حيث أن استمرارية حدوث السلوك لدى الأطفال المتوحدين والذين تعرض والديهم إلى دورات تدريبية يتم من خلالها تعليم الوالدين إجراءات تطبيق البرنامج مع الطفل التوحدي، كانت أكثر من الآباء الأمهات الذين لم يتلقوا التدريب المناسب.

ومن جهة أخرى فإن تحليل السلوك التطبيقي، يقوم على تجزئة المهارة إلى أجزاء (أهداف فرعية)، ويتم تدريب الطفل عليها إلى أن يتحقق كل هدف فرعي، ومن ثم يتم الإنتقال إلى الهدف الفرعي التالي، وهكذا إلى أن يصل الطفل إلى إتقان المهارة (الهدف النهائي) بشكل كلي.

وحيث أن تحليل السلوك التطبيقي هو أحد إجراءات تعديل السلوك، فإنه لا بد في البداية من ملاحظة السلوك المستهدف والذي يراد تغييره لدى الطفل، وكذلك قياسه بالمستوى الحالي الموجود فيه، وتحليله إلى أجزاء حتى يسهل التعامل معه، وتوجيه التدريب لتحقيق الهدف بشكل مباشر، ثم يتم اختيار الأجزاء السلوكي المناسب لتعديل السلوك، ويأتي بعد ذلك أهمية متابعة الملاحظة وجمع المعلومات عن التغيير الذي طرأ على سلوك الطفل، ويتم تسجيل هذا التغيير بتمثيل بياني الفرق في مستوى الأداء في بداية التدريب وعند الانتهاء منه (القمش، المعاينة، (2007)، ص 317-318).

ي - التدريب على التكامل السمعي:

وتقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بأن الأشخاص المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع لهذه الطريقة بأن الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص السمع أولاً ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد أولاً، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد بحيث يستمعون إلى موسيقى ثم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) والتي تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها.

وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم وبمعدل نص ساعة ولمدة عشرة أيام متواصلة، إن هذا البرنامج غير مؤذي وأنه ليس من الواضح فيما إذا كان الإصغاء إلى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء إلى الموسيقى وليس هناك إثباتات علمية بأن العلاج كان ذات فائدة للطفل (المقابلة، (2016)، ص 241).

خلاصة:

من خلال ما قدمنا في هذا الفصل نستخلص أن اضطراب التوحد من أعقد وأصعب الإضطرابات النمائية الشاملة التي تصيب الأطفال، حيث لا يمكن تحديد سببه بشكل دقيق، فيمكن أن تكون أسبابه نفسية كما صرح به كانر وبتلهاميم هذا الأخير الذي راجع أسبابه الطفل بالتوحد إلى برودة العلاقة بين الأم والطفل، وهناك أسباب بيئية التي يعود إلى ظروف الحمل والولادة والظروف البيئية والتعرض للإشعاعات والتعاطي بالإضافة إلى إصابة الأم بالأمراض المعدية، كما يوجد أسباب أخرى مثل العوامل الحسية الوراثية والعوامل العصبية الحيوية وعوامل إدراكية عقلية إضافة إلى العوامل المناعية والعوامل الغذائية، وما يزيد هذا الإضطراب تعقيداً هو تشابه أعراضه مع اضطرابات أخرى كالفصام، والإعاقة العقلية والإضطرابات اللغوية ومتلازمة اسبرجر ومتلازمة ريت مما أدى إلى صعوبة تشخيصه والاستعانة بالتشخيص الفارقي للحصول على تشخيص دقيق وتحديد علاج مناسب له ومساعدة الطفل التوحدي على التعايش مع إصابته.

الفصل الثالث: الإحباط

تمهيد

- 1- تعريف الإحباط
- 2- أنواع الإحباط
- 3- مصادر الإحباط
- 4- أعراض الإحباط
- 5- شروط حدوث الإحباط
- 6- العوامل المؤثرة على الاستجابة للإحباط
- 7- آثار الإحباط على الصحة النفسية
- 8- النتائج المترتبة عن الإحباط
- 9- النظريات المفسرة للإحباط
- 10- علاج الإحباط

خلاصة

تمهيد

إن إنسان قد يكون معرض لمجموعة عوائق وعقبات تقف في طريقه لتحقيق رغباته والوصول إلى أهدافه، وإذا لم يستطع الفرد أن يتجاوز هذه العوائق وشعر بالفشل والنقص واستسلم يجد نفسه في إحباط، وهذا الأخير هو ما سنتطرق له في هذا الفصل.

حيث سنقوم بعرض مفهوم الإحباط وأنواعه والمصادر المختلفة المتسببة فيه، تم سنشير لأعراضه والشروط التي يجب توفرها ليحدث إحباط لدى الفرد، كما سنعرض مجموعة العوامل المؤثرة في الإستجابة للإحباط وآثاره على الصحة النفسية بالإضافة إلى النتائج المترتبة عنه مدعين ذلك بمجموعة نظريات مفسرة للإحباط، وفي الأخير نتطرق إلى علاج الإحباط وكيفية مراجعته باستراتيجيات وإرشادات ونصائح للوقاية منه.

1- تعريف الإحباط:

يعرف عبد الرحمن العيسوي الإحباط بأنه حالة نفسية ناتجة عن إعاقة النشاط الهادف للفرد، حيث يشعر بالإضطرابات والحيرة والارتباك والضيق والغضب، فالإحباط إنفعال غير سار أو غير سعيد، والمواقف التي تتضمن تهديدا للفرد تعد مواقف محبطة وهي مواقف تتضمن مشكلات، فعندما يثار سلوك الفرد نحو هدف ما ثم يعاق هذا الهدف فإن الإنسان يصاب بالإحباط. (العيسوي، (2002)، ص119).

• عرفه عبد المنعم الحفني أنه حالة نفسية تترب على إعاقة السلوك نحو هدف أو إشباع حاجة أو دافع، وربما يكون العائق خارجيا من بيئة معادية، أو ظروف اجتماعية غير مواتية، وربما يكون داخليا نتيجة قصور في الشخصية أو صراعات نفسية، أو مشاعر الذنب.

ويصف هذا التعريف الإحباط على أنه حالة نفسية مصاحبة لعدم الإشباع كما يصف العائق ويقسمه إلى نوعين خارجي بيئي، وداخلي شخصي.

• في حين يقدم لنا حلمي المليجي: الإحباط على أنه فشل المرء في إرضاء دوافعه أو إشباع حاجاته، فينشأ عن ذلك حالة من التوتر النفسي أو التأزم النفسي يطلق عليها الإحباط، وقد ينجم عن ازدياد التوتر الناشئ عن الإحباط ظهور نفسية وأساليب توافقية شاذة تختلف باختلاف الأشخاص والظروف المحيطة.

• ويؤكد هذا التعريف عن الحالة التي تنشأ نتيجة منع إشباع حاجة الفرد، كما يوضح أن هناك إستجابة ما ستتج كرد فعل عن الإحباط تختلف باختلاف الأشخاص والظروف (كامل احمد، (2003)، ص 43).

• سامي الختاتنة يعرف الإحباط: بأنه حالة من التأزم النفسي تنشأ عن مواجهة الفرد لعائق يحول دون تحقيق دافع أو حاجة ملحة، ويردف أيضا بأنه العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل (هارون البشاري، (2015)، ص 10).

- الإحباط هو الحالة التي تواجه الفرد حين يعترضه عائق وحين تكون خبراته السابقة عاداته المألوفة غير كافية أو غير قادرة على إشباع دوافعه وتحقيق رغباته، عائقا ما يحول دون إشباع دافع لديه (أحمد الكردي (2010)، ص 5).

