



جامعة زيان عاشور الجلفة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و الفلسفة



قلق المستقبل و علاقته بالاكنتابج لدى أمهات أطفال التوحد

(دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال

المعوقين ذهنيا بالجلفة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة (الماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

د- داودي خيرة

إعداد الطلبة:

ذويب يوسف

بن الصادق محمد

لجنة المناقشة:

1. الأستاذ: شراك حمزة رئيسا
2. الأستاذة: درماش أسية مقررا
3. الأستاذة: داودي خيرة مناقشا

السنة الجامعية: 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر و عرفان

نتقدم بجزيل الشكر للمشرف

الأستاذة الفاضلة داودي خيرة والتي تابعت

العمل من بدايته الى نهايته حيث أحاطتنا

بتوجيهاتها العلمية كما ساعدتنا على تخطي

عقبات البحث.

كما لا ننسى من كان لهم الفضل في تعليمنا

في مشوارنا الدراسي منذ بدايته





إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

الصلاة والسلام على أشرف المرسلين خير الأنام محمد عليه أفضل الصلاة
وأزكى السلام

أما بعد:

نهدي هذا العمل المتواضع إلى الذي لا تطيب اللحظات إلا بذكره وشكره
وتطيب الآخرة إلا بعفوه وهو الله عز وجل

وإلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة ونور العالمين سيدنا محمد عليه
الصلاة والسلام

إلى من هما منبع الحب والعنان ووهبهما الله الوفاق اللذان غرسا في قلوبنا حب
العلم والمعرفة منذ نعومة الأظفار أرجو من الله أن يمد في عمرهما والدينا

وإلى منبع الأئمة والمحبة أخوتنا

وإلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل المتواضع



ملخص الدراسة: بالعربية:

حاولنا من خلال دراستنا الحالية تسليط الضوء على قلق المستقبل وعلاقته بالإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد بمدينة الجلفة، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل و الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد، ودلالة الفروق في قلق المستقبل والفروق في الإكتئاب لدى عينة الدراسة وفقا لـ: (سن الأم، المستوى العلمي، الوضعية المهنية، وسن الطفل التوحدي)، ومن أجل ذلك اتبعنا المنهج الوصفي، حيث كان عدد أفراد العينة 31 أما، تمت الإستعانة بمقياس قلق المستقبل للباحثة زينب شقير (2005) ومقياس الإكتئاب للباحث غريب عبد الفتاح (2005) كأدوات للدراسة وتمت معالجة البيانات بالأساليب الإحصائية التالية:

النسب المئوية	☒
المتوسط الإنحرافي	☒
الإنحراف المعياري إختبار ANOVA	☒
إختبار Kruskal-wallis h test	☒

وتمت معالجة البيانات ببرنامج الحزمة الإحصائية (SPSS 22) وكانت النتائج المتحصل عليها كالاتي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيري قلق المستقبل والإكتئاب لدى أمهات أطفالالتوحد وطبيعتها علاقة طردية متوسطة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل لدى عينة الدراسة وفقا لـ: (سن الأم، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية، سن الطفل التوحدي) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتئاب لدى عينة الدراسة وفقا لـ: (سن الأم، المستوى التعليمي) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتئاب لدى عينة الدراسة وفقا لـ: (الوضعية المهنية، سن الطفلالتوحدي) .

الكلمات المفتاحية:قلق المستقبل، الإكتئاب، التوحد، أمهات أطفال التوحد.

ABSTRACT :

Through our current study, we have tried to highlight the anxiety of the future and its relationship to the depression of mothers of autistic children in Djelfa, where it aimed to know the relationship between future anxiety and the depression of mothers of autistic children, and to indicate differences in future anxiety and differences. In the depression according to (mother's age, scientific level, professional status, and autistic child age), and for this we followed the descriptive approach, where the number of members of the sample was 31 mothers, the measure of future anxiety and the measure of response were used Depression as tools for study and data were processed by the following statistical methods:

- ✦ Percentages
- ✦ Drifting average
- ✦ Standard deviation
- ✦ Test ANOVA
- ✦ Test Kruskal-wallis h test

The data were processed by the Statistical Package Program (SPSS 22) and the results obtained were as follows:

There is a statistically significant relationship between the variables of future anxiety and the depression of mothers of autistic children and their nature is a moderate expulsion relationship

Lack of statistically significant differences in future anxiety depending on (mother's age, educational level, professional status, autistic child's age)

There are statistically significant differences in the depression depending on the age of the mother, the educational level

No statistically significant differences in depression depending on (occupational status, autistic child's age)

Keywords: *Future anxiety, depressed response, autism, mothers of autistic children.*

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	الشكر والعرفان
ب	الاهداء
ج	ملخص الدراسة بالعربية
د	ملخص الدراسة بالانجليزية
1	مقدمة:
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
02	الإشكالية:
05	فرضيات الدراسة:
05	• الفرضية العامة:
05	• الفرضيات الجزئية:
06	أهمية الدراسة:
07	أهداف الدراسة:
07	التعاريف الإجرائية للدراسة:
08	الدراسات السابقة:
11	التعقيب على الدراسات السابقة:
الفصل الثاني: قلق المستقبل	
14	تمهيد .
14	مفهوم قلق المستقبل .
16	أسباب قلق المستقبل .

17	اعراض قلق المستقبل .
18	نظريات قلق المستقبل.
21	علاج قلق المستقبل .
23	خلاصة .
الفصل الثالث:الاكتئاب	
25	تمهيد .
26	تعريف الاكتئاب.
27	أعراض الاكتئاب.
29	استجابة الام لابن المصاب باضطراب التوحدي.
31	مشكلات التي تواجه امهات اطفال التوحد.
33	الاكتئاب لدى الام لطفل متوحد وعلاج اضطراب التوحد.
34	برنامج علاجي مقترح لمساعدة الام.
37	خلاصة
الفصل الرابع: التوحد	
40	تمهيد
41	ماهية التوحد
45	الخلفية التاريخية وعوامل تطور دراسات التوحد
50	أليات وخصائص التوحد
62	اسباب الاصابة بالتوحد.
66	اعراض الاضطراب التوحدي.
68	خلاصة
الجانب التطبيقي:	

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

70	تمهيد:
71	أولاً: الدراسة الاستطلاعية:
72	1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها:
72	2- عينة الدراسة الإستطلاعية:
73	3- خصائص عينة الدراسة:
73	4- أدوات الدراسة الاستطلاعية:
74	4-1- مقياس قلق المستقبل:
75	4-2- طريقة تصحيح الاختبار:
76	4-3- مقياس الإكتئاب:
77	4-4- طريقة تطبيق المقياس:
77	4-5- طريقة التنقيط:
78	5- نتائج الدراسة الاستطلاعية:
79	ثانياً: الدراسة الأساسية:
79	1- منهج الدراسة:
80	2- عينة الدراسة:
83	3- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:
84	4- الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل السادس: تحليل و تفسير و مناقشة النتائج

86	1- عرض وتحليل النتائج:
87	1-1- عرض وتحليل نتائج العلاقة بين قلق المستقبل والاكتئاب:
89	1-2- عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكتئاب حسب (سن الأم، المؤهل العلمي، سن الطفل، الوضعية المهنية):
93	✠ عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكتئاب حسب سن الأم:

95	✠ عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكنتاب حسب المؤهل العلمي:
99	عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكنتاب حسب الوضعية المهنية:
102	عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكنتاب حسب سن الطفل:
106	2- مناقشة النتائج:
106	• تفسير نتائج الفرضية العامة:
107	• تفسير نتائج الفرضيات الجزئية:
111	خلاصة الفصل:
114	خاتمة
116	اقتراحات الدراسة
118	قائمة المصادر والمراجع
127	الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة:	الجدول:
80	الجدول رقم (01) : يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية
85	جدول (02) : تنقيط مقياس بيك للإكتتاب.
88	الجدول (03): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب سن الأم
89	جدول (04): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي الأم
90	جدول (05): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأم
91	الجدول (06): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب سن الطفل التوحيدي
94	جدول رقم (07): يوضح العلاقة بين قلق المستقبل والاكتتاب
96	جدول رقم (08): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لقلق المستقبل بين المجموعات حسب سن الأم
97	جدول رقم (09): يوضح نتائج متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب سن الأم
98	جدول رقم (10): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في الاكتتاب بينا المجموعات حسب سن الأم
99	جدول رقم (11): يوضح نتائج متوسطات وانحرافات المجموعات في الاكتتاب حسب سن الأم
100	جدول رقم (12): المقارنة متوسطات بين المجموعات في الاكتتاب حسب سن الأم
102	جدول رقم (13): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في قلق المستقبل بين المجموعات حسب المؤهل العلمي
103	جدول رقم (14): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب المؤهل العلمي
104	جدول رقم (15): يوضح نتائج الفروق (Kruskal-wallish test) في الاكتتاب بين المجموعات حسب المؤهل العلمي
105	جدول رقم (16): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في الاستجابة للاكتتابية

حسب المؤهل العلمي	
106	جدول رقم (17): يوضح نتائج الفروق في قلق المستقبل حسب الوضعية المهنية:
108	جدول رقم (18): يوضح نتائج الفروق في الإكتئاب حسب الوضعية المهنية:
109	جدول رقم (19): يوضح نتائج الفروق في قلق المستقبل حسب من الطفل:
111	جدول رقم (20): يوضح نتائج الفروق في الاكتئاب حسب من الطفل:

قائمة الاشكال:

الصفحة :	الشكل:
95	شكل رقم (1) : يوضح متوسطات وانحرافات قلق المستقبل والاكتئاب:
96	شكل رقم (02): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب من الام:
100	شكل رقم (03): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في الاكتئاب حسب من الام:
103	شكل رقم (04) : يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب المؤهل العلمي:
107	شكل رقم (05): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في قلق المستقبل حسب الوضعية المهنية:
109	شكل رقم (06) : يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في الاكتئاب حسب الوضعية المهنية:
110	شكل رقم (07): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في قلق المستقبل حسب من الطفل:
112	شكل رقم (08): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في الاكتئاب حسب سن الطفل:



مقدمة

مقدمة:

يعتبر التوحد من الإضطرابات الأكثر انتشارا حسب الجمعية الامريكية للتوحد ويرجع ارتفاع نسبة هذا الاضطراب إلى التحديد الأفضل لمعايير التشخيص التي توسعت مع مرور الوقت ، هذا من جهة و من جهة ثانية يعد ظهور أعراض التوحد لدى طفل في الأسرة هاجسا يجعلها تعيش تحت ظروف ضاغطة نفسيا و اجتماعيا و اقتصاديا ، وتؤثر بدرجات متباينة على افرادها وظيفياً وبنائياً ، كما ان اكتشاف أعراض التوحد يمثل نقطة البداية لسلسلة أو سلة من المشاكل النفسية العامة للأسرة والوالدين والأم خاصة ، ومما لا شك فيه ان ولادة طفل غير عادي تمثل وضعية انتقالية قد تولد التوتر و ردود الفعل النفسية المصاحبة لهذه الوضعية كالصدمة وشعور بالذنب والخجل والحساسية النفسية والغضب والقلق والخوف من المستقبل والاكئاب، واختلال في الأداء الوظيفي لأفراد الأسرة وما قد يترتب عليه من تغيرات بنائية داخل نسقها، فالأسرة وخاصة الآباء والأمهات غالبا ما يتعرضون إلى مستويات عالية من القلق و الاكتئاب و قد تستلزم منهم استراتيجيات للتكيف سواء في حالة ولاد طفل يحمل اضطرابا صعبا كالتوحد او غيره من الاضطرابات الأخرى ، فالمشاكل النفسية كالقلق والاستجابة الاكتئابية ومشاعر الإحباط لدى الآباء تكون أكثر جسامة لأن هذا الحدث سيغير من تنظيم حياتهم سواء على المستوى الفردي أو النفسي أو الإجتماعي بسبب المسؤوليات المتراكمة على عاتقهم والمتطلبات

اليومية التي تستدعي من الوالدين الوقت والجهد اكبر، الطاقة والمال اكثر نظرا لما تفرضه حالة أبنهم المتوحد.

و بالنظر لعمق التفاعل القوي بين الأم والطفل مما يدفعها إلى المجاهدة في إخفاء مشاعر القلق والاكتئاب لقبول طفلها والتعايش معه، حيث ان إدراك الطفل لهذه المشاعر ينعكس سلباً على سلوكه التفاعلي مع الام والتي تعتبر في معظم الحالات الأكثر تأثراً بهذا الوضع فيرتفع لديها مستوى القلق، والاكتئاب وفي معظم الأحيان تشعر بالتهديد من حيث التوازن العاطفي مقارنة بالآباء، لأنه ستتغير أهدافها في الحياة ليصبح كل اهتمامها منظم حول الطفل و مستقبله حيث 75% من الأمهات يتخلون عن حياتهن المهنية بسبب الصعوبات اليومية المرتبطة باضطراب التوحد لداطفالهن ، ومما لا شك فيه أنه ثمة علاقة بين تأثير مشاعر القلق و الاكتئاب وولادة طفل غير عادي داخل الأسرة حيث يخلق ذلك الطفل أسباباً أو عوامل نفسية ضاغطة كالإحباط والحزن و التوتر، وما يترتب على كل ذلك من تفاعلات سلبية وما تسببه من مخرجات معرفية ووجدانية واجتماعية غير صحية ، كما ان أسرة الطفل الذي لديه أعراض توحد تعيش في دائرة المشاكل النفسية التي يعيش في ظلها أي أسرة عادية بالإضافة إلى مصادر القلق و الاكتئاب التي تفرضها عليهم وضعية ابنهم المتوحد ، و تشير معظم الدراسات الى ان الأم تمر بالعديد من المراحل قبل التأكد من إصابة طفلها بالتوحد فيبدأ الإحساس بالشك والقلق أو اللامبالاة قبل وضع التشخيص، ثم تعيش لحظة التأكد من الإصابة (لحظة التشخيص) كحدث أليم بما يحمله

من مشاعر الحزن والغضب والإحباط وتأنيب الضمير، ويليها مرحلة ما بعد التأكد أي كل ما تعيشه الأم من منغصات ومتاعب مرتبطة معظمها بسلوك المشكل لدى الطفل المتوحد بالإضافة إلى التفكير المستمر حول مستقبله ومصيره خاصة فيما يخص المسار الدراسي أو في إمكانية إدماجه مهنيًا في مرحلة الرشد ومن هنا تكون البذرة الأولى لقلق المستقبل قد زرعت في نفسية الام فتشعر بالقلق حول مستقبل ابنها و قد تكتئب و تحزن وتبدأ بوادر الاستجابة الاكتئابية لديها في الظهور ، فيبدو إذن أن تربية طفل متوحد له تأثير على الحياة الشخصية للوالدين خاصة الأم نظرا لشدة الانفعالات ونقص التكفل الفعال والمرافقة والشعور بالعبء المرتبط بأضطراب ابنها و الخوف و القلق حول مستقبله . بينما لمواجهة مشاعر القلق و الاكتئاب لا تبقى الأمهات بدون مصادر (داخلية أو خارجية) إذ يقمن بوضع إستراتيجيات التكيف المعرفي والإدراك الإيجابي (التي تتطور مع مرور الوقت) حيث يسترجعن توازنهن ويتحكمن في مشاعرهن السلبية، فمثلا بعض الأمهات تقمن بالبحث عن المعلومات المرتبطة باضطراب التوحد وكذا مختلف التدخلات العلاجية الممكنة ورغبتهن في أن تشاركن تجربتهن مع أمهات اللاتي تعشن مع طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة في إطار مجموعات مشتركة كما تقمن بشراء الأدوات الخاصة للتدريب أو إبداع طرق تعليمية لتطوير القدرات لدى أطفالهن المتوحدين، لهذا تعتبر هذه العوامل أساسية في بناء الإرجاعية لدى الأم.

تأسيساً على ما ذهبت إليه البحوث والدراسات في هذا الموضوع نجد ضرورة لمعرفة مستويات القلق و الاكتئاب التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد ، من أجل العمل على تقديم الإرشاد والمشورة النفسية والمساندة لمواجهة هذه المشاكل والحد من انعكاساتها على الأم والطفل وبقية أفراد الأسرة، والأسرة كوحدة واحدة وبالرغم من تعدد مصادر قلق المستقبل و الاكتئاب فإن هذه الورقة تسعى إلى تحديد مستوياتها لدى أمهات الأطفال المتوحدين ومعرفة طبيعة العلاقة بينهما و للتعلم أكثر في الموضوع قمنا بدراسة ثلاث متغيرات أساسية الا وهي قلق المستقبل ، الاكتئاب و التوحد ، حيث اتبعنا خطة منهجية قسمنا من خلالها العمل الى جانبين أولهما نظري و الثاني تطبيقي ، حيث اعتمدنا على ستة فصول تضمن الجانب النظري أربعة فصول منها :

الفصل الأول: تضمن الإطار العام للدراسة كالإشكالية وفرضيات الدراسة، أهداف

الدراسة، أهمية الدراسة، حدود الدراسة، دواعي اختيار الموضوع، مصطلحات الدراسة،

الدراسات السابقة والتعقيب عليها، اما باقي الفصول فكانت كالآتي:

الفصل الثاني: تمحور حول متغير قلق المستقبل تناولنا فيه مفهوم قلق المستقبل

وأسبابه والاعراض كما تطرقنا إلى نظريات قلق المستقبل وطرق التعامل معه.

الفصل الثالث: تمحور حول متغير الاكتئاب من حيث التعريف، الأسباب والاعراض

كما تضمن الاستجابة الاكتئابية لدى أمهات أطفال التوحد بالإضافة لبرنامج علاجي مقترح لمساعدة الام.

الفصل الرابع: تضمن هذا الفصل مفهوم التوحد وآليات وخصائص التوحد، أنماط

الاضطراب، أسبابه والخلفية التاريخية لدراسات التوحد.

اما الجزء الثاني وهو الجانب التطبيقي للعمل الميداني للدراسة حيث تضمن:

الفصل الخامس: تم التطرق فيه إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة

وحدود الدراسة والأدوات ومجتمع وعينة الدراسة الاستطلاعية بالإضافة إلى الدراسة الأساسية والمنهج المتبع فيها وحدود الدراسة الأساسية ووصف العينة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل السادس: تم فيه عرض النتائج ومناقشتها وتحليلها في ضوء الفرضيات

والدراسات السابقة واستخلاص النتائج العامة للدراسة خروجاً بجملة من التوصيات مع خاتمة تليها قائمة المراجع والملاحق التي تم الاستناد إليها

الإشكالية :

يعتبر الحمل بمثابة تمهيد بيولوجي ونفسي للأمم فمِنذ الوهلة الأولى التي تكتشف فيها المرأة أنها حامل تبدأ ببناء تصورات حول هذا الطفل الذي لا يزال جنينا في أحشائها، فتتهيأ لبناء علاقة مع هذا الطفل فتشعر بالشوق والفضول الكبيرين لرؤيته، لتبدأ في تخيله كيف هو وما سيكون عليه مستقبلا، مع رسم خطة حياته، فميلاد طفل في الأسرة يعتبر حدثا سعيدا للكثير من الآباء إذ ينظرون إليه على أنه امتداد للذات و مكلف بحمل كل أمانهم ورغباتهم التي لم يحققوها، كما أن ميلاده يزيد من قوة العائلة ويوثق العلاقة بين الزوجين، لكن قد يحدث عكس هذه التصورات إذ قد يصبح ذلك الطفل الخيالي السليم والذكي طفلا من ذوي الاحتياجات الخاصة، يعاني من اضطراب التوحد، و الذي هو اضطراب نمائي خطير يتم الكشف عنه في السنوات الثالثة الأولى من عمر الطفل، حيث يظهر فيه الطفل انغلاقا كلي على الذات والانعزال عن المجتمع، كما يظهر صعوبات في التواصل والتفاعل الإجتماعي، وهو أحد الاضطرابات المجهولة الأسباب ، فرغم كل البحوث التي أجريت عليه إلا أنه لم يتم التوصل إلى السبب الرئيسي ورائه، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية إن اضطراب التوحد هو عبارة عن إعاقة شديدة تشمل نواحي نمائية عديدة، وتتضمن مجموعة ثلاثية من الأعراض الأساسية وهي: القصور في التواصل والتبادل اللفظي، إظهار سلوكيات نمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات، على أن تظهر هذه الأعراض قبل سن 3 سنوات.

لا يتوقف تأثير هذا الاضطراب على الطفل فقط بل يمتد إلى أفراد الأسرة ككل وخاصة الأم، لعدم قدرتها على التواصل مع طفلها والارتباط به كباقي الأطفال، إن اللحظة التي تم فيها اكتشاف إعاقة الطفل في الأسرة هي نقطة تحول حاسمة تؤدي إلى التغير الجذري في ديناميكية وتنظيم النسق الأسري المتكون من 3 روابط أساسية (الزوجية- الوالدية - الاخوية) فكل فرد من هؤلاء يتأثر بالآخر وهو بدوره يؤثر، وبالتالي المساس بأحدها هو مساس بالنظام في حد ذاته.

إلا أن الآباء والأمهات تتتابهم صدمة شديدة عند معرفتهم بهذا الأمر يلي ذلك مشاعر الرفض والإنكار وعدم تقبل حالة ابنهم ثم الخوف والقلق لذلك عليهم محاولة التعايش مع الواقع وتقبله والسعي لإيجاد العلاج المناسب لحالة ابنهم رغم ذلك تبقى الأم هي المتأثر الأكبر بكل هذه المشاعر السلبية ، و هذا ما أكدته دراسة الخالدي (2016) فقد جاء فيها أن الإخوة أيضا يعانون من أعباء نفسية واجتماعية في وجود أخ توحدي.

كما ان الدراسة التي قام بها كل من (harding.watson hayes 2013) أثبتت أن الأم تبدأ في الانهيار النفسي بعد صدمة تشخيص ابنها باضطراب التوحد حيث تظهر عليها أعراض لعدة مشاكل نفسية.

فردود أفعالها المصاحبة لتلك الصدمة تأتي في شكل شعور بالذنب مخجل و حساسية نفسية، غضب ، قلق، الخوف من المستقبل والإكتئاب. إن هذه المشاكل النفسية التي تقع تحت تأثيرها الأم تستمر معها كلما تقدم طفلها في المراحل العمرية، و خاصتا مشاعر القلق والاكنتاب وما ينتج عن ذلك من صعوبة السيطرة على سلوكياته والقلق على مستقبله. فقلق المستقبل كما عرفته زينب شقير (2005) فهو خلل أو اضطراب نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة، مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، مع تضخيم للسلبيات ومحض للإيجابيات الخاصة بالذات والواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه للتدمير الذات والعجز الواضح وتعميم الفشل وتوقع الكوارث وتؤدي به إلى حالة التشاؤم من المستقبل، وقلق التفكير في المستقبل، والخوف من المشكلات الإجتماعية والإقتصادية المستقبلية المتوقعة، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس. (شقير، 2005)

وهو أحد الاضطرابات النفسية التي تم تسجيلها بشدة عند أمهات التوحد فلقد جاء في دراسة (العبيدي، 2021) أنه تم تسجيل مستوى عالي من الضغوط النفسية والخوف من

المستقبل عند أمهات اضطراب التوحد، وفي دراسة زعارير (2009) كان قلق المستقبل في الترتيب الأول من بين مصادر الضغوط النفسية عند أولياء التوحد. أما دراسة (الشرييني (2006) فقد جاء فيها أن أم الطفل التوحدي عند انتهاء طفلها من المدرسة يزداد عندها الخوف من المستقبل.

ويحكم أن الام تقضي وقتاً أطول مع ابنها التوحدي الذي يتطلب الرعاية وقد تصل بها لحد قطع علاقاتها الإجتماعية والانعزال عن الآخرين ويصبح شغلها الشاغل رعاية ابنها خاصة إذا لم تجد من يساعدها من المحيطين بها، فإنها قد تصاب بالاكتئاب وهو اضطراب يصيب الجسم والنفس ويؤثر في طريقة التفكير والتصرف ومن شأنه أن يؤدي إلى العديد من المشاكل العاطفية والجسمانية عادة. وقد لا تستطيع ممارسة حياتها اليومية كالمعتاد. وذلك لأنه يسبب لها عدم الرغبة في الحياة وهو من بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً إذ يصيب كل الفئات العمرية بمختلف أجناسهم وأنواعهم.

جاء في دراسة (Leslie & Chors 2017) إن أمهات التوحد يعانون من مستوى عال من الإكتئاب وذلك ما أكدته دراسة (اولسون ووائج 2001) وفي دراسة أخرى ل (اولسون ووائج 2002) جاء فيها إن مستوى الإكتئاب عند أمهات التوحد أعلى منه عند الأمهات الأطفال العاديين .

وانطلاقاً مما سبق فقد تحددت مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال التالي:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل و الإكتئاب لدى

أمهات أطفال التوحد ؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل و الإكتئاب عند أم الطفل التوحيدي.

الفرضيات الجزئية:

1- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير سن الام .

2- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم.

3- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير الوضعية المهنية للأم.

4- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير جنس الطفل التوحيدي .

5- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير سن الأم.

6- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم .

7- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لمتغير الوضعية المهنية للأم .

8- هناك فروق عند مستوى الدلالة الأحصائية 0,05 في الإكتئاب لدى أمهات أطفال

التوحد يعزى لمتغير جنس الطفل التوحيدي .

أهمية الدراسة:

بما أنه لكل بحث علمي أهمية فان أهمية بحثنا هذا تكمن بالدرجة الأولى في كونه يركز على شريحة حساسة ومهمة في المجتمع وهن أمهات أطفال التوحد حيث تسعى الدراسة الحالية الى التعرف على مستويات قلق المستقبل و الاكتئاب لدى هذه الشريحة و طرق التعامل مع هذه المشاكل النفسية , كما تكمن أهمية الموضوع في كونه من المواضيع المهمة في العالم و التي لا تزال الدراسات حوله شحيحة ولم ينل القدر الكافي من الاهتمام لا سيما في الجزائر عموما و في ولاية الجلفة على وجه خاص حيث نجد أمهات أطفال التوحد يعانون في صمت , ومن جهة أخرى يهتم هذا البحث باضطراب التوحد من خلال التعرف عليه و توعية الافراد بهذا الاضطراب و الانعكاسات الناجمة عنه وفتح المجال للمزيد من البحوث والدراسات الأكاديمية حول هذا الموضوع .

