

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس



المرونة النفسية و تأثيرها على الإكتئاب لدى أمهات
الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

(دراسة عيادية على (05) حالات بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة
في الأمراض العقلية- فرنان حنفي- تيزي وزو)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف:

- الأستاذة زايدي باية

من إعداد الطالبتين :

_ عمروش سارة

_ بوزواغ صبرينة

السنة الجامعية 2023-2024

شكر و عرفان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أولاً و قبل كل شيء الحمد لله الذي بنعمته يتم كل عمل صالح

الحمد لله الذي أتم نعمته علينا ووفقنا لإتمام هذا العمل

وما خُطَّ درجته و لا خُتِمَ سعيه إلا بفضل

نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الكريمة " زايدي باية " التي أشرفت علينا و

رافقتنا طيلة هذا المشوار و التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها و نصائحها القيمة

و أيضا شكر موصول إلى كل العاملين في مصلحة الأطفال بالمؤسسة الإستشفائية

للأمراض العقلية " فوران حنفي " الذين قاموا بقبولنا و مساعدتنا في إنجاز

هذا العمل

كما نتقدم بالشكر و العرفان إلى " أستاذة قسم علم النفس العيادي " الذين رافقتونا

و عملوا على تكويننا و تعليمنا طيلة هذه السنوات

و كل من كان له يد العون في نجاح هذا البحث

" و الحمد لله على حسن التمام و الختام "

شكراً لكم جميعاً





الإهداء

بكل ما أوتيتك من مشاعر و حب أهدى بحدك تخرجي

" إلى من غمرتني بحنانها و أنارت قلبي بفيض دماؤها "

" و إلى من شقى من أجل ان يفتح لي درج الحياة "

إلى "والدائي الكريمين " أطال الله في عمرهما .

إلى خلعي الثابت "أخي الوحيد" و كل أفراد عائلتي و أخص بالذكر "خالتي"

إلى رفيقة السنين و الروح " صديقتي ياسمين "

إلى أجمل صداقة و أحلى صديقة

" صديقتي ليندة "

إلى صاحبة أجمل و أحن قلب " صديقتي ليلي "

إلى كل صديقاتي و كل من يحبني

إهداء إلى كل من ساعدني في نجاح هذا العمل

خاصة " صبرينة " التي شاركتني بحدك التخرج .





الإهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

إلى من وهبني الحياة والأمل والنشأة على شغفه

الإطلاع والمعرفة، ومن علموني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة وصبر؛

برا وإحساناً و وفاءً لهما والدي العزيز، ووالدي العزيزة

إلى من وهبني الله نعمة وجودهم في حياتي إلى العقد المتين

من كانوا عوناً لي في رحلة بحثي: اخي وزوجته واختي الحبيبة وقرّة عيننا امير ابن اخي.

إلى من كاتفقني ونحن نشق الطريق معا نحو النجاح في مسيرتنا العلمية إلى رفيقة دربي

وصديقتي كمنة وصديقتي ورفيقتي مذكرتي سارة والى صديقتي نجاة،

وأخيراً إلى كل من ساعدني، وكان له دور من قريب أو بعيد في إتمام هذه الدراسة،

سائلة المولى أن يجزي الجميع خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

ثم إلى كل طالب واستاذ علم سعى بعلمه، ليفيد بكل ما أعطاه الله

من علم ومعرفة.



ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المرونة النفسية و تأثيرها على الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد و معرفة مستوى كل من المتغيرين لدى عينة الدراسة. أقيمت هذه الدراسة على خمس حالات من أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد بإستعمال المنهج العيادي نظرا لملائمته لأغراض الدراسة ، و إعتدنا على دليل المقابلة النصف موجهة و (مقياس المرونة النفسية) و (مقياس بيك للإكتئاب) ، و أظهرت نتائج الدراسة أن الحالات الخمس يتمتعن بمستوى مرتفع من المرونة النفسية بالرغم من كل الوضعيات المعاشة مع أبنائهن ، كما يعانون من الإكتئاب بمستويات متفاوتة حيث نجد ثلاث حالات يعانين من إكتئاب متوسط و حالتين يعانين من مستوى إكتئاب أدنى و خفيف .

الكلمات المفتاحية :

المرونة النفسية - الإكتئاب - طيف التوحد .

Résumé de la recherche :

L'objectif de cette étude était de déterminer la résilience psychique et son impact sur la dépression chez les mamans des enfants atteints du trouble de spectre de l'autisme, et connaître le niveau des deux facteurs chez l'échantillon soumis à l'étude.

L'étude était effectuée sur cinq cas de mamans des enfants atteints de spectre de l'autisme en utilisant la méthode clinique vue qu'elle convient à l'étude, et on a adopté la confrontation partiellement semi-dirigée, (l'échelle de la résilience psychique) ainsi (l'échelle de dépression de Beck), les résultats ont montré que les cinq cas de mamans font preuve d'un très bon niveau de la résilience psychique malgré les situations difficiles dont elles souffrent avec leurs enfants, et concernant la dépression son niveau est hétérogène de sorte que qu'on a détecté trois cas de dépression moyenne et deux cas autres moins et léger.

Mots clés :

La résilience psychique - la dépression - trouble de spectre de l'autisme.

فهرس المحتويات

شكر و عرفان

إهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

1..... مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول :الإطار العام للإشكالية

- 1- طرح إشكالية الدراسة.....4
- 2-فرضيات الدراسة.....8
- 3-أسباب إختيار الموضوع.....9
- 4-أهمية الدراسة.....9
- 5-أهداف الدراسة.....9
- 6-تحديد المفاهيم الاساسية.....9

الفصل الثاني :المرونة النفسية

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن المرونة النفسية.....13
- 2- مصطلحات لها علاقة مع المرونة النفسية.....15
- 3- أنواع المرونة النفسية.....17
- 4- النظريات المفسرة للمرونة النفسية.....19
- 5- طرق بناء المرونة النفسية.....23

- 6- مقومات المرونة النفسية 27
- 7- العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية 28
- 8- ميزة الأفراد ذوي المرونة النفسية 30

الخلاصة

الفصل الثالث :الإكتئاب

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب 36
- 2- أسباب الإكتئاب 38
- 3- أنواع الإكتئاب 40
- 4- أعراض الإكتئاب 42
- 5- تشخيص الإكتئاب 45
- 6- النظريات المفسرة للإكتئاب 55
- 7- علاج الإكتئاب 57

الخلاصة

الفصل الرابع :طيف التوحد

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن إضطراب طيف التوحد 65
- 2- أسباب إضطراب طيف التوحد 68
- 3- أنواع إضطراب طيف التوحد 72
- 4- أعراض إضطراب طيف التوحد 79
- 5- تشخيص إضطراب طيف التوحد 82
- 6- سمات الطفل التوحدي 85
- 7- النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد 87

- 8- البرامج التوعيمية لإضطراب طيف التوحد91
- 9- إستجابة الأم لإصابة ابنها بإضطراب طيف التوحد97

الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس :الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1- الدراسة الإستطلاعية101
- 2- منهج الدراسة103
- 3- مجموعة الدراسة104
- 4- أدوات الدراسة105
- 5- كيفية إجراء العمل الميداني110

الخلاصة

الفصل السادس : عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

- 1- عرض و تحليل نتائج الحالات113
- 1-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى113
- 2-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية117
- 3-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الثالثة121
- 4-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الرابعة125
- 5-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الخامسة129
- 2 - مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة134
- خلاصة الدراسة137
- التوصيات و الإقتراحات138

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
104	خصائص مجموعة الدراسة	01
106	أبعاد مقياس المرونة النفسية	02
109	تفسير علامات مقياس بيك للإكتئاب	03
115	نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية الحالة الأولى	04
119	نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية الحالة الثانية	05
123	نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية الحالة الثالثة	06
127	نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية الحالة الرابعة	07
132	نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية الحالة الخامسة	08
134	نتائج الحالات على مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب	09

مقدمة :

يعيش الطفل في هذه الحياة مراحل مختلفة من النمو ، و أثناء هذه المراحل يكون معرضا للإصابة بمختلف الإضطرابات ، و من بين هذه الإضطرابات الشائعة إضطراب طيف التوحد ، الذي يعتبر من أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة و تعقيدا نظرا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة ، ولا يتوقف هذا التأثير على الطفل فقط بل يمتد إلى الأم التي تواجه بسبب حالة ابنها وضعيات و مسؤوليات جديدة لشدة إعتماذية الطفل عليه لأنها المتكفل الأول برعايته ، ويجعلها في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها فهي تضطر للتنازل على عدة أشياء من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري مما خلف لها صراعات وضغوطات وإضطرابات نفسية على إختلاف درجاتها.

كما أظهرت الدراسات و الأبحاث أن أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يعيشن في مستوى من الإكتئاب أكثر بكثير من أمهات الأطفال العاديين أو أمهات الأطفال الذين يعانون من إضطرابات أخرى . و هذه المشاعر التي تنتاب أم الطفل التوحدي هي التي تحدد مستوى المرونة النفسية لديها .

و نذكر أن المرونة النفسية ظاهرة نفسية تعود على الفرد بنتائج جيدة و إيجابية رغم مختلف العوامل الضاغطة التي يمكن أن يمر بها الفرد خلال حياته . وهذا ما سنحاول معرفته من خلال دراستنا هذه عن المرونة النفسية و تأثيرها على الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .

ومن أجل ذلك قمنا بتقسيم بحثنا إلى ستة فصول منها الجانب النظري و الجانب التطبيقي ممهدين لموضوع الدراسة بالإطار العام للإشكالية ومن خلاله تم طرح الإشكالية ، فرضيات الدراسة ، أسباب و أهمية إختيار الموضوع ، إضافة إلى أهداف الدراسة و صولا إلى تحديد المفاهيم إجرائيا .

بعدها تطرقنا لفصل المرونة النفسية ممهدين له بتمهيد يليه لمحة تاريخية عن المرونة النفسية و مصطلحات لها علاقة مع المرونة النفسية، ثم أنواع المرونة النفسية و النظريات المفسرة لها ، كما تطرقنا إلى طرق بناء المرونة النفسية و مقوماتها ، كذلك العوامل المرتبطة بها وأخيرا ميزة الأفراد ذوي المرونة النفسية ثم الخلاصة .

بعدها يأتي فصل الإكتئاب أين بدأنا بتمهيد ثم لمحة تاريخية عن الإكتئاب ، ثم تطرقنا إلى أهم أسباب وأنواع وأعراض الإكتئاب ، إضافة إلى تشخيص الإكتئاب ثم النظريات المفسرة للإكتئاب ختاماً بالعلاج و الخلاصة .

يليه بعدها فصل اضطراب طيف التوحد حيث بدأنا بتمهيد ثم لمحة تاريخية عن اضطراب طيف التوحد ، كما قمنا بوضع أسباب و أنواع و أعراض طيف التوحد ، إضافة إلى تشخيص اضطراب طيف التوحد ثم سمات الطفل التوحدي ، والنظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد و أخيرا وضحنا البرامج التدميمية لإضطراب طيف التوحد و إستجابة الأم لإصابة إبنها بإضطراب طيف التوحد ثم الخلاصة.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فهو يضم فصلين .

فصل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ،الذي يشمل الدراسة الإستطلاعية ، تحديد منهج الدراسة ، تقديم مجموعة الدراسة و الأدوات المستعملة وصولا إلى كيفية إجراء العمل الميداني.

وآخر فصل و الذي يتضمن عرض و تحليل نتائج الحالات الخمسة وصولا إلى تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها على ضوء الدراسات السابقة و التحقق من الفرضيات على ضوء هذه النتائج.

و انتهينا بخلاصة الدراسة و التوصيات و الإقتراحات ، قائمة المراجع و الملاحق .