2- أنواع الإحباط:

❖ الأولى والثانوي

- **الإحباط الأولي:** ويقصد به إحساس الفرد بعدم الإرتياح نتيجة لرغبة في إشباع حاجة معينة، ولعل ما يوضح هذا النوع من الإحباط حاجة الفرد إلى الماء إشباع دافع العطش، أو حاجته إلى الركون إلى الراحة أو النوم، وكلما زادت الرغبة أو الدافع للإشباع كان هذا النوم من الإحباط.
- **الإحباط الثانوي:** ويقصد به إدراك الفرد لوجود احد العوامل التي تعوق إشباع دافع أو حاجة معينة، ومثال ذلك إذا كان لدى الفرد حاجة إلى النوم وحدث أن جاء له صديق دون موعد سابق حال بنيه وبين إشباع هذه الحاجة ومثل هذا النوع يعد إحباطا ثانويا (إسماعيل، (2003)، ص 175-174).

❖ الخارجي والداخلي

- **الإحباط الخارجي:** هو إحباط ناتج عن إعاقة آتية من مصدر خارجي مثلا: تهديد شخص لشخص آخر وهذا التهديد يعتبر الإعاقة التي تحول دون تحقيق الهدف.
- **الإحباط الداخلي:** وهو إحباط ناتج عن إعاقة نابعة من داخل الفرد مثلا شخص يؤمن بالمثل العليا، أو أن الأفكار التي يتبناها ينظر لها على أنها هي الأصح والأهم، وبعد ذلك يصد من الواقع (قلقول، عبد النور، (2020)، ص 24).

❖ السلبي والإيجابي

- الإحباط السلبي: يقصد به ما يحدث من عوائق تقف في سبيل الإقدام نحو تحقيق هدف معين بشرط ألا يصعب هذا العائق أي نوع من التهديد ومثال ذلك رغبة الفرد في الذهاب إلى السينما والاستعداد لذلك، وعند الخروج يجد عائقاً يحول دون الذهاب إلى السينما لشدة زحمة المواصلات.
- الإحباط الإيجابي: ويقدم به ما يحدث من عوائق تقف في سبيل تحقيق هدف معين مع ما يصحبها من أمور تهدد الفرد إذا ما أقبل على إشباع الحاجة أو الدافع، ولعل ما يوضح هذا الموقف رغبة الشباب في إشباع الدافع الجنسي وليس لديه الإمكانيات التي تحقق إشباع المشروع وإذا أقبل على إشباعه بطرق غير مشروعة حرمها الله كان التهديد بعذاب الضمير (إسماعيل، (2003)، ص 175).

3- مصادر الإحباط:

- أ- عوامل شخصية: عن العقبات الذاتية والشخصية التي تحول دون وصول الإنسان إلى أهدافه، وإشباع رغباته هي عقبات متعددة وتترك أثر كبير في نفسية الفرد، وتقود هذه العقبات الذاتية المسببة للإحباط إلى عدة أسباب نذكر منها:

- 1- عجز الإنسان الجسمي بسبب حالته الصحية أو الإعاقة الحسية أو الحركية.
- 2- عدم قدرة الفرد على تحقيق هدف أو تعلم مهارة جديدة بسبب عدم استعداداته العقلية والمعرفية كالذكاء والموهبة.
- 3- السمات المزاجية الإنفعالية للشخص كصفة التشدد والضمير الصارم، الخجل وضعف الثقة بالنفس. (هارون البشاري، (2015)).
- 4- إدراكات الفرد لدوافعه وحاجاته المرتبطة بنفسه وبالمواقف التي يخبرها، فيقدر الأهمية التي يوليها الفرد أو يدرك بها الدافع أو الهدف المحيط يتحدد مدى شعوره بالإحباط.
- 5- ضعف دافعية وما يترتب عن ذلك من كسل وخمول وتواكل ولامبالاة (قلقول، عبد النور، (2020)، ص 23).

6- الأهداف بعيدة المثال: فالأهداف التي تملئها علينا طموحاتنا ولا يستطيع الفرد تحقيقها لأنها لا تتناسب مع قدراته وإمكانياته فهذا يشكل له مصدر قوى للإحباط وهذا بسبب عدم قدرة الفرد على موازنة كفاءته مع أهدافه الذاتية.

7- عدم القدرة على مواجهة المواقف الصراعية، وعدم القدرة على الإختيار بين الحاجات والرغبات المتعارضة وعدم القدرة على إرضائها مع بعض (سرفاني، سقوالي، (2016)).

ب - العوامل البيئية: وتتمثل في العواقب المادية اللامادية التي تعتبر من المصادر الرئيسية التي يمكن أن نحيط الإنسان نظرا لما تحتويه هذه البيئة من:

1- عوامل فيزيقية: المرتفعات والتلال والجبال والطقس والصحاري.

2- عوامل الامادية: كالتقواعد والنظم والمؤسسات، وهذه العوامل التي تحول بين الفرد وتحقيق هدف وإشباع لرغبته وحاجاته، وبالرغم وحاجاته، وبالرغم من زحمة العقبات البيئية وشدة وقعها على النفس إلا إنها أخف وطأة من العقبات الشخصية (هارون البشاري، (2015)، ص 20).

ج-العوامل الإقتصادية:

فالجانب المادي مهم جدا في كثير من الأحيان ليتسنى للفرد تحقيق طموحاته ورغباته لكن غياب هذا الجانب يعرقل الفرد في حياته وتحقيق احتياجاته التي تحول في نفسه سواء للإنفاق على نفس أو هدفه أو عائلته مثل امرأة لديها ابن مريض يحتاج علاج ولا تجد مصاريف هذا العلاج فهذا الشيء يحيط الفرد (هارون البشاري، (2015)).

د - العوامل الإجتماعية:

بعض القيود والتقاليد المتعارف عليها في مجتمع معين الشيء تمنع الفرد من الوصول له هدف معين أو تحتقر ذلك الهدف أو الحالة التي يكون عليها فهذا يزيد من نسبة تعرض الفرد للإحباط.

4- أعراض الإحباط:

- الحزن الشديد.
- برود في السلوك وردود الفعل، أو يصبح سريع الغضب، وليست من طباعه المعروفة عنه مسبقاً.
- يظهر على كلامه سوداوية ويؤسس للحياة بشكل واضح.
- التعب السريع بالرغم من انه مسبقاً لم يكن يتعب بسرعة كما هو حاله حالياً، وليس لعة عضوية وإنما لعة نفسية.
- ينتابه خمول تجاه العمل، ولذا نجده مثلاً يستيقظ بصعوبة لتأدية العمل، فهو ليس لديه حافز أو رغبة تجاه العمل بعكس ما كان عليه سابقاً.
- الشعور بالدونية فيفقد الثقة بالنفس في اتخاذ القرارات الكبيرة، ولو كانت في حيز قدرته الحقيقية. (القرشي، (2021)، ص 7-8-9).
- فقدان الشهية.
- فقدان الاهتمام بالسعادة سواء داخل الأسرة أو بين الأصدقاء.
- البكاء الدائم بدون سبب.
- الإحساس ببعض الآلام العضوية بلا سبب واضح.
- عدم القدرة على التركيز والتذكر.
- القلق الدائم (الكردي، (2010)، ص 12).

5- شروط حدوث الإحباط:

- 1- أن يكون الدافع هاماً وقوياً لدى الشخص، عندما يحدد الشخص هدفه من شيء يكون وراءه لماذا أراد هذا الهدف ولماذا أراد تحقيقه فهذا هو الدافع فكلما كان هذا الدافع مهماً لدى الفرد وذو مكانة عدده بقدر ما يصيبه الإحباط إذ فشل في تحقيق ذلك الهدف.

- 2- أن يكون الهدف المرجو الوصول إليه هاما، ويمكن تحقيقه من وجهة نظر الشخص، عند تجديد الهدف يكون لدى الفرد فكرة عن في ماذا سيفيده إذا تحقق الهدف المسطر وبعد فيسعى ويتحمس لتحقيقه فإذا فشل وانهار الهدف يكون جزء من أحلام الشخص تحطمت ويحيط الإنسان.
- 3- أن يكون هناك عائق يحول دون الوصول إلى الهدف هذا هو الشرط الأساسي إذا توفر حدث الإحباط لدى الفرد فبعدها يتحمس للهدف ثم يعيقه شيء خارجي سواء أو داخلي من الوصول إليه يحدث الإحباط مثل: امرأة بنت أحلام في إنجاب ولد ولماذا تريده ثم سعت لتتجنب لكن تعرف أنها عقيم أو تكون فد بنت أحلام كيف سيكون شكل ابنها وكيف تلاعبه حتى تتخيله وهو رجل ثم ينجب طفل مصاب بالتوحد أو متلازمة داون فتتهار الأحلام التي بنتها وما رغبت به فتأب بالإحباط (حسنيين، (2013)، ص 21).