أهداف الدراسة:

إن لكل دراسة أهداف تنطلق منها ونسعى إليها، وتكمن أهداف دراستنا فيما يلي :

- ✓ قياس قلق المستقبل و الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✓ التعرف على العلاقة بين قلق المستقبل و الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد.
- ✓ معرفة إذا كانت هناك فروق في قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تبعا (سن الأم، المؤهل العلمي للأم، الوضعية المهنية للأم، و جنس الطفل التوحيدي)
- ✓ معرفة إذا كانت هناك فروق في الإكتئاب تبعا (سن الأم، المؤهل العلمي للأم، الوضعية المهنية للأم، و جنس الطفل التوحيدي)

✓ التأكد من صحة الفرضيات أو عدمها.

التعاريف الإجرائية للدراسة:

قلق المستقبل:

اصطلاحاً: هو خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها خوفاً غامضاً نحو ما يحمله الغد الأكثر بعداً من الصعوبات والتنبؤ السلبي بالأحداث المتوقعة (عشيري، 2004، ص 148)

التعريف الاجرائي لقلق المستقبل: يقصد الباحث في بحثه الخاص بقلق المستقبل هو الدرجة التي تحصل عليها المفحوصات في استجاباتهم لمقياس قلق المستقبل

الإكتئاب :

اصطلاحاً: يعرف ولمان 1973 Wolman الإكتئاب على أنه: مشاعر من قلة الحيلة وفقدان الأمل وعدم الكفاية والحزن وينوه إلى أن هذه الأعراض قد تشترك مع اضطرابات أخرى كما أنها قد تحدث الشخص طبيعي (إبراهيم، 2006، ص 380)

التعرف الاجرائي للاكتئاب: يقصد الباحث في بحثه الخاص بالإكتئاب هو الدرجة التي تحصلن عليها المفحوصات في استجابتهن لمقياس الإكتئاب.

التوحد:

يعرف ولف : التوحديين بأنهم يبدوون قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي وترديدا آليا لما يسمعون، قصورا في القدرة على اللعب الاجتماعي والتحليل، الاصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحيدي عليه، ورفضاً شديداً لأيّة تغييرات تطرأ على هذا الروتين. (مصطفى والشرييني، 2011، ص 27)

أمهات أطفال التوحد : من أمهات الأطفال الذين لديهم أطفال يعانون من اضطراب التوحد والذي يؤثر بدوره على التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل لديهم .

الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

1- دراسة العبيدي 2020 :

هدفت الدراسة للتعرف على الضغوط النفسية والخوف من المستقبل لدى امهات اطفال طيف التوحد حيث بلغت عينة الدراسة 60 أما لديهن طفل توحيدي، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي مستخدمة مقياس قلق المستقبل ومقياس الضغوط النفسية توصلت الدراسة الى :

- تسجيل درجة عالية من الضغوط النفسية.
- تسجيل درجة عالية من الخوف حول مستقبل اطفالهن. (العبيدي، 2021)

2- دراسة محمد 2017:

هدفت هذه الدراسة إلى للتعرف على درجة الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات (عمر الأم، المستوى التعليمي للأم). تكونت العينة من 58 أما الأطفال التوحد المسجلين بمدارس ومراكز ذوي الاحتياجات الخاصة بالمملكة العربية السعودية. حيث اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي مستخدماً مقياس بيك المصغر، وجاءت النتائج كما يلي :

- درجة الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد كانت فوق المتوسط.

- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الإكتئاب لدى أمهات التوحد تعزى لمتغير عمر الأم .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الإكتئاب لدى أمهات التوحد تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم - (محمد، 2017)

3- دراسة الشامي 2010

هدفت هذه الدراسة المعرفة مستوى القلق والإكتئاب والضغط النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد، وقد شملت العينة 95 أما مصنفة حسب متغيرات ديمغرافية (العمل، المستوى التعليمي، المستوى الإقتصادي عدد الاطفال)، متبعا المنهج الوصفي باستعمال مقياس الضغط النفسي واختبار حالة وسمة القلق والصورة المعرفية من قائمة بيك، كما تم مقارنة النتائج بأمهات الأطفال الاسوياء وظهرت نتائج الدراسة ارتفاع مستوى القلق والإكتئاب والضغط النفسي لدى امهات اطفال التوحد وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق والإكتئاب والضغط النفسي حسب المتغيرات الديمغرافية للدراسة. (إيمان، 2019)

الدراسات الاجنبية :

4-دراسة: Leslie & Chors 2017

هدفت الدراسة إلى التعرف لمستوى الإكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية تكونت عينة الدراسة من 4966 من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد و 5091 أمهات الأطفال العاديين و التحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس بيك للإكتئاب . وأظهرت النتائج أن مستوى الإكتئاب لدى أمهات أطفال اضطراب التوحد كان مرتفعا بينما كان مستويا لاكتئاب متوسطا لدى أمهات الأطفال العاديين . كما كشفت

نتائج الدراسة وجود فروق في مستوى الإكتئاب لدى أمهات اضطراب التوحد تعزى لشدة الإعاقة، ولصالح الإعاقة الشديدة . وعدم وجود فروق تعزى لعمر الطفل.

5- دراسة Kousha et al 2016:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإكتئاب و القلق لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بلغت عينة الدراسة 127 تراوحت اعمار أطفالهم بين (2-16 سنة) تم تطبيق الدراسة في شمال ايران تم استخدام أربعة استبيانات لجمع البيانات لغرض قياس أعراض الإكتئاب ونوعية الحياة وأشارت النتائج إلى أن 49.6% من الأمهات أظهرن أعراض الإكتئاب و 72.4% منهن أظهرن أعراض القلق، كما تبين وجود علاقة ارتباطيه بين عمر الطفل وشدة الإكتئاب لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

6- دراسة Ekas (2009) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتأثيرها على أحداث الحياة العامة وطبقت في هذه الدراسة مقياس ضغوط الحياة واختبار التوجيه نحو الحياة على عينة بلغت 200 أم، أظهرت النتائج الأمهات لديهم درجة مرتفعة من الضغوط وأن هذه الأخيرة ارتبطت مع التأثير السلبي السلوك الطفل، كما أشارت أن الضغوط لدى الأمهات تراكمية وأن لها أثر على الشعور بالرضا عن الحياة . (ضرار (2020)

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث الحالي اتضح للطلابين

مايلي:

من حيث الأهداف: تباينت أهداف الدراسات السابقة بين دراسة الإكتئاب وقلق المستقبل والضغوط النفسية عند أمهات التوحد، والتي تشابهت مع الدراسة الحالية في متغيري قلق المستقبل والإكتئاب ولم يجد الطالبين دراسة تناولت هذين المتغيرين في دراسة واحدة على حسب علم الطالبين. من حيث المنهج رغم تنوع واختلاف أهداف الدراسات السابقة إلا أن معظمها استخدم المنهج الوصفي كونه يهدف لدراسة الواقع ويهتم بوصفه وصفا دقيقا ويعبر عنه تعبيراً كمياً وكيفياً فيوضح مقدار الظاهرة وحجمها ودرجات إرتباطها مع الظواهر الأخرى المختلفة، ومن ثم الوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساهم في فهم الواقع وتطويره، وهو المنهج الذي إعتد عليه الطالبين .

من حيث العينة: تم إعتداد نفس نوع العينة في الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة (أمهات أطفال التوحد لكن في بيئات مختلفة، أما فيما يخص عدد أفراد العينة فهو مختلف .

من حيث الأدوات: تم اعتماد مقياس بيك لقياس الإكتئاب، مقياس قلق المستقبل وذلك حسب ما يتناسب مع أهداف كل دراسة والعينة المختارة.

من حيث النتائج اتفقت معظم الدراسات على أن أمهات أطفال التوحد يعانون من ضغوطات نفسية وتسجيل درجات عالية من قلق المستقبل والإكتئاب في دراسات كل من (العبيدي 2020، محمد 2017).

لكن تبين :

❖ وجود علاقة ارتباطية بين عمر الطفل وشدة الإكتئاب لدى أمهات أطفال ذوي إضطراب طيف التوحد حسب دراسة al et Kousha 2016 وذلك ما نفتته دراستنا الحالية.

❖ لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الإكتئاب لدى أمهات التوحد تعزى لمتغير عمر الأم والمستوى التعليمي للأم حسب دراسة محمد 2017، وذلك ما نفته دراستنا الحالية.

❖ عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق والإكتئاب والضغط النفسي حسب المتغيرين الديمغرافيين (عمل الأم، المستوى التعليمي للأم في دراسة الشامي 2010 وذلك ما أكدته دراستنا الحالية بالنسبة لعمل الأم بينما أكدت دراستنا وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإكتئاب بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي

الفصل الأول : قلق المستقبل

1. مفهوم قلق المستقبل
2. أسباب قلق المستقبل
3. أعراض قلق المستقبل
4. نظريات قلق المستقبل
5. طرق التعامل مع قلق المستقبل

تمهيد

يتناول هذا الفصل التعريف بمتغير قلق المستقبل والذي يعتبر من الانفعالات غير السارة و الذي يتميز بالخوف والشعور بالتوتر والضيق وعدم الارتياح، يمكن عرض أهم النقاط الأساسية للتعريف عليه مع أسبابه وأعراضه وأهم نظرياته وبعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي للحد منه .

أولاً: تعريف قلق المستقبل

لغتاً: القلق مشتق من فعل قلق يقلق قلقتا وكذلك قلق الشيء أي حركه فلم يستقر في مكان واحد (المعجم الوسيط ج18)

يعتبر قلق المستقبل حالة من التوجس والخوف والشك و عدم الإطمئنان فهو جزء من القلق العام المعم على المستقبل في الوقت الراهن يتمثل في التشاؤم و توقع الفشل في تحقيق الأهداف فقدان السيطرة على الحاضر فهو حالة نفسية تشاؤمية ينتج عنه شعور عدم الأمن عدم الثقة عدم الإرتياح تفكير سلبي تجاه المستقبل و نظرة تشاؤمية للحياة. (منشاوي عادل محمود، 2011، ص 327-326).

حالة انفعالية غير سارة تحدث للفرد نتيجة توقعاته لأحداث مؤلمة عن مستقبله يعد أحد أنواع القلق الوجودي حيث ينشأ للفرد شعور بالخوف من الأحداث المستقبلية القادمة وذلك من التوقعات السلبية عن مستقبله مما يتولد له شعور بالتوتر وضغوط نفسية مما تؤدي إلى إحساس بعدم القدرة على تحقيق الأهداف وضعف القدرة على التفاعلات الاجتماعية (فاطمة الرشيدى، 2021، 13).

خوف من خطر قد يحدث في المستقبل ناتج عن تكامل بين قلق الماضي والحاضر والمستقبل. (حسن اخلاص علي، 2012، ص 16)

يشير إلى المستقبل المتمثل بمسافة زمنية أكبر و بأنه يمكن تصور قلق المستقبل كحالة من التخوف والغموض والخوف و الهلع و الإكتراثات لتغيرات غير مواتية في المستقبل الشخصي البعيد يشير إلى توقع حدوث أمر سيئ (محمد حسن علي الأبيض، 2020، ص335).

هو شعور بعدم الارتياح و التفكير السلبي تجاه المستقبل و الحياة و عدم القدرة على مواجهة الضغوط والأحداث الحياتية وتدني اعتبارات الذات و فقدان الشعور بالأمن فهو الاضطراب الحاصل في تصور الفرد السلبي عن مستقبله كما يعتبر من الهواجس التي تؤرق المجتمعات

فأكثر ما يخشاه الفرد على وجه الخصوص هو المجهول من المستقبل لذا يعد القلق من المستقبل من أنواع القلق الذي يشكل خطراً على صحة الأفراد النفسية و على إنتاجهم عندما يكون هذا القلق ذو درجة عالية فإنه يؤدي إلى إختلال في توازن الفرد مما يترك أثراً كبيراً على الجوانب العقلية والنفسية والجسمية و السلوكية (دعاء جهاد سلهوب، 2016، ص 36)

هو مزيج من الرعب و الأمل بالنسبة للمستقبل و الإكتئاب و الأفكار الوسواسية و اليأس بصورة غير معروفة هو عدم الإرتياح النفسي بمعنى أنه يتميز بالخوف و الشعور بعدم الأمن و توقع حدوث مشاكل كوارث يمكن أن يتصور إلى حد من الذعر كما أنه يصاحبه بعض من الأعراض النفسجسمية فهو إتجاه إنفعالي ينصب فقط على المستقبل، خوف من المستقبل و الخواطر التي يمكن أن تواجه الفرد حيث ينشأ هذا القلق عندما يكون الواقع أو الّتمع الذي يعيش فيه الفرد غير مشبع لحاجاته ورغباته (الفرد). (هبة مؤيد محمد، ص 325)

أنه أحد أنظمة القلق التي بدأت تطفوا على السطح حيث أطلق عليه توفلر مصطلح صدمة المستقبل على العصر الحالي لأنه يخلق توتراً بسبب المطالب المتعددة لإستيعاب تغيراته والسيطرة عليها (خالد عمر أبو فضة، 2013، ص 28)

يعرف بأنه حالة مزاجية سلبية تتميز بأعراض التوتر البدني و التخوف من المستقبل كما وتتميز بالتأثير السلبي من حيث أن هذا الفرد يركز على إحتمالية الخطر و لا يمكن السيطرة عليه، ينشأ عن الأفكار الخاطئة ولا عقلانية لدى الفرد و تجعله يئول الواقع من حوله و كذا المواقف و التفاعلات من حوله بشكل خاطئ مما ينتج عنده حالة من الخوف والقلق الهائم الذي يفقده السيطرة عن مشاعره و أفكاره العقلانية و منه إلى عدم الإستقرار النفسي (الرشيدي، 2017، ص 644)

يعتبر قلق المستقبل حالة طبيعية اذا كان الفرد قادر على مواجهة ضغوط الحياة اما في حالة شعور الفرد بالعجز فإن ذلك يؤثر على الصحة النفسية و يرتبط قلق المستقبل بطريقة

التفكير فالتفكير السلبي يعوق النجاح و إيجابيته تدفع إلى زيادة ثقة بالنفس و النظر للمستقبل نظرة إيجابية مشرقة (نبيل الجندي ، دعاء الدسوقي، 2017، ص239) .

هو قلق واقعي يستثير توجس الفرد من المستقبل أو توقعه أحداث تحد من إشباع حاجاته أو كيانه و قيمته فهو عبارة عن حالة وجدانية يستثيرها شعور بالخير و يصحبها اضطراب تعيق توازن الفرد نفسيا و إجتماعيا (محمد علي أبو مطير، 2013، ص20)

مما سبق من مختلف التعاريف المتعددة يمكننا القول إن قلق المستقبل هو: خلل أو اضطراب نفسي ينجم عن خبرات سابقة وغير سارة مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات ذلك من خلال إستحضار الخبرات الماضية غير السارة مع تضخيم للسلبيات وتجاهل كل ما هو إيجابي حوله مما ينتج على الفرد حالة من التوتر والقلق عدم الشعور بالأمن والإرتياح تدمير الذات العجز الفشل وتوقع حدوث الكوارث تشاؤم أفكار وسواسية واليأس تجاه ما سيحدث في المستقبل وفقدان الأمل.

ثانيا: أسباب حدوث قلق المستقبل

- عدم قدرة الفرد على التوافق مع المشكلات
- قصور الرؤية الإيجابية نحو المستقبل (تشوه الأفكار وضلالة المعرفة)
- وجود تفاوت بين مستوى طموحات الفرد وإمكانياته الواقعية
- وجود بغض الظواهر الإجتماعية المتباينة التي تتعلق بأمن الفرد ومستقبله (المهني زواجي صحي المادي)(محمد حسن علي الأبيض، 2020، ص337) .
- الوحدة وابتعاد أفراد المجتمع عن هذا الشخص ورفضهم له وعدم قدرته على إقامة علاقات مختلفة
- الشك في قدرة المحيطين به والقائمين على رعايته في عدم قدرتهم على حل مشاكله
- الشعور بعدم الانتماء والاستقرار داخل الأسرة أو المدرسة أو المجتمع الذي يعيش فيه بصفة عامة(هبة مؤيد محمد، ص341) .

- ضعف الوازع الديني وعدم الإيمان بالقضاء والقدر
- عدم الثقة في النفس وبالآخرين ومنه خلق خلافات
- إدراك الفرد الخاطئ للأحداث المحتملة في المستقبل وعدم قدرته على التعامل مع هذه الأحداث
- نظرة الفرد السلبية لذاته والأفكار اللاعقلانية لظروف حياته
- استعداد الفرد الشخصي للتفاعل مع الخوف وكذلك الخبرات (المتراكمة) الماضية المؤلمة وضغوط الحياة
- ضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات
- عدم قدرته على التكيف مع المشاكل التي يعاني منها
- الشعور بعدم الأمان والانتماء داخل الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه
- الخوف من الغد وما يحمله من أحداث
- التنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة
- الإدراك الخاطئ للأحداث المتوقعة (قاضي وفاء، محمد حميدان، 2009، ص 30).

ثالثاً: أعراض قلق المستقبل:

وفقاً لمحمد حسن (2020) تنقسم أعراض قلق المستقبل إلى أعراض نفسية و أخرى جسمية و هي كالآتي:

اعراض جسمية:

- برودة في الأطراف (مثلاً لأصابع)
- زيادة في سرعة دقات القلب
- إرتفاع الضغط الدموي
- جفاف الحلق
- زيادة في سرعة التنفس
- حدوث إنتفاخ على مستوى البطن

- صعوبة في البلع وآلام في المعدة والأمعاء

اعراض نفسية:

- الإكتئاب
- التردد و عدم إتخاذ القرارات الصحيحة
- العزلة
- لإنطواء
- نقد الذات
- تشاؤم
- حزن
- شك
- خوف من المتغيرات
- أحلام مزعجة و إضطرابات في النوم. (محمدحسن علي الأبيض،2020،ص337)
- الإصرار على الأساليب الروتينية في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة
- الإنتظار السلبي لما قد يقع مستقبلا
- الإنفعال الشديد و الشعور بالتوتر لأبسط الأسباب
- إضطراب في التفكير و عدم التركيز
- عدم القدرة على التغيير و التخطيط الصحيح للمستقبل و الإعتماد على الآخرين لتأمين مستقبله الخاص
- عدم القدرة على التخطيط للمستقبل راجع لتفادي الوقوع في خيبة أمل
- العيش في حالة من إنعدام الأمن على صحته و مكانته .
- التركيز الشديد على أحداث الوقت الراهن و الهروب إلى الماضي
- الإعتمادية والعجز وللاعقلانية

- تدمير نفسية الفرد فلا يستطيع أن يحقق ذاته أو أن يبدع وإنما يضطرب و ينعكس ذلك في صورة اضطرابات متعددة الأشكال والانحرافات و إخلال الثقة بالنفس
- الإنسحاب من الأنشطة البناءة (فتيحة سالم اعجال، 2015، ص148).

رابعا: نظريات قلق المستقبل:

النظرية المعرفية:

يرتبط قلق المستقبل بطريقة تفكير الفرد أي أن الإضطراب النفسي يرجع إلى طريقة الفرد التي يدرك بها الحدث وكيفية تفسيره من خلال خبراته وأفكاره (بشرة قاديير، 2019، ص24). يعتقد أصحاب النظرية المعرفية أن قلق المستقبل ما هو الا تشويه معرفي و تحريف التفكير عن الذات و عن المستقبل فأفكار الفرد هي التي تحدد ردود أفعاله(وفاء مولى ناهد، 2021، ص41).

نشأة قلق المستقبل حسب النظرية المعرفية هو التفكير السلبي بالمستقبل فالتفكير السلبي يكون اعراضا معرفية وهذا المكون المعرفي يصبح هو الأساس في الشعور بقلق المستقبل يتعرض الفرد لخطر أو تهديد في موقف معين فيستجيب له من خلال مخططاته و معتقداته بطريقة سلبية(عهود بنت بشير بن سعود العسكر، 2020، ص47).

ربط ليون فستنجر جون قلق المستقبل مع المدركات حيث أوضح عندما يكون هناك تعارض بين إثنين من المدركات في نفس الوقت ذاته فإنه يؤدي إلى حدوث توتر و للتخلص منه لا بد على الفرد أن يحدث تغييرا بين اثنين من هذه المدركات لكي تتوافق مع سلوكياته(رميسة بولعسل، 2014، ص44).

نظرية التحليل النفسي:

- يعتقد فرويد أن أحد وظائف قلق المستقبل هو تعرض الفرد لخطر ما بالفعل في هذه الحالة يكون لديه نوع من الإستعداد لموقف مشابه له.

- اما ألفريد أدلر فريطه بشعور النقص الجسمي في الطفولة الأولى للفرد حيث يحمل معه بعد الأمان ومنه وجود قلق نفسي مستقبلا و الذي يدفعه لتعويض هذا النقص مثال محاولة التخلص من الدونية للحصول على التفوق
- عند إريك أريكسون خص به مرحلة المراهقة حيث أعتبر أن القلق يكون بسبب تشتت وخوف المراهق من عدم قدرته على التحكم في ذاته والسيطرة عليها و على مستقبله (ينشأ قلق المستقبل نتيجة عدم قدرة المراهق على تحديد هويته) (حمداني اقبال محمد، 2011، ص136).

عند كارين هوناي تعتبر القلق عبارة عن خبرات ومواقف مؤلمة تحدث للفرد منذ النشأة الأولى (مراحل الطفولة الأولى) حيث لا يقتصر تأثيرها السلبي فقط في الإحباط إنما يتعدى ذلك إلى توقف نمو شخصية الطفل .ومن أهم مصادر القلق عند الطفل هي:

–أنماط المعاملة الوالدية للطفل

–علاقة الوالدين بالطفل

–عدم تقديم الدعم العاطفي وحرمانه من الحب والحنان ونبذه وتجاهله (وفاء مولى ناهد، 2021 ، ص40).

أما هونري فسرت القلق من المنظور الثقافي (البيئة التي ينتمي أو يعيش فيها الفرد) حيث يمكن للبيئة الثقافية أن تخلق قدرا كبيرا من التوتر و القلق إذا إحتوت على التناقضات والتعقيدات و الإحباطات فيشعر الفرد حينها بالعجز و قلة الحيلة)

كما نجد سوليفان يركز على العلاقات بين الأشخاص و دور المستقبلات الإجتماعية في بناء شخصية الفرد و تطورها و يرى سوليفان أن القلق هو نتاج العلاقة الشخصية المتبادلة أساسها بداية من الأم و العلاقة الرابطة بينها وبين طفلها (حرص إفراط إهمال) ثم علاقته بين أفراد المحيط الذي ينتمي إليه الطفل ثم بعدها بينه وبين اتمع الذي يعيش فيه بصفة عامة مما يتولد للطفل شعور فقدان الأمن وضعف الثقة بالذات. (كمال علي، 1983، ص39)

النظرية الإنسانية:

وجود قلق في حياة الإنسان يقر حتما بوجود أحداث تهدد وجود الإنسان أو إنسانيته بمعنى أن المثير الأساسي للقلق حسب النظرية الإنسانية هو فشل الفرد في تحقيق أهدافه واختيار أسلوب الحياة المناسب له وأن كل من يعوق محاولات الفرد لتحقيق أهدافه يمكن أن يثير قلقه. يرى أصحاب هذه النظرية أن المنشأ الأساسي للقلق هو توقع الفرد ما سيحدث وما يفترض بمعنى هو نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان و يعتقدون أيضا أن المشكلات النفسية لا تكون بسبب الأحداث و الظروف الحياتية التي يعيشها الإنسان إنما تكون من تفسيره الخاطئ لتلك الأحداث والظروف يرى كارل روجرز أن قلق المستقبل عندما يكون الفرد غير قادر على إعطاء استجابات لنيل النجاح المستحق (فشل في المهمات) وإرضاء الحاجات الاجتماعية (إخفاق في علاقته مع الآخرين خوف من انتقاده). (عهود بن تبشير بن سعود العسكر، 2020، ص48).

أما فريدريك ثورن يعتقد أن القلق يكمن في خوف الفرد من المستقبل من أي أن هذا القلق ليس ناشئا من خبرات ماضية أو مواقف فهو يدرك حتمية الأمور مثل الموت والحياة بأن الموت اية حتمية للإنسان و بالتالي فإن الفرد ينظر إلى أحداث المستقبل على أنها مهددة لوجوده. (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاينة، 2015، ص104).

حسب جورج ألكسندر كيلبي إن توقعات الأفراد هي التي تقرر نوع سلوكياتهم تجاه حدث أو موقف معين سوف يصدر منه سلوك يتسم بالإيجابية بمعنى إذا كان توقع الفرد تجاه حدث معين توقع إيجابي متفائل فإنه حتماً سوف يصدر منه سلوك يتسم بالإيجابية والتفاؤل والعكس صحيح إذا كان توقع الفرد لحدث معين يتسم بنظرة التشاؤم فإنه حتماً سوف يصدر منه سلوك مناظر لتوقعه (رميسة بو لعسل، 2014، ص41).

