

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République algérienne démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement supérieur

Et de la recherche Scientifique

Université AKLI Mohand Ou hadj – Bouira –

Tasdawit Akli Muhand Ulhag – tubbiest -



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

البويرة

كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

تخصص علم النفس العيادي

عنوان المذكرة :

قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد (دراسة عيادية ل 5 حالات)

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة :

أشروف كبير سليمة

من اعداد الطالب :

• بشير محمد لمين

• قنون فاطيمة

السنة الجامعية: 2021/2020

شكر و عرفان

قال تعالى : لئن شكرتم لأزيدنكم (سورة ابراهيم الآية:07)

"كن عالماً، فإن لم تستطع فكن متعلماً، فإن لم تستطع فأحب العلماء، فإن لم تستطع فلا تبغضهم"

الحمد لله إلهي لا يطيب إلا بشكرك... ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ..

ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك.... ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ..

ولا تطيب الجنة إلا برويتك... سبحانك لك الحمد ولك الشكر ...

أننا نسأل الله عز وجل أن يتقبل منا هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم وأن يجزي عنا خير الجزاء أستاذتنا المشرفة
الدكتورة " أشروف سليمة " داعين الله تعالى أن يمتعها بالصحة والعافية لما تقدمه

لنا من جهد ونصح ومعرفة طيلة إنجاز هذا البحث

كما نتقدم بالشكر الجزيل لقسم علم النفس والأساتذة القائمين على عمادة وإدارة علم النفس

جامعة أكلي محند اولحاج البويرة

وإلى اللجنة المناقشة التي تكبدت عناء قراءة بحثنا وبيان نواقصه والإرشاد إلى إكماله.

وإلى كل من زرعوا التفاؤل في درينا وقدموا لنا المساعدات والتسهيلات

إهداء

أهدي ثمرة جهدي في هذا البحث المتواضع إلى من ساعدني طوال مشواري الدراسي

بالدعم و المساندة و التشجيع و وفروا لي الجو المناسب للدراسة و حثني على طلب العلم

في كل وقت إليك أنت أمي الحبيبة

إلى من رباني و وقف إلى جانبي دائما و كان نعمة السند لي في كل شيء و شجعني

دائما ماديا و معنويا إليك أنت أبي الحبيب

إلى ابنتي العزيزة سيليا التي أتمنى لها كل التوفيق في حياتها

إلى زوجي الحبيب و رفيق دربي أكلي

إلى كل من ساندني من قريب أو بعيد.

وإلى جميع طلبة ثانية ماستر علم النفس العيادي دفعة 2021

إهداء

أهدي ثمرة جهدي في هذا البحث المتواضع إلى من ساعدني

طوال مشواري الدراسي بالدعم و المساندة و التشجيع

و وفروا لي الجو المناسب للدراسة و حثني على طلب العلم

في كل وقت

إليك أنت أمي الحبيبة

إلى من رباني و وقفني إلى جانبي دائما و كان نعمه

السند

لي في كل شيء و شجعني دائما ماديا و معنويا

إليك أنت أبي الحبيب

إلى أختي العزيزة هدى

إلى حبيبي و قرة عيني نور

أتمنى له التوفيق في حياته

إلى إخوتي الذين لم تلدهم أمي حساء و عبدو و موح

إلى رفقاء الدرب الدراسي

إلى كل من ساندني من قريب أو بعيد.

وإلى جميع طلبة ثانوية ماستر علم النفس العيادي دفعة 2021

فهرس المحتويات

شكر و عرفان

اهداء

مقدمة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

5-3	.....	1- اشكالية الدراسة
5	.....	2- فرضيات الدراسة
6-5	.....	3- أهمية الدراسة
6	.....	4- أهداف الدراسة
7-6	.....	5- التحديد الاجرائي للمصطلحات
9-7	.....	6- الدراسات السابقة

الجانب النظري

الفصل الثاني : قلق المستقبل

11.....	.....	- تمهيد
		1- القلق
12	.....	1-1- تعريف القلق
13.....	.....	2-1- مستويات القلق
13.....	.....	3-1- أنواع القلق
15-14.....	.....	4-1- أعراض القلق
16-15.....	.....	5-1- أسباب القلق
20-16.....	.....	6-1- النظريات المفسرة للقلق
		2- قلق المستقبل
21-20.....	.....	1-2- تعريف قلق المستقبل
22-21.....	.....	2-2- مظاهر قلق المستقبل
24-22.....	.....	3-2- النظريات المفسرة لأسباب قلق المستقبل
25-24.....	.....	4-2- سمات ذوي قلق المستقبل

27-25	5-2- اسباب قلق المستقبل
27	6-2- التأثير السلبي لقلق المستقبل
28	7-2- اساليب العلاج
31-29	8-2- طرق التعامل مع قلق المستقبل
32	خلاصة

الفصل الثالث : التوحد وسيكولوجية الأمومة

34	- تمهيد
	1- التوحد
35	1-1- تعريف التوحد
37-35	2-1- خصائص التوحد
41-38	3-1- النظريات المفسرة لأسباب التوحد
43-41	4-1- تشخيص التوحد
49-44	5-1- التشخيص الفارقي للتوحد و اضطرابات أخرى
54-49	6-1- البرامج العلاجية و التربوية للتوحد
	2- الأمومة
55	1-2- سيكولوجية الأمومة
56	2-2- مراحل الأمومة
57-56	3-2- تصورات الأم حول الطفل المنتظر
58 - 57	4-2- استجابة الأم لاصابة ابنها باضطراب التوحد
59-58	5-2- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي
60	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : اجراءات الدراسة الميدانية

62	- تمهيد
62	1- الدراسة الاستطلاعية
63	2- منهج الدراسة
63	3- مجموعة الدراسة

68-64.....	4- أدوات الدراسة
68.....	خلاصة

الفصل الخامس :عرض النتائج ومناقشتها

70	1- عرض الحالات و تحليلها.....
70	2- تحليل عام للحالات ومناقشتها.....
70	3- الاستنتاج العام.....
71.....	4- خلاصة
75-72.....	5-المراجع
	6-الملاحق

يظهر الطفل المتوحد قصورا في مؤشرات السلوك التكيفي التي تتوزع على عدة جوانب منها الجانب التربوي لصعوبة إدراك المفاهيم، والجانب الاجتماعي لضعف القدرة على الاستغراق في العلاقات الاجتماعية، والجانب النفسي خاصة فيما يتعلق بالاستقلالية الذاتية والعناية الشخصية، كما يرتبط كذلك ببعض الاضطرابات النفسية وعدم الاستقرار والعدوانية، ببطء في النمو العقلي والمعرفي، نقص القدرة على التعبير مع عدم وضوح الألفاظ في كثير من الأحيان، كما يتميز الطفل المتوحد بحالة صحية قابلة للإصابة بالأمراض.

قد ينشأ عن وجود طفل متوحد في الأسرة، نوعا من الضغوط النفسية التي تؤثر على وظائف أفرادها، إذ يفرض ظروفًا وحاجات خاصة يستلزم التعامل معها، ويقع على عاتق الأم المسؤولية الكبرى في تلبية هذه الحاجات وتكون أكثر الأشخاص تأثرا بإصابة طفلها باعتبارها الشخص الأكثر اتصالا به، مما يجعلها تعاني من التوتر النفسي الذي يمتد من التفكير في رهن طفلها إلى التفكير في مستقبله، فتبرز لديها مشاعر الخوف حول مصيره والخوف من مواجهة المواقف المستقبلية، وعدم القدرة على تلبية كل المتطلبات التي تفرضها تبعات الإصابة لدى الطفل التعليمية، الصحية والاجتماعية ، وتشير ناهد سعود إلى أن قلق المستقبل جزء من القلق العام المعمم على المستقبل يمتلك جذوره من الواقع الراهن ويتمثل في مجموعة من البنى كتشاؤم وإدراك العجز في تحقيق الأهداف الهامة وفقدان السيطرة على الحاضر وتم التأكد من المستقبل ولا يتضح إلا ضمن إطار فهمنا للقلق العام (ناهد سعود شريف، 2005) .

وهذا ما دفع بنا في دراستنا هذه إلى محاولة الكشف عن قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، من خلال إجراء مقابلات نصف موجهة وعبر مقياس قلق المستقبل في هيكلية منهجية احتوت على تقسيم الدراسة إلى جزئين : الجزء الأول يضم الجانب النظري والجزء الثاني تناولنا فيه الجانب الميداني للدراسة ولقد سبق الجانبين النظري و التطبيقي الفصل الأول المتمثل في الاطار العام للدراسة و الذي يضم اشكالية الدراسة وأهميتها، كما حددنا أهداف الدراسة وأهم المفاهيم الإجرائية الأساسية فيها، إضافة إلى ذلك فقد قمنا بعرض الدراسات السابقة التي تعتبر الزاد والتراث النظري لأي باحث أثناء دراسته، أما الفصل الثاني حول قلق المستقبل تناولنا من خلاله تعريف القلق ثم تناولنا قلق المستقبل الذي ضم تعريف القلق المستقبل ومظاهره، أسبابه، وكذلك سمات ذوي قلق المستقبل، التأثير السلبي لقلق المستقبل، وطرق التعامل مع قلق المستقبل .

وفيما يخص الفصل الثالث عن التوحد الذي تطرقنا فيه إلى تعريف اضطراب التوحد ، خصائصه ، النظريات المفسرة لأسبابه، و التشخيص وتطرقنا فيه أيضا الى تصورات الأم حول الطفل المنتظر استجابتها لإصابة ابنها و أهمية دورها بالنسبة له.

وفيما يخص الجانب التطبيقي فقد تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة ثم الدراسة الأساسية، وتطرقنا فيه إلى مجموعة الدراسة، وأدواتها .

في الأخير، ثم التوصل إلى عرض خاتمة الدراسة، وككل بحث علمي تم الاعتماد على مجموعة من المصادر والمراجع متنوعة بمجموعة من الملاحق .

الفصل الأول : الاطار العام للدراسة

- 1- اشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- أهداف الدراسة
- 5- التحديد الاجرائي للمصطلحات
- 6- الدراسات السابقة

1- الإشكالية :

تعد اللحظة التي يتم فيها اكتشاف إعاقة طفل في الأسرة مرحلة حاسمة تؤدي لتغيير جذري في المسار النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي والسلوكي للأسرة عامة وللمأم خاصة حيث أن هذا الاكتشاف يضع الوالدين والأم خصوصا أمام واقع صعب سواء كانت الإعاقة : جسدية كالنشوهات أو حركية أو حسية كالإعاقة البصرية أو السمعية، أو عقلية كالتخلف العقلي، وقد تكون اضطرابا من الاضطرابات النمائية الارتقائية كالتوحد.

وفي هذا الصدد تشير العديد من الأبحاث والدراسات على أن الأسر التي تضم فردا من ذوي الاحتياجات الخاصة تعيش تحت ظروف ضاغطة نفسيا، اجتماعيا، واقتصاديا، فقد أسفرت نتائج دراسة لراف الله بوشعراية وفتح الداخ طاهر، (2017) حول الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى أباء وأمهات أطفال التوحد، وذلك على عينة قدرت ب (60) أما وأبا أنه توجد فروق في مستوى الضغط النفسي بين الأباء والأمهات لصالح الأمهات . (بوشعراية، الداخ، فبراير 2017)

يعتبر التوحد أكثر الاضطرابات خطورة وتعقيدا إذ يتسم الطفل المصاب به بالانعزال عن الآخرين وقطع الصلة بهم وتتجلى خطورة هذا الاضطراب في كونه لا يقتصر على جانب واحد من شخصية الطفل بل يمتد تأثيره ليشمل جوانب عدة منها كما أنه يحدث نتيجة اضطراب عصبي ويؤثر على الطريقة التي من خلالها تتم جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ، مسببا مشكلات في المهارات الاجتماعية وعدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ والتصور والبناء والتخيل ويؤدي أيضا إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي (يحي، 2000) .

وباعتبار التوحد عجز أو اضطراب في النمو، فإن هذا ما يجعل الطفل في تبعية دائمة للمأم وذلك لعدم قدرته على تحقيق حاجاته ورغباته بمفرده وبالتالي فهو غير قادر على تحمل مسؤولية نفسه، وهذا ما يدفع للاهتمام أكثر بهذا الاضطراب نظرا لتأثيره على الطفل الذي يكون منطوي ومنسحب من المجتمع وكذلك أثره على العائلة وخاصة الأم حيث غالبا ما يكون الإنكار أول ردة فعل لها يليها عدم التقبل والغضب والاعتقاد بأن توحيدية ابنها ناتجة عن خطأ شخص ما، وقد تستسلم بعدها للهيم والغم والشعور بالإحباط والاكنتاب وكلها ردود أفعال طبيعية تتكرر عند الأم ، (محمد السيد وآخرون .1994)

فمع وجود طفل مصاب بالتوحد قد تتأزم الحالة العامة للمأم (البطانية، 2007) .

فالطفل المتوحد له خصائص تختلف عن الآخرين نظرا لإمكانياته المحدودة ولما يعاني منه من قصور في السلوك وانخفاض في مستوى الذكاء العام ومحدودية معارفه تجعله غير قادر على تحقيق توقعات والديه وعدم استقلاليته إضافة إلى متطلبات الرعاية والعناية به كلها عوامل تساهم في نشأة القلق والخوف و الضغط النفسي للألم و التفكير الدائم في مستقبله وحول قدرتها و عدم قدرتها على العناية به .

حيث أن التفكير الناشئ عن قلق المستقبل يعد من العوامل التي تتشكل من دوافع قوية كالتوتر العصبي ويعتبر هذا القلق رد فعل لخوف مرتقب يتدرج من الارتباك والاضطراب حتى يصل إلى الرعب التام، وهو مسبوق بشكل حقيقي أو رمزي بطرق من التهديد الذي يدركه الفرد سريعا ويستجيب له بشدة، فالقلق من المستقبل وما يحمله من مفاجآت وتغيرات تتخطى قدرة الكائن الحي على التكيف معها وهذا يجعل التوتر النفسي شديدا لاسيما لدى أمهات أطفال التوحد .

ينتج قلق المستقبل عن التفكير في المستقبل ، و الشخص الذي يعاني من قلق المستقبل هو الشخص الذي يعاني من التشاؤم من المستقبل و الاكتئاب ، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس، كما انه يتميز بحالة سلبية و الانطواء، و الحزن و الشك، والتثبيت وعدم الشعور بالأمن(الحسيني، 2011) .

ويعرف قلق المستقبل على أنه خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها خوف غامض نحو ما يحمله الغد الأكثر بعدا من صعوبات ، و التنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة و الشعور بالانزعاج و التوتر و الضيق عند الاستغراق في التفكير فيها ، و الشعور بان الحياة جديرة بالاهتمام ، مع الشعور بفقدان الأمن أو الطمأنينة نحو المستقبل ، و هو حالة انفعالية نحو المستقبل تتسم بالتوتر و توقع الشر و الخوف من حدة المشاكل الحياتية المتوقعة سواء كانت اقتصادية أو إجتماعية أو سياسية ، وقد يصاحب هذه الحالة العديد من الاضطرابات التي تؤثر سلبا على سلوك الفرد (الصفدي، 2012)

وتعرفه زينب شقير، بانه خلل أو اضطراب نفسي المنشأ، ينجم عن خبرات ماضية غير سارة ، مع تشويبه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات، من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية الغير سارة، مع تضخيم للسلبيات ودحض للايجابيات الخاصة بالذات والواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن مما قد يدفعه لتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، وتؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، التفكير بالمستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس . (عقدان، 2015)

فقلق المستقبل هو التفكير بسلبية، والتطلع بنظرة سلبية تشاؤمية للحياة، وعدم القدرة على مواجهة أحداث الحياة ، فيكون الشخص في تفكير مستمر على الرزق و المكانة و الصحة والأسرة وغيرها وما تصاحبها من مشكلات وضغوطات ، مما يدفع إلى الشعور بالخوف و عدم الاطمئنان من المستقبل، فاستنادا لما ذكرنا نرى أن الأمهات في الحالة الطبيعية قلقات على أسرهن ومكانتهن و عملهن ومستقبل أبنائهن وذلك لما يشهد العصر من تغيرات كثيرة، لكن السؤال هنا إذا كان الوالدان في الحالة الطبيعية يشعرون بالقلق نتيجة هذه التغيرات فكيف بأمهات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فكيف بأمهات الاطفال المصابين باضطراب التوحد كيف سيكون وضعهم ؟ ومن هنا جاء تساؤل دراستنا كما يلي :

هل تعاني أم الطفل المصاب بالتوحد من درجة قلق مستقبل مرتفعة ؟

2- فرضية الدراسة :

تعاني أم الطفل المصاب بالتوحد من درجة قلق مستقبل مرتفعة .

3- أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة الحالية في موضوعها البحثي، إذ تتناول قلق المستقبل باعتباره تخمينا سيكولوجيا أصيلا في الدراسات العادية وكونه يمثل معاشا انفعاليا خاصا يجعل الشخصية في وضعية التوتر وخوف من المستقبل، كما تستمد أهميتها كذلك من متغير العينة، إذ تبحث في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد حيث يعتبر من أكثر أشكال العجز التي تترك تبعات نفسية واجتماعية في شخصية الوالدين خاصة الأم باعتبارها أكثر احتكاكا بالطفل وباعتبار هذه الأخيرة امتداد بيولوجي للأم و أيضا بالنظر إلى خصائص الطفل الذي يكون في حاجة إلى رعاية خاصة تشمل التربية الاعتيادية والاهتمام المادي والصحي والتربوي، ويمكن إيجاز أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

- تتجلى أهمية الدراسة في التعرف على معاناة هاته الأمهات وذلك من خلال الوقوف على التأثيرات النفسية التي يسببها اكتشاف التوحد عند الطفل لديهن لأن مسؤولية الأم قد تتخللها صراعات وإحباطات قد يسودها اضطرابات نفسية مختلفة .