6- العوامل المؤثرة على الإستجابة للإحباط:

- **قوة الدافع المحبط:** إن إعاقة دافع ما من الأشياء يشكل حالة ضغط وتوتر يحاول الفرد التخلص منها بأنواع شتى من السلوك وتتناسب هذه الحالة تناسباً طريداً مع قوة الدافع المثار الباحث عن إشباع وقيمه المادية والمعنوية، وحيويته والحاجة، وكلما كان الدافع أو الحاجة قوية كان الإحباط الذي ينجم عن إشباع هذه الحاجة مؤلمة، مما يؤدي إلى أنواع من السلوك غير المتوازن أو غير المتوافق مع البيئة المحيطة. (فلقول ، عبد النور، (2020)، ص 29).
- **شدة الحاجز المحيط:** يختلف الحاجز المحيط من موقف إلى آخر من ناحية قوته ومدته ودرجته تهديده وعليه فإن قوة الحاجز المسبب للإحباط من حيث الشدة والمدة والتهديد يزيد حالة الضغط المؤلمة والناجمة عن عدم إشباع الدافع المحفز، مما يظهر بشدة لدى الفرد المحيط سلوكاً غير مكيف، وباعتبار أن الأفراد يمكن أن تكون لهم أهداف تحتاج إلى مدى طويل ومجهودات لتحقيقها فإن وجود عوائق يستمر مداها على طول المسيرة نحو الهدف فإنه إن لم يتحقق لإشباع ولم يستطيع الفرد التغلب على ذلك العائق رغم الجهد المبذول فإن مثل هذا الإحباط يزيد من حدة التوتر.
- **تكرار الإحباط:** تكرار مرات الإحباط بضعف قدرة الفرد على تحمل الإحباط أياً كانت قوته، وتذهب فيراسلبيوج إلى أبعد من ذلك حيث تعتبر أن الطفل خلال محاولته مع الواقع إذا تعرض لعدد كبير

من الإحباطات في غياب عدد كافي من المحفزات يجعله يظهر فيما بعد أعراض عصابية لذلك يجب أن يكون هناك تعويض عن الإحباط من قبل الوالدين بالحب الدائم والمتبادل مع الطفل لحمايته وتقوية أنه لمواجهة أي إحباطات في المستقبل. (هارون البشاري، (2015)، ص 24).

– **شخصية الفرد:** الفروقات الفردية بين الأفراد تعتبر من أهم العوامل المحددة لشدة الإحباط إذ يختلف تأثير الإحباط الآثار الناتجة عنه باختلاف الشخصية من ناحية تكوينها البنائي وشروط التربية الأسرية وظروف البيئة الاجتماعية، أما بالنسبة للتكوين البنائي للشخصية فإن "رونزفايغ" تحدث عن العوامل الجسمية لها جانب بنائي ووراثي بالإضافة إلى بعض العناصر الجسمية المكتسبة كالتعب والأمراض الجسمية.

كذلك الشخص الإنبساطي يظهر عنده العدوان أكثر من الشخص الانطوائي، أما الشخص الإنطوائي فيتحمل أن يظهر النكوص، وكذا العدوان غير الصريح أكثر من الشخص الإنبساطي، بالإضافة لدرجة ثقة المرء بنفسه فكلما كان الشخص واثقا من نفسه استطاع مواجهة المواقف الإحباطية والتغلب عليها بسهولة، أكثر من الشخص الذي ثقته بنفسه ضعيفة.

– **الجنس:** يتحمل أن يظهر الإناث النكوص، والانسحاب وعدم النضج أكثر من الذكور، بينما الذكور يظهرون العدوان سواء كان صريح، أو غير صريح أكثر من الإناث (قلول ، عبد النور (2020)، ص 29-30).

– **العتبة:** يختلف الناس في الشعور بالإحباط وفي القدرة على تحمله بحسب عتبة الإحباط التي يوجد عندهم بدرجات متفاوتة والشخص ذو عتبة الإحباط المنخفضة يشعر بالإحباط بسرعة ويلجأ إلى الخيل النفسية الدفاعية لتحقيق هذه المشاعر.

أما الشخص ذو عتبة الإحباط المتوسطة أو العالية فلا يشعر بالإحباط إلا في المواقف التي فيها عوائق شديدة ويقدر على تحمل مشاعر الإحباط ويتخطاها بسهولة ولا يلجأ إلى الخيل النفسية الدفاعية بسرعة وإذا لجأ إليها لا يستغرق فيها فترة طويلة وسرعان ما يعود إلى مواجهة العوائق بأساليب مباشرة.

ويتحدد مستوى عتبة الإحباط عند الإنسان من التفاعل بين معطياته الفطرية وظروف نشأته الاجتماعية خاصة في مرحلة الطفولة (أبو سوسو، (2003)، ص 73).

7- آثار الإحباط على الصحة النفسية:

بمرور الوقت خلال حياته بإحباطات تحول بينه وبين تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته مما يولد لديه حالة من التوتر والضغط تظهر في استجاباته بحثاً عن أحداث التوازن والتخفيف من حالة القلق أو دفاعاً عن الأنا، فإذا فشل لجأ إلى استعمال ميكانيزمات دفاعية قد تسيء توافقه النفسي، حيث اعتبر الإحباط من أهم العوامل المؤثرة على توافق الشخص واقع قد تتحول به من حالة الصحة النفسية إلى حالة المرض النفسي، وفي حالة خفاق الفرد في مواجهة الإحباط وحفظ توازنه، فإنه قد يحقق كذلك في انتقاء الخيارات الواقعية لحل الأزمة، وهو ما يؤدي حسب مدرسة التحليل النفسي إلى السلوك المرضي إذ أكد فرويد أن الإحباط واحد من الأسباب الأكثر تكراراً لظهور العصابية.

ولا كانت الإحباط السبب الأكثر تواجداً وراء ظهور العصابية فإن مدرسة التحليل النفسي ربطت مباشرة السلوك المرضي بالإحباط حسب الصياغة التالية: يرجع السلوك المرضي إلى إحباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بجل واقعي، سواء كان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم لقدرة على تحمل الإحباط والأغلب أن يكون مزيجاً بين العاملين معا وتؤدي نتيجة الإحباط الصدمي النفسي إلى التوتر الذي يؤدي بدوره إلى النكوص وإلى أنماط السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحيط.

وهذا يعني انه عندما تكون هناك قوة نفسية كالدوافع والحاجات، فإذا واجهتها حواجز صلبة من الإحباطات يجعلها تعود بقوة إلى مراحل سابقة من النمو ويكون الفرد في هذه الحالة قد استعمل ميكانيزم دفاع مرضي، وبذلك تبدوا استجابته الهادفة إلى التخفيف من الضغط غير سوية، كما يمكن أن تكون عصابية، وفي كلتا الحالتين يجد الفرد نفسه في لحظة الإحباط في موقف عدائي نحو الواقع المحيط.

حيث يعني انه يمكن للفرد في موقف محيط أن يستجيب بطريقة سوية وذلك بتأجيل الإشباع أو البحث عن بدء ملائمة لحاجاته، وذلك في حال تمتع الفرد بقدره جيدة على تحمل الإحباط لهذه القرة التي أرجعها "روزنزفايغ" إلى نمطين من العوامل المحددة وهي:

- عوامل جسمية: ترجع إلى الفروقات الفردية الفطرية المتعلقة بمتغيرات عصبية وهرمونية هذه المتغيرات لها جانب تكويني وراثي كما يمكن أن تكون هناك عناصر جسمية مكتسبة.