علاج قلق المستقبل :

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للحد من قلق المستقبل:

الأثر الكبير الذي يتركه قلق المستقبل على صحة الفرد وأضراره النفسية والجسمية تستلزم منا مواجهتها والتصدي لها وفقا لطرق علاجية تحد من أخطاره السلبية ومن بين هذه الطرق فنيات العلاج السلوكي المعرفي والذي يقوم هذا الأخير على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تفترض أن الإضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والإنفعالات السلبية ما هي إلا نتاج عن عمليات شعورية من قبل تعلم خاطئ المبني على معلومات غير صحيحة وسلوك غير عقلائي وقبل التطرق لفنيات العلاج السلوكي المعرفي ومدى تأثيرها للحد من قلق المستقبل سوف نقوم بعرض لمحة موجزة حول ماهية العلاج السلوكي المعرفي

مفهوم العلاج السلوكي المعرفي:

تطلق تسمية الأساليب العلاجية السلوكية على عدد من التقنيات والطرق التي تهدف للتخلص من نمط معين من السلوك غير المرغوب فيه بهدف تنمية سلوكيات أخرى جديدة وصحيحة فهو يربط بين أنماط السلوك المرضية في الوقت الحالي مع المثيرات الموجودة في المحيط والتي تسببت في ظهور هذه الأنماط غير المرغوبة وبالتالى فهو يركز على تصرفات الفرد الحالية والأسباب التي أدت به للقيام بهذا التصرف حيث أن هذه الأساليب وغيرها تشترك في أنها تساعد في تعديل السلوك من خلال التأثير في العمليات المعرفية لدى الأفراد إذن فهو التنظيم والاستراتيجيات التي يحاول المعالج بثها في الفرد حتى يتمكن من إعادة تشكيل السلوك الشاذ غير المرغوب فيه لدالفرد أو أفكاره التي أدت إلى أخطائه المعرفية وانفعالاته السلبية غير الصحيحة، إن الأفكار الخاطئة التي أدت إلى التشوه المعرفي لدى الفرد قد تكون سببا في حدوث قلق المستقبل لديه حيث تجعل الأفراد يحرفون الواقع برؤية غير صحيحة والتعامل مع الأحداث بطريقة غير مرغوبة مما يدفعهم إلى حالات من الخوف والتوتر (إنفعالات سلبية) هذا بدوره يساعد في عدم الشعور بالأمن والإستقرار النفسي للشخص وفقدان السيطرة على المشاعر والأفكار وقلق المستقبل هو حالة من التحسس الذاتي يدركها الفرد على شكل شعور بالضيق وعدم الإرتياح وتوقع حدوث الأسوء (محمد شحاتة ربيع، 2013، ص13) .

هناك عدة طرق تساعد في مواجهة هذا الخوف أو القلق من المستقبل من بينها فنيات العلاج السلوكي والتي يمكن عرضها كما يلي:

الطريقة الأولى : إعادة التنظيم المعرفي

تقوم هذه الطريقة على مبدأ " إستبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية" فإن للأفراد الذين يعانون من قلق وخوف إتجاه مستقبلهم يشغلون أنفسهم دائما بأفكار سلبية وهو ما يثير الحالة الإنفعالية لديهم فبدل توقع الأسوء تتوقع حدوث أمر إيجابي والهدف الأساسي من هذه الطريقة هو تعديل أنماط التفكير السلبي بأفكار إيجابية متقابلة بدلا عن السلبية (فتحي وادة، 2020 ، ص68) .

الطريقة الثانية : إزالة الحساسية المسببة للمخاوف بطريقة منظمة

تقوم هذه الطريقة على مبدأ "تعريض الفرد للعامل المسبب (قلق المستقبل) للإضطراب النفسي" ويكون هذا التعريض أثناء وجود الفرد بحالة إسترخاء عميق للعضلات وبعد الإسترخاء يستلزم إستحضار صورة بصرية حية التيتثير (خوف قلق) لمخاوفهم وتقلقهم من المستقبل مع التركيز كل مرة بشكل تدريجي وبشدات متزايدة حتى يصل للمرحلة مواجهة ذلك العامل دون ظهور أعراض وعلامات عنده (أعراض التي تثير القلق).

الطريقة الثالثة : الإغراق

هذه الطريقة عكس الطريقة الثانية (إزالة الحساسية المسببة للمخاوف) حيث تقول هذه الفنية على مبدأ "تعريض الفرد للعامل المسبب للاضطراب النفسي (قلق المستقبل) بشكل مباشر وفجائي وإبقائه بمواجهة هذا العامل حتى تزول كل الأعراض"، كما يمكن أن يكون هذا التعريض عن طريق تخيل تلك المخاوف إلى حدها الأقصى مع التكرير لفترات طويلة حتى يتكيف معها تماما ويشعر حينها أن التكرار أصبح لا يثير قلقه وقد إعتاد على تصوره، في هذه الطريقة يتعلم الفرد أسلوب مواجهة أسوء تقديرات الخوف و القلق والتعامل معها ذهنيا لمواجهتها والتصدي لها في الواقع إذا حدثت له وفي النهاية يدرك أن هذه العوامل والأعراض

لا مبرر لها وأن الشيء المسبب للقلق لم يكن يستحق كل هذا الإنفعال (لويس كامل مليكة، 1990، ص 53-54) .

خلاصة الفصل :

يعتبرالقلق مرض العصر حيث اهتم به الباحثون في ميدان الدراسات النفسية و التربوية ، لما له من انعكاسات سلبية على حياة الفرد و المجتمع عموما فنجد تقريبا كل الفئات تعاني من هذا الشعور ، فهو إحساس مزعج ينشأ من الخوف و عدم التأكد من المستقبل ، حيث يرتبط هذا الأخير بالقلق لما يعايشه الفرد من خبرات في الماضي و تفسيراته لواقعه الحاضر فإذا كانت خبراته سلبية فإن ذلك يولد لديه شعوربالخوف من القادم و تشوب نضرتة للمستقبل السلبية، اما ان كانت خبرات الفرد في الماضي ايجابية فانه يكون اكثر اطمئنانا و شعورا بالأمن و الاستقرار ، ومن خلال عرضنا لاهم مفاهيم قلق المستقبل ونظرياته يبدو واضحا انه موضوع الساعة ولا يزال الباحثين في المجال يهتمون به نظرا لتأثيره وانعكاساته السلبية على مختلف أطراف المجتمع ، و خاصتا انه يمس اهم فئة في المجتمع و هن الأمهات لما لهن من دور حساس في تربية و اعدا الأجيال ، وذلك من اجل مساعدتهن على تجاوز مشاعر القلق و الخوف من المستقبل .

الفصل الثاني: الاكتئاب

- تمهيد.
- تعريف الاكتئاب.
- أعراض الاكتئاب.
- استجابة الام لابن المصاب باضطراب التوحد.
- علاقة الاسرة بالطفل التوحد.
- مشكلات التي تواجه امهات اطفال التوحد.
- الاكتئاب لدى الام طفل المتوحد و علاج اضطراب التوحد.
- برنامج علاجي مقترح لمساعدة الام.
- الخلاصة

تمهيد:

لقد تم الإشارة سابقا الى ان اضطراب التوحد ينطري عليه خلل سلوكي مركب ينجم عليه تنوع في الاعراض و اصابة الطفل بهذا الاضطراب يجعل الام تعيش حالة نفسية خاصة و متازمة تختلف من ام الى اخرى اذ تعيش حالة من القلق و توتر و الحزن و ذلك حسب شخصيتها و حسب السند الاجتماعي المحيط بها و كل هذا يسبب لها حالة اكتئابية نتيجة اصابة ولدها بالتوحد فتعاني الام من مشاعر الحزن و الكئابة جراء تشخيص طفلها باضطراب طيف توحد و هذه من اصعب المواقف اذ تبدأ رحلة البحث عن الحل الافضل و افضل علاج باي طريقة كانت و خلال فترة العلاج يصادف الام الكثير من الضغوطات خصوصا اذا كانت عاملة و هو ما ينتج عنه الشعور باليأس و الاكتئاب.

أولاً: تعريف الاكتئاب:

التعريف اللغوي: الاكتئاب مشتق من الكئابة و هو تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن و الكئابة تعني سوء الحال (معجم اللغة العربية المعاصر، ص699)

التعريف الاصطلاحي: يعرف فرويد الاكتئاب العصبي بأنه حالة عصبية يثيرها فقدان عزيز وتتسم بالقلق وانتقاد الذات والاحتط من شأنها واستنكارها فالإكتئاب عصاب يغطيه القلق بميزاج من التعاسة والأفكار غير السارة.

ويعرف "أنجرام" الإكتئاب "بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم هذا الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى. (حسين فايد، 2004، ص60).

ويعرفه محمد الحجار " بأنه اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية تعكس مزاج المريض ومعاناته وتتداخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية وبيوكيميائية ووراثية وتراكيب شخصية في حدوثه. (اميرة طه، 2001، ص96).

يعرفه (wolman 1972): بأنه حالة من الشعور بالعجز واليأس والحزن مع ان هذه المشاعر قد تحدث للناس العاديين.

الاكتئاب هو اضطراب في التفكير نتيجة نشاط النماذج المعرفية السالبة التي تؤدي الى تكوين نظرة سلبية عن الذات والعالم والمستقبل (إبراهيم سليمان عبد الواحد، 2014، ص118-119).

يعرف الاكتئاب على انه حالة من الحزن الشديد والمستمر، نتج عن ظروف اليمه وهو يعبر عن شئ مفقود، وهو اضطراب وجداني يصيب كلا الجنسين على حد سواء في كل الاعمار وفي جميع المستويات البيئية والاجتماعية والاقتصادية (عبد الحميد محمد الشاذلي، 1991، ص133).

يعرف عبد الستار ابراهيم الاكتئاب على أنه: نوع من الحزن يكون ظهوره مرتبط ببعض الاحداث المأسوية مادية او معنوية.

ثانيا: اعراض الاكتئاب:

اتفق الباحثين على مجموعة من الاعراض التي تصاحب الاكتئاب والتي تسمى الزملة الاكتئابية وهي كما يلي:

1- اعراض نفسية:

الحزن والبكاء الشديد رغم انه في الكثير من الأحيان يكون المصابين بالاكتئاب غير قادرين على البكاء.

فقدان الاهتمام المعتاد في شتى مجالات الحياة.

أفكار اكتئابية وجدد الذات من خلال مشاعر الذنب التي ينسبها الشخص لنفسه ويعتقد انه سبب الاحداث الأليمة التي يتعرض لها، ويمكن ان يتصاعد هذا الشعور بالذنب الى درجة الهذيان الاكتئابي،والذي هو عبارة عن هذيان حول دنب يعتقد المريض انه اقترفه ولا بد ان يعاقب عليه.

ضعف الدافع حيث ان الأشخاص المكتئبين غالبا ما يعانون من صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل كما يعانون من شلل في القدرة على اتخاذ القرار وفي الحالات الشديدة قد لا يفارق الشخص المكتئب سريره ويكون غير قادر على القيام بشيء وهذا يشمل الكلام أيضا فالكلام معه صعب لانه صامت لا يتكلم (سامر جميل رضوان ،2002، ص370-374).

أفكار تدمير الذات حيث يصف الشخص المكتئب ان الماضي يأخذ مظاهر الوحشية والأخطاء الكبيرةوالحاضر الذي يعيشه هو واقع مرعب ومخيف اما المستقبل يعبر عن الخوف والحياة جدصعبة، وبهذا الوصف يعتقد المكتئب ان الحياة لا معنى لها وتراوده الأفكار الانتحارية

التشؤم ويكون بمثابة فقدان للأمل ونظرة سوداوية للحياة واجترار للأفكار السلبية وتعميم للتجارب والخبرات السابقة الغير سارة وتوقع الأسوء (العيسوي، 1990، ص431).

القلق والذي يمكن ان يستمر لشهور وفي بعض الأحيان يمكنك ان يكون أكثر من المزاج الحزين فبعض الأشخاص المكتئبين يستيقضون وهم قلقين فالقلق مرتبط دائما بسرعة الهيجان والغضب والقليل من السلوك العدواني مما يجعل التواصل معهم صعب جدا (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص516)

2- الاعراض الجسمية:

توهم المرض والانشغال عن الصحة الجسمية

نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي(العنة عند الرجال)والبرود الجنسيواضطراب العادة الشهرية عند النساء

ضعف النشاط العام والبطء وتأخر زمن الرجعة والرتابة واللازمات الحركية

الصداع والتعب لأقل جهد وخمود الهمة والألم وخاصة الأم الظهر

فقدان الشهية ورفض الطعام والاعتقاد بعدم استحقاقه او الرغبة في الموت وهذا النوع من أنواع الانتحار، نقص الوزن والامساك

انقباض الصدر والشعور بالضيق(حامد عبد السلام زهران، 2005، ص516).

ثالثا: إستجابة الأم لإصابة الإبن باضطراب التوحد:

تختلف ردود فعل الأمهات عند معرفهم بأمر إصابة أطفالهم باضطراب التوحد إلا أن غالبيتهم يمرون بالمارحل التالية:

1. الصدمة: وهي أول رد فعلي نفسي يحدث لهم أي أن الأم لا تستطيع تصديق حقيقة

أن الطفل غير عادي، فإدراك حقيقة الإصابة يبعث على خيبة الأمل والحزن وهذا

أمر طبيعي بل ما تحتاج الأم في هذه الم رحلة إلى الدعم والتفهم. (عبد الباقي،ص56).

2. **الانكار:** من الإستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم، خاصة عندما يتعلق الأمر لأطفاله والذين يعتبرون إمتداد لهم، هي وسيلة دفاعية تلجأ إليها الأم في محاولة للتخفيف من القلق النفي الشديد الذي تحدثه الإصابة.

3. **الحداد و الحزن:**وهي فترة حداد وعازء تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل عندما تدرك أن طفلها يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طول حياته.

4. **الخجل و الخوف:**يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأم لإتجاهات الآخرين وخاصة المقربين منه إتجاه إصابة إبنها، نظار للإتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعها إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم.

5. **الغضب و الشعور بالذنب:**وهي من رودود الفعل التي قد تظهر لدى الأمهات وهي متوقعة، فهي محصلة طبيعية لخبية الأمل والإحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات كالتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعلته أو لم تفعله، أو قد تكون موجهة إلى مصادر خارجية كالطبيب أو المربي أو أي شخص آخر

- تقبل الام لطفلها المتوحد:

تعد الام المعلم الاول لولدها المتوحد،والدور الكبير الذي تلعبه معه تجعل منه شخصا فاعلا ومنتجا، وقد يكون مبدعا وقد تجعل منه فردا سلبيا معقدا ضعيف الإرادة بليد المشاعر، ويتوقف ذلك على درجة تقبلها له واستيعابها وتفهمها للمشكلة التي يعاني منها، والسعي نحو توفير ما يلزمه من احتياجات كي ينمو نموا سليما سواء في محيط أسرته الصغيرة أو المجتمع الكبير، وهدف الأسرة كوحدة هو خلق محيط مناسب لينمو في الأفراد ويعملوا بأقصى طاقاتهم وترتبط عملية تقبل الأم للمتوحد بإمكانات الأسرة المادية التي من فعند

توافر الإمكانيات المادية تصبح الأسرة أكثر ،شأنها المساعدة على التعايش مع الإعاقة قدرة على التعايش مع الحالة وتقبلها، أما إذا كانت الإمكانيات للأسرة متواضعة فيؤثر ذلك وذلك بسبب التكاليف الباهظة التي يحتاج إليها المتوحد سواء شراء معدات ،على تقبل الحالة طبية أو لدفع أجور العلاج، كما يعتمد على تقبل الأم للمتوحد الذي يعاني من اضطراب على بنية الأسرة وعلى العلاقات الاجتماعية السائدة بين أفرادها، إضافة إلى مستواها الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي والثقافي وحجمها وترتيب المعاق بين أفرادها.

- علاقة الاسرة مع طفلهم:

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية، النفسية، والاجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصا إذا كان هذا الطفل معوقا و الوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية حيث تمر هذه الإستجابة بمراحل الصدمة حيث تختلف في شدتها ومداهما الزمني و هذا حسب طبيعة الإعاقة فيتسأل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلما و كذلك هناك مرحلة الإنكار (Bill,Caror,1992,p51).

حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية، تظهر كرد فعل للقوة المهددة ولكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدان القادران على مساعدة ابنهما حيث أن الإنكار يكون كرد فعل للحدث الصدمي والقوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث انفعال آخر و هو إسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى إلا أن هذا الاخير يثير مشاكل بين الوالدين (الأم والأب) ويكون مدمرا للعلاقة .

كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل والوالدين خاصة ، و بالتالي يؤثر على سلوكهما سلبا،بالإضافة إلى هذه الانفعالات قد يمر الوالدين بمرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لا بد من مرحلة التقبل

والتقبل خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق والتكيف بالنسبة للوالدين و الذي يكون بتقبل الطفل المعاق والذي هو خطوة أساسية للشطف والنمو التي فيها يعترف

الوالدين بقيمة الطفل و الذي له أحاسيس، مشاعر ورغبات ككل الأطفال وله الدافع للإستمتاع بالحياة وامتاع الغير (حسين مصطفى عبد المعطي، 2006، ص214).

-أهمية دور الأم في حياة الطفل التوحدى:

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 انه الدور الرئيسي في عملية التنشئة...كما يحتاج الطفل في سنوات حياته الأولى بصفة خاصة الى الشعور بالأمان الذي يهيئه الى التوافق النفسي والاجتماعي ويحفظ توازنه النفسي ويؤكد استقراره وهو في هذا يحتاج الى الحب والقبول كعناصر أساسية لإحساس الطفل بالأمان والطمأنينة وهذه العناصر يستتبطها الطفل ممن يحيطون به وبصفة خاصة الأم.

هذا لان الحب والأمان الذي يجده الطفل مع أمه يؤثر على نموه الانفعالي والجسمي والعقلي ومن هنا يتضح لنا اهمية الام في رعاية و تحقيق الصحو النفسية لطفلها المصاب.

باعتبار ان الاسرة هي كيان لكل فرد فيه مهامه ومسؤولياته، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة في اغلب المجتمعات على مشاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض، 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 البدنية والنفسية، لذا تلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة طفلها، فأول غذاء يحصل عليه من الأم وهي التي تسهر على رعايته وحمايته والاعتناء به، وتوفير المأكل الصحي والملبس النظيف...ولذا يقع على عاتقها رعاية شئونه منذ ولادته وتولي إشباع حاجاته، ونظار للاحتياج الشديد للطفل ذي الاحتياجات الخاصة للسند فان أول من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم ومرجع ذلك لعلاقة الالتصاق بينها وبينه ولذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية

وتمثل مصدر للاشباع المادي و النفسي لديه.(بنوية لظفي محمد عبد الله،2000-2001،ص46).

رابعاً: المشكلات التي تواجه أمهات الأطفال التوحد:

تسعى كثير من الأمهات أن يكن مثاليات غير أن هذا المطلب يصعب تحقيقه في حالة إصابة هذه الأخيرة تجعلهن تحسسن بالإرهاق والقلق والاكتئاب ومشاعر ، ابنهن بالتوحد الذنب نظرا للمتطلبات التي يجب توفيرها لطفلهن المصاب ومن بين هذه المطالب التي تشكل مشكلات للأمهات هي

- الحاجة للرعاية الطبية المستمرة:

إن الرعاية الطبية المطلوبة للأطفال المصابين بالتوحد تكون أكثر تخصصية وزيارة المراكز الصحية المتكررة تكون أيضا أكثر منها لدى الأطفال الآخرين و إضافة الى ان هؤلاء الأطفال غالبا ما يحتاجون الى خدمات طبية محددة مثل العلاج الطبيعي و المهني و علاج النطق و هنا نتوقع ان تواجه الامهات المشكلات كنقص الاطباء المتخصصين الذين يقدمون الخدمات التي تتطلبها اعاقه الطفل.

- الحجة التربوية:

إذا أمكننا النظر إلى أن مسألة الخدمات الطبية يمكن أن تقل أهميتها بتقدم عمر الطفل ففي المقابل نجد أن البحث عن برامج تربوية مناسبة لعمر الذهاب للمدرسة يصبح الأكثر أهمية في معظم الأحيان و هنا تواجه الامهات مرحلتين : الاولى ما قبل المدرسة و الحاجة الى التدخل المبكر و الثانية مرحلة مستوى المدرسة و اصبح الوعي العام يتزايد و لا تزال الامهات تواجهن مشكلات عدة.

- المشكلات السلوكية:

تجدن الأمهات أن الاهتمام بالحاجات الجسمية للطفل يميل إلى التناقص مع تقدم عمر الطفل، في المقابل يتزايد القلق على سلوك الطفل مع الآخرين عبر الوقت ، وهنا تظهر

الحاجة الطفل لتطبيع او تطبيع سلوك الطفل للبيئة المحيطة وبالتالي تواجهن الأمهات المشكلات (نذيرة زغدي، 2017-2018، ص66-67).

خامسا : الاكتئاب لدى الام لطفل متوحد و علاج اضطراب التوحد

1. العلاج النفسي :

يعتبر هذا المصطلح واسع يشمل مجموعة من المعالجات التي لها نفس الأساس النظري، وهو يركز على الاعتقاد بأن مشاعر الفرد وانفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية، مثلا: يمكن أن يكون للصدمات النفسية في مرحلة الطفولة آثارا طويلة المدى في مرحلة البلوغ، ونتيجة لذلك فإن الهدف الرئيسي للعلاج الديناميكي النفسي هو استقصاء ماضي المريض من أجل الربط ما بين الأحداث الماضية والسلوكات والمشاعر الحالية، كما يعتقد أننا عندما نقوم بالتعريف بهذه الارتباطات يمكن للشخص أن يقوم بتغييرات واعية في سلوكه.

2. التحليل النفسي:

كان التحليل النفسي كعلاج للتوحد شائعا في الماضي وهو لا يزال شائعا في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية " علاج " التوحد إذا ما نقل الطفل وأبعد عن " الوالدين البارين " أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل "روابط لائقة" مع الطفل، ولقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعال وقد يكون في بعض الأحيان مؤذيا أو مضللا في علاج التوحد.

3. العلاج بالاحتضان:

في أواخر الثمانينات أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بطريقة عجيبة، وجادلت مارثا Martha Welch التي أنشأت هذا العلاج بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الخوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى انسحاب الطفل وإصابته

بالتوحد، وعندما يصبح التعلق مطمئنا أكثر يمكن للطفل أن يتقدم عبر مسار تطوره، وينظر إلى العلاج بالاحتضان أنه يقوي روابط المحبة ما بين الأم وطفلها، ويعتبر هذا أساس التطور الصحي السعيد، ولقد افترض أنه في حالة ضم الأم لطفلها بأمان بين ذراعيها، يتعلم الطفل التوحيدي التغلب على الخوف من اتصال العينين المباشر ومن التعلق الحميم، كما يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي كان يكبتها في السابق وعلى الرغم من محاولات الطفل للتحرر، إلا أن على الأم أن تضمه بشدة على افتراض أنها ت وصل له رسالة بأن حبها له قوي جدا، لدرجة أنها سوف تعنتي به بغض النظر عما يقوم به، وبغض النظر عن مشاعره، وكانت خبرة العلاج بالاحتضان مؤلمة لكل من الأم والطفل، ولكن تم إعلام الوالدين أن هذا هو ثمن "الشفاء"، ولا يوجد هناك دليل مهما كان يجبرنا على الاعتقاد بأن "الاحتضان" يمكن أن يخلق روابط محبة بين الطفل، ناهيك عن الاعتقاد بأنه "يشفي" من التوحد (وليد السيد خليفة ، مراد علي عيسى سعد ، 2008، ص226).

4. العلاج الطبي:

استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر أن التوحد ناشئ عن خلل عضوي داخل الطفل مع وينج و لروتر و كامبل و اخرون عن طرق استخدام العلاج الطبي باساليب التالية:

- **العلاج الجسدي:** يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات، مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع، أو علاج الحول أو تحسين طريقة المشي والوقوف، إن كان ذلك ممكنا بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة فيكون عاملا مساعدا في تحسين حالة الطفل النفسية، وقد يكون سببا في تحسين سلوك الطفل بصفة عامة.
- **علاج الكيمياوي:** ويشتمل على أدوية فيتامينات مضادات خماثر، ويرى بعض العلماء أن العلاج الكيمياوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الأوتيزم، ومن العقاقير التي تم استخدامها هالبيردول Haloperidol أنتي دوبامينيرجيك

Antidopaminergic ، في اختزال السلوكيات النمطية. وفي دراسة أخرى لكامل شار إلى أن هذه العقاقير تفيد في تحسين القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها (مير أبو مغلي ، عبد الحافظ سالم ، 2001، ص42).

أما عقار فينفلرمين يختزل معدل السيروتونين في الدم، ويستخدم الامفيتامين في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه، فونثرين في خفض القلق له من مضاعفات محدودة جدا وفاعلية إلى حد ما في تحسن الحالات.

- العلاج بالصدمات الكهربائية:

بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيدا بشرط أن يكون مركزا ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربعة أو خمس أسابيع . ويذكر ، أوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات التوحد فقط في الأطوار الأكثر حدة لدى المراهقين كما أنه مكلف من الناحية المادية (مصطفى نور الدين القمش، 2010، ص134-135).

- **العلاج السلوكي:** يعتبر المنحى السلوكي وتعديل السلوك من أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال التوحديين، وقد استخدمه في العديد من الدراسات العلاجية، وقد أمكن التغلب على لكثير من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد التوحديين باستخدام أساليب ومبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها واطسن ، ويمكن عرضها على النحو التالي:

- ملاحظ السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودوريته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج 1 التي ترتبت عليه وتتبعه .

- عند إلغاء سلوك سيئ يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار، يجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيئ.

- عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة، يجب تقسيم العمل إلى خطوات بسيطة ثم يقل التلقين بالتدريج .
- التعزيز والتشجيع بشتى الطرق المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل وتجاهل السلوك السيئ كلما أمكن.
- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيئ لتقليل فرص بدء حدوثه .
- لابد من الاستمرارية والإصرار على التعليمات نفسها كلما صدر السلوك السيئ للطفل.
- يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا يسبب لهم نوعا من الحيرة والارتباك (مصطفى نور الدين القمش، 2010، ص134-135).

سادسا: برنامج الارشادي المقترح:

نماذج مقترحة لاستجابة الام والتاقلم مع طفل التوحد وفق برنامج ارشادي :

1-تحديد الأهداف من البرنامج:الهدف العام من البرنامج هو تخفيف الضغط النفسي
لأمهات أطفال التوحد

- الأهداف الإجرائية:

- تبصير الأمهات بالعواقب السلبية للضغط النفسي.
- تبصير الأمهات بالعواقب السلبية للضغط النفسي.
- التدريب على الاسترخاء.

2-اختيار اسلوب و طريقة الارشاد:

لقد تم اقتراح طريقة ارشاد جماعية في هذا البرنامج و الذي اعتبره كل من (HOBBS) (MOREN) (BROWN) انه له القدرة العلاجية بسبب التفاعلات الحاصلة بين اعضاء المجموعة كما يعتبر احد مزايا الارشاد الجماعي هو السماح للفرد بان يكون موجودا مع اشخاص اخرون سوف يقوم برد الفعل او التغذية الرجعية بالنسبة لما يعيشه او يعيشه.