- تكمن أهمية الدراسة في التعرف على قلق المستقبل وأسبابه وكذلك الكشف والتعرف على تأثيره السلبي في حياة أمهات أطفال التوحد.

- أهمية الموضوع في حد ذاته قلق المستقبل في عصر تفتت فيه الأمراض الاجتماعية والنفسية التي يفتقد فيها الفرد الشعور بالأمن والطمأنينة.
- تركز الدراسة على عينة مميزة وحساسة وهي أمهات أطفال اضطراب التوحد، منصبة على دراسة قلق المستقبل الذي يعترضهن، في ضل تواجد اضطراب التوحد في الأسرة
- توضيح للقائمين على الخطط التأهيلية بمؤسسات التوحد بمراعاة الجانب النفسي لأم الطفل المصاب بالتوحد.
- إجراء دراسة ميدانية حول هذا الموضوع للاستفادة من نتائجها في مجال تقديم خدمة نفسية إرشادية لهؤلاء الأمهات.

4- الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى :

- الكشف عما إذا كانت أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من درجة قلق مستقبل مرتفعة .

5- تحديد مفاهيم الدراسة :

قلق المستقبل:

تعريف زينب محمود شقير: « خلل أو اضطراب نفسي المنشأ، ينجم عن خبرات ماضية غير سارة مع تشويه و تحريف ادراكي معرفي للواقع او للذات من خلال استحضار الذكريات و الخبرات الماضية غير السارة، مع تضخيم للسلبيات و دحض الإيجابيات الخاصة بالذات و الواقع ، تجعل من صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه لتدمير الذات و العجز الواضح و تعميم الفشل و توقع الكوارث، و تؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، و قلق التفكير في المستقبل و الخوف من المشكلات الاجتماعية و الاقتصادية المستقبلية المتوقعة، و الأفكار الوسواسية و قلق الموت و اليأس.

(بلكيلاني، 2008).

إجرائيا :

و يعرف قلق المستقبل إجرائيا في هذه الدراسة بأنه مجموعة الدرجات التي يحصل عليها أفراد مجموعة الدراسة على مقياس قلق المستقبل لزينب شقير .

التوحد:

اضطراب نمائي سلوكي يتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحاذثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ,ويحدث هذا الاضطراب دائما قبل سن 3سنوات.

(المغلوث, 2006)

إجرائيا :

هو اضطراب الذي يصيب الأطفال في سن مبكرة ما بين 2-3 سنوات ويؤثر على التفاعل الاجتماعي و مهارات التواصل اللغوي والبصري لدى الطفل و يحدد الطفل المصاب بالتوحد بناءا على تشخيصه في المراكز النفسية البيداغوجية.

الطفل التوحدي: هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 3 سنوات إلى 14 سنة والذين يدرسون ب المراكز النفسية البيداغوجية الذين خضعوا للتشخيصات الطبية و العقلية و النفسية و التربوية والتي أكدت إصابتهم باضطراب لتوحد.

أم الطفل المصاب بالتوحد: تعرفه الدراسة إجرائيا بأنها " الأم التي شخص ابنها بإحدى درجات التوحد من قبل الأخصائيين والمسجل في المركز النفسي البيداغوجي الخاص بالتوحد ولا تعاني من اعاقه وهي غير مطلقة .

6- الدراسات السابقة :

تعتبر الدراسات السابقة الخلفية النظرية لأي دراسة علمية، فطابع التراكمية الذي يتميز به العلم يسمح باتساع دائرة المعارف وتوارث المعطيات العلمية من طرف الأجيال و انتقالها من زمن إلى آخر وهذا ما يجعل أي باحث علمي ينطلق في دراسته وفق الخلفية النظرية لموضوع دراسته، وفيما يتعلق بموضوع هذه الدراسة فهناك مجموعة من الدراسات و التي يمكن عرضها كالاتي:

- دراسة حسين (1999):

هذه الدراسة تهدف إلى التعرف على قلق المستقبل لدى الشباب المتخرجين من الجامعات، أنه لا بد من التسليم بأن قلق المستقبل يكون بفعل عوامل اجتماعية ثقافية، وهذا معناه أن هناك أمر داخل المجتمع تستثير التوجس والخوف من الأيام المقبلة التي تعتمد على تغيرات الفرد الحياتية، فضلا عن ذلك يذكر الباحث أننا يمكن أن نسلط الضوء على طبيعة المناخ الاجتماعي المهيأ لحالة القلق من المستقبل فيما يلي: أزمة السكن، ضغوط الحياة، ارتفاع الأسعار، غياب العدالة التوزيعية، قلة فرص العمل لخريجي الجامعات والمعاهد

- دراسة حسنين (2000) :

يؤكد على وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل ومستوى الطموح لدى الشباب وأن الشباب الطموح يتميز بالاتزان وقادر على مواجهة المواقف التي تواجهه في تحقيق أهدافه لذلك فهو أكثر ثقة في المستقبل.

- دراسة العزوي (2002):

هدفت الدراسة لبناء مقياس القلق المستقبل لدى طلبة الصف السادس إعدادي والتعرف على مستويات القلق، كما هدفت إلى التعرف على علاقة قلق المستقبل بالتحصيل العلمي، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين قلق المستقبل لدى طلبة بمتغيري الجنس و التخصص وتألفت عينة الدراسة من (481) طالبا وطالبة بفرعيه العلمي والأدبي للمدارس الصباحية مديرية تربية بغداد الرصافة وتوصلت إلى النتائج التالية: قلق المستقبل لدى طلاب السادس إعدادي منخفض، كما أشارت إلى وجود علاقة ضعيفة جدا بين قلق المستقبل والتحصيل الدراسي، كما اظهرت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ولصالح الإناث، كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية ولصالح تخصص الأدبي.

- دراسة كاتينو (2004):

تشير إلى دراسة قلق المستقبل من منظور إرشادي علاجي بحيث يتضمن إعطاء نصائح وتفسيرات للأطفال والمراهقين لأن عدم الاهتمام بتقديم إرشادات سوف يصيب المراهقين و الأطفال بأمراض جسدية ناتجة عن هذا القلق، حيث أوصت الدراسة بإعطاء تفسيرات منهجية متعلقة بعملية التوجيه والإرشاد لبحث قلق المستقبل ومن الممكن تقديم ذلك في شكل اقتراحات للأطباء الإكلينيكيين لمعالجة المراهقين و الأطفال الذين يعانون من قلق المستقبل.

- دراسة مصطفى القمش (1994):

تهدف إلى الكشف عن المشكلات التي يعانيها الأطفال المتوحدين داخل الأسرة بناء على الاستراتيجيات التي يستخدمها الوالدين في التعامل معه، وتكونت العينة من "220" طفل متوحد تراوحت أعمارهم من سنة إلى 08 سنوات، طبق عليهم مقياس للتعرف على مستويات حدوث المشكلات لدى الأطفال المتوحدين داخل الأسرة، ومقياس استراتيجيات الوالدين في التعامل مع الأطفال المتوحدين، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية نحو الآخر ونحو الذات، كما كشفت النتائج أيضاً أن الاستراتيجيات الوالدية المستخدمة معهم هي: العقاب الجسدي، الحرمان، العزل، السب والتوبيخ اللفظي.

- دراسة (Little, al 2002) :

تهدف إلى التعرف العوامل المؤثرة على تكيف أمهات أطفال التوحد وتوصلت الدراسة إلى أن الأعراض الاكتئابية مرتفعة وهذا لنقص الدخل وسلوك الطفل المتوحد و عدم وجود دعم وحماية.

- دراسة فيلد (2003):

هدفت إلى التعرف على آثار وجود طفل متوحد على احتمال تعرضه للإساءة من خلال استجابات الأطفال لسلسلة من صور الإساءة المحتملة والذين تم التعامل معهم في قسم حماية الطفل بجورجيا، وقد أوضحت النتائج أن الأطفال المتوحدين معرضين وبشكل كبير من الأطفال الأسوياء إلى الإساءة والإهمال من قبل والديه

الجانب النظري

الفصل الثاني : قلق المستقبل

- تمهيد

1- القلق

1-1- تعريف القلق

1-2- مستويات القلق

1-3- أنواع القلق

1-4- أعراض القلق

1-5- أسباب القلق

1-6- النظريات المفسرة للقلق

2- قلق المستقبل

2-1- تعريف قلق المستقبل

2-2- مظاهر قلق المستقبل

2-3- أسباب قلق المستقبل

2-4- سمات ذوي قلق المستقبل

2-5- التأثير السلبي لقلق المستقبل

2-6- طرق التعامل مع قلق المستقبل

خلاصة

تمهيد:

يعد القلق ظاهرة اعتيادية يعيشها الإنسان ويتميز بها دون سائر المخلوقات الحية، فهو مرافق لحرية الإنسان و اضطراره لاختيار مسالك لا تتفق ورغباته رضوخا لمطالب المجتمع، ولعدم القدرة على تحقيق رغباته بسبب عوائق تحقيقها التي تتزايد مع تزايد ضغوط الحياة الحديثة ومطالب العيش، ولا ننسى أن القلق العادي يتميز عن القلق المرضى في الظروف الحياتية التي تحيط بالقلق لا تسوغ شعور الإنسان بالقلق وأن هذا القلق يستند إلى عناصر خيالية ودوافع لا شعورية وأنه يتكرر ويستمر، ولذلك يعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في الشخصية الإنسانية، حيث يعد من أهم الموضوعات التي تفرض نفسها في اجتهادات الباحثين لما له من أهمية وعمق و ارتباط باغلب المشكلات النفسية، ولذلك لا يمكن الحديث عن قلق المستقبل إلا في ضوء القلق بشكل عام.

1- القلق :

1-1- تعريف القلق:

في اللغة الإنجليزية يقابل مصطلح Anxiéty حيث يعرفه معجم أكسفورد Oxford على أنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من خوف وعدم التأكد من المستقبل.

ويعرفه الهيئي القلق بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال الصراعات والدوافع ومحاولات الفرد التكيف.

وعرفه شافر ودوركس تعريفا سلوكيا: استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (فرج، 2008) .

القلق هو حالة وجدانية تمتلك الإنسان، ترتبط بشيء غير واضح قد يكون موجودا أو غير موجود، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم (القيس صموئيل، دس).

K.Horney: "القلق هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجه إلى المكونات الأساسية للشخصية ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل الحرية ، حيث الحياة، إنجاب الأطفال، ومنها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص وثقافته وبيئته ومرحلة نموه وجنسه مثل السمعة، والمركز الاجتماعي والاقتصادي ويتخذ القلق مظاهر سلوكية مختلفة كالحذر والحيطه والخوف، وهذا القلق يسلب بالتدرج السمات الأصلية للفرد ويرمي بعيدا عن ذاته الحقيقية (زهران، 1992)

القلق في معظم الأحوال هو أحد الانفعالات الطبيعية التي يمكن أن يشعر بها أي إنسان إذا تعرض لموقف ما يستدعي هذا الانفعال وهو استجابة طبيعية فيها إعداد وتهيئة للإنسان لمواجهة الأخطار وتجربة القلق هنا هي شعور و انفعال طبيعي تام إذا كانت تتناسب مع المواقف أو الشيء الذي تسبب في هذا القلق (الشريبي، دس)

ويعرفه عكاشة بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، الذي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل: ضيق في التنفس والشعور بنبضات القلق أو الصداع (عكاشة، 1998)

1-2- مستويات قلق المستقبل:

تنقسم مستويات قلق المستقبل إلى ثلاثة مستويات:

أ- المستوى المنخفض: يحدث حالة التنبيه العام، ويزداد تيقظه، و ترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، وتزداد القدرة على المقاومة والتحفز على المواجهة

ب- المستوى المتوسط : يصبح الفرد هنا أكبر قدرة على السيطرة، ويزداد السلوك في مرونته وتلقائيته على الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب و الملائم لهواقف الحياة المتعددة.

ج- المستوى العالي: هنا يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد ويصبح الفرد غير قادر على التمييز الدقيق بين المنبهات الضارة وغير الضارة، ويظهر في صورة المصاب بالقلق العصابي وتشتت فكره، ووحدته وسرعة تهيجه و عشوائية سلوكه (إبراهيم بن محمد، 2008).

1-3- أنواع القلق:

يصنف القلق إلى نوعين أساسيين:

أ- القلق العادي Normal anxiety :

هو أقرب إلى الخوف (فوبيا Phobia) لأن مصدره معروف لدى ذهن المصاب وهذا النوع مرتبط بالبيئة، ويطلق عليه بالقلق الموضوعي Objective Anxiety فهو يعزى إلى الخبرة المؤلمة الأولى إلى إثارة مشاعر الإحساس بالقلق وجعله طابع الشخصية أي القلق الأولي (Primal Ansciety)، وقد يشير إلى أن صدمة الميلاد تسبب في حدوث هذا القلق أصلا والمتمثلة بخروج الطفل من بطن أمه إلى الدنيا، ويعرف بأنه ما يشعر به الطفل وينمو معه وهو وحيد و عاجز إزاء البيئة المحيطة به حتى يطلق عليه تسمية (القلق الحقيقي). (محمد الخالدي، 2015).

ب- القلق المرضي:

وهذا النوع من القلق مبهم المصدر أي أن مصدره غير معروف والمصاب به لا يدركه، وكل الذي يحدث أنه يشعر بخوف غامض منتشر و عام و غير محدد (المرجع نفسه 2015) .

1-4-أعراض القلق:**أ- الأعراض الجسمية :**

شحوب الوجه، واتساع فتحة العين، وتعبير الخوف على الوجه، وبرودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس والشعور بالاختناق، جفاف الحلق، وصعوبة البلع، وعسر الهضم والام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة والشعور بالانتفاخ وكثرة الغازات وصعوبة التبول.

ومن الأعراض الجسمية للقلق أيضا الضعف العام ونقص الطاقة والحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، والأزمات العصبية مثل: اختلاج الفم، قنط الشارب، مص الإبهام وقضم الأظافر، ورمش العينين (العناني، 2000)

ب- الأعراض النفسية والاجتماعية:

الشعور بالخوف وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز و النسيان وكذلك الأرق وعدم القدرة على النوم.

وتسيطر على الفرد في حالات القلق مشاعر الإكتئاب و الشعور بالعجز عند اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة اتخاذ قرارات لا تتفد مع الميل الشديد لنقد الذات ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله.

كما سيبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية (إبراهيم، 1994)

ج- الأعراض المعرفية:

وتتضمن العديد من الخصائص المعرفية كالأتي:

- 1- التطرف في الأحكام، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص القلق و المتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا فيما يبدو وما سبب له التعاسة و القلق.
- 2- كذلك ميل العصائيين إلى التصلب أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير،
- 3- يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس و الحياة، لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلط ، والجمود العقائدي مما يحول بينهم وبين الحكم المستقبل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

4- هم يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك (إبراهيم، 1994).

د-الأعراض النفسجسمية : و تتمثل فيما يطلق عليه بالأعراض السيكوسوماتية أي تلك الأمراض العضوية التي يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها أو في زيادة أعراضها ، كالدبحة الصدرية، و الربو الشعبي، و جلطة الشرايين التاجية ، وروماتيزم المفاصل و البول السكري وقرحة المعدة و الاثني عشر، و القولون العصبي، الصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي. (صبرة، 2004)

1-5- أسباب القلق :

تعددت أسباب القلق وأهمها:

- استعداد وراثي في بعض الحالات، وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- الاستعداد النفسي او الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد، والأزمات والمتاعب أو الخسائر المفاجئة و الصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، و المخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي
- ومن الأسباب النفسية كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل ، اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا....، و الحلول الخاطئة وكثرة المحرمات.
- مواقف الحياة الضاغطة والضغط الحضارية والثقافية و البيئية الحديثة ومطامح المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهجم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، و اضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة و الوالدان العصبيان القلقان أو المنفصلان وعدوى القلق وخاصة من الوالدين
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيوخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط الذكريات الصراعات في الماضي و الطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان.
- التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا وعاطفيا وتربويا) والخبرات الجنسية الصادمة الخاصة في الطفولة والمراهقة، والإرهاق الجسمي و التعب والمرض.

- الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص
- عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات (زهران، 2005)
- ربط سيجموند فرويد "Freud بين الفلق وبين إعاقة" الليبيدو ومن الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة أوديب أو عقدة إليكترا وعقدة الخصاء (غير المحلولة)، وأرجع أدلر *Adler القلق إلى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي أو الاجتماعي و إلى تهديد أسلوب حياته، وعزا أوتو رانك "Rank" القلق إلى صدمة الميلاد فهي تؤدي إلى باكورة القلق أو القلق الأولي، وأرجعت كارين هورني Horney القلق إلى ثلاثة عناصر هي: الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.
- ويرى السلوكيون أن القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك (المرجع نفسه، 2005).
- العمر: تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة الفرد بحيث يزداد القلق لعدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة كذلك لدى المسنين، فيظهر القلق لدى الأطفال باعراض مختلفة خاصة لدى الراشدين فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخجل وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحد من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج الاضطرابات الوظيفية (فرج، 2008).