- عوامل نفسية: هنا روزنزفايغ أكد على أهمية الدور الذي تلعبه هذه العوامل المساعدة على تحمل الإحباط وأن كانت محددة بشكل جيد، غير أنه من المؤكد من الأطفال الذين لم يتعرضوا تماما لإحباطات في الطفولة يبدووا غير قادرين على التعامل بطريقة ملائمة وفي ذات الوقت فإن الأطفال الذين تعرضوا إلى إحباطات متواصلة يمكن أن تخلق لديهم مناطق من النوع التحمل الضعيف للإحباط (هارون البشاري، (2015)، ص 28-29-30).

أما الإحباط بالنسبة للمرأة قد يكون الأمر أكثر صعوبة ذلك أن أكثر ما تهتم به المرأة في حياتها محافظتها على صحتها وبالتالي المحافظة على جمالها، والمعروف عن السهر أنه يعف الجسم عامة والمداومة عليه تؤثر على كافة وظائف الجسم فهو يتسبب بالإصابة لمرض الكهولة المبكر مما يؤثر بالطبع على جمالها وذاكرتها.

مما لاشك فيه بأن المادة التي يفرزها الدماغ تؤثر على عضلات المريض سلبا فهي تؤثر أيضا على أعصاب المريض سلبا حيث يعاني المريض من اضطرابات في النوم، وعندما تزداد حالته يلجأ لتناول بعض الحبوب المهدئة، وبعد ذلك يحدث هروب كامل للنوم، حيث يعتبر من أصعب الحالات التي يمر بها المصاب بحالة اليأس والإحباط (الكري، (2010)، ص 11).

8- النتائج المترتبة عن الإحباط:

- 1- العدوان هو هجوم أو فعل مهدد وهذا السلوك يمكن أن يكون اتجاه أي شخص وأي شيء كما يمكن أن يظهر العدوان بشكل ظاهري مباشر ومحددا وواضحا وأحيانا يكون عن طريق إسقاطه على الأشخاص أو الأشياء مثل إسقاط العدوان على الباب مثل ضربه بقوة، وكما ذكرنا سابقا أن العدوان مصاحب للإحباط.
- 2- الإحباط يؤدي إلى الآليات الدفاعية مثل الكبت المشاعر والأفكار والآراء إلى مرحلة من مراحل العمر والتي لا تتناسب العمر الزمني الحالي له.
- 3- الإحباط يؤدي إلى النسيان ويكون نتيجة للكبت وقد يكون محصورا في المواقف التي تتميز بالكراهية.
- 4- الإحباط أو ما يعرف بالتسامي وهو تحويل تلك الطاقة والدوافع المكبوتة إلى أغراض ثنائية.
- 5- الحرمان النسبي: وهو الفجوة بين طموحات الإشباع وتوقعاته وشعور الفرد بالحرمان من إشباع الحاجات الأساسية أي الفجوة بين إنجاز الفرد للشيء وبين المكافأة التي يحصل عليها نتيجة للأداء الذي قام به.
- 6- الغيرة: هناك علاقة طردية بين الإصابة بالإحباط ودرجة الغيرة لدى بعض الأفراد، حيث تعتبر الغيرة بمثابة إحباط في صورة أخرى. (هارون، البشاري، (2015)، ص 16).

9- النظريات المفسرة للإحباط:

- أ- نظرية الإحباط-العدوان: من أنصار هذه النظرية مثل دولارد، دوب ميلر و مور، الذين افترضوا أن السلوك العدواني يسبقه دائما حدوث إحباط سيؤدي إلى سلوك عدائي.
- ويرى دولارد وآخرون أن العدوان لدى الفرد هي دلالة على كمية الإحباط الذي يعانيه فهو يتوقف على شدة رغبة الفرد في الإستجابة المحيطة، ومدى إعاقة تلك الاستجابة وعدد المرات التي أحبطت فيها.

واعتبرت النظرية أن الإحباط سبب العدوان، وبذلك تزداد شدة العدوان كلما اشتد الشعور بالإحباط وأن العدوان يولد ويفجر في الإنسان في ظل الظروف الخارجية المحدثة للإحباط وأن الإنسان ليس عدواني بذاته إنما يصبح كذلك نتيجة للإحباط الذي يشعر به.

كما تذهب النظرية إلى القول أن العدوان وذلك الغضب لدى الفرد ينشأ كلما اعترض الإنسان عائق يحول بينه وبين تحقيق رغباته ولما الإنسان لا يستطيع التنفيس عن هذا الإنفعال الناتج عن عدم قدرته على تحقيق مآربه في الوسط الاجتماعي أدى ذلك إلى ظهور العدوان الذي يصاحبه الغضب في الحيلة الإنسانية التي يستعملها الفرد للتفريغ ومن بين الحيل الذي تظهر بها هذه الطاقة هي الإزاحة Displacement. (دحلان، (2003)، ص 55-56).

ب- نظرية التحليل النفسي: حسب فرويد فإن الإحباط يحدث لدى الإنسان عندما يتم منع شعوره بالمتعة وتجنب الألم.

ويرى فرويد أن الإنسان عندما يمنع من اللذة يظهر العدوان كاستجابة أولية ويظهر كلما أراد فعل السلوك الذي يجلب له اللذة ولا يأخذها وعندما يكثر الإلحاح والحاجة إلى العقل المرغوب يقوم الأنا بتأجيل إشباعها أو إعلانها أو توجيهها إلى موضوع متوهم في حال تغلب عليه، لذلك تعتبر مدرسة التحليل النفسي الإحباط تجربة أساسية للأنا وتطوره لأنها تسمح له باختيار وظيفته في التكيف مع الواقع. (بلحسيني، (2002)، ص 55).

ج - المدرسة السلوكية: حيث أخضعت فرص الإحباط-العدوان إلى المراجعة التجريبية عام 1939 وكانت النتيجة أن الإحباط يؤدي دائما إلى شكل من أشكال العدوان، إلا أن الطاقة العدوانية ليس بالضرورة أن تفرغ في منبع الإحباط خاصة إذا كانت هناك توقع للعقاب فتفرغ تلك الطاقة العدوانية في مكان أقل خطورة. (هارون البشاري، (2015)، ص 12).

د- نظرية روزنفايغ(1934): يفترض أن هناك 3 مستويات من الدفاع السيكولوجي للعضوية لأن الإحباط يحدث في كل مرة يتعرض فيها طريق العضوية إلى حاجز أو مانع يحول دون إشباع حاجاتها

الحيوية أيا كانت والضغوط الناتجة عن منع إشباع الدافع الملح يجعل العضوية في حالة دفاع سيكولوجي للدفاع عن الأنا.

تظهر استجابات دفاع الأنا كلما كانت هناك شروط خاصة تهدد الأنا وحسب روزنفايغ فإن استجابات الدفاع عن الأنا ثلاثة هي:

- 1- استجابات العدوان الموجه نحو الخارج.
- 2- استجابات العدوان الموجه نحو الذات.
- 3- استجابات العدوان الموجه نحو العدوان.

نجد أن نظرية روزنفايغ تتوافر نسبيا مع نظرية الإحباط-العدوان حيث يرى أن العضوية تستجيب للحرمان من الحاجات الحيوية بالدخول في حالة دفاع نفسي عن الأنا حيث يلجئ الفرد للعدوان تجاه مصدر إحباطه كمحاولة لتصريف الطاقة العدوانية الناتجة عن الإحباط أو يلغيه أو يحاول إن يجد حلا لتخفيض التوتر وإعادة التوازن النفسي (فلقول، عبد النور، (2020)، ص 28-29).