3- تحديد المقاربة المعتمدة في برنامج:

يستند البرنامج على المقاربة المعرفية السلوكية وقدتم اقتراح تطبيق أسلوب "مايكنباوم".

4- تحديد التقنيات المقترحة للتطبيق في البرنامج:

المحاضرة:والتي تطبق في مرحلة اكتساب المفاهيم وذلك من خلال تقديم معلومات بلغة بسيطة لأمهات أطفال التوحد.

-المناقشة الجماعية :حيث يطرح المرشد مجموعة أسئلة يتناقش فيها مع الأمهات مع ترك المجال للمناقشة بين الأمهات فيما بينهن ويكون موضوع المناقشة المعلومات التي تطرح في المحاضرة .

-الاسترخاء :حيث يطبق الاسترخاء العضلي (شد وإرخاء العضلات)لجاكبسون.

-إعادة البناء المعرفي:وذلك من خلال العمل على تغيير الحديث الداخلي السلبي إلى حديث داخلي إيجابي.

-الواجب المنزلي:حيث يطلب من الأمهات أداء واجبات منزلية تكون متعلقة بالهدف العام للبرنامج وذلك لما تسمح به من إجراء ما لم يتمكن من إجرائه في الجلسات الإرشادية على اعتبار الطبيعة قصيرة الأمد للبرنامج الإرشاديالمعرفي السلوكي(وليد السيد خليفة ، مراد علي عيسى سعد ، 2008 ،ص49).

وفيما يلي تفصيل لجلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى:

- الموضوع: تمهيد و تعارف و الاتفاق على طريقة العمل.

- الهدف:

- ✓ تحضير المسترشدات للعمل في إطار البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي
- ✓ (تحديد شروط العمل ضمن البرنامج الإرشادي وفي إطار المجموعة)العقد الإرشادي(عصام نور، 2005، ص94).

- الإجراءات :

- ✓ يبدأ المرشد بالترحيب بالمسترشدات ثم يقوم بعد ذلك بتقديم نفسه لهن، يوضح لهن بعد ذلك ضرورة أن تقوم كل واحدة بالتعريف بنفسها للأخريات ودور ذلك في تكوين العلاقات فيما بينهن ثم يفسح المجال لكل مسترشدة للقيام بتقديم معلومات مختصرة عن نفسها .ثم يحدد بعد ذلك المرشد طريقة وشروط العمل ضمن البرنامج ومع المجموعة ويوضح أن:

✓ خصوصية البرنامج.

✓ تخطيط العمل في عدد الجلسات.

✓ مدة الجلسة.

- ✓ البرنامج مخصص لمساعدتهن على تجا وز مشكلة واحدة تعانين منها وهي "الضغط النفسي" لذلك فان التركيز ،سيكون لأجل التخفيف منها ولتحقيق ذلك لابد من تجنب الخوض في مشكلات أخرى لان ذلك سيشتت الجهد والوقت

- ✓ ثم يفسح المرشد بعد ذلك المجال لمعرفة ما الذي تتوقعه المسترشدات من هذا العمل وبعد قيام المسترشدات بتوضيح توقعاتهن منه يحدد لهن بأن الهدف من هذه المساعدة لا يتحقق إلا إذا كان لديهن دافعية نحو التغيير وإذا طبقن كذلك كل ما يطلب منهن من أعمال وواجبات فهذا العمل هو جهد مشترك بينه وبينهن وتحقيق

النتيجة المرجوة يتوقف كذلك على ما يبذلنه من جهد)تركيز الانتباه خلال الجلسات والمواظبة على الحضور والإصرار على تطبيق ما سيتعلمنه خلال الجلسات.

✓ في آخر الجلسة ولخلق الثقة لدى المسترشديات يوضح لهن المرشد بان المحافظة على سرية ما يجرى خلال الجلسات أمر ضروري لذلك لابد من الالتزام بذلك ويطلب منهن أن يتقدمن له بأي استفسار أو أسئلة فيما يجدهن من غموض لما سيتم مناقشته وبأن لا يترددن مطلقا في ذلك وفي كل الجلسات .ثم يشكرهن على الحضور ويذكرهن بموعد الجلسة القادمة(عبد الرحمان سيد سليمان ،بدون سنة ،ص111).

خلاصة الفصل:

بعد طرح معطيات تخص الجانب الاثير للاكتئاب يمكن القول ان هذا الأخير يعتبر من اشد المشاكل النفسية التي يتعرض لها الانسان ، حيث يؤثر الاكتئاب على مشاعر الانسان وأفكاره و من ثم على سلوكاته مما يسبب له مشاكل و يعيق تأقلمه و تكيفه و تواصله مع محيطه الخارجي ،تحت تأثير مشاعر الحزن و اليأس و جلد الذات و الشعور بالذنب وفي كثير من الاحيان يصاحب المرض اعراض جسدية كالخمول و فقدان الشهية الى غيرها من الاعراض الأخرى ، الا انه يمكن علاج الحالة المسببة للاكتئاب حيث تعتبر الام الحلقة الاساس في عملية العلاج و هو ما يتجلى من خلال الاهمية و الدور المنوط بها من اجل استجابة رجعية تكون عن طريق التقبل لهذا الطفل و محاولة بناء سيروورة نظامية من الاساسيات الايجابية التي لا بد لها في الاخير ان تكمل بالنجاح .

الفصل الثالث : التوحد



- ماهية التوحد.
- خلفية التاريخية و عوامل تطور التوحد.
- تاريخ دراسات الاضطراب التوحيدي.
- آليات و خصائص التوحد.
- اسباب الاصابة بالتوحد.
- انماط الاضطراب التوحيدي.

تمهيد:

يعد التوحد من الاضطرابات النمائية المعقدة التي يعاني منها بعض الأطفال في طفولتهم المبكرة ، وذلك لانه يؤثر بشكل سلبي على كافة نواحي الحياة للطفل المصاب كالجانب الاجتماعي التواصلي او الحسي الحركي او حتى النمائي و الانفعالي ، و خاصتا الجانب التواصلي و التفاعل المتبادل مع محيطه كالاهل و الاقران ، زد مع ذلك قلة الانتباه والسلوك النمطي المتكرر و قلة الاهتمامات كالاطفال العاديين ، وبما انه زاد انتشار هذا الاضطراب فان الدافع اصبح اكثر وضوحا للعلماء و الباحثين في شتى المجالات والاختصاصات النفسية و الطبية و الاجتماعية والتربوية لبذل المزيد من الجهودات في سبيل فهم اكثر لهذا الاضطراب و محاولة الإحاطة و الالمام اكثر حول مفهومه و أسبابه واعراضه و طرق العلاج ، وقد اوجزنا ما تيسر عن مفهوم التوحد في هذا الفصل .

أولاً : مفهوم التوحد

1- لغة:

التوحد "Autism" مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية « Autos » و التي تعني meme- soi أي نفس الشيء.

2- إصطلاحا:

صنف التوحد في دليل التشخيص الإحصائي الرابع 1994 OSMIV تحت نفس فئة الاضطرابات الارتقائية النمائية وهي اضطرابات تتميز بالقصور في نمو قدرات الطفل واختلالات تكيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، وفي أنماط التواصل ومخزون محدود أو نمطي ومتكرر من الاهتمامات والأنشطة (عياد سعيد امطير، نجاته احمد الزليطي، 2015، ص55).

لقد تعددت تعريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

عرف اضطراب التوحد من طرف العديد من الباحثين ومن بينهم نجد ليوكاندر (LEO KANNER) الذي عرف اضطراب التوحد على أنه : حالة من العزلة والإنسحاب الشديد وعدم القدرة على الإتصال بالآخرين والتعامل معهم يصف الأطفال التوحديين

بانهم لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما انهم يقاومون التغيير كلياً، ويظهر ذلك من خلال تكرار إستعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق كمال الدسوقي على التوحد مصطلح (الإجتراطية) والتي هي الإهتمام المرضي بالنفس والانانية المفرطة مع عدم المبالاة بالآخرين ومع الميل للتراجع الى الخيالات الباتولوجية التي تنظم تفكير المرء أو ادراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والذي يكون قائماً على حساب الحقيقية الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه اقرب لرغبات المرء على ما هو في الحقيقية في اطار تحقيق الرغبة عند رفض تصديقها (ماجدة نبهاء، 2008، ص15).

و يرى اسماعيل بدران ان التوحد هو اضطراب انفعالي و اجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية خاصة في التعبير عنها بالوجه او باللغة و يؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (محمد امين الخطيب، 2009، ص17).

و التوحد عند جمال مثقال القاسم هو: هو اضطراب يظهر منذ الولادة و يعاني المصابون به من عدم القدرة على الاتصال باي شكل من الاشكال مع الاخرين اضافة الى ضعف او انعدام اللغة لديهم، خاصة في مراحل العمر الاولى.

اما كولمان فيصف الذواتية بانها احدى الاضطرابات الارتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي و القدرة على التواصل كما انها تتسم بمجموعة من الانشطة و الاهتمامات و الانماط السلوكية المحدودة و المتكررة مع وجود اضطرابات في الكلام و تبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

وتتفرد الجمعية الامريكية بتعريف التالي: يعرف على انه اعاقه في النمو(تطورية) التي تكون مزمنة و شديدة حيث تظهر في الثلاث سنوات الاولى من عمر الطفل و هي نتاج اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ ،حيث يتداخل التوحد مع النمو الطبيعي فيؤثر على الأنشطة العقلية في مناطق التفكير ، التفاعل الاجتماعي و التواصل ، و ينتشر بين الذكور اكثر من الاناث كما انه يحدث بين كافة الشرائح الاجتماعية و العرقية (جمال امتقال القاسم، ماجدة سيد عبيد، 2000، ص128).

ويعرف التوحد إجرائياً بأنه من الاضطرابات النمائية لمن لديهم عيوب في مهارات التعلم الأساسية ويتميزون بالإفراط في النشاط غير الملائم للمرحلة العمرية التي ينتمون إليها واستجاباتهم غير ملائمة ويتسمون بسوء التنظيم واضطرابات المزاج عدم التواصل (ميرة طهبخش، 2000، ص121).

ان التباين في التعاريف يظهر ان صفات ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوانية والاندفاعية) تختلف عند اطفال التوحد حيث ساهم البحث الحديث وعلم الجينات و الكيمياء العصبية و علم الاعصاب في ابراز التوحد كخلل صحي او اعاقه تطويرية شاملة.

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

ومن كل ما سبق ذكره نقول أن اضطراب التوحد اضطراب في النمو، يصيب الطفل في السنوات الأولى و يظهر في شكل اعراض متنوعة ومتعددة في درجاتها والتي تؤثر من حيث اللغة والتواصل والنمو الحسي والحركي والنمو الانفعالي والنمو الاجتماعي من حيث الجانب السلوكي (أديب محمد خالدي، 2005، ص62).

ثانيا : الخلفية التاريخية لدراسات للتوحد و عوامل تطورها:

يعتبر Leo –Kanner أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة (1943) حيث أجرى مجموعة من الفحوصات على الاطفال المتوحدين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية، و لفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر، حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات، والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس و تبعدهم عن الواقعية، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويهم أو أخوتهم فهم دائمو الانطواء و العزلة، لا يتجاوزون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية

إلى داخلهم التي أصبحت في حالة انغلاق تام و بحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال حتى المتخلفين عقليا منهم.

وفي سنة 1943 استخدمت تسميات كثيرة و مختلفة على سبيل المثال فصام الطفولة المبكرة، او اجترارية الطفولة المبكرة، ذهان الطفولة، النمو الغير السوي، نمو "أنا" غير سوي. و من الناحية التاريخية استخدام مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي عند ما عرف الفصام، خاصة الفصام في مرحلة الطفولة، و في ذلك الوقت، كان يستخدم مصطلح التوحد كوصف لصفة الإنسحاب لدى الفصامين. ثم بعد ذلك أصبح يستخدم كإسم للدلالة على اضطراب التوحد بأكمله (أديب محمد خالدي، 2005، ص62).

وعلى الرغم من ان "كانر" قام برصد قيم لخصائص هذه الفئة من الأطفال و قام بتصنيفهم على انهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة و اعراضها التي تميزها عن غيرها من الاعاقات في عقد الأربعينيات فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" او "التوحد" او "الإجتارر" في اللغة العربية، لم يتم إلا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على انها نوع من الفصام الطفولي، وذلك وفق ما ورد في الدليل الاحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في (DMS2) ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف الا بعد الطبعة المعدلة (DMS3) والتي فرقت بوضوح بين الفصام و التوحد، حيث اكدت ان التوحد ليس مجرد حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط الى وجود بعض الأعراض المشتركة من الانطواء والانكفاء على الذات، والانعزالية ولكن الواقع ان الاختلاف

في الأعراض أكثر من التشابه بينهما ذلك ان حالات التوحد تخلو تماما من اعراض الهلوسة او الضلالات. غيره انه في 1975 عندما روجع تعريف الولايات المتحدة عن الاعاقات النمائية، فإن التوحد ضم الى تلك الإعاقات و مع 1980 عندما روجع النظام الفيدارلي مرة أخرى فإن التوحد أخرج من تصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة. و قد حدث هذا التغيير بسبب الخلط القديم بين التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية (عبد الرحمن سيد سلمي، 1999، ص 08-09-10).

✓ فترة الخمسينيات والستينيات:

كان التركيز في تلك الفترة المبكرة من عمر التوحد على توضيح الأعراض التي تحدد التوحد على ان متلازمة محددة، إلا أن الملحوظ بأن التركيز في هذه المرحلة لم يكن على كيفية إدراك التوحد بقدر ما كان على كيفية مقارنته بغيره من الاضطراب وفي تلك المرحلة توصلت البحوث الى ان هناك ثلاثة مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الاطفال التوحديين، والتي اشتملت على الاخفاق في تطوير علاقات اجتماعية، و تأخر واضطراب لغوي وسلوكيات استحواذية او طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي (حسين قايد، 2001، ص 79).

وفي هذه المرحلة كان هناك العديد من الدلائل و المعالم المهمة، منها على سبيل المثال وحسب ما أشارت إليه دراسات المستوى الرئيسي للقدرة على المقاسة و المستوى العام من الكفاءة اللغوية و الطبيعية المميزة للقدارات التي أشار اليها التقييم النفسي اما بالنسبة الى

علاقات المهارات اللفظية و التسلسلية،و التي أدت هي الأخرى الى استنتاج أن العيب الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، بل في عناصر محددة منها : كالتجديد و الفهم السريع واجراء التدخل فقد كان ضعيفا. ولا شك أن مثل هذه النتائج ادت الى التحول مع مرور الوقت من العلاج النفسي الى المناهج السلوكية و التربوية،و من ذلك على سبيل المثال : استخدام مبادئ التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الأطفال التوحديين، والمعالم المهمة في هذه المرحلة ايضا: إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برنامج علاجية تشجع وتسهل النمو الاجتماعي و اللغوي و مهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف) عبد الرحمن سيد سلميان،1999،ص21).

✓ مرحلة السبعينات و بداية الثمانينات:

ما يميز هذه الفترة هو وجود معلمين رئيسيين هما:

- الممارسة الإكلينيكية و البحوث و التي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تظهر ادوات التقييم من المقابلة الشخصية للتوحد و غيرها .
- التعرف على مدى انواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها حيث ظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة،في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجهها نحو العيوب العامة،في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجهها نحو العيوب السلوكية و امكانية ارتباطها ببعض اشكال امراض الدماغ المكتسبة و ما يميز هذه المرحلة ايضا ان الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماما ملحوظا فيها، بحيث

تم استنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطرابي نمائي للغة الاستقبالية، انما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة. و الأمر الآخر الذي شهدته هذه المرحلة هو اهتماما بالمشكلات الطبية للتوحد و هذا يتضح من ظهور العديد من الابحاث و الدراسات التي رأيت ان التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة أما أكثر ما ميز هذه المرحلة، فهو البحث في الاسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد. و شهد عقد الثمانينات من القرن الماضي اقتراحات مفادها ان الاطفال التوحديين لديهم قصور في القدرات، الأمر الذي ادى الى التعاطف معهم، و الشعور بأن العيوب الاجتماعية و الانفعالية هي الأساس و من ثم تركز الاهتمام في القدرة على ادراك أدلة و المشاعر أو وجهات نظر الآخرين و ان المشكلة هي الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية و مهارات تواصلية. و نتيجة لذلك فقد تركز الاهتمام بالاستراتيجيات السلوكية و التربوية، وخلصت النتائج الى ان الأطفال التوحديين يحققون تقدما أفضل في الأوضاع المنظمة، (عبد الرحمن سيد سلميان، 1999، ص22).

✓ اواخر الثمانينات و بداية التسعينات:

في هذه الفترة ظهر الاهتمام بدراسة العوامل الجينية و أثرها في التوحد، فالدارسات في البلدان الاسكندنافية و بريطانيا أظهرت أدلة تشير الى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح (Monozygotic) مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح (Diozygotic) من

إخوة الأطفال التوحديين ممن ليست لديهم توحد، و كما يشير الملحوظات التي تقوم باشتراك جينات عديدة كما ظهرت في هذه المرحلة عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد و الشذوذ الطبي المحدد، كما أظهر الربط بين التوحد و العيوب في التمثيل الغذائي، و المدى الواسع للإصابات خلال مرحلة قبل الولادة و ما بعدها، إلا أن العلاقة ظلت غير واضحة، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية، و ارتباطها بالملاحظة، كما شهدت هذه المرحلة اهتماما بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم.

✓ أواخر التسعينيات:

شهدت هذه الفترة من القرن الماضي تطور للنتائج الجينية كما أظهرت إهتماما بالمشابهات بين التوحد و الأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جدا، و العلاقة بين التوحد و اضطرابات الجوانب الإجتماعية للغة المتصلة بالمعنى. كما امتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد بالإضافة الى التغيرات الكبيرة في الأساليب العلاجية، و توجيه الإهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية كما تم الحديث أيضا في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي الى فوائد و إحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين (عبد الرحمن سيد سلميان، 1999، ص 23-24).

ثانيا : أليات وخصائص التوحد

الفيزيولوجيا المرضية للتوحد:

وخلافاً للعديد من اضطرابات الدماغ الأخرى، مثل الشلل الرعاش، لا توجد آلية واضحة للتوحد سواء في الجزيئية، الخلية، أو على مستوى النظم: ومن غير المعروف ما إذا كان التوحد عبارة عن اضطرابات قليلة ناشئة من الطفرات المتقاربة على عدد قليل من المسارات الجزيئية المشتركة، أو أنه (مثل الإعاقة الذهنية) عبارة عن مجموعة كبيرة من الاضطرابات لها آليات متنوعة ويبدو أن التوحد ينتج عن عوامل النمو التي تؤثر على العديد من أو جميع أنظمة الدماغ الوظيفية وتشوش على توقيت نمو الدماغ ، وتشير دراسات التشريح العصبي والروابط بالماضات، بقوة إلى أن آلية التوحد تشمل تغير نمو الدماغ بعد الحمل بوقت قصير. ويبدو أن هذا الوضع الشاذ يبدأ في تكوين سلسلة من أمراض الدماغ تتأثر بشكل كبير بالعوامل البيئية وبعد الولادة فقط، تنمو أدمغة الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أسرع من المعتاد، ثم تنمو بشكل عادي أو بطيء نسبياً في مرحلة الطفولة. وليس معروفاً ما إذا كان النمو الزائد يحدث في جميع حالات الأطفال المصابين بالتوحد أم لا. ومن الواضح أنه في مناطق الدماغ ينمو الجانب العصبي المعرفي بشكل ملحوظ ومرتفع. وتشمل فرضيات الأسس الخلوية والجزيئية الخاصة بزيادة نمو التوحد المبكر ما يلي وجود فائض من الخلايا العصبية التي تسبب اتصال موضوعي مفرط في مناطق الدماغ الرئيسية

- ارتحال الأيونات العصبية المضطربة أثناء الحمل المبكر.
- الشبكات غير الموازنة - الاستثارية المثبطة.
- التشكيل الشاذ لنقاط الاشتباك العصبي والعمود الفقري الشجيري عن طريق تعديل نظام التصاق خلايا النيروكسين والنيرولوجين أو عن طريق العمليات التركيبية

الضعيفة للبروتينات المتشابهة. وقد يؤدي النمو المتشابك المعطل إلى الصرع، وهو ما قد يفسر ارتباط الحالتين (حامد عبدالسلام زهران، 1995، ص46).

تبدأ التفاعلات بين الجهاز المناعي والجهاز العصبي في وقت مبكر خلال المرحلة الجنينية من الحياة، ويعتمد النمو العصبي الناجح على استجابة مناعية متوازنة. وربما يكون النشاط المناعي الشاذ خلال الفترات الحرجة من النمو العصبي جزءاً من آلية بعض أنواع التوحد، وبالرغم من إيجاد بعض التشوهات بالجهاز المناعي في مجموعات فرعية بالأفراد المصابين بالتوحد، فليس معروفاً ما إذا كانت هذه التشوهات ذات صلة أولية أو ثانوية بالتوحد. وبسبب العثور على أجسام مضادة في غير حالات التوحد، ولعدم وجود هذه الأجسام بشكل دائم في حالة التوحد، فإن العلاقة بين اضطرابات المناعة ومرض التوحد لا تزال غير واضحة ومثيرة للجدل (حسين فايد، 2001، ص48).

ولا تفهم علاقة العوامل الكيميائية العصبية بالتوحد على نحو جيد، وقد تم التحقيق في العديد من الأدلة على دور السيروتونين والاختلافات الوراثية في انتقال هذه العوامل. وأدى دور المجموعة الأولى ميتابو ترونك، مستقبلات الصوديوم في متلازمة X الهشة، أكثر الجينات شيوعاً في كونها سبب التوحد، إلى الاهتمام بالتداعيات المحتملة في أبحاث مرض التوحد المستقبلية في هذا المسار. وتشير بعض البيانات إلى أن الزيادة المبالغ في النمو العصبي يحتمل أن تكون مرتبطة بزيادة في عدد هرمونات النمو أو باختلال نظام مستقبلات عامل النمو. وترتبط أيضاً بعض الأخطاء الوراثية في عملية التمثيل الغذائي بالتوحد، ولكن ربما تمثل ذلك في أقل من 5% من الحالات.

وتفترض نظرية التوحد الخاصة بالخلايا العصبية المرآتية أن التشوه في تطور هذه الخلايا يتعارض مع التقليد أو المحاكاة ويؤدي إلى وجود خصائص التوحد الأساسية وهي ضعف العلاقات الاجتماعية وصعوبات التواصل. وتعمل الخلايا العصبية المرآتية عندما يؤدي

حيوان عملاً ما أو يلاحظ حيواناً آخرًا يؤدي العمل نفسه. ويمكن أن تسهم هذه الخلايا في فهم الفرد الآخرين وذلك من خلال تمكينه من نمذجة سلوكهم عن طريق محاكاة تجسد أفعالهم ونواياهم ومشاعرهم ولقد اختبرت دراسات عديدة هذه الفرضية من خلال كشف عيوب الهيكلة في مناطق الخلايا المرآتية للأشخاص المصابين بالتوحد، تأخر تفعيل حالة التقليد الأساسية عند الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر، ووجود ارتباط بين انخفاض نشاط الخلايا المرآتية وشدة المتلازمة في حالة الأطفال المصابين بالتوحد ومع ذلك يتميز الأشخاص الذين يعانون من التوحد بنشاط دماغي غير عادي في كثير من الأحيان ناتج عن مرآة الخلايا العصبية. ولا تشرح نظرية الخلايا العصبية المرآتية الأداء العادي للأطفال التوحد في المهام التي تتطوي على تقليد هدف أو كائن (حامد عبد السلام زهران، 1995، ص50).

وتختلف أنماط التنشيط المنخفض أو الشاذ في الدماغ اعتماداً على ما إذا كان الدماغ يقوم بمهام اجتماعية أو غير اجتماعية. وفي التوحد، يوجد دليل يثبت انخفاض الربط الوظيفي للشبكة الافتراضية، وهي شبكة الدماغ واسعة النطاق التي تشارك في المعالجة الاجتماعية والعاطفية، باتصال سليم لمهام الشبكة الإيجابية، التي تستخدم في الاهتمام المتواصل والتفكير الموجه الهدف. وفي حالة المصابين بالتوحد، لا ترتبط الشبكتان سلباً في الوقت المناسب، مما يشير إلى خلل في تبادل الوظائف بين الشبكتين، وربما يعكس ذلك اضطراب الفكر المرجعي الذاتي ووجدت دراسة تصوير الدماغ التي أجريت عام 2008، نمطاً محدداً من الإشارات في القشرة الحزمية، يختلف في حالة الأفراد المصابين بالتوحد

وتفترض نظرية عدم التواصل الخاصة بالتوحد، أنه يتميز بوجود روابط عصبية عالية المستوى بالتزامن جنباً إلى جنب مع وجود روابط عصبية منخفضة المستوى. وقد وجدت الأدلة الخاصة بهذه النظرية أنه عند تصوير الأعصاب الوظيفية عند شخص مصاب بالتوحد، ومن خلال الدراسة ذات الفكرة الرائعة أن البالغين المصابين بالتوحد لديهم زيادة

اتصال في القشرة المخية وروابط وظيفية ضعيفة بين الفص الجبهي وروابط القشرة الدماغية وأشارت أدلة أخرى إلى أن قلة التواصل موجودة في قشرة دماغ نصف سكان الكرة الأرضية وإلى أن التوحد هو اضطراب في ترابط القشرة.(سعيد إبراهيم دبيس، السيد إبراهيم السمادوني، دس، ص43).

ومن خلال الدراسات التي تعتمد على إمكانيات ذات صلة بالأمر، فإن التغيرات العابرة في النشاط الكهربائي في الدماغ استجابة للمؤثرات، تعتبر أدلة قوية على الاختلافات الموجودة بالمصابين بالتوحد فيما يتعلق بالانتباه، والتوجه نحو المؤثرات السمعية والبصرية، وكشف الحداثة، ومعالجة اللغة والوجه، وتخزين المعلومات؛ وقد وجدت دراسات عديدة أن هناك تفضيلاً للمؤثرات غير الاجتماعية. على سبيل المثال، قد وجدت دراسات التحفيز المغناطيسي للدماغ دليلاً على أن الأطفال المصابين بالتوحد تتأخر استجاباتهم بسبب تأخر معالجة الدماغ للإشارات السمعية.

