وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أكلي محند أولحاج
-البويرة-
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -
Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -

قسم علم النفس وعلوم التربية **شعبة علم النفس**

تخصص علم نفس العيادي

عنوان المذكرة:

الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين :

- **شنافي نادية**
- **صوشي مسعد**

تحت إشراف الأستاذ(ة):

- أ.ولد محند لامية

السنة الجامعية 2022/2021

شكر و عرفان

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم:

(من لم يشكر الناس لم يشكر الله و من أهدي إليكم معروفا فكافئوه فإن لم تستطيعوا فادعوا له)

وعملا بهذا الحديث و اعترافا بالجميل ، نحمد الله عز وجل و نشكره على أن وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع .

و نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة " ولد محند لامية " التي رافقتنا طيلة هذا البحث و أمدتنا بالمعلومات و النصائح القيمة راجين من الله عز وجل أن يجزيها الصحة و العافية .

و نوجه الشكر إلى الوالدين الذين قدموا لنا كل الدعم والمساندة طوال المسار الدراسي أطال الله أعمارهم و حفظهم لنا فوق رؤوسنا .

و أخير لا يفوتنا أن نعبر عن بالغ تحياتنا إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في انجاز هذا العمل المتواضع.

إهداء

أولا لك الحمد ربي على كثرضلك وجميل عطائك وجودك ، الحمد لله ربي و مهما حمدنا فلن نستوفي حمدك و الصلاة و السلام على من لا نبي بعده.

إلى ذلك الحرف اللا متناهي من الحب و الرقة و الحنان ، إلى التي بحنانها ارتويت و بدفئها احتميت ،و بنورها اهتديت و ببصرها اقتديت و لحقها ما وفيت ،إلى من يشتهي اللسان نطقها، و ترفرف العين من وحشتها ، و التي كانت تتمني رؤيتي و أنا أحقق هذا النجاح ، وشاء الله أن ياي هذا اليوم ،أهدي هذا العمل إلى أمي العزيزة "فتيحة " أطال الله في عمرها .

إلى درعي الذي به احتميت ، و في الحياة به اقتديت ، و الذي شق لي بحر العلم و التعلم ، إلى من احترقت شموعه ليضئ لنا درب النجاح ، ركيزة عمري ، و صدر أماني و كبريائي و كرامتي ، أبي العزيز " سعيد" أطال الله في عمره .

إلى من يذكرهم القلب قبل أن يكتب القلم ،إلى من قاسموني حلو الحياة و مرها ، تحت السقف الواحد ..... إخواني و أخواتي ... كل من يسرى ، محمد ، شريف

دون نسيان أختي الكبيرة والعزيزة " فازية " وزوجها " مهدي " والكتكوتة الصغيرة محبوبة خالتها " ليا".

إلى كل من لم يدركهم قلمي ، أقول لهم بعدتم و لم يبعد عن القلب حبكم ، و أنتم في الحضور.

إلى من علموني حروفا من ذهب وكلمات من درر وعبارات من أسمي وأحلى عبارات في العلم إلي أساتذة علم النفس العيادي من ضاعوا لي من علمهم حروفا و من فكرهم منارة تنير لنا مسيرةالعلم و النجاح إلى كل.

أهدي هذا العمل المتواضع راجية من المولى عز وجل أن يجد القبول و النجاح .

"فافجر يعلم و لا تطلب به بدلا فالناس موتى و أهل العلم أحياء "

نادية

إهداء

اولا و قبل كل شيء ،احمد الله سبحانه و تعالى على توفيقه لي في إنجاز هذا العمل و على كامل مشواري الدراسي.

اهدي ثمرة جهدي و عملي هذا الى من أضاءا دربي و أنارا في الحياة إلى من جعل الله طاعتي في طاعتهما.

أمي الغالية التي سهرت الليالي من أجل إرادتي.

أبي العزيز الذي تعب لينير لي دربي من أذل إكمال دراستي.

إلى اللذين أعتز بوجودهم قربي إخوتي كمال مراد مسعود و إلى أبنائهم مريم أمين أسيل و إلى أخواتي.

و إلى صديقاتي اللذين رافقوني في دراستي شيشي ،سينا ،مينا ،سلوى ،ياسمين ،و خاصة التي شاركتني في هذا العمل رفيقة الدرب و العمر نادية.

مسعد

فهرس المحتويات

الفهرس	الصفحة
الشكروالعرفان.....	-
الإهداء.....	-
محتويات الفهرس.....	-
فهرس الجداول.....	-
مقدمة.....	أ ـ ب
الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية	
1. الإشكالية.....	07
2. فرضية الدراسة.....	08
3. أسباب اختياري للموضوع.....	08
4. أهمية الدراسة.....	09
5. أهداف الدراسة.....	09
6. التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث.....	09
7. الدراسات السابقة.....	10
8. التعقيب على الدراسات السابقة.....	11
الجانب النظري	
الفصل الأول: الاكتئاب	
تمهيد	16
1.لمحة تاريخية عن الاكتئاب.....	17
2. تعريف الاكتئاب.....	18
3. أعراض الاكتئاب.....	18
4. أنواع الاكتئاب.....	20
5. أسباب الاكتئاب.....	22
6. النظريات المفسرة للاكتئاب.....	25
7. المرأة و الاكتئاب.....	27
8. علاج الاكتئاب.....	28
خلاصة الفصل	31
الفصل الثاني: اضطراب التوحد	
تمهيد	34

1.تعريف التوحد.....	35
2. صعوبة و أسباب التوحد.....	36
3. أعراض التوحد.....	39
4 ـ النظريات المفسرة لاضطراب التوحد.....	40
5 ـ تشخيص التوحد	44
6 ـ علاج التوحد.....	45
7ـ استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد.....	50
8 ـ الآثار المترتبة عن وجود الطفل التوحد.....	51
خلاصة الفصل	53
الجانب التطبيقي	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية لدراسة	
تمهيد	57
1.الدراسة الاستطلاعية.....	58
2. منهج البحث.....	58
3. مجموعة البحث.....	59
4. الحدود المكانية و الزمنية لدراسة.....	60
5. أدوات جمع المعلومات.....	60
خلاصة الفصل.....	67
الفصل الرابع:عرض و مناقشة النتائج الدراسة	
1.مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....	70
خاتمة	73
التوصيات	75
قائمة المراجع	77
قائمة الملاحق	–

فهرس الجداول

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	يوضح خصائص العينة (مجموعة البحث الأساسية)	60
02	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب و الدرجة الكلية للمقياس	65

مقدمة

مقدمة:

تعد عملية ولادة الأطفال في مجتمعاتنا العربية إنجازا ذاتيا للأم حيث تسعد بوليدها وتقدمة هدية لزوجها ولأفراد عائلتها لأنه هيه من الله سبحانه وتعالى، وتتضمن استمرار الحياة الزوجية، وتواجه الفرد في مسيرة حياته مختلف التغييرات التي يمر بها، فتتأثر نتيجة للضغوط الحياتية خاصة الأمهات التي تتحمل عبئا كبيرا في تربية الأبناء ورعايتهم.

ويعتبر اضطراب التوحد من أعقد الاضطرابات و أصعبها لما تتميز به من انغلاق ونمطية ولما يتطلبه من رعاية خاصة و تكفل مستمر، و هذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها أم وربة بيت بين الاهتمام للزائد و اضطرارها إلى التنازل عن أشياء من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري.

فوالدي الطفل المصاب باضطراب التوحدي يواجهان عدة صعوبات بسبب عدم استجابة الطفل المتوحد، فهما يحتاجان إلى المساعدة حتى اختراق الحاجز الذي يعزل الطفل عمن حوله و تحديد نقطة البداية، و يحتاجان إلى مساعدة تسهل لهم عملية التفاعل المنظم المثمر مع الطفل، و لأن الطفل التوحدي تكمن مشكلته في فهم اللغة فأنه بتعيين مساعدته على تطوير هذه المهارة، و مساعدة الوالدين في تفاعلهما مع الطفل، و قد أكد Rutter – Sussenueinاستشارة الوالدين لذوى الخبرة في المساعدة على التعامل مع ضغوط الأسرة و الصراعات المرتبطة بنشأة الطفل الذي يعاني من إعاقة أو اضطراب .

رغم تطور البرامج العلاجية للتوحد إلا أن التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات الأطفال المتوحدين بشكل كافي مما عرضهن للكثير من المشكلات النفسية و العضوية التي تسبب ارتفاع مستوي الضغط لديهم، هذا ما يجعل الأم تحت سلسلة من الضغوطات النفسية تكون في الغالب مرتبطة بالاحتياجات الخاصة للطفل وبالقلق على مستقبله مما يزيد من حدة الضغط على الأم.

ونظرا لأهمية الموضوع قمنا بهذه الدراسة حول الاكتئاب لدى الأمهات الأطفال المصابين بالتوحد. وتم تقسيم بحثنا إلى 3 جوانب المتمثلة في الجانب التمهيدي، الجانب النظري، و الجانب التطبيقي :

الفصل التمهيدي: يتضمن مدخل العام لدراسة، تم العرض فيه الإشكالية، الفرضيات، أسباب اختياري للموضوع، أهمية الدراسة، وأهداف الدراسة، و تحديد المفاهيم إجرائيا، و الدراسات السابقة، وتعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الأول: الاكتئاب و تناولنا فيه لمحة تاريخية للاكتئاب، تعريف الاكتئاب، أعراض الاكتئاب، أسباب الاكتئاب، أنواع الاكتئاب، النظريات المفسرة للاكتئاب، النساء والاكتئاب وأخيرا علاج الاكتئاب .

الفصل الثاني: التوحد وتناولنا فيه تعريف التوحد، أسباب التوحد، أعراض التوحد، بعض النماذج والنظريات المفسرة للتوحد، تشخيص اضطراب التوحد، وعلاج التوحد، استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد، الآثار المترتبة عن وجود الطفل التوحدي في الأسرة .

أما الجانب التطبيقي يتضمن قسمين:

الفصل الثالث: يتمثل في منهجية البحث . تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية، و منهج البحث، مجموعة البحث، الحدود الزمنية و المكانية لدراسة، و أخيرا الأدوات المستخدمة في البحث .

الفصل الرابع: عرض و مناقشة نتائج الدراسة . و تناولنا فيه مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات .

وأخيرا وضع خاتمة و قائمة المراجع و المصادر و قائمة الملاحق .

الفصل التمهيدي

الإطار العام للإشكالية

الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية

1-الإشكالية.

2 ـ الفرضية.

3 ـ أسباب اختياري للموضوع.

4 ـ أهمية الموضوع.

5 ـ أهداف الدراسة.

6 ـ تعريف إجرائي لمتغيرات البحث.

7 ـ الدراسات السابقة.

8 ـ التعقيب على الدراسات السابقة.

الإشكالية:

تعتبرالأسرة وحدة اجتماعية ينشأ فيها الأفراد و بناء المجتمع ، و هي التي تضع بصمتها على مستقبل حياة الأفراد عامة والطفل خاصة في مختلف المجتمعات الإنسانية كما نجد الطفل يؤثر على أسرته،كما تؤثر عليه سواء بالسلب أو الإيجاب ويتضح الطفل على أسرته بصفة خاصة عندما يكون من دوي الاحتياجات الخاصة، بمعنى أن يكون "طفل غير عادي ".

وتعتبر هده اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة لدى الطفل مرحلة حاسمة في حياة هده الأسرة و أفرادها و خاصة الأم التي كانت مند بداية الحمل تتصور و تتخيل طفلها في أحسن صورته البدنية والعقلية والنفسية وتخطط لمستقبله و طريقة تربيته .

فهدا الاكتشاف يؤدي بالأم إلى الشعور بالأسى و الحزن وخيبة الأمل وتنقلب حياتها رأسا على عقب عندما تظهر إحدى الأعراض التي تشير إلى وجود إعاقة أو اضطراب التوحد ، فتزيد معاناتها عندماتلاحظ طفلها لا يتواصل معها أو مع العالم الخارجي .

فتبدو عليها حالة من الاكتئاب الذي يعتبر مرض نفسي يصيب الجسم و يؤثر على طريقة تفكيرها ويؤدي إلى العديد من المشاكل العاطفية و الجسمانية ويعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارا في العالم ،حيث عرفه بيك "أن الاكتئاب حالة انفعالية تتضمن تغييرا محددا في المزاج مثل مشاعر الحزن و القلق و اللامبالاة ،وتتضمن مفهوما سلبيا عن الذات مع توبيخها و تحقيرها ولومها ،ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة الهروب و الاختفاء والموت .**(بركان أسيا رجع،2000،ص29ـ30)**

ومنه أثبتت الدراسات أن الاكتئاب النفسي للمرأة مرتفع مقارنة للرجال حيث تقد نسبة الإصابة بالاكتئاب بين المرأة و الرجل 1,2يدل دلك على أن مقابل كل حالة اكتئاب في الرجال يوجد حالتان في النساء**(لطفي الشر بيني،2001،ص36)**.

الوالدان غالبا تنتابهم ردة فعل عاطفية خاصة الأمهات عندما يعلمن أن طفلهم يعاني من اضطراب التوحد وقد تكمن ردة الفعل في اليأس والإحباط و الاكتئاب المقترن بقلقهن حول مستقبل طفلهم .كون طفلهم يكون مرفوضا و محبطا فيجب على الوالدان أن يتأقلموا و يصبو قادرينعلى تكوين صورة حقيقية للطفل المصاب باضطراب التوحد **(محمد عدنان عليوات،2007،ص124)**.

حيث تعتبر الأم الشخص الأقرب دائما لهدا الطفل ألتوحدي مقارنة بباقي أفراد الأسرة فهي من يقوم بالاهتمام بيه ورعايته، فكثير من الأشخاص في المجتمع يلومون الأم على أي مشكلة تحدث مع طفلها.

وتعتبر إعاقة التوحد من أكثر الإعاقات صعوبة وشدة من حيث تأثيرها السلبي على الطفل وقابليته للتعلم والاندماج مع الآخرين،حيث يصنف التوحد من اضطراب نمائي تطوري عصبي ملازم لطفل يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة وتحديدا في السنوات الثلاثة الأولى من حياته ويظهر على الطفل المصاب عدة أعراض تثبت إصابته بطيف التوحد منها: عجز في التفاعل الاجتماعي،كذلك يظهر العجز في التواصل اللفظي وغير اللفظي والسلوكيات النمطية والتكرارية،ومنه لا يوجد اتفاق بين العلماء والمختصين على تحديد الأسباب الحقيقية المؤدية إلى هده الإعاقة،كما يصعب عليهم تشخيص هدا الاضطراب تشخيصا دقيقا (**عفراء إبراهيم الخليل ألعيدي،2021،ص 14**)

بالتالي فإن وجود طفل مريض أو معاق في الأسرة يمثل ضغطا على الأسرة ككل،وعلى الأم بصفة خاصة،حيث تنعزل الأم عن المجتمع نتيجة انشغالها باحتياجات الطفل الاعتمادي الذي يحتاج إلى قدر اكبر من الرعاية عن الطفل العادي،كما يثقل كاهل الأسرة المجهود الزائد والالتزامات العادية التي يتطلبها العلاج أو التأهيل بالإضافة إلى إحساسهم لعدم قدرة طفلها على التعامل والتفاعل مع الآخرين ومع رفاقه في سنه ومشاكل التأخر الدراسي، كما يساهم في ظهور أعراض الحزن والاكتئاب،فقدتشعرالأم بالذنب أو بالمسؤولية عند إنجاب هدا الطفل بالإضافة إلى القلق وعدم الثقة في المستقبل وفقدان الاهتمام بالكثير من أمور الحياة وتنعكس تلك الحالة الاكتئابية على سلوك الأم وعلاقتها الزوجية وعلاقتها بأطفالها مما يخلق العديد من المشاكل (**إبراهيم أبو سعود نادية،2009،ص 142**).

واستنادا إلى ما سبق حيث شعرنا بمشكلة البحث فوجدنا أن الموضوع يستحق الدراسة العلمية الدقيقة،ومن هنا يمكننا تحديد مشكلة البحث بالسؤال التالي:

هل تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتوحد من الاكتئاب ؟

2- الفرضية:

تعاني أمهات الأطفال المتوحدين بالاكتئاب.

3- أسباب اختيارنا للموضوع:

هناك عدة أسباب مختلفة دفعتنا لاختيارموضوع الاكتئاب لدى الأمهات الأطفال المصابين بالتوحد وهي كالتالي:

- الرغبة في معرفة مامدى معاناة أمهات أطفال التوحد من الاكتئاب.
- حداثة الموضوع وتوفير عينة الدراسة.
- لأن اضطراب التوحد يصنف كمرض العصر ومن أكثر الأمراضانتشارا في عصرناالحالي .
- معرفة الآثار النفسية الناتجة عنداكتشاف حالة التوحد في الأسرة خاصة على الأم.