10- علاج الإحباط:

- لكي يتغلب الفرد على الشعور بالإحباط أو يقلل منه يمكنه أن يتبع تساعده في ذلك نذكر منها:
- إتباع طريقة التنفيس أو التهدة الذاتية بأخذ شهيق عميق وزفير بطيء.
 - تفرغ المشاكل بالفضضة مع صديق أو الاستعانة ببعض المقر بين مثل الوالدين أو الإخوة غيرها للمساعدة في حل بعض المشكلات التي تعاني منها ولا تستطيع التغلب عليها لوحدك.
 - البكاء إذا أحس الإنسان بالرغبة في ذلك دون مكابرة.
 - الخروج إلى الأماكن العامة المفتوحة حتى يستطيع التعبير عما يجول بخاطره في حرية تامة.
 - تدريب النفس على المشاكل اليومية، باسترجاع التجارب المشابهة التي مرت به والتغلب عليها فيثق في قدرته على تخطي الأزمة.
 - تبسيط الضغوط النفسية، والثقة بالله بأن أي مشكلة لها حل حتى وإن كان في وقت لاحق.

- ممارسته الهوايات، لأنها تنقل الشخص إلى حالة مزاجية أكثر سعادة.
- التذكر بأن دوام الحال من المحال والثقة بأن الصبر كفيل بإنهاء هذه الحالة.
- الاهتمام بالغذاء، وتناول البروتينات الحيوانية والنباتية، وعسل النحل والقرفة وغيرها من الأغذية التي تحتوي على الأحماض هي مضادات أن طبيعية للإحباط (أحمد الكردي، 2010)، ص 16).
- تعويد الأفراد على الأخذ بأساليب الصبر على البلاد وعدم اليأس والقنوط.
- مساعدة الأسر الفقيرة على توفير حاجات أفرادها حتى لا يتعرضوا إلى الإحباط الشديد الذي يهدد حياتهم.
- تنمية التفكير العلمي لدى الناشئ على أساس عملية وموضوعية.
- العمل على إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية للأفراد.
- الدوران حول العقبة أو العائق للوصول إلى الهدف.
- الإنسحاب وقد يظهر التخلي عن الهدف والبحث عن جديد (حادي، 2020)، ص 49-50).

• إرشادات للتخلص من الإحباط: يشير الكردي إلى الإرشادات التالية:

- كن شجاعا بالإعتراف بوجود مشكلة تعاني منها، فالإعتراف نصف طريق إلى الحل.
- كن موضوعيا في تشخيص المشكلة، حدد بدقة نوعها وظروفها وأسبابها ثم ضعها في حجمها فلا تضخمها لئلا تصاب بالإحباط واليأس، ولا تقلل من حجمها فتصاب باللامبالاة.
- كن صبورا ولا تتعجل في الإحباط، لأن حل مشكلة أو تحقيق هدف يتطلب وقتا لذلك.
- فكر في تجارب الآخرين الصامدة، وتعلم كيف قاوموا الظروف الصعبة والحالات الحرجة التي مرت بهم، اعلم أن العقبات التي تواجهك في حياتك يمكن أن تكون درجات في سلم النجاح.
- إذ داهمك الإحباط وأنت بصدد عمل شيء ما عليك التوقف عنه فوراً، وخذ قسطاً من الراحة، ثم عدله، وستلاحظ أن هناك أفكار جديدة تنهال عليك.
- أما إذا وقعت في حالة الإحباط فعلا لا تنكرها أو تتهرب منها، فالإنكار بمنعك من حل المشكلة التي تواجهك.

- إذا شعرت برغبة في البكاء وأنت على وشك هذه لحالة فلا تتردد ولا تكابر بحبس دموعك، ولكن تذكر دائما أن دوام الحال من المحال، وأن بعد العسر يسرا، وأن الوقت كفيل بإنهاء هذه الحالة المزاجية السيئة.
- فكر في الأشياء التي تقوم به على نحو دائم، ونذكر انك قمت بتطوير أسلوبك فيها، وتعلم أن كل شيء في الحياة بالممارسة يتطور، وبالتأكد أول محاولة تكون غير مأمونة العواقب، ولكن المحاولة التالية ستجح بإذن الله.
- لا تقارن نفسك بالآخرين أبدا، وتقول أنهم يتطورون بشكل سريع، فكل شخص له أسلوب حياة، ونجاحك الحقيقي حين تفعل ما تتمناه بطريقة الخاصة.
- تعلم مهارات اجتماعية مثل التواصل، والإنصات، وتعرف على هوايتك، وأعطها وقتا لكي تخرج إلى النور، فهذا سيعزز ثقتك بنفسك.
- ليكن إيمانك بالله جل نشأته هو املك ورجاءك في التغلب على كل العقبات والصعاب، وكن حسن الظن بالله وأكثر من الدعاء.

• الوقاية من الإحباط:

- نظرا لأن الإحباطات قد تضر بالصحة النفسية ولاسيما إذا تكررت فإنه ينبغي وقاية الأفراد وخاصة الأطفال من التعرض للإحباطات الشديدة ومن الخطوات التي قد تسهم في ذلك ما يلي:
- تنمية الشعور بالرضا عند الفرد، كي يقبل قسمة الله له ن الصحة والرزق والذكاء والجمال... الخ ومساعدته في وضع أهداف تتناسب مع إمكاناته وقدراته وحثه على بذل الجهد والمثابرة في تحقيق أهدافه.
 - تعويد الأفراد على فعل الأسباب والمثابرة والصبر على الشدائد والبلاء وضبط النفس وعدم اليأس والقنوط، حتى يكونوا أقدر على تحمل الإحباط.
 - مساعدة الأسر الفقيرة على توفير حاجاته كي لا يتعرض أعضاؤها للإحباط الشديد.

- مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد والاهتمام برعاية الفئات المعرضة للإحباط كالأمهات والطلاب المتأخرين دراسيا وتوجيههم ومساعدتهم على حل مشكلاتهم.
- تشجيع الأمهات والأطفال وتعويديهم على حل مشكلاتهم، وعدم تحقير الفاشلين واهانهم، ولاسيما إذا كانت أسباب الفشل خارجة عن إرادتهم (هدون، مخالف، (2020)، ص 43).

• علاج الإسلام لمشكلة الإحباط:

إذا علمت ان بقاء الحال من المحال، فما تعيشه من لحظات إحباط فهي لن تدوم، وكلما ازداد الفرج والضيق قرب الفرج كما قال الله تعالى: " حتى إذا استيئس الرسل وضنوا أنهم قد كذبوا جاءهم نصرنا فنجي من نشاء ولا يرد بأسنا عن القوم المجرمين".

هناك مشاكل يعتقد الكثير من الناس أنها غير قابلة للحل، وأهمها المشاكل الاقتصادية والمادية، وهذه المشاكل يعاني منها معظم الناس ونسبه الكثيرة من الإحباط والتوتر والخوف من المستقبل، ولو سألنا اكبر علماء النفس والبرمجة اللغوية العصبية عن أفضل علاج لهذه المشكلة نجدهم يجمعون على شيء واحد وهو الأمل، إن فقدان الأمل يسبب الكثير من الأمراض أهمها الإحباط، بالإضافة إلى أن فقدان الأمل سيعطل أي نجاح محتمل إمامك، فكم من إنسان فشل عدة مرات ثم كانت هذه التجارب الفاشلة سببا في تجربة ناجحة عوضته عما سبق، لأنه لم يفقد الأمل من حل المشكلة.

وكم من إنسان عانى من الفقر طويلا ولكنه بقي يعتقد بأن هذه المشكلة قابلة للحل، فتحقق الحل بالفعل وأصبح من الأغنياء بسبب أساسي وهو الأمل.

إن ما يتحدث عنه العلماء اليوم من ضرورة التمسك بالأمل وعدم اليأس وذلك ليبعدنا عن أي يأس أو فقدان للأمل، ولذلك يقول سبحانه وتعالى ﴿ يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَيَاسُوا مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيَاسُ مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ ﴾ سورة يوسف الآية 87.

والإقتراب من الله تعالى أكثر والمواظبة على الصلاة والطاعات وقراءة القرآن فبذكر الله تطمئن القلوب، إن أفضل حالة هي تلك التي تسلم نفسك لقدرها وتنسي همومك وتعيش في حالة من التأمل

والروحانية، وهذا ما أمرنا الله بقوله تعالى ﴿ وَمَنْ يُسَلِّمْ وَجْهَهُ إِلَى اللَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ ۗ وَإِلَى اللَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ ﴾ سورة لقمان الآية 22. (الكردي، (2010)، ص 23-24).