2- علم النفس العصبي

وقد تم اقتراح فئتين رئيسيتين من النظريات المعرفية لدراسة الروابط بين الأدمغة المصابة بالتوحد والسلوكيات.

وتركز الفئة الأولى على العجز في الإدراك الاجتماعي. وتفترض نظرية سيمون بارون كوهين عن عقل الأنثى التعاطفي وعقل الذكر التنظيمي، أن الأفراد المصابين بالتوحد يمكنهم تحقيق التنظيمية، وهذا يعني أنهم يستطيعون تطوير لوائح الأنظمة الداخلية لمعالجة الأحداث داخل المخ، ولكن ذلك يكون أقل فعالية في حالة التعاطف الناتج عن التعامل مع أحداث فعلها الآخرون. وامتداداً لذلك، تفترض نظرية تطرف دماغ الذكور، أن التوحد هو حالة متطرفة في دماغ الذكور، ويعرف من خلال القياسات النفسية بأنه حالة يكون فيها التنظيم أفضل من التعاطف وترتبط هذه النظريات إلى حد ما بنظرية بارون كوهين السابقة

عن العقل، والتي تفترض أن السلوك التوحدي ينشأ عن عدم القدرة على وصف الحالات الذهنية للنفس وللآخرين. وتدعم فرضية نظرية العقل عن طريق استجابات الأطفال المصابين غير النمطية لاختبار التفكير في دوافع الآخرين، الذي قامت سالي آن بإجرائه ومن خلال نظام مرآة الخلايا العصبية للتوحد، التي تم وصفها في الخرائط الفيزيولوجية بشكل جيد ومناسب للفرضية. ومع ذلك، لم تجد معظم الدراسات دليلاً على ضعف قدرة الأفراد المصابين بالتوحد على فهم نوايا الآخرين أو أهدافهم الأساسية؛ وبدلاً من ذلك، تشير البيانات إلى أن الإعاقات توجد في فهم العواطف الاجتماعية الأكثر تعقيداً أو في النظر إلى آراء الآخرين (سعيد إبراهيم دببس، السيد إبراهيم السمدوني، دس، ص50).

وتركز الفئة الثانية على المعالجة الاجتماعية أو المعالجة العامة: الوظائف التنفيذية مثل عمل الذاكرة، التخطيط، والتنشيط. وصرح كنورثي في استعراضه بأن «ادعاء اختلال الوظائف التنفيذية باعتباره عاملاً مسبباً لمرض التوحد، هو أمر مثير للجدل»، ولكن «من الواضح أن اختلال الوظائف التنفيذية له دور في العجز الاجتماعي والمعرفي الملحوظ في حالات المصابين بالتوحد وتشير الاختبارات الخاصة بالوظائف التنفيذية الأساسية مثل مهام حركة العين، إلى وجود تحسن يبدأ في وقت متأخر من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة، ولكن الأداء لا يصل أبداً إلى المستويات التقليدية التي يصل إليها البالغين. وتتوقع إحدى نقاط النظرية الهامة إلى وجود سلوك نمطي واهتمامات ضيقة؛ وهناك نقطتا ضعف لهذه النظرية هما أن الوظيفة التنفيذية يصعب قياسها وأن العجز في الوظيفة التنفيذية لم يتواجد في حالة الأطفال الصغار المصابين بالتوحد (رمضان محمد قذافي، 1995، ص61).

وتفترض نظرية ضعف التماسك المركزي، وجود قدرة محدودة على رؤية الصورة الكبيرة، ويكمن ذلك وراء الاضطراب المركزي في التوحد. وتتوقع إحدى النقاط القوية في هذه النظرية وجود مواهب خاصة وذروات في أداء المصابين بالتوحد وتركز نظرية ذات صلة وهي

نظرية تعزيز الإدراك الحسي بشكل كبير على تفوق الإدراك الحسي الموجه جزئياً في حالة الأشخاص المصابين. وتتضح هذه النظريات جيداً من خلال نظرية ضعف الاستجابة.

ولا توجد فئة مرضية بمفردها: وتعالج نظريات الإدراك المعرفي سلوكيات المصابين بالتوحد الجامدة والمتكررة بشكل سيء، بينما تواجه النظريات غير الاجتماعية صعوبة في شرح الضعف الاجتماعي وصعوبات في التواصل وجنباً إلى جنب، تقوم إحدى النظريات على أساس حالات العجز المتعددة وقد يثبت أنها أكثر فائدة.

تشخيص التوحد :

يستند التشخيص إلى السلوك، لا إلى السبب أو الآلية. ويعرف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بأنه حالة ظهور ستة أعراض على الأقل، من بينهم اثنان من أعراض الضعف النوعي في التفاعل الاجتماعي، وواحد على الأقل من أعراض السلوك المقيد والمتكرر. ويشمل نموذج الأعراض: نقص في التبادل الاجتماعي والعاطفي، استخدام نمطي ومتكرر للغة أو لغة التفاعل، وانشغال مستمر بأجزاء من الكائنات. ويجب أن تكون بداية ذلك قبل سن ثلاث سنوات، وأداء متأخر أو شاذ إما في التفاعل الاجتماعي واللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي، أو في اللعب الرمزي أو التخيلي. ولا يجب أن يمثل الاضطراب متلازمة ريت أو اضطراب الطفولة التحليلي. ويستخدم التتقيح العاشر من التصنيف الدولي للأمراض التعريف نفسه.

وتتوافر العديد من أدوات التشخيص. ويستخدم اثنان منها بشكل شائع في أبحاث مرض التوحد: مقابلة تشخيص التوحد المنقحة، وهي مقابلة شبه منظمة يتم إجراؤها مع الوالدين، ويستخدم جدول مراقبة تشخيص التوحد، المشاهدة والتفاعل مع الطفل. ويستخدم مقياس تقييم توحد الطفولة على نطاق واسع في البيئات السريرية لتقييم شدة التوحد على أساس الملاحظة. (سعيد إبراهيم دببس، السيد إبراهيم السمدوني، د س، ص 63).

ويقوم طبيب الأطفال عادة بإجراء تحقيق أولي عن طريق تاريخ النمو والفحص الجسدي للطفل. وإذا ما اقتضى الأمر، يتم إجراء التشخيص والتقييمات بمساعدة متخصصي التوحد، والمراقبة والتقييم المعرفي، والتواصل، والأسرة، وعوامل أخرى باستخدام أدوات موحدة، والأخذ بعين الاعتبار أي ظروف طبية مرتبطة بذلك. ويطلب عادة من الطبيب النفسي العصبي للأطفال تقييم السلوك والمهارات المعرفية، وذلك للمساعدة في التشخيص والتوصية بالتدخلات التعليمية. وقد ينظر التشخيص التفريقي للتوحد أيضاً إلى الإعاقة الفكرية، وضعف السمع وضعف صيغة محددة. مثل متلازمة لاندائو كليفر. ويمكن أن يسبب التوحد صعوبة في تشخيص الاضطرابات النفسية التي توجد معه مثل الاكتئاب

وغالباً ما تتم عمليات تقييم الجينات الإكلينيكية، عند تشخيص التوحد، وبخاصة عندما تشير أعراض أخرى بالفعل إلى سبب وراثي. وعلى الرغم من أن التكنولوجيا الوراثية تسمح لعلماء الجينات بربط ما يقدر ب 40% من الحالات بأسباب وراثية، فإن مبادئ الإجماع التوجيهية في الولايات المتحدة والأمم المتحدة تقتصر على اختبار الكروموسوم عالي الاستبانة وكروموسوم X الهش. وقد تم اقتراح نموذج الجين النمطي الأول للتشخيص، والذي من شأنه إجراء تقييم روتيني للتغيرات التي تحدث في عدد نسخ الجينوم كما يتم تطوير اختبارات جينية جديدة وستظهر قضايا أخلاقية وقانونية واجتماعية عديدة. وقد يسبق التوافر التجاري للاختبارات الفهم الكافي لكيفية استخدام نتائجها، نظراً لتعقيد جينات التوحد وتعتبر اختبارات الأيض وتصوير الأعصاب مفيدة في بعض الأحيان ولكنها ليست روتينية(عادل عبدالله محمد، 2002، ص110).

ويمكن تشخيص التوحد في بعض الأحيان في عمر 14 شهراً على الرغم من أن التشخيص يصبح مستقراً على نحو متزايد خلال السنوات الثلاث الأولى: على سبيل المثال، يقل احتمال قيام الطفل البالغ من العمر عاماً أن يصدر عنه ما يطابق معايير تشخيص التوحد، ثم الإستمرار في فعل ذلك بعد عدة سنوات، وذلك مقارنة بالطفل الذي يتم تشخيصه في

عمر 3 سنوات وفي المملكة المتحدة توصي الجمعية الوطنية للطفل التوحيدي بضرورة مرور 30 أسبوعاً على ظهور أول الأعراض لتشخيص الطفل وإنهاء التقييم، على الرغم من أن بعض الحالات يتم التعامل معها بسرعة في مجال الممارسة العلمية. ووجدت دراسة أجريت في الولايات المتحدة أن متوسط سن التشخيص الرسمي للتوحد هو 5 - 7 سنوات، وكان ذلك أعلى بكثير من التوصيات، وأن 27% من الأطفال يبقون دون تشخيص حتى بلوغ 8 سنوات وعلى الرغم من ظهور أعراض التوحد وطيف التوحد باكراً في الطفولة، فإنها قد تغيب في بعض الأحيان؛ بعد سنوات قد يلتمس البالغون التشخيص لمساعدة أنفسهم أو مساعدة أصدقائهم وعائلاتهم، أو لمساعدة أصحاب العمل على إجراء تعديلات، أو في بعض المواقع للمطالبة ببدلات عجز المعيشة أو منافع أخرى.

ويعتبر إخفاق التشخيص أو المبالغة فيه مشكلة في حالات هامشية. ومن المرجح أن يرجع سبب جزء كبير من الزيادة الأخيرة في عدد حالات التوحد التي تم الإبلاغ عنها إلى التغيرات في الممارسات التشخيصية. وقد أدت خيارات تعاطي المخدرات المتصاعدة الشعبية، وتوسيع فوائدها، إلى وجود حوافز للمساعدة في تشخيص التوحد، مما أدى إلى المبالغة في تشخيص حالات الأطفال الذين يعانون من أعراض غير مؤكدة. وعلى العكس، فإن تكلفة الفحص والتشخيص، والتحدي المتمثل في الحصول على المبلغ المطلوب لإجراء ذلك، يمكن أن تمنع أو تؤخر التشخيص ولا سيما أنه من الصعب تشخيص التوحد بين المعاقين بصرياً، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن بعض معايير تشخيص التوحد تعتمد على الرؤية، وأيضاً بسبب تداخل أعراض التوحد مع أعراض متلازمات العمى المعروفة (عادل عبدالله محمد، 2002 ، ص111).

4- التصنيف

يعتبر التوحد أحد اضطرابات النمو الخمسة الأكثر انتشارًا التي تتميز بشذوذ التفاعلات الاجتماعية والتواصل على نطاق واسع والاهتمامات المقيدة بشدة والسلوكيات المتكررة للغاية وهذه الأعراض لا تشكل مرضًا أو اضطرابًا عاطفيًا

ومن بين الخمسة اضطرابات، تعتبر متلازمة أسبرجر هي الأقرب إلى التوحد في العلامات والأسباب المحتملة، وتنتشر متلازمة ريت اضطراب الطفولة التحليلية عدة علامات مع التوحد، ولكن قد تكون الأسباب غير ذات صلة؛ فاضطرابات النمو - إذا لم ينص على خلاف ذلك - يتم تشخيصها عندما لا يتم استيفاء معايير اضطراب محدد وعلى عكس التوحد، فالأشخاص الذين يعانون من متلازمة أسبرجر لا يوجد لديهم تأخير جسيم في تطور اللغة. ويمكن أن يكون مصطلح التوحد محيرًا، وفي حالة التوحد، غالبًا ما تسمى متلازمة أسبرجر ومرجع التوحد غير النمطي باضطرابات طيف التوحد أو في بعض الأحيان اضطرابات التوحد، بينما يسمى التوحد نفسه بالاضطراب الطفولي. في هذه المقالة، يشير التوحد إلى اضطراب التوحد الكلاسيكي، وفي ممارسات الطب السريري - على الرغم من ذلك - غالبًا ما يستخدم مصطلح التوحد واضطراب النمو واضطراب طيف التوحد بالتبادل والتوحد، بدوره، هو مجموعة فرعية من التوحد النمطي الظاهر الأوسع نطاقًا، والذي يصف الأشخاص الذين يعانون من طيف التوحد ولكن لديهم أعراض مماثلة، مثل تجنب التواصل البصري (عادل عبدالله محمد، 2002، ص 111).

وتشمل مظاهر التوحد مجموعة واسعة، بدءًا من الأفراد ذوي العاهات الشديدة - والذين يمكن أن يكونوا بكمًا أو معاقين تنمويًا أو حبساء خفقان اليد وهزاز الجسد - وصولاً إلى الأفراد ذوي الأداء العالي الذين قد يكون لهم منهج اجتماعي نشط، ولكنه غريب بشكل واضح، ولهم اهتمامات ضيقة الأفق، وتواصل مضجر ومتحذلق. ولأن طيف السلوك

متواصل، فإن الحدود بين الفئات التشخيصية هي تعسفية إلى حد ما وأحياناً تنقسم المتلازمة إلى توحد عال أو متوسط أو منخفض، استناداً إلى عتبات مستوى الذكاء أو مدى الدعم الذي يتطلبه الفرد في الحياة اليومية. وهذه التقسيمات ليست موحدة، كما أنها مثيرة للجدل. ويمكن تقسيم التوحد إلى توحد متلازمي وتوحد غير متلازمي. يرتبط التوحد المتلازمي بالإعاقة الذهنية الشديدة أو العميقة أو بمتلازمة خلقية مع أعراض جسدية مثل على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يقومون بأداء معرفي أفضل ممن يعانون من التوحد، فإن مدى التداخل بين متلازمة أسبرجر والإتش إف أي والتوحد غير المتلازمي، غير واضح

وقد أفادت بعض الدراسات أن سبب تشخيص مرض التوحد لدى الأطفال يرجع إلى فقدان المهارات اللغوية أو الاجتماعية، في مقابل الفشل في إحراز تقدم، ويحدد ذلك عادة من عمر 15 إلى 30 شهراً. ولا تزال صحة هذا التمييز موضع جدل. فمن الممكن أن يكون هناك توحدٌ تراجعى وهو نوع فرعي محدد، أو أن تكون هناك سلسلة سلوكيات متصلة في حالة التوحد التراجعي أو غير التراجعي.

وقد أعاققت عدم القدرة على تحديد مجموعات فرعية ذات مغزى بيولوجي بين الذين يعانون من التوحد، والحدود التقليدية بين تخصصات الطب النفسي وعلم النفس وعلم الأعصاب وطب الأطفال، البحث في أسباب التوحد. ويمكن أن تساعد التقنيات الحديثة مثل الرنين المغناطيسي الوظيفي ونشر موتورة التصوير في تحديد الظواهر ذات الصلة من الناحية البيولوجية (الصفات الملحوظة) والتي يمكن عرضها من خلال مسح الدماغ، للمساعدة في مزيد من الدراسات الوراثية العصبية للتوحد ومثال على ذلك، ما يصاب به المرضى من ضعف في إدراك الناس مقابل إدراك الكائنات وقد اقترح تصنيف التوحد باستخدام علم الوراثة وكذلك علم السلوك.

5- الفحص

ويلاحظ ما يقرب من نصف آباء الأطفال المصابين بالتوحد سلوكيات غير عادية تصدر عن أطفالهم من عمر 18 شهراً، ويلاحظ ثمانون بالمائة منهم هذه السلوكيات عن عمر 24 شهراً. ووفقاً لمقالة في مجلة التوحد واضطرابات النمو، فإن وجود أي من العلامات التالية، هو مؤشر مطلق على المضي قدماً نحو مزيد من التقييمات. وقد يؤدي التأخر في الإحالة للاختبار، والتأخر في التشخيص المبكر للمرض وعلاجه إلى نتائج طويلة الأمد

- انعدام الثرثرة ببلوغ 12 شهراً.
- عدم وجود أي إشارات (الإشارة أو التلويح) ببلوغ 12 شهراً.
- عدم نطق أي كلمة بعد بلوغ 16 شهراً.
- عدم نطق عبارات مكونة من كلمتين (عفوياً وليس تقليدياً للآخرين) ببلوغ 24 شهراً.
- حدوث أي فقدان في اللغة أو المهارات الاجتماعية في أي عمر.

وتهدف تطبيقات الولايات المتحدة واليابان إلى فحص جميع الأطفال في عمر 18 و 24 شهراً، باستخدام فحوصات رسمية محددة للتوحد. في المقابل، يتم فحص الأطفال في المملكة المتحدة، الذين تكتشف عائلاتهم أو أطباؤهم علامات محتملة بمرض التوحد. ومن غير المعروف أي المنهجين أكثر فعالية. وتشمل أدوات الفحص قائمة مراجعة التوحد في الأطفال الصغار، واستبيان الفحص المبكر لعلامات التوحد، وجرى السنة الأولى، وتشير البيانات الأولية وسابقتها إلى أن الأطفال الذين يتراوح عمرهم بين 18 إلى 30 شهراً من الأفضل لهم إجراء عملية إعداد إكلينيكية ذات حساسية منخفضة (العديد من السلبيات الكاذبة) ولكنها ذات خصوصية جيدة (إيجابيات كاذبة قليلة وقد يكون الأمر أكثر دقة إذا سبق هذه الاختبارات فحصاً نو نطق عريض يميز طيف التوحد عن اضطرابات النمو الأخرى. وقد

تكون أدوات الفحص مصممة تبعاً لثقافة واحدة للكشف عن بعض السلوكيات مثل التواصل البصري، وقد تكون غير مناسبة لثقافة أخرى. وعلى الرغم من أن الفحص الجيني لمرض التوحد بشكل عام لا يزال غير عملي، فإنه يمكن الأخذ به في بعض الحالات مثل حالة الأطفال الذين يعانون من أعراض عصبية ومظاهر تشوه (عبدالرحمان سيد سليمان، 2006، ص25-26).

خامسا : أسباب التوحد:

الى حد الآن لم تتوصل البحوث العلمية الى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه اضطراب التوحد، حيث توجد عدة أسباب ، سواء كانت نفسية، بيولوجية، وراثية، جينية أو كيميائية حيوية .

ورغم اختلاف الأسباب وإختلافها، فإن البحوث لا تزال مستمرة للكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الإضطراب، وتتمثل الأسباب التي توصل العلماء الى كشفها لحد الآن فيما يلي:

1-الاسباب النفسية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الظروف النفسية غير الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر في نظرية "البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء، بأنهم يملون الى عدم إظهار العاطفة و انهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون عاطفيا في إظهار التفاعل بينهم وبين اطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالاتصال مع والديه باي شكل من الاشكال (محمد محروس الشاوي، 1997، ص48).

ولقد أشار بيتلهاين الى أن سبب التوحد قد يعود الى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة إستجابات الطفل والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني التوحد، حيث أن هذا الأخير يأخذ إهتمام الوالدين وخاصة الأم فتتنصرف عن الطفل الأول لمقابلة إحتياجات

الطفل الجديد، فيشعر الطفل الأول بالغيرة و الحرمان لعدم إهتمام الأم به مثلما إهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد (حمد حماد هنادي ،ص32)

كما يرى أولجرمان بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب إضطراب التوحد، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنه ، وقد يرجع الإضطرابالى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الإضطراب الى إصابة الأم بالإنفصام، أو بسبب معاناته من مرض عاطفي واضح، أو تكون متعلقة طفوليا بوالدها لدرجة انهم لا تستطيع القيام بدورها، وقد يكون التعارض بين دوري الأب والأم سببا في إضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساسا بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساسا بالأبوة عن الوضع الطبيعي، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الأم والأب، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم و التي تعتبر مسؤولية عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل، قد تكون سببا في الإعاقة، و في بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها مع الطفل بسبب غيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل إهتمامها ووقتها، وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب، ما يجعل هذا الأخير منعزلا، وهذا ما قد يؤدي به الى التوحد. (ماجده سيد علي عمار، 2005، ص26).

ومنه نستنتج أن إضطراب التوحد يمكن أن يعود لعوامل نفسية، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن إضطراب التوحد قد يعود لأسباب جينية و وراثية.

2- الاسباب الوراثية الجينية:

هناك فريق من الباحثين يؤكدون دور وتأثير الجانِب الوراثي الجيني على إصابة الطفل بإضطراب التوحد بحيث تقوم المورثات الجينية بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين الى طفلهم كاللون، الطول، الشكل.. الخ. إضافة للكثير من الإضطرابات

الحيوية، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة البعض منها، ومعرفة مكان الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث جيني يكون سببا لحدوث هذا الإضطراب.

حيث تشير نتائج التي اجريت على الاطفال التوحد الى وجود كروموزوم اكس(X) الذي يظهر في شكل صورة معقدة ،كما ان التصلب الذي ينقل بواسطة الجسن المسيطر يكون ذو صلة باعاقة التوحد بنسبة تصل الى 5% من الحالات تقريبا.

و قد وجد بعض العلماء من بينهم براون و ان العامل الوراثي الجيني الذكري الهش اعلى في حالات التوحد و قد تصل الى 16% من حالات الذكور المصتبين بالتوحد كما شار العالم بلا نجاست الى نفس النتيجة كما دلت الابحاث المختلفة الى ان نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد و اشارت بعض الدراسات الى وجود علاقة بين المرض الوراثي "فينال كينونيوريا" و حالات التوحد.

كما يرى الباحثون ان التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد و هناك بحث جديد قدم او حقائق حول مضاعفات اصابة الاطفال بالتوحد ، حيث حدد الباحثون جينا واحدا يدعى(GABRA 4)أنه مرتبط بمخاطر التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف ب(GAABRI)الذي يظهر انه يقود الى هذا الخطر (ماجده سيد علي عمار،2005،ص27).

3- الاسباب البيولوجية:

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

فهناك ابحاث أشارت الى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي الى فشل فطري إنتاج الأنزيمات، كما أن وجود عطل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة الى نقص الأكسجين، أو تعرض لحادث معين.

و قد ارجع الباحثون ان مشكلات اللغة و الخلل الحركي و الحسي سببه وجود خلل في الدماغ بمعظم الاطفال لديهم نشاط غير طبيعي، و هو ما يؤكد (Waterhouse) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت الى حوالي 10-80%. كما اشارت الباحثة سميرة عبد اللطيف في دراستها بمصر اذ ذكرت الاسباب التي ترجع الى مشكلة بيولوجية و ليست نفسية قد تكون الحصبة الالمانية او ارتفاع الحرارة المؤثرة اثناء الحمل او وجود نمو غير طبيعي لكروموزومات تحمل العينات معينة او تلقا بالدماغ اما اثناء الحمل او اثناء الولادة لاي سبب من الاسباب مثل الاكسجين .

4- الاسباب الكيماوية الحيوية:

لاضطرابات الكيماوية الحيوية دور في حدوث اضطراب التوحد و هو ما ذهب اليه بعض الباحثين فقد اسفرت دراساتهم عن وجود بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف و الانفعالات مثل السيروتونيين التي ترتفع في بعض الاطفال التوحد بالنسبة تصل الى 100% كما يزيد تواجد الدوبامين في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسيمة و قد وجد ان استخدام العلاج لتخفيف نسبتها يؤدي الى تحسين الحركة لدى اطفال الذين لديهم حركات متكررة فيما يؤكد الباحث سيمون وجيلس الى احتمال وجود نقص في الجلوكوز و الانسولين عند اطفال التوحد كما ان نسبة من هؤلاء الاطفال يهانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في البلازما الدم (اسامة محمد البطانية، عبد الناصر زياد الجراح، 2007، ص598).

5- الاسباب تعود الى خلل في الجهاو العصبي المركزي:

اهتم الباحثون و العلماء بدراسة مجال الدهليزي من الدماغ لاعتقاد ان هذه المنطقة مسؤولة على تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية و الوظائف الحركية،حيث ان تصوير المخ بالاشعة المقطعية و تصوير المخ بالرئيس المغناطيسي يشير الى احتمال وجود دور للمخيخ و جذع الدماغ في حالات التوحد كما انه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث باضافة الى:

✓ الإلتهابات الفيروسي:راجع الى

- الحصبة الالمانية: وهو إلتهاب يصيب الجنيني داخل رحم الأم.
- تضخم خالايا الفيروس يصيب الجنين داخل رحم الام.
- الإلتهاب الدماغي الفيروسي:يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

✓ متلازمة تشوهات الولادية:

- التشوه غير الطبيعي للجسم .
- تشوهات في القلب و الصدر المصحوبة باعاقة عقلية.
- تاخر نمو الجسم او السمنة المفرطة.
- الخلل الولادي في الاعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه .
- التعرض لامراض وبائية قبل او بعد الولادة (ايهاب محمد خليل،ممدوح محمد سلامة،2009،ص75).

سادسا : أعراض الاضطراب التوحيدي

1. ضعف العلاقات الاجتماعية: يتصف المتوحد بعدم القدرة على التواصل الاجتماعي و إقامة العلاقات مع الام والاب و افراد العائلة... باعتبار انه لا ينتبه لوجود الاخرين و لا يسمعهم او يشاركهم الاهتمامات كما يفضل ان يكون منعزلا يمارس العابه و نشاطاته بشكل منفرد و يمتاز المتوحد بعدم القدرة على معرفة مشاعر او الاحساس باخرين بل يغيب التفاعل و انفعال معهم.

2. ضعف التواصل اللغوي: كالتاخر في الكلام حيث ستعمل كلمات غريبة من تاليفه و يكرر استعمالها و يميل عادة اللالى ترديده اخر الكلمة في الجملة التي يسمعها و يواجيه صعوبات في استعمال الضمائر و لا يستجيب بشكل ملائم للتعبيرات اللفظية مع الاخرين و عادة ما يعبر عن احتياجاته عن طريق الياماءات و الاشارات.