4- أهمية الموضوع:

حيث لكل بحث علمي له أهمية في دراسة الموضوع ومنه تكمل بحثنا من خلال تسليط الضوء على الاكتئاب لدى أم الطفل ألتوحدي لكونه جزء مهم في مجتمعنا الحالي وكذلك يعتبر من المواضيع المهمة في العالم التي لاتزال الدراسات حوله قليلة،ولم ينل القدر الكافي من الدراسة في الجزائر بشكله العام وفي ولاية البويرة بشكله الخاص .

وتكمن كذلك أهمية هذا البحث في الوصول إلى وضع تشخيص الأمهات اللواتي خضعنا للدراسة،عكس البحوث التي عكفت على دراسة البيئة الاجتماعية للأسرة وتأثير اضطراب التوحد عليها.

5- أهداف الدراسة:

يكمن هدف دراستنا فيما يلي:

- ❖ التعرف على ما إذا كانت أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانين من الضغوط النفسية.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث.

6-1-الاكتئاب:

هو عبارة عن المشاكل النفسية التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد كما أنها الحالة النفسية التي تمر بها نتيجة إصابة طفلها باضطراب التوحد ويتم ذلك من خلال قياس الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من مقياس بيك.

6-2-أمهات أطفال التوحد:

هن أمهات الأطفال التي تم تشخصيهم باضطراب التوحد.

6-3-التوحد:

هو عبارة عن إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى التفاعل الاجتماعي وتظهر قبل سن 3سنوات وليس لديه اهتمامبالأفرادالآخرين.

7-الدراسات السابقة :

7-1-الدراساتالعربية:

هدفت دراسة غدي محمود عصفور (2012)إلى معرفة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحيديين تكونت عينة الدراسة من 40 أما من أمهات الأطفال التو حديين تم اختيارها بالطريقة العشوائية و قامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات الأطفال المتوحدين في جميع مجالات المقياس كان فمن المستوى المتوسط كان لبعد تحمل أعباء الطفل ألتوحدي في حين كان بعد مشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط،وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (05،0A) لمتغيرات الجنس و المستوى التعليمي للأم .

أما دراسة توحيد عيدروس سيد أحمد (2012)الموجودة في علي فدح ونهلة أحمد علي أمين (2015)حول الضغوط النفسية على أولياء أمور الأطفال المصابين بمرض التوحد بولاية الخرطوم ،بلغ حجم العينة (60) أب وأم من الآباء وأمهات أطفال التوحد (30 أب -30 أم) وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية المعدل من قبل الباحثة وقد أسطرت الدراسة عن أن مستوى الضغوط النفسية للأولياء أمور الأطفال التوحد ين بالارتفاع.

كما هدفت دراسة كل من علي فدح ونهلة أحمد علي أمين (2015) إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال ذو الإعاقة الذهنية المترددات على مستوى السلاح الطبي والتحقيق مما إذا كانت هناك فروق بين أبعاد هذه الضغوط استخدم الباحثين المنهج الوصفي وبلغ حجم العينة (30)فردا تم اختيارهم بالطريقة القصدية،استخدما الباحثين مقياس الضغوط النفسية من تصميمها،من ثم تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية وتوصلت الدراسة للنتائج التالية أهمها:أن الضغوط النفسية للأمهات الأطفال ذو الإعاقة العقلية تتسم بالانخفاض وأن هناك فروق بين أبعاد الضغوط النفسية للأمهات ذو الإعاقة العقلية لصالح بعد الأعراض العضوية، وأن الفروق في مستوى الضغوط النفسية للأمهات

الأطفال ذو الإعاقة العقلية وجدت أنها تكون تبعا لمتغيري درجة الإعاقة و الحالة الاقتصادية ولم توجد فروق تبعا لمتغير تعليم الأم.

7-2- الدراسات الأجنبية:

أشارت الدراسة التي أجرتها نورا (1991) التي هدفت إلى البحث في المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة من حيث مشاكل التكيف الاجتماعي والاكتئاب، كما ناقشت دور الجنس في تشكيل تأثير التوحد على أفراد الأسرة المختلفة،وبناء عليه فإن هذه الدراسة كانت مقارنة بين الآباء والإخوة في أسر الأطفال المصابين بالتوحد مع أباء وإخوة أسرى الأخرى، وكانت نتائج الدراسة أن أباء وأمهات وإخوة الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة الاكتئاب ومشكلات تكيف اجتماعي مع غيرهم من الأسر،وأن وجود إناث توحديات في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور.

وفي دراسة وسون وانج(OLONSONWOUING ،2001) على عينة من أمهات الأطفال التوحيديين في أمريكا هدفت للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الأمهات وبينت النتائج أن هؤلاء الأمهات يعاني من مستوى عال من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين كما وجد أن مستوى الاكتئاب لدى أمهات الأطفال التوحيديين أعلى من مستوى الاكتئاب لدى أباء الأطفال التوحد .

وفي دراسة براين (BRAIN 2002) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الضغوط النفسية ونقص الدعم الاجتماعي لدى أمهات الأطفال التوحد،وتألفت العينة من (112) أما للأطفال التوحد،واستخدم مقياس الدعم الاجتماعي المدرك ومقياس الضغوط وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى الضغوط النفسية ومقدار الدعم الاجتماعي المدرك وكانت العلاقة بينهما عكسي.

8 ـ التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال استعراضي للدراسات السابقة وجدت أن هناك العديد من الدراسات تحدثت بشكل عام عن الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتوحدين مثل دراسة (**عدى محمود عصفور** 2012، **و دراسة عيد روس سيد أحمد** 2012، بالإضافة إلى دراسة أخرى بحثت في معرفة مستوى الضغوط النفسية وسط أمهات الأطفال ذو الإعاقة الذهنية مثل دراسة كل من نهلة أحمد أمين،على خدع (2015) كما بحثت دراسات أجنبية مثل دراسة (NORA 1991) في الأسرة المشكلات المترتبة على وجود طفل توحدي في الأسرة

من حيث مشاكل التكيف الاجتماعي والاكتئاب، كما بحث ارسون وانج (2001) التعرف على مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء أمهات أطفال التوحد.

ولاحظنا في أغلب الدراسات التي أجريت حول أمهاتأطفال المتوحدين ركزت على متغير الضغوط النفسية ، و لم نتناول في دراستنا عن الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتوحد سوى دراسة (NORA 1991) **و (ارسون وانج** 2001) .

الجانب النظري

الفصل الأول

الفصل الأول : الاكتئاب

تمهيد

1. لمحة تاريخية حول الاكتئاب

2 . تعريف الاكتئاب .

3 . أعراض الاكتئاب.

4 . أنواع الاكتئاب.

5 . أسباب الاكتئاب

6 . النظريات المفسرة للاكتئاب.

7 . المرأة و الاكتئاب.

8 . علاج الاكتئاب.

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد الاكتئاب من الأمراض العصبية الأكثر انتشارا في عصرنا، وهذا راجع لكثرة الأزمات الاقتصادية ولكثرة المشاكل اليومية مما ينتج عنها ضغط شديد، كل واحد مناعرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض إذا سمحت الظروف وكان للشخص الاستعداد لذلك.

وعادة ماتجد الاكتئاب عند الأشخاص الذين يتميزون بالقلق والإحساس المفرطوعند ذوي الشخصية المنطوية، الوسواس، وعند الذين هم حاجة إلى تشجيع وتقدير من اجل إيجاد التوازن والاكتئاب قد يرجع لصدمة نفسية (مرض، مشاكل مهنية، موت أحد الأقارب اضطرابات العلاقة العائلية، صراعات بطالة) وهذه الأخيرة تؤدي إلى تدهور نفسي وغيره من المشاكل الاجتماعية، كما تأثر مباشر او سلبا على الجانب العضوي و النفسي لشخص.

1 ـ لمحة تاريخية:

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ، ذكرت أعراضه في كتابات المصرين القدماء والإغريقيين والبابليين وعند العرب.

وفي العصر الإغريقي والروماني ميز أبوقراط "Hypocrate" ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الاكتئاب غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاء لبعض هذه الأنواع يمكن إن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهاب الاضطهاد وذهاب الفصام و العصاب.

وفي التراث العربي الإسلامي عرف لنا "ابن سينا " الاكتتاب أنه انحراف عن المجرى الطبيعي إلى الحالة الشاذة، مليء بالخوف ورداءة المزاج وإذا صاحبه ضجر سمي هوسا ومن الأسباب القوية في توليد الاكتئاب إفراط الغم أو الخوف وهذا في رأي "ابن سينا" يتعرض له الرجال والنساء و يكثر لدى الشيوخ ويقل في الشتاء، ويكثر في الصيف الخريف، لقد أوضح لنا " ابن سينا " مجموعة من أعراض الاكتئاب كالصنف الرديء الخوف بلا سبب، سرعة الغضب و سوء الظن و الفراغ، الوحشية، الهيدان، تخيل أشياء غير موجودة.

وفي القرن الأول الميلادي وصف "اريتايوس" هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب المعروف حاليا، وقد استمر الخلط حول طبيعته وأسبابه وعلاجه على مر العصور، أما الآن فيستخدم هذا المصطلح لخبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية وانفعالية والتي قد تكون عرض دالا على اضطراب جسدي أوعقلي أو اجتماعي وجملة مركبة من أعراض معرفية وسلوكية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا وخاصة في الطب النفسي، من خلال ما سبق قوله إن مفهوم الاكتتاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشاره كمفهوم مرض ليصبح بذلك اضطرابا في الشخصية(**زواوي سليمان** ،2012،2010 ،ص30).

2 ـ تعريف الاكتئاب:

يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد والمستمر، تنتج عن ظروف أليمة وهي يعبر عن شيء مفقود، والاكتئاب هو اضطراب وجداني يصيب كلا الجنسين على السواء وكذالك يتعرض له الكبار والصغار من كل المستويات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية (**عبد الحميد محمد الشاذلي** ،1991، **ص** 133) .
حيث أثار مصطلح الاكتئاب وتعريفه اهتمام العديد من الباحثين ومنه نعرض عدة التعاريف المختلفة لبعض الباحثين كما يلي:

يعرفه أيزينك (EYSENK1972): يستخدم مصطلح الاكتئاب للإشارة إلى مركب الأعراض :مكتئب ، حالة من القنوط، وعدم الاستجابة،فقدان الدافع والكف النفسي والحركي، وأفكار اكتئابية نمطية واضطرابات جسمية محددة.

أما وولمان (WOLMANE 1972): يعرفه بأنه حالة من الشعور بالعجز واليأس والحزن ومع ذلك فإن هذه المشاعر تحدث أيضا للأفراد العاديين.

وعرف يبك(BECK 1982): الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير، نتيجة نشاط النماذج المعرفية السالبة التي تؤدي إلى تكوين نظرة سلبية عن الذات والعالم والمستقبل(**إبراهيم سليمان عبد الواحد، 2014، ص 118** ،119).

يعرفه أنجرام(INGRAM 1994): هو اضطراب مزاجي أو وجداني يتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى (**حسين فايد**،2004، **ص**60).

3 ـ أعراض الاكتئاب

توضيح مفهوم الاكتئاب أكثر حيث اتفق الباحثين بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، يعبرعنالاكتئاب بمجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم **الزملة**الاكتئابية وهي كما يلي:

3. 1 الأعراض النفسية:

❖ **المزاج الحزين:**

ومن بين الأعراض المتعلقة بالمزاج هو الشعور بالحزن والبكاء الشديد رغم أن المصابين بالاكتئاب كثيرا ما يكونون غير قادرين على البكاء،وذلك يعانون من الفراغ الداخلي المطلق عليه هذه الحالة من الشعور بفقدان المشاعر.

❖ **اضطراب الدافع:**

إن الأشخاص المكتئبين غالبا ما يعانون من صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل كما يعانون من شلل في القدرة على اتخاذ قراراتهم وفي الحالات الشديدة قد يكون الشخص المكتئب لا يفارق السرير ويكون غير قادر على القيام بشيء وهذا يشمل الكلام أيضا فالكلام معه صعب لأنه صامت لا يتكلم.

❖ **فقدان الاهتمام المعتاد:**

تشمل فقدان الاهتمام بالمجالات المهنية والأسرية و تشمل:

- **أفكار اكتئابية اتهامات الذات:**وهي مشاعر الذنب التي ينسيها الشخص لنفسه ذلك أنه سبب الأحداث الأليمة التي يتعرض لها، و تمتد هذه الاتهامات إلى درجة يقول المعنى أنه لم يرتكب في حياته سوى الأخطاء، ويمكنها أن تتصاعد لتصل إلى درجة الهذيان الاكتئابي، الذي هو عبارة عن هذيان حول ذنب يعتقد المريض أقترنه وأنه لا بد من أن يعاقب عليه **(سامرجميل رضوان**، 2002، **ص**370-374)
- **التشاؤم:** ويكون بمثابة طي أمل و نظرة سوداء للحياة واجترار للأفكار سوء الاعتقاد بأن الأمل لهفي الشقاء والانخراط في التأمل في الأوضاع الحياة عدم القدرة على التمتع بها(**عبد الرحمان العيسوي**، 1990،**ص**431).
- **أفكار تدمير الذات:** يصف الإنسان الذي يشعر بالاكتئاب أن الماضي يأخذ مظاهر الوحشية والأخطاء الكبيرة والحاضر الذي يعيشه واقع مرعب ومخيف أما المستقبل يعبر عن الخوف والحياة جد صعبة، وبهذا الوصف يصل الشخص المكتئب إلى نتيجة مفادها أن الحياة لا معنى لها وأن جميع الناس يعيشون بسلام دون وجود لذلك من الأحسن له أن ينتحر.

- **القلق:** إن القلق يمكن أن يستمر لشهور وفي بعض الأحيان يمكن أن يكون أكثر من المزاح الحزين فبعض الأشخاص المكتئبين يستيقظون وهم قلقين فالقلق مرتبط دائما بسرعة الهيجان والغضب وقليلا من السلوك العدواني مما جعل التواصل والاتصال معهم صعبا جدا .

3-2الأعراض الجسمية:

ويمكن تلخيص الأعراض في مجموعة من النقاط التالية :

- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع
- فقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا النوع من أنواع الانتحار) ونقص الوزن والإمساك.
- الصداع والتعب (لأقل الجهد) وخمود الهمة والألم خاصة ألام الظهر (اللومباجو).
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن الرجع الرتابة واللازمات الحركية.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية (عند النساء).
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمي. **(حامد عبد السلام زهران، 2005،ص 516)**.

3 ـ3الأعراض العامة:

- نقص الإنتاج عن ذي قبل و الشعور بالفشل وعدم التمتع بالحياة.
- سوء التوافق الاجتماعي. **(نفس المرجع، ص 517)**

4- أنواع الاكتئاب :

وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM الصادر عن الرابطة الطبية النفسية الأمريكية أربع مجموعات رئيسية للمرض الاكتئابي ثلاثة منها اضطرابات ذهانية والأخير يتعلق بالعصاب، وتتمثل التصنيفات الأربعة كما يلي:السواء الارتدادي ومرض الهوس الاكتئابي، والاستجابة الاكتئابية الذهنية، والاكتئاب العصاب و يمثل:

4-1- مرض الهوس الاكتئابي:

يعرف مرض الهوس الاكتئابي من حيث سيره أو تقدمه أو التاريخ الطبي للمريض، إذ يرى المختصون أن المريض به يواجه حدوثه أول مرة حيث يكون في العشرينات أو السنوات المبكرة من الثلاثينات من عمره، وتتكون الأعراض الاكتئابية من شعور منتشر بالكسل أو الجمود والقصور الذاتي، وأفكار توهمية خادعة عن الذنب والإثم، بالإضافة إلى أدائه الذات، وبطء عام في التفكير و الحركة.

4-2- السواء الارتدادي :

والمختصون في هذا النوع من المرض إلى تناقض وظيفة الغدد الصماء والغدد التناسلية الذي يحدث في نهاية طور التناسل من حياة الفرد (**جاسم محمد عبد الله** ،2008،ص66).

4-3-الاستجابة الاكتئابيةالذهانية:

يصف هذا التشخيص مزاجا مكتئبا مصحوبا بقدرة ضعيفة على اختبار الواقع ، أو بسوء توافق اجتماعي ذي معدل ذهاني مرتفع، لكنه يفتقر إلى السمات المميزة لكل من مرض الهوس الاكتئابي والسواء الارتدادي، و يعزى هذا النوع إلى خبرة ما بين الخبرات .