الإطار العام للإشكالية

1 طرح إشكالية الدراسة

2 فرضيات الدراسة

3 أسباب إختيار الموضوع

4 أهمية الدراسة

5 أهداف الدراسة

6 تحديد المفاهيم الأساسية

1- طرح إشكالية الدراسة :

يعد اضطراب طيف التوحد من الإضطرابات النمائية التي تحظى باهتمام العديد من الباحثين و المختصين ، إذ أن تأثيره لا يقتصر على جانب واحد فقط من جوانب نمو الطفل ، بل يشمل جوانب مختلفة منها الجانب المعرفي ، الإجتماعي ، اللغوي و الإنفعالي ، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أيضا أسر هؤلاء الأطفال خاصة الأمهات . (فتال.2021. ص46)

إن أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بحسب رأي الباحثين و ملاحظتهم يعانون و بشكل كبير منذ لحظة اكتشاف اضطراب أطفالهن ، حيث تتناهن مشاعر الإحباط و خيبة الأمل مع الخوف و الأسى إلى جانب الشعور بالذنب و الإرتباك ، إضافة إلى ما سيقع على عاتقهن من مسؤولية في رعاية أطفالهن و محاولة التعايش مع الواقع و تقبله ، فكل تلك المشاعر السلبية و الضغوطات النفسية و الجسدية المستمرة تؤثر على حالتها النفسية و يجعلها في تدهور مما يدخلها في حالة اكتئاب . (بوقطاف ،حفظ الله.2023. ص375.376)

كما يعتبر اضطراب طيف التوحد من أصعب مشكلات النمو التي تصيب الطفل خلال السنوات الأولى من عمره ، إذ تعرفه الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال التوحديين بأنه: إضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا ، و تشمل الإضطراب في المجالات التالية : النمو ، الإستجابة الحسية للمثيرات،اللغة و الكلام ،القدرات المعرفية ، التعلق و الإلتناء للناس ،و التعلق بالأحداث والمواضيع .(بن قطاف ،بعيطاوي .2021.ص943)

و في دراسة " مارسولي 2006 " حول التوحد و تأثيره على الأم ، فهذا الإضطراب يؤثر على ردة فعل الأم نتيجة السلوكيات الإعتيادية الكبيرة للإبن إذ نجد الطفل حسب هذه الدراسة لا ينظر للأم و الغياب الكلي للتفاعل بينه و بينها ، فهذا الوضع يجعل الأم لا تحقق ما كانت تنتظره من الأمومة و يجعلها في حالة إضطراب و إختلال في التوازن .(المكانين .2009.ص104)

فالأباء و خاصة الأمهات غير قادرين على مواجهة هذه المشكلة أو حتى النظر إليها باهتمام أكثر ، هذا ما يجعل الأمهات يشعرن بالكآبة النفسية ، القلق ، التوتر ،الضغط ، فإضطراب التوحد يؤثر على نوعية السلوك الذي يظهر على الأم و على الأسرة بأكملها و هذا ما يؤدي إلى تدهور صحة الأم النفسية .(قديري،ونيس .2017)

كما نجد عدة عوامل (فيزيولوجية) تضمن قدرة الأفراد على إدراك قدراتهم و التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة و التعامل السليم معها من بينها التمتع بالمرونة النفسية ، فالمرونة النفسية سمة أساسية من سمات الشخصية التي تمكن الفرد من التكيف الجيد و هي تتمثل في قدرة الفرد على الإستجابة للمؤثرات الجديدة استجابة ملائمة ، فهي ليست قوة خارقة يصعب الوصول إليها ، إنما المرونة النفسية موجودة بالناس العاديين و يمكن إكتسابها و تنميتها فهي عملية فردية مستمرة ، يسعى الفرد من خلالها لمعرفة ذاته و قدراته المتميزة . (غواش،قنون.2020.ص8.7)

حيث يعرفها " نيومان 2002 " على أنها القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة ، المحن و المواقف الضاغطة المتواصلة و هي عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن و الصدمات و مصادر الضغط النفسي . (بن عيسى،عزوز.2023.ص47)

و من جهة أخرى تشير المرونة النفسية إلى قدرة الفرد على القيام بوظائفه بالرغم من التحديات و الظروف الصعبة المحيطة به ، فالمرونة النفسية تساعد على مواجهة الشدائد و الصدمات و الضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد ،مثل : ضغوط العمل ، و مشكلات العلاقة مع الآخرين ، المشكلات الأسرية المشكلات المالية ، و المشكلات الصحية الخطيرة ، و هذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يشمل كلا من الأفكار و الأفعال . (عبد الحافظ.2021.ص226)

وترى نعمات علوان و عبدالرؤوف الطالع (2014) أنه لا يمكن أن يتحدث الفرد عن المرونة النفسية بعيدا عن التعرض للأزمات أو أحداث الحياة الضاغطة، حيث يتحدد نصيب الفرد من المرونة النفسية بقدر ما يستطيع أن يتغلب أو يواجه تلك الأحداث الضاغطة ويتأثر بها، وتؤثر فيه. (أحمد محمود عيسى.2024.ص158)

وفي دراسة " فريد ريكسون " و آخرون على الأفراد ذوي المرونة العالية التي ساعدتهم في بناء المصادر النفسية الضرورية للتكيف مع المواقف المختلفة بنجاح و حافظت على توازنهم و صحتهم النفسية بينما الأفراد ذوي المرونة المنخفضة لديهم عدم القدرة على تجاوز هذه الأحداث و تؤدي إلى أزمات نفسية في حياتهم . (غوداش، قنون .2020.ص10.9)

كما هدفت دراسة " Ilias et al 2018 " إلى معرفة مستوى الضغوط و مستوى المرونة لدى آباء و أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في جنوب شرق آسيا ، حيث تعرض هذه الدراسة العوامل المرتبطة بالإجهاد و الضغوط لدى آباء و أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و أيضا العوامل المرتبطة بالمرونة ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن العوامل الرئيسية المرتبطة بالضغوط لدى الآباء و الأمهات هي ضعف الدعم الإجتماعي من الآخرين ، شدة أعراض التوحد ، الصعوبات المادية ، القلق و مخاوف المستقبل ، و تشير نتائج الدراسة إلى أن عوامل المرونة المتمثلة في التحكم ، الضبط الذاتي ، الشعور بالقوة الذاتية و الدعم الذاتي بمثابة عوامل مواجهة لتقلبات الظروف و الضغوط التي يمر بها الوالدين ، و كلما زادت المرونة لدى الوالدين كلما استطاعوا مواجهة الضغوط و الصعوبات .(الحديبي و آخرون.2020.ص140)

و قام كل من (Rouette et al , 2014) بدراسة هدفت إلى فحص طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية و الشعور بالأزمة عند أمهات الأطفال المصابين بإعاقة عقلية ، و تكونت العينة من (154) من أمهات الأطفال المعاقين عقليا ، و أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية سالبة بين المرونة النفسية و الشعور بالأزمة ، حيث أن الأسر الأكثر مرونة نفسية هم أكثر قدرة على تفادي الشعور بالأزمة ، بالمقارنة مع الأسر التي لديها مرونة منخفضة و التي تعاني من الشعور بالأزمة و عدم القدرة على التعامل مع المحن ، و أكثر عرضة للضغوط النفسية (عاشور.2020.ص91)

و دراسة " ريبين نج ، و ريبيكا أنج ، و مون هو 2012 " التي هدفت إلى التعرف على عوامل المرونة النفسية و ما تشمله من مكونات مثل (التفكير الإيجابي ، الصمود ، الصلابة) و علاقتها بمواجهة الضغوط و الأمراض النفسية المتمثلة في القلق ، الإكتئاب ، الغضب ، العدوان و ذلك على عينة متكونة (119) مراهقا ، و توصلت نتائج الدراسة إلى أن التفكير الإيجابي له تأثير دال إحصائيا على القلق و الضغوط و الغضب و العدوانية ، كما توصلت النتائج إلى أن التفكير الإيجابي ساعد عينة البحث على مواجهة الضغوط و مواجهة حالات القلق و الإكتئاب. (محمد خضر .2021.ص113)

و ترجع إصابة أمهات أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بالإكتئاب إلى ما يوضحه "اسماعيل 2015" أن الإكتئاب يبدأ منخفض المستوى و مع مرور الوقت يزداد في الإرتفاع إذا لم يتم تداركه و عرض الحالة على أخصائي نفسي للتخلص من هذا الإكتئاب أو التخفيف منه.
(عثمان عيسى ، الثبتي .2021.ص295)

كما أن الإكتئاب من أكثر الإضطرابات التي تتعرض لها الأم بسبب وجود طفل ذو اضطراب طيف التوحد في الأسرة و يظهر ذلك في الحزن و الإنسحاب الإجتماعي (العزلة) و خيبة الأمل أو الإحساس بالفشل و الخسارة و عدم تحقيق الرغبة في وجود طفل من ذوي الإحتياجات الخاصة.(حايلي،2022)

و منه أثبتت الدراسات أن الإكتئاب النفسي للمرأة مرتفع مقارنة بالرجال حيث تقدر نسبة الإصابة بالإكتئاب بين المرأة و الرجل 1.2 % يدل ذلك على أن مقابل كل حالة إكتئاب في الرجال يوجد حالتان في النساء .(الشربيني.2001.ص34)

و قد أشارت العديد من الدراسات إلى أن أطفال اضطراب طيف التوحد يشكلون ضغطا و قلقا على أمهاتهم، و أن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للإكتئاب الشخصي ، كذلك أشارت الدراسات مثل دراسة "أولسن ووانج 2001" أن أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يعانين من مستويات عالية من الإكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين .و يذكر " فاينكي 2002" قول إحدى الأمهات لطفل توحي تشرح فيه خبرتها مع الإكتئاب فتقول أنها تعاني من الحزن و أنها تتعرض لسوء فهم من طرف المحيطين بها في العديد من المواقف ، وأنها تعاني من العزلة لأنها لا تعرف كيف يمكن أن يفهمها الآخرون ، و أنها تشعر بالإكتئاب لأنها تحس أن هناك خطأ و لكن لا تعرف ماهو و أنها تشعر أنها خسرت الكثير مقابل ما كسبته في حياتها.
(الرزقات .2004.ص342)

و في دراسة أجرتها "نورا 1991" التي هدفت إلى البحث عن المشكلات المترتبة على وجود طفل توحي في الأسرة من حيث مشاكل التكيف و الإكتئاب ، بينت النتائج أن آباء و أمهات و أخوة الأطفال المصابين بالتوحد لديهم درجة إكتئاب و مشكلات التكيف الإجتماعي مع غيرهم من

الأسر ، كما أشارت أن وجود إناث مصابات بالتوحد في الأسر يشكل نسبة توتر أعلى من التوتر الذي يسببه وجود الذكور . (الرشيد.2018. ص96)

و دراسة أجراها " الشامي 2010" و التي هدفت لمعرفة مستوى القلق و الإكتئاب و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد ، و قد شملت العينة 95 أم مصنفة حسب متغيرات ديمغرافية (العمل ، المستوى التعليمي ، المستوى الإقتصادي ، عدد الأطفال)، كما تم مقارنة النتائج بأمهات الأطفال العاديين ، أظهرت نتائج الدراسة إرتفاع مستوى القلق و الإكتئاب و الضغط النفسي لدى أمهات أطفال طيف التوحد و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق و الإكتئاب و الضغط النفسي حسب المتغيرات الديمغرافية للدراسة . (محمود خضر.2019.ص264)

و دراسة " شاندرافانشي وآخرون 2017" التي هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار الإكتئاب بين أمهات الأطفال ذوي الإضطرابات النمائية ، و تكونت عينة الدراسة من 100 أم من أمهات الأطفال ، و أشارت نتائج الدراسة إلى إنتشار الإكتئاب بين أمهات أطفال ذوي الإضطرابات النمائية بنسبة 79% ، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير لبعض المتغيرات الديمغرافية على إنتشار الإكتئاب لدى عينة الدراسة . (الصافي عبد اللاص.18)

و من هنا جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي :

- هل ينخفض مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد كلما إرتفع مستوى المرونة النفسية ؟

2- فرضيات الدراسة :

- ينخفض مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد كلما إرتفع مستوى المرونة النفسية .