3. الانغلاق الذاتي و مقاومة الغير: و يعني عدم مرونة المتوحد و حب الروتين و مقاومة التغيير فهو يميل الى تغيير انماط اللعب و الانشطة التي يمارسها او تغيير ملابسه و انواع الماكولات التي يتناولها, اللعب العفوي المركز على الخيال او محاكاة افعال الاخرين و اللعب بطريقة غير مالوفة، و قد يلحق الاذى بنفسه لانعدام احساسه بالخوف المترتب عن اللعب او العبث ببعض الأشياء (غوافرية رشيدة، 2019، ص148).

4. سلوكيات اخرى:

- الافراط في النشاط البدني او الخمول الملحوظ.
- القهقهة بشكل غير طبيعي.
- تقلب المزاج.
- اضطراب في عملية الادراك و التفكير.
- حب الفضول.

- شذوذ في نمو المهارات المعرفية و الحركية.
- الاستجابات الغريبة الحساسة مثل تجاهل بعض الاحساسات بالالم او الحرارة.
- سلوك ايداء النفس مثل خبط الراس في الحائط او عض الاصابع او اليد و قد يصاحب هذه الاعراض اضطرابات نفسية مثل نوبات الاكتئاب في المراهقة (شيخ فتيحة، 2019، ص142-143).

خلاصة:

يمكن القول ان اضطراب التوحد عائق لا بد من طرح معطياته و لا بد على العلم ان يوسع دائرة بحثه خصوصا في ظل تنامي و تطور هذه الظاهرة و ارتفاع نسبة الاصابة به من الاطفال على الرغم من ان الدراسات الاولى لهذا المجال كانت مع بداية الخمسينيات الا انها لا تزال تشهد ركود نظريا و هو ما يستدعي اعادة النظر في الدراسات الامبريقية الخاص به.



الجانب التطبيقي

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى الجانب النظري سنعرض الجانب التطبيقي حيث تعتبر الإجراءات الميدانية للدراسة هي الأساس في جميع الدراسات والبحوث وذلك لأن جمع بيانات الدراسة يتم على ضوءها وعليه نتناول في هذا الفصل من الدراسة منهج الدراسة وعينة الدراسة وإجراءاتها كما يتناول أيضا صفا الأدوات الدراسة ودلالات الثبات والصدق المستخدمة في هذه الدراسة، إضافة إلى المعالجات الإحصائية المستخدمة فيها.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية وأهدافها:

بعد إحضار وثيقة الترخيص كلية العلوم الاجتماعية والانسانية , قسم علم النفس و الفلسفة جامعة الجلفة، وذلك من أجل إجراء الدراسة بالمؤسسة المتخصصة مركز نفسي بيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً، قام الطالب بالدراسة الاستطلاعية وكان الغرض منها بلورة موضوع البحث التي يختارها الباحث وصياغتها بطريق أكثر إحكاما .

➤ تحديد المفاهيم الأساسية ذات صلة بالموضوع الذي اختاره الباحث للدراسة أو

البحث

➤ استكشاف ميدان الدراسة الأساسية

➤ التعرف على أدوات البحث

➤ التعرف على الصعوبات التي يتعرض لها الباحث لتفاديها لإجراءات الدراسة

الأساسية

2 - عينة الدراسة الإستطلاعية:

تمثلت عينة دراستنا الحالية في أمهات أطفال التوحد والبالغ عددهم 31 أما وقد تم اختيار هذه العينة بطريقة مقصودة "أم لطفل شخص مصاب بالتوحد" ، تم اختيار هذه العينة من المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بالجلفة في الفترة الممتدة ما بين أواخر شهر مارس إلى أوائل من شهر ماي للسنة الجامعية 2022 / 2023.

خصائص عينة الدراسة:

أمهات الأطفال التوحديين في دراستنا الحالية شملت الخصائص التالية:

تتراوح أعمارهن بين 20-50 سنة. مستواهن التعليمي بين المتوسط والجامعي وضعيتهن المهنية بين الماكثات بالبيت والعاملات أعمار أبنائهن المتوحدين تتراوح بين 05 إلى 15 سنة. والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الخصائص المعتمدة : الجدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية:

الجدول رقم (01) : يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية

المتغيرات		العدد		سن الام			المستوى التعليمي للأم			الوضعية المهنية للأم		سن الطفل التوحدي	
من	من	من	من	متوسط	ثانوي	جامعي	عاملة	ماكثة	من	من	من	من	
41	31	20	من				بالبيت	بالبيت	11	05	11	05	
إلى	إلى	إلى	إلى						إلى	إلى	إلى	إلى	

15	10						50	40	30		
سنة	سنوات						سنة	سنة	سنة		
14	17	18	13	7	9	15	9	14	8	31	أمهات أطفال التوحد

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة الاستطلاعية تمثلت في أمهات الأطفال المصابين بالتوحد : 8 أمهات في سن (من 20 إلى 30 سنة)، و 14 أم في سن (من 31 سنة إلى 40 سنة)، و 9 أمهات في سن (من 41 سنة إلى 50) أما حسب المستوى التعليمي للأم 15 أم (متوسط)، 9 أمهات (ثانوي)، 7 أمهات (جامعي)، وحسب الوضعية المهنية للأم : 13 أم (عاملة) 18 أم (مأكثة بالبيت) أما حسب من الطفل : 13 طفل (من 5 إلى 10 سنوات)، و 14 طفل (من 11 إلى 15)سنة علما أنه تم تقسيم المرحلة العمرية باستعمال الأسلوب الإحصائي المتوسط الحسابي.

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

للقيام بجمع المعلومات والمعطيات حول الدراسة الحالية، تم الاعتماد على أداتين كان الهدف من الأداة الأولى قياس قلق المستقبل أما الهدف الثاني من الأداة الثانية فهو قياس الإكتئاب لدى عينة الدراسة المتمثلة في أمهات أطفال التوحد وقد تم تبني الأداة الأولى للباحثة زينب شقير(2005) أما الأداة الثانية للباحث غريب عبد الفتاح غريب (1985) .

3-1- مقياس قلق المستقبل:

يهدف مقياس قلق المستقبل للباحثة زينب شقير (2005) إلى معرفة رأي الفرد الشخصي بوضوح في المستقبل وذلك على مقياس متدرج معترض بشدة "أبدا" معترض أحيانا قليلا" بدراسة متوسطة عادة كثيرا تماما دائما). وموضوع أمام هذه التقديرات درجات هي (1.2.3.4) على الترتيب. وذلك عندما يكون اتجاه البنود نحو قلق المستقبل سلبي بينما تكون هذه التقديرات في اتجاه عكسي (1-2-3-4) عندما يكون اتجاه البنود نحو قلق المستقبل ايجابي، وبذلك تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع قلق المستقبل لدى الفرد (بن الطاهر التجاني، 2010، ص237).

ويتكون المقياس من 28 فقرة موزعة على خمس محاور :

- **المحور الأول:** القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية ويشمل خمس فقرات (17-20-21-22-24)
- **المحور الثاني:** قلق الصحة وقلق الموت ويشمل خمس فقرات (10-18-19-25-26)
- **المحور الثالث:** القلق الذهني قلق التفكير في المستقبل ويشمل سبع فقرات (3-6-11-13-14-28-23)
- **المحور الرابع:** اليأس في المستقبل ويشمل ست فقرات (4-7-8-9-12-16-5)

▪ المحور الخامس: الخوف والقلق من الفشل في المستقبل ويشمل خمس فقرات

(27-15-5-2-1)

3-2- طريقة تصحيح الاختبار:

كما تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (0-112) ويتم تحديد المستويات طبعا

للآتي:

قلق المستقبل مرتفع جدا (شديدا) من 112-91 درجة وقلق مستقبل مرتفع من 60-

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

قلق مستقبل منخفض من 21-0 درجة , وقد استخدمت معدة المقياس زينب شعير الطرق

الإحصائية التالية:

صدق المقياس (الصدق الظاهري - صدق المحك - صدق الاتساق الداخلي)

ثبات المقياس (طريقة إعادة تطبيق الاختبار - طريقة كرو نباخ " معامل ألفا بن

الطاهر التجاني، 2010، ص237).

3-3- مقياس الإكتئاب:

هو عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي " AARON BECK " تحت اسم مقياس «BECK للإكتئاب وهو مقياس يزود الأخصائي النفسي بتقدير سريع وصادق المستوى للإكتئاب لدى العميل، نشر هذا المقياس لأول مرة سنة (1961) وكان ذلك في صورته الأصلية والتي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض، حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من 4 نحو 5 عبارات تعكس مدى شدة الإكتئاب ولقد استخدمت أرقام تتدرج من 0 إلى 3 لتعكس هذه الشدة. يتكون المقياس في صورته الحالية من 13 مجموعة من العبارات وهي الصورة المختصرة للمقياس الأصلي، وتتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي: الحزن التشاؤم الشعور بالفشل، عدم الرضاء الشعور بالذنب، عدم حب الذات، العقاب، الانسحاب الاجتماعي، القرار والتردد، صعوبة العمل الشكل والصورة، التعب، فقدان الشهية. ولقد تم استعمال المقياس بصورته المترجمة إلى اللغة العربية والتي أعدها الدكتور " غريب عبد الفتاح غريب " 1985 والذي اثبت صدقه وثباته في البيئة العربية .

3-4- طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق المقياس بطريقتين إما فردياً حيث نطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة والتأكد من فهمها، ثم الشروع في الإجابة، وإما جماعياً فتوزع كراسة الأسئلة على كل المفحوصين ويطلب منهم كتابة أسمائهم وسنهم ومستواهم التعليمي

والتاريخ اليومي للإجابة، ويطلب من المفحوصين قراءة التعليمات بأنفسهم بطريقة صامتة في حين يقرؤها الفاحص بصوت مسموع حتى يزول كل الغموض والالتباس.

3-5- طريقة التنقيط:

يتم التنقيط بجمع الدرجات التي تحصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاثة عشر للوصول إلى الدرجة الكلية للمقياس، وتتراوح الدرجات من الصف كحد أدنى إلى 39 كحد أقصى ثم توضع جميع هذه المجموع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الإكتئاب وهذا دون تحويلها إلى درجات معيارية، وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى وجود اكتئاب شديد إما الدرجة المنخفضة جدا فتشير إلى عدم وجود اكتئاب وذلك حسب الجدول التالي:

جدول (02) : مدلول تنقيط مقياس بيك للإكتئاب.

مدلول الدرجة	مدى الدرجة
حد أدنى للإكتئاب	من 0 إلى 4
اكتئاب معتدل	من 5 إلى 7
اكتئاب متوسط	من 8 إلى 15
إكتئاب شديد	من 16 فما فوق

4- نتائج الدراسة الاستطلاعية :

أولاً: بعد تطبيق أدوات الدراسة، تم توزيع العينة الاستطلاعية حسب المتغيرات الوسيطة المعتمدة وهي:

1- سن الأم: من 20 سنة إلى 30 وعدهم 8 أمهات لطفل توحدي، ومن 31 سنة إلى 40 سنة وعدهم 14 أم لطفل توحدي، ومن 41 سنة إلى 50 سنة وعدهم 9 أمهات لطفل توحدي

2- المستوى التعليمي: متوسط وعدهم 15 أم لطفل توحدي، وثنائي وعدهم 9 أمهات لطفل توحدي، وجامعي وعدهم 7 أمهات لطفل توحدي.

3- الوضعية المهنية: عاملة وعدهم 13 أم لطفل توحدي، وماكثة وعدهم 18 أم لطفل توحدي.

4- حسب سن الطفل : من 5 سنوات إلى 10 سنوات 17 طفلاً توحداً، ومن 11 سنة إلى 15 سنة 14 طفلاً توحداً .

ثانياً : حساب صدق وثبات أدوات الدراسة، ونتيجة كل من مقياس قلق المستقبل ومقياس الإكتئاب يتمتعان بخصائص سيكيوميترية.

ثانياً : الدراسة الأساسية:

1- منهج الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي كونه يتناسب والدراسة، الذي يحاول جمع بيانات دقيقة عن الظاهرة التي يتصدى لدراستها في ظروفها الراهنة وإن كان يحاول أحيانا تحديد العلاقات بين هذه الظاهرة والظواهر التي يبدو أنها في طريقها للتطور أو التموضع تنبؤات عنها

ويستند المنهج الوصفي على الخطوات التالية:

- ❖ فحص الموقف المشكل
- ❖ تحديد المشكلة وتقرير الفروض
- ❖ تسجيل المسلمات والافتراضات التي تستند إليها الفروض اختيار عينة البحث من أفراد مناسبين
- ❖ تحديد الطرق العلمية لجمع البيانات
- ❖ التحقق من صدق أدوات القياس
- ❖ القيام بملاحظات تتسم بالموضوعية مختارة بشكل دقيق منظم
- ❖ وصف النتائج وتحليلها وتفسيرها بطريقة علمية واضحة

2- عينة الدراسة :

لجمع معطيات الدراسة الحالية، توسيع عينة الدراسة (أمهات أطفال التوحد)، حيث شملت المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا ، تم توزيع حوالي (62) مقياس،

(31) مقياس بيك للاكتئاب و(31) مقياس قلق المستقبل ثم استرجاع المقاييس وفيما يلي

توضح أفراد العينة حسب المتغيرات المدروسة:

▪ توزيع أفراد العينة حسب سن الأم:

الجدول (03): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب من الأم

النسبة المئوية	العدد	أمهات أطفال التوحد
25.81	8	من 20 إلى 30 سنة
45.16	14	من 31 إلى 40 سنة
29.03	9	من 41 إلى 50
100	31	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد أمهات الأطفال التوحيديين من (20 سنة إلى

30 سنة) بلغ 8 أمهات بنسبة 25.81 % وهو أقل من عدد أمهات الأطفال التوحيديين (

من 31 سنة إلى 40 سنة) الذي بلغ 14 أم بنسبة 45.16 % وهو أكثر من عدد أمهات

الأطفال التوحيديين (من 41 سنة إلى 50 سنة) الذي بلغ و أمهات بنسبة 29.03 %

بمجموع كلي يتمثل في (31) أم لطفل توحد.

▪ توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي الأم :

جدول (04): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي الأم

النسبة المئوية	العدد	أمهات أطفال التوحد
48.39	15	متوسط
29.30	9	ثانوي
22.58	7	جامعي
100	31	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد أمهات الأطفال التوحيديين (متوسط) بلغ 15

أم بنسبة 48.39% وهو أكبر من عدد أمهات الأطفال التوحيديين (ثانوي) الذي بلغ 9

أمهات بنسبة 29.30 % وهو أكبر من عدد أمهات الأطفال التوحيديين (جامعي) الذي

بلغ 7 أمهات بنسبة 22.58 % بمجموع كلي يتمثل في (31) أمالطفل توحد

▪ توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية للأم :

جدول (05): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأم

النسبة المئوية	العدد	أمهات أطفال التوحد
41.94	13	عاملات
58.06	18	ماكثات بالبيت
100	31	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد أمهات الأطفال التوحديين (العاملات) بلغ 13 أم بنسبة 41.94% وهو أقل من عدد أمهات الأطفال التوحديين (الماكثات) الذي بلغ 18 أم بنسبة 58.06% بمجموع كلي يتمثل في (31) أم لطفل توحدي.

▪ توزيع أفراد العينة حسب من الطفل التوحدي :

الجدول (06): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب سن الطفل التوحدي

النسبة المئوية	العدد	أمهات أطفال التوحد
45.84	17	من 5 الى 10
54.16	14	من 11 الى 15
100	31	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد الأطفال التوحديين (من 5 سنوات إلى 10 سنوات) بلغ 17 طفل بنسبة 54.84% وهو أكبر من عدد الأطفال التوحديين في سن (من 11 سنة إلى 15 سنة) الذي بلغ 14 طفل بنسبة 45.16% بمجموع كلي يتمثل في (31) طفل توحّد

3- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

بعد التأكد من صدق و ثبات أدوات الدراسة الأساسية من خلال بعض الاختبارات التي أجريت في الدراسة الاستطلاعية ، تم إجراء الدراسة الأساسية حيث قام الطالب بتطبيقها على عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمدينة الجلفة.

وبلغ عددهم (60) أم لطفل توحدي لكن تم استرجاع (31) لأن الظروف التي أجريت فيها الدراسة الأساسية عرقلت سيرها بالشكل المناسب:

- عطلة الربيع.
- شهر رمضان المبارك.
- سفر بعض العائلات.
- إعراض بعض الأمهات عن الإجابة على المقياسين.

○ بعض الأمهات يأخذن المقياسين إلى المنزل بحجة الإجابة عنهم بتمعن

والنتيجة يضعن المقياسين

○ وجود عدد من الأمهات لا يجدن القراءة والكتابة مع اضطر الطالب إلى تعبئة

المقياس معين من خلال قراءة الأسئلة لهن والإجابة عليها.

4- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

خلال المعالجة البيانات المتحصل عليها في الدراسة الحالية تم استخدام الأساليب

الإحصائية التالية:

✦ معامل الارتباط بيرسون: الغرض منه قياس العلاقة الواردة في الفرضية العامة

للدراسة.

✦ اختبار ANOVA : لقياس نتائج تحليل التباين الأحادي في الفرضيات الجزئية

في الدراسة الحالية .

✦ اختبار Kurskal-Wallis Test: لقياس نتائج الفروق في الفرضيات الجزئية

في الدراسة الحالية .

✦ بالإضافة إلى المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

عرض و تحليل النتائج

عرض وتحليل ثم مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة.

عرض وتحليل ثم مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية:

الفرضيات الجزئية الخاصة بقلق المستقبل .

1- عرض وتحليل النتائج:

1-1- عرض وتحليل نتائج العلاقة بين قلق المستقبل والاكتئاب:

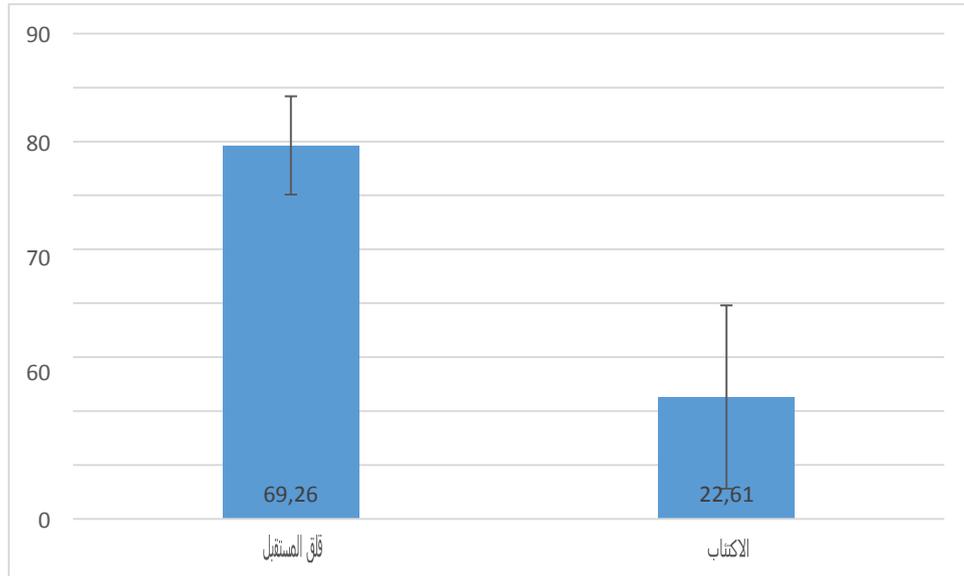
جدول رقم (07): يوضح العلاقة بين قلق المستقبل و الاكتئاب

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	الدلالة
قلق المستقبل	69.26	9.13	0.45	0.01
الاكتئاب	22.61	17.01		

درجة الحرية = 30

$\alpha = 0.05$

من خلال الجدول رقم (07) نجد أن متوسط قلق المستقبل بلغ قيمة (69.26) بانحراف معياري يقدر بقيمة (9.13)، في حين بلغ متوسط الاستجابة الاكتئابية قيمة (22.61) بانحراف معياري يقدر بقيمة (17.01)، ويقدر معامل الارتباط بيرسون قيمة (0.45) بمستوى الدلالة (0.01) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وهي دالة احصائيا عند مستوى دلالة (0.05)، ما يفسر وجود علاقة طردية متوسطة بين متغيري قلق المستقبل و الاكتئاب لدى أفراد العينة.



شكل رقم 2 : يوضح متوسطات وانحرافات قلق المستقبل والاكتئاب

1-2- عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل و الاكتئاب حسب (سن الأم، المؤهل العلمي، سن الطفل، الوضعية المهنية):

✠ عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل و الاكتئاب حسب سن الأم:

جدول رقم (08): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لقلق المستقبل

بين المجموعات حسب سن الام

الدالة	F	متوسط المجموعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.26	1.41	114.70	2	229.41	بين المجموعات
		81.16	28	2272.53	داخل المجموعات
			30	2501.93	المجموع

من خلال الجدول رقم (08) يتبين أن قيمة (F) تقدر بقيمة (1.41) بمستوى دلالة

قيمتها (0.26) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، وهذا يعني

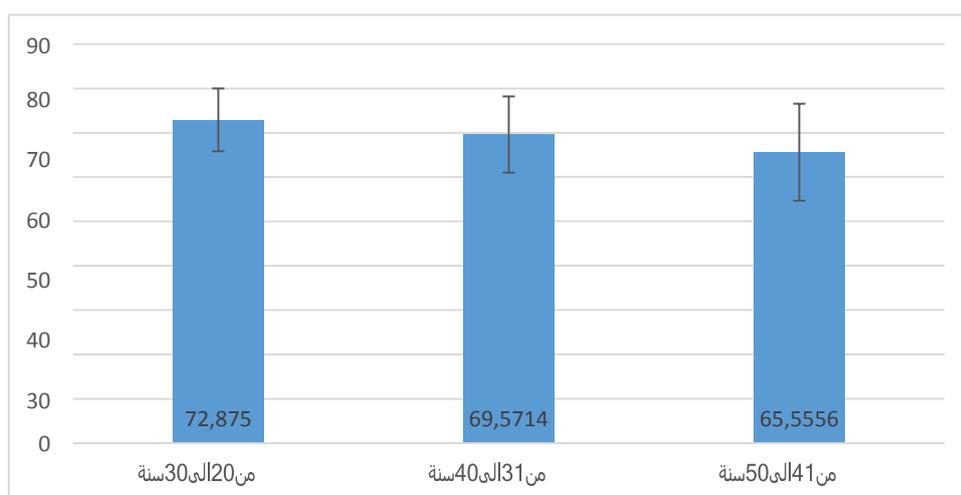
عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في قلق المستقبل تعزى لمتغير سن

الأم.

جدول رقم (09): يوضح نتائج متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل

حسب سن الأم

المتغير	المجموعات	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
قلق المستقبل	من 20 الى 30 سنة	8	72.8750	7.10005
	من 31 الى 40 سنة	14	69.5714	8.59082
	من 41 الى 50 سنة	9	65.5556	10.95572
	المجموع	31	69.2581	9.13224



شكل رقم (03) يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب

سن الام

جدول رقم (10): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في الاكتئاب

بينالمجموعات حسب سن الأم

الدالة	F	متوسط المجموعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.00	6.54	1382.68	2	2765.37	بين المجموعات
		211.43	28	5919.98	داخل المجموعات
			30	8685.35	المجموع

من خلال الجدول رقم (10) يتبين أن قيمة (F) تقدر بقيمة (6.54) بمستوى دلالة

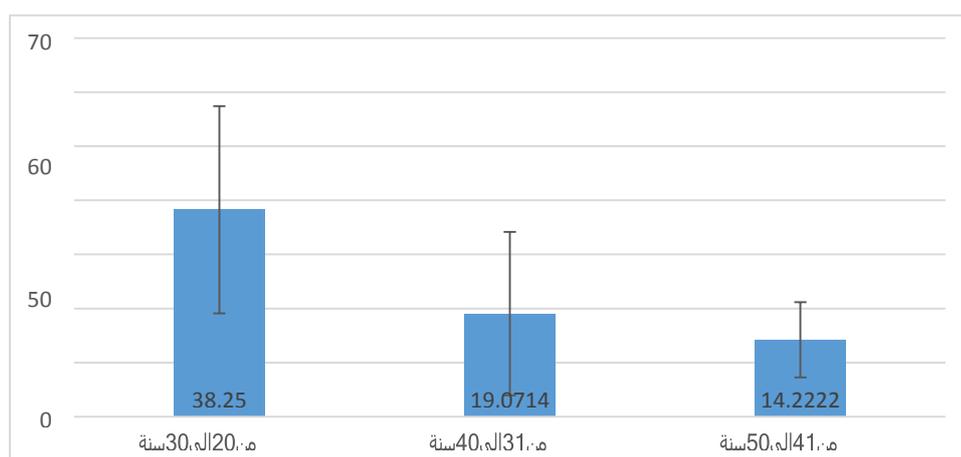
قيمتها (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائية، وهذا يعني وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين أفرادالعينة في الاكتئاب تعزى لمتغير سن الأم.

جدول رقم (11): يوضح نتائج متوسطات وانحرافات المجموعات في الاكتئاب حسب

سن الأم

المتغير	المجموعات	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الاكتئاب	من 20 الى 30 سنة	8	38.2500	19.15165
	من 31 الى 40 سنة	14	19.0714	15.10203
	من 41 الى 50 سنة	9	14.2222	6.69020
	المجموع	31	22.6129	17.01505



شكل رقم (04) يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في الاكتئاب حسب سن

الام

جدول رقم (12): المقارنة متوسطات بين المجموعات في الاكتتاب حسب سن الأم

المتغير	المجموعة (1)	المجموعة (2)	فرق المتوسطات	الخطأ المعياري	المعنوية
الاكتتاب	من 20 الى 30 سنة	من 31 الى 40	19.17857	6.44442	0.006
		من 41 الى 50	24.02778	7.06544	0.002
	من 31 الى 40	من 20 الى 30 سنة	-19.17857	6.44442	0.006
		من 41 الى 50	4.84921	6.21241	0.442
	من 41 الى 50	من 20 الى 30 سنة	-24.02778	7.06544	0.002
		من 31 الى 40	-4.84921	6.21241	0.442

من خلال الجدول رقم (12) نستنتج ما يلي:

درجة المعنوية بين المجموعة الأولى والثانية (0.006) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى.