4-4-الاكتئاب العصابي:

العصاب الاكتئابي هو استجابة اكتئاب زائدة ذات معدل ذهاني أقل ، ويفتقر إلى السمات المميزة لكل من مرض الهوس الاكتئابي و السواء الارتدادي، كما يمكن إرجاعه إلى صداع داخلي أو إلى حدث يمكن التعرف إليه مثل فقدان موضوع محبوب أو ملكية يعزها الفرد (**عبد الغفار عبد الحكيم** ،2011، **ص** 218،220).

4-5-الاكتئاب الخفيف :

في الاكتئاب الخفيف قد يظهر المزاج المكتئب ويختفي ويبدأ المرض غالبا بعد حدث معين مسبب للطيف، و قد يظهر الشخص مشاعر القلق،بالإضافة إلى فتور الهمة والاكتئاب، وغالبا ما يكون إدخال بعض التغيرات على نمط الحياة هو كل ما يحتاجه المرء للإزالة هذا النوع من الاكتئاب.

4-6-الاكتئاب المعتدل :

في الاكتئاب المعتدل يكون مزاج المكتئب مستمرا و تظهر على الشخص أعراض جسدية رغم أن هذه الأعراض تختلف من شخص للأخر و بين إنسان و أخر .

4-7-الاكتئاب الحاد :

الاكتئاب الحاد أو الوخيم هو مرض مهدد للحياة تكون أعراضه شديدة، إذ يعاني الشخص فيه من أعراض جسدية وأوهام و هلوسات.

ويصنف القريطي 1998 الاكتئاب في ضوء الشدة إلى:

❖ **نوبة اكتئاب طفيف أو خفيفة الشدة:**

وهي أقرب إلى عسر المزاج ويكون المزاج الاكتئابي أو متلازمة الاكتئاب فيها أمرا مؤكدا، حيث يشعر المرء بالألم وفقدان الاهتمام كما ينتابه الإحساس بالتعب وغالبا ما يكون المريض قادرا على مجابهة مطالب الحياة اليومية وممارسة معظم نشاطاته ولكن بصعوبة.

ويلاحظ في هذه النوبة غياب سمات الأوهام والأفكار الانتحارية ، كما يلاحظ أنها ربما قد تنشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية، غالبا ما تزول أثارها دون خدمة طبية نفسية متخصصة.

❖ **نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهنية :**

وتكون مصحوبة بهياج ملحوظ وأوهام اكتئابية، وأفكار وخطط أو محاولات انتحارية وكذلك باضطراب الأداء الاجتماعي أو تعطله تماما، ويستخدم في تشخيصها أيضا ضرورية استمرارها لدى المرء لمدة أسبوعين على الأقل.

❖ **نوبة اكتئابية حادة مع أعراض ذهنية:**

ويطلق عليها أيضا اكتئاب ذهاني وذهان اكتئاب تفاعلي، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أطوارا حادة وذهنية وضلالات وهلاوس قد يتطور إلى حالة من السبات وعلامات أخرى تنذر بتهديد حياة المريض ، من بينها الإضراب عن الطعام وهياج يصعب السيطرة عليه ، أو أعمال اندفاعية انتحارية وهو ما يطلق عليه بالسوجاوية الفجائية(**القريطي عبد المطلب، 1998، ص393).**

5. أسباب الاكتئاب :

إن الإصابة بالاكتئاب بالنسبة لأي إنسان هي مسألة لها جذور وعوامل قد تكون بدايتها منذ بداية عهده بالحياة،وقد تكون هذه العوامل في الشخص نفسه أو تكون نتيجة لتأثره بالبيئة المحيطة به (الأسرة والمجتمع)، وبنظرة شاملة على أسباب الاكتئاب تبين لنا أن هناك عوامل حيوية بيولوجية وعوامل نفسية سيكولوجية، وعوامل اجتماعية ودينية ويعود هذا المفهوم الشامل لأسباب الاكتئاب إلى نظرية طبية لأحد علماء الطب ترجع إلى 450 عاما تقول بأن هناك خمسة أسباب للمرض هي : البيئة الخارجية ،أسباب كونية ،التسمم ،أسباب روحانية، وتحدي الآلهة، وهذا ما يتفق مع المفهوم الحديث للأسباب الشاملة للأمراض النفسية التي سوف ندرجها بشيء من التفصيل.

5-1 عوامل نفسية :

من العوامل النفسية نجد عملية الصراع داخل النفس ، وهي تحدث نتيجة لتعارض رغبتين لدى الإنسان أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد وفي داخل كل منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة، وكذا صراعات تنشأ دائما بين طموحاتنا وتطلعاتنا من جانب وبين واقعنا وقدراتنا من الجانب الأخر،وهناك مجالات أخربللصراع مثل إشباع الدوافع الجنسية،وقد ركز فرويد على هذه النقطة حيث كان يرى أن الحزن والكآبة التي تنشأ عن الخسارة لفقد عزيز إنما تنتج من تحول في الطاقة الجنسية إلى طاقة عدوان ويأس وتحطيم الذات. وفيما يلي نوجز أهم الأسباب النفسية:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة (موت عزيز ،طلاق، سجن،فقد وظيفة،أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف والصحة).
- الصراعات اللاشعورية التي ذكرناها أنفا.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى وإلهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية) والرغبة في عقاب الذات وعدم التطابق بين مفهوم الذات المثالي .
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.
- سوء التوافق وبكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب.

- ❖ وجود الكره أو العدوان المكبوت، حيث لا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج فيتجه نحو الذات حتى أنه لا يظهر في شكل محاولة انتحار.
- ❖ أساليب التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة (**إسماعيل عبد القادر،إسماعيل ياسين، 2014 ،ص 49،51**).

2-5 العوامل البيولوجية:

اعتمادا على أن الاكتئاب يتميز بمشاعر الحزن الحادة المصاحبة لبطئ أو فتور عام على مستوى الوظائف البدنية،العقلية،والوجدانية فإن البعد البيولوجي التكويني للشخصية يلعب دورا محددا في الجوانب الإيتولوجية للاكتئاب كالوراثة ،البناء الجسمي ،الشخصية ،كيمياء المخ ...والتي يمكن تفصيلها كالتالي :

- ❖ **العامل الوراثي** :

تعتبر الهندسة الوراثية إحدى المجالات المفسرة لحدوث الاكتئاب جينيا في حيز ما يسمى بالاستعداد الوراثي حيث أثبتت الدراسات الإحصائية والوبائية الميدانية أن الاكتئاب يمكن أن ينتقل بشكل وراثي عبر الأجيال المنتمية لنفس الأصل،وبالتالي فالعامل الوراثي للإصابة باضطرابات الاكتئاب حاضر لكنه غير حاسم من حيث الإقرار بسببية حتمية للإصابة، وبالتالي فالغزو السبب للإصابة تتجلى بنسبة أكبر في عدة عوامل بما فيها العامل الوراثي.

- ❖ **الجنس** :

نظرا للخصوصية التي يكتسبها الجنس والنفسية من حيث المفروقات الفردية والدالة بين المرأة والرجل فإن الجنس يتدخل أيضا من حيث نسبة الإصابة فالتفرد والخصوصية الفسيولوجية والنفسية للمرأة مراعاة للخبرات التي تعيشها من خلال المسيرة تائيات الحياتية وطبيعة الأدوار مقارنة بالرجل فالإحصائيات أظهرت بأن نسبة الإصابة بالاكتئاب عند المرأة أكبر مقارنة بالرجل وهذا بطبيعة الحال راجع القدرات والصفات البيولوجية والعاطفية للمرأة من حيث التكوين الهرموني وإفرازاته في عدة مراحل وحالات مرورا بالمراهقة والبلوغ والطمث ودم النفاس والولادة والرضاعة وما يصاحب تلك المراحل من تغيرات نفسية ومزاجية متمايزة .

❖ **كيمياء المخ :**

بلغة علم الأعصاب وتشريح الدماغ فإن ظهور أعراض الاكتئاب تكون مقترنة باضطراب وظيفي للدماغ (أي الجانب الوظيفي للمخ) وليس الجانب التكويني ،وذلك ما يتسبب في خلق اختلال أو لا انسجام على مستوى انتقال وإنتاج وانتظام المواد الكيميائية المسماة ب: "النواقل العصبية " إلا أنه من الصعب تحديد أن ذلك الاختلال أو الانسجام هو السبب من وراء الاكتئاب أم أنه فقط إحدى نتائجه لكن على العموم فهناك علاقة دالة بينهما تجعلهما مقترنان ببعضهما **(ابتسام داود عبد الله،2012، ص 50،51).**

3-5 العوامل الاجتماعية :

تتعلق هذه العوامل بالحياة الأسرية وطبيعة الأدوار الاجتماعية وقدر التوافق الزوجي بالإضافة إلى علاقات العمل وإشكاليه من توتر وضغط نتيجة فقدان العمل أو التهديد بالطرد ...وبالتالي فالعوامل الاجتماعية في علاقتها بالاكتئاب تتلخص في نفس التوافق الاجتماعي والأسري على مستوى العلاقات وطبيعتها ونظام التربية الوالدية، لأن مشاعر الانتماء وفقدان الهوية الفردية والجماعية ... كلها عوامل تساهم في تكريس المشاعر الاكتئابية لأن أهمية الهوية كمفهوم تكمن في كونها تشكل نقطة التقاء بين ماهو سيكولوجي واجتماعي وثقافي، أنه يرتبط بمفاهيم سيكولوجية مثل الدور والمكانة الاجتماعية والجماعية ،والاندماج الاجتماعي والقيم والتنشئة الاجتماعية ...الخ .

كما يرتبط ارتباطا عضويا بمفاهيم سيكولوجية مثل الذات والإحساس بالذات والإدراك والعواطف والاتجاهات ...الخ ونظرا لهذا التداخل النفسي والاجتماعي للهوية فإن الاضطراب على مستواها يجسد اختلالي اجتماعية تتفاعل مع أخرى عاطفية تكرس لمشاعر الحزن والاكتئاب **(نفس المرجع السابق، ص 54)**

6 ـ ا لنظريات المفسرة للاكتئاب:

6-1 النظرية العرفية :

تتلخص هذه النظرية فيما يلي:

يرى بيك (BECK) 1967 أن الاكتئاب يحدث ويستمر بسبب أسلوب الفرد في التفكير فالشخص المكتئب متشائم ويعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير

وظيفي كذلك فإن التفكير في الاكتئاب هو نتاج خلل في البيئة العرفية الأساسية، وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل الفشل،أو فقدان شخص عزيز، أو الرفض ويرى المكتئب أن المصاعب الحالية التي يعانيها لن تكون نهاية لها.

واضعا الفشل مسبقا نصب عينيه ، فالثالوث المعرفي هو مصطلح يشير إلى وجهة النظر السلبية التي يحملها الفرد المكتئب عن ذاته ،وعالمه ومستقبله فهو يرى نفسه شخصا محروما مريضا ناقصا بدون قيمة وحيدا وغير كفء، وغير ناجح،مترددا وبائسا ومتعبا،ولا مبالي ويعزو خبراته غير السارة في أخطاء جسمية وأخلاقية ونفسية في ذاته وأن هذا العالم يحمله فوقا ولا طاقة له بيه ويضع معوقات تحول دون وصوله لأهدافه، وينظر لمستقبله نظرة سلبية كئيبة، حيث أن المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي والتي من خلالها يتعرف الكائن ويفسر ويصنف ويقيم خبراته وتتصف مخططات الفرد المكتئب بوجهات نظر سالبة في رؤية الذات على أنها معيبة ،غير كفئة ورؤية العالم كمطالب محبط أو انهزامي.

وقد افترض بيك (1967) أن المخططات السالبة يتم تفجيرها بحدوث أو (إدراك حدوث) أحداث حياة سالبة ويتم المحافظة عليها بميل الفرد إلى تشويه المعلومات الواردة إليه بطريقة منظمة في أسلوب غير توافقي أو سلوك انهزامي **(مواهب الرشيد إبراهيم محمد،2018،ص89)**.

6-2 نظرية التحليل النفسي

حيث أوضح كل من فرويد وتلميذة أبراهام أول من فسروا تفسير سيكوديناميي للاكتئاب التي تثبت الغرائز وما ينجم عن ذلك من "عدوان متحول " إلى الداخل اعتمادا على تفسيرات أبراهام وسع فرويد من تفسيراته للاكتئاب في دراسته عن الحزن والسوداوية التي نشرت في عام 1917 ثم الطبعة المقننة للأعمال الكاملة لفرو يد عام 1955 وقد صور الاكتئاب بتحول الانفعالات السلبية إلى داخل الفرد واعتبر بذلك الاكتئاب عدوانا على الذات (champion ,1992, p 36).

ومع تطور مدرسة التحليل النفسي وظهور نظريات مختلفة تغير تبعا لذلك تفسير الاضطرابات النفسية بطريقة مشابهة للقلق ، وبصفة إجمالية ومع ظهور النظريات المركزة عل سيكولوجية الأنا أصبح ينظر إلى الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب كنتائج لضعف الأنا وقدرته على التكيف ،حيث يؤدي هذا إلى الفشل في تحقيق الفرد لأهدافه ومن ثم يبدأ بفقدان الفرد لتقدير ذاته مفضيا إلى درجات أعلى من القلق ومن ثم الاكتئاب.

هذا التفسير يمكن أيضا أن ينطبق على نظريات الأنا الأكثر حداثة كنظرية اريكسون الذي أعاد كثيرا من الاضطرابات في دراسته على الأطفال والجنود المحاربين وغيرهم إلى الفشل في نمو الأنا وحل أزماته المتتابعة والتي تمثل متطلبات للنمو السوي، حيث يفقد الفرد اهتماماته وأهدافه (**عديلة حسين طاهر**،2002، **ص** 41).

6-3 النظرية السلوكية :

أشار عبد الله عسكر من خلال اعتماده على المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم (التعزيز) وخاصة خفض التعزيز الايجابي ،ضمن نشأته أن يترك الأثر السلبي نتيجة لعدم وجود أو خفض للمعزز الإيجابي ، والذي يكون من نتائجه الأعراض التي حددها مثل الشعور بالبؤس وعدم الارتياح انقباض قيمة الذات ، الشعور بالذنب ، الإحساس الفعلي بالإرهاق، الانعزال الاجتماعي، الشكاوي البدنية ،وانخفاض معدل السلوك(**عسكر عبد الله**، 1998، **ص** 47).

6-4 النظرية الإنسانية :

تعتبر المدرسة الإنسانية الاكتئاب جوهر الإنسان وهو خاصية وجودية كاملة ومتأصلة في وجوده من حيث أنه في علاقة دائمة مع الأخر، وهذه العلاقة تتسم بالتواصل من خلال الحب والعمل، وقد تتعطل هذه العلاقة بدرجات متباينة فتكون الأعراض المصاحبة لاضطراب التفاعل من الأنا والأخر، أو بين الذات والواقع إلى من أهمها الشعور بالاكتئاب(**عيد**، 1994، **ص** 201).

7- المرأة والاكتئاب :

أجريت العديد من الدراسات والأبحاث على الاكتئاب، حيث أثبتت الأبحاث أن المرأة المنضبيطة أكثر عرضة للاكتئاب من الرجل،حتى أن ثلثي الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب هي من النساء ومن الممكن أن نرجع ذلك إلى الأسباب التالية:

7-1 التكوين العاطفي للمرأة:

فليس هناك شك أن المرأة بفطرتها ذات مشاعر حية وجياشة ، وقد خلقها الله تعالى هكذا لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها عامة ، تلك الوظائف التي تحتاج إلى تواصل وجداني كبير وبدون هذا التواصل الوجداني التي تضطرب الأسرة وتتفكك .

7-2 خبرات التعلق والفقد:

فالمرأة دائما متعلقة بغيرها كالرجل ولكن مع الفارق في الدرجة والأهمية ، فهي تتعلق بشدة بأمها وأبيها وأخواتها ثم بعد ذلك بزوجها وأبنائها وأحفادها ، وهي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل وتصبح جزءا هاما من حياتها وبالتالي عين تفقد أيا من هذه العلاقات.

7-3 التغيرات البيولوجية المتلاحقة:

فمع بدء أول دورة شهرية في بدايات العقد الثاني من العمر والمرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كيمياء الجسد والمخ ، ويزداد هذا الوضع .

مع الحمل والولادة ، وبعد انقطاع الدورة تعاني المرأة من أثار انخفاض مستوى هرمونالأستروجين في الدم كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع للمرأة فرصة لالتقاط أنفسها وتشكل نوعا من الضغط عليها إذا زاد عن حدود معينة فإنه تهيؤها للإصابة بالاكتئاب .