3- أسباب و أهمية إختيار الموضوع :

- كون إضطراب طيف التوحد من الإضطرابات الشائعة و هو في انتشار متزايد.
- إعتبار المرونة النفسية عامل أساسي في مواجهة الشدائد و بالتالي الرغبة في معرفة تأثيرها على الإكتئاب .
- تسليط الضوء على الحالة النفسية لأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد.
- الخروج بنتائج علمية يمكن الإستفادة منها في إيجاد استراتيجيات إيجابية تساعد أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد على التكيف مع مختلف الوضعيات.

4- أهداف الدراسة :

إن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة العلاقة بين المرونة النفسية و الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .

كما تهدف إلى :

- معرفة مستوى المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد .
- معرفة مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.
- دراسة العلاقة بين المرونة النفسية و الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.

5- تحديد المفاهيم الأساسية :

6- 1 المرونة النفسية :

لغة : قال ابن فارس "مرن" الميم و الراء و النون أصل صحيح يدل على لين الشيء وجاء في لسان العرب مرن ، يمرن ، مرانة و مرونة و هو لين في الصلابة ، و المرانة اللين .

(علياوي.2022.ص16)

اصطلاحا : تعرف "**الجمعية الأمريكية لعلم النفس 2002**" المرونة بأنها عملية التوافق و المواجهة الإيجابية للشدائد و الصدمات و النكبات أو الضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد مثل المشكلات الأسرية و مشكلات العلاقات مع الاخرين و المشكلات الصحية الخطيرة و ضغوط العمل و المشكلات المالية .(أبو القمصان.2017.ص26)

إجرائيا : هي قدرة أمهات أطفال إضطراب طيف التوحد على مواجهة الضغوطات التي تتعرض لها بسبب إنها و التعامل مع المواقف الصعبة بنجاح ، و توافق درجة الحالة المتحصل عليها من خلال المقابلة النصف موجهة و مقياس المرونة النفسية .

2-6 الإكتئاب :

لغة : الإكتئاب مشتق من كلمة "كئب" و "كآبة" بمعنى تغيرت نفسه و تدهورت من شدة الحزن فهو كئب و كئيب ، و أكأب شخصا أي أحزنه و الإكتئاب مرادف للإنقباض ، و يقال إذا إنقبض الشخص على نفسه يعني ضاقت به الحياة فاعتزل .(إحجادن حماني.2016. ص30)

اصطلاحا : عرف "**بيك 1978**" الإكتئاب بأنه حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد ، و ظهور تغيرات نفسية مثل : الإحساس بالوحدة و الإنطواء و الأرق ، و تغيرات جسمية كتغير وزن الجسم و الخمول (بطء الإستجابة).

أما "**محمد عبد الظاهر الطيب 1989**" يعرف الإكتئاب أنه حالة من الحزن الشديد المستمر الناتج عن الظروف الأليمة .(الرشيد.2018.ص85)

إجرائيا : عبارة عن الصعوبات و المشكلات التي تواجه أمهات أطفال إضطراب طيف التوحد و الحالة النفسية التي تمر بها الأم نتيجة إصابة إنها ، و توافق درجة الحالة المتحصل عليها من خلال المقابلة النصف موجهة و مقياس بيك للإكتئاب.

3-6 طيف التوحد :

لغة : التوحد AUTISM مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية AUTO و التي تعني النفس أو الذات و ISM و تعني الإنغلاق .(Bloche et al .1999.p109)

إصطلاحا : تعرف " منظمة الصحة العالمية (2013) " التوحد بأنه إضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات و يبدو على شكل عجز في استخدام اللغة و في اللعب و في التفاعل والتواصل الإجتماعي.(جاسب شبيب.2008.ص18)

و يعرفه "عليوات 2007 " على أنه عجز يعيق تطوير المهارات الإجتماعية و التواصل اللفظي و غير اللفظي و اللعب التخيلي و الإبداعي و هو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات و معالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الإجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الإرتباط و خلق علاقات مع الأفراد و عدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ .(عليوات.2007.ص07)

إجرائيا : هو طبيعة نمائية تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل تتسم بقصور في التفاعلات الإجتماعية و عدم القدرة على التكيف مع المحيط و الإنعزالية و الميل إلى الإنطواء و محدودية استخدام اللغة ، مشخصة من طرف (Pédopsychiatre) و يخضع إثرها المصاب لمتابعة من طرف الأخصائية الأطفوننية و المختصة النفسية .

المرونة النفسية

• تمهيد

1- لمحة تاريخية عن المرونة النفسية

2- مصطلحات لها علاقة مع المرونة النفسية

3- أنواع المرونة النفسية

4- النظريات المفسرة للمرونة النفسية

5- طرق بناء المرونة النفسية

6- مكونات المرونة النفسية

7- العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية

8- ميزة الأفراد ذوي المرونة النفسية

• الخلاصة

تمهيد :

يتميز الواقع الحياتي بكثرة التحولات و التطورات التي تشكل ضغوطا على الإنسان ، و التي قد تتسبب في إحداث تغيرات في مختلف المجالات .

و تتمثل المرونة النفسية في قدرة الأفراد على الإستمرارية و التكيف و مواجهة الأحداث بطريقة مفعمة بالإيجابية متحديا أصعب الظروف ، فالأفراد المرنون لا يتركون مجالا للأحداث السلبية و الضغوطات الحياتية أن تهزمهم وتسحق مقومات صمودهم النفسي ، وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى تفاصيل أكثر عن هذا المصطلح نتناول فيه : لمحة تاريخية عن المرونة النفسية ، مصطلحات لها علاقة مع المرونة النفسية ، كذلك النظريات المفسرة للمرونة ، أنواع و طرق بناء المرونة النفسية ، مقومات المرونة النفسية و العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية ، وصولا إلى ميزة الأفراد ذوي المرونة النفسية .

1- لمحة تاريخية عن المرونة النفسية :

تعود جذور مفهوم المرونة النفسية إلى ما يقارب 50 عام مضت و قد كان الإهتمام بالمفهوم على نطاق ضيق و من قبل عدد محدد من العلماء و الباحثين و كان التركيز على فهم الآليات و الأساليب و الظروف المساهمة في عمليات الوقاية و التنمية النفسية و كان التركيز الأكبر على الأشخاص الذين أظهروا قدرا كبيرا من المرونة و التغلب على الظروف الإقتصادية و الإجتماعية و البيئية القاسية و التي تعرضوا لها أو يتعرضوا لها بإستمرار. (الربخي .2016.

ص16)

و تم وصف مصطلح المرونة النفسية بعدة تسميات منها " التكيف الناجح **Successful** " ، "adaptation" الأداء الإيجابي **positive Functioning** " ، " الكفاءة **competence** " ، بالرغم من حالة التعرض للمخاطر و الضغوط المزمنة ، أو بعد التعرض للصدمات أو بعد التعرض للصدمات بفترة طويلة .

و برز مفهوم المرونة أثناء إجراء الباحثون لبحوث و دراسات تضمنت عوامل الخطر المعرفية و النفسية و البيئية و البيولوجية التي تعوق النمو الطبيعي أو العوامل التي تكون مرتبطة

بشكل أكبر بنتائج الحياة السلبية ، و قد وجد الباحثون أنه حتى في ظل أسوأ الظروف هناك عوامل وقائية تحمي استجابة الفرد للضغوط و نتج عنها ما يسمى التكيف الإيجابي أوالمرونة.
(أبو زيد . 2017 . ص238)

يعد جارمیزی "Garmezy 1973" أول من قام بدراسة المرونة النفسية من خلال البحث الذي أجراه و اصطلح عليه "الوبائيات" و تعرض في دراسته إلى الأفراد الذين يتعرضون للمرض و خصائصهم و ميز بينهم و بين الأفراد الذين لا يتعرضون لنفس المرض و بحث في الأسباب و الكيفية و ذلك للكشف عن عوامل الخطورة و عوامل الوقاية التي تساعد في تعريف المرونة النفسية .(زدام. 2023. ص31)

و تعد إيمي فيرنر "Emmy ferner 1982" واحدة من أول العلماء الذين استخدموا مصطلح المرونة النفسية في العقد السابع من القرن العشرين ،حيث درست مجموعات من الأطفال من أسر فقيرة مدمنة كحول أو يعاني بعض آبائهم من مرض نفسي ، و أظهرت النتائج أن ثلثي الأطفال لديهم سلوكيات عدوانية كما تعرضوا للفشل لاحقاً ، و أن ربع هؤلاء الأطفال لم يظهروا سلوكاً عدوانياً و نجحوا في حياتهم المهنية فيما بعد ،لذا يطلق عليهم أطفال ذوي المرونة النفسية ،فهؤلاء الأطفال يمتلكون سمات تجعلهم مختلفون عن أقرانهم .(جاسم محمد . 2019. ص30)

و توالى الأبحاث في هذا المجال حيث نشر " A.Masten 1990 " ، مقالا يتناول المرونة لدى الأطفال الذين تعرضوا للضغوطات و الصدمات ، و علاقتها بنومهم .(عطالله ، الزغبى . 2022. ص31)

و يعتبر بوريس سيروولنيك " Boris cyrulnik " أول من بحث في القدرة على النمو و التطور بشكل إيجابي في البيئات التي تعرضت للضغوطات و التي قد تؤثر على الفرد بطريقة سلبية ، و قد تؤدي به إلى تكيف مرضي . حيث إنه بحث في كيفية خروج الأطفال من المحن و الظروف القاسية بطريقة إيجابية .

و قد طور بوريس سيروولنيك "Boris cyrulnik" هذا المفهوم من خلال ملاحظة الأفراد و الناجين من معسكرات الإعتقال بما في ذلك أطفال دور الأيتام الرومانية و أطفالالشوارع

البوليفيين بالنسبة له ، فإن المرونة النفسية تحدد القدرة على النمو و التطور و التقدم حتى في البيئات التي تعرضت للتدمير. (الزغبى، عطا الله. 2021. ص77)

و هكذا أصبحت المرونة النفسية من أهم المواضيع المهمة و الموضوعات المركزية في علم النفس الإيجابي ذلك الفرع الحديث من فروع علم النفس و الذي أعلن تأسيسه عندما دعا رئيس الرابطة الأمريكية لعلم النفس مارتن سليجمان " Seligman1998 " إلى أهمية الانتقال من نموذج العجز إلى نموذج القوة وهو ما يعرف بعلم النفس الإيجابي. (بن حديد. 2023. ص34)

2- مصطلحات لها علاقة مع المرونة النفسية:

1-2 مرونة الأنا :

تشكل مرونة الأنا في مجملها القدرة التي يستخدمها الفرد المستوى النفسي و الإجتماعي و الإنفعالي و الأكاديمي من أجل التوافق مع الأحداث أو المعوقات غير المواتية و التي تعرقل مسيرة نموه الشخصي في الإتجاه الطبيعي ، و هذه القدرة تتوقف على إدراك و تقبل الذات و تقبل الآخرين المحيطين به. (الهنداوي .2020. ص1746)

و يفيد " Mc Millan ، 1992 -al et " أن هناك مجموعة من العوامل المكونة لمرونة

الأنا في الشخصية تتمثل في ما يمتلك الإنسان من القدرات و منها قدرة الفرد على :