درجة المعنوية بين المجموعة الأولى والثالثة (0.002) وهي دالة إحصائياً على وجود فروق بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى.

درجة المعنوية بين المجموعة الثانية والثالثة (0.44) وهي غير دالة إحصائياً أي عدم وجود فروقات دلالة إحصائية بين المجموعتين.

نرى من خلال هذه النتائج أن المجموعة الأولى تختلف عن المجموعتين في درجة الاكتئاب، في حين لا تختلف المجموعتين الثانية والثالثة عن بعضها البعض.

✻ عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاكتئاب حسب المؤهل

العلمي:

جدول رقم (13): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) في قلق

المستقبل بين المجموعات حسب المؤهل العلمي

الدالة	F	متوسط المجموعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	
0.52	0.67	57.01	2	114.02	بين

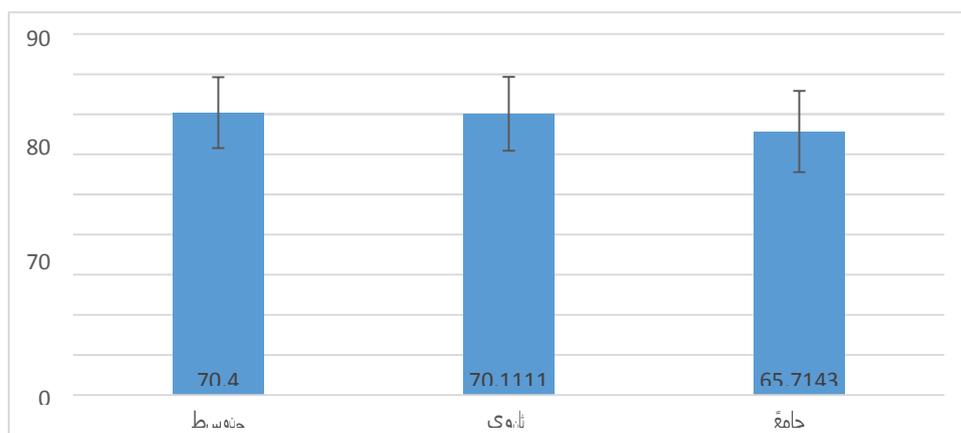
				المجموعات	الدرجة
		85.28	28	2387.92	داخل الكلية
				المجموعات	
			30	2501.93	المجموع

من خلال الجدول رقم (13) يتبين أن قيمة (F) تقدر بقيمة (0.67) بمستوى دلالة قيمتها (0.52) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في قلق المستقبل تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول رقم (14): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب

المؤهل العلمي

الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	المجموعات	المتغير
8.85438	70.4000	15	متوسط	قلق المستقبل
9.18483	70.1111	9	ثانوي	
10.12776	65.7143	7	جامعي	
9.13224	69.2581	31	المجموع	



شكل رقم (05) يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في قلق المستقبل حسب المؤهل العلمي

جدول رقم (15): يوضح نتائج الفروق (Kruskal-wallish test) في الاكتئاب

بينالمجموعات حسب المؤهل العلمي

المعنوية	H	درجة الحرية	متوسط الرتب	حجم العينة	
0.03	6.87	2	19.20	15	متوسط
			16.61	9	ثانوي
			8.36	7	جامعي

من خلال الجدول رقم (15) يتبين أن قيمة (H) تقدر بقيمة (6.87) بمستوى دلالة قيمتها (0.03) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائياً، وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في الاكتتاب تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

جدول رقم (16): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعات في الاستجابة الاكتتابية

حسب المؤهل العلمي

المعنوية	Wilcoxon	Mann whitney	متوسط الرتب	حجم العينة	المجموعة	
0.45	99.50	54.50	13.37	15	متوسط	مج+1
			11.06	9	ثانوي	2
0.01	45.50	17.50	13.37	15	متوسط	مج+1
			6.50	7	جامعي	3
0.06	41	13	11.06	9	ثانوي	مج+2
			6.50	7	جامعي	3

من خلال الجدول رقم (16) نجد أن:

❖ بلغت معنوية الفروق بين المجموعتين الأولى (متوسط) والثانية (ثانوي) قيمة

(0.45) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً على

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين حسب المؤهل العلمي.

❖ بلغت معنوية الفروق بين المجموعتين الثانية (ثانوي) والثالثة (جامعي) قيمة

(0.06) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً على

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين حسب المؤهل العلمي.

❖ بلغت معنوية الفروق بين المجموعتين الأولى (متوسط) والثالثة (جامعي) قيمة

(0.01) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائياً على وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين حسب المؤهل العلمي لصالح

المجموعة الأولى.

عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل والاستجابة الاكتئابية حسب الوضعية

المهنية:

جدول رقم (17): يوضح نتائج الفروق في قلق المستقبل حسب الوضعية المهنية :

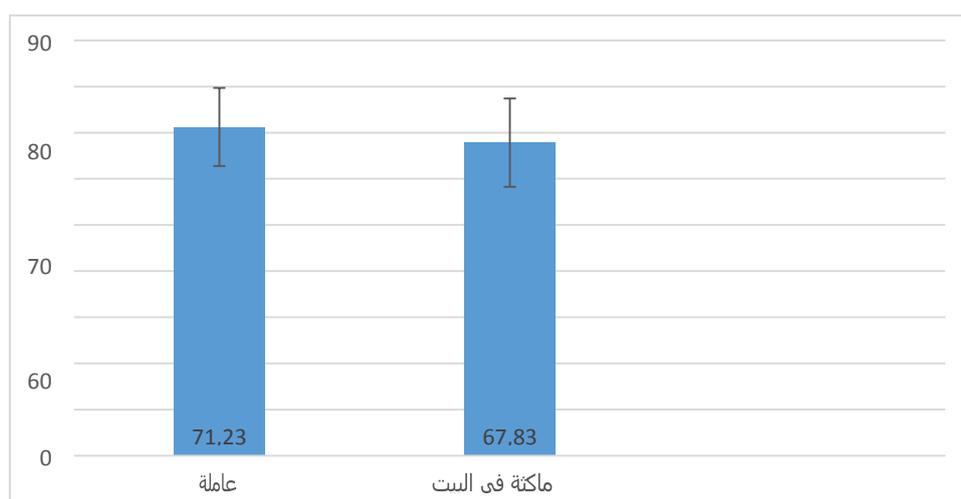
المتغير	حجم العينة	المتوسط	الانحراف	فرق المتوسطات	متوسط الرتب	Mann whitney	المعنوية
عاملة	13	71.23	8.47	3.39	18.31	87	0.24

		14.33		9.56	67.83	18	ماكثة في البيت
--	--	-------	--	------	-------	----	----------------------

$$\alpha = 0.05$$

درجة الحرية = 30

من خلال الجدول رقم (17) نجد أن متوسط مجموعة العاملات بلغ قيمة (71.23) بانحراف معياري يقدر بقيمة (8.47)، في حين بلغ متوسط مجموعة الماكثات في البيت قيمة (67.83) بانحراف معياري يقدر بقيمة (9.56)، ويبلغ فرق المتوسطات قيمة (3.39)، وتقدر قيمة المحسوبة ب (87) بمستوى الدلالة (0.24) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وهي غير دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، ما يفسر عدم وجود فروق بين المجموعتين في الاكتئاب حسب متغير الوضعية المهنية.



شكل رقم (06) يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في قلق المستقبل حسب

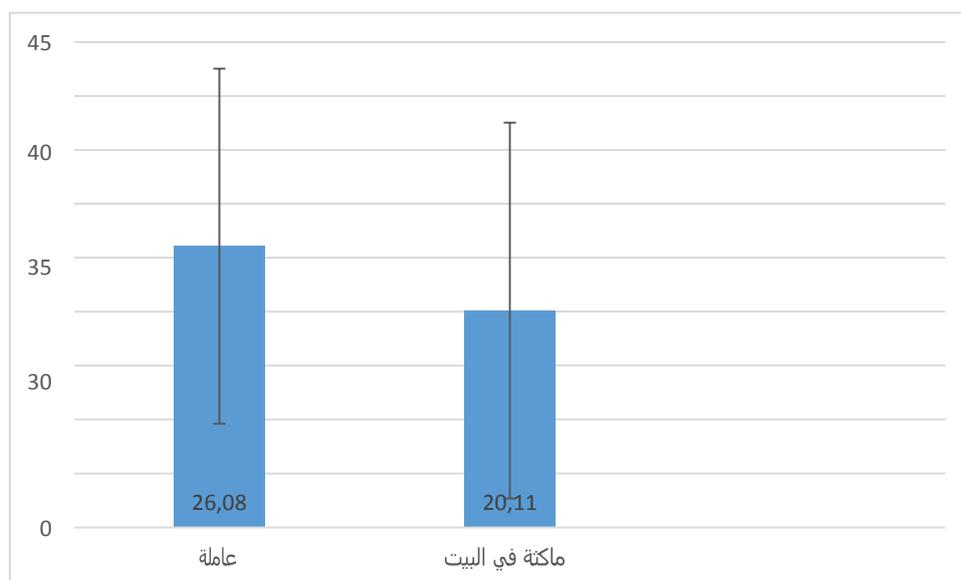
الوضعية المهنية

جدول رقم (18): يوضح نتائج الفروق في الإكتتاب حسب الوضعية المهنية

المتغير	المتوسط	الانحراف	فرق المتوسطات	متوسط الرتب	Mann whitney	المعنوية
عاملة	26.08	16.46	5.96	17.69	95	0.39
ماكثة في البيت	20.11	17.43		14.78		

درجة الحرية = 29

من خلال الجدول رقم (18) نجد أن متوسط مجموعة العاملات بلغ قيمة (08-26) بانحراف معياري يقدر بقيمة (16.46)، في حين بلغ متوسط مجموعة الماكثات في البيت قيمة (20.11) بانحراف معياري يقدر بقيمة (17.43)، ويبلغ فرق المتوسطات قيمة (5.96)، وتقدر قيمة M المحسوبة ب (95) بمستوى الدلالة (0.39) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وهي غير دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، ما يفسر عدم وجود فروق بين المجموعتين في قلق المستقبل حسب متغير الوضعية المهنية.



شكل رقم (07): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في الاكتئاب حسب

الوضعية المهنية

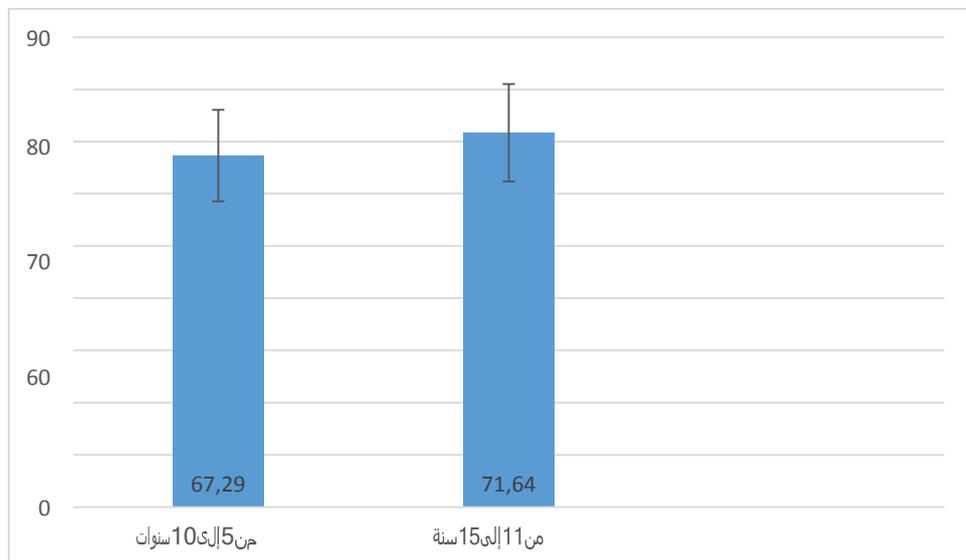
✠ عرض وتحليل نتائج الفروق في قلق المستقبل و الاكتئاب حسب سن الطفل:

جدول رقم(19): يوضح نتائج الفروق في قلق المستقبل حسب سن الطفل

المعنوية	Mann whitney	متوسط الرتب	فرق المتوسطات	الانحراف	المتوسط	المتغير
0.14	81	13.76	4.35	8.75	67.29	من 5 الى 10 سنوات
		18.71		9.33	71.64	من 11 الى 15 سنة

$$\alpha = 0.05 = \text{درجة الحرية} = 29$$

من خلال الجدول رقم (19) نجد أن متوسط مجموعة (من 5 إلى 10 سنوات) بلغ قيمة (67.29) بانحراف معياري يقدر بقيمة (8.75)، في حين بلغ متوسط مجموعة (من 11 إلى 15 سنوات) قيمة (64-71) بانحراف معياري يقدر بقيمة (9.33)، ويبلغ فرق المتوسطات قيمة (4.35)، وتقدر قيمة M المحسوبة ب (81) بمستوى الدلالة (0.14) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وهي غير دالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، ما يفسر عدم وجود فروق بين المجموعتين في قلق المستقبل حسبمتغير سن الطفل.



شكل رقم (08) يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في قلق المستقبل حسب من

الطفل

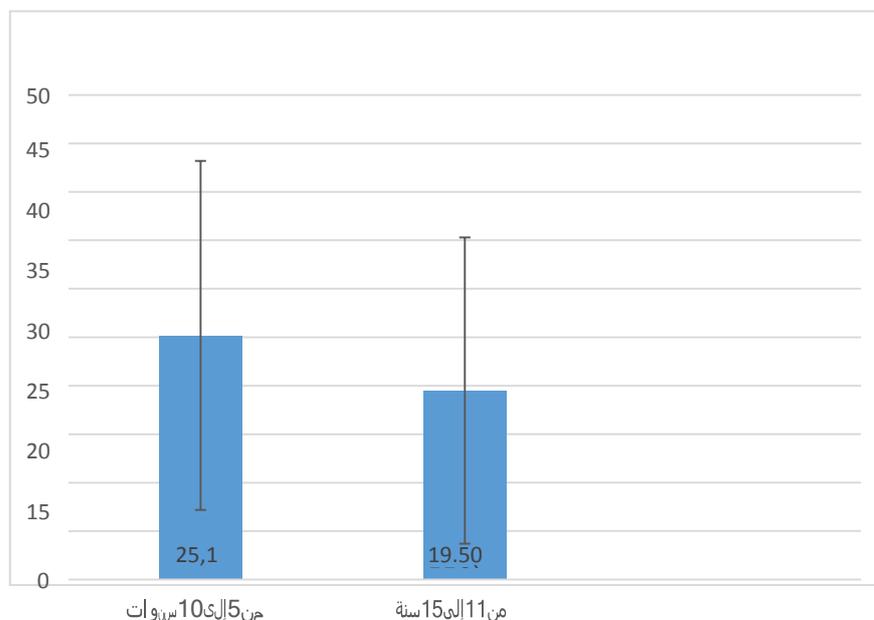
جدول رقم (20): يوضح نتائج الفروق في الاكتتاب حسب من الطفل

المتغير	المتوسط	الانحراف	فرق المتوسطات	متوسط الرتب	Mann whitney	المعنوية
من 5 الى 10 سنوات	25.17	18.01	5.68	17.44	94	0.34
من 11 الى 15 سنة	19.50	15.80		14.25		

$$\alpha = 0.05 \text{ درجة الحرية} = 29$$

من خلال الجدول رقم (20) نجد أن متوسط مجموعة (من 5 إلى 10 سنوات) بلغ قيمة (17-25) بانحراف معياري يقدر بقيمة (18.01)، في حين بلغ متوسط مجموعة (من 11 إلى 15 سنوات) قيمة (19.50) بانحراف معياري يقدر بقيمة (15.80)، ويبلغ فرق المتوسطات قيمة (5.68)، وتقدر قيمة M المحسوبة ب (94) بمستوى الدلالة (0.34) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05) وهي غير دالة احصائياً عند

مستوى دلالة (0.05)، ما يفسر عدم وجود فروق بين المجموعتين في الاكتتاب حسب متغير من الطفل.



شكل رقم (09): يوضح متوسطات وانحرافات المجموعتين في الاكتتاب حسب سن الطفل

2 - مناقشة النتائج:

✓ تفسير نتائج الفرضية العامة:

بعدها تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها للتأكد من صحة الفرضية

العامة والتي جاء نصها كالتالي:

- توجد علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل و الإكتتاب عند أمهات أطفال التوحد -

جاءت النتائج التثبت صحتها حيث تبين من خلال الجدول رقم (07) وجود علاقة ارتباطية

موجبة دالة إحصائياً بين قلق المستقبل و الإكتئاب عند أفراد عينة البحث إذ أن معامل الارتباط بلغ (0.45) وهو معامل ارتباط متوسط وموجب احصائياً يدل على أن أي زيادة في نسبة الإكتئاب يصاحبها زيادة في قلق المستقبل والنقصان في الإكتئاب يصاحبه نقصان في قلق المستقبل وتعزى هذه النتيجة إلى أن شعور القلق و الإكتئاب الذي يصيب أمهات أطفال التوحد بسبب المشكلات المعرفية والنفسية والسلوكية والمتمثلة في صعوبة الفهم والانتباه والافتقار لدافعية التعلم وعدم القدرة على التكيف مع أقرانه وأسرتهم يجعل التعامل معه صعباً ويجعله بحاجة للتوجيه والمراقبة المستمرة مما يجعل الأم منهكة نفسياً وجسدياً وقد تتعزل اجتماعياً بسبب التزاماتها تجاه طفلها والنظرة السلبية للمجتمع تجاه أطفال التوحد فتصبح مفتقرة لمباهج الحياة وقد تدخل في حالة من الإكتئاب ناهيك عن تفكيرها الدائم في مستقبل ابنها فقد جاءت نتائج الدراسة إلى أن قلق المستقبل لدى أفراد العينة كان مرتفعاً مقارنة مع الإكتئاب الشكل رقم (02) ويرجع ذلك لقلق وخوف الأم على مستقبل ابنها وما تخبئه الأيام ولا سيما أن طفل التوحد غير قادر على الاعتناء بنفسه وتدبير شؤون حياته وزيادة مسؤوليته كلما تقدم في السن و ما يزيد من شدة قلق الام عندما تفكر أنها ستركه يوماً ما بسبب وفاتها أو إصابتها بأي مرض يعيقها عن التكفل به، كما أن علاقة الأم بابنها هي علاقة وطيدة كونها دائمة بالقرب منه وتهتم بأدق تفاصيل حياته. وقد تكون أيضاً بسبب مصاريف تأهيله وعلاجه خاصة إذا كانت أسرته محدودة الدخل.

✓ تفسير نتائج الفرضيات الجزئية:

الفرضيات الجزئية الخاصة بقلق المستقبل: والتي جاء فيها:

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وسن الأم المستوى التعليمي للأم
الوضعية المهنية للأم وسن الطفل).

كشفت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل
تعزى لمتغير سن الأم، المؤهل العلمي للأم، الوضعية المهنية للأم، وسن الطفل و ذلك ما
يبينه الجدول (08) (13)، (17) (19). ويفسر الباحث ذلك بأن أمهات أطفال التوحد
جميعهن قلقات على مستقبل أبنائهن وإن اختلفن في السن، وهذا يعني أن الفئات العمرية
ليست متغير مؤثر في قلق المستقبل لدى هؤلاء الأمهات. فإنجاب طفل يعاني من التوحد لا
يقتصر على فئة عمرية محددة. كما أن أمهات أطفال التوحد الأقل من 40 سنة حتى وإن
كن لازلن قادرات على الإنجاب لديهن قلق بشأن إنجاب أطفال آخرين مصابين بهذا
الاضطراب في حالة أنجب أطفال أسوياء يصبحون قلقون بشأن عدم قدرتهم على رعايتهم
كما يجب في ظل وجود أخ لهم يعاني من اضطراب التوحد بحكم أنه يلزمه الاهتمام
المتواصل من طرف الأم الراعي الوحيد على الأغلب في كل الأسر لهذا الطفل جميع
الأمهات في المجتمع يقلقن على مستقبل أبنائهن في جميع مراحل حياتهم، فما بالك لما
يكون لديها طفل يعاني من اضطراب التوحد، خاصة وأنه لا يستجيب لتفاعلها وحوارها معه،

فإنها تقلق بشأنه وشأن مستقبله وذلك ما أكدته دراسة (العبيدي، 2020) التي جاء فيها أن مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد مرتفع. كما أصبحت ظاهرة القلق منتشرة لدى جميع الأفراد بمختلف الطبقات الاجتماعية نتيجة لما يتعرض له الإنسان من ضغوط في مختلف مراحل وجوانب حياته. فمن هذا المنطلق ونتيجة للضغوط والعوامل التي يعيشها والدي أطفال التوحد والتي لا يمكن أن ننسى وجودها وهي السعي لتحقيق احتياجات أطفالهم والعناية بهم فإن مستوى قلق المستقبل يكون محسوسا لدمجهم الأمهات مهما كان وضعها ومهما كان سن الطفل.

2- الفرضيات الجزئية الخاصة بالإكْتئاب: والتي جاء نصها كما يلي :

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الإكْتئاب و (سن الأم, المستوى التعليمي للأم ,الوضعية المهنية للأم وسن الطفل)

من خلال الجدول رقم (10) تبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإكْتئاب تبعا للمتغير سن الأم، هذه النتيجة تتعارض مع الدراسة التي قام بها (محمد, 2017)، ويرجع الباحث ارتفاع مستوى الإستجابة للإكْتئاب عند الأم الأقل سنا كون الأم الأكبر سنا تكون متمتعة بالعديد من الخبرات والمهارات التي اكتسبتها خلال سنوات ماضية مرت من خلالها بالعديد من التحديات والأزمات حيث أصبحت أكثر مرونة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وأكثر تكيفا مع الخبرات المؤلمة ومع مرور الزمن تكونت لديها

كمية كبيرة من المعلومات عن اضطراب ابنها وكيفية التعامل معه . كما أصبحت أكثر صبرا و صمودا في مواجهة ما يعترضها من مشكلات فتقبلها بوعي وعقل يقظ وتشعر بالأم الآخرين وتتعاون معهم بدلا من العزلة والانغلاق على ذاتها وذلك يشعرها بالرضا والتفاؤل والعطف والشفقة بنفسها . أما بالنسبة للأم الأقل سنا فهي أقل نضوجا وخبرة في مواجهة ما يعترضها من مشكلات. فولادة طفل يعاني من اضطراب التوحد يبدد كل أحلامها ويجعلها تعتزل العالم المعاشة آلامها بشكل مبالغ فيه، حيث لم تتكون لديها الخبرة الكافية بعد التي تمنحها المهارة والمرونة في مواجهة هذه المشكلة، فتشعر بعدم الرضا والتشاؤم بالنسبة للمستقبل وأكثر انتقادا لذاتها وأكثر قسوة بها.

في الجدول رقم (15) تبين لنا وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة للإكتئاب تبعا لمتغير المستوى التعليمي للأم، أي أنه كلما زاد المستوى التعليمي للأم انخفض مستوى الإكتئاب فهي تتعارض كذلك مع نتائج دراسة (محمد , 2017)، ويفسر الباحث ذلك بأن الأم ذات المستوى التعليمي العالي عادة ما تتمتع بقدر كاف من الثقافة، يسمح لها بالتعرف على حقيقة مشكلة ابنها المضطرب، فمعرفة الحقيقة ضرورية للتعامل مع المشكلة بفاعلية. فلشدة حرصها على مستقبل ابنها تحاول أن تعرف أكثر عن طبيعة ومآل الاضطراب وكيفية التعامل معه وطرق العلاج المناسبة له سواء من خلال الإنترنت أو القراءة في الكتب المتخصصة، أو عن طريق الطبيب المعالج والأخصائيين المهنيين المشرفين على تأهيل

ابنها، أو من خلال الدورات التدريبية التي يتعلمن فيها كيفية تنمية مهارات التواصل لدى الطفل وتعديل سلوكه النمطي. فهناك الكثير من أولياء الأمور الذين سعو جاهدين لاكتساب المعرفة والمهارة في كيفية التعامل مع اضطراب أبناءهم. وتبادل خبراتهم ومشاركة الصعوبات التي يتعرضون لها مع أولياء لديهم أبناء يعانون من نفس الاضطراب، فمن خلال هذه الخطوات التي تقوم بها الأم تدرك أنها ليست وحدها التي تعاني في هذا العالم ويصبح لومها لنفسها أخف فتصبح أكثر مرونة وتكيفاً مع هذه الخبرة المؤلمة.

أما أمهات أطفال التوحد الأقل في التعليم اللواتي تنقصهن المعرفة والخبرة والخلفية المفاهيمية عن اضطراب ابنها وأساليب التعامل معه يجعلهن أكثر حساسية ولوما لذواتهن، ويقل إدراكهن بأنهن لسن الوحيدات في العالم الآتي تواجه هذه المشكلة الحياتية فلا يشفقن على أنفسهن ويعتزلن الآخرين ويدخلن في حالة من الإكتئاب.

- في الجدولين رقم (18) و (20) تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإكتئاب والوضعية المهنية للأم وسن الطفل . ولقد جاءت نتائج الدراسة متفقة مع دراسة

Leslie 2017&

بينما تعارضت مع نتائج دراسة Chors et al Kousha 2016 وذلك فيما يخص متغير سن الطفل. وجاءت النتائج متفقة مع دراسة الشامي (2010) فيما يخص متغير الوضعية المهنية للأم.

خلاصة الفصل:

تعرضنا في الفصل إلى إجراءات الدراسة الحالية انطلاقاً من الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها وما تضمن من عناصر كالمنهج المتبع وهو المنهج الوصفي التحليلي ثم يليه عرض لكيفية توزيع أفراد العينة وفق المتغيرات المعتمدة (سن الأم المستوى التعليمي، الوضعية المهنية وسن الطفل التوحيدي)، كذلك التطرق إلى الأدوات المستخدمة أداة قلق المستقبل، أداة الإكتئاب)، ثم إجراءات الدراسة الأساسية وفي الأخير تم التحدث عن الأساليب الإحصائية التي استخدمت في فحص البيانات.