7-4 العمل المستمر بلا راحة :

فالوظائف التي تقوم بها المرأة لا تعرف الإجازات لأن متطلبات الزوج والأولاد وللأحفاد لا تنتهي وهي لا تأخذ راحة في أيام الجمع و العطلات ، بل ربما تعمل أكثر في هذه الأيام في تنظيف المنزل وإعداد الطعام للعائلة والأصدقاء ... وهكذا بلا توقف، وحين يأوى الرجل إلى فراشه ليلا لينام ربما تسهر المرأة لرعاية طفلها الرضيع ، أو العناية بالطفل المريض، وهي مطالبة بالاستيقاظ مبكرا لتحضير الأولاد للذهاب للمدرسة وتتهيأ هي للذهاب للعمل وحين العودة منه تتجه مباشرة للمطبخ لإعداد الطعام وإذا فرغت من ذلك فإن عقلها لا يتوقف عن العمل حيث أنها أكثر إحاطة بتفاصيل المنزل من الرجل.

فهي التي تعرف كل احتياجات البيت والأولاد بكل تفاصيله الدقيقة في حين أن الرجل لديه فقط فكرة عامة عن هذه الأمور ويستطيع في كثير من الأوقات أن يريح نفسه منها .(**مهدي عبد الفتاح**،2007،ص 113 -114).

8-علاج الاكتئاب:

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن أفضل النتائج إنما تأتي من تضافر الطريقتين.

و منه يمكن تقسيم علاج الاكتئاب إلى قسمين رئيسيين :

أ- العلاج الفيزيائي و ينقسم إلى جزئين:

العلاج بالعقاقير ويشمل ذلك الأدوية و الأعشاب و مشتقاتها.

- ❖ العلاج بالاختلال الكهربائي.

ب- العلاج النفسي ويشتمل على عدة أساليب تستند كل منها إلى نظرية خاصة في تفسير السلوك الإنساني سوف نتطرق إليها بالتفصيل كما يلي:

8-1-العلاج النفسي :

خاصة العلاج التدعيمي وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط و الشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض و إبراز إيجابيا الشخصية و المساندة العاطفية و التشجيع و إعادة الثقة في النفس والوقوف

بجانب المريض و تنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل و الأمل و العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية .(**السيد فهمي علي** ،2010،ص116)

8-2-العلاج السلوكي :

على النقيض التحليل النفسي ،لا تعترف ولا تعني المدرسة السلوكية إلا بتقسيم السلوك البادي للعيان وتراه محصلة لعملية تعلم مستمر تتم احتكاك الشخص بالبيئة ،وفيما يتعلق بالاكتئاب تراه هذه المدرسة كمحصلة تجارب الفشل المورثة للقنوط والإحباط و لكل وضع مثال على ذلك تجربة سيلجمان (Suleyman) على

الكلاب ،و نظرية التقاعس المتعلم (Lorent) المستقاة منها وعلاجيا ترى هذه المدرسة أن عكس عملية التعلم باستعمال الأفعال المعززة لنفسها إيجابيا سيؤدي بالنهاية إلى تعديل السلوك الاكتئابي و بالتالي إلى تحسن الاكتئاب .

ويبدو أن هذه المدرسة قد حققت نجاحها الأهم في مجال أمراض القلق ، وتحديدا في حالات الفزع و المخاوف المرضية ،و فيما يتعلق بالاكتئاب فإن النتائج تكون أفضل حينما يترافق استعمال التقنيات السلوكية في سياق العلاج المعرفي .

8-3-العلاج المعرفي :

هذه المدرسة هي أحدث المدارس الثلاث و ربما أنجعها في علاج الاكتئاب ، وتنطلق هذه المدرسة من أن الطريقة التي تنظر بها إلى العالم و تفكر بها هي التي تحدد سلوكنا و مواقفنا و عواطفنا و ترى بالتالي أن العلاج يكمن في تغيير طريقة التفكير .

وتسهب النظرية المعرفية في شرح اختلال التفكير لكل من الأمراض المختلفة ، وفيما يتعلق بالاكتئاب ترى أن ينجم عن فهم مخطوء للنفس و للبيئة المحيطة و للمستقبل حدده الطبيب النفسي أيرون يبك Aron (Beck) المنظر الرئيسي لهذه المدرسة بمثلث الاكتئاب و بالمحصلة يمكن القول أن المكتئب من وجهة النظر المعرفية ينظر دوما إلى النصف الفارغ من الكأس.

وتستهدف العملية العلاجية المعرفية إلى استجلاء الأفكار الاكتئابية ،و مناقشة صلاحيتها و صحتها و جدواها و من ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب .

محصلة العلاج المعرفي إيجابية و نتائجه جيدة و تحديدا لجهة استقرار التحسن و منع الانتكاس ويعطي العلاج أفضل النتائج عندما يترافق مع استعمال الدواء الملائم و بعض التقنيات السلوكية إلا المريض المرشح للاستفادة من العلاج المعرفي يجب أن يكون على قدر من المعرفة و الإدراك لأعراضه النفسية و مستعدا لفهم الاكتئاب على أنه عملية معرفية وعلى التعامل معه على هذا الأساس(**وليد سرحان ،جمال الخطيب وآخرون** ،2003 ،ص118-116).

خلاصة الفصل

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل توصلنا إلي أن الاكتئاب من أفتك الأمراض التي تصيب المرء في نفسه وتؤثر على تصرفاته، و طريقة تفكيره، وقد يزج به في أزمات عاطفية و يسبب له مشكلات في التواصل و التكيف مع الأوضاع المحيطية .

وهو اضطراب المزاج الذي يسبب شعورا متواصلا بالحزن ، وقد يكون مصحوبا بالشعور بالذنب، و تقدير الذات. عادة ما يصاحب المرض مجموعة من الأعراض الجسدية مثل: التغير في الشهية، وغيرها من الأعراض. ويجب ألا تكون الأعراض ناتجة عن أي حالة مرضية جسدية، أو نفسية أخري قد تكون مسؤولة عن تلك الأعراض .

الفصل الثاني

الفصل الثاني: اضطراب التوحد

تمهيد

1 . مفهومالتوحد .

2 . صعوبة و أسباب التوحد.

3 . أعراض و خصائص التوحد .

4 . النظريات المفسرة للتوحد .

5 . تشخيصالتوحد .

6 . علاجالتوحد .

7 . استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد .

8 . الآثار المترتبة عن وجود الطفل التوحدي في الأسرة .

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد التوحد autisme من الإعاقات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية, الاجتماعية, الانفعالية, الحركية, الحسية, وأن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلي و التفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه, والسلوك النمطي، والاهتمامات لديه مقيدة أو محددة.

لقد ازدادت نسبة انتشار التوحد كثيرا مما دفع العلماء و الباحثين من مختلف الاختصاصات الطبية و النفسية والتربوية والاجتماعية لفهم أكثر للتوحد ومحاولة البحث أكثر عن مفهومه أسبابه وأعراضه و نتائجه وذلك ما سنحاول الإلمام به في فصلنا .

مفهوم التوحد

تعريف التوحد:عرفهكانر(Kenner1943)التوحد بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم يوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة(**رائد خليل العبادي**،2006،ص13).

حيث اختلف العلماء والباحثين في تحديد مفهوم معين للتوحد ومنه تناولنا تعريفات مختلفة سوف نتطرق إليها وهي كما يلي:

ويعرفه وولف(wolfe 1998): التوحدين بأنهم " يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي،قصورا واضحا في التواصل اللغوي،وترديدا آليا لما يسمعون،قصورا في القدرة على اللعب الاجتماعي والتحليل لإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد عليه التوحدى، ورفضا شديدا لأية تغيرات تطرأ على هذا الروتين ".

ويعرفه أورتز(ortniz1989): التوحد بأنه أحد الاضطرابات النمو الشديد في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغييرات بيوكيميائية أوآيضية أوعلامات جينية.

ويعرف (**محمود حمودة** 1993): بأنه اضطراب ذاتوي يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواح أساسية وهو خلل في التفاعل الاجتماعي وخلل في التواصل والنشاط التخيلي،وقلة ملحوظة الاهتمامات والأنشطة (**فاروقمصطفي،السيد كامل الشربيني** ،2011،ص27، 28).

وترىالجمعية الوطنية الأمريكية المصابينبالتوحد:)National Society ofAutisticChildren(

1978)

أن التوحد هو اضطراب في مظاهر متعددة هي النمو،الاستجابات الحسية للمثيرات،التأخرالواضحفي اللغة والكلام،والتعلق غير الطبيعي بالأشياء(**القحطان أحمد طاهر**،2009،ص23).

2. صعوبة التوحد و أسبابه:

1.2صعوبة التوحد:

- تكمن صعوبة تحديد أسباب التوحد فيما يلي:
- عدم الاتفاق بين العاملين في الميدان على طبيعة هذه الإعاقة.
- بعض الحالات تؤدي إلى حدوث التوحد مثل التهاب السحايا.
- طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من الأعراض و الميزات مع عدد من الإعاقات الأخرى.
- خصائص التشخيص فبعض الحالات تشخص على أنها حالات اضطراب في التعلم أو تخلف عقلي غير محدد السن.
- بعض الحالات تتغير أعراضها بالزيادة أو النقصان **(مصطفي فاروق، السيد كامل الشربيني، 2010، ص37)**.

2.2 أسباب التوحد:

لم يتوصل الباحثون إلى السبب الرئيسي للإصابة باضطراب التوحد إلى وقتنا الخاص، فعلى الرغم من الجهود المبذولة من قبل المختصين والباحثين إلا أن ما تم التوصل إليه لم يتعدي، كونه فرضيات لم تتوصل إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد.إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب تشير إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة ومنها كما يلي:

- **خلايا الدماغ وعوامل عصبية وعضوية:**

يري الباحثون في المعهد الوطني للصحة العقلية بالولايات المتحدة أن التوحد تسببه حالات شذوذ في تركيب أو وظيفة الدماغ، فمن المعروف أن دماغ الجنين يبدأ نموه بعدد قليل من الخلايا ثم يكبر وتنقسم حتى يصبح الدماغ يضم بلايين الخلايا المتخصصة،تسمي الخلايا العصبية ويكون الدماغ عنالولادة قد تطور إلى عضو معقد جدا له مناطق ظاهرة وأخري فرعية متعددة، ولكل واحد منهامجموعة دقيقة من الوظائف والمسؤوليات.

ولا يتوقف نمو الدماغ عند الولادة،بل يستمر في التغييرات أثناء السنوات القليلة الأولى من الحياة، وتنشط مرسلات عصبية جديدة، وتنشأ خطوط اتصال إضافية، وتقوم الشبكات العصبية المعقدة بتشكيل وخلق أساس العمليات اللغة والتفكير والمشاعر.

ويضيع الباحثون احتمالا بنشوء مشكلات تنجم عن هذا التطور النوعي والكمي المعقد للدماغ الذي يحتوي على بلايين الخلايا. كما تذهب بعض الخلايا إلى أماكن أوقع خاطئة في الدماغ، أو عطل يصيب المسالك العصبية (Neural pathwas)، أو خلل في المراسلات أو النواقل العصبية (Neuro transmitteurs) التي تمرر الإشارة من خلية عصبية إلى أخري.

...وعموما فإن هناك اهتماما متزايدا بخصوص احتمالية أن يكون سبب التوحد يعود إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي،غير أن العامل المسبب (خلية،مجموعة خلايا، مسالك عصبية، مرسلات و مستقبلات عصبية، عضو أو موقع معين في الدماغ...) لم يتم تحديد بعد بدقة، على رغم من وجود فحص طبي بالأشعة أو الرنين المغناطسي تفيد بأن أطفال التوحد يعانون من تضخم في سمك طبقة قشرة المخ (Cortex) ووجود خلل في حركة خلايا المخ في الشهور السنة الأولى من مرحلة الحمل، ووجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ (Stem) الذي يتحكم ويسيطر على استقبالات عمليات الاستثارة والانتباه والنوم(**قاسم صالح حسين،2015،ص382.383**).

- **العوامل النفسية و الأسرية:**

تصور كانر المكتشف الأول لإعاقة التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة في المراحل نموه المبكرة في نطاق الأسرة، منها أسلوب التنشئة الاجتماعية أو تعامل الطفل مع الأسرة، ومنها إفقاد الطفل الحب و الحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه و منها غياب الاستثارة والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية وغياب العلاقات العاطفية (**أسامةفاروق مصطفي،2011،ص253**).

- **العوامل البيئية:**

إن الوراثة بين التوائم المتطابقة لا تصل إلى 100 وهذا يوحى بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض الحالات التوحد. حيث تسبب في تلف الدماغ أو وظائفه، وبالنسبة للأسباب البيئية المحتملة لحدوث التوحد فهي:

1. صعوبات قبل الولادة وأثناءهاوبعدها:

أظهرت الأبحاث أن أمهات الأطفال التوحديين قد يواجهن مشكلات خلال الحمل والولادة، ومع ذلك لم يتبن فيما إذا كانت هذه الصعوبات تسبب الإصابة بالتوحد أو أن التوحد هو الذي يسبب مشكلات في الحمل والولادة، وتم رصد مجموعة من العوامل الأكثر ارتباطا بالإصابة بالتوحد وهي كما يلي:

- **عوامل ما قبل الولادة:** تسمم الدم، الحصبة الألمانية.

- ❖ **عوامل ولادية:** صدمات، نزيف حاد من الشهر الرابع إلى الشهر الثامن من الحمل، تناول الأدوية خلال الحمل.
- ❖ **عوامل ما بعد الولادة:** عسر الولادة، قلة تدفق الأوكسجين%، إنعاش الوليد، التهاب، الدماغ ما بعد الولادة.

وقد أشار كل من ديكن (Dyken) ومكملان (Macmillan) إلى أن عددا من أمهات الأطفال التوحديين قد واجهن صعوبات أثناء الحمل أكثر من الأمهات الأطفال الطبيعيين. ونذكر منها البعض من ظروف الحمل و الولادة:

- حالات النزيف أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.
- الحصبة الألمانية (الزيادة كانت لدى الأمهات اللواتي تم تطعيمهن أثناء الحمل).
- إصابة الأمهات بمرض التوكسوبلازمش أثناء الحمل.
- الولادة المبكرة.
- التعسر أثناء الولادة.
- العمليات القيصرية.
- اختناق الجنين بالحبل السري.
- الإدمان على الكحول(**تامر سهيل فرح**،2015،ص75).

2.اللقاح:

يعطي لقاح (MMR) للأم الحوامل للحماية من الإصابة بالحصبة والألمانية والعدوى بالفيروسات مثل الأمراض الجنسية المعدية والحصبة الألمانية (Rubella) والإيدز، وهذه الفيروسات تؤدي إلى حدوث تلفدماغي أثناء الحمل ومرحلة الطفولة، ولكن أشارت دراسات حديثة أنها لا تعتبر سببا للتوحد بل إرجاع(4%) إلى إصابة مرضية معدية.

وهّذا اللقاح يؤدي إلى حدوث اضطراب غير محدد في الأمعاء و يؤدي إلى الإصابة بالتوحد، ولكن هذه النظرية تعرضت لانتقادات كثيرة لعدم استنادها لدليل علمي كاف وكذلك تزامن ظهور التوحد مع فترة التطعيمية وذلك يعني أن الاستجابة غير الطبيعية للقاح تعود إلى مشكلات مسبقة في الجهاز المناعي، وقد أشار الباحثون إلى أن سبب الإصابة بالتوحد لا توجد ولذلك أصدرت دار الدواء والغذاء أمر بإزالتها من

مطاعيم الأطفال إذا كانت هذه المادة هي سبب حدوث التوحد في السنوات القادمة وقد أجريت عدة دراسات تثبت عدم وجود علاقة بين اللقاح و الإصابة بالتوحد(**نفس المرجع،ص76-78**).

- **عوامل إدراكية و عقلية:**

يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن الإعاقة التوحد سببها اضطراب إدراكي نهائي حيث أشارت بعض الدراسات أن الأطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها انخفاض قدراتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق واللغة ووجدت الباحثة (Lestie) أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هو افتقارهم للقدرة على فهم الناس الآخرين وفهم أنفسهم معظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم، كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الناس الآخرين؟ وبموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي عن افتقارهم للجانب الاجتماعي و التواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجانب المعرفي و الاجتماعي .(**سوسن شاكر مجيد،2010،ص65**)

3. أعراض التوحد:

هناك بعض الأعراض المميزة لهطا الاضطراب والتي تشمل قصور في الجانب الاجتماعي واللغوي و التواصل والسلوك ومن أهم هذه الأعراض ما يلي:

- ضعف التفاعل الاجتماعي مع الأخريين، حيث يتصفون بالعزلة المفرطة،والانسحاب وتجنب المواقف الاجتماعية، فهم عاجزون عن التواصل مع المحيطين بهم وكأنهم في قوقعة(**القمش ك، المعايطة ج،2007،ص297**).
- قد يقتضي المصاب وقتا طويلا منعزلا منفردا عن الأخريين، وتكون استجابات للمؤثرات الاجتماعية مرئيات معينة أو قلة الابتسامة (**أيمن أحمد السيدمحمد،2013،ص48-49**).
- يتصف بمحاكاة الأخريين بصورة مضطربة ولا يشارك الأخريين في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي،وإذا شارك الأخريين فانه يعاملهم (**سوسن شاكر مجيد،2010،ص41**).
- لا يستجيب الطفل التوحدي عند مناداته باسمه ويبدو وكأنه أصم، ولكنه قد يستجيب لأصوات أخري تصدر في البيئة المحيطة به.
- لا يركز الطفل بصره على والديه كباقي الأطفال الأسوياء، بل يتفادى الكثير منهم البصري مع الأخريين.