- الإحتفاظ بسعادته من خلال إحساسه بأنه سوف يحقق الهدف الذي يسعى جاهدا إليه .
- قدرة الفرد على العمل المنتج و السعي الحثيث على التنمية النفسية و الإجتماعية و العقلية و الإنفعالية .
- المحافظة على أمنه النفسي و تقبل ذاته و معرفتها و إدراكه الحقيقي لها وللآخرين المحيطين به .
- المحافظة على الكفاية التواصلية البيئية الشخصية ، و قدرته على المحافظة على علاقات واقعية مع الآخرين في بيئته. (علوي . 2020 . ص92)

2-2 قوة الأنا :

القدرة على التكيف مع شروط الواقع والإحتفاظ بأوضاع انفعالية متزنة والتوافق مع المطالب الإجتماعية و الإتزان والقدرة على التحكم في الإنفعالات وفي التعبير عنها في مواقف الغضب وفي مواقف الرضا، وعند الخوف والخلو من الصراعات المرضية ، وتحقيق الصحة النفسية .
(شقورة. 2012.ص 11)

2-3 التوافق الإيجابي :

وهو قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه ، وهذا ما يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التآزم والإضطرابات ، يعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه و يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين . (فهمي. 1995. ص.16)

2-4 القدرة على التكيف :

هي تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين البيئة . و تعرف أيضا بأنها القدرة على تكوين العلاقة المرضية بين المرء وبيئته . (فهمي.1995. ص33)

2-5 الإتزان الإنفعالي :

يرى "ريان 2006 " أن الفرد المتزن انفعاليا يستجيب للمواقف و المشاكل التي تواجهه بأسلوب يتصف بالمرونة و عدم التطرف و المبالغة و الإندفاع أو المغالاة في الإستجابة للمواقف الإنفعالية المختلفة ، فهو شخص يشعر بالتفاؤل والبشاشة و الإستقرار النفسي و التحرر إلى حد كبير من الشعور بالإثم و القلق و الوحدة النفسية . (محمد ريان .2006.ص40)

2-6 الصلابة النفسية :

تعرفه Kobasa & Pimes بأنها: إعتقاد عام لدى الفرد بفاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والإجتماعية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعليته أحداث الحياة

الضاغطة الشاقة إدراكا غير محرف أو مشوه ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو إيجابي. (الصفدي.2013.ص 28)

7-2 المناعة النفسية:

مفهوم فرضي ، ويقصد بها قدرة الشخص على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وإنتقام، وأفكار و مشاعر بأس وعجز، انهزامية وتشاؤم . ومما سبق يتضح أن المناعة النفسية هي بمثابة مقاومة الفرد لكافة المواقف والأحداث الحياتية التي يتعرض لها و قدرته على تحمل مصاعبها وتصديه لها بفاعلية و بمرونة عالية، حيث تساعده على التكيف والتعايش مع ظروف الحياة القائمة . (عبد الكريم. 2016. ص 17)

3- أنواع المرونة النفسية:

إن المرونة النفسية تسمح للفرد بأن يرى الجوانب والحدود المتعلقة بالمشكلات ومن ثم فإنها دائما ما تسمح للفرد بتغيير المشكلة نفسها حيث يكون الفرد قادرا على أن يعيد تحديد المشكلة، فالمرونة هي نوع من القابلية للتكيف إذن المرونة هي إحدى المكونات المهمة في العملية المعرفية.

وقد حدد سعد الله (2008) نوعان لأشكال المرونة النفسية وهما:

3-1 المرونة التكيفية:

تعتبر المرونة بأنها التغيير في الحلول الممكنة للمشكلات التي تصادف الشخص في بيئته التي يحتك بها، إذ يتطلب هذا النوع القدرة على تغيير زاوية التفكير في اتجاهات مختلفة ومستمرة، وهذا التغيير يتطلب قدرا كافيا من المرونة التكيفية شبيهة بالأنماط السلوكية التي تمارس في الحياة اليومية التي من خلالها ظهرت الابتكارات، ذلك لأن القدرة على التحليل والتركيب تتطلب بالضرورة القدرة على المرونة التكيفية.

2-3 المرونة التلقائية:

المرونة التلقائية تعني إنتاج عدد من الأفكار المرتبطة بموقف غير محدد بدقة وذلك يعني أن الفرد الذي يتميز بالمرونة التلقائية هو الذي ينغمس في معطيات الموقف بكل إمكانياته العقلية والإنفعالية والحركية لينتج حلولاً متنوعة لموقف معين أو مجموعة مواقف.

يعتبر الفرق بين المرونة التكيفية والمرونة التلقائية في تحديد الموقف تحديداً دقيقاً بالنسبة للمرونة التكيفية، بمعنى أن الفرد يوجه تفكيره نحو موقف موحد، أما الفرد الذي يتميز بالمرونة التلقائية فلا يتقيد بموقف محدد وإنما يترك تفكيره يجول في عناصر الموقف حتى وإن كان الموقف على شيء من التحديد أو في تلك العلاقات التي تربط مجموعة المواقف عندما تتعدد هذه المواقف التي يتصدى لها الفرد. (بن حديد. 2023. ص39)

و يرى كمال إبراهيم مرسى 2006 وجود ثلاث أنواع للمرونة النفسية و هي :

- مرونة نفسية طبيعية : هذا النوع من المرونة النفسية موجود عند الفرد و ينمو معه و يكتسبه من التفاعل بين الوراثة و البيئة.

- مرونة نفسية مكتسبة طبيعية: هذا النوع من المرونة النفسية يكتسبها الفرد من التعلم والخبرات السابقة لديه في مواجهة الصعوبات والأحداث الضاغطة.

- مرونة نفسية مكتسبة صناعية: وهذا النوع من المرونة يكتسبها الفرد من خلال تعريضه للعديد من المواقف الضاغطة والمثيرة للقلق بعد تدريبه على السيطرة على انفعالاته ومشاعره واستبدال الإنفعالات والمشاعر السلبية بإنفعالات ومشاعر إيجابية عند تعرضه للصعوبات والمواقف الضاغطة.

في حين يصنفها آخرون حسب درجة أو شدة تقبل البيئة الجديدة إلى:

- المرونة القوية: وفيها يتكيف الفرد مع بيئته الجديدة دون أن يغير من طبيعته وشخصيته الأصلية.

- المرونة الضعيفة : وفيها يتقبل الفرد قيم البيئة الجديدة ومثلها مما يؤدي بالفرد إلى إنكار شخصيته الأصلية، وينتج عن ذلك عدم توافق الفرد إذا ما عاد إلى بيئته القديمة، وهذه

المرونة لا تحقق التكيف بل تؤدي إلى اختلاله . (فهيمى. 1995. ص39)

إن المرونة مهارة وتفكير وقدرة وإبتكار ، ولكل فرد قدرة عقلية وتفكير إيجابي في إدراك أموره الحياتية وكيفية التعامل معها بطرق متفاوتة ومتنوعة ، وهذا يعود إلى شخصية الفرد وتقبله للوضع الذي يعيش فيه، والمرونة التكيفية هي أن يتكيف الفرد مع الظروف بأقل خسارة وأقل جهد وأوسع إدراك.

4- النظريات المفسرة للمرونة النفسية:

4-1 نظرية التحليل النفسي :

يرى سيجموند فرويد أن القوى الثلاثة في الشخصية و التي تتمثل في الهو (ID) ، و الأنا (Ego) ، و الأنا الأعلى (Super Ego) . و أن الصراع بينهما يحدد قدرة الفرد على مواجهة الشدائد و الصعوبات الحياتية، أن الأنا القوية تحدث التوازن والتوافق بين الهو و الأنا الأعلى كونها تعتمد على الواقع في عملها بشكل موضوعي تماشياً مع الجوانب الإجتماعية التي يعيش بها الإنسان و العمل على مواجهة الصراعات والتغلب عليها ، ركز فرويد أن المرونة النفسية تتحدد بالأنا و نجاح الأنا في الواجبات التي تقوم بها .و تتحدد في مستوى تعديل الفرد من سيطرة الأنا بتغيير المواقف ، وهكذا يمكن أن يكون الفرد مرناً الأنا ذا عزيمة عالية و منظم في أوقات و تلقائي جداً في مواقف أخرى. (عياش .2015. ص7.6)

4-2 نظرية اريكسون:

تعد نظرية اريكسون A. Erikson في النمو النفسي الإجتماعي امتداد لما قدمه فرويد في نظريته، إلا أن اريكسون ركز على نمو الأنا و فاعليتها مؤكداً على أهمية الجوانب الإجتماعية و البيولوجية و النفسية كعوامل محددة للنمو، و يقسم اريكسون دورة حياة الإنسان إلى ثماني مراحل متتابعة تظهر كل منها بظهور أزمة نفس - اجتماعية و تسعى الأنا جاهدة لحل هذه الازمة و كسب فاعليات جديدة تزيدها قوة و تجعلها قادرة على مواجهة مصاعب الحياة.

وتتضح المرونة من خلال طبيعة الحل الإيجابي أو السلبي للأزمة و اللذان يمثلان طرفي النقيض، وعلى هذا فإن اريكسون يحدد مؤشرات المرونة والتي تعني فاعلية الأنا السوية في كل من (الثقة، الإستقلالية ، المبادرة ، الإنجاز، تشكيل الهوية، الألفة، الإنتاجية و الحكمة) .

(أبو القمصان .2017. ص 33. 34)

و قد أشار "جروتبرغ" (Grotbreg) إلى مراحل اريكسون التطورية وهي (الثقة والإستقلال، والمبادرة والمثابرة والهوية ، الألفة والإنتاجية والتكامل) ،وأظهر أن الحل الإيجابي يمثل إكتساب وفهم كل مرحلة من المراحل بمرونة. (Grotbreg.2003.P5)

3-4 المنظور الإنساني:

يركز هذا المنظور على أهمية الخبرة الذاتية للفرد ، ومشكلاته الأساسية كالقلق وفاعليته وحرية في اتخاذ قراراته لحل مشكلاته ، ويركز بصفة عامة على كشف السبل التي تؤدي بالفرد إلى التكيف وتحقيق أقصى فاعلية لذاته . (غباري وآخرون .2008 . ص 22)

إذ يرى روجرز Rogers أن السلوك مدفوع بقوة واحدة هي النزعة لتحقيق، المتمثلة بالرغبة في المحافظة على النفس وتطويرها ، كما أن الشخصية السليمة المرنة بنظر روجرز دالة على الإنسجام بين الذات والخبرات ، فالأشخاص الأصحاء نفسياً قادرون على إدراك أنفسهم وبينتهم كما هي في الواقع وهم منفتحون بحرية لكل التجارب لأن أية واحدة من هذه الخبرات لا تشكل تهديدا للذات لديهم، وأنهم أحرار ليحققوا ذواتهم في السير قدما ليكونوا أشخاصا متكاملين في أداء مهامهم، ليس بالضرورة أن يغيروا وجه العالم بل يكفي أن يكون مبدعا حتى في شيء صغير يشعر بالتلقائية و بمرونة كبيرة في التكيف مع الحياة والبحث عن خبرات جديدة نحو الإحساس بالرضا وتحقيق الأهداف التي يسعى إليها . (الزهيري .2012. ص54)

وحدد " كوتس وورث " (Coats worth) المرونة في أنها المحافظة على الكفاءة في سياق التحديات الكبيرة من أجل التكيف أو التطور، فيشير إلى المرونة في ضوء مصطلح تحقيق الذات على أنها النتيجة الملاحظة ما بين الأفراد ليكونوا مرنين والتي تعكس خصائص الأشخاص المحققين لذواتهم في:

- لديهم إدراك للواقع.
- يظهرون قبولا لأنفسهم والآخرين والوضع المحيط بشكل عام.
- يتصف سلوكهم بالبساطة والتلقائية.
- يركزون على المشكلة خارج أنفسهم.