كما تم التطرق إلى عرض تحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات من خلال الجداول والأشكال السابقة التي تعرض المعالجة الإحصائية للنتائج، توصلنا في نتائج الدراسة والتي دلت على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق المستقبل و الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد، حيث أن طبيعة العلاقة علاقة موجبة، بحيث أن زيادة في نسبة الإكتئاب يصاحبها زيادة في قلق المستقبل والنقصان في الإكتئاب يصاحبه نقصان في قلق المستقبل، وهي تعد كإجابة للفرضية العامة، كما توصلنا من خلال النتائج بخصوص الفرضيات الجزئية إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المستقبل الأمهات أطفال التوحد وتعزى إلى كل من: سن الأم، المؤهل العلمي، الوضعية المهنية، وسن الطفل التوحيدي، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد تعزى إلى سن الأم، المؤهل العلمي،

وأيضاً لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإكتتاب لدى أمهات أطفال التوحد تعزى إلى الوضعية المهنية وسن الطفل التوحد.



خاتمة

خاتمة عامة للدراسة:

حاولنا من خلال دراستنا الحالية التطرق لموضوع من المواضيع الهامة ألا وهو " قلق المستقبل وعلاقته بالإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد " بمدينة الجلفة وذلك قصد التعرف على العلاقة بين قلق المستقبل و الإكتئاب ، كما اعتمدنا على فرضيات جزئية تمثلت في معرفة ما إذا كانت هناك فروق في قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعزى (سن الأم، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية، سن الطفل التوحدي) ، وكذلك معرفة إذا كانت فروق في الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعزى (سن الأم، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية، سن الطفل التوحدي)، وقد اخترنا أمهات أطفال التوحد نظرا للدور الفعال والمهم الذي تقدمه الأم لطفلها التوحدي من تربية ورعاية وتلبية حاجياته ورغباته كونها الأقرب إليه وكذلك الكشف عن مدى تأثير وجود طفل توحدي في حياة الأم.

واعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي، حيث كان اختيار عينة الدراسة بشكل مقصود وهن الأمهات اللواتي لديهن أطفال مصابين بالتوحد، تم توزيع مقياسي قلق المستقبل و الإكتئاب كأداتين ملائمتين للدراسة بعدما تمت المعالجة الإحصائية لنتائج الدراسة الأساسية توصلنا إلى أنه توجد علاقة طردية متوسطة على الفرضية العامة، عدم وجد فروق في قلق المستقبل وفقا لـ: (سن الأم، المستوى التعليمي، الوضعية المهنية، سن الطفل التوحدي)، توجد فروق في الإكتئاب وفقا لـ: (سن الأم، المستوى التعليمي)، عدم وجود فروق في الإكتئاب تعزى للوضعية المهنية، و سن الطفل التوحدي.

وبهذا فإنه توجد علاقة طردية بين قلق المستقبل و الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد و الذي يمكن أن يؤدي إلى عدة مشاكل نفسية و سلوكية مما يؤدي للمزيد من الشعور بالقلق و الإكتئاب لديهم كما يمكن ان تنقص الإستجابة الإكتئابية إذا صاحبها نقصان في قلق المستقبل.

اقتراحات الدراسة

1-تكثيف برامج الكفالة النفسية من طرف الاخصائي النفساني لأمهات أطفال التوحد بهدف مساعدتهن على تعامل مع وضعية ابنائهن

2-تنظيم أيام تحسيسية يدور محورها حول التوحد لتزويد الأمهات بمعلومات أكثر حول طبيعة المرض وكيفية التكفل بهذه الفئة بهدف فهم طبيعة ابنهم المتوحد ومعرفة التعامل معه.

3-اجراء دورات تدريبية للامهات حول أساليب التعامل مع الأطفال المتوحدين.

4-القيام بدراسات أخرى حول الاكتئاب لدى الأمهات والآباء واخوة الأطفال المتوحدين.



قائمة المصادر والمراجع

أولا : المراجع العربية

الكتب :

1. إبراهيم عبد الستار (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه ، عالم المعرفة ، بدون طبعة ، لبنان .
2. إبراهيم أبو السعود (2009)،الطفل التوحدي في الاسرة ،مؤسسة حورس للنشر و التوزيع ، بدون طبعة ، مصر
3. ابراهيم علا عبد الباقي(2009)، الاكتئاب انواعه اعراضه اسبابه و طرق العلاج والوقاية منه ،عالم الكتب ،الطبعة الاولى،القاهرة، مصر.
4. أديب محمد خالدي (2005)، مرجع في علم النفس الاكلينيكي للفحص و العلاج، دار وائل للنشر و التوزيع ، الطبعة الاولى ، مصر.
5. إبراهيم أبو السعود (2009)،الطفل التوحدي في الاسرة ،مؤسسة حورس للنشر و التوزيع ، بدون طبعة ، مصر
6. جمال خطيب (بدون سنة)، تعديل السلوك قوانين و إجراءات ، المطابع التعاونية ،بدون طبعة ، عمان، الأردن .
7. حامد عبد السلام زهران (2005)،الصحة النفسية والعلاج النفسي،الشركة الدولية للطباعة والنشر،الطبعة الرابعة ،القاهرة ،مصر .
8. حسين قايد (2001)، الاضطرابات السلوكية تشخيصها أسبابها وعلاجها ، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع ، الطبعة الاولى ، القاهرة ، مصر.

9. حمداني اقبال محمد (2011)، الإغتراب التمرد وقلق المستقبل، دار الصفاء للنشر و التوزيع، بدون طبعة ، عمان ، الأردن.
10. سامر جميل رضوان(2002)، الصحة النفسية، الاكاديميون للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية ، عمان ، الأردن.
11. سليمان عبد الواحد، يوسف إبراهيم،(2014)، الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في اطار علم النفس الإيجابي ،مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة ، مصر .
12. سمير أبو مغلي ، عبد الحافظ سلامة (2001)، القياس و التشخيص في التربية الخاصة ، دار البازوري للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن .
13. صالح الداھري ناظم هاشم العبيدي (1990)، الشخصية و الصحة النفسية ، مؤسسة حمادة للدراسات الجامعية و النشر و التوزيع ، الأردن.
14. عادل عبد الله محمد (2002)، جدول النشاط المصورة لأطفال التوحد و إمكانية استخدامها مع الاطفال المعاقين عقليا ، دار الرشاد للنشر و التوزيع ، القاهرة ، مصر.
15. عادل عبد الباقي (بدون سنة)، إعاقة العقلية التعرف عليها و علاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا ، عالم الكتب ، القاهرة، مصر.
16. عبد الرحمان سيد سليمان(بدون سنة) ، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة ، الجزء الأول ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة، مصر .
17. عبد الحميد محمد الشاذلي (1991)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية،المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر و التوزيع ، بدون طبعة ، الإسكندرية ، مصر .
18. عبد الرحمان العيسوي (1990)،العصبية النفسية والالتهابات العقلية ،دار النهضة للنشر و التوزيع ، بدون طبعة ،بيروت ، لبنان .

19. العبيدي محمد جاسم (2021)، علم النفس الاكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، عمان ، الأردن .
20. فتي السيد عبد الرحيم (بدون سنة)، سيكولوجية أطفال غير عاديين و استراتيجيات التربية الخاصة ، دار القلم ، الكويت.
21. كمال علي (1983) ، النفس ،دار الواسط للنشر، الطبعة الثانية، بغداد ، العراق .
22. لويس كامل مليكة (1990)،العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، بدون طبعة، الكويت.
23. محمد شحاته ربيع (2013)، قياس الشخصية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن.
24. محمد محروس المشاوي (1997)، التخلف العقلي (أسباب ، تشخيص ، برامج) ، دار الغريب للنشر و التوزيع ، القاهرة ، مصر .
25. مدحت عبد الحميد بوريد (2001)، الاكتئاب دراسة سيكولوجية، دار المعرفة الجامعية الاسكندرية ، دون طبعة ، الاسكندرية ، مصر.
26. مصطفى نوري القمش،خليل عبد الرحمن المعاينة (2007)، الإضطرابات السلوكية والإنفعالية دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، بدون طبعة، عمان، الأردن .
27. وليد السيد خليفة ، مراد علي عيسى سعد (2008) ، الضغوط النفسية و التخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي ، دار الوفاء لندنيا ، الطبعة الاولى ، مصر.
28. يوسف الاقصري، (2002). كيف تتخلص من الخوف والقلق من المستقبل، دار اللطائف للنشر والتوزيع، بدون طبعة، القاهرة، مصر.
29. الشريبي (2006)، الاكتئاب التشخيص والعلاج،دار منشأ المعارف، الاسكندرية ،مصر.

المجلات :

30. بنيان باني دغش القلاذي الرشيدى (2017) ، قلق المستقبل والفعالية الذاتية لدى طلبة كلية اتمع في جامعة حائل في ضوء بعض المتغيرات ، مجلة التربية ، جامعة الأزهر ، عدد 174 الجزء الثان .
31. حسن إخلاص علي، (2012) ، الأمل وعلاقته بقلق المستقبل لدى طلبة الجامعة، مجلة ديالى للبحوث الإنسانية، عدد 56 ، المجلد 17 .
32. ريمس المعلي الكريديس (2015) ،قلق المستقبل وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طالبات جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد 42، الجزء الثالث.
33. زقاوة أحمد (2013)، قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة التكوين المهني المركز الجامعي غليزان، مجلة الدراسات التربوية والنفسية، العدد السابع، الجزء الثاني.
34. سمية سيراغ قدور (2018)، قلق المستقبل وعلاقته بالصلاية النفسية، المؤسسة الدولية لنشر الدراسات العلمية، الجامعة الوطنية الماليزية، العدد الثالث، المجلد الثاني.
35. عيسوي عبدالرحمن (1976)، النمو الروحي والخلقي والتنشئة الإجتماعية في مرحلة الطفولة والمراهقة، عالم الفكر، العدد الثالث، المجلد السابع.
36. ضرار، محمد الزريقات، حاتم انس الخمرة، (2020)، القدره التنبؤيه لعوامل الضغط والاكتئاب في نوعيه الحياه لدى امهات اطفال التوحد في الاردن، مجلة الجامعة الاسلاميه للدراسات التربوية والنفسية ،العدد السادس ،المجلد 28.

37. عشيري محمود محي الدين (2004) ، قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات، جامعة بغداد، مركز البحوث التربوية والنفسية، مجله البحوث التربوية والنفسية، العددين 26، 27، مجلد 2004.
38. غريب عبد الفتاح غريب (1985)، الاستجابة الاكثابية والصدمية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي نتيجة الاعلان عن التشخيص، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، العدد 8.
39. فاطمة الرشيدى (2021)، قلق المستقبل وعلاقته بالوعي الذاتي، دراسة ميدانية على طالبات كلية العلوم في جامعة القصيم، مجلة دفاتر البحوث العلمية، العدد التاسع، المجلد الأول .
40. مسعودة منتصر، هند غدايفي، أحمد جلول (2017) قلق المستقبل لدى اللاجئين السوريين، دراسة ميدانية بالجزائر، ولاية واد سوف، مجلة مسار العلوم التعليمية والإجتماعية، 787-804.
41. المنشاوي عادل محمود (2011)، الرفاهية النفسية وعلاقتها بكل من قلق المستقبل والقلق الإجتماعي والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلبة مرحلة الثانوي، مجلة مصرية للدراسات النفسية، دار المنظومة، العدد 70، المجلد 21 .
42. محمد حسن علي الأبيض (2020) ، إدمان الأنترنت وعلاقته بقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة الأمير سطاتم بن عبد العزيز السعودية ، 8 مجلة الإرشاد النفسي ، العدد 01 ، مجلد 61
43. نبيل الجندي دعاء الدسوقي (2017) ، قلق المستقبل الزواجي وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من الطلبة الجامعيين مجلة أردنية، في علوم التربية، عدد 240 ، مجلد 13 .
44. هبة مؤيد محمد (بدون سنة) قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات، مركز الدراسات التربوية والأبحاث النفسية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، عدد 27/26.

مذكرات التخرج:

45. أميرة طه (2001)، أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالقلق و الاكتئاب لدى أمهات الاطفال المعاقين عقليا و العاديين ،رسالة ماجستير في الصحة النفسية، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، السعودية .
46. ايمان محمد صبري (2019)، الضغوط الحياتية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى امهات الاطفال ذوي الاعاقه الحركية بدار شيشر, رساله ماجستير, كلية الدراسات العليا , جامعة النيلين،مصر .
47. أشرف محمد حاج إبراهيم (2019)،الإغتراب النفسي وعلاقته بقلق المستقبل لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة فرع طولكرم، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، فلسطين.
48. بن الطاهر التيجاني(2010)، مصادر الضغوط النفسية كما يدركها الطلبة الجامعيين وعلاقتها بقلق المستقبل دراسة مقارنة على عينة من طلبة جامعة الاغواط، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد الاول، الاغواط ، الجزائر .
49. رميسة بولعسل (2014)، قلق المستقبل وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الطلبة المقبلين على التخرج (دراسة ميدانية لدى عينة من طلاب السنة الثالثة والسنة الثانية ماستر) ، مذكرة لني لشهادة الماستر في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، الجزائر .
50. صفاء الزيبيدي هدى قدور (2020) ، قلق المستقبل وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ البكالوريا، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي ، جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي، الجزائر .

51. ثائر حيدر (2020) ، محاضرة العلاجات السلوكية، مقياس الطب النفسي، وعلم النفس السلوكي، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا.
52. عصام نور (2006)، سيكولوجية الاطفال ذوي الإعاقة الذهنية ، كلية الاداب ، جامعة الزقازيق ، الاسكندرية ،مصر .
53. عهود بن تبشير بن سعود العسكر (2020) ،فاعلية برنامج قائم على الإرشاد بالمعنى في خفض قلق المستقبل لدى المعاقات حركيا بمدينة الرياض، أطروحة لنيل الدكتوراه في الإرشاد النفسي ، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم علم النفس، جامعة محمد بن سعود الإسلامية ،سعودية .
54. قاضي وفاء محمد حميدان (2009) ، قلق المستقبل وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى المبتورين، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
55. منى حسن عبدالله فرح (2009)، الضغوط النفسية و علاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين (المعاقين حركيا)، جامعة الخرطوم ، مذكرة ماجستير منشورة ، قسم علم النفس ،الخرطوم ، السودان.
56. محمد علي أبو مطير (2013). قلق المستقبل لامهات الايتام وعلاقته بالطموح والحساسية الانفعالية لابنائهن . رسالة ماجستير،الجامعة الإسلامية،غزة،فلسطين .
57. مريم طايبي (2016) . قلق المستقبل لدى والدي الطفل المعاق ذهنيا .بحوث ومقالات، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
58. وفاء مولى ناهد شنين (2021) ، التنظيم الإنفعالي كمتغير وسيط في العلاقة بين قلق المستقبل ومعنى الحياة لدى المراهقين الأيتام في محافظات غزة ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ،كلية التربية، جامعة الأقصى ، فلسطين .

ثانيا : المراجع الاجنبية

1. Bill ,R,Mel.W&Caror,j,1992 : the exeptional student in the regrrlar classroom fifth edition , NewYork .merrill,are imprint of macmillan puplishing company
2. Collen,j&Edward,F,1995 = « understanding exeptional people « NewYork , west publishing company .
3. John.j & Marea.T 1986 , « retravel from long term store as a frenction of mental ageand intellegence , American journal of mental retardation , vol , 90
4. Luria,W,1983 language intervention , retaded to retarded child though cognitive , journal of special education vol / 5/ NDCC , national dissemination center for children with disabilities (2004) , mental retardation , disability fact sheet ,N(8) LTD

الملاحق

الملاحق:

الاكتتاب	قلق المستقبل	سن الطفل	جنس الطفل	وضعية الام	المستوى التعليمي للام	سن الام	العينة
25	56	11	ذكر	عاملة	متوسط	41	1
7	77	15	أنثى	ماكثة بالبيت	جامعي	37	2
26	73	6	ذكر	ماكثة بالبيت	متوسط	27	3
40	77	8	أنثى	عاملة	ثانوي	29	4
67	78	13	أنثى	ماكثة بالبيت	متوسط	26	5
61	78	10	ذكر	ماكثة بالبيت	ثانوي	30	6
56	77	6	ذكر	عاملة	متوسط	40	7
45	75	9	ذكر	عاملة	متوسط	27	8
49	79	5	أنثى	عاملة	متوسط	22	9
26	74	17	أنثى	عاملة	متوسط	30	10
15	79	8	ذكر	ماكثة بالبيت	ثانوي	29	11
19	64	11	ذكر	عاملة	متوسط	43	12
12	80	8	ذكر	عاملة	متوسط	34	13
7	59	7	ذكر	ماكثة بالبيت	جامعي	40	14
7	56	14	ذكر	ماكثة بالبيت	جامعي	34	15
22	81	8	ذكر	ماكثة بالبيت	جامعي	29	16
10	60	12	أنثى	ماكثة بالبيت	ثانوي	36	17
13	81	7	ذكر	عاملة	متوسط	44	18
14	74	10	ذكر	ماكثة بالبيت	ثانوي	47	19
6	53	11	ذكر	عاملة	متوسط	50	20
6	52	11	أنثى	ماكثة بالبيت	جامعي	43	21
23	63	12	ذكر	ماكثة بالبيت	ثانوي	39	22
25	68	14	ذكر	ماكثة بالبيت	جامعي	31	23
26	69	7	أنثى	عاملة	متوسط	47	24
15	70	14	أنثى	ماكثة بالبيت	ثانوي	50	25
12	73	12	ذكر	عاملة	متوسط	43	26
25	69	11	ذكر	عاملة	متوسط	39	27
7	77	8	ذكر	ماكثة بالبيت	جامعي	31	28
11	55	9	أنثى	ماكثة بالبيت	ثانوي	47	29
14	61	11	أنثى	ماكثة بالبيت	ثانوي	40	30
10	75	11	ذكر	عاملة	متوسط	43	31

الفروق حسب سن الام:

الفروق حسب المستويات التعليمية:

Descriptives

15	70.4000	8.85438	2.28619	65.4966	75.3034	52.00	80.00
9	70.1111	3.06161	63.0510	63.0510	77.1712	53.00	81.00
7	65.7143	10.12776	3.82793	56.3477	75.0809	55.00	81.00
31	69.2581	9.13224	1.64020	65.9083	72.6078	52.00	81.00
15	27.8000	18.30379	4.72602	17.6637	37.9363	6.00	67.00
9	22.5556	17.08150	5.69383	9.4255	35.6856	10.00	61.00
7	11.5714	8.20279	3.10036	3.9851	19.1577	6.00	25.00
31	22.6129	17.01505	17.01505	3.05599	16.3717	6.00	67.00

Test d'homogénéité des variances

Statistique de Levene		ddl1	ddl2	Sig.
	Basé sur la moyenne	129	2	.879
	Basé sur la médiane	.101	2	.904
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	.101	2	27.695
	Basé sur la moyenne tronquée	.136	2	.873
	Basé sur la moyenne	1.329	2	.281
	Basé sur la médiane	1.033	2	.369
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1.033	2	24.314
	Basé sur la moyenne tronquée	1.092	2	.350

ANOVA

Somme des carrés		ddl.	Carré moyen	F.	Sig.
	Intergroupes	114.018	2	57.009	.668
	Intragroupes	2387.917	28	85.283	
	Total	2501.935	30		
	Intergroupes	1257.018	2	628.509	2.369
	Intragroupes	7428.337	28	265.298	
	Total	8685.355	30		

Comparaisons multiples :

Variable dépendant	المستوى (I)	المستوى (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Borne inférieure	Borne supérieure
	متوسط	ثانوي	.28889	3.89376	..941 -	-7.6871-	8.2649
		جامعي	4.68571	4.22715	.277 -	3.9732-	13.3446
	ثانوي	متوسط	-.28889-	3.89376	.941 -	8.2649-	7.6871
		جامعي	4.39683	4.65394	.353 -	5.1363-	13.9300
	جامعي	متوسط	-4.68571-	4.22715	.277 -	13.3446-	3.9732
		ثانوي	-4.39683-	4.65394 .	.353 -	13.9300-	5.1363
	متوسط	ثانوي	5.24444	6.86761	.451 -	8.8232-	19.3121

		جامعي	16.22857*	7.45561	.038	.9564	31.5007
	ثانوي	متوسط	-5.24444-	6.86761 .	.451 -	19.3121-	8.8232
		جامعي	10.98413	8.20836	.192 -	5.8299-	27.7982
	جامعي	متوسط	-16.22857-	7.45561 .	.038 -	31.5007-	9564-
		ثانوي	-10.98413-	8.20836	.192 -	-27.7982-	5.8299

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Test de Kruskal-Wallis

الاكتتاب	المستوى	N	Rang moyen :
	متوسط	15	19.20
	ثانوي	9	16.61
	جامعي	7	8.36
	Total	31	

Tests statistiques^{a,b}

	الاكتتاب
H de Kruskal-Wallis	6.877
ddl	2
Sig. asymptotique	.032

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : المستوى

Test de Mann-Whitney

Rangs

الاكتتاب	المستوى	N	Rang moyen :	Somme des rangs
	متوسط	15	13.37	200.50
	ثانوي	9	11.06	99.50
	Total	24		

Tests statistiques^a

	الاكتتاب
U de Mann-Whitney	54.500
W de Wilcoxon	99.500
Z	-.777-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.437
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)] .	.446 ^b

a. Variable de regroupement : المستوى

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Test de Mann-Whitney

Rangs

المستوى	N	Rang moyen :	Somme des rangs
---------	---	--------------	-----------------

الاكتئاب	متوسط	15	13.83	207.50
	جامعي	7	6.50	45.50
	Total	22		

Tests statistiques*

الاكتئاب	
U de Mann-Whitney	17.500
W de Wilcoxon	45.500
Z	-2.481-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.013
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	.011 ^b

a. Variable de regroupement : المستوى

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Test de Mann-Whitney

Rangs

الاكتئاب	المستوى	N	Rang moyen :	Somme des rangs
الاكتئاب	ثانوي	9	10.56	95.00
	جامعي	7	5.86	41.00
	Total	16		

Tests statistiques*

الاكتئاب	
U de Mann-Whitney	13.000
W de Wilcoxon	41.000
Z	-1.976-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.048
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	.055 ^b

a. Variable de regroupement : المستوى

b. Non corrigé pour les ex aequo.

الفروق حسب الوضعية المهنية:

Statistiques de groupe

	الوضعية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
القلق	عاملة	13	71.2308	8.46713	2.34836
	ماكثة بالبيت	18	67.8333	9.56249	2.25390
الاكتئاب	عاملة	13	26.0769	16.46441	4.56641
	ماكثة بالبيت	18	20.1111	17.42847	4.10793

Test des échantillons indépendants

F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur	Inférieur	Supérieur	
Hypothèse	.997	.326	1.023	29 .	.315	3.39744	3.32135 -	3.39550-	10.19037

de variances égales	.		1.044	27.699	.306	3.39744	3.25497 -	3.27334-	10.06821
	.083	.776	.962 29	.344	5.96581	6.20076 -	6.20076 -	6.71616-	18.64779
			.971	26.863	.340	. 5.96581	6.14224 -	6.64004-	18.57166

Rangs

		الوضعية	N	Rang moyen :	Somme des rangs
الاكتئاب	عاملة		13	18.31	238.00
	ماكئة بالبيت		18	14.33	258.00
	Total		31		

Tests statistiques*

		الاكتئاب
U de Mann-Whitney		87.000
W de Wilcoxon		258.000
Z		-1.204-
Sig. asymptotique (bilatérale)		.229
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]		.242 ^b

a. Variable de regroupement : الوضعية

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Rangs

		الوضعية	N	Rang moyen :	Somme des rangs
القلق	عاملة		13	17.69	230.00
	ماكئة		18	14.78	266.00
	Total		31		

Tests statistiques*

		قلق
U de Mann-Whitney		95.000
W de Wilcoxon		266.000
Z		-.882-
Sig. asymptotique (bilatérale)		.378
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)] .		.395 ^b

a. Variable de regroupement : الوضعية

b. Non corrigé pour les ex aequo.

الفروق حسب سن الطفل:

Statistiques de groupe

		سن الطفل	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
القلق	5-10		17	67.2941	8.75189	2.12265
	11-15		14	71.6429	9.32826	2.49308
الاكتئاب	5-10		17	25.1765	18.01470	4.36921

	11-15	14	19.5000	15.80044	4.22284
--	-------	----	---------	----------	---------

Test des échantillons indépendants

القلق	Hypothèse de variances égales	.063	.804 -	1.337-	29 .192 -	29 .192 -	4.348 74-	3.25349 -	11.00287- 2.30540	2.30540
	Hypothèse de variances inégales			-1.328-	- 27.106	.195 -	4.348 74-	3.27431 -	11.06584-	2.36836
الاكتئاب	Hypothèse de variances égales	1.35 7 .	.253	.922	29 .	.364	5.676 47	6.15620	6.91436-	18.2673 0
	Hypothèse de variances inégales			.934	28.860	.358	5.676 47	6.07638 -	6.75375-	18.1066 9

Test de Mann-Whitney

Rangs

	الطفل	N	Rang moyen :	Somme des rangs
القلق	5-10	17	13.76	234.00
	11-15	14	18.71	262.00
	Total	31		

Tests statistiques^a

القلق	
U de Mann-Whitney	81.000
W de Wilcoxon	234.000
Z	-1.511-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.131
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	.138 ^b

a. Variable de regroupement : الطفل

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Test de Mann-Whitney

Rangs

	الطفل	N	Rang moyen :	Somme des rangs
الاكتئاب	5-10	17	17.44	296.50
	11-15	14	14.25	199.50
	Total	31		

Tests statistiques^a

الاكتئاب	
U de Mann-Whitney	94.500
W de Wilcoxon	199.500
Z	-.975-
Sig. asymptotique (bilatérale)	.330
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	.336 ^b

a. Variable de regroupement : الطفل

b. Non corrigé pour les ex aequo.

العلاقة بين الاكتئاب والقلق المستقبلي:

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
القلق	69.2581	9.13224	31
الاكتئاب	22.6129	17.01505	31

Corrélations

	القلق	الاكتئاب
القلق	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	.446*
	N	31
الاكتئاب	Corrélation de Pearson	.446*
	Sig. (bilatérale)	.1
	N	31

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)