1-6- النظريات المفسرة للقلق :

أ-نظرية التحليل النفسي:

فسر أصحاب النظريات النفسية القلق تفسيرات مختلفة أرجعوها إلى عدة عوامل مرتبطة بالجهاز النفسي ومن ضمنهم تفسيرات فرويد Freud للقلق، حيث أرجع القلق اللاشعوري إلى التهديدات التي تنذر بالخطر من كل من الهو والمواد المكبوتة وهي تبحث عن إشباع رغباتها الجنسية والعدوانية وما تقوم به "الأنا" بمنعه وكبته من مواد محصورة يتراكم ويتفاعل ويضغط محاولا التغلب على دفاعاتها الظهور إلى حيز الشعور، كلما تزايدت هذه التهديدات تزايد شعور الفرد بالخطر ومن ثم القلق الذي يعمل حينئذ بمثابة إنذار بالنسبة لنا بأن الخطر سريبع، وحاول فرويد Freud أن يفهم معنى القلق العصابي حيث لاحظ فرويد وجود علاقة بين القلق وبين الحرمان الجنسي حيث لاحظ أن جميع مرضاه الذين يشكون من القلق يشكون من الحرمان الجنسي أو من وجود عوائق تمنع من تفريغ الطاقة الجنسية و إشباع الرغبات الجنسية. (فرويد، 1992)

ولاحظ كذلك فرويد Freud ظهور أعراض الهستيرية وأن المرضى المصابين به لا يستطيعون إظهار حقيقة الأشياء التي يخافونها، وهم غالبا يحاولون تفسير خوفهم بإرجاعه إلى بعض المخاوف المرضية من الخوف من الجنون أو الخوف من الموت، ولكن إذا حللنا هذه الأعراض التي يظهر فيها القلق، يتبين لنا أن هناك عملية عقلية طبيعية، هي في الأغلب جنسية قد منعت من الظهور في الشعور، أي أنه لعبت وأن الحالة الوجدانية التي كانت مصاحبة لهذه العملية العقلية قد تحولت إلى قلق، فالقلق إذن عملية متداولة، تستبدل بجميع الحالات الوجدانية أو يمكن أن تستبدل بها حينما يتعرض مضمونها العقلي للعبت.

أما بالنسبة للمخاوف المرضية فيرى فرويد أن الرغبة الجنسية التي لم تشبع تتحول إلى القلق (فرويد، 1992)

ب- النظرية السلوكية :

و القلق في النظرية السلوكية استجابة مكتسبة، فقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (العناني، 2000).

ولأن المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي (محمد جيل، 2000).

ووجهة نظر السلوكية متباينة تماما لوجهة نظر التحليل النفسي، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ولا يتصورون الديناميات النفسية، أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورة منظمات الهو و "الأنا" و "الأنا الأعلى" كما يفعل التحليليون، بل إنهم يفسرون القلق على ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط المثير الجديد بالمثير الأصلي، ويصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعني أن مثيرا محايدا يمكن أن يرتبط بمثير آخر، من طبيعته أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادرا على استدعاء استجابة الخوف مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور، وعندما ينسى هذا الفرد هذه العلاقة تجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي، ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف فإن الفرد سيشعر بهذا الخوف المبهم الذي هو القلق وقد استطاع الباحث جون واطسون

J.Watson أن يخلق خوفا لدى الطفل "ألبيرت Albert" الذي كان يبلغ من العمر إحدى عشر شهرا وكان قد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب، ثم شرط واطسون Watson رؤية الطفل هذا الحيوان بمثير مخيف في أصله، وهو سماع صوت عالي مفاجئ، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي يسر ويفرح

لرؤيته من قبل، ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين، مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها لكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للقلق (صبري محمد وآخرون، 2004)

ج- نظرية التعلم الاجتماعي:

دمجت هذه النظرية بين المفاهيم والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية، حيث ركز بندورا Bandura "وزملاؤه على دراسة نوع آخر عن التعلم هو التعلم بالملاحظة الذي يعد الآن نمطا أساسيا للتعلم، يختلف عن كل من الاشتراط الإجرائي والكلاسيكي فليس بالضرورة أن يعزز السلوك خارجيا في كل الأحوال حتى يكتسب. (فرج، 2008). ولقد ظهر لديهم بوضوح دور التعلم بالملاحظة في اكتساب السلوك وتطور المرض النفسي في البشر، فوجود صديق قلق مثلا قد يؤثر بقوة في الفرد الآخر على الرغم من أن أيا منهما لا يبدو واعيا بمثل هذا التأثير، وترتكز هذه النظرية على الدور القوي الذي تلعبه أفكارنا ومشاعرنا حول ذاتنا في الاعتبارات التي نقوم بها، وعلى سبيل المثال فإن لدى المرضى النفسيين اتجاهاتهم وتوقعاتهم حول الكيفية التي يظهر بها سلوكهم واحتمالية قدرتهم على تغييره، ولقد بحث بندورا ثلاثة آثار للتعلم بالملاحظة وهي:

أ- تعلم استجابة جديدة.

ب- كف سلوكيات ممنوعة سبق العقاب عليها.

ج- تسهيل ظهور استجابات تقع في حسيطة الملاحظة.

كما أشار بندورا Bandura إلى سلوكنا السوي أو المضطرب يتم في ظل ما سماه بالحتمية التبادلية، حيث يرى أن الناس لا ينتفعون بفعل تأثير القوى الداخلية فقط، ولا يندفعون قسرا بفعل المثيرات البيئية، وأن الوظائف التنفسية يمكن شرحها أفضل في شكل تفاعلي تبديلي مستعيرين الشخص والمحددات البيئية أي في السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية (فرج، 2008).

د- النظرية المعرفية :

يعتبر جورج كيلبي من علماء النفس الذين أعطوا المعرفة الإنسانية وزنا في تفسير الشخصية في حالتها السواء والمرض، حيث يرى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن

تفسيره أكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع من الخوف من المستقبل. ويرى بيك "Beak" أن القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي شوه تفكيره موضوعات الخطر والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها، وانخفاض القدرة على التمتع أو التفكير المتعلق فيها وتقويتها بموضوعية (فرج، 2008)

هـ- النظرية الإنسانية :

تمثل المدرسة الإنسانية امتداد للفكر الوجودي، ولذا يرى الإنسانيون أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فإن المثير الأساسي للقلق كما يرون هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه وفشله في اختبار أسلوب حياته وخوفه من احتمال حدوث الفشل في أن يحيا الحياة التي يريدها، وأنه هو الكائن الوحيد الذي يدرك أنه سوف يموت يوماً ما وفي لحظة ما، ويزداد قلق الإنسان إذا ما فقد بعضاً من طاقته وقدرته لاعتلال في الصحة أو إصابة لا شفاء له منها أو إذا تقدم به السن، حيث يعني ذلك انخفاض الفرص المتاحة أمامه.

ولعل من أهم من يمثل هذا الفكر هو ماسلو Maslou و روجرز Roger حيث يعتقد ماسلو أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجلب الإحباطات وإعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة هزم الحاجات إلا أن عدم تحقيق هذه الحاجات لا يمكن أن يؤدي إلى القلق، كما يزي روجرز Rogers أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد التعارض بين إمكانياته وطموحاته، أو بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية، وباختصار فإن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات (فرج، 2008).

و- نظرية حالة السمة:

كشفت الأبحاث التحليلية العاملية لكائل وشاير kattle, chayr عن وجود نوعين من مفاهيم القلق أطلق عليها سمة القلق Treat anxiety وحالة القلق Stat anxiety والنوعان الأخيران أكثر أنواع القلق شيوعاً في التراث النفسي.

وتصور حالة القلق كظرف أو حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي ويشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد، وتختلف شدة الحالة تبعاً لما يستشعره كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه كما تزول بزوال مصدر الخطورة والتهديد وتتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن تبعاً للموقف المهدد للفرد، ويعتقد سبيلبرجر "spicilerger" أن سمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبياً في القابلية للقلق تشير إلى الاختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع شدة القلق وسمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة، حيث أنها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطيرة ومحدودة (السيد عثمان، 2001)

2- قلق المستقبل :

2-1- تعريف قلق المستقبل: (Future anxiety)

يشير عبد الخالق أن قلق المستقبل هو: انفعال غير سار وشعور مكرر بالتهديد أو هم مقيم وعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس دائم بالتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وغالباً ما يتعلق هذا بالخوف من المستقبل (عبد الخالف أحمد خيرى، 1989)

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

- واعتبره توفلر Tofler قلق المستقبل عرضاً حقيقياً سببه التغير وقد وصفه بتعابير طبية نفسية.

- ورأى توماس (Thomas 1969) أن قلق المستقبل هو الخوف من شر مرتقب نحو المستقبل

- وذكر برنار هاملتون " أن قلق المستقبل هو القلق الناتج عن التفكير أو الأفعال اتجاه المستقبل (علي المشيخي، 2009).

- ويشير معوض بأنه القلق الناتج عن التفكير في المستقبل و الشخص الذي يعاني من قلق المستقبل هو

الشخص الذي يعاني من التشاؤم من المستقبل والاكتئاب والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس، كما أنه يتميز بحالة من السلبية والانطوائية والحزن والشك والتشتت و النكوص وعدم الشعور بالأمن (معوض عبد التواب، 1996)

- وتعرف ناهد سعود قلق المستقبل بأنه جزء من القلق العام المعمم على المستقبل يمتلك جذوره من الواقع الراهن ويمثل في مجموعة من البرى كتشاؤم وإدراك العجز في تحقيق الأهداف الهامة وفقدان السيطرة على الحاضر وتم التأكد من المستقبل ولا يتضح إلا ضمن إطار فهمنا للقلق العام (ناهد سعود شريف، 2005)
- أما في تعريف ل "العوادي هو انفعال مركب من الخوف اللامنطقي الناتج عن توقع التهديد و احتمال حدوث خطر على الإنسان نفسه ولغيره من الناس أو ممتلكاته (العوادي قاسم هادي، 1992)
- ويرى عشيري أن قلق المستقبل هو خيبة ارفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها الخوف الغامض نحو ما يحمله الغد الأكثر بعدا عن صعوبات والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة والشعور بالتوتر والضيق والانقباض عند الاستغراق في التفكير فيها وضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات والإحساس بان الحياة غير جديرة بالاهتمام والشعور بعدم الأمن والطمأنينة نحو المستقبل، والانزعاج وفقدان القدرة على التركيز والصداع (عشيري ، 2004 ،
- وفي ضوء ما تم استعراضه لمفهوم قلق المستقبل ترى الباحثة بان قلق المستقبل هو خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع والذات من خلال استحضار الذكريات والخبرات الماضية غير سارة مع تضخيم للسلبيات ودحض الإيجابيات الخاصة بالذات والواقع، حيث تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن مع عدم قدرته على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة وتدني اعتبار الذات وعدم الثقة في النفس والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس

2-2- مظاهر قلق المستقبل:

لقلق المستقبل ثلاثة مظاهر وهي:

أ- مظاهر معرفية :

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

ب- مظاهر سلوكية :

مظاهر نابعة من أعماق الفرد تأخذ أشكالا مختلفة تتمثل في سلوك الفرد، مثل تجنب المواقف المحرجة للشخص وكذلك المواقف المثيرة للقلق. (الشاهري صالح، 2005)

ج- المظاهر الجسدية:

يمكن ملاحظة ذلك من خلال ما يظهر على الفرد من ردود أفعال بيولوجية وفسيولوجية مثل ضيق التنفس، جفاف الحلق، برودة الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، إغماء، توتر عضلي، عسر الهضم فالقلق لا يجعل الفرد يفقد اتصاله بالواقع بل يمكنه ممارسة أنشطته اليومية ومدركا عدم منطقية تصرفاته، أما في الحالات الحادة فإن الفرد يقضي معظم وقته للتغلب على مخاوفه ولكن دون فائدة .

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

1 - الانطواء وظهور علامات الحزن والشك و التردد والبكاء لأسباب تافهة

2- صلابة الرأي

3- استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين مستقبل الفرد الخاصة.

4- الحفاظ على الطرق الروتينية و الطرق المستهلكة مع مواقف الحياة

5- عدم القدرة على مواجهة المستقبل .

6 - الخائف من المستقبل يعبر عن خوفه من المستقبل بالرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو أي يتسم

بالنكوص و التشتت (المرجع نفسه , 2015)

2-3- النظريات المفسرة لقلق المستقبل :

أ- **نظرية التحليل النفسي:** يرى فرويد بأن توقع الخطر في المستقبل هو أحد معالم القلق وللقلق علاقة بالتوقع و الربط بينهما ويعد التوقع أحد مصادر القلق فحيثما يحصل توقع الخطر يحصل القلق، وحالة الخطر حالة العجز يدركها الفرد وقلق المستقبل عند فرويد يرتبط بالتوقع للخطر.

أما أدلر " ربط قلق المستقبل عند الفرد بالأهداف التي يضعها الفرد في حياته، فكلما كانت أهدافه واقعية بعيدة عن التخيلات و الأوهام كلها استطاع التقليل من القلق حول مستقبله والعكس، كما أولى أهمية إلى التوقعات التي تلعب دورا في دافعتنا نحو المستقبل والتي لها تأثير على سلوكياتنا .

ويرتكز "أريكسون" في تفسيريه أن قلق المستقبل عند المراهق ينشأ نتيجة عدم القدرة على تحديد هويته بسبب التشتت والانتشار الذي يمر بها المراهق، فالفرد يكون في هذه الحالة واقعا تحت تأثير الخوف الشديد من عدم القدرة على التحكم في الذات، أو السيطرة عليها وعلى مستقبله (سارة بكار ، 2013).

ب- النظرية السلوكية: القلق من وجهة نظر السلوكيين هو استجابة شرطية لمثير لا يدعو للخوف أو القلق، ولكن تكرار هذه الأسباب يؤدي إلى تضمينها حسب الاستعداد الشخصي للفرد، وبي وولبي walpy القلق أنه استجابة الفرد للمثيرات المزعة فهي نتيجة عملية تعلم سابقة، فاستجابة القلق هي استجابة شرطية كلاسيكية تخضع لقوانين التعلم (هبة محمد, ص 354)

ج- النظرية الإنسانية: كارل روجز (1902 - 1987) يفسر رو جز قلق المستقبل بأنه حينما يكون الفرد غير قادر على إعطاء استجابة تقود إلى النجاحات، ولا إرضاء الحاجات الاجتماعية (من خلال علاقاته مع الآخرين)، تنشأ لديه حينئذ صراعات تؤدي بدورها إلى إثارة مشاعر القلق، لا سيما القلق من المستقبل، فتنشأ مشاعر عدم الرضا عن الذات.

وتتصور الذات بأنها المسؤولة عن تلك الصراعات، هذا الشعور الجديد يؤدي بدوره إلى مشاعر عدم الأمن النفسي الذي يهدد الذات نفسها، وحينما يستمر الصراع وتزداد شدة القلق يتمركز السلوك الإنساني أكثر فأكثر في خفض القلق، من خلال الآليات الدفاعية وكنتيجة لذلك تزداد ردود الفعل ذات الطبيعة الدفاعية وتحول مسؤولية تكون الصراع نحو الأفراد الآخرين المحيطين بالأفراد الذين يتفاعلون معهم (رميسة بولعل, 2014)

د- النظرية المعرفية: أرجع رواد النظرية القلق إلى التشويه المعرفي، وتحريف التفكير عن الذات وعن المستقبل، وكيفية إدراك الشخص وتفسير الأحداث، وأفكار الفرد هي التي تحدد ردود أفعاله في ضوء محتوى التفكير، ويتضمن القلق حديثاً سلبياً مع الذات وتفسير الفرد للواقع بشكل سلبي، وإدراك المعلومات عن الذات و المستقبل على أنها مصدر للقلق، وضعف المسيطر وانخفاض في فاعلية الذات التي ظهرت في نظرية باندورا كمنحنى معرفي للقلق (دعاء جهاد، 2016)

هـ- نظرية المخططات : لأرون بيك افترض بيك بأن العمليات المعرفية الخاصة بنشأة القلق تنقسم إلى ثلاثة خطوات هي: (التقييم الأولي , التقييم الثانوي , إعادة التقييم)

- **التقييم الأولي:** هو الانطباع الأولي الذي يقوم به الفرد لمواجهة الخطر المصدر، وهل له تأثير على ميوله و اهتماماته اللازمة للحياة، ونتيجة لذلك تتولد له الاستجابة الحرجة ، وهذه الاستجابة ربما تتولد نتيجة لمدى معين من المواقف، يتراوح ما بين كارثة مستقبلية وخطر حالي يهدد الحياة.

- **التقييم الثانوي** : عندما يحاول الفرد تفهيم مصادره الداخلية التي تثير القلق ليحتمي من الخطر أو يتفادى الضرر الذي يمكن حدوثه نتيجة لذلك التهديد، ويفترض بيك أن مستوى القلق الذي ينتاب الفرد يعتمد على هذه النوعين من التقييم، وإن التقييم المعرفي لدى الفرد لا يحدث عن طريق الوعي بل يحدث من خلال التقييم وإعادة التقييم بطريقة آلية.

- **إعادة التقييم**: حيث يقيم الفرد حدة و شدة الخطر، و نتيجة لذلك قد تتولد لديه الاستجابة العدائية سواء كان رد الاستجابة بالهروب بسبب القلق، أم بالمواجهة نتيجة الخطر (هبة محمد، 2017).

و-**النظرية الوجودية**: يرى كير كيچارد (1813 - 1855) أن حياة الإنسان وفهمها هي سلسلة من القرارات الضرورية و أن الانسان عندما يتمعن في اتخاذ قرار معين فان هذا القرار يعمل على تغيير عذا الانسان و سيضعه أمام مستقبل مجهول و القلق عنده لا شيء و هو كل شيء انه الشعور .