- لديهم إستقلال نسبي عن البيئة.
- يطورون علاقات قوية مع أفراد قليلين محققين لذواتهم.
- لديهم تمييز أخلاقي بين الوسائل والغايات.
- لديه روح دعاية غير عدائية. (Mcconnell .1974 .p 630)

4-4 المنظور الوجودي :

يتناول المنظور الوجودي الإنسان بوصفه وجودا بيولوجيا وإجتماعيا وسايكولوجيا ، مهمته الأساسية البحث عن المعنى وتأكيد هذا المعنى ، وترجع بدايات ظهوره إلى الظروف التي مرت بها البشرية جمعاء والمجتمعات الأوروبية على وجه التحديد التي تضمنت حربين عالميتين مدمرتين وتطور مدهش في التكنولوجيا وإهمال المشاريع الإنسانية واهتزاز القيم والمعتقدات الدينية والأسرية والتقليدية ، وطبقا لفرانكل Frankal فإن القوة الدافعة الرئيسة لسلوك الإنسان هي " الرغبة في المعنى " أي أن يجد السبب أو شيئا من المنطق لمشكلات وجوده وتعقيدات حياته. (صالح . 2005 . ص 168)

- فمهمة الإنسان المرن تكمن في البحث عن المعنى واكتشافه وهذه المهمة تتحقق من خلال :
- القيم الإبداعية : من خلال ما يمنحه الفرد للعالم من منجزات إبداعية ذات فائدة وقيمة في مختلف المجالات.
- القيم الموقفية : من خلال مواجهة الفرد لمأزقه الوجودي وتأقلمه مع الظروف السلبية والخبرات الصعبة المؤثرة التي لا يمكن تفاديها مثل: الأمراض المزمنة والكوارث الطبيعية.
- قيم الخبرة : من خلال ما يحصل عليه الفرد من خبرات إيجابية في مجال تذوق الجمال والعلاقات الإنسانية . (الجميل . 2008 . ص 43)

5-4 الإتجاه السلوكي :

يرجع الفضل في بلورة هذا السلوك إلى جون واطسون الذي أراد أن يجعل علم النفس علما مثل العلوم الطبيعية لذلك رفض أن تكون فكرة اللاشعور موضوع دراسة علم النفس ، وتقوم الشخصية في حالة سوائها أو إنحرافها على مجموعة من العادات التي سبق أن تعلمها الفرد

بالشخصية ، كلها مكتسبة و متعلمة تحت شروط التعزيز .ويعتبر السلوكيون أن الأشراف والصراع بين المثيرات من أهم مصادر مرونة السلوك أو نتيجة لما يحدث من سوء التكيف تجاه المواقف الجديدة ولعل ذلك هو عدم قدرة الفرد على ترك الإستجابات .(أبو القمصان.2017. ص

(35

4-6 نظرية التعلم الاجتماعي لروتر :

تحاول نظرية جوليان روتر (Julian B. Rutter) المشار إليها في الزيات(1996) الدمج بين إتجاهات متنوعة في علم النفس ومن تلك النظريات : نظرية (المثير والإستجابة) والنظريات المعرفية أيضا ، فنظرية روتر تركز على أساسيات كتفاعل الأفراد مع البيئة التي يعيشون فيها بناء على الخبرة الخاصة بالماضي والتوقع لما هو آت في المستقبل بناءا على الحاجات الفردية الشخصية ، ولا يتم فصل البيئة عن الفرد ، فالسلوك يعتمد عليهما معا ، ويأتي التطور والنمو في شخصية الفرد من تفاعله داخل بيئته والذي بدوره يسهم بالتنبؤ من خلال سلوكياته .(الهاشمي.

(2006.ص62)

طور روتر مفهوم يسمى الضبط وهو شعور ذاتي فردي يشعر الفرد من خلاله بالتحكم بالأحداث الجارية والمواقف المؤثرة على حياته، وينقسم الأفراد تبعا لذلك الضبط إلى قسمين هما:

- فئة مركز الضبط الداخلي : فيمتلك الأفراد الشعور بالمسؤولية لما يحدث معهم، ولديهم

القدرة والإمكانات الداخلية الكامنة على تغيير الأحداث حيث يرى روتر المرونة النفسية قوة داخلية تساعد الفرد على المواجهة والتحمل.

- فئة مركز الضبط الخارجي: إذ تكون مشاعر الأفراد لهذه الفئة متسمة بالاحساس بإنعدام

السيطرة على الأحداث التي تمر معهم، بسبب قوى خارجية تكون متحكم بها مثل: الحظ والصدفة والقدر والمحيط الإجتماعي والعوامل البيئية ،فتعد كل تلك القوى ليست بالسهل التنبؤ عنها.

وبحسب هذه النظرية فإن أصحاب الضبط الخارجي هم ذو مرونة أقل قياسا إلى أصحاب الضبط الداخلي الذين يمرون بظروف وتحديات في الحياة. (نزيه.2021.ص22.23)

5- طرق بناء المرونة النفسية:

إن المرونة النفسية مهارة وقدرة ويختلف الأفراد فيما بينهم ، فلكل فرد قدراته العقلية لسماته الشخصية وتقبله وتفكيره الإيجابي وقدرته على الابتكار في حل مشاكل حياته، ويختلف الأفراد في استجاباتهم للصدمات أو لأحداث الحياة الضاغطة فإن الطريقة التي تتناسب مع شخص معين قد لا تتناسب مع شخص آخر ويستخدم الأفراد استراتيجيات تأقلم أو مواجهة أو توافق متنوعة. ووضح أبو حلاوة وجود طرق لبناء المرونة النفسية وهي:

5-1 إقامة روابط مكثفة مع الآخرين:

فالعلاقات الإجتماعية الإيجابية مع أعضاء الأسرة ، الأصدقاء وغيرهم من أهم متطلبات بناء المرونة النفسية ، وتقبل المساعدة والدعم من الأشخاص الذين نحبهم والإستماع إليهم يقوي المرونة النفسية لدينا.

ويرى بعض الناس أن المشاركة الفعالة في مؤسسات المجتمع المدني، المؤسسات الدينية أو غير ذلك من الجماعات الخيرية أو التطوعية مصدرا من مصادر المساندة الإجتماعية، ويمكن أن تساعد في إعادة وبث الأمل في نفوس من يتعرضون لشدائد أو عثرات. كما أن مساعدة الآخرين وقت إحتياجهم إلى المساعدة مصدرا مدعما للراحة النفسية في التكوين النفسي لمن يقدم هذه المساعدة مما يدفعه إلى المزيد منها.

5-2 تجنب رؤية الأزمات على أنها مشكلات لا سبيل للتخلص منها أو التغلب عليها :

لا تستطيع أن تغير من الحقيقة التي مفادها أن الأحداث الضاغطة جزءا من واقع حياة الإنسان، لكن بإمكانك تغيير الطريق التي تدرك وتفسر وتستجيب بها لهذه الأحداث، وحاول أن تتجاوز الظرف الحاضر وتطلع إلى المستقبل واعتقد عن يقين أن المستقبل أفضل من الحاضر ، وحاول أن تتلمس كل ما يمكن أن يخفف أو يلطف من مشاعر الكدر أو الحزن الناتجة عن المصاعب أو العثرات التي تواجهها .

3-5 تقبل التغيير واعتبره جزءا متضمنا بنويويا في الحياة :

ربما لا يتمكن الإنسان من تحقيق أو إنجاز أهدافا معينة في الحياة نتيجة المواقف أو الظروف أو الأحداث العصبية الضاغطة التي يتعرض لها الإنسان ، و اعلم أن تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها يساعدك في التركيز على الظروف الأخرى القابلة للتغيير والسيطرة.

4-5 إندفع بالتحرك تجاه أهدافك:

ضع أهدافا واقعية قابلة للتحقيق ومبينة على قراءة دقيقة لإمكاناتك وقدراتك وللواقع المحيط بك ، وانتظم في أداء شيئا، حتى وإن بدى إنجازا صغيرا يقربك بالتدريج من تحقيق أهدافك ، وبدلاً من التركيز على مهام يتعذر تحقيقها اسأل نفسك : " ما الشئ الذي أعرف أنه بإمكانني تحقيقه أو إنجازه اليوم ويقربني من التحرك في الاتجاه الذي أريده ؟ " .

5-5 إتخذ قرارات حاسمة أو قاطعة:

عامل المواقف العصبية بأقصى ما تملك من طاقة أو قدرة واتخذ قرارات حاسمة تدفعك باتجاه المواجهة والتصدي الفعال والتوافق النشط الإيجابي ، بدلاً من الالتصاق بالمشكلات والضغط واجترار الآمها.

6-5 تلمس كل الفرص التي تدفعك باتجاه استكشاف ذاتك :

عادة ما يتعلم البشر الكثير عن أنفسهم ربما يكتشفون أن جوانب نفسية ما لديهم قد تطورت أو نمت نتيجة مجاهدتهم وتصديهم أو تأقلمهم الإيجابي مع خبرات الفقد أو الخسارة أو الأحداث الضاغطة . إذ يفيد الكثير من البشر الذين خبروا أو واجهوا مصاعب أو عثرات أو نكبات في حياتهم أن تجاوزهم الإيجابي لما واجهوه مكنهم من إقامة علاقات أو روابط ثرية وإيجابية مع الآخرين و الإحساس بقوة وفعالية الذات ، بل إن مجرد الإحساس بالقابلية أو الإمكانية للتعرض لمثل هذه الشدائد يزيد من الإحساس بقيمة وجدارة الذات والإلتجاء إلى الإيمان والاحتفاء بالدين وتقوية الإحساس بقيمة الحياة.

5-7 تبني رؤية أو نظرة إيجابية لذاتك :

إعتقد يقينا بقدرتك على حل المشكلات وثق في ذاتك تضع نفسك بتلقائية على بداية طريق المرونة النفسية.

5-8 ضع الأمور أو الأشياء في سياقها وحجمها الطبيعي :

عندما تواجه أحداثا ضاغطة مؤلمة حاول أن تقيم الموقف الضاغط في سياقه الواسع وانظر إلى المدى البعيد الذي يمكن أن يحتوي مثل هذا الموقف وتجنب تماما التفكير التضخيمي .

5-9 تفقد الأمل وكن مستبشرا وملتصبا للخير فيما هو قادم :

فالنظرة التفاؤلية تمكّنك من توقع أن الأشياء الإيجابية الجيدة ستحدث لك في حياتك فحاول أن تتخيل بصريا ما الذي تريده ، بدلا من الحذر والقلق مما تخاف منه.

5-10 إعتني بنفسك:

إهتم وقدر حاجاتك ومشاعرك واندمج في الأنشطة والخبرات التي تستمتع بها وتزيد من راحتك أو إسترخائك ، و مارس بانتظام الألعاب الرياضية الممتعة لك ، واعلم أن إهتمامك بنفسك يساعدك في التماسك والإستعداد لأي حدث ضاغط و طارئ . (أبو حلاوة.2013.ص32)

كما تذكر الزهيري ثمان طرق لبناء المرونة النفسية وهي :

-**الكفاءة الذاتية:** هذا يتطلب مستوى عالي من الثقة بالذات والإيمان بالذات التي تمكن الفرد من مقابلة أي تحد ، فالكفاءة الذاتية تتضمن أن يفهم الشخص عندما يكون العالم مصدر تحد فإن الشخص الذي لديه قدرة يستطيع النجاح رغم التحديات.

-**الرؤية الشخصية:** الأشخاص المرنين يعرفون ما يعتقدون به ولديهم فكرة واضحة فيما يريدون إنجازه أو إبداعه في حياتهم ، مع الرؤية الشخصية فرغم غموضها يستخدمها الأشخاص على أنها موجهة لتحديات الحياة وتهيئ أملا في الحياة.

-**المرونة و التكيف** : كون الشخص مرنا ومتكيفاً تمكنه من الإستجابة بمرونة للتحديات المجهولة من خلال البحث عن طرق للتغلب على الأحداث ، وتجعله قادراً على التكيف مع الواقع الجديد ، فإن هذا يقلل من تأثير الصلابة في مواجهة التحدي البيئي.