• استراتيجيات التعامل مع الإحباط:

تختلف إستجابات الأفراد للمواقف المحبطة وما ينتج عنها من ضغط وقلق واضح، وهذا جعل الباحثين يتساءلون ما إذا كان رد فعل الشخص إتجاه هذه الضغوط هي مجرد إستجابة مكتسبة ثم اختيارها أثناء الوضع بقصد التكيف أم هو سلوك يدخل ضمن إستراتيجية كلية تتكون من معارف ومواقف سلوكية وموارد نفسية وخبرات الشخص وأساليب دفاعية كلها مدركة معا وديناميكيا، كعنصر من إستراتيجية تكيفية إتجاه هذه الضغوط الداخلية والخارجية، وهذه الإستراتيجية الأخيرة متكونة من أربع عناصر تفرض على الفرد في مجال ديناميكي لمعالجة الضغوط وهي:

- 1- المعارف وهي وعي وإدراك الفرد لكل جوانب الموقف فيتم بذلك من تقييمه.
- 2- الموقف السلوكي والذي يتمثل في رد الفعل الظاهر إتجاه مثير ما
- 3- الوارد النفسية ومنبعها الطاقة النفسية المحبذة لمواجهة الضغوط المتمثلة في الإدارة والمثابرة.
- 4- الأساليب الدفاعية هي آليات شعورية تعمل على حماية الأنا من الاعتداءات الداخلية والخارجية (هارون بشاري، (2015)، ص 30-31).

1- الحل المتعمد للمشكلة: غالبا نظرة الأشخاص للصراعات والإحباطات أنها مشاكل يتوجب حلها ويقيمون الموقف بطريقة عقلانية ويحددون الإجراءات المناسبة للحل ثم يقومون بالإعداد المباشر لتقوية مصادرهم وتقليل الضرر الكامن.

وهذه الإستراتيجية المتبعة هي أسلوب معالجة واقعي يتكون من عدة خطوات:

- 1- التقييم العقلاني للموقف.
- 2- تحديد الإجراءات المناسبة.
- 3- التنفيذ المباشر للمخطط وتقليل الضرر.

ويجب التنويه أن هذه الإستراتيجية تتطلب من الفرد القدرة على تحمل الإحباط وتأجيل الإشباع حتى يتسنى له فرصة فحص المشكلة وتطور أحسن الحلول الممكنة لتحقيق الهدف (قلقول، عبد النور، (2020)، ص 30-31) كما أن الجهود المضاعفة للتخلص من موقف محبط تكسب الفرد مهارات جديدة ويستطيع الفرد تنميتها وتساعدته على فتح آفاق جديدة لنفسه يستطيع استغلال نتائجها، مما يجعل هذه الآلية ذات أثر إيجابي على الشخص الذي أحسن استعمالها.

ب - أحلام اليقظة:

عندما لا يستطيع الأشخاص تحقيق حاجاتهم ورغباتهم ويحبطون يلجؤون إلى عالم الخيال فتعتبر هذه محاولة أرجاء لاشعوري للنزوة على الصعيد الخيالي بهدف إشباعها رمزيا بالخيال المبدع وهي وسيلة للتخلص من التوتر الناجم عن الفشل في إرضاء حاجة ما واقعيًا فيرتقي بهذه الحاجة إلى عالم الخيال حيث يسهل تحقيق أي شيء فيستعمل هذه الإستراتيجية كتعويض عما ضاع منه دون أن يعترضه شيء فتتحقق بالطريقة التي يريدها وكما تمنها.

وإستراتيجية أحلام اليقظة هي نوع من الإلتجاء اللاشعوري إلى الإشباع الخيالي المؤقت تحقيقًا لحالة التوتر ويظهر هذا في شكل شرود الذهن والتبسم اللاشعوري يصل إلى حد الضحك أو القيام بحركات لا إرادية كالعناق في الهواء مثلًا لكن ما يجب قوله أن هذه الإستراتيجية إذا بالغ الشخص في استعمالها إلى أبعاده عن الواقع وعن إيجاد الحل أكثر قبولًا للمشكلة (بلحسيني، (2002)، ص 70-71).

خلاصة

إذا وفي نهاية هذا الفصل نجد أن المواقف والأهداف التي يسعى الفرد لتحقيقها ثم تعيقها عوامل إقتصادية أو خارجية أو داخلية أو اجتماعية وهذه التي تصيبه بالإحباط، ولهذا الأخير عدة أنواع نذكر الإحباط الأولي والثانوي والداخلي والخارجي إضافة إلى الإحباط السلبي والإيجابي، والإحباط يشخص عن طريق عدة أعراض تظهر على الفرد، كما تطرقنا أيضا إلى الشروط الواجب توفرها في بيئة الشخص وفي ذاته ليصل إلى درجة الإحباط كما احتوى الفصل أيضا على الآثار والنتائج المترتبة عن هذا الإضطراب و نجد من النظريات التي تكلمنا عن الإحباط نظرية الإحباط العدوان، ونظرية التحليل النفسي والمدرسة السلوكية ونظرية روزنفايخ، وفي الأخير تكلمنا عن علاج الإحباط وإرشادات للتخلص منه والعلاج الذي اقترحه الإسلام لمشكلة الإحباط واستراتيجيات التعامل معه.

الفصل الرابع : إجراءات الدراسة

الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية

2- منهج البحث

3- مجموعة البحث

4- أدوات البحث

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي أهم جانب من جوانب الدراسة، فمن خلاله يتأكد الباحث من صحة الفرضيات المطروحة ويضم الجانب التطبيقي فصلا أساسيا يتمثل في فصل إجراءات الدراسة الميدانية والذي سنعرض فيه ما يلي : الدراسة الاستطلاعية ، المنهج المتبع ومجموعة البحث وكذا أدوات الدراسة

1- الدراسة الإستطلاعية :

تعريفها: للقيام بأي بحث ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابد على الباحث من إجراء دراسة إستطلاعية التي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول اليه من خلال هذه الدراسة . وتعرف الدراسة الاستطلاعية انها دراسة فرعية يقوم فيها الباحث بمحاولات استكشافية تمهيدية قبل أن ينخرط في بحثه الاساسي، حتى يطمئن على خطته وأدواته وملاءمة الظروف للبحث الاساسي الذي ينوي القيام به. وتسمى أيضا بالدراسة الإستكشافية. (طه، بدون سنة)، ص 194,195)

أهدافها :

- موضوع البحث المختار واكتشاف أهميه الدراسة.
 - تنمية فروض البحث ووضع عدة تساؤلات لها علاقة بالموضوع.
 - إيجاد مجموعة أفكار اساسية حول الظاهرة وبداية الدراسة بشكل معمق.
 - يمكن تعديل أدوات جمع البيانات بما تمليه الدراسة الاستطلاعية .
 - تحديد الوقت الذي يمكن أن تستغرقه الدراسة الميدانية.
- (حاج أحمد، مباركي، (2019)، ص 127،126)

إستطلاع الميدان:

تم اختيار مركز الأطفال التوحديين التابع لمديرية النشاط الاجتماعي بالبويرة.

2- **منهج البحث** : اعتمدنا من خلال دراستنا على المنهج العيادي , الذي يقوم على دراسة الفرد ككل فريد من نوعه اي انها دراسة الفرد كوحدة متكاملة.

- يعرف Danial Lagache المنهج العيادي بأنه : "تناول للسيرة من منظورها الخاص".
- عرفه كذلك أنه " التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة، محاولاً بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولات الفرد لحلها" (Reuchlin 1992 p113) .