2-4- سمات الأشخاص ذوي قلق المستقبل:

هناك مجموعة من السمات التي يتصف بها الأشخاص ذوي قلق المستقبل أهمها :

- 1- التركيز الشديد على الأحداث وقت الحاضر والهروب نحو الماضي.
- 2- الانتظار السلبي لما قد يقع .
- 3- اتخاذ إجراءات وقائية من أجل الحفاظ على الوضع الراهن بدلا من المخاطرة من أجل زيادة الفرص في المستقبل.
- 4- عدم الثقة في أحد مما يؤدي إلى الاصطدام بالآخرين .
- 5- استخدام آليات دفاعية ذاتية مثل: الإزاحة، والكبت من أجل التقليل من شأن الحالات السلبية.
- 6- الانطواء وظهور علامات الحزن والشك والتردد .
- 7- صلابة الرأي والتعنت.
- 8- ظهور انفعالات لأدنى الأسباب.
- 9- الانسحاب من أنشطة البناء ودون المخاطرة.
- 10 - المحافظة على الظروف الروتينية و الطرق المعروفة في التفاعل مع مرافق الحياة.

- 11- استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين مستقبل الفرد الخاصة
 - 12- الخوف من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل .
 - 13- التشاؤم وذلك لأن الخائف من المستقبل لا يتوقع إلا الشر ويهيا له أن الأخطار تحقق به .
- وأوضحت دراسة (معرض، 1996) أن الشخص أو قلق المستقبل يتسم ب:
- 1 - لا يمكنه تحقيق ذاته.
 - 2- لا يمكنه أن يبدع.
 - 3- الشعور بالعجز
 - 4- ويتميز بحالة من السلبية و العجز . (المشيخي، 2009).
 - 5- نقص القدرة على مواجهة المستقبل .
 - 6- الشعور بالنقص ورفض الشعور بالأمن.
- وأشارت دراسة (إيمان صبري، 2003) إلى أن قرار ذوي قلق المستقبل يعانون من ضعف ثقة الشخص في قدرته و إرجاع ما يحدث له من مواقف غير سارة إلى عوامل خارجية .
- وأكدت نتائج دراسة إبراهيم (2006) إلى أن الفرد الذي يعاني من قلق المستقبل يعتبر فاقدا للثقة في المستقبل و عرضة للانهايار العقلي والبدني ويفقد الثقة في نفسه دائما كثير التردد عاجزا عن البت في الأمور .

2-5- الأسباب المؤدية إلى قلق المستقبل :

تعددت وتنوعت أسباب قلق المستقبل و نذكر منها:

أ- الأسباب الأسرية:

- التفكك الأسري وعدم الإحساس بالأمن
- كثرة الضغوط النفسية
- عدم القدرة على التكيف مع المشاكل (عشري، 2004)

ب- الأسباب الاجتماعية:

- تتمثل في الأفكار الخاطئة ولا عقلانية التي تتولد لدى الفرد وتجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك الأحداث و التفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق، الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية و الواقعية، ومن ثمة عدم الأمن والاستقرار النفسي (الشقير، 2005).

- الطموحات الزائدة وعدم القدرة على فصل أمانيه عن التوقعات المبنية على الواقع

- عدم الشعور بالانتماء داخل الأسرة والمجتمع وعدم الإحساس بالأمن (نيفين المصري، 2011)

- ضعف القدرة على تحقيق الأهداف.

- الخوف الغامض وما يحمله من صعوبات (القاضي، 2009).

- عجز الفرد عن تحقيق أهدافه أو الفشل في اكتساب حب و احترام الآخرين أو الفشل في العمل أو الدراسة،

أو اضطهاده، سواء في محيطه، أسرته، عائلته وعمله، وحتى عندما يكون يحاول تغيير بعض عاداته البيئية.

ج- أسباب شخصية :

هناك أسباب تعود للفرد بحد ذاته ونذكر منها:

- نقص القدرة على التكهن بالمستقبل وعدم وجود معلومات كافية لديه لبناء الأفكار عن المستقبل

(عمر سليمان، 2015).

- الشك في قدرة المحيطين بالفرد والقائمين على رعايته في عدم قدرتهم على حل مشاكله

- الشعور بعدم الانتماء داخل الأسرة أو المدرسة.

- استعداد الفرد الشخصي للتفاعل مع الخوف، وكذلك الخبرات الشخصية المتراكمة ومذاهب اتجاهات الشخص

في حياته (هبه محمد، 2011).

- الانزعاج و فقدان القدرة على التركيز . (القاضي، 2009).

- التنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة

- الشعور بالضيق و التوتر و الانقباض عند الاستغراق في التفكير في المستقبل .

2-6- آثار قلق المستقبل:

- اتفق كثيرا من الباحثين بان قلق المستقبل له آثار سلبية، والتي من بين هذه الآثار ما يلي: (المشيخي , 2009)
- 1) الشعور بالوحدة و عدم القدرة على تحسين مستوى المعيشة و عدم القدرة على التخطيط للمستقبل و الجمود و قلة المرونة و الاعتماد على الآخرين
 - 2) عدم تحقيق الذات ، و اضطرابات متعددة الأشكال و انحراف و اختلال ثقة الفرد بنفسه.
 - 3) الشعور بالتوتر و الانزعاج و اضطرابات النوم و التركيز و التفكير ، و سوء إدراك الأحداث و الانطواء على النفس و الشعور بالوحدة ، و الاغتراب .
 - 4) العرضة للانهايار العقلي و البدني.
 - 5) الهروب من الماضي و الحاضر و التشاؤم و التعنت و استخدام صلابة الرأي في معظم المواقف.
 - 6) التوقع السلبي لمعظم الأحداث.
 - 7) التقوقع داخل الروتين و الخوف من التجديد .
 - 8) الالتزام بالنشاطات الوقائية
 - 9) الاعتمادية و العجز و اللاعقلانية.
 - 10) انعدام الطمأنينة على الرزق و المكانة و الصحة و غيرها

2-7- أساليب علاج و استراتيجيات مواجهة قلق المستقبل:

تتخصر المهارات الإستراتيجية الإجمالية في علاج القلق بما يلي :

1. الوصول إلى التشخيص الصحيح
2. السيطرة على الأساس الأيضي للمريض عن طريق العلاج بالدواء .
3. التغلب على القيود التي تفرضها ردود فعل القلق بواسطة العلاج السلوكي
4. تناول المشكلات النفسية عن طريق العلاج النفسي، التحليل، المعرفي
5. منع النكسات عن طريق توعية المريض و ضمان الرعاية على المدى الطويل .

2-8- أهم العلاجات لاضطراب قلق المستقبل نجد:

أ-العلاج النفسي: يهدف إلى تطوير شخصية المريض و زيادة بصيرته و تحقيق التوافق باستخدام التفسير و الإيحاء و الإقناع و التعليم و المشاركة الوجدانية و التشجيع و إعادة الثقة في النفس و قطع دائرة المخاوف المرضية و الشعور بالأمن النفسي

ب- العلاج البيئي: أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية و مثيرات التوتر، و العلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية، و العلاج بالموسيقى، والعلاج بالعمل . (حامد، 2005)

يمكن أن نخلص إلى أن العلاج النفسي يتمثل في متابعة جلسات نفسية مع أخصائي نفسي، حيث يركز فيها هذا الأخير بشكل كبير على التشجيع والتوجيه أما البيئي والاجتماعي يكون بإبعاد وتجلب المريض المواقف والمجالات التي تسبب له الصراع النفسي ومن ثمة يشعر بالراحة النفسية

ج- العلاج السلوكي: ويوجه الى الفئة ذات القلق المرتبط بالخوف المرضي من الناس والحيوانات والأماكن العامة أو الضيقة أو الشاهقة، وذلك بإعطاء المريض جلسات استرخاء وتعلم شرطي.

د- العلاج الطبي : يستخدم للأعراض الجسمية المصاحبة وطمأنة المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي و استخدام المسكنات (مثل الباريتورات (أميثال mytal2) واستخدام المهدئات مثل ستيلازين (Stelazine) و العقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم Librium) و يجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خفية حدوث الإدمان ، كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي في بعض الأحيان. (حامد، 2005)

وعليه يعد العلاج الطبي من أفضل وأكثر طرق العلاج شيوعا للمصابين باضطراب القلق ، كما يعتبر العلاج السلوكي المعرفي المتبوع بجلسات استرخاء عامل فعال في خفض التوتر، حيث تساعد عملية استبدال وتغيير أفكار المريض والتي تكون عادة مشوهة إلى البناء المعرفي الجديد الذي يتميز بواقعية أكثر

2-9- كيفية التعامل مع قلق المستقبل :

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

الطريقة الأولى: إزالة الحساسية للمخاوف بطريقة منتظمة :

وهي أولى العلاج السلوكي الهام فلو أن إنسانا يخاف من شيء ما يقول أنه سيحدث ولو حدث سيؤدي إلى آثار وخيمة، فيخيل هذا الشيء الذي يخشاه قد حدث فعلا، ثم يقوم باسترخاء عميق لعضلات بطريقة فعالة من خلال علاج القلق بالاسترخاء لأنه ثبت أن أغلب المصابين بالقلق والخوف من المستقبل يعجزون عن الاسترخاء بطريقة فعالة بل يكونون بحاجة لساعات طويلة من التدريب حتى يتمكنوا من إخضاع عضلاتهم للاسترخاء العميق، وبعد الاسترخاء العميق يلزم استحضار صورة بصرية حية للمخاوف التي تقلق الفرد من المستقبل والاحتفاظ بهذه الصورة لمدة 15 ثانية فقط، وتكرير ما سبق عدة مرات مؤكدا مواجهة تلك المخاوف حتى لو حدثت إلى أن يتمكن الفرد من تخيل الأشياء التي كانت تثير خوفه وقلقه دون أن يشعر بالقلق. وهكذا يمكن القول أن طريقة إزالة الحساسية المنتظمة في التخلص من القلق إنها هي وسيلة تركز على المواجهة التدريجية الى المخاوف يصاحبها استرخاء عميق للعضلات وتكون المواجهة أولا من الخيال حتى إذا تمت إزالة تلك المخاوف تماما في الخيال فإنه يمكن بعد ذلك مواجهتها على أرض الواقع إذا حدثت (وداد بن جدو، 2016).

الطريقة الثانية: الإغراق :

وهي أسلوب مواجهة فعلية للمخاوف في الخيال دون الاستعانة باسترخاء العضلات، فالإنسان المصاب بالقلق والخوف من المستقبل يحب أن يتخيل الحد الأقصى من المخاوف أمامه، ويتخيل أن تلك المخاوف بحددها الأقصى قد حدثت فعلا، ويكرر التخيل المبالغ فيه للمخاوف فترات طويلة حتى يتكيف معها تماما، ويستمر هذا التصور إلى أن يشعر أن تكرار المشاهدة الحد الأقصى من المخاوف أمام عتبة أصبح لا يثيره ولا يقلقه لأنه

اعتاد على تصوره، وهكذا نجد أن الشخص بهذا الأسلوب قد تعلم ذهنياً كيف يواجه أسوأ تقديرات الخوف والقلق ويتعامل معها في خياله، ويكون مؤهلاً لمواجهةها في الواقع لو حدثت .

الطريقة الثالثة: طريقة إعادة التنظيم المعرفي :

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

ولعل أفضل الطرق الثلاثة السابقة الذكر والتي يستجيب لها الكثيرون هي طريقة التدرج البطيء المتأني التي يصاحبها الاسترخاء، لأن التدريب على الاسترخاء يساعد في زيادة اكتساب الإنسان الشعور بالسيطرة على ذاته والهدوء أثناء مواجهة الأخطار، فهذه الطريقة ليست مجرد خيال فقط .

إنما فائدتها تكمن في إزالة الخوف من العقول بالتدرج، أما بالنسبة للإنسان الشجاع صاحب الإرادة القوية فإن المواجهة المباشرة على أرض الواقع هي أسرع سبيل للقضاء على القلق والخوف من المستقبل (المرجع نفسه، 2016).

ويرى المشيخي أن سلطان الإرادة والثقة بالنفس وبالقدرة على التحكم في الانفعالات والتفكير بهدوء وموضوعية وبإدراك الفرد لحدود قدراته وطاقاته و القدرة على تغيير سلبيات ذاته ومواجهة الأفكار والمعتقدات الخاطئة وباستخدام المنطق والتحليل الذاتي وتفهم حقيقة المخاوف وأسبابها يمكن القضاء على الخوف والقلق من المستقبل، فالخوف من المستقبل يجعل الفرد يضع أهدافاً كبيرة جداً ثم يصعب عليه تحقيقها والنتيجة قلق مزمن وتعاسة دائمة بسبب الإخفاق المستمر لأن كل هدف غير محقق سيمثل إخفاقاً فمشكلة معظم الذين

يعانون القلق والخوف من المستقبل أنهم غير قادرين على وضع أهداف واقعية لتوجيه حياتهم، فهم يسعون دائما لتحقيق أهداف عالية جدا فينتهي بهم الأمر إلى الهزيمة والإخفاق، لذلك من الأفضل أن يضع المرء هدفا جيدا و واقعا لنفسه وفقا لقدراته وإمكاناته فبتحقيقه لذلك الهدف يشعر بالإنجاز ويتحقق الذات فيزول عنه الخوف و القلق من المستقبل

خلاصة الفصل:

يعتبر القلق النفسي من أكثر المصطلحات تداولاً في علم النفس والسمة المشتركة بين معظم الاضطرابات النفسية، وهذا ما جعل دراسات عدة تتناوله كمتغير من متغيراتها، ومن خلال تطرقنا في هذا الفصل توصلنا الى أن قلق المستقبل ليس فقط نتاجاً من التغيرات المتلاحقة والتي قد يكون من الصعب التنبؤ بها بل هو ناتج من رؤية المستقبل من خلال الحاضر وظروفه المعقدة.

الفصل الثالث : التوحد وسيكولوجية الأمومة

- تمهيد

1- التوحد

1-1- تعريف التوحد

1-2- خصائص التوحد

1-3- النظريات المفسرة لأسباب التوحد

1-4- تشخيص التوحد

1-5- التشخيص الفارقي للتوحد و اضطرابات أخرى

1-6- البرامج العلاجية و التربوية للتوحد

2- الأمومة

2-1- سيكولوجية الأمومة

2-2- مراحل الأمومة

2-3- تصورات الأم حول الطفل المنتظر

2-4- استجابة الأم لاصابة ابنها باضطراب التوحد

2-5- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدي

خلاصة

تمهيد :

يعتبر تحمل مسؤولية الأبوة كانت أو الأمومة من أصعب أنواع المسؤولية التي يمكن للإنسان أن يمر بها، من منطلق أن التنشئة الأولى للطفل تبدأ من والديه وأسرته ثم المحيطين به وهكذا، وباعتبار أنه لدى الأمهات ادوار يجب القيام بها في أسرهم والتي عادة ما تكون مرهقة ومستنزفة لطاقتهم، يجعل من الأم بحاجة الى تقبل من طرف المحيطين بها وتقدير لما تمر به وهنا نقول كيف ستكون سيكولوجية أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في ظل تواجد أحد الأبناء المصابين به وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل من خلال اضطراب التوحد وسيكولوجية الأمومة .

1- التوحد :

1-1- تعريف اضطراب التوحد: التوحد Autisme مشتق عن كلمة Autos وتعني النفس أو ذاتي أو ذاتي الحركة Ism وتعني الحالة غير السوية

التوحد هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي.

تعريف منظمة الصحة العالمية: هو اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل ويؤدي الى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي.

وعليه يمكن القول بان اضطراب التوحد هو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة. (مركز أبحاث الطفولة والأمومة، 2017)

1-2- خصائص التوحد:

إن الوصف العام لسمات وخصائص الطفل التوحدي ومكوناتها لا تجعله مختلفا اختلافا جوهريا عن سمات الطفل العادي وغير أنه يمكن القول بأن القصور في اللغة من أهم العوامل المميزة لسلوكه عن الطفل العادي. ويمكن الإشارة أيضا إلى جانب خصائص سلوكية، حركية، عقلية معرفية، ولغوية، وأجتماعية وذلك على النحو التالي :

أ- الخصائص السلوكية :

الطفل التوحدي سلوكه محدود، وضيق المدى، كما أنه يظهر في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين.

ومعظم سلوكيات الطفل التوحدي تبدو بسيطة من قبيل تدوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصبعه، أو تكرار فك وربط را حذائه وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدي يراه وكأنه مقهور على أدائه، أو كان هنالك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث أن التغيير في أية صورة من صورته يؤدي إلى استنارة

مشاعر مؤلمة لديه. كما أن شيوع السلوك غير اللفظي لدى بعض الأطفال التوحديين قد يكون مرجعه إلى اساليب السلوك التي يتدخل بها الآباء مع الأبناء .

ويرى روث سوليفان (1988) (كما ورد عن سليمان, 2014) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن تقدم وصفا سلوكيا فقط لحالات التوحد .

وأن الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس الآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.

- الاحتفاظ بروتين معين.

- قصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.

- قصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وبعض الأطفال التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام والبعض يتكلم بشكل رجعي (اجتراري) أو بنغمة ثابتة دون تغيير وبعضهم لا يستطيع إكمال حديثه أو كلامه على الإطلاق.

- حزن شديد لا يمكن إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة.

- التأخر (التخلف) في قدرات ومجالات معينة، وأحيانا يصاحب التوحد مهارات عادية، أو فائقة في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات أو الموسيقى أو المذاكرة .

- الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء، واللعب بشكل متكرر وغير معتاد .

- صرع في العادة عند البلوغ.

- من الممكن أن يصبح لدى بعضهم سلوك إيذاء الذات، وأحيانا بدرجة شديدة.