-**التنظيم**: إن إبتداع طريقة منظمة للمهام التي تحتاج إلى إكمال تضيف للفرد قدرة للحفاظ على السيطرة الشخصية في مواجهة الوجود الفوضوي أو الأحداث الخارجية الخارجة عن السيطرة.

-**التفاعل البيئشخصي** : البعد الرئيسي للمرونة هو قدرة الفرد على الفهم والتعاطف مع الآخرين، و الناس المرنون يظهرون كفاءات في الذكاء الإنفعالي و المستوى العالي للوعي الذاتي والإجتماعي ،والقدرة على إستخدام ذلك لإدارة أنفسهم بفعالية وعلاقتهم مع الآخرين.

-**حل المشكلة** : تتضمن القدرة على حل المشاكل، إذ تمكن الأفراد من إيجاد الأسباب والحلول لمقابلة الأحداث التي تكون على تماس في الحياة اليومية، فإن هؤلاء يدرّبون أنفسهم ليتمتعوا بحل المشاكل والتمتع بمواجهة التحديات الموجودة في حياتهم.

-**الإرتباطات الإجتماعية** : فإن هذا البعد يتضمن صفة العلاقات الشخصية والمهنية ، فالأشخاص المرنون لديهم علاقات قوية مع أصدقاء منتقين حسب مواصفاتهم كتقاسم الأفكار والمشاكل والحلول والإحباطات والأمال وهكذا.

-**الفعالية** : الأشخاص المرنون ينشغلون في التغيير بفعالية والمواجهة مع الأحداث غير الملائمة، فالأشخاص المرنون يجزمون بذكر مشاركتهم للمواقف المتغيرة ويحافظون على سيطرتهم الشخصية من خلال توكيدهم للمحافظة على الكفاءة الذاتية .(العزري .2016. ص20.21)

6- مقومات المرونة النفسية :

6-1 تنمية الكفاية: وهي تنمية قدرات الفرد العقلية والجسمية والاجتماعية، بحيث تصل إلى درجة المهارة والكفاية وتساعد الفرد على التوافق مع متطلبات الحياة المختلفة.

6-2 القدرة على التعامل مع العواطف: وهو نمو قدرة الفرد على ضبط إنفعالاته وعواطفه بحيث يتعامل معها بمرونة، ويعي عواطفه لضبطها في المواقف التي تتطلب ذلك ويفسح له المجال بالتعبير حيثما يتطلب الأمر.

6-3 تنمية الإستقلالية الذاتية: بمعنى أن يعتمد الفرد على نفسه في إصدار قرارات تتعلق بمستقبله وحياته، وفي نفس الوقت يستمع إلى نصائح الآخرين وخاصة الوالدين وكل من يخصه، ويحاول أن يستخلص منها ما يتماشى مع ذاته.

6-4 تبلور الذات: وهو نمو قدرة الفرد على فهم نفسه وذاته وإمكانياته والعمل على تنميتها، ويضع ذاته ضمن إطار معين بحيث يتلائم مع الواقع، والشعور الواضح لشخصيته وتأثيرها على كل من يحيط به .

6-5 نضج العلاقات : وهي نمو قدرة الفرد على إقامة العلاقات الشخصية والاجتماعية بحيث تصبح متحررة من الإندفاعات، وزيادة القدرة على التفاعل والإستجابة بطريقة لها علاقة بإستجابة الآخرين وتكون مرنة.

6-6 تنمية الأهداف: وهذا يتطلب تشكيل الخطط وتسلسل الأولويات التي تتكامل مع ثلاثة عناصر رئيسية وهي: الرغبات الإستجمامية والإقتناع بالمهنة وأهداف الحياة التي تشمل الإهتمام بالزواج والعائلة.

6-7 تنمية التكامل بين الفرد والمجتمع وبين الفرد ونفسه: حيث ترتبط تنمية التكامل بتكوين الذات وتنمية الهدف، فمجموعة المعتقدات الشخصية والقيم المتكاملة داخليا توجه سلوك الفرد ، والتي غالبا ما تكون مستمدة من البيئة والمجتمع الثقافي، فهي تؤثر وتتأثر بنوعية مفاهيم الشخص ورغباته المسيطرة والخطط الوظيفية وشكل الحياة . (حسان .2008.ص.72.73)

7-العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية:

تسهم مجموعة متفاعلة من العوامل في تكوين المرونة النفسية العامة، وتظهر نتائج العديد من الدراسات أن العامل الرئيسي في تكوين أو تنمية المرونة النفسية هي العلاقات الإجتماعية السوية كالمساندة داخل الأسرة وخارجها ، والتشجيع والمساندة تقتضي تنمية وتعزيز المرونة، وهناك بعض العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية وتتمثل في القدرة على وضع خطط واقعية كإتخاذ الخطوات والإجراءات اللازمة لتطبيقها وتنفيذها والنظرة الإيجابية إلى الذات والثقة في القدرات والإمكانات الشخصية و مهارات التواصل الإيجابي وحل المشكلات و القدرة على ترويض وإدارة الإنفعالات القوية والإندفاعات .(أبو ندى.2015. ص50)

وقد أوضح الخطيب (2007) أن الإسهامات التجريبية في مجال البحث أظهرت أن من العوامل المكونة للمرونة النفسية في الشخصية تتمثل فيما يمتلك الإنسان من القدرات:

- قدرة الإنسان على الإحتفاظ بسعادته خلال إحساسه أنه سيحقق الهدف الذي يسعى إليه.
- قدرة الإنسان على العمل المنتج والسعي الحثيث للسيطرة على بنيته النفسية و الإجتماعية و العقلية و الأكاديمية و الخلقية ، و قدرته على المحافظة على أمنه النفسي و تقبل ذاته و معرفتها و إدراكه الحقيقي لها و للآخرين المحيطين به .
- القدرة على المحافظة على الكفاية التواصلية بينشخصية.
- قدرة المحافظة على علاقات واقعية مع الآخرين في بيئته.
- القدرة على الإحتفاظ بكينونته الشخصية و ثقافته و روحانيته .(الخطيب .2007.ص13)

ويخلص أبو ندى (2015) إلى أن أهم العوامل المساعدة لتنمية المرونة النفسية على النحو التالي:

- القدرة على ترويض الإنفعالات القوية والإندفاعات من خلال التحكم في النفس أثناء حدوث الضغوط النفسية.
- القدرة على تكوين علاقات واقعية والتواصل الإيجابي مع الآخرين.
- القدرة على وضع خطط واقعية وإتخاذ القرارات وتنفيذ الإجراءات اللازمة لحل المشكلات.
- النظرة الإيجابية للذات والثقة في القدرات من خلال إدراكه الحقيقي لها وللأحداث من حوله.
- القدرة على الإحتفاظ بالقيم الروحانية والخلقية. (أبو ندى.2015.ص50)

وتأتي المرونة النفسية من ثلاث مصادر وهي:

الدعم الخارجي الذي يحافظ على إستمرارية المرونة والقوة الداخلية الذاتية التي تتكون مع مرور الوقت والتي تساعد الفرد على مواجهة المحن وإمتلاك مهارات حل المشكل والشدائد. (مدور.2020. ص 141)

كما حدد أبو حلاوة (2007) مجموعة من العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية:

- القدرة على وضع خطط سليمة وإتخاذ الخطوات والإجراءات اللازمة لتطبيقها أو تنفيذها.
 - النظرة الإيجابية إلى الذات والثقة في الإمكانيات والقدرات والخبرات الشخصية.
 - مهارات التواصل والتفاعل مع الآخرين وحل المشكلات.
 - القدرة على إدارة الإنفعالات والإندفاعات. (الهاشمية.2017.ص13. 14)
- و ذكر يونجار (2004) مجموعة من العوامل التي ترتبط بالمرونة النفسية ومن هذه العوامل نجد:

- عوامل تعويضية : وتشير هذه العوامل إلى القدرة على التقليل من الأخطاء الناتجة عن التعرض لخطر معين، وهي جوانب إما فردية وإما بيئية مثل الإيمان والموقف الإيجابي تجاه الحياة.

• **عوامل الحماية أوالعوامل الوقائية :** وتقوم هذه العوامل بعملية دمج وتفاعل مع الخطر للتقليل من نتائجه السلبية، وتكون بمثابة درع ضد الأخطار التي من خلالها يتمكن الفرد من مواجهة هذا الخطر.

• **عوامل التحدي :** وتبين هذه العوامل قدرة الفرد في التعامل مع المصاعب والتحديات بأشكالها المختلفة من مرض أو خسارة كبيرة أو إختلال في الأسرة، والتي بدورها تساعد في التقليل من آثار الإجهاد الناتجة عن هذه المصاعب مستقبلا .(ربابعة .2018.ص17)

8- ميزة الأفراد ذوي المرونة النفسية:

يذكر **الخطيب وآخرون (2003)** السمات الشخصية المميزة للأشخاص ذوي المرونة النفسية

وهي:

1 الإستبصار: و هي قدرة الشخص على قراءة و ترجمة المواقف و الأشخاص وتشمل القدرة على التواصل البينشخصي ، علاوة على ذلك معرفة كيفية تكيف سلوك الفرد ليكون متناسبا مع المواقف المختلفة مما يجعله يفهم نفسه و يفهم الآخرين.

2 الإستقلال : ويشمل بعد الإستقلال عمل توازن بين الشخص والأفراد و الآخرين والمحيطين به، كما يشمل كيفية تكيفه مع نفسه بحيث يعرف ماله وما عليه ، و أن الشخص المستقل هو الذي يقول بوضوح (لا) عندما يكن مناسباً أكثر مما يكون عليه من كونه متساهلاً و بسيطاً في حالة مواجهة الحدث.

3 الإبداع : و يشمل الإبداع إجراء خيارات وبدائل للتكيف مع تحديات الحياة ، بل وأكثر من ذلك الإندماج في كل الأشكال السلوكية السلبية (تحدي المصاعب و المخاطر) و أن الأفراد من ذوي المرونة العالية يمكنهم أن يتخيلوا تنالي الأحداث لديهم حيث يمكنهم إتخاذ القرار في مواجهتها.

4 روح الدعابة : وتعتبر روح الدعابة الجانب المضي من الحياة لدى الشخص المرن حيث تمثل القدرة على إدخال السرور على النفس و إيجاد المرح اللازم للبيئة المحيطة به، و هذا ما يعتبر

خاصية أو سمة مميزة للأفراد والمربين الذين يجيدون فن التعامل في الحياة لمواجهة مواقف مختلفة (جاسم محمد.2019. ص32)

5 المبادأة: و تتضمن قدرة الفرد على البدء في التحدي للأحداث و مواجهتها و ذلك بعدد دراسة سريعة صحيحة تمثل القدرة الفرد على الحدس، أي الإحساس بإدراك النتائج الإيجابية الصحيحة و السريعة .

6 تكوين العلاقات : و تشمل القدرة على تكوين العلاقات الإيجابية الصحيحة و القوية من خلال قدرته على التعامل النفسي والإجتماعي و العقلي البينشخصي مع من يحيطون به كما تشمل قدرته على التواصل مع ذاته .

7 القيم الموجهة (الأخلاق): وتشمل البناء الخلقى الصحيح للشخص المرن، والتي تتضمن قدرته على تكوين مفاهيم أخلاقية وتطبيقها من خلال تعامله مع أفراد مجتمعه ومع خالقه ليكون شخصا متمتعا بإدراكات روحانية وخلقية في حياته العامة والخاصة .(خلف صالح.2018.ص 12.11)

كما حدد فيري Rutter خصائص الأفراد ذوي المستوي المرتفع من المرونة النفسية فيما يلي :

- 1 - الإندماج في مساندة الآخرين بذلا وتلقيا.
- 2 - التعلق أو الارتباط الآمن مع الآخرين .
- 3- الأهداف الشخصية أو الجماعية.
- 4- فعالية الذات.
- 5- روح الدعابة.
- 6- المستوى المرتفع من تقدير الذات.
- 7-التوجه نحو الأفعال.
- 8-القدرة على إدراك التأثير القوي للضغوط .
- 9-القدرة على الإستفادة من النجاحات السابقة في التعامل مع الضغوط ومواجهتها.