- لايرفع الطفل ذراعيه إلى الأعلى لكي يحمله أحد.
- يصعب جعل الطفل يوجه بصره إلى الأخريين ويتابعهم بنظراته.
- تأخر أو فقدان كلي للغة،فقد تمر سنوات دون أن ينطق بكلمة واحة،أو قد ينطق بعض الكلمات ثم يفقد القدرة على النطق،أو تكون لديه لغة غير مفهومة، أو يردد ما يسمعه كالصدى.
- لا يستطيع التعبيرعن احتياجاته ولا يستجيب لأي رجاء،أو ألم، ولا يميزأفراد أسرته عن الأغراب، ولا يحاول تقليد احد وبالتالي لا يحقق إضافة في التعلم(**إبراهيم أبو سعود نادية**، 2007،ص22).
- ظهور أنماط شاذة من السلوك النمطي كتحريك أصابعه أو يديه أو جسم، وكذلك يمكن إن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب والتخريب، بمعني أن الأطفال التوحديين يفتقرون للوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي(**القمش ك، المعايطة ج**،2007،ص298).
- كما ينجذب الطفل التوحدي في العادة بنشاط واحد أو نشاطات محدودة بصورة مكثفة (**القاضي م**،2008،ص21).

4. النظريات المفسرة لتوحد:

4. 1 النظرية النفسية:

بفضل إدراكنا المتأخر، فإن النظرية النفسية في تفسير التوحد والتي جعلت من الآباء وسلوكهم سببا مباشرا لإصابة أبنائهم بذلك الاضطراب هي أكثر الفصول مأسوية في تاريخ التوحد، وكما يستطيع الفرد منا أن يتصور أن موضوع مسؤولية الآباء عن إصابة أبنائهم بالتوحد كان محلا للجدل والنقاش في الميدان، فقد كانت المرارة واليأس والغضب، بالإضافة إلى الإحساس بالذنب هي ردود الفعل المباشر لأولياء الأمور، نتيجة تلك النظرية التي ساندها مختصون فشلوا في دراسة صدق هذه النظرية. فشلت الدراسات التجريبية في تقديم المساندة والتأييد للنظرية الذكورة .

لفهم هذه النظرية هناك عنصرين أساسيان التي مكنت النظرية النفسية من الازدهار وهما كالتالي:

أولا:عندما وصف التوحد لأول مرة في العام 1943، كانت مدرسة التحليل النفسي هي السائدة والمؤثرة في فهم وتفسير الاضطرابات العقلية:

ـ تقول نظرية التحليل النفسي أن الأعراض الظاهرة للاضطرابات العقلية الخفيفة والشديدة هي تعبير عن صراعات داخلية ناتجة عن خبرات مكبوتة في اللاشعور ترجع إلى الطفولة المبكرة جدا وبشكل أساسي علاقة الطفل بوالديه.

ـ حيث عندما تظهر الاضطرابات السلوكية لدلى الطفل من دون سبب أو تفسير فسيولوجي فإن المختصين يبحثون في خبراته الاجتماعية في الطفولة المبكرة جدا لتفسير تلك الاضطرابات.

ـ بما أن الوالدين و بالتحديد الأم، هما المؤثران الرئيسيان في الخبرات الاجتماعية المبكرة للطفل، فقد جاء استنتاجهم أن الوالدين مسؤولان عن اضطراب طفلهم.

ثانيا: في تقييمه المبكر لآباء الأطفال التوحدين، وصف ليوكانر هؤلاء الآباء بأنهم متحفظون وانطوائيون،جامدون عاطفيا، مفرطون في النظام والروتين، أذكياء جدا و عقلانيون، جادون لا يعرفون المزاح، منعزلون اجتماعيا، لا يأبهون بالأمور التافهة و الهامشية، ومنسحبون عاطفيا .

ـبالإضافة إلى ذلك وصف هؤلاء الآباء بأنهم منظمون جدا في تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية، فضلا عن فشلهم في إظهار أي عاطفة أو حب في تفاعلهم مع أولئك الأطفال.

ـ إن بيئة اجتماعية مثل هذه لا يمكن أن تحتضن أو تمهد لنشأة ارتباط أو علاقة طبيعية بين الطفل ووالديه، حيث إن الارتباط المبكر يعتبر شديد الأهمية في المراحل العمرية التي تتبع ذلك، وفي نمو وظائف الإنسان الاجتماعية والعاطفية فليس غريبا إذن أن يعتقد أن افتقارهم الواضح إلى الترابط مع الوالدين أدى إلى الأعراض الشديدة التي نلاحظها لدى التوحديين.

ـ وقد كان برونو بتلها يم، وهو عالم نفس نمساوي ينتمي إلى المدرسة التحليلية، من أكثر المؤيدون لوجهة النظر تلك، كما كان أكثرهم تأثيرا، فهو الذي أوصل "للأسف " نظرية مسؤولية الآباء عن توحد أبنائهم إلىقمة أهدافها،وذلك بالتركيز وبشكل كلي على الآباء كسبب للتوحد، ومنه استخدم بتلهايم تعبير " كانر " الأم "الثلاجة " ليعبر عن البرود العاطفي والعزلة الاجتماعية التي تميز أمهات الأطفال التوحديين.

ـ وافترض بتلهايم أنه وعلى العكس من آباء الأطفال الطبيعيين، فإن آباء الأطفال التوحديين يعانون أمراضا نفسية جعلت استجاباتهم لسلوك أبنائهم الطبيعي وغير طبيعي. في مراحل النمو الطبيعي يقوم الطفل الصغير باستكشاف البيئة من حوله بنشاط، كما يحاول أن يتصل بالآخرين والأشياء من حوله، ويمر خلال ذلك بعدة

مراحل إنمائية حرجة (مثل الرضاعة، التعرف على الوالدين، استخدام المرحاض،وغير ذلك من مهارات). من الطبيعي أن يواجه الطفل خلال العملية كثيرا من العوامل التهديد والإحباط من بيئة الجديدة والتي يستكشفها وفي هذه المرحلة فإن استجابة الطفل والطفلة للبيئة التي تهدده ستكون إما بالانسحاب أو بعدم التجاوب، تقوم الأم الطبيعية في ظل تلك الظروف بزيادة التعبير عن أمومتها ورعايتها للطفل أو الطفلة بالاحتضان، والهز، التغذية، الملاطفة. فيفسر الطفل تلك الأفعال من الأم على أنها تضمن له وإعطاؤه الأمان، وتعتبرتلك الأمومة الفياضة أساسية لتكوينا لارتباطين الأم وطفلها(**لوريا شريبمان** ،2010،ص93،94).

4 .2 النظرية المعرفية:

تشير (كريشين نصار، جانين يونس 2009): أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحديين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس (Larousse) بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته، وتمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد.

كما يشير كذلك (**رفعت بهجات** 2007): إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح،وكما أن عملية بحث الطفل التوحدي عن شئ معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جدا ومستحيلة نظرا لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته، وهذا ما يؤدي بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدي(**محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي**، 2018، ص54).

4. 3 نظرية التعلم:

تختلف نظرية التغييرات النفسية عن نظرية التعلم في كثير من النواحي، فبينما ركزت نظرية التغييرات النفسية على العلاقة بين السلوك المضطرب للتوحدين والصراعات النفسية اللاشعورية المفترضة وغير الملاحظة، وكذلك ركزت نظرية التعلم على العلاقة بين السلوك التوحدي وأحداث واضحة يمكن ملاحظتها ومع ذلك، فإن نظرية التعلم قدمت مساهمة مؤلمة في البحث عن سبب التوحد. فمرة أخري ورط الآباء بشكل مباشر كسب لمشكلة أبنائهم .

حيث وصف فيرستر كيف تشكل البيئة الاجتماعية المبكرة للطفل السمات الأساسية للتوحد، لقد حاول أن يفسر إعاقة سلوكية محددة و الإفراط في التوحد في ضوء بيئة التعلم خلال السنوات الأولى من العمر، و أشار إلى انه ليس السلوك في حد ذاته الذي يشكل التوحد، ولكن التكرار الذي يحدث فيه ذلك السلوك. فكل الأطفال مثل تنتابهم نوبات غضب أو يقضون وقتا ينظرون فيه إلى الفضاء، أو يقفون بشكل ثابت، وغير ذلك من أنماط السلوك .

ـ حيث الفرق بين الأطفال بصفة عامة والأطفال التوحديين، هو أن الأطفال التوحدين يقضون وقتا أطول في أنماط سلوكية غيرها دفة ولا تؤدى لهم وظيفة معينة (مثل سلوك الاستثارة الذاتية)، ووقتا أقل في التواصل مع الغير بصورة مناسبة.

ـ يقول فيرستر إن هذا السلوك مضطرب هو نتيجة بيئة تعليمية ذات مواصفات محددة مثل تدعيمها سلوكا ما، وعدم تدعيمها سلوكا أخر ما يؤدي إلى انطفائه.

ـ ويرى فيرستر أن قيام الطفل التوحدي بسلوك معين مرتبط بحجم وتكرار التدعيم الذي يحصل عليه وذلك السلوك، فإذا حصل الطفل على الاهتمام والتدعيم نتيجة قيامه بفعل ما. و إذا حقق له هذا الفعل هدفا يسعي إليه، فهو يتعلمه ويكرره، أما الأفعال التي لا تدعم (أي السلوك الذي لا يعاقب عليه) فإنه يضعف و ينضب.

ـ و بما أن الأبوين هما الوسطاء الرئيسيون لنقل ثقافة المجتمع للطفل في سنوات عمره الأولى فمن المنطقي أن نقدر الدور الذي تؤديه استجابة الآباء في التأثير في تدعيم أو عدم تدعيم السلوك الناشئ لأبنائهم، و التي قد تؤدي إلى تعلم و تكرار ذلك السلوك أو إضعافه وإطفائه.

ـ فحسب وجهة نظر فيرستر، فإن الاستمرار التدعيم الخطأ للطفل يؤدي إلى نشأة وتطور وتعلم مجموعة من الأنماط السلوكية التي يشار إليها بالسلوكيات التوحدي. وعندما لا تدعم محاولات الطفل الايجابية مثل التفاعل الاجتماعي واستخدام لغة سليمة فإنها تنطفئ وتضعف.

ـ وبالتالي فإن ما نلاحظه من عجز شديد في السلوك التوحديين الاجتماعي وتفاعلهم مع الغير يرجع إلى خطأ في عملية الارتباط والتعلم الذي تعرضوا له. وبما أن الوالدين هم أول من يقدم التدعيم للطفل فإن يمكننا أن نستنتج أن هذه النظرية تحمل الآباء مسؤولية اضطراب أبنائهم.**(لورياشرييمان،2010،ص99.102)**

5 . تشخيص اضطراب التوحد:

لاتوجد اختبارات طبية لتشخيص حالات التوحد، ويعتمد التشخيص الدقيق الوحيد على الملاحظة المباشرة لسلوك الفرد وعلاقاته بالآخرين ومعدلات نموه، ولا مانع من اللجوء في بعض الأحيان إلى الاختبارات الطبية، لأن هناك العديد من الأنماط السلوكية يشترك فيها التوحد مع الاضطرابات السلوكية الأخ، ولا يكفي السلوك بمفرده وإنما مراحل نمو الطبيعية هامة للغاية، فقد يعاني أطفال التوحد من:

- ❖ اضطراب في التصرفات.
- ❖ مشا كل في السمع .
- ❖ تخلف عقلي.
- ❖ سلوك فظ .(**علي إسماعيل وطفة**،2014 ،ص11)

وحسب (DSM4) فيشخص التوحد ضمن اضطرابات النمو الشاملة تحت رقم 299.00 و معايير كالتالي:

أ. توفير 6 أو أكثر من المواصفات المدرجة في (1)،(2)،(3) على أن تشمل على الأقل اثنين في المجموعة 1 وواحدة على الأقل في كل مجموعة 2 والمجموعة 3.

1 . خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر في اثنين على الأقل مما يلي:

ـ نقص ملحوظ في استخدام العديد من أشكال السلوك الغير اللفظي، والتعبير الوجه والأوضاع الجسدية والإيماءات، لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

ـ العجز عن الإقامة علاقات بالأقران مناسبة لمستوى نموه.

ـ الافتقار إلى تبادل العلاقات الاجتماعية والعاطفية.

2. خلل نوعي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

ـ تأخر أو انعدام اللغة المنطوقة (غير مصحوبة بمحاولة تمرضيه من خلال طرق بداية للتواصل للإيماءات أو المحاكاة الحركية الصامتة.

ـ بالنسبة للأفراد القادرين على الكلام: نقص ملحوظ في القدرة على بدء محادثة مع شخص أخر أو مواصلتها.

ـ الترديد أو التكرار الآلي للكلام أو استخدام لغة شخصية شاذة.

ـ نقص اللعب الخيالي التلقائي بمختلف أشكاله أو لعب أدوار الكبا، بما يلائم مستوى نموه الحالي.

3. التكرار الآلي للأنماط محدودة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، كما يظهر في واحدة على الأقل فيما يلي:

ـ الانشغال التام بواحدة أو أكثر من الأنماط الاهتمام المكررة والمحدودة والشاذة في درجتها أو موضوعها.

ـ التمسك المتصلب بروتينات وطقوس معينة ليست لها ضرورة عملية.

ـ نمطية حركية تتسم بالمعاودة والتكرار الآلي (مثل خفق أو ثني اليد أو الأصابع أو الحركات المعقدة لكامل الجسم).

ـ الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ب.تأخر أو شذوذ دائم في واحد على الأقل من المجالات التالية، يبدأ قبل سن الثالثة.

ـ التفاعل الاجتماعي المتبادل.

ـ اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

ـاللعب الرمزي الخيالي.

ج.لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلا أفضلا بوجود اضطراب ريت، أو الاضطراب النفسي في مرحلة الطفولة .**(حادي كوثر،2017،ص50)**

6. علاج التوحد:

1.6 . العلاج الدوائي:

الهدف من الأدوية هو تخفيف حدة السلوك حتى يستطيع الطفل آن يمارس حياته التعليمية والاجتماعية بشكل سوي أي حد ما وعن وصف أي دواء الآباء من ضمان الأمان الكامل لأبنائهم.

1.1.6 الفيتامينات و المعادن:

فما يزيد على العشرة أعوام السابقة، كثر الجدل حول فائدة مكملات الفيتامين والمعادين في علاج أعراض التوحد وتحسينها.

حيث أوضحت بعد الدراسات أن بعض الأطفال تعاني من مشاكل سوء امتصاص الأطعمة ونقص في المواد الغذائية التي يحتاجها الطفل نتيجة لخلل في الأمعاء و التهاب مزمن في الجهاز الهضمي مما يؤدي إلى سوء في هضم الطعام وامتصاصه بل وفي عملية التمثيل الغذائي ككل.

لذلك نجد مرضى التوحد يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الآتية: أ . ب1، ب3، ب5 و بالمثل البيوتين، السلنيوم، الزنك، المغنزيوم وبينما على الجانب الأخر يوصي بتجنب تناول الأطعمة التي تحتوي على نحاس على أن يعوضه الزنك لتنشيط الجهاز المناعي، وتوصى بعض الدراسات الأخرى بضرورة تناول كمية كبيرة من الكالسيوم ومن أكثر الفيتامينات شيوعا في الاستخدام للعلاج هو فيتامين (B) والذي يلعب دورا كبيرا في خلق الأنزيمات التي يحتاجها المخ، في حوالي عشرين دراسة تم إجراؤها فقد ثبت أن استخدام فيتامين (B) والمغنزيوم الذي يجعل هذا الفيتامين فعالا ويحسن من حالات التوحد والتي تتضح في سلوكاتالآتية:

- ❖ الاتصال العيني.
- ❖ القدرة على الانتباه .
- ❖ تحسن في المهارات التعليمية.
- ❖ تصرفات معتدلة إلي حد ما.

هذا بالإضافة إلى الفيتامينات الأخرى مثل فيتامين (ج) والذي يساعد على مزيد من التركيز ومعالجة الإحباط ولضبط هذه المعدلات لابد من إجراء اختبارات لدم فقد تؤدي النسب الزائدة البعض ويكون لها تأثير سام وقد لا تكون الحالات الأخرى.