4- مجموعة البحث:

تمثلت مجموعة بحثنا في 5 حالات لأطفال مصابين بالتوحد. وقد خضعت شروط

إنتقاء مجموعة البحث للشروط التالية :

- لا يتجاوز عمر الأم 49 سنة.
- ان يكون لدى الام طفل واحد مصاب بالتوحد.
- ان يمر على تشخيص الابن بالتوحد عام الى عامين.
- ان تكون غير مطلقة وغير ارملة.
- أن تكون مقيمة في البيت

4- أدوات البحث :

4-1_ المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعريفها:

يعرفها جوليان روتر (1985) أنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر وتستخدم هذه الطريقة للحصول على تاريخ الحالة الذي يجمع مصادر لمعلومات متعددة تكون منها صورة متماسكة عن الشخص.

كما يعرفها فيصل عباس (1983): "يهدف هذا الفرع من المقابلة إلى توجيه حديث العميل نحو أهداف البحث و السير في اتجاه واضح وأقل توجيه، ضبط الأسئلة مع المحافظة على التعبير، البحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع." "

محاوَر المقابلة العيادية النصف موجهة: (أنظر للملحق رقم 1)

ولقد وضعنا من خلال دراستنا المحاور التالية:

المحور 01: بيانات عامة

المحور 02: المعاش النفسي للأم

أ- قبل تشخيص طفلها بالتوحد:

ب- المعاش النفسي للأم بعد إصابة طفلها بالتوحد:

المحور 03: الجانب العلائقي

المحور 04: النظرة المستقبلية

4-2 اختبار كارول لقياس الإحباط :

يتكون هذا الاختبار من 52 فقرة وهو كمدخل لأعراض الإحباط والعنف وليس كمقياس تشخيص، وتركز الفقرات الإثنان والخمسين على الأعراض المتعلقة بالإعاقات الحركية، والقلق، والأرق في النوم، وأعراض فقدان الوزن و فقدان التركيز، و القلق البدني والنفسي بشكل عام، وفقدان الثقة بالنفس، و الإجهاد ، والتعب، وكما يتطرق لارتباكات الإنتحار ويجاوب على فقرات الإختبار نمط إجابات (نعم، لا) إذا وصلت الإجابات بنعم إلى 40 إجابة فإنها تدل على وجود الإحباط وثم العودة الى الفقرات الاثني عشر السلبية وحساب كل فقرة على حدى، ويقترح كارول أن يستخدم المقياس كاختبار سريري لفحص الإحباط والدرجات من عشرة و أعلى تشير إلى الإحباط.

خاتمة

خاتمة:

إن ولادة طفل مصاب بالتوحد ليس أمرا هينا بل هو في غاية الصعوبة بالنسبة للأم، وفي دراستنا هذه حاولنا الوقوف على المعاناة النفسية لهذه الأم، التي كانت تأمل أن تلد طفلا سليما، إلا أنها تفاجأت بولادة طفل مصاب بالتوحد، مما سبب لها إحباط وآلام نفسية.

وقد تطرقنا في هذه الدراسة إلى موضوع "الإحباط لدى أم الطفل التوحدي" دراسة عيادية لخمس أمهات لديهن أطفال مصابين بإضطراب التوحد، وقد اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي، حيث استعملنا فيه المقابلة العيادية واختبار الإحباط "كارول" ولكن نظرا للأوضاع الإستثنائية المتعلقة بجائحة كورونا تعذر علينا إجراء الدراسة الميدانية للبحث .

قائمة المراجع :

- د. بدر، إبراهيم محمود. (2004). التوحد تشخيصه وعلاجه. القاهرة: مكتبة انجلو المصرية.
- سرفاني، سامية و سقوالي، خولة. (2016). الإحباط لدى أمهات أطفال التوحد. قالمة: جامعة 8 ماي 1945.
- د. شاكر مجيد، سوسن. (2010). التوحد أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه. بغداد: ديونو للطباعة والنشر والتوزيع.
- د. صادق، مصطفى أحمد و د. الخميسي، السيد سعد. (بدون سنة). دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد. جدة: جامعة الملك عبد العزيز.
- د. التميمي، محمد. (2014). التوحد وقاية أم علاج؟. الطبعة 1. عمان: الوارق للنشر والتوزيع.
- د. الشراقوي، محمود عبد الرحمن عيساوي. (2018). التوحد ووسائل علاجه. الطبعة 1. دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.
- د. جيهان، مصطفى. (2008). التوحد. القاهرة: منتديات مجلة الابتسامة.
- أ. م. د. الفرحاني، السيد محمود وآخرون. (2015). إضطرابات التوحد "دليل المعلمين والأسرة في التشخيص والتدخل". منتدى دراسات وبحوث المعوقين.
- د. السيد عبد الحميد سليمان و د. محمد قاسم عبد الله. (2003). الدليل التشخيصي للتوحيدين(العيادي). الطبعة 1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- أ. د. شاكر الجليبي، سوسن. (2015). التوحد الطفولي أسبابه - تشخيصه - علاجه. سوريا - دمشق: دار ومؤسسة رسلان.
- د. أحمد يحيى، خولة. (2000). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. الطبعة 1. عمان الاردن: دار الفكر.
- الشامي، وفاء علي. (2004). خفايا التوحد أشكاله - أسبابه - تشخيصه. الطبعة 1. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- مصطفى، أسامة فاروق و الشربيني، السيد كامل. (2011). التوحد الأسباب - التشخيص - العلاج.

- الطبعة 1. عمان: دار المسيرة.
- د. سليمان، عبد الرحمن سيد. (2000). **الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال**. الطبعة 1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- د. فراج، عثمان لبيب. (2002). **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تعريفها تصنيفها أعراضها تشخيصها أسبابها التدخل العلاجي**. الطبعة 1. القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- الزراع، نايف عابد إبراهيم. (2003). **بناء قائمة لتقدير السلوك التوحيدي**. عمان: دار الفكر.
- خطاب، محمد أحمد. (2005). **سيكولوجية الطفل التوحيدي تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها التدخل العلاجي**. الطبعة 1. عمان: دار الثقافة.
- أحمد أمين نصر، سهى. (2002). **الإتصال اللغوي للطفل التوحيدي التشخيص البرامج العلاجية**. الطبعة 1. عمان: دار الفكر.
- د. الظاهر، قحطان أحمد. (2008). **مدخل إلى التربية الخاصة**. الطبعة 2. عمان: دار وائل.
- الكردي، أحمد السيد. (2010). **الإحباط النفسي في الحياة العملية**. مصر.
- _ د. القمش، مصطفى نوري. (2011). **إضطرابات التوحد الاسباب-التشخيص-العلاج**. الطبعة 1. عمان: دار المسيرة.
- _ سهيل، تامر فرج. (2015). **التوحد التعريف - الأسباب - التشخيص - العلاج**. الطبعة. عمان: دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- _ د. محمد سليمان، سناء. **الطفل الذاتوي (التوحيدي) الغموض و الشقة و الفهم و الرعاية**. مصر: جامعة عين شمس .
- _ د.مصطفى، أسامة فاروق و د. الشربيني، السيد كامل. (2014). **التوحد الاسباب - التشخيص - العلاج**. الطبعة 2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- _ د. القمش، مصطفى نوري و د. المعاينة، خليل عبد الرحمن. (2014). **التوحد الأسباب - التشخيص - العلاج**. الطبعة 2. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- _ د. المقابلة، جمال خلف. (2016). **طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية**. الطبعة 1. الأردن- عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