ب- الخصائص الاجتماعية :

تعتبر دلالات القصور في التفاعل الاجتماعي مؤشرا بالغ الأهمية في تشخيص اضطرابات التوحد، إلا أن هذه الخاصية لا تكون ظاهرة عند التوحديين في مراحل النمو المبكرة، ولكن عند دخولهم العام الثاني تبدأ الصعوبات الاجتماعية بالظهور بشكل متزايد، و في عامهم الثالث يصبح تطورهم الاجتماعي العام متأخرا بدرجة كبيرة و من أهم هذه الصعوبات ما يلي :

- العزلة عن الآخرين والانشغال بأنشطة محددة
- ضعف الرغبة في مشاركة الآخرين للعب أو الاهتمامات أو الأنشطة
- عدم القدرة في التمييز بين الاستجابة المهذبة وغير المهذبة
- عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين.
- صعوبة واضحة في التعبير عن المشاعر.
- ضعف في استخدام الإيماءات الجسدية والنبرات الصوتية الملائمة للمواقف الاجتماعية.
- إظهار مشاعر عاطفية بطريقة غير ملائمة في أوضاع معينة.
- ندرة القدرة التعبيرية عن المخاطر والشعور بالذنب

ج- الخصائص اللغوية :

- قد يتصف هؤلاء الأطفال في أنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة وغير المنطوقة، وإن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم وهذا ما يسمى بالبيغائية. كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثالثة.
- وفيما يلي نوجز أهم الخصائص اللغوية لدى التوحديين : (القحطان، 2009)
- في بداية تعلمه فانه يتعلم لغة الأشياء ولكن ذلك يكون محدودا باستثناء ذوو الأداء العالي فيمكنهم تطوير مفردات كثيرة واستخدامها في الحديث.
 - يعاني التوحدي من صعوبات في النطق ناتجة عن تأخر التطور الذهني لديهم.
 - يلاحظ على أن لغة التوحدي تنمو ببطء وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدل الكلمات.
 - يستخدمون كلمات خاصة بهم حيث يستخدمونها للدلالة على أشياء معينة.
 - قلب الضمائر فيستخدم ضمير أنت بدلا عن أنا والعكس
 - ترديد الكلام Echololia حيث تعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا في التوحد
 - الاستخدام المنقطع للغة، حيث أنهم يملكون رصيذا كبيرا من الكلمات لكن لا يملكون القدرة على استخدامها في محادثات ذات معنى (القحطان، 2009)

1-3- النظريات المفسرة لأسباب التوحد :

لا توجد نظرية واحدة يتفق عليها المختصون في تفسير حدوث حالات التوحد إذا لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت في هذا الجانب إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد وهناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث التوحد وأشهرها:

أ- الأسباب الوراثية الجينية :

هناك من الدراسات والبحوث التي ربطت بين الخلل الكروموزومي وحالات التوحد، ولكن لم يتفقوا على كروموزوم واحد، فهناك من ربط بين الكروموزوم الثاني وحالات التوحد لاعتقادهم بوجود علاقة بينه واضطراب النطق فقد توصل " بنورا وآخرون" (2005) من خلال دراسات عديدة إلى وجود دلائل على أن الكروموزوم السابع هو الذي يسبب حالات التوحد.

وذكر "بايلي وآخرون" (1995) وجود علاقة محددة بين خلل الكروموزوم X وبعض حالات التوحد المقترن بالتخلف العقلي (القحطان، 2009)

وأثبتت الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب للإعاقة، أن من بين 2-4 بالمئة من أطفال آباء يعانون من التوحد، قد أصيبوا كذلك بالتوحد، وهم نسبة تزيد أكثر من 50 ضعفا عن انتشارها في المجتمع العام لأباء غير توحيدين لديهم أطفال أصيبوا بإعاقة التوحد.

وفي بحث مقارن بين عينة من التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وأخرى من التوائم المتشابهة (من بويضتين مختلفتين) وجد أن التوحد ينتشر بنسبة 36 بالمئة في المجموعة الأولى، ولم يوجد على الإطلاق في العينة الثانية. (يدر ، 2004)

وأن نتائج الفحوص التي أجريت على الأطفال التوحيدين تشير إلى وجود كروموزوم إكس (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح من (5-6%) من الحالات، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من البنات خاصة في الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بالتخلف العقلي، كما أن التصلب الذي ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذو صلة بالتوحد في نسبة تصل إلى حوالي 5% من الحالات تقريبا. (ماجدة، 2005)

وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (brawn et all 1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم blonguist إلى نفس النتيجة، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد (قاسم 2000)

ب- الأسباب البيوكيميائية :

ركزت أبحاث التوحد على الناقلات العصبية وأصبح واضحا إلى أن العديد من الأطفال التوحديين لديهم

مستويات عالية من سيروتونين Serotonine والدوبامين Dopaminine

(الزريقات، 2004 ص 103) وتشير الأبحاث المختلفة عن كيميائية دماغ التوحديين أن العديد من الحالات التي لديها خلل في وظائف المخ والتي ربما تؤدي إلى أعراض التوحد، وقد تكون خلايا اعصاب مخ التوحديين معزولة أكثر من الأشخاص الطبيعيين، وقد تكون سلوكيات التوحد ومشكلات الأعصاب ملازمة مع الخلل الوظيفي لدوائر أعصاب معينة في الفصوص الصدغية وجذع المخ والمخيخ، والخلل الوظيفي في هذه المناطق قد يؤدي إلى حالة غير سوية كيميائية الأعصاب والتي يمكن اكتشافها عن طريق فحص السائل الشوكي المخيخي للأفراد ذوي التوحد وتترابط هذه المناطق بتداخل من خلال دوائر عصبية ولكل منها مجموعة من المهام، فجدع المخ يستقبل المثيرات الحسية، الفصوص الصدغية تسهم في فهم لغة التخاطب ودلالات الألفاظ، والمخيخ له علاقة بالعمليات الاجتماعية والتخطيط وله علاقة بالاستجابات الانفعالية كالغضب والخوف وتطور الكلام. (عصفور، 2012)

وتتم عملية تبادل المعلومات بين الخلايا العصبية من خلال كيمائيات تعرف بالناقل العصبية، وتعمل الناقلات العصبية بأنواعها المختلفة مع خلايا عصبية تتناسب معها، فلا بد من تكافؤ بنية الناقلات العصبية مع بنية الخلايا العصبية التي تعمل معها ومن أكثر أنواع الناقلات العصبية تعرضا إلى البحث في مجال التوحد هي سيروتونين و الدوبامين و النورينفرين والنوروببتيد (الشامي، 2004)

- السيروتونين serotonin:

له دور مباشر في السيطرة على الحركة الهادفة والحد من السلوك الحركي المتهور وهذا إضافة إلى أن معالجة المعلومات الحسية تتأثر بالسيروتونين الذي توجد منه تركيزات عالية في مناطق الدماغ التي تتم فيها معالجة المعلومات الحسية، و يؤثر السيروتونين أيضا على سلوكيات متعددة كالسلوك الجنسي، السلوك العدواني، الشهية، النوم والاستيقاظ، الإحساس بالألم، الذاكرة الاكتئاب، و التفكير في الانتحار.

(تزريقات ، 2004)

- الدوبامين Dopamine:

له دور هام في اكتشاف البيئة والتحفيز الذاتي وفي عملية الانتباه الاختياري والأكل والشرب وينظم النشاط الحركي مثل الحركة المفرطة والسلوكيات النمطية. (الشامي، 2004)

-النوربينفرين Norepinephrine :

له علاقة بدرجة التوتر والإثارة ودرجة القلق ويؤثر على الدمج الحسي الحركي إلا أن الدراسات التي تم إجراؤها لفحص نسبة النوربينفرين لدى المصابين بالتوحد كانت متفاوتة حيث إن معظم الأبحاث لم تجد اختلافا في نسبة النوربينفرين بين المصابين بالتوحد وغيرهم من الأسوياء (الزريقات، 2004)

- النوروبيبتيد Neuropeptides :

وهو من الأحماض الأمينية، توجد في الخلايا العصبية وهي تعمل مثل الناقلات العصبية، ولها أنواع عديدة لكن البحث في مجال التوحد ركز على البيبتيد الأفيوني الذي يعمل كمخدر والذي بالتالي له دور في الحد من الشعور بالألم، وهي مسؤولة بشكل اساسي عن عديد من السلوكيات الانفعال وإدراك الألم والسلوك الجنسي (عصفور، 2012)

ج- الأسباب السيكولوجية النفسية :

سادت في فترة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين النظريات النفسية التي أشارت إلى أن صفات الوالدين الشخصية والبيئية الاجتماعية يلعبان دورا رئيسيا في حدوث التوحد لدى الطفل فأباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الانفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفع الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم واضطراب النمو اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل ويعتبر "برونو بتلهيم" من أكثر المتحمسين والمؤيدين لهذه النظرية التي تفسر حدوث اضطراب التوحد من النواحي النفسية والاجتماعية (يحي، 2008)

د- الأسباب الأيضية :

يذكر بعض الباحثين أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة في عملية التمثيل الغذائي وحساسية عالية لبروتين الغلوتين الموجود في القمح ومشتقاته وبروتين الكازين الموجود في الحليب حيث أن عدم امتلاك الطفل التوحدي للانزيمات المسؤولة عن هضم تلك البروتينات يؤدي إلى تراكمها على شكل سلاسل بيبتيديية طويلة تسبب انتفاخا في الأمعاء مما يؤدي إلى زيادة نفاذيتها و هكذا يمكن أن تتسرب كميات غير طبيعية من تلك الأحماض فتنتقل عبرالدم إلى الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية عند الطفل نتيجة لتراكم تلك الأحماض في المخ على شكل مواد أفيونية (شبيب، 2008)

هـ - الأسباب المعرفية :

تتلخص هذه النظرية بقصور الطفل التوحدي في الجانب المعرفي الاجتماعي الذي يتنبأ بمعرفة البناء النفسي للأخريين كمعتقداتهم، وهذا يحمل في طياته عدم اكتمال تطور الأفكار في العقل بحيث لا يستطيع الطفل المصاب بالتوحد عن قراءة مشاعر وأفكار الآخرين، ويحل المشكلات التي تواجهه في المواقف الاجتماعية، ويمكن أن نعبر عنها بأنها التقولب المعرفي الذاتي دون مراعاة لأفكار ومشاعر الآخرين، إن هذه النظرية تتلاءم مع أعراض الأطفال الكبار والراشدين المصابين بالتوحد.

كما أن القصور في التواصل اللغوي هو مسألة ثانوية السبب الرئيسي فيها هو القصور المعرفي الاجتماعي. (القحطان، 2009)

1-4- تشخيص التوحد:

تعتبر عملية التشخيص من الأمور المهمة والصعبة في مجال التوحد، وذلك راجع إلى ما يحمله هذا الاضطراب من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . وهكذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة . (براجل، 2017)

ولقد استعمل مفهوم التوحد تاريخياً كمفهوم واسع وحسب المفهوم الذي جاء به كانر، أما الآن أصبح لمفهوم التوحد خصوصية أكثر، فقد ظهرت أنواعه المختلفة (متلازمة ريت، متلازمة أسبرجر وغيرها) في التصنيفات العالمية التصنيف الدولي العاشر للأمراض والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية الشاملة .

وحتى التوحد النمطي بالشكل الذي وصفه كانر أكثر خصوصية من الأنواع الأخرى، وذلك بفضل

الاختصاصيين والباحثين فيه. (براجل، 2017)

ولقد لجأ DSMV إلى استخدام تسمية تشخيصيه موحدة تضمنت المعايير الجديدة توظيفاً لمسمى موحد هو

اضطراب طيف التوحد حيث يتضمن هذا المسمى كلا من اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة واضطراب التفكك الطفولي والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها

البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSMIV حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد ولعل التعليق الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض

من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة , ودرجة الذكاء لدى أفرادها لذا فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصه . (براجل, 2017)

فيما يلي عرض للمعايير التشخيصية للتوحد حسب DSMV:

أ- المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد وفق الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس:

(American PsychaitricAssociation .2013.p p 50-51)

(A)العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر السياقات المختلفة , لا يسبب تأخر النمو العامة , ويظهر 3 الأعراض:

(A1)العجز في التعامل العاطفي والاجتماعي بالمثل : بدأ من نهج اجتماعي غير طبيعي وفشل في المحادثات من خلال تقليل تقاسم الاهتمامات والعواطف , نقص الاهتمامات والعواطف , نقص تام في بدء التفاعل الاجتماعي .

(A2)العجز في السلوك التواصلية غير اللفظي المستخدم في التفاعل الاجتماعي ,بدءا من ضعف الاتصال اللفظي وغير اللفظي من خلال تشوهات في الاتصال بالعين ولغة السد عجز في فهم واستخدام التواصل غير اللفظي وصولا إلى انعدام وجود تعبيرات الوجه و الإيماءات

(A3)عجز في تطوير والحفاظ على العلاقات المناسبة للمستوى النمائي بدءا من صعوبات السلوك التكيفي المناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة من خلال الصعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي وفي تكوين صداقات وصولا إلى غياب واضح للاهتمام بالأشخاص .

(B)أنماط محددة ومتكررة من السلوك, والاهتمامات , والأنشطة , ويظهر 2من 4 من الأعراض التالية :

(B1)النمطية والتكرار , استخدام الأغراض أول الكلام مثل أنماط حركية بسيطة , ترتيب الألعاب ووصفها , تقليب الأشياء, الصدى اللفظي , فتح وغلق الأبواب . فتح وغلق الأضواء.

(B2)التقييد المفرط بالروتين, أنماط طقوسية من السلوك اللفظي وغير اللفظي , المقاومة المفرطة للتغيير (مثل الطقوس الحركية , والإصرار على نفس الطريق أو الطعام , والأسئلة المتكررة , الضائقة الشديدة من تغييرات صغيرة .

(B3) تقييد تام, اهتمامات مثبتة غير طبيعية في الشدة والتركيز (والانشغال بالأشياء غير العادية , والمحددة بشكل مفرط أو المثابرة المفرطة).

(B4) فرط أو تدني التفاعل الحسي للمدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية بالجوانب الحسية للبيئة . مثل اللامبالاة لظاهرة للألم -الحرارة -البرد, و الاستجابة السلبية لأصوات محددة , الإفراط في شم وبمس الأشياء , الانبهار بالأضواء.

(C) يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محددة).

(D) تحد هذه الأعراض من الأداء اليومي.

(E) هذه الاضطرابات لا تفسر بشكل أفضل من قبل الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو التأخر النمائي العام الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ولوضع التشخيصات المرضية المشتركة بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية , يجب أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع للمستوى التطوري العام .

ب- التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي : "ICD10" ظهر عام 1930 حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي :

أ - ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

ب - قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

ت قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.

ث سلوكيات واهتمامات تتصف بالانطوائية والرتابة.

ج - أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية اعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت (

RETT) أو انفصام الشخصية المبكر ، (القباني، 2001)

1-5-1- التشخيص الفارقي للتوحد واضطرابات أخرى:

يعاني الكثير من الباحثين من قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى كإعاقة العقلية والسمعية واضطرابات التواصل ومتلازمة ريت وغيرها، وفيما يلي أهم الفروق بين التوحد وبعض الإعاقات الأخرى

1-5-1- التوحد واضطراب ريت (Ret):

ينتشر اضطراب ريت "Ret" أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، كما أن اضطراب ريت Ret يتميز بفقدان الحركة اليدوية الهادفة وحركة غسل اليدين النمطية، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي .

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

يتميز اضطراب ريت" عن اضطراب التوحد بان المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6_8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة في فقدان حركة اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة .(خليل ، 2009)

فالإضطرابان صعب جدا التمييز بينهما، ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن وذو خبرة، تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبرجر .

1-5-2- التوحد واضطراب اسبرجر Asperger :

إن زملة اسبرجر Asperger نوع من الاضطرابات النمائية التي اكتشفها الطبيب النمساوي "هانز اسبرجر" سنة (1944) لذلك سميت بمتلازمة أسبرجر، وتتميز بغياب التواصل غير اللفظي وقصور في الحركات الدقيقة، ومخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة وخلل في تكوين العلاقات الاجتماعية. (قمش ، 2001،

كما تشتمل أعراض اضطراب اسبرجر قصور في مهارات التوازن ,الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عالية، وهذا يمثل التشابه بينه وبين التوحد (قاسم , 2000)

ولكن من ذلك التشابه يوجد اختلاف بين هذين الاضطرابين ويتمثل فيما يلي :

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

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل اسبرجر

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

- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (خليل 2009)

- تظهر حركات غير متقنة عند المصابين باضطراب اسبرجر أكثر مما تظهر لدى التوحديين

مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين باضطراب اسبرجر، بخلاف ذلك عند المصابين بالتوحد (الزراع 2010)

1-5-3- التوحد والإعاقة العقلية (التخلف العقلي):

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط بعض أعراضهما، ولاسيما ان كان العمر العقلي للطفل أقل من 20 شهرا، وقد أشارت مارثيون إلى أن التوحد يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات الأتية :

تكرار السلوكيات النمطية والقهرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب .

أما الفرق بينهما يتمثل في :

- الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على التواصل مع غيره مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والتفاعل معه ، أما الطفل المعاق عقليا يتميز بإمكانيته للتواصل مع الآخرين ولهذا غالبا ما تكون لديهم القدرة على التفاعل مع الناس .

- الطفل التوحدي يظهر أداء متميز في بعض القدرات لديه، كالموسيقى والحساب، أما الطفل المعاق عقليا لديه تدني ملحوظ في مستوى قدرته في العديد من المجالات.