Sécrétion 2.1.6:

مفرزين هرمون المعوي يحث البنكرياس والكبد على الإفراز نتيجة الأمعاء الدقيقة وهو يساعد على الهضم ليس هذا فقط بل يجعل الطفل قادرا على:

- ❖ الاستغراق في نومه.
- ❖ تحسن في الاتصال العيني.
- ❖ نمو المهارات الكلامية.
- ❖ الاختيار الغذائي.

لكنها ليس في نفس الوقت سببا من الأسباب حساسية ببعض لأنواع الأطعمة قد تعاني بعض حالات توحد من الإصابة بهذا المرض وتؤثر بشكل ما عن السلوك، لذا فقد يساعد استبعاد بعض المواد الغذائية من النظام الغذائي على تحسن الحالة وهذا ما يلجأ الآباء المتخصصون وخاصة لبروتينات لأنها تحتوي على الجلوتين و الكازين والتي لا تهضم بسهولة أو بشكل غير كامل وامتصاص العصاة الهضمية بشكل زائد عن الحد يؤدي إلى خلل في الوظائف الحيوية والعصبية بالمخ، عدم تناول بروتينات يجلب مرضي التوحد تلف الجهاز الهضمي والعصبي على إلا ليتم الامتناع عنها بشكل مفاجئ ولكن تدريجيا مع استشارةالمتخصصين.

أ . العلاج بالسبكيرين:

- ❖ عن طريق الحقن في الوريد وعبر الجلد.
- ❖ عن طريق الفم.

من علامات التحسن الأولى: المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، حسن الشهية، المهارات اللغوية والتواصل البصري.

المدة: ثلاثة أسابيع تكرر بعدها بثلاثة أسابيع يستخدم معها مجموعة فيتامينات B12 .B6 .B2 .B1 .A . بالإضافة إلى المغنسيوم والزنك والكروم والكالسيوم والسيثلين وحمض الفوليك.

ب . وجبات خالية من الجلوتين والكازين:

مرعبات أفيونية ناتجة عن هضم كامل البروتينات الجلوتينوالكازين (إفراز هرمون السيكريتين).

ج . زيت إفالاكس:

متوفر في الزيوت البحرية و جاري استخراجه من الطحالب للتغلب على مشكلة طعمه.

د . سوبرنيوثيرا:

في صورة شراب بطعم الفراولة أو البودرة أو الأقراص بالإضافة إلى فيتامين ب6 ومغنسيوم و20 مادة غذائية أخري.

هـ . الأحماض الدهنية أو ميجا 3:

متوفر في زيت الكبد الحوت و زيت السمك مضافا عليه نكهة البرتقال لجعله مقبولا .

و . دايميثايلجلايسين:

أقراص أو كبسولات 125مجم، كيميائيا وفيسيولوجيا تماثل الفيتامينات التي تذوب في الماء ولكنها تضاف كطعام ويضاف إليها 800 مج من حمض الفوليك وبعد 2 أو3 أسابيع يضاف فيتامين ب6 ماغنسيوم.

ز. نالتريكسون:

يوقف عمل الأندروفينات عند مستقبلات الأفيون، والأندروفين مادة طبيعية موجودة في الجهاز العصبي تؤدي إلى الإحساس بالسعادة ولها تأثير مخدر وقد وجد أن البيتا أندروفين زائدة في حالات الأوتيزم.

6 . 2 العلاج الدماغي العجزي:

تكنيك بسيط يعتمد على فكرة أن الجسم يعرف كيف يعالج نفسه.

النظرية الطبية وراءه: المخ ينتج سائلا وهناك نظام أو ما يشبه النبض ناتج عن ضخ هذا السائل، عظام الجسم في حركة مستمرة طالما هناك ضخ لهذا السائل، وهناك تناغم دماغي عجزي يمكن التعرف عليه عن طريق الكشف الإكلينيكي، فكل عظمة لها حركتها الطبيعية، وعندما تتحرك عظمة ما حركة غير طبيعية فهذا دليل على ضعف ضخ السائل المخي.

كل أعصاب جسمنا تبدأ في نقطة مابين الدماغ و النخاع ألشوكي، فإذا كان هناك ضعف في ضخ السائل المخي فمن الممكن الإحساس بالألم في مكان ما بالجسم المتخصص، المدرب يمكنه اكتشاف أي تغييرات دقيقة في الحركة وهو أيضا مدرب على تكنيكات تساعد على حرية الضخ.

- ❖ نزع سموم المعادن الثقيلة.
- ❖ العلاج بالمضادات الحيوية.
- ❖ العلاج بالمضادات الفطريات.

اضطراب في جهاز المناعة مما يؤدي على زيادة الخميرة والكانديدا بالجسم اذ يستخدم مضادات الفطريات مثل النيزورالوالديفلوكات لمدة 4 أو 6 أشهر، حيث تبدأ الأعراض في الاختفاء خلال الأسبوعين.

6 . 3 العلاج بالأعشاب و الطب البديل:

توجد أنواع مختلفة من العلاج منها عقار الكارسينوسين وهي تعطي على مستويات في جرعات يومية تتغير شهريا، يلاحظ خلال الشهر نموذجا محددا للتقدم والتراجع، مثل: أعراض نشاط زائدة لمدة 3 أو 5 أيام ثم قفزة مفاجئة في النشاط الاجتماعي من ناحية الكلام والإدراك وبهذا النشاط الزائد، يعقب ذلك في فترة التحسن التدريجي لمدة أسبوعين وفي أخر أسبوع من الشهر هبوط تدريجي في التحسن.

6 . 4 العلاج بالتكامل السمعي و الحسي:

مرتين يوميا لمدة أسبوعين مدة الجلسة 30 دقيقة يستمع الطفل فيها إلى موسيقي ديناميكيته من خلال جهاز يخلق توازنا بين الترددات المنخفضة جدا والعالية جدا (15 . 18 هرتز).

حيث وجد أن هناك مشكلة في تكامل الحواس والمعلومات داخل الجهاز العصبي وعلى الأخص في المعلومات المنقولة عن طريقة اللمس والحس المجازي (المسؤول عن الاتزان والحركة والنغمة العضلية) والحس التقبيل الذاتي (منبه أو مثير ناشئ ضمن عضلات الشخص أو تارة العضلية) لذا يصمم ما يطلق عليه الوجبة الحسية، وهي تشمل تدريبات للحواس الثلاث الذكورة متكررة لمدة دقائق قليلة يوميا (**طارق عامر**، 2008،ص123.122).

6 . 5 العلاج السلوكي:

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا و استخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة الذاتوية و هي تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأ السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كليا.

6 . 5 .1 برنامج لوفاس:

ويسمى أحيانا بالعلاج التحليلي السلوكي أو تحليل السلوك و مبتكر هذا العلاج هو ايفورلوفاس في عام 1978 و هو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس انجلوس و هذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية و الاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب إلا تقل مدة العلاج عن (40) ساعة في الأسبوع و لمدة عامين على الأقل ، و يركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل و كذلك التدريب على مهارات المطابقة و استخدام المهارات الاجتماعية و التواصل.

وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جدا نظرا لارتفاع تكاليف العلاج " كما أن كثيرا من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العبادة و لكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية. و بالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم .

6. 2.5 برنامج معالجة و تعليم الذاتويين و ذوي إعاقات التوحد:

وهذا البرنامج من إعداد أبريك شوبلر و زملائه ولاية نورث كاليفورنيا في أوائل السبعينات و يشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية و السلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي كما يقدم أيضا هذا البرنامج خدمات التشخيص و التقييم لحالات الذاتويين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال الذاتوية و الإعاقات المشابهة.

ويعطي برنامج تيش(Tech)اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص الذاتوي، يعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية، تنظيم العمل، جدولالأعمال، استغلال متكامل للوسائل التعليمية.

ويمتاز برنامج تيش (Tech) بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقديم تأهيلا متكاملا لطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل .(**نيلي محمد العطار، ص41. 43**)

7 . استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد :

هناك عدة ردود أفعال ممكنة حول تطور الأم حول تطور معرفتها بان طفلها يعاني من مشكلات إلى الوقت الذي تعتاد فيه على الفكرة، إلا أن غالبية الأمهات يمرون بنفس المراحل التالية:

- **مرحلة الصدمة** : أول رد فعل نفسي يحدث للأم لا تستطيع تصديق أن الطفل غير عادي، فإدراك حقيقة الإصابة يبعث خيبة أمل وحزن.
- **الإنكار:** من الاستجابات الطبيعية للإنسان ينكر كل ما هو غير مرغوب أو مؤلم، وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم لتخفيف من القلق الناتج عن الصدمة.
- **الحداد والحزن:** وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا ... ويعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته .

- **الخجل و الخوف:** يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأمهات لاتجاهات الآخرين المقربين منهن تجاه إصابة ابنها.
- **الغضب و الشعور بالذنب:** محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات (الشعور بالذنب) أو موجه لمصادر خارجية (كالطبيب) **(بوسعديةياسين،بن نوى عماد، 2018 ص33 . 34).**

8 . الآثار المترتبة عن وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

لا شك أن كل أب أو أما ينظرون بلهفة و شوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه، و يتمثل ذلك في الممارسات السلوكية التي تظهر على الوالدين و الحالة النفسية التي يتمتعان بها، والتي تظهر استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل .

وعندما يتم اكتشاف إعاقة الطفل التوحدي في الأسرة تعتبر مرحلة حاسمة في حياتهم . حيث تؤدي هذه الإعاقة إلى تغير جذري على مسار الحياة النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية للوالدين، و يؤدي هذا التغييرإلى أثار سلبية على الأسرة تتمثل فيما يلي:

8 .1 الآثار النفسية:

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر الأطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قدتتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض، و تختلف درجة الضغط النفسي من فرد إلى أخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة و أخري، وأكدت دراسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسر تعرضا للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون فيها أو أي مكان عملهم، و يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين، كمشاعر الذنب، الرفض المستمر لطفل، الحماية الزائدة، حسب الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الانعزال عن الحياة الاجتماعية**(نذيره رغدي، 2017،ص63.62).**

8 . 2 الآثار الاجتماعية:

يؤثر وجود طفل معاق في الأسرة على علاقات الأسرة الخارجية ، فقد تسود مشاعر الخجل من إظهار المعاق للمجتمع مما يقلل من فرص تواصل الأسرة لتفادي أي مواقف محرجة وبالتالي العزلة، وهذا يمتد إلى تكيف الإخوة مع بيئتهم التعليمية وفرصهم في الزواج المستقبلي، و تتعرض الأسرة أيضا لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، و يشكل ذلك المواقف و الظروف التي تتطلب تغييرا في أنماط الحياة وينعكس

ذلك على العلاقات الداخلية بين أفراد الأسرة أيضا و تواصلهم، نظرا لانشغال الأم بشكل كبير بالطفل المعاق مما يقل من تلبية احتياجات بقية أبنائها، إضافة إلى العلاقة بين الزوجين ومدى حدوث أزمات زوجية ومشكلات أسرية .

8 . 3 الآثار الاقتصادية

إن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف من إمكانيات وموارد الأسرة المادية، لما نتفقه على علاجه وتقديما البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل وقد تستمر هذه المصروفات طيلة حياة الشخص المعاق، والتي تكلف أكثر من النقود التي تنفقها الأسرة على أخوته غير المعاقين، ناهيك عن أن بعض الأمهات يتركن أعمالهن بعد ولادة الطفل المعاق من اقل تقديم العناية والرعاية للأزمة له، مما يقلل من دخل الأسرة(**محمد عدنان عليوات**، 2007، **ص**15)

خلاصة الفصل

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية التي تعيق الطفل في نموه المعرفي، الاجتماعي والانفعالي مما يؤدي بالطفل التوحدي إلى صعوبة تواصله مع الآخرين سوء تكيفه مع المحيط الخاص بيه، لهذا يعتبر التشخيص المبكر أهم خطوة تقوم بها أسرة الطفل التوحدي، خاصة إذا كان ذلك قبل بلوغ سن الثالثة فذلك يشكل عاملا مهما وحاسما في نجاح الخطة العلاجية وتحقيق أفضل نتائجه.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية لدراسة

تمهيد

1. **الدراسة الاستطلاعية .**
2. **منهج الدراسة .**
3. **مجموعة البحث .**
4. **الحدود المكانية والزمنية لدراسة.**
5. **أدوات الدراسة .**

خلاصة الفصل

تمهيد

تناولنا في هذا الجانب بالشرح والتوضيح أهم الإجراءات التي بها لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها والتحقيق من فروضها وتتمثل هذه الإجراءات في اختيار المنهج الملائم لدراسة واختيار مجتمع ومجموعة البحث،والتأكيد من صدق أداة الدراسة ومعايير انتقائها والتعرف على مختلف الوسائل المعتمدة عليها أثناء البحث وخطوات إجرائها.

1 . الدراسة الاستطلاعية

لدراسة الاستطلاعية أهمية كبيرة في مساعدة الباحث، حيث أن الغرض منها القيام ببحث مصغر في الميدان.

وتعتبر أهم مراحل البحث العلمي لكونها ترتبط بالميدان مباشرة، حيث تساعد التحقيق من الاختبارات المستخدمة و سلامة العينة المراد دراستها و جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الموضوع، إضافة إلى أنها تسمح بالتعرف على المشكلات التي يمكن أن تظهر قبل القيام بالدراسة الأصلية مما يمكن من حل هذه المشكلات الغير المتوقعة في هذه المرحلة من الدراسة .

لأجل هذا من المفروض نقوم بزيارة ميدانية إلى المركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد الواقع في ولاية البويرة التي تتضمن العديد من المقابلات، أولا مع المختصين النفسانيين، و ثانيا مع العينات الأولية المتمثلة في أمهات الأطفال التوحدين،ومن المفروض تشملدراستنا الاستطلاعية التي قمنا بها على (3) حالات من الأمهات، ولكن نظرا لظروف الصحية" كوفيد19 " التي شهدها العالم بشكله العام والبويرة بشكل خاص تعذر علينا القيام بالدراسة الميدانية، ولم تمنح لنا رخصة لإجراء الدراسة الميدانية.

2 . منهج الدراسة

لكل بحث علمي له منهج خاص يتبعه في بحثه للوصول إلى الغاية المرجوة أو الهدف المسطر وعلى الباحث اختيار المنهج الملائم لدراسته .

حيث اتبعت الباحثة في هذا البحث على المنهج العيادي الملائم لدراسة، لأنه يخدم موضوع دراستنا المتمثل في الاكتئاب لدي أمهات الأطفال المصابين بالتوحد .

فالمنهج Method هو الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه العالم في بحثه أو دراسة مشكلة والوصول إلى حلول لها أو إلى بعض النتائج .(**عبد الرحمن العيسوي**، 1997 ، **ص**13)

إذن المنهج هو أسلوب يتبعه الباحث في دراسته للوصول إلى الحقيقة أو الهدف المسطر.

2 . 1 المنهج العيادي

يعد المنهج العيادي أحد مناهج المهمة الأساسية في مجال الدراسات النفسية ، ولقد اعتمدنا عليه لكونه المنهج الملائم لطبيعة فرضياتنا و موضوع الدراسة ومن جهة لفردانية الحالات من جهة أخري و المنهج العيادي هو بمثابة الملاحظات العميقة و المستمرة للحالات الخاصة و الذي من خصائصه دراسة حالة على انفراد:(Renadl: p21)(1883

وحسب عبد المعطي عرفه أنه منهج في البحث يقوم على فحص وتشخيص و علاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات معينة أو يعيشون مشكلات توافقية و شخصية و اجتماعية دراسة منهجية.**(حسن عبد المعطي،**2003 ،ص31)

ويقوم هذا المنهج على دراسة حالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الحالة الفردية و للحصول على معلومات كافية على المريض .

2 . 2 تعريف دراسة حالة

وتعرف دراسة حالة على أنها منهجا لتنسيق و تحليل المعلومات التي يتم جمعها عن الفرد و عن البيئة التي يعيش فيها، و هي عبارة عن تحليل دقيق للموقف العام للفرد و بيان الأسباب التي دعت إلى الدراسة كأن تكون لديه مشكلة عاجلة والبحث عن أسباب عدم التكيف التي أدت إلى حدوث المشكلة ومن حيث القيام بتحليل المعلومات عن الفرد والبيئة .

كما يمكن أن نقول أن دراسة الحالة هي دراسة مظهرها من مظاهر السلوك ببعض العمق والخبرة الذاتية للفرد ويتم ذلك عن طريق جمع البيانات كيفية وصفية تفصيلية عن ذلك الشخص باستخدام المقابلة و الملاحظة أو كليهما معا .**(فكري لطفي متولي،**2010،ص22، 23)

3 . مجموعة البحث

3 ـ1 شروط انتقاء مجموعة البحث:

- أن تكون أمهات الأطفال تم تشخصيهم باضطراب التوحد .