(Rutter .1985. P598)

و يقول شريت (2008) إن من صفات ذوي المرونة الآتي:

1- نظرة الفرد لنفسه:

وهي تتمثل في ثلاث نقاط وهي: فهم الذات وتقبل الذات وتطوير الذات، وفهم الذات أن يعرف نقاط القوة والضعف لديه، أما البعد الثاني وهو تقبل الذات أي أن يتقبل الفرد ذاته بإيجابياتها وسلبياتها وألا يرفضها أو يكرهها، و البعد الثالث فيعني ألا يقنع الفرد بتقبل ذاته كما هي بل عليه أن يحاول تحسينها وتطويرها.

2- الواقعية:

وتعني التعامل مع حقائق الواقع وهو أن لا يضع لنفسه أهدافا صعبة التحقيق بالنسبة له حتى لا يشعر بالفشل، بل يعمل على تحقيق ما يمكن تحقيقه.

3- شعور الفرد بالأمن:

يشعر الفرد بالأمن والطمأنينة بصفة عامة ويسلك السلوك الذي يعمل مباشرة على حل المشكلة أو يعمل على إزالة مصادر التهديد ويحسم الأمر بإتخاذ القرار المناسب في حدود إمكانياته.

ويضيف شريت عن صفاتهم أيضا:

1- المواجهة الصحيحة للأزمات:

عندما يتعرض الفرد لمشكلة فإنه يفكر فيها ويحدد عناصرها ويضع الحلول التي يتصور أنها كفيلة بحلها، وهو في هذا يتجه مباشرة إلى قلب المشكلة ويواجهها مواجهة صريحة.

2- الاستفادة من الخبرة:

يعدل الفرد من سلوكه دائما بناءا على الخبرات التي تمر به، فهو يغير ويعدل من سلوكه حسب ما تعلمه من المواقف السابقة خاصة المواقف ذات العلاقة والصلة بالموقف الذي يقف فيه.

(العزري.2016. ص 11.10)

كما يستخلص ويكس (2005) أربع سمات أساسية للأفراد الذين يتمتعون بمرونة نفسية و هي:

- الرؤية الشخصية: تكون من خلال القدرة على تحديد الهدف والمعنى ومبادئ متدرجة ضمن سلم قيمي.
- القدرة على حل المشكلة: تتضمن القدرة على الإستجابة السريعة في مواجهة الأخطار والبحث عن المعلومات الدقيقة والقيام بمغامرة جادة.
- الدعم الإجتماعي: تعني مدى تميز الفرد عن الآخرين والقدرة على تكوين علاقات إجتماعية بناءة والإيثار على الذات.
- آليات دفاع الأنا: تكون من خلال قدرة الفرد على التمييز بين الإنفعالات وإعادة البنية المعرفية والتوقع الإيجابي للأحداث. (مدور.2020. ص151)

و ترى ميسون سميرة (2010) أن الأفراد المرنون:

- لا يتأثرون بالمشتتات الموجودة في المواقف لكونهم أكثر قدرة على تركيز الإنتباه على عناصر الموقف.
- يتسمون بالصحة النفسية والتوافق والسيطرة على تصرفاتهم والثقة بالنفس وذو شخصية متحررة.
- يتميزون بالمرونة في أمور حياتهم والإبتعاد عن التطرف أثناء حكمهم على الأمور وإتخاذ القرار إضافة لمسايرتهم للآخرين في المواقف حسب قناعاتهم التي تتطلب النهج الديمقراطي.
- يتميزون بالذكاء والقدرات العقلية المتطورة والناضجة وهم أقدر على التكيف مع التغيرات الإجتماعية.
- الأفراد المرنون يعترفون بأخطائهم ويتقبلون تصحيح الآخرين لأرائهم خصوصا إذا كانوا أكثر خبرة منهم، إضافة لشكرهم لهم. (ميسون. 2010. ص 405. 406)

الخلاصة :

وفي الأخير نستنتج أن المرونة النفسية هي مقدرة الشخص على مواجهة العقبات والضغوط النفسية بسهولة ويسردون إضطرابات ، وهي إستعداد الفرد وقدرته على التكيف والتفاعل الإيجابي مع ظروف الحياة المتغيرة والضاغطة التي تنعكس على إستجاباته الحياتية وعلاقاته الإجتماعي ، كما تتأثر بعوامل ومحددات داخلية وخارجية، فهي تعزز قدرات الفرد وتقوي روحه وتجعل منه شخصية متزنة تتمتع بالمرونة النفسية.

الإكتئاب

علاج الإكتئاب

❖ تمهيد

1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب

2- أسباب الإكتئاب

3- أنواع الإكتئاب

4- أعراض الإكتئاب

5- تشخيص الإكتئاب

6- النظريات المفسرة للإكتئاب

7- علاج الإكتئاب

❖ الخلاصة

تمهيد :

يعتبر الإكتئاب من أبرز الإضطرابات الوجدانية الأكثر شيوعا في الوقت الراهن ، حيث هناك من يطلق عليه مصطلح "مرض العصر" ، و تتراوح أعراضه في شدتها بين الحزن و الضيق و الشعور باليأس التام من الحياة ، و هذا قد يكون راجع لكثرة الأزمات و المشاكل اليومية فكل إنسان يتعرض في حياته اليومية لمجموعة من التغيرات المزاجية و الذبذبات الإنفعالية ، و لكن هذه التغيرات لا تدوم عادة أكثر من بضع ساعات أو أيام قليلة ثم تتلاشى ، لكن إذا استمرت لمدة طويلة فان ذلك يشير عادة إلى إصابة الشخص بالإكتئاب.

وفي هذا الفصل سنتطرق لمزيد من التفاصيل بداية بلمحة تاريخية عن الإكتئاب ، أسباب الإكتئاب ، كذلك أعراض و أنواع الإكتئاب ، التشخيص و النظريات المفسرة للإكتئاب وصولا إلى علاج الإكتئاب .

1- لمحة تاريخية عن الإكتئاب:

الإكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية ، و لقد سجل لنا التاريخ وصفا لمرض الإكتئاب على أوراق البردي التي تركها القدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام، و هذا أول تاريخ مكتوب يتم رصده فيما ترك ليصل إلينا من أوراق البردي التي تم العثور عليها و ترجمة محتواها ، و مما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن ، و أن هذه الحالات كان يتم تشخيصها و علاجها أيضا ببعض الطرق في مصر القديمة ، كما وردت بعض الدلائل على وجود الإكتئاب في الحضارات الأخرى .

و هناك ما يدل على أن الأقدمين عرفوا الإكتئاب و اختبروه كما عرفناه ، فقد ورد في جمهورية أفلاطون الذي قدم بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين و كيفية علاجهم و العناية بهم ، و قد كان أبقرات الذي أطلق عليه أبو الطب من الأوائل الذين وصفوا حالة الإكتئاب النفسي و نقيضه " مرض الهوس " وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي أين ربط أبقرات بين الجسد و الروح أي بين الجسم و العقل و أكد وجود تأثير متبادل بينهما . و قام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الإكتئاب و تم تصنيفه إلى نوع خارجي و نوع داخلي مثل

بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي . (الشربيني . 2001 . ص 25.23)

و في التراث العربي الإسلامي عرف لنا " إن سينا " الإكتئاب على أنه إنحراف عن المجرى الطبيعي إلى الحالة الشاذة ، مليء بالخوف و رداءة المزاج و إذا صاحبه ضجر سمي هوسا ، و من الأسباب القوية في توليد الإكتئاب إفراط الغم أو الخوف و هذا في رأي ابن سينا و يتعرض له الرجال و النساء ويكثر لدى الشيوخ ، يقل في الشتاء و يكثر في الصيف و الخريف ، و لقد أوضح لنا ابن سينا مجموعة من أعراض الإكتئاب كالصنف الرديء الخوف بلا سبب ، سرعة الغضب ، سوء الظن ، الفراغ و الوحشية ، تخيل أشياء غير موجودة. (جاد الرب. 2001 ص.29)

كما بين أريتوس (ARITTOS) في عام ثمانون بعد الميلاد إلى وجود جملة من المعاناة النفسية عند الإنسان منها : القلق، الحزن، الأرق ، الشعور بالذنب والفرع والرغبة في الموت، فجاء بعد ذلك جالينوس (JALINOUS) من (130 إلى 200) بعد الميلاد فوضع نظرية الأخلاط الأربعة ومنها المرارة السوداء والتي إن زادت كان مزاج الشخص سودويا أي مكتئبا. (زقعار. 2013 ص8)

كما نشر بيرتون (1631) كتابه تحليل الملنخوليا **The Anatomy of Melancholy** وفيه تحدث بإسهاب عن هذا الموضوع، وكان الكُتاب القدامى والأطباء يعاملون الملنخوليا بوصفه مفهوما قريبا من الجنون أحيانا، والإكتئاب أحيانا أخرى. وما يلفت الأنظار فيما كتبه بيرتون عن هذا الموضوع منذ أكثر من ثلاثة قرون أنه وصف كثيرا من أعراض هذا المرض كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة بل إنه وضع أسبابا نرى فيها كثيرا من الإرهاصات العلمية المعاصرة في دراسة هذا الموضوع . (نوفل. 2016 ص116)

ومع بداية القرن الماضي توصل علماء الأمراض العقلية إلى وضع النظريات التي تحاول تفسير الإكتئاب و وصف أعراضه وكان كربلن (1856) الطبيب النفسي الألماني أول من قام بتصنيف علمي للأمراض النفسية مثل: الإكتئاب والهوس والفصام، ثم جاء عالم النفس الشهير سيغموند فرويد (1856-1936) بنظريته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفهوم الإضطرابات النفسية. (معربس. 2010 ص37)

2- أسباب الإكتئاب

رغم الأبحاث التي إستهدفت معرفة أسباب الإكتئاب إلا أن هذه الأسباب لا تزال محاطة بالغموض ، ومع ذلك فإن جوانب بعض العوامل المسببة المتعددة مقبولة على نطاق واسع في الوسط الطبي و العلمي اليوم ، فإن من أهم هذه الأسباب نجد :

الأسباب الوراثية :

للوراثة دور هام في تسبب مرض الإكتئاب ، فكلما كانت الإصابة في الأسرة محصورة في الأصول (القرابة) تزايد احتمال حدوث الإكتئاب في أحد أعضاء الأسرة ذاتها و في نسلها ، و يرى " سلاتر Slater " أن الجين الصبغي الوحيد المسيطر بنفوذية متناقصة له علاقة بذهان الإكتئاب الهوسي من ناحية ، و هناك من يرى أن إنتقال مرض الإكتئاب يتم وراثيا بواسطة الجينات المتعددة من ناحية أخرى .

تؤكد نتائج بعض الدراسات شيوع الإضطرابات الوجدانية عموما والإكتئاب خصوصا بين التوائم المتشابهة و الأقارب . و قد كشفت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن وجود اضطراب وجداني لدى أقارب مرضى الإكتئاب في 28.3% من الحالات الداخلية المنشأ ، ولدى 19.7% من الحالات الخارجية المنشأ ، أي لدى 48% من أفراد العينة الإجمالية .(بلخير. 2019 . ص71)

2- 2 الأسباب النفسية :

و التي نذكر منها :

- التوتر الإنفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل : وفاة شخص عزيز أو الطلاق أو سجن شخص بريء، أو هزيمة... والإنهزام أمام هذه الشدائد .

- الحرمان و فقد الحب والسعادة العاطفية و فقد حبيب أو فراقه و فقد وظيفة أو فقد ثروة أو مكانة إجتماعية.