- تكاد تنعدم العيوب الجسمية لدى الطفل التوحيدي، وعند المعاق عقليا توجد الكثير من العيوب الجسمية - لا يوجد لدى التوحيدين وعي اجتماعي بما يدور من حولهم ، أما بالنسبة للمعاقين عقليا لديهم القدرة على إدراك الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه.
- أطفال التوحد ليس لديهم القدرة على الذكر واستدعاء الأحداث، أما المتخلفين عقليا لديهم القدرة على تذكر الأحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى . (اسماعيل ، 2009)
- الأطفال التوحيدين لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي والبصري، أما الأطفال المعاقين عقليا فهم لا يتمتعون بالقدرة على أداء المهام الغير لفظية و خاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي و البصري
- يختفي سلوك التعلق تماما لدى الأطفال التوحيدين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم أما المتخلفون عقليا يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم إلى حد ما بعض الوعي الاجتماعي. (سليمان 2014)
- وعن المهارات الانتقائية والعناية بالذات فان المتخلفون عقليا يتفوقون على التوحيدين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس. (العزة. 2002)

1-5-4- التوحد والصمم :

- يعرف الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.
- (سليمان، 2014، ص126)
- فالطفل التوحيدي كثيرا ما يبدو وكأنه أصم وذلك لأنه غير مبالي، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة. (نيسان، 2009)
- وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحيدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل يسبب الانعزال والانحطاط في القوى والاكتئاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما إن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي لاستفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد (G.le lord, 1991)

إن الانسحاب الاجتماعي أو الانعزال عن تغيير الروتين وسلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهر لدى الطفل التوحدي، وإذا بدا الطفل وكأنه يعاني من التوحد فلا بد من فحصه لاستبعاد الصمم ولذلك فإن اضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع. (بجي 2000)

1-5-5 - التوحد وفصام الطفولة :

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإنه يوجد خلط في التشخيص، حيث ظهرت هذه الفئة في الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأولى، تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفلي، وقد استمر هذا الخلط في هذه الفترة حتى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية حيث أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة فصام نوع طفلي وكان تصنيف ذهان الطفولة فئة تشخيصية شائعة في ذلك الوقت وكانت تشير اساسا إلى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال.

و حتى كان "Kanner" نفسه في فترة من فترات عمله ظن أن التوحد هو الفصام المبكر، وان كان قد عدل عن هذا التوجه بعد ذلك، وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالفصام، حيث اعتبرت أن كل منهما كيانا مرضيا مستقلا وقائما بذاته. (شقيير 2007،

وفي الواقع هناك تشابه بين الفصام والتوحد من حيث الانغلاق عن الذات، والاضطراب الانفعالي، وقصور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصداقات مع الآخرين.

ويمكن التفريق بينهما فيما يلي:

- يظهر التوحد بشكل واضح في الطفولة المبكرة، أما الفصام نادرا ما يظهر في فترة الطفولة، وغالبا ما يظهر في بداية المراهقة.

- يعاني الفصامي من الهلوس والأوهام. واضطرابات في التفكير، ولكن عند التوحدي لا توجد هلاوس، وما يبدو من ضحك الطفل التوحدي بسبب مشاكل حسية.

- لا يستجيب للمثيرات البصرية، وخاصة النقاء العيون لدى التوحدي، أما الفصامي يستجيب للمثيرات البصرية، ونادرا ما يتجنب النقاء العيون

- يعاني التوحدي من قصور في النمو اللغوي، وعدم القدرة على استخدام الرموز، مع ندرة عملية تطور اللغة لديه، أما الفصامي لديه قدرات لغوية عادية يستفيد منها ويستطيع استخدام الرموز، مع إمكانية التطور اللغوي.

- فحص جينيات التوحد قد لا يظهر الحالة، أما فحص جينيات الفصام يظهر الحالة بوضوح (إسماعيل 2009)

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جدا في الأعراض ، لا بد من تشخيص فارقى دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى كاضطراب ريت " Rett " ، اضطراب اسبرجر " Asperger " واضطراب الإعاقة العقلية وفصام الطفولة والصمم ومختلف الاضطرابات الأخرى.

1-5-6- التوحد ومتلازمتا أنجلمان وبراد ويللي Autism and Angelman and Pader-Willi Syndromes:

هاتان المتلازمتان مختلفتان إلا أن آليتهما مشتركة ويكون كلا الوالدين سليمين، ولكن يحدث تغير مفاجئ في الكرموسومات في المنطقة (15) ، و إذا كان هذا التغير ناتج عن كرموسوم الأب فإن الطفل سيصاب بمتلازمة براد - ويللي، أما إذا كان التغير ناتجاً عن كرموسوم الأم كانت الإصابة بمتلازمة أنجلمان. وبشكل مشابه للتوحد فإن أطفال متلازمة أنجلمان يستعرضون السلوكيات التالية: رفرقة في الأيدي تواصل لفظي قليل، عدم التركيز ولكن كل هؤلاء الأطفال يصاحبهم تخلف عقلي شديد. (فاضل، 2015)

1-5-7- التوحد ومتلازمة كلينفتر Autism and Land Kleffner Syndrome:

تتميز بمجموعة من الخصائص السلوكية مثل الانسحاب الاجتماعي، الإلحاح على الأشياء، الرتابة، مشكلات لغوية. هؤلاء الأشخاص غالباً ما يفكرون كالتوحد المتقهر لأنهم غالب ما يبدون وكأنهم طبيعيين من عمر (3-7) سنوات، ويملكون مهارات لغوية طبيعية، ولكنهم بعدها يخسرون القدرة على الكلام. (فاضل، 2015)

1-5-8- التوحد والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد Pervasive Developmental

Autism and not Otherwise Specified-PDD-NOS :

يتفق الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد مع التوحد في كون أطفال كلا الاضطرابيين يعانون من

مشكلات لغوية واجتماعية وتواصلية ، إلا أن أعراضهم أقل شدة من أعراض التوحد، فهم في الغالب ينتمون إلى الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية. (فاضل، 2015)

يتضح لنا مما سبق أن تشخيص التوحد عملية معقدة جداً لأنها تتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين، نظراً لتفاوت الدرجة بين أطفال التوحد أنفسهم وتشابه التوحد مع الكثير من الإعاقات الأخرى. لهذا ظهرت العديد من المعايير التشخيصية حول التوحد ولكن أهمها وما يطبق حالياً هو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع وكذلك الخامس، وتتبع أهمية التشخيص الفارقي في كونه يسهل عملية وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة لكل طفل حسب وضعه.

1-6- البرامج العلاجية والتربوية للتوحد:

يجدر بنا الإشارة إلى أنه إلى حد الآن لا يوجد علاج دوائي أو غير دوائي يشفيه تماما . والغرض من الطرق العلاجية المتاحة حالياً هو التقليل من شدة الأعراض بقدر المستطاع ومحاولة دمج الطفل مع المجتمع الخارجي و اكتسابه العديد من المهارات التي تجعله يتواصل مع المجتمع في أفضل صورة حسب قدراته حتى يستطيع الحياة بصورة مستقلة إن أمكن أو بأقل قدر ممكن من الاعتماد على الآخرين. ويعتمد العلاج في الوقت الحالي على :

1-6-1 العلاجات الطبية Médical Trament:

أ- الغذائية والهضمية :

لقد أعطيت المشكلات الغذائية أهمية الاحتمالية لأن تكون سبباً في التوحد فالأطفال التوحديون غالباً ما تكون لديهم منفردات قوية من الطعام ، أو حب وتفصيل لبعض الأطعمة وربما يطورون اضطراباً في عملية الهضم هنالك مؤشرات على أن الحامض السني تريبتوفانTryptophan في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي Metabolism المهمة لسيروتونين الناقلات العصبية serotonin Neurotransmitter وعلى السلوك ولقد أشارت أدلة إلى أن أطفال التوحد لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لكاسين Casein بروتين حليب البقر وجلوتين النشاء وهذا يمكن أن يكون سبباً للتوحد . واعتماداً على ذلك فإن الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين ب6 في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات (الزريقان , 2010) .

ب-محاولات ضبط التطور الكيميائي غير الطبيعي في الدماغ :

لقد استخدمت الأدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى أطفال التوحد بشكل مباشر وقد استخدمت علاجات متعددة لفاعليتها في علاج الحالات النفسية الشديدة

لدى الكبار ولا زال النالتركسون Naltrexon قيد الدراسة , ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ , ويخفض السلوكيات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين . عقار الفنفورامين Fenfluramine يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم , بسبب مستويات هذه المادة في دم أطفال التوحد . لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول أطفال التوحد لهذا العقار متضمن تحسن السلوك الاجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التملل الحركي , وهناك بعض العلامات والإشارات السلبية مثل فقدان الوزن و النعاس و اضطرابات في النوم .

نظام الناقلات العصبية الدوبامين Dopamine للدماغ مستخدمة في تنظيم مستويات النشاط الحركي و الوظائف الأخرى . أما عقار هالوبريدول Halobridol من العقارات المهدئة التي تخفض نشاط الدوبامين , وهذا يمكن أن يساعد الطفل التوحد . لقد أشارت الأدلة إلى خفض الانسحاب والعزلة والحركة النمطية لدى بعض الحالات كما انه يحسن الوظائف المعرفية . (الزريقان , 2010)

ج-العلاج بالدمج الحسي : (sensory intégration Therapy):

وهو مأخوذ من علم آخر وهو العلاج المهني , ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم, السمع , البصر اللمس , التوازن , التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة . ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها . ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحيديون يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل .المساج, اللمس برفق .واستخدام اللمس الذي يعين الطفل على الاستجابات التكوينية فضلا عن تدريب دماغ الطفل لتكامل المدخلات لمختلف الأحاسيس .

د-العلاج بالموسيقى (Music therapy) :

درست التأثيرات العلمية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد فوجد أن للموسيقى تأثيراً كبيراً على إنخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق و أنها أفضل بكثير من استخدام الكلام إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطاً وسهلاً في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية (مجيد . 2015)

هـ-العلاج الوظيفي (occupationalTherapy) :

يستخدم العلاج الوظيفي لمساعدة أطفال التوحد لمساعدتهم في اكتساب كفاءات في كافة المجالات الحياتية بما ذلك مهارات مساعدة الذات واللعب والتنشئة الاجتماعية والتواصل . كما يوفر العلاج الوظيفي دعماً للأطفال التوحديين خصوصاً أولئك الذين يعانون من صعوبات في المهارات الحسية والحركية والعصبية العضلية والبصرية , ويتعلم أطفال التوحد في هذا النوع من العلاج :

كيفية حفظ توازن أجسامهم – الاستجابة للمس –التواصل مع الآخرين – انجاز متطلبات الحياة اليومية
تطوير مهارات اجتماعية مناسبة – اكتساب مهارات اللعب – اكتساب مهارات التعلم .

(الزريقان ,2010)

و-العلاج الطبيعي (physicalTherapy) :

توصف جلسات العلاج الطبيعي للأطفال التوحديين لتقوية قدراتهم الجسمية .فالإعاقات الحركية تتداخل مع القدرات الوظيفية النمائية المناسبة . فبعض أطفال التوحد قد يعانون من انخفاض مستوى نغمة العضلة ,ومن ضعف في الأوضاع الجسمية والتوازن و التناسق ويطبق المعالج الطبيعي إجراءات خاصة لتقوية الضبط والتخطيط الحركي وتنفيذ جلسات العلاج الطبيعي في المدرسة أو العيادات الخاصة.

(الزريقان 2010)

1-6-2 البرامج التربوية:**Picture Exchange Communication – نظام التواصل عن طريق تبادل الصور****:System (PECS)**

لقد طور هذا البرنامج من قبل لوري فروست والدكتور أندرو بوندي .ويستخدم مع الأشخاص غير الناطقين الذين لديهم استخدام قليل وغير وظيفي لمهارات التواصل .ولقد حظي هذا البرنامج بشهرة عالمية نظراً لأنه لا يتطلب مواداً غالية أو معقدة ويمكن أن يقوم به كل من الأخصائيين وأفرد الأسرة ولا يشترط أن يكون الطفل قد اكتسب مهارات التقليد أو لديه مفردات سابقة ويستند هذا البرنامج إلى إجراءات تعديل السلوك وتشكيل وإطفاء وتعزيز .

ويتم تطبيق هذا البرنامج من خلال ست خطوات:

1-التبادل الجسدي physical exchange: وتهدف هذه المرحلة إلى إعطاء الطفل صورة الشيء الذي يحبه إلى معلمه.

2-التنقل بعفويةexpanding sontaniety: وهو أن يتوجه الطفل بتلقائية إلى معلمه ويعطيه صورة

الشيء الذي يحبه.

3- تمييز الصور picture discrimination: وهنا يتعلم الطفل تمييز صورة الشيء الذي يحبه من بين عدة صور وإعطائه لمعلمه.

4- بناء الجملة sentence structure: هنا يقوم الطفل بإعطاء معلمه صورة الشيء الذي يريده موضوعاً على شريطة ومسبوقة بكلمة " أنا أريد".

5- الاستجابة إلى ماذا تريد responding to what do you want: وهنا يسأل المعلم ماذا تريد وعلى الطفل أن يعطيه شريط الجمل بناء على سؤال المعلم.

6- التعليق الاستجابي والتلقائي responsive and spontaneous commenting: أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع: ماذا تفعل؟، ماذا ترى؟، ماذا تسمع؟.

وأجرى فروست وبوندي سنة (1994) دراسة لقياس مدى فاعلية نظام التواصل بتبادل الصور على مهارات التواصل عند عينة مكونة من (66) طفلاً توحدياً وأظهرت النتائج أن (95 %) من أفراد العينة تمكنوا من استخدام صورتين من نظام تبادل الصور بعد شهر واحد من التدريب، وأن (62 %) تمكنوا من استخدام مجموعة من المفردات اللغوية على شكل كلمات بشكل تلقائي، وأن (20 %) من الأطفال تمكنوا من استخدام الصور والرموز المستخدمة في هذا النظام. (فاضل, 2015, ص48)

ب-برنامج لوفاس LOVAS:

أنشئ هذا البرنامج في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلوس الأميركية UCLA عام (1970) من قبل الطبيب النفسي إيفار لوفاس Ivar lovas. وقد اعتمد لوفاس في برنامجه على نظرية تعديل السلوك وتحليل السلوك التطبيقي وتتضمن الطرق التي استخدمها ما يعرف بالتدخل السلوكي المكثف والتسلسل الحرفي أو المقنن لأنشطة التعلم من خلال تقديم أمر للطفل وتعزيزه أو مكافأة في كل مرة يستجيب فيها بصورة صحيحة. ويحدد لوفاس (3) من الشروط للقبول في البرنامج وهي:

- أن تتراوح أعمار الأطفال بين (2-5) سنوات.

- يمكن للأطفال من عمر (6) سنوات أن ينضموا إلى البرنامج شرط أن يظهروا الصدى الصوتي

- يخضع الأطفال إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب. (فاضل, 2015, ص49)

يعدّ برنامج لوفاس برنامجاً مهماً في مجال التدخل المبكر لأطفال التوحد وخصوصاً في مجال اللغة والأداء على مقاييس الذكاء. إلا أنه يؤخذ عليه نتائج المحدودة في مجال تطوير المهارات الاجتماعية عند هؤلاء الأطفال كما يعد ثمن الالتحاق به ثمناً باهظاً.

ج- برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية The Douglass Developmental Disabilities (DDDC):

تأسس برنامج دوغلاس عام (1972) ليقدم المساعدة للأشخاص التوحديين من عمر (30-62) شهرا والذين تتراوح درجة ذكائهم بين (36-105) درجات وينقسم هذا البرنامج إلى ثلاث مراحل:

- 1- فصل التحضير :حيث يتم تدريب التلميذ بشكل فردي طوال هذه المرحلة.
 - 2- فصل المجموعات الصغيرة :وتتراوح النسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومساعد لكل ستة أطفال.
 - 3- فصل الدمج :يحتوي على ثمانية أطفال طبيعيين وستة أطفال ممن يعانون من التوحد وثلاث معلمين. (فاضل, 2015, ص50)
- ويعتمد منهاج دوغلاس على علاج اللغة والمهارات الاجتماعية في البداية ثم ينتقل إلى تعلم مهارات حركية و إدراكية ومهارات الاعتماد على النفس على أن تكون متدرجة من السهل إلى الصعب.

د-برنامج ليب - Learning Experiences. An Alternative Programing for preschool (LEAP) :

انطلق برنامج LEAP عام (1982) في مدينة بنسلفانيا كأول برنامج يقوم على دمج الأطفال الطبيعيين مع أطفال التوحد ممن هم في عمر (3-5) سنوات ضمن صفوف بيئية تعليمية عادية ، ويتلقى الأطفال الملتحقون بالبرنامج خمسة عشر جملة تدريبية موزعة على خمسة أيام في الأسبوع وتستمر هذه العملية على مدار السنة .ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ:

- 1-إن جميع الأطفال يمكنهم الاستفادة من الدمج في مراحل عمرية مبكرة.
 - 2-يجب أن يشارك الوالدان والأسرة.
 - 3-يمكن أن يعلم الأطفال الطبيعيون أطفال التوحد من خلال النمذجة.
 - 4-إجراء بعض التعديلات على المنهج ليصبح مناسباً للاضطراب (1999)
- ويهدف هذا البرنامج إلى تنمية مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية. يعتبر هذا البرنامج إيجابياً إلى حد كبير نظراً للأساس إلي يقوم عليه وهو دمج الأطفال التوحديين مع الأطفال الطبيعيين وهذا ما يسعى إليه جميع العاملين في مجال التربية الخاصة.

هـ-طريقة تيتش related (TEACCH) Treatment and Education OF Communication Handicapped

والمقصود به علاج وتعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد و إعاقات التواصل المشابهة .وقد طُوّر هذا البرنامج من قبل اريك سكوير عام (1972) في الولايات المتحدة الأمريكية وبعد أول برنامج تربويّ معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية .إن أهم ركيزة لهذا البرنامج هي تعليم الأشخاص التوحّديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصريّ وتعويضهم عن نقاط الضّعف لديهم والتي تتمثّل في فهم اللّغة والبيئة ويتمّ ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصّور والكلمات المكتوبة ويقوم برنامج تيتش على ثلاث ركائز أساسية تتمثل في:

1-التقييم والتشخيص.

2-تعاون الوالدين مع المهنيين.