- أن يكون الطفل المصاب بالتوحد ملتحق بالمركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد لان العينة قصدية .
- أن يكون أعمار الأمهات يتراوح مابين (30 . 50 سنة)
- أن يكون أعمار الأطفال يتراوح مابين (6 . 8 سنوات)

3 ـ 2 خصائص مجموعة البحث:

حيث تتكون مجموعة بحثنا من(3) حالات هن أمهات الأطفال التوحديين كما هو موضح في الجدول:

الجدولرقم3 : خصائص مجموعة البحث الأساسية

الحالة	السن	المستوي الدراسي	عمر الطفل
1 . أم محمد	35 سنة	جامعية	5 سنوات
2 . أم خالد	45 سنة	ماكثة في البيت	8 سنوات
3 . أم إسلام	50 سنة	ثانوي	7 سنوات

4 . الحدود المكانية و الزمنية:

4 ـ 1 الحدودالزمنية: لولا جائحة كورونا لامتدت دراستنا الميدانية من بداية 5 فيفري 2022 إلى غاية 20 مارس 2022 .

4 ـ 2الحدودالمكانية : من المفروض تجري دراستنا الميدانية في المركز التكفل بالأطفال المصابين بالتوحد الواقع في نواحي مدينة البويرة.

5 . أدوات الدراسة

5 . 1 الملاحظة

وتعد كذلك الملاحظة من أهم أدوات المستخدمة في البحث العلمي، تساعد على جمع المعلومات المتعلقة بالمفحوص ونتطرق إلى بعض التعريفات لها .

هي الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية و مواقف التفاعل الاجتماعي و مواقف الإحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض .(**عبد السلام حامد زهران** ، 2005، **ص** 160)

ويمكن تعريفها كأن الملاحظة هي المشاهدة و المراقبة الدقيقة لسلوك أو ظاهرة معينة وتسجيل الملاحظات عتها، والاستعانة بأساليب الدراسة المناسبة لطبيعة ذلك أو تلك الظاهرة بغية تحقيق أفضل النتائج و الحصول على أدق المعلومات .(**عبد الله محمد الشريف**، 1996، **ص**118)

5 . 2 المقابلة.

قبل التطرق إلي تعريف المقابلة النصف الموجهة، سوف نعرف أولا المقابلة العيادية و هي وسيلة الأولية في الفحص والتشخيص . وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي آمن يسوده الشقة المتبادلة بين الطرفين، بهدف جمع المعلومات اللازمة، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم التفاعل اجتماعي هادف و تبادل معلومات وخبرات ومشاعر ويتم فيها التساؤل عن كل شيء. (**عبد السلام حامد زهران**، 2005 ، **ص**159)

ويعرفها بنجهام(Bingham) بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة ذاتها،أو هي محادثة بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة. (**عبد الفتاح محمد دويدار**،1999 ،**ص**199)

وتعرف المقابلة بأنها حديث بين القائم بها وبين المفحوص، وهي أداة كما يري بورك Borg يتم بواسطتها جمع المعلومات من خلال التفاعل المباشر بين الأشخاص، وهذا التفاعل يكون سببا من محاسن أو عيوب المقابلة كأداة من أدوات البحث العلمي .(**صالح حسن أحمد الداهري**،**وهيب مجيد الكبيس**،1999 **ص**55)

5 . 3 المقابلة النصف الموجهة

اعتمدنا في دراستنا على المقابلة النصف الموجهة لأنها هي الوسيلة التي تسمح لنا بجمع قدر كافي من المعلومات على المفحوص، وتساعد المفحوص التعبير عن مشاعره و أفكاره بحرية الكاملة .

- **تعريف المقابلة النصف الموجهة:**

ويكون فيها الباحث على علم مسبق بشيء من الموضوع و يريد أن يستوضح من المبحوث، و فيها يدعي المستوجب للإجابة على نحو شامل بكلماته وأسلوبه الخاص على موضوع البحث، يقوم هذاالأخير بطرح سؤالا توضيحيا على المبحوث حتي يتمكن المستوجب من إنتاج حديث حول هذا الجزء من الموضوع .أي أن المقابلة النصف الموجهة، تخصص لتعميق ميدان معين، أو لتحقيق تطور ميدان معروف مسبقا. **(أبراش إبراهيم خليل، 2008، ص268)**

وتعرف كذلك المقابلة النصف الموجهة بأنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على الإجابة من المفحوص ومن المفهوم طبعا أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق و أنها تدخل في موضوعات الضرورية لدراسة خلال محادثة تكفل بقدر كبير من حرية التصرف، ويحرص الباحث أن لا يطرح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة .**(محمد حسن غانم2002 ،ص171)**

5 . 4 دليل المقابلة النصف الموجهة

فيعرف دليل المقابلة هو مجموعة من النقاط و الموضوعات التي يجب عللا القائم بالمقابلة أن يغطيها مع المبحوث خلال الحوار الذي يجريه معه،و يسمح في هذه الحالة بدرجة عالية من المرونة في الطريقة و الصياغة و الترتيب الذي تخضع له الأسئلة التي يوجهها الباحث للمبحوث. **(ليندة بن محرز،2019،ص70)**

وقمنا بتقسيم دليل المقابلة الذي يحتوي على (4) محاور وكل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة وهي كالتالي :

بيانات شخصية حول الأم :

ويشمل على بيانات شخصية حول الأم تتمثل في الاسم،المهنة ، السن ، الحالة الاجتماعية ، المستوي الدراسي ، عدد الأولاد ، مكان ا لسكن .

المحورالأول : تصورات الأم عند اكتشاف إصابة ابنها بالتوحد

يشمل هذا المحور على أربع أسئلة، الهدف منه التعرف على ردة فعل الأم أثناء اكتشاف إصابة ابنها بهذه الإعاقة .

المحورالثاني : علاقة الأم بالطفل

يشمل هذا المحور على (4) أسئلة. و الهدف منه معرفة علاقة الأم بإبنها قبل وبعد اكتشاف الإعاقة

المحور الثالث: تعامل الأم مع الوضعية

ويشمل هذا المحور على (5) أسئلة . والهدف منه التعرف هل تستطيع تقبل الأم الإعاقة و التعامل معا بشكل عادي .

المحور الرابع: النظرة المستقبلية

يشمل هذا المحور على (5) أسئلة . الهدف منه التعرف على كيف تتطلع الأم إلى مستقبل ابنهاالمعاق .

5 . 5 مقياسيبك:

5 . 5 . 1 لمحة تاريخية حول سلم مقياس يبك:

وضع يبك و زملائه الصيغة الأولى من قائمة يبك للاكتئاب عام 1961 و التي تكونت من 21 بندا، اعتمادا على الملاحظات المباشرة و على الأعراض التي يصفها المرضي المصابون بالاكتئاب في مجالالطب النفسي . بالإضافة إلى الملاحظات و الأوصاف التي يعطيها المرضي الغير المكتئبين بشكل متكرر ومنه يحتوي مقياس يبك على 21 بندا يتمثل في : الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الذنب، العقاب، كره الذات، اتهام الذات، أفكار انتحارية، البكاء، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، عدم الحسم، تغيير صورة الجسم، صعوبة العمل ، الأرق، سرعة التعب، فقدان الشهية ، الانشغال بالجسم، فقدان الليبيدو .يمكن تقديرها على أساس مقياس من أربع نقاط من0 إلى 3 على أساس الشدة .

بدأ يبكBeck و معاونوه عام 1971 في مركز العلاج المعرفي باستخدام صيغة معدلة في قائمة يبك للاكتئاب، حيث حذفت الصياغات البديلة للأعراض ذاتها و ألغي النفي المزدوج، وخفض عدد الإجابات لكل بند إلى ثلاثة بدائل لكل عرض فضلا عن درجة الصفر ، وتغيير الصيغة الفعلية لخمسة عشر بندا و بقيت ستة بنود كما هي: التهيج، البكاء، سرعة التعب، فقدان الوزن، فقدان الشهية .

لقد ظهرت صيغة مختصرة للقائمة بيك للاكتئاب عام 1971 وهي تبلغ ثلاثة عشر بندا مستخرجة من عينات أمريكية، ثم ترجمتها للعربية .

وأخيرا ظهرت الصيغة المعدلة في عام 1993، والتي تحتوي على 21 بندا و لكل بند يتكون من أربعة عبارات تقدير من 0 إلى 3 ، حيث تتراوح زمن التطبيق من 5 إلى 10 دقائق تقريبا تقيس الصيغة المعدلة سمة الاكتئاب، في حين تقيس الصيغة الأصلية حالة الاكتئاب. **(بوسني عبد الوافي زهير، دون سنة،ص89)**

5 . 5 . 2طريقة تطبيقه

يتم تطبيقه إما بطريقة فردية أو جماعية و تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة، وتسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها، فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة، ثم البدء في الإجابة و ذلك بعد التأكد من فهمه، أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على المفحوص و يطلب منه كتابة اسمه، سنه، مستواه التعليمي، وتاريخ الإجابة ويطلب منه قراءة التعليمات بصوت مرتفع حيث يزيل كل غموض والتباس .

وقت المقياس حاليا هو من 5 إلى 7 دقائق، و عموما لا يتم تحديد الوقت بالنسبة للمفحوص لأن زمن تطبيق هذا المقياس غير محدد بصفة نهائية شرط أن لا يطول .

5 . 5 . 3طريقة تصحيحه:

حيث العلامة الكلية على المقياس يتم الحصول عليها بجمع الأرقام التي تم وضع الدائرة حولها في كل فقرة، و هي تتراوح مابين (0 . 63).

تفسير نتائج المقياس كالتالي:

(0 . 9) لا يوجد اكتئاب .

(10 . 15) اكتئاب بسيط.

(16 . 23) اكتئاب متوسط .

(24 فما فوق) اكتئاب شديد.

الحد الفاصل بين الاكتئاب و عدمه تبدأ من مستوي (10) . **(حمدي عبد اللهعبد العظيم، 2013 ، ص107)**

حيث المقياس يقيس حالة الفرد خلال الأسبوع، ولا يقوم بدراسة سمة شخصية الفرد.

5. 5 . 4صدق وثبات مقياس بيكللاكتئاب:

5 . 4 . 1صدق المقياس : للتحققمن صدق المقياس تم حساب صدق الأنساق الداخلي ودلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس،ودلكلمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس،ودلك بهدف التحقق من صدق المقياس . **(السيد البغدادي ،دون سنة، ص284،285)**

كما يتضح في الجدول التالي :

جدول رقم(2): معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس :

الرقم	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	الحزن	0.58	دالة إحصائية
02	التشاؤم	0.51	دالة إحصائية
03	الفشل	0.66	دالة إحصائية
04	فقدان الاستماع	0.62	دالة إحصائية
05	مشاعر الإثم	0.44	دالة إحصائية
06	مشاعر العقاب	0.45	دالة إحصائية
07	عدم حب الذات	0.53	دالة إحصائية
08	انعدام القيمة	0.69	دالة إحصائية
09	فقدان الطاقة	0.54	دالة إحصائية
10	القابلية للغضب	0.59	دالة إحصائية
11	صعوبة التركيز	0.61	دالة إحصائية
12	الإرهاق أو الإجهاد	0.61	دالة إحصائية
13	فقدان الاهتمام	0.66	دالة إحصائية
14	فقدان الشهية	0.47	دالة إحصائية
15	نقد الذات	0.45	دالة إحصائية
16	الأفكار أو الرغبات	0.57	دالة إحصائية

17	البكاء	0.57	دالة إحصائية
18	التهيج أو الاستثارة	0.51	دالة إحصائية
19	تردد	0.54	دالة إحصائية
20	فقدان الشهية	0.51	دالة إحصائية
21	زيادة في الشهية	0.31	دالة إحصائية
22	زيادة في الوزن	0.16	غير دالة إحصائية
23	قلة في النوم	0.61	دالة إحصائية
24	زيادة في النوم	0.16	غير دالة إحصائية

يبين الجدول(2) فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا،حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.31 -0.69) وهذا يدل على أن فقرات مقياس الاكتئاب تمتع بمعامل صدق عالي وبما أن الفقرات (زيادة في الوزن،زيادة في النوم) غير دالة إحصائيا فقد تم حذفهما من المقياس،كما تم حساب الأنساق الداخلي (الفاكر و الطباخ) لأبعاد المقياس و تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية بين (0.77 _0.82)وبذلك تكون آلة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية(**فتحي السيد البغدادي، ص285ـ286**)

خلاصة الفصل

بعدما تطرقنا في هذا الفصل للمنهج المعتمد عليه في البحث والمتمثل في المنهج العيادي وكيفية اختيار مجموعة البحث وكذا مختلف الأدوات المستعملة، سوف نعرض في الفصل الموالى مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات من خلال تقديم احتمالين للفرضية .

الفصل الرابع

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

الفصل الرابع: عرض و مناقشة نتائج الدراسة

ـ مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات .

بسبب جائحة الكورونا التي ضربت العالم بأكمله ، تعذر علينا القيام بدراسة ميدانية للحصول على الحالات و تطبيق معهم المقابلة النصف الموجهة ، و سلم مقياس" بيك للاكتئاب " للحصول على النتائج من أجل ما إذا تحققت فرضية بحثنا أو لا . و لكن سوف نقدم احتمالين للفرضية .

❖ **الاحتمال الأول:**

الفرضية محققة، وذلك إذا توصلنا إلى نتائج المتحصل عليها من خلال حالات أمهات أطفال التوحد، يتضح أن تحليل نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة للحالات، ونتائج الاختبار، أنهم يشتركون في مجموعة من الأعراض التي تتمثل في الكآبة، والحزن، واليأس، والفشل، ومشاعر الإثم، ومشاعر العقاب، والتشاؤم، وفقدان الاستمتاع، وصعوبة التركيز وانعدام القيمة،

وكذلك يتضح من خلال نتائج مجموعة البحث، يشترك فيهم حالات مقياس بيك للاكتئاب و تتمثل في العبارات التالية:

ـ أشعر بالحزن طوال الوقت.

ـ أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

ـ أشعر بأن لي في المستقبل و أنه سوف يزداد سوءا.

ـ أبكي كثيرا من أي شيء بسيط.

واستنادا على نتائج درجات المتحصل عليها مع الحالات من سلم "مقياس بيك" للاكتئاب (المجموع زاد عن 24 درجة فما فوق)، فقد تبين أن الفرضية محققة التي مفادها: أن أمهات أطفال المصابين بالتوحد يعانون من اكتئاب شديد.

احتمال الثاني:

الفرضية غير محققة، وذلك إذا توصلنا إلى نتائج المتحصل عليها من خلال حالات أمهات أطفال التوحد، يتضح أن تحليل نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة للحالات و نتائج الاختبار، تبين أن الحالات يشتركون في مجموعة من الإجابات و تتمثل هذه الأجوبة في عدم الإحساس بالكآبة، و اليأس، والحزن، والفشل، وعدم الشعور بتقدير الذات، ومشاعر الإثم والعقاب، وعدم البكاء، وعدم التشاؤم، وعدم فقدان الاستمتاع، وعدم صعوبة التركيز، وعدم انعدام القيمة.

وكذلك يتضح من خلال نتائج مجموعة البحث، تشترك فيهم حالات مقياس بيك للاكتئاب وتتمثل في العبارات التالية:

- لا أشعر بالحزن.

- لا أشعر بأنني شخص فاشل.

- لا أشعر بأنه يقع عليا العقاب.

- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة.

واستنادا على نتائج درجات المتحصل عليها مع الحالات من مقياس بيك للاكتئاب (المجموع يقل عن 9 درجات) فقد تبن أن الفرضية غير محققة التي مفادها: لا تعاني أمهات أطفال المصابين بالتوحد من الاكتئاب.

خاتمة

خاتمة

أجريت هذه الدراسة للكشف عن تأثير وجود الطفل التوحدي في حياة الأم، فالتوحد يعد من أعقد الاضطرابات وأصعبها لما يتطلب من رعاية خاصة وتكفل مستمر، وهذا ما يجعل الأم في حيرة مستمرة في أداء وأجبتها تجاه أولادها. ومن جهة أخري الاهتمام بطفلها المصاب بالتوحد.

ولقد حاولنا تسليط الضوء في بحثنا هذا على "الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد" ، و لهذا قمنا بدراسة استطلاعية، و اخترنا مجموعة البحث بطريقة قصدية المتمثلة في (3) حالات وهن أمهات أطفال التوحد، و قد اعتمدنا في بحثنا على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة للتعرف على أعراض الاكتئاب وكذلك لتعرف على درجات الاكتئاب، و قد تم تطبيق أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية النصف الموجهة بغرض تسجيل ملاحظات خلال المقابلة والتعرف على الحالة أكثر، وكذلك طبقنا أداة مقياس "بيك" للاكتئاب لمعرفة مستوى الاكتئاب لدى الأم.