- الجمعية الأمريكية للطب العقلي. (بدون سنة). معايير dsm 5. ترجمة د. الحمادي، أنور. توزيع جهاد محمد حمد.
- حاج أحمد، عائشة و مبارك، فتيحة. (2019). المعاش النفسي للطفل المتمدرس المصاب بالتوحد. أدرار: جامعة أحمد درارية.
- د. أبو أسعد، أحمد. (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية - مقاييس الصحة النفسية مقاييس المشكلات والإضطرابات. الطبعة 2. الاردن-عمان: مركز ديونو لتعليم التفكير.
- _ العيسوي، عبد الرحمن. (2002). سيكولوجية التنشئة الإجتماعية. دار الفكر الجامعي.
- _ أ. د. سهير كامل، أحمد. (2003). الصحة النفسية والتوافق ، ط2 ، مركز الإسكندرية للكتاب.
- _ إسماعيل، نبيه إبراهيم. (2003). عوامل الصحة النفسية السليمة. ط1. مصر: أترك للنشر والتوزيع.
- _ القرشي، هيثم جعفر. (2021). الإحباطات ماهيتها وأسبابها وأعراضها وأنواعها وعلاجها .
- _ أ. محمد أبو سوسو، سعيدة. (2003). مدخل علم النفس في ضوء القرآن والسنة، دار الفكر العرب.
- _ حسن، أحمد جابر. (2013). الإحباط الإداري (الأسباب والعلاج). ط1. مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- _ هارون البشاري، سهام. (2015). الإحباط النفسي وسط الخريجين الجامعيين غير العاملين. السودان-الخرطوم: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- _ قلول تميم ، عبد النور أحمد. (2020). الألعاب الإلكترونية ودورها في ظهور الإحباط والعدوانية. الجزائر-قسنطينة: جامعة عبد الحميد مهري.
- _ حادقي، طاهرة. (2020). الضغط النفسي وعلاقته بالإحباط لدى عينة من التلاميذ المعيدين في شهادة البكالوريا. أدرار: جامعة أحمد درارية.
- _ هدون، بشرى. (2020). الإحباط لدى خريجي الجامعات البطالين. قالمة: جامعة 08 ماي 1946.

الملاحق

الملحق رقم 1: محاور المقابلة العيادية النصف موجهة:

المحور 01: بيانات عامة

- 1- الإسم.
- 2- السن.
- 3- المستوى الدراسي.
- 4- عاملة أو غير عاملة.
- 5- عدد الأولاد.
- 6- المستوى المعيشي.
- 7- ترتيب الطفل المصاب بين إخوته.
- 8- مدة تشخيص الطفل بالتوحد.
- 9- عمر الأم أثناء الحمل بالطفل.
- 10- الحالة المدنية.

المحور 02: المعاش النفسي للأم

أ - قبل تشخيص طفلها بالتوحد:

- 1- كيف كان مزاجك قبل ولادة الإبن ؟
- 2- هل كنت تأخذين قسط كافي من النوم ؟
- 3- قبل ولادة إبنك هل كنت سريعة الغضب ؟
- 4- هل كان يصيبك تعب مزمن قبل الحمل ؟
- 5- هل ترين أنك كنت امرأة متفائلة أم متشائمة ؟
- 6- هل تظنين أنك كنت امرأة ناجحة في حياتك ؟
- 7- قبل ولادة إبنك هل كنت تأكلين جيدا ؟

ب- المعاش النفسي للأم بعد إصابة طفلها بالتوحد:

- 1- هل يتغير مزاجك ؟
- 2- كم ساعة تنامين في اليوم ؟
- 3- هل لاحظت أنك أصبحت سريعة الغضب ؟
- 4- هل تشعرين هل أنت امرأة متفائلة أم متشائمة ؟
- 5- هل ترين أنك امرأة ناجحة ؟ ولماذا ؟
- 6- هل لديك شهية للأكل ؟
- 7- هل تشعرين بتعب مزمن ؟

المحور 03: الجانب العلائقي

- 1- كيف تصفين حياتك الإجتماعية والعاطفية ؟
- 2- كيف علاقتك مع أهلك وأهل زوجك ؟
- 3- هل تتواصلين مع جيرانك ؟
- 4- هل أنت على إتصال بأصدقائك؟ ومتى كان آخر إتصال ؟
- 5- هل تذهبين للمناسبات مثل الأعراس أو حتى الجنائز ؟
- 6- إذا خرجتي الى مناسبة إلى أين ستكون ؟
- 7- متى كانت آخر مناسبة ذهبتى لها ؟

المحور 04: النظرة المستقبلية

- 1- كيف ترين إبنك بعد 3 سنوات ؟
- 2- هل لديك أمل أن إبنك سيتحسن ؟
- 3- هل يتبادر إلى ذهنك أن إبنك سيصبح يتكلم معك مثل أي شخص ؟

الملحق رقم 2:

إختبار كارول لقياس الإحباط

الإسم:..... الجنس:.....

العمر:.....

الرقم	الفقرات	نعم	لا
-1	أشعر بروح جيدة	1	0
-2	أشعر برغبة في البكاء	1	0
-3	حالتني لا أمل فيها	1	0
-4	هناك مآسي تنتظرني في المستقبل	1	0
-5	أعتقد بأنني إنسان جيد كالآخرين	1	0
-6	أشعر بالخجل من نفسي	1	0
-7	الأشياء التي أقدم عليها تزعجني	1	0
-8	أنا أعاقب على أمر سيء منحت به في الماضي	1	0
-9	أعتقد أن الحياة مازالت بها ما يستحق العيش	1	0
-10	أتمنى لو أنني ميت	1	0
-11	أفكر بقتل نفسي	1	0
-12	الموت هو الحل الأمثل بالنسبة لي	1	0
-13	أستغرق وقت أطول من السابق قبل أن أنام	1	0
-14	يتطلب مني نصف ساعة قبل أن أخلد إلى النوم	1	0
-15	لا أرتاح في النوم و نومي مزعج	1	0
-16	أستيقظ دائما في منتصف الليل	1	0
-17	أستيقظ قبل الوقت المحدد عادة	1	0
-18	أستيقظ أبكر مما أريد	1	0
-19	أنا أشعر بالسعادة و الفرح و الراحة مما أقوم به	1	0
-20	أرغب بالخروج و مقابلة الأشخاص	1	0
-21	لقد مللت الكثير من نشاطاتي و اهتماماتي	1	0
-22	أنا قادر على متابعة العمل المطلوب مني	1	0
-23	إن عقلي سريع و ذكي كالعادة	1	0
-24	صوتي يبدو ليس صوتي	1	0
-25	لقد قمت بجميع الأشياء بصعوبة في الآونة الأخيرة	1	0

0	1	أنا بطيء جدا و بحاجة إلى المساعدة في اللبس	-26
0	1	أعتقد أنني أشعر بالإرتياح خارج المنزل	-27
0	1	لا أشعر بالإرتياح	-28
0	1	يجب أن يكون بشكل واضح إلى الأمر مقلق	-29
0	1	يجب أن أحاول الإبتعاد عن القلق	-30
0	1	أجد التركيز سهلا عند قراءة ورقة ما	-31
0	1	أشعر بأنني منزعج و مجروح	-32
0	1	معظم الوقت أكون خائفاً و لا أعرف السبب	-33
0	1	أشعر بالرعب و الخوف الشديد	-34
0	1	لدي مشاكل في الهضم	-35
0	1	إن قلبي ينبض أسرع من العادة	-36
0	1	لدي ألم عام في جسدي	-37
0	1	إن يدي تهتران بحيث أن الناس يلاحظون ذلك	-38
0	1	أنا أحب وجباتي كالعادة	-39
0	1	أنا أجبر نفسي على تناول الطعام	-40
0	1	أشعر بحيوية و طاقة كما في السابق	-41
0	1	أنا مرهق أغلب الأحيان	-42
0	1	إهتماماتي الجنسية كما هي في السابق	-43
0	1	منذ بداية مرضي فقدت رغبتني الجنسية	-44
0	1	أنا قلق جداً حول أعراض جسدي	-45
0	1	أنا لست متأكد من أداء جسدي لوظائفه كاملة	-46
0	1	إن مشكلتي مع المرض بدأت منذ شعوري بأمراض في جسدي	-47
0	1	إن جسدي سيء و ليس معافى	-48
0	1	إن كل ما أحتاجه هو الراحة لأعود بصحة و عافية كالسابق	-49
0	1	لقد مرضت بسبب الطقس السيء الموجود الآن	-50
0	1	أنا أفقد وزني	-51
0	1	يمكن القول بأنني فقدت الكثير من وزني	-52