3-التعليم المنظم، بحيث يشمل على خمسة عناصر أساسية هي:

Establishing routine.تكوين روتين محدد ا.

physical structure.تنظيم المساحات ا.

daily schedules.الجداول اليومية ا.

work system.تنظيم العمل ا.

visual instruction.التعليم البصري ا.

وما يجدر ذكره أن هناك علاقة عكسية بين درجة التنظيم وكل من العمر العقلي والزمني ودرجة الذكاء وتطور المهارات اللغوية.

يعدّ برنامج تيتش برنامجاً مرناً وقابلاً للتعديل والتكيف، حيث أن التّعليم المنظم من أفضل طرق

لتعليم أطفال التوحد مهارات جديدة ويساعدنا على التغلب على السلوكيات التي تعيق عملية التعليم، بالإضافة لقدرته على تغطية فئة عمرية كبيرة تمتد من (8) أشهر حتى (55) سنة.

(فاضل,2015)

2- الأمومة :

2-1- سيكولوجية الأمومة:

إن التغير في الإفرازات الهرمونية المرافقة للحمل والولادة يضع المرأة في حالة جاهزية لتقديم العناية اللازمة للمولود الجديد، كما تأخذ المؤثرات الصادرة عن الصغير أهمية خاصة في استمرار سلوك الأمومة في المراحل اللاحقة، إن تأثير الوسط الاجتماعي يدفع الأم إلى أن تتصرف حسب طريقة محددة فالعوامل الثقافية، والقيم الاجتماعية تؤثر تأثيرا هاما في سلوك الأمومة ويرى نادلر انه عند دراسة الأمومة عند الجنس البشري يمكن الأخذ بالفرضيتين التاليتين:

أولاً: إن سلوك الأمومة عند البشر يمكن أن يكون أيضا متلائما مع الصيغة الخاصة لتنظيمنا الاجتماعي من هنا تبدو الأهمية القصوى في تفحص ودراسة الأنظمة الاجتماعية في مختلف أشكالها ودرجاتها .

ثانياً: إن الاضطرابات في سلوك الأمومة وفي علاقة الأم بصغيرها يكون غالبا نتيجة التغير المفاجئ في الشروط والعادات الطبيعية. (قنطار، 1992)

يتوافق سلوك الأمومة مع احتياجات الطفل عند الولادة و العوامل البيولوجية الغريزية في انطلاقة هذا السلوك ، لقد توافقت سلوك الأمومة عبر التطور مع سلوك التعلق عند الطفل كون كلا النظامين يستدعي المحافظة على الاتصال بين الأم والطفل.

ويعتقد بعض الباحثين خلافا للفكرة السائدة أن السلوك الطبيعي للام البيولوجية (الوالدة) لا يكمن في دافع غريزي خاص بالأمومة، إنما يكمن في المسؤولية الثقافية الاجتماعية للكائن اتجاه أنجاله مسؤولية تحتمها القيم الأخلاقية والثقافية السائدة، المتعلقة بطريقة التعامل مع الصغير بلطف ومحبة وحنان، فهو أحد أفراد العائلة ويحتاج للمساعدة كونه سريع العطب. (قنطار، 1992)

لا يمكن أن ننكر الدور الذي تلعبه العوامل الاجتماعية الثقافية في سلوك الأمومة لكن نلاحظ مبالغة في ذلك، بل ليس لها دور أساسي في الوقت الذي تلعب العوامل الغريزية للام الدور الأهم في هذا السلوك، وإلا فانه يمكن للرجل أن يربي طفل إذا توفرت الشروط المناسبة وهذا غير ممكن .

2-2- مراحل الأمومة:

تنقسم الأمومة إلى ثلاثة مراحل:

أ - مرحلة الاحتواء :

تبدأ بفترة الحمل حتى المرحلة الأولى بعد الولادة وفيها تشعر الأم بأن الطفل جزء منها ولا تستطيع الإحساس بأنه كائن مستقل عنها وترفض تماما رؤيته بأي صورة أخرى، وهي فترة طبيعية أن لم تتعد الفترة المتوقعة لاعتماد الطفل على الأم.

ب - مرحلة الامتداد :

حيث تعتبر الأم أن الطفل امتداد لها وكأنه ظل لها يتحرك فقط بإرادتها وقد تصبح هذه المرحلة مرضية إذا ما استمرت بعد مرحلة الطفولة الأولى.

ج- مرحلة الأمومة الناضجة :

تتمثل في مقدرة الأم أن ترى ابنها بصورة منفصلة له احتياجاته وأفكاره ومشاعره الخاصة ووجوده المستقل في الحياة وليس من أجل إشباع احتياجاتها النفسية ولكن من أجل نفسه وتطوره الخاص (مرفت عبد الناصر، دس).

2-3- تصورات الأم حول الطفل المنتظر :

حسب قبل أن يجيء الطفل فالأم تعرفه عن طريق اللاوعي، هذه الصورة اللاواعية عن الطفل تتشكل انطلاقاً من ميراثين هما: طاقة الليبيدو و الوضعية النرجسية الأولية، إن الطفل المتصور (المنتظر) هو نتاج اللاوعي عند كل أم ومصدر هذا الإنتاج هو:

- مثالية الأنا: و هي تكوين نرجسي للعقدة الأبوية.

- الأنا المثالي: وهو تكوين مرتبط بالنرجسية الأولية.

هذان التكوينان هما المسؤولان عن إعطاء صورة الطفل المتصور، فالأنا المثالي يحدد في اللاوعي صورة محدد "الذات وهي تختلف عن الإحساس بالذات، وخبرة الذات عند كل فرد تكون مجزأة مثلاً أن الشخص لا يمكنه أن يرى أعلى الرأس أو الظهر وحتى الوجه لكنه يدركها كجزء من الذات وهذا الإدراك جاء انطلاقاً من إدراكه لصورة الأم عندما كانت تنظر إليه .

تقول Winnicott وبنكوت 1971: ماذا يرى الطفل عندما يجول ببصره في وجه الأم، عامة، ماذا يرى؟ يرى نفسه.

فالأنا المثالي عبارة عن تكوينات نرجسية تستدخل خلال المراحل الأولى في بناء الشخصية، والتي تعتبر إحدى المكونات التي تحدد العمل النفسي، والهدف من الأنا المثالي هو التجديد والتصليح و الحماية. فالطفل المتصور (المنتظر) هو جزء من أهداف الأنا المثالي فهو رغبة من الأنا المثالي، يشكل لدى الأم إمكانية تجربة فريدة يجب حمايتها من الخبرات المجزأة للطفل "الطفل المتصور المنتظر" يكون نتيجة للبحث الذي كانت بدايته في القديم عندما كان الطفل الصغير في صورة ذات كحقيقة واقعية خارجية. إضافة إلى النرجسية الأولية فإن الطفل المتصور يخضع أيضا إلى نرجسية أخرى لها علاقة بمثالية الأنا وهي المثالية التي لها علاقة بالجماعة الاجتماعية والعائلية والمتضمنة في العقد الأبوية فمثالية الأنا تخضع لتضاد كل من صورة الذات وخبرات الذات (المرجع نفسه، 2012).

2-4- استجابة الأم لإصابة ابنها بالتوحد:

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

مرحلة الصدمة: أول رد فعل نفسي يحدث للأم حيث لا تستطيع تصديق أن الطفل غير عادي

الإنكار: من الاستجابات الطبيعية للإنسان ينكر كل ما هو غير مرغوب أو مؤلم، وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم للتخفيف من القلق الناتج عن الصدمة.

الحداد والحزن: وهي فترة حداد وعزاء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل عندما تدرك أن طفلها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته

الخجل والخوف: يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأمهات لاتجاهات الآخرين المقربين منهن تجاه إصابة ابنهن

الغضب والشعور بالذنب: محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات (الشعور بالذنب) أو موجه لمصادر خارجية (كالطبيب) . (رغدي، 2018)

الرفض أو الحماية الزائدة: المواقف الراضية للطفل تعرضه للإهمال وإساءة الآخرين، والحماية المفرطة تولد الاعتمادية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات

التكيف والتقبل: وبعد كل المعاناة السابقة لا تجد الأم مفرا عن تقبل الأمر والاعتراف باصابتها لكنها لكن من المهم أن تصل الأم لهذه المرحلة بسرعة لان التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية و التأهيلية. (رغدي، 2018)

2-5- أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحد :

يتفق العلماء على أن الأم هي أول ممثل للمجتمع يقابله الطفل عن طريق العناية والرعاية التي تمد بها الطفل ومع اتفاق العلماء أيضا على أهمية الأسرة وأثرها في تنشئة الطفل الاجتماعية فأنهم يحرصون على إظهار دور الأم على أنه الدور الرئيسي في عملية التنشئة... كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة إلى الشعور بالأمان الذي يهيئه الى التوافق النفسي والاجتماعي ويحفظ توازنه النفسي ويؤكد استقراره وهو في هذا يحتاج إلى الحب والقبول والاستقرار كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان والطمأنينة وهذه العناصر يستتبطها الطفل ممن يحيطون به وبصفة خاصة الام

هذا لأن الحب والأمان الذي يجده الطفل مع أمه يؤثر على نموه الانفعالي والجسمي والعقلي ومن هنا يتضح لنا أهمية الدور الذي تلعبه الأم في رعاية وتحقيق الصحة النفسية لأطفالها .

(بنوية، 2003)

الأسرة ككيان لكل فرد فيه مهامه ومسؤولياته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في اغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أعراض، وذلك ليس له أساس من الحقيقة، كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن اهتمام الأم بطفلها المصاب بالتوحد قد يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين، كل ذلك ينعكس على الأسرة .

وهنا الاحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سويا، ومساعدة الأب للام على تخطي الصعاب وعدم تحميلها فوق قدراتها البدائية والنفسية. (شنان، 2018).

تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة طفلها، فاول غذاء يحصل عليه من الام وهي التي تسهر على رعايته وحمايته والاعتناء به، وتوفير الماكل الصحي والملبس النظيف...ولذا يقع على عاتقها رعاية شؤونه منذ

ولادته وتولي إشباع حاجاته، ونظرا للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة فإن أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم ومرجع ذلك العلاقة الالتصاق بينها وبينه ولذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية وتمثل مصدر للإشباع العادي والنفسي لديه . (التوبي، 2010) .

خلاصة الفصل :

يعتبر التوحد من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية منها المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي كما أنه اضطراب غامض و لم يتوصل العلماء إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الإجتماعية والاتصال....,وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى مما يستوجب ضرورة القيام بتشخيص فارقى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في وضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي، بيئي.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : اجراءات الدراسة الميدانية

- تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- مجموعة الدراسة

4- أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

يسعى هذا الجزء التطبيقي إلى عرض مختلف اجراءات الدراسة الميدانية التي اتبعناها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذا البحث، فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، الهدف، الأهمية بالإضافة إلى الفصول التي هي قلق المستقبل و التوحد و تتمثل هذه الخطوات فيما يلي :

1-الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية جزء مهم من الدراسة في جانبها الميداني وفي البحث ككل، فهي تسمح بالتقرب أكثر من فهم الموضوع والإلمام به وتوظيف المعلومات النظرية التي تحصلنا عليها لإزالة كل غموض أو التباس يحيط بالموضوع

ومن جهة أخرى التعرف على مدى ملائمة ظروف القيام بهذه الدراسة والتأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع متغيراتها، ذلك قبل الشروع في إجراء المقابلة وتطبيق مقياس قلق المستقبل .

أ - الهدف من الدراسة الاستطلاعية :

- التعرف على ميدان البحث لتفادي الغموض أثناء تطبيق أدوات البحث فيما بعد.
- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول مجموعة الدراسة .
- الإلمام بالتصور الشامل للبحث .
- التعرف على الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث لتفاديها في اجراءات الدراسة الأساسية .

2-منهج الدراسة :

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة باعتباره المنهج المناسب والملائم لطبيعة فرضياتنا وموضوع الدراسة من جهة ولفردية الحالة من جهة أخرى، ويعتبر المنهج العيادي بمثابة الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية أي دراسة الشخصية في بيئتها وهو نفس الاتجاه الذي تبناه ويتمر (Witmer (1822 في تعريفه للمنهج العيادي، حيث يذهب إلى أنه منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحدة تلو الأخرى من أجل استخلاص مبادئ توحى لها بملاحظة كفاءاتهم وقصورهم (عبد المعطى، 2003)

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للفهم الشامل للحالة الفردية وللحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المفحوص، وتعتبر دراسة الحالة حسب فرج عبد القادر طه وآخرون هي طريقة في علم النفس الشخصية تفصيلية تستمر لمدة طويلة تستعد بياناتها من نتائج الاختبارات النفسية التشخيصية واختبارات الإنتاج وتاريخ الحالة، وتستخدم طريقة دراسة الحالة في علم النفس الشخصية و علم النفس الإكلينيكي (طه وآخرون، دس).

3-مجموعة الدراسة :

تمثلت من 3 حالات من أمهات أطفال التوحد تم اختيارهم بطريقة قصدية وفقا للمعايير التي تفرضها طبيعة البحث و كذا شروطه :

- ألا تكون مطلقة .
 - أن يكون المستوى الاقتصادي و المعيشي متوسط
 - ألا تعاني هي و زوجها من اعاقة ما .
 - أن يكون طفل واحد مصاب
- اخترنا هذه المعايير حتى نستبعد بعض العوامل منها البطالة , الفقر , الطلاق التي تؤثر في ارتفاع قلق المستقبل .

4- أدوات البحث :

تعتبر أدوات البحث ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد تم الاستعانة بأهم الأدوات التي تخدم موضوع الدراسة و المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس قلق المستقبل لزينب محمد شقير .

أ-المقابلة العيادية النصف موجهة :

المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر شيوعا لجمع المعلومات التي يستخدمها الباحث للاتصال مع المفحوص، ونعني بالمقابلة الوسيلة التي يتم بموجبها جمع المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة على تساؤلات بحثه و اختيار فروضه (عبد الهادي، 206)

وتم استخدام المقابلة النصف موجهة وذلك لأنها تقدم المعطيات الأكثر والأنسب لنوع الدراسة التي نحن بصددھا، فحسب محمد خليفة بركات المقابلة النصف الموجهة هي تلك التي تعتمد دليل للمقابلة والتي ترسم خطتها مسبقا بشيء من التفصيل ووضع تعليمة محدودة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة، وفيها تحدد الأسئلة، صيغتها، ترتيبها، توجيهها، وطريقة إلقائها بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكاليف" (بركات، 1984).

و لاجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة ووضعها في صورة دليل مقابلة الذي يحتوي على محاور بحيث كل محور يهتم بمجموعة من الأسئلة و ذلك لجمع أكبر معلومات حول قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، وعن الحالة النفسية للام وعلاقتها بالطفل المتوحد، هذه المحاور هي:

- المحور الأول: يتضمن هذا المحور جمع المعلومات المتمثلة في البيانات الشخصية لكل من الأم

و الطفل المتوحد وموقف الأم اتجاه هذا الطفل.

- المحور الثاني: الخوف من المشكلات المستقبلية : و يشير الى التوقعات السلبية للأم بعدم استطاعتها تلبية احتياجات طفلها .

- المحور الثالث: النظرة التشاؤمية للمستقبل : و تظهر في ملامح اليأس و النظرة السوداوية .

- المحور الرابع: قلق التفكير في المستقبل : يشير الى التخمين و التصور السلبي للمستقبل .

- المحور الخامس: قلق الموت : يشير الى الخوف من ترك الأم لطفلها وحيدا بعد الوفاة .

ب - مقياس قلق المستقبل:

من إعداد : زينب محمود شقير (2005) :

يهدف المقياس الى معرفة رأي الفرد الشخصي بوضوح في المستقبل وذلك على مقياس متدرج من معترض

بشدة (لا) معترض أحيانا (قليلا) بدرجة متوسطة عادة (كثيرا) , دائما (تماما) , وموضوع أمام هذه الفقرات

خمس درجات هي 1-2-3-4 صفر على الترتيب وذلك عندما يكون اتجاه البنود نحو قلق المستقبل سلبي بينما

تكون هذه التقديرات في اتجاه عكسي (صفر - 1-2-3-4) عندما يكون اتجاه التقديرات نحو قلق المستقبل

ايجابي وبذلك تشير الدرجة المرتفعة على المقياس الى ارتفاع قلق المستقبل لدى الفرد

يتكون المقياس من 28 فقرة موزعة على خمسة محاور كالتالي :

1-القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية ويشمل ارقام المفردات 17-20-21-22-24

2- قلق الصحة وقلق الموت ويشمل أرقام المفردات 10-18-19-25-26

3- القلق الذهني و يشمل أرقام المفردات 3-6-11-13-14-23-28

4- اليأس في المستقبل و يشمل أرقام المفردات 7-8-9-12-16

5- الخوف و القلق من الفشل في المستقبل و يشمل المفردات 1-2-5-15-27

و بذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (0-112) و يتم تحديد المستويات طبقا للاتي :

قلق مستقبل مرتفع جدا شديد من 91-112 درجة، وقلق مستقبل مرتفع من 60-90 درجة

قلق مستقبل متوسط من 45-67، قلق مستقبل بسيط من 22-44 درجة

قلق مستقبل منخفض من 0-25 درجة

وقد استخدمت معدة المقياس زينب شقير الطرق الإحصائية التالية :

صدق المقياس :

1- الصدق الظاهري:

حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي (زينب محمود شقير).

2- صدق المحك :

حيث تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (120) طالب و طالبة مناصفة بالفرقة الرابعة بكلية التربية بطنطا (ضمن عينة التقنين) كما تم تطبيق مقياس القلق إعداد غريب عبد الفتاح على ذات العينة وكان معامل الارتباط بين درجات المقياسين (0.74 , 0.83 , 0.87) لكل من عينة الذكور و الاناث والعينة الكلية على التوالي، وهو ارتباط دال ومرتفع مما يضمن صلاحية المقياس للاستخدام .