ولكن نظرا لظروف جائحة الكورونا "كوفيد19" التي مر بها العالم بشكل عام و ولاية البويرة بشكل تعذر علينا القيام بدراسة ميدانية للحصول على حالات لتطبيق معهم دليل المقابلة وأداة مقياس بيك، من أجل الحصول على النتائج المرغوبة فيها وذلك من أجل ما إذا تحققت فرضية بحثنا أو لا.

وتوصلنا في أخر بحثنا أن التكفل بالطفل مصاب بالتوحد ليس بالأمر السهل على الأم، حيث يتطلب إلى اهتمام ورعاية خاصة، وجهد كبير ودائم لتحقيق نتائج مرضية.

وفي الأخير نأمل أن بحثنا هذا يستخدم في المجال العلمي، و يفتح المجال لدراسات أخري في هذا الموضوع.

التوصيات

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة تم التوصل إلى بعض التوصيات ، نذكر منها:

ـ من الضروري مصارحة أولياء بتلك الحقيقة الصعبة أن ابنهم مصاب بالتوحد، ولكن ليست بطريقة مباشرة لأن هناك طرق أخري لإخبارهم.

ـ يجب توفير برامج إرشادية لأولياء الأطفال التوحد.

ـ إقامة وتنظيم دورات و جلسات ومحاضرات لتعليم أولياء التوحد، كيفية التعامل مع الإعاقة وتقديم الدعم النفسي خاصة لأمهات الأطفال التوحد.

ـ تقديم برامج توعية مجتمعية لتخفيض درجة الاكتئاب للأمهات.

ـ إقامة مراكز متخصصة لرعاية الأطفال المصابين باضطراب التوحد ومساعدتهم على أداء المهارات السلوكية الضرورية للاهتمام بأنفسهم وتلبية حاجاتهم الخاصة بالاعتماد على أنفسهم.

.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

❖ الكتب

1) أبراش إبراهيم خليل (2008)، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

2) إبراهيم أبو السعود (2009)، الطفل التوحدي في الأسرة، بدون طبعة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع الإسكندرية.

3) أسامة فاروق مصطفى (2010)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

4) أيمن أحمد السيد محمد (2013)، الإساءة الوالدية تجاه أطفال الأوتيزم وأساليب مواجهتها، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، دون بلد.

5) بوسنة عبد الوافي زهير (دون سنة)، محاضرات في تقنيات الفحص العيادي،جامعة محمد خض،بسكرة.

6) تامر فرح سهيل (2015)، التوحد، الأسباب، التشخيص، الطبعة الأولى، دار الإعصار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

7) جاسم محمد عبد الله، محمد مرزوق (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السك، الطبعة الأولى، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

8) حسين فايد (2004)، العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، دون طبعة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة .

9) حمدي عبد الله عبد العظيم (2013)، موسوعة الاختبارات والمقاييس، الطبعة الأولى، مكتبة أولاد الشيخ للتراث، (دون بلد).

10) رائد خليل العبادي (2006)، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى،عمان.

11) زهران عبد السلام (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثالثة، القاهرة.

12) سامر جميل رضوان (2007)، الصحة النفسية، للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان.

13) سليمان عبد الواحد، يوسف إبراهيم (2014)، الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، القاهرة .

14) سوسن شاكر مجيد (2010)، التوحد، أسبابه، خصائصه، الطبعة الثانية، ديبونو للطباعة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

15) السيد فهمي علي (2010)، علم النفس المرضي، دار الجامعة الجديدة الإسكندرية.

16) عبد الحميد الشاذلي (1999)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، دون طبعة، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

17) عبد الرحمان العيسوي(1997)، مناهج البحث العلمي في الفكر الإسلامي و الفكر الحديث، دار الراتب الجامعية .

18) عبد الرحمن العيسوي (1990)، العصبية النفسية والالتهابات العقلية، بدون طبعة، دار النهضة للنشر والتوزيع ، بيروت .

19) عبد السلام حامد زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبع الرابعة، الشركة الدولية للطباعة والنشر، القاهرة.

20) عبد الغفار عبد الحكيم الدماطى، ماجدة وآخرون (2011)، مدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، دار المعرفة للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية .

21) عبد الفتاح محمد دويدار (1944) ،مناهج البحث في علم النفس ، الطبعة الثانية دار المعرفة الجامعية،جامعة الإسكندرية.

22) عبد الله محمد الشريف (1996)، مناهج البحث العلمي،الطبعة الأولى، مكتبة الإشعاع للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.

23) عسكر عبد الله (1998)، الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، القاهرة مكتبة لأنجلو المصرية.

24) علي إسماعيل وطفة (2010)، التوحد عند الأطفال، الطبعة الأولى، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

25) طارق عامر(2008)، الطفل التوحدي، دون طبعة، دار البازوري للنشر والتوزيع .

26) فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربيني (2011) ، التوحد ، الأسباب ، التشخيص ، الطبعة الأولى ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .

27) فكري لطيف متولي (2010)، دراسة الحالة في علم النفس،الطبعة الأولى، مكتبة الرشد ناشرون،جامعة أم القرى.

28) قاسم صالح حسين (2015)، الاضطرابات النفسية والعقلية، الطبعة الأولى، دار دجلة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.

29) القاضي م (2008)، التوحد المشكلة والحل، المجلس الأعلى للثقافة، الأردن.

30) القحطان أحمد الظاهر (2009)، التوحد، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان .

31) القريظي عبد المطلب (1998)، الصحة النفسية دار الفكر العربي ، القاهرة ، مصر .

32) القمش ك، المعايطة ج (2007)، سيكولوجية الأطفال ذو الاحتياجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة، دار المسيرة، عمان.

33) كتاب جماعي،لينده بن محرز (2019)، منهجية البحث العلمي وتقنياته فيالعلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية و السياسية و الاقتصادية، برلين،ألمانيا.

34) لطفي الشربيني (2001)، الاكتئاب والأسباب والمرض والعلاج، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

35) لورا شريمان،ترجمة فاطمة عياد (2010)، التوحديين العلم والخيال، دون الطبعة، عالم المعرفة للنشر والتوزيع، الكويت.

36) محمد عدنانعليوات (2007)، الأطفال التوحديون، بدون طبعة، دار الباروزي العلمية للنشر والتوزيع، عمان.

37) محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (2018)، التوحد ووسائل علاجه، الطبعة الأولى، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

38) المهدي محمد عبد الفتاح (2007)، الصحة النفسية للمرأة، الطبعة الأولى ، دار اليقين للنشر والتوزيع ، القاهرة مصر.

39) وليد سرحان ، جمال الخطيب وآخرون (2003) ، الاكتئاب ، الطبعة الأولى ، دار مجدلاوى للنشر والتوزيع، الأردن عمان.

40) وهيب مجيد الكبيس، صالح حسن أحمد الدهري (1999)، علم النفس العام، الطبعة الأولى ،مؤسسة حمادة للخدمات و الدراسات الجامعية و دار الكندي للنشر ، الأردن .

المجلات:

41) مواهب الرشيد إبراهيم محمد (2018)، الاكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية و النفسية، المجلة العربية للعلوم و نشر الأبحاث، العدد التاسع ،المجلد الثاني، أبريل 2018

42) عفراء إبراهيم خليل ألعبيدي (2021)، الضغوط النفسية و الخوف من المستقبل لدى أمهات أطفال المصابين بطيف التوحد ، مجلة الحقائق للدراسات النفسية و الاجتماعية، المجلدة،العدد (1)،2021 .

43) السيد البغدادي (دون سنة)، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، جامعة المجمعة المملكة العربية، السعودية .

مذكرات التخرج :

44) ابتسام داود عبد الله عديلة (2012) ، مفهوم الذات و الاكتئاب لدى الأشخاص ذو الإعاقة فتحي الجسمية و الحركية في محافظة بيت لحم ، رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعة لكلية الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين .

45) أسماء عبيد سعود (2015)، فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بتشوهات خلقية، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

46) بركات آسيا رجع (2000)، العلاقة بين أساليب المعاملة الو الدية و الاكتئاب لدى بعض المراهقين و المراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ، جامعة أم القرى .

47) حادي كوثر(2017)، الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المتوحدين ، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس، جامعة مولاي الطاهر ، سعيدة.

48) رجاد حسين إبراهيم ألعجوزي (2007) ، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية ، رسالة ماجستير في علم النفس ، الجامعة الإسلامية ، غزة .

49) زواوي سليمان (2011)، القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين للهيموديااليز، رسالة الماستر في علم النفس، جامعة العقيد محند آولحاج، البويرة

50) نذيرة رغدي (2018) التصورات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد، رسالة ماستر، جامعة الشهيد س لخضر الوادي .

51) عديلة حسين طاهر (2002)، القلق و الاكتئاب لدى عينة من المطلقات أو غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي ، جامعة أم القرى .

قامة المراجع باللغة الأجنبية :

52) Champion , A (1992) , Adult psychological problems an introduction , London , the balmerprees .

53) Renald deron (1983) dictionnaire de psychologie 1 Ere Edition presse université France .

الملاحق

دليل المقابلة النصف الموجهة:

المحور الأول: تصورات الأم حول اكتشاف إصابة ابنها بالتوحد :

س1: كيف كانت ردة فعلك حين اكتشفت أن ابنك مصاب بالتوحد؟

س2:هل تشعرين بالذنب لمرض ابنك؟

س3: كيف كان شعورك عندما علمت بذلك؟

س4:ماذا فعلت عند سماعك الخبر؟

المحور الثاني: علاقة الأم بالطفل :

س1: هل تغيرت علاقتك بالطفل بعد تشخيصه بالإعاقة؟

س2: هل تفضلين ابنك المعاق على إخوانه العادين ؟

س3:ماهي المشاكل التي تتعرض لها في تعاملك معه؟

س4: هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين بسببه؟

المحور الثالث: تعامل الأم مع الوضعية :

س1: هل تلقيت الدعم من زوجك و أهلك ؟

س2: هل تقبلت أن ابنك مصاب بالتوحد ؟

س3: كيف فكرتي أن تدخلي ابنك للمركز؟

س4: هل تجد وقت كافي للعناية به و بنفسك و عائلتك ؟

س5: هل أثرت إعاقته على علاقتك بزوجك ؟

المحور الرابع: :النظرة المستقبلية للأم :

س1: هل تعتقدين أنه يشفي ابنك في المستقبل؟

س2: هل تظنين أنك قادرة على مواجهة هذه الوضعية ؟

س3: هل تفكرين في إنجاب المزيد من الأولاد مستقبلا ؟

س4: كيف تتوقعين حياتك و حياة ابنك بعد مرور الوقت ؟

س5: هل تستطيع مواجهة هذه الوضعية و مواجهة المحيط الذي تعيش فيه ؟

مقياس بيك للاكتئاب(B . I .D)

الاسم: ..... المهنة: .....

السن: ..... الحالة الاجتماعية: .....

المستوي الدراسي: .....

التعليمة

يتضمن هذا المقياس (٢١) مجموعة من العبارات، فالرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة تصف بطريقة ما أفضل ما تشعر به خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ضع دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها، ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليك بطريقة متساوية؛ ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة وتأكد أنك لا تختار أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة (16) أو المجموعة (١٨).

ـ تأكد من قراءة عبارة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها ، و تأكد انك أجبت على كل المجموعات.

بنود المقياس:

1) **ـ الحزن:**

(0) لا أشعر بالحزن.

(1)أشعر بالحزن اغلب الوقت.

(2)أنا حزين طول الوقت.

(3)أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا استطيع تحملها.

2 **ـالفشل:**

(0)لا أشعر بأنني شخصا فاشل.

(1)لقد فشلت أكثر مما ينبغي.

(2)كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل.

(3)أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

3 **ـ مشاعر الإثم:**

(0)لا أشعر بالإثم (تأنيب الضمير)

(1)أشعر بالإثم (تأنيب الضمير)عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجيب أن أقوم بها .

(2)اشعر بالإثم(تأنيب الضمير)أغلب الوقت .

(3)اشعر بالإثم(تأنيبالضمير) طول الوقت .

4 ـ عدم حب الذاتي:

(0)شعوري نحو نفسي كما هو.

(1)فقدت الثقة في نفسي.

(2)خاب رجائي في نفسي.

(3) لا أحب نفسي.

5 ـ الأفكار و الرغبات الانتحارية:

(0)ليس لدي أفكار انتحارية.

(1)لدي أفكار للانتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها.

(2)أريد أن انتحر.

(3)قد انتحر لو سئمت لي الفرصة.

6 ـالتهيج و الاستثارة:

(0) لست أكثر تهيجا أو استثارة عن المعتاد.

(1)أشعر بالتهيج أو الاستثارة أكثر من المعتاد.

(2) اهتاج أو استثار لدرجة انه من الصعب عليا البقاء بدون حركة.

(3)اهتاج أو استثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.

7 ـ التردد:

(0)أتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة.

(1)أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات.

(2)لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت

(3)لدي مشكلة اتخاذ أي قرارات.

8 ـ فقدان الطاقة:

(0) لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد.

(1)لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت.

(2) ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.

(3)ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء.

9 ـ القابلية للغضب و الانزعاج:

(0)قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد.

(1)قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد.

(2)قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد.

(3)قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت.

10 ـ صعوبة التركيز:

(0)استطيع التركيز بكفاءتي المعتاد.

(1)استطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.

(2)من الصعب عليا أن أركز عقلي أي شيء مدة طويلة.

(3)أجد نفسي غير قادر علىالتركيز على أي شيء.

11 ـ فقدان الاهتمام بالجنس:

(0)لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثا.

(1)أنا أقل اهتمام بالجنس مما اعتدت.

(2)أقل اهتماما بالجنس الآن بدرجة كبيرة.

(3)فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

12 ـ **التشاؤم**:

(0)لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي.

(1)أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكبر مما اعتدت.

(2)لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.

(3)أشعر بأن لي في المستقبل وأنه سوف يزداد سوءا.

13 ـ **فقدان الاستمتاع**:

(0)أستمتع بالأشياء بنفس قدر استماعي بها من قبل.

(1)لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه.

(2)أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالأشياء التي اعتدت أن استمتع بها.

(3) لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها.

14 ـ **مشاعر العقاب**:

(0)لا أشعر بأنه يقع على العقاب.

(1)اشعر بأنه ربما يقع عليا عقاب.

(2)أتوقع أن يقع على العقاب.

(3)اشعر بأنه يقع عليا عقاب.

15 ـ **نقد الذات**:

(0)لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد.

(1)أنقد نفسي أكثر مما اعتدت.

(2)أنقد نفسي على كل أخطائي.

(3)ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة.

16 ـ البكاء:

(0)لا أبكي أكثر مما اعتدت.

(1)أبكي أكثر مما اعتدت.

(2)أبكي كثيرا من أي شيء بسيط.

(3)أشعر بالرغبة في البكاء ولكني لا استطيع.

17 ـ فقدان الاهتمام:

(0)لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة.

(1) أهتم بالآخرين أو بالأمور أقل من قبل.

(2)لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون.

(3) من الصعب أن اهتم بأي شيء.

18 ـ انعدام القيمة:

(0)لا أشعر بأنني عديم القيمة.

(1)لا أعتبر نفسي ذو قيمة و ذو نفع كما اعتدت أن أكون.

(2)أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.

(3)أشعر بأنني عديم القيمة تماما.

19 ـ زيادة أو قلة النوم:

(0)لم يحدث لي أي تغير في نمط (نظام) نومي.

(1)

أ ـ أنام أكثر من المعتاد إلى حد ما.

ب ـأنام اقل من المعتاد إلى حد ما.

(2)

أ ـ أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير.

ب ـ أنام اقل من المعتاد بشكل كبير.

(3)

أ ـ أنام اغلب اليوم.

ب ـاستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتان و لا استطيع أن أعود للنوم مرة أخري.

20ـ ضعف أو زيادة الشهية:

(0) لم يحدث أي تغير في شهيتي.

أ ـ شهيتي اقل من المعتاد إلى حد ما.

ب ـشهيتي اكبر من المعتاد كثير.

(1)

أ ـشهيتي اقل كثيرا من المعتاد.

ب ـشهيتي اكبر كثيرا من المعتاد.

(2)

أ- ليست لي شهية على الإطلاق.

ب - لدي رغبة قوية للطعام طول الوقت.

21- الإرهاق أو الإجهاد:

(0)لست أكثر إرهاقا أو إجهاد من المعتاد.

(1)أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد.

(2)يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.

(3)أنا مرهق أو مجهد جدا لعمل اغلب الأشياء التي اعتدت عليها.