3- صدق المفردات (صدق التكوين) :

تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس ذلك على عينة طلاب و طالبات الكلية وكانت معاملات الارتباط دالة.

4- صدق الاتساق الداخلي :

تم إيجاد معاملات الارتباط بين محاور المقياس الخمس وبين بعضهم البعض وكذلك بين كل محور وبين الدرجة الكلية للمقياس وجميعها معاملات الارتباط مرتفعة وموجبة ودالة على مستوى (0.01) حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0,64،0,93) وهذا ما يزيد من الاطمئنان على ارتفاع صدق المقياس لما وضع له.

5- صدق التميز:

ويوضح إمكانية استخدام مقياس قلق المستقبل في الكشف عن الفروق بين المجموعات المختلفة في درجة قلق المستقبل وتبين أن قيمة ف" جميعها دالة عند مستوى (0,01) أي أن هناك فروقا دالة دلالة إحصائية بين المجموعات الثنائية المختلفة، ومن ثم فإن المقياس لديه القدرة على التمييز بين فئات مختلفة مما يطمئن على صدقه وإمكانية استخدامه في المقياس.

ثبات المقياس :

قامت الباحثة معدة المقياس (زينب شقير) بحساب ثبات بعدة طرق:

1 - طريقة إعادة تطبيق الاختبار:

حيث تم تطبيقه على عينة من الجنسين من طلاب التربية جامعة طنطا و عددها 80 من كل جنس مرتبين متتاليين بفواصل زمني بينهما شهر، وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (0.74,0.81,0.83) لكل من عينة الذكور و عينة الاناث والعينة الكلية (مرجع تفه، 2011).

2 - طريقة التجزئة النصفية:

تم الحساب بطريقتين:

أ- باستخدام معادلة سبيرمان براون (Sperman-Broun) للتجزئة النصفية للعينة عددها (160) طالبا من الجنسين، وبلغ معامل الارتباط بين البنود الزوجية والفردية (0,818) وبلغ معامل الثبات (0,819) وهو معامل الثبات مرتفع ودال عند المستوى (1,01) مما يطمئن على استخدام المقياس

ب- تم تقسيم المقياس إلى مجموعتين من البنود من (1-14)، (15 - 28)، وتم إيجاد معامل الارتباط بين درجات بنود المجموعتين وبلغ (0,812) و هو معامل ارتباط مرتفع و دال عند المستوى (0,01)

3- طريقة كرونباخ (معامل ألفا):

حيث تم حساب معامل ألفا على عينة من الذكور والاناث من طلاب الجامعة مقدارها (100) طالب من الجنسين، وبلغ معامل الثبات (0.882, 0,911, 1,923) لعينة الذكور، الإناث، و العينة الكلية على التوالي، وهي معاملات ثبات مرتفعة للمقياس (تيفين عبد الرحمن، 2011).

الفصل الخامس : عرض النتائج ومناقشتها

1- عرض الحالات و تحليلها

2- تحليل عام للحالات ومناقشتها

3- الاستنتاج العام

عرض النتائج ومناقشتها :

نظرا للأوضاع الوبائية السائدة تعذر علينا اجراء الدراسة الميدانية وسنكتفي من خلال هذا الفصل بعرض أهم محتوياته والمتمثلة فيما يلي :

1- عرض الحالات و تحليلها :

يتم من خلال هذا العنصر عرض محتوى المقابلة العيادية النصف موجهة لكل حالة متبوعة بتحليل محتواها, بعدها عرض نتائج مقياس كل حالة متبوعة بتحليلها و في الأخير تحليل عام للحالة و مناقشتها من خلال التقاطع بين نتائج تحليل المقابلة العيادية النصف موجهة و نتائج المقياس .

2- تحليل عام للحالات ومناقشتها :

يتم التحليل العام للحالات بناءا على التشابهات و الاختلافات بين الحالات .ويعتمد التحليل العام للحالات ومناقشتها على أساس الإطار النظري والدراسات السابقة .

3- الاستنتاج العام :

يحتوي الاستنتاج العام على اهم النتائج المستخلصة من الدراسة الميدانية وما أسفرت عنه من قبول أو رفض فرضيات الدراسة .

خلاصة :

تمثل علاقة أم طفل أهم مرتكزات بناء الشخصية لدى الطفل بالنظر إلى الأدوار المتعددة للأم في التربية والرعاية ، والاستثمار العاطفي الذي تتبادله مع طفلها الذي تسقط عليه كل هوماتها بأن يكون طفلا سليما وحتى موهوبا لذا فإن إصابة الطفل باضطراب أو إعاقة يشكل عامل ضغط لهذه الأم بحكم الرابط الإعاشي والانفعالي بينها وبين طفلها، قد يتمظهر في استجابات اكتئابية أو في مشاعر النقص في قيمة الذات وقد يمتد إلى الخوف والحيرة وقلق حول مستقبل هذا الطفل وبعد طرح تساؤل الدراسة الذي يهدف الى الكشف عما إذا كانت أم الطفل المصاب بالتوحد تعاني من درجة قلق مستقبل مرتفعة عمدنا بعدها الى وضع فرضية تنص على وجود معاناة مرتفعة لقلق المستقبل عند هذه الأم، وبعد تحديد الأهمية و الهدف من الدراسة قمنا بتعريف المفاهيم الأساسية للدراسة وكل هذا يندرج في الاطار العام للدراسة، وبعد عرض الفصول النظرية اتجهنا الى تحديد اجراءات الدراسة الميدانية التي بينت اعتمادنا على المنهج العيادي و اختيار مجموعة بحث تضم 5 حالات لأمهات أطفال مصابين بالتوحد، وذلك وفق شروط محددة، كما بينت الأدوات المراد استعمالها في البحث و المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس قلق المستقبل لزينب شقير، ونظرا للأوضاع الصحية التي فرضتها جائحة كورونا تعذر علينا اتمام الدراسة الميدانية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

المراجع العربية :

- 1- طه فرج عبد القادر وآخرون، دس، معجم علم النفس التحليلي النفسي، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- 2- عبد الستار، ابراهيم، كفاي، علاء الدين (2015) القاموس الموسوعي في العلوم النفسية و السلوكية (المجلد 1). (ط1). القاهرة:المركز القومي للقاهرة .
- المراجع :
- 3- أحمد عكاشة، 1998، الطب النفسي المعاصر، دط، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- 4- أديب محمد خالدي، 2015، علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار المسير للنشر، عمان، الأردن.
- 5- إبراهيم عبد الستار، 1994، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة
- 6- حامد عبد السلام زهران، 1992، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، دون دار نشر، القاهرة، مصر
- 7- حامد عبد السلام زهران، 2005، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، كلية التربية جامعة عين الشمس، القاهرة
- 8- حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، الأمراض السكوسوماتية العلاج، التشخيص، الأسباب، مكتبة النهضة، زهراء الشرق، القاهرة
- 9- حسن مصطفى عبد المعطي، 2006، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، ط2، مكتبة الزهراء، القاهرة
- 10- حنان عبد الحميد العناني، 2000، الطفل و الأسرة والمجتمع، ط1، دار الصفاء للنشر
- 11 - زيادة كامل اللا، شريفة عبد الله الزبيري وآخرون، 2011، د ط، أساسيات التربية الخاصة.
- 12 - عبد الخالق أحمد جبيري، 1989، أسس علم النفس، ط1، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
- 13- عبد اللطيف حسين فرج، 2008، الاضطرابات النفسية، دار حامد، عمان، الأردن.

- 14- العوادي قاسم هادي، 1992، العصاب، ط1 ، وزارة الثقافة والإعلام، بغداد.
- 15- فاروق السيد عثمان، 2001، القلق و إدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، أمير للطباعة، القاهرة
- 16- فايزة قنطار، 1992، الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم، عالم المعرفة سلسلة الكتب الثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون و الأدب، الكويت.
- 17- القيس صموئيل، دس، القلق حالة وجدانية تبني أو تهدم، ط1، دار الثقافة، القاهرة.
- 18- لطفي عبد العزيز الشربيني، دس، كيف تتغلب على القلق المشكلة والحل، دار النهضة العربية، بيروت .
- 19- العيسوي، عبد الرحمان (1994) دراسات في علم النفس الاجم شيطا، بيروت لبنان
- 20- فهمي، محمد سيد (2007). التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الوفاء لنديا، الإسكندرية.
- 21- القبائلي، يحي (2001). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، الطريق للنشر والتوزيع، عمان
- 22 - القحطان، الظاهر أحمد (2009). التوحد، ط1، دار وائل للنشر، عمان
- 23- اللالا، زياد كامل (دس)، أساسيات التربية الخاصة، لط، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 24- نايف عايد الزراع (2010). المدخل لاضطرابات التوحد، ط1 ، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان
- 25- يحي،خولة أحمد (2008) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، ط1 ، دار الفكر للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان .
- 26- يحي،خولة أحمد (2008) الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، ط2 ، دار الفكر للنشر و التوزيع و الطباعة ، عمان .

كتب مترجمة:

- 27- سيغmond فرويد ، الكف و العرض و القلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر .
- الحسيني، عاطف مسعد، (2011). قلق المستقين والعلاج بالمضي. (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي
- 28- الخطاب، محمد أحمد، (2009). سيكولوجية الطفل التوحيدي. (ط1). مصر: دار الثقافة للنشر والتوزيع
- 29- العيسوي، عبد الرحمن. (1985). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية. انط) الإسكندرية: دار الفكر الجامعية
- 30- القمش، مصطفى نوري، المعاينة، خليل عبد الرحمن (2009). الاضطرابات السلوكية و الانفعالية. (ط2)، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع

- 31- حامد، عبد السلام زهران، (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي،(ط2). القاهرة: عالم الكتب .
- 32- الخالدي، عطاء الله، فؤاد، العلمي، دلال سعد الدين. (2009). الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق. (ط1). عمان: دار الصفاء
- 33- فاروقى، السيد عثمان. (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية. (دط). القاهرة: دار الفكر العربي.
- 34 - فرج، عبد اللطيف حسن. (2008). الاضطرابات النفسية . (دط)، عمان: دار حامد للنشر والتوزيع.
- 35- قنطار، قايز. (1992). الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم. (دط). الكويت: عالم المعرفة . عويضة ،كامل محمد، محمد، (1996). رحلة في علم النفس. (ط1)، لبنان: دار الكتب العلمية
- 36- محمد سليمان، سطاء. (2013). الطفل الذائوي (التوحيدي) (بين الغموض والشفقة..والفهم والرعاية).جامعة عين شمس. عالم الكتب.
- 37 - سيغموند فرويد. (1989). الكف و العرض و القلق. (ترجمة محمد عثمان نجاتي). القاهرة: دار الشروق.
- 38- حسانين أحمد محمد، 2000، قلق المستقبل وقلق الامتحان في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الصف الثاني الثانوي، رسالة ماجستير، كلية الأدب، جامعة المانيا.
- 39- سعود ناهد شريف، 2005، قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق، سوريا.
- 40- عائشة شلابي، 2017، الصورة الأمومية وصورة الجسد لدى أطفال مصابين بالصرع عبر الإنتاج الإسقاطي، رسالة ماستر في علم النفس.
- 41- عبد المحسن مصطفى، 2007، فعالية الإرشاد النفسي في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب كلية التربية، رسالة ماجستير، جامعة أسيوط .
- 42- المشيخي غالب محمد علي 2009، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب الجامعات، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى.
- 43- معوض عبد التواب، 1996، أثر كل من علاج المعرفي النفسي الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة طنطا.

الرسائل الجامعية :

- 44- القاضي، وفاء محمد حميدان. (2009). قلق المستقبل و علاقته بكل من صورة الجسم و مفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة ، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة .

- 45- المشيخي، غالب بن محمد علي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من الذات و مستوى الطموح لدى عينة من طلبة جامعة الطائف، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى السعودية .
- 46- رغدي نذيرة, (2018). التصورات الاجتماعية لدى أمهات أطفال التوحد رسالة ماستر، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي .
- 47- شلهوب دعاء جهاد(2016) قلق المستقبل و علاقته بالصلابة النفسية دراسة ميدانية لدى عينة من الشباب في مراكز الايواء , رسالة ماجستير , جامعة دمشق .

قائمة الملاحق

الملاحق

الملحق رقم 1 : دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول : تصورات الأم لطفلها أثناء الحمل به

س1 : كيفاه كنتي تتصوريني و تتخيلي ولدك و أنت حامل به ؟

المحور الثاني : قلق المستقبل الذي تتعرض له أم الطفل المتوحد

س2: كيفاه كانت الزيادة تاعك ؟

س3 : كيفاه كانت ردة فعلك كي عرفتي بلي ولدك مريض ؟

س4 : تقدريني تحكي كيفاه كانت ظروفك المعيشة قبل انجابك لابنك المريض ؟

س5 : كيفاه علاقتك بزوجه ؟

س6 : بعدما جبتي ولدك مريض أثر هذا على حياتك ؟

س7 : كيفاه تشوفي لولدك و للوضعية تاعو ؟

س8: كيفاه راكي تشوفي في المستقبل و للوضعية تاعو ؟

المحور الثالث : تعامل أم الطفل المتوحد مع الوضيعات الضاغطة

س9: كيفاه راكي تتعامليني مع الوضع الحالي لي راكي عايشاتو ؟

س10: كيفاه راكي تتعايشيني مع المشاكل لي راكي عايشتهم ؟

س11 : قدرتي توفقي بين الدار و الابن تاعك و روحك ؟

الملحق رقم 2 : مقياس قلق المستقبل لزينب شقير

الاسم واللقب: السن:

تعليمات:

أخي المحترم

فيما يأتي مجموعة من العبارات التي تعبر بوضوح عن رأيك الشخصي اتجاه المستقبل والمطلوب منك معرفة وجهة نظرك الشخصية بصراحة وبأمانة وبصدق وإبراز رأيك ومشاعرك من خلال الإجابة على هذه العبارات بوضع علامة (X) أمام الإجابة التي تريدها بنفسك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك والمرجو منك أن لا تترك أي عبارة بدون إجابة وتذكر بأن معلوماتك سرية وان هذا المقياس للدراسة وليس للتقييم الشخصي.

الرقم	العبرة	لا تنطبق	أحيانا	تنطبق
1	أؤمن بالقضاء والقدر، وأن القدر يحمل أخبارا سارة في المستقبل			
2	التوفيق يدفعني دائما لمزيد من التفوق و أكافح لتحقيق مستقبل زاهر			
3	تراودني فكرة أنني قد أصبح شخصا عظيما في المستقبل			
4	عندي طموحات و أهداف واضحة في الحياة و أعمل لمستقبلي وفقا لخطة رسمتها لنفسي و أعرف كيف أحققها			
5	الالتزام الديني و الأخلاقي و التمسك بمبادئ معينة يضمن للإنسان مستقبلا آمنا			
6	الأفضل أن تعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا و تعمل لآخرتك كأنك تموت غدا			
7	أشعر أن الغد سيكون يوما ما مشرفا و ستحقق آمالي في المستقبل			
8	أملي في الحياة كبير لأن طول العمر يبلغ الأمل			
9	يخبئ الزمن مفاجئات سارة و لا يأس في الحياة و لا حياة مع اليأس			
10	حياتي مملوءة بالحيوية و النشاط و الرغبة في تحقيق الأمل			
11	يملكني الخوف و القلق و الحيرة عندما أفكر في المستقبل و أنه لا حول و لا قوة في المستقبل			
12	يدفعني الفشل الى اليأس و فقدان الأمل في تحقيق مستقبل أفضل			
13	أنا من الذين يؤمنون بالحظ و يتحركون على أساسه			
14	أفضل طريقة للتعايش مع الحياة هو عدم التفكير في المستقبل و أترك الحياة تمشي مثلما تمشي			
15	تمضي الحياة بشكل مزيف و محزن و مخيف مما يجعلني أخاف و أقلق من المجهول			
16	أشعر بالفراغ و اليأس و فقدان الأمل في الحياة و أنه من الصعب إمكانية تحسينها مستقبلا			
17	أشعر بالانزعاج لاحتمال وقوع كارثة قريبا بسبب كثرة وقوع الحوادث هذه الأيام			
18	أشعر بتغيرات مستمرة في مظهري (شكلي) تجعلني أخاف أن أكون غير جذاب (غير مقبول) أمام الآخرين مستقبلا			
19	ينتابني الشعور بالخوف و الوهم من اصابتي بمرض خطير (أو حادث) في أي وقت			
20	الحياة مملوءة بالعنف و الاجرام تجعل الفرد يتوقع الخطر لنفسه في أي وقت			
21	كثرة البطالة في المجتمع يهدد بحياة صعبة و سوء التوافق الزوجي مستقبلا			
22	غلاء المعيشة و انخفاض الدخل و انخفاض العائد المادي يقلقني على مستقبلي			
23	المستقبل غامض و مبهم (مجهول) لدرجة تجعل من الفرد أن يرسم الشخص أي خطة للأمر الهامة من مستقبله			
24	ضغوط الحياة تجعل من الصعب أن أضل محتفظا بأملي في			

			الحياة و أتفاءل أن أكون في أحسن حال	
			أشعر بالقلق الشديد عندما أتخيل اصابتي في حادث(أو حدث لي بالفعل) (أو حدث لشخص يهمني)	25
			يغلب علي التفكير في الموت في أقرب وقت خاصة عندما أصاب بمرض (أو يصاب أحد أقاربي)	26
			أنا غير راض عن مستوى معيشتي بوجه عام مما يشعرني بالفشل في المستقبل	27
			أشعر أن الحياة عقيمة بلا هدف و لا معني و لا مستقبل واضح	28