- طبيعة الشخصية حيث لوحظ لدى في مرض الإكتئاب عند التقصي عن حالتهم قبل المرض أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الإجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح و التفاؤل والنشاط وحب الحياة ، إلى المزاج العكسي من الكسل والتشاؤم والحزن، كما يقال أن هؤلاء يتميزون بطيبة القلب وروح الدعابة ، غير أنهم لا يتحملون التعرض للمشاكلات ، و ينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دونية و لا يتوقع خيرا بل يتوقع الهزيمة دائما .

- الخبرات الأليمة التي تحدث في فترة الطفولة المبكرة ، حيث تولد قدرا من الحساسية النفسية التي تمهد لظهور الإضطراب فيما بعد ، فالسنوات الأولى من عمر الطفل لها أهمية كبيرة في بنائه النفسي وتنعكس عليه في المستقبل، حيث أن حرمان الأم ومعاملة الوالدين لهما دور كبير في ظهور الإكتئاب بالإضافة إلى الظروف التي يصادفها الفرد في حياته.

- الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة إدراكه وجود عائق ما يحول دون تحقيقه لرغباته ومصالحه . (بن دهنون. 2017. ص59 . 60)

3-2 الأسباب البيئية :

تركز على تحديد العوامل المؤهلة للإكتئاب و العوامل المفجرة له ، حيث يبدو أن الصدمات المبكرة تؤهل للإكتئاب في سن الرشد، كما بينت الدراسات أن سوابق فقدان أحد الوالدين نتيجة وفاة أو فراق عند المكتئبين خاصة منهم الذهانيين موجودة بنسبة عالية، خصوصا إذا تمت مقارنتهم بأفراد غير مكتئبين ، كما تبين أن الحوادث المؤلمة التي يتعرض لها الفرد تمثل العوامل المفجرة لظهور نوبة اكتئاب .

إن هذه الحوادث الحياتية تؤثر في ظهور أول نوبة أكثر مما تؤثر في الإنتكاسات . (زهاني. 2016. ص 79)

4-2 الأسباب الجسمية والفيزيولوجية :

- الأمراض المزمنة مثل: الكبد، الكلى، قرحة المعدة، السرطان، أمراض الغدد، السكري، أمراض الدم، وضعف جهاز المناعة والوهن الجسمي و الضعف العام .

- فقدان بعض الحواس مثل السمع أو البصر .
- اضطراب في التفاعلات الكيميائية الحيوية للفرد ، أو ضعف الوظائف الحيوية الكيميائية للجسم وعدم توازن الموصلات العصبية.
- الآثار الجانبية لإستعمال بعض الأدوية الكيميائية لمدة طويلة .
- العوامل الوراثية : حيث تكثر حالات الإكتئاب في أسر مرضى الإكتئاب وذلك نتيجة نقص في بعض المواد في الناقلات العصبية في المراكز الدماغية المسؤولة عن المزاج والإنفعالات والتركيز. و يعتقد علماء الفسيولوجيا أن الدماغ البشري يعيش في حالة إختمار كيميائي دائمة، و قد أيدت البحوث والدراسات هذا الإعتقاد و لكن يزال الغموض يحيط بمكونات غالبية المواد المساهمة في هذا الإختمار الكيميائي، و غير معلوم على وجه التحديد الطريقة التي تعمل بها الناقلات العصبية التي تم اكتشافها .
- تعاطي المخدرات بأنواعها وبصفة خاصة تلك التي يزعمون أنها تدعو للشعور بالبهجة، أو ما يطلق عليه "حبوب الفرفشة " (إبراهيم .2009.ص82)

3- أنواع الإكتئاب :

الجدير بالذكر أننا لا نجد نوعا واحدا من أنواع الإكتئاب بل تعدد الأبحاث في الميدان الطبي والسيكوسوماتي هو أحسن دليل أن هناك أنواع مختلفة من الإكتئاب، حيث أننا لا نجد نفس النوع عند كل المصابين ، و نذكر البعض من أنواعها فيما يلي:

3-1 الإكتئاب العصابي :

يسمى الإكتئاب العصابي اكتئابا استجابيا لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق، أو نتيجة لفشل في أداء عمل أو مهنة أو علاقة إجتماعية وثيقة ، ويعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الإنفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لأنه لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخليا إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخليا إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار. (النجمة.2008. ص 17.18)

2-3 الإكتئاب الذهاني :

هو شكل متطرف من أشكال الإكتئاب لا يعود إلى حادثة معينة مباشرة أو لمثير معروف، وإنما يرتبط بحالة نفسية داخلية لاشعورية، والمصاب هنا لا يدرك السبب الحقيقي لحزنه ولمشاعر التعاسة التي تغمره ، الأمر الذي يضعف قدرة المقاومة والتحليل المنطقي لديه ويسهل استسلامه للأوهام والهذات التي يتركز معظمه على تهويل مشاعر الخيبة وتوهم المرض وإتهام الذات بالآثام والخطايا والدعوة إلى القصاص الذاتي .

و يرى عيسوي (1992) أن الإكتئاب الذهاني عبارة عن مرض عقلي يمتاز بأنه أكثر شدة و خطورة ، و هو نوع من الإكتئاب يميل فيه المريض إلى الشعور بالرغبة في الموت كما يعاني من الأرق و لوم الذات ، و يعجز عن تكوين الإرتباطات و لا يميل للضحك ، و يضخم المشكلات التي تجابهه ، و يحط دائما من قدر نفسه و يميل إلى البطء و التراخي في نشاطه ، كما يعاني من الأوهام المختلفة . (العياصرة ، المالكي .2017.ص320.321)

3-3 الإكتئاب الحاد "السواد" :

وهو أشد صور الإكتئاب و كلمة "السواد " تطلق على الإكتئاب الكبير الذي يسبب فقدان الشهية وعدم القدرة على الإستمتاع بالنشاطات اليومية والإستيقاظ المبكر و بطء الحركة، وكذلك الشعور بالذنب بدون مبرر .

ويشعر المريض بموجة من الحزن والإنقباض والرغبة في البكاء، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله، كما تبدو عليه البلادة الذهنية ويشكو المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها .(الهور .2016.ص35)

4-3 الإكتئاب الذهولي :

يمثل أقصى درجات الحدة من المرض فإذا ترك المريض وشأنه فإنه يظل راقدا دون حركة ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتانوني .

(الشاذلي .2001.ص 134)

3-5 الإكتئاب التفاعلي :

يعتبر هذا الإكتئاب الأقل خطورة ، إلا أننا نصادفه بكثرة في كل المجتمعات وخاصة في السنوات الأخيرة مع التطور التكنولوجي والأزمات الاقتصادية وظروف أخرى تكون مسببة في الضغوط النفسية.

فيشير لوشمية (1994) أن نوع الإكتئاب الإستجابي يحدث خاصة عند المرضى الذين يتميزون بالقلق و الإنفعال والحساسية المفرطة والإنطواء ، وهم في حاجة ماسة للحنان والعطف والتشجيع.

و الجدير بالذكر أن هذا النوع نجده بكثرة عند النساء خاصة عندما تتعرض لمشاكل أو مشاكل عاطفية وعائلية ، أما بالنسبة للرجال فغالبا ما يكون السبب في هذا النوع من الإكتئاب هو المشاكل والصعوبات المهنية وحتى المشاكل الزوجية والطلاق .(بشير باشا. 2009.ص25)

3-6 الإكتئاب البسيط :

يظهر المصاب فيه عزوفا عن الحياة ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وهبوط في العزيمة، والشعور بعدم لذة الحياة ، وقد ينجح أصدقاء المريض في إنتشاله من كربيه وقد لا ينجحون ويعتبر البعض هذا النوع من الإكتئاب نوعا من الشعور بالإجهاد والملل.(بن دهنون. 2017. ص64)

4- أعراض الإكتئاب :**4-1 الأعراض النفسية و الإنفعالية :**

وتبدو أعراض الاكتئاب على الناحية النفسية والانفعالية كما يلي:

- هبوط الروح المعنوية معظم الوقت.
- شعور بعدم الفائدة من أي شيء.
- إحساس بعدم الرضا، وافتقاد الثقة بالنفس ولوم الذات.
- الشعور بالذنب والإنشغال بأفكار سلبية من أخطرها التفكير في الموت.

- التشاؤم واليأس من المستقبل، والشعور بالعجز والخواء.
- صعوبة التركيز، وافتقاد الصبر.

- الحزن، وهو من الأعراض الإنفعالية المشتركة في جميع حالات الإكتئاب، لكن يجب أن يكون معلوماً أنه ليس كل حالة حزن تعتبر اكتئاباً، ولا يجوز إطلاق "مكتئب" على كل شخص لا حظنا عليه الحزن والهم، كما لا ينبغي كلما تضايق شخص أو شعر بحزن قال عندي إكتئاب لأن الإكتئاب حتى وإن كان في أبسط درجاته له أعراض متزاملة يلاحظها الآخرون وتستمر فترة لا أسبوعين في بداية المرض. (إبراهيم .2009.ص36.35)

2-4 الأعراض الجسمية:

- تعد المظاهر الجسدية (الإرادية وغير الإرادية) من قبل بعض الباحثين دليلاً على وجود خلل رئيسي في الجهاز السمبثاوي والباراسمبثاوي أو خلل في نوى تحت المهاد وهي المسؤولة عن الحالة الإكتئابية وهذه الأعراض هي :
- فقدان الشهية و نقص الوزن .
 - اضطراب النوم.
 - فقدان الرغبة الجنسية عند الرجال والبرود الجنسي و اضطراب العادة الشهرية عند النساء.
 - التعب الشديد.
 - زيادة في إفراز التعرق.
 - الهذيان و الهلوس.
 - صداع و آلام في العضلات .
 - قلة النشاط و الحركة .
 - عدم القدرة على التركيز .
 - ضعف عام . (الصفوف . 2015 . ص 40 . 41)

4-3 الأعراض المعرفية :

- نقص القدرة على التفكير بوضوح .
- صعوبة الإدراك .
- توقع الكوارث .
- التردد و التفكك .
- السرхан و الشرود .
- أحكام تلقائية سلبية اتجاه الذات و الآخرين .
- أفكار إنتحارية و سوداوية . (العبويني .2012.ص16.15)

4-4 الأعراض السلوكية :

- فقدان الطاقة.
- الشعور بالإجهاد لأقل مجهود .
- التناقل في أداء الأعمال .
- نقص التفاعل والتواصل مع الآخرين .
- التملل والضجر وعدم الإستقرار.
- نقص الإنتاجية في العمل.
- انخفاض الصوت أثناء الكلام.
- تقطع الكلمات وخروجها من الفم بصعوبة.
- ارتسام علامات اليأس فوق الشفتين.
- قضم الأظافر.
- التدخين القهري.
- أفعال مدمرة للذات أو محاولة الإنتحار.
- نقص الميول والإهتمامات.
- اللامبالاة بالبيئة و بالنفس .

- إهمال النظافة الشخصية .
- عدم الإهتمام بأمور حياته اليومية. (النجمة . 2008 . ص22)

4-5 الأعراض الإجتماعية :

وتتمثل في:

- الانسحاب الإجتماعي .
- العلاقات السلبية بالمحيط الإجتماعي.
- نقص الإستجابة في المواقف الإجتماعية.
- صعوبة بدء علاقات جديدة .
- الجمود والإفتقار إلى المهارات الإجتماعية الضرورية للنجاح.
- السلوكات الغريبة تجاه الآخرين .
- تصلب الرأي.
- فتور في الإهتمام بالأناقة و المظهر الخارجي (لباس، تصريحة الشعر وغيرها).

(بودحوش.2016. ص53)

إذن فأعراض الإكتئاب لا تقتصر فقط على جانب واحد و إنما تظهر في كل جوانب شخصية المكتئب ، فبالإضافة إلى التظاهرات السيكوسوماتية تظهر أعراض الإكتئاب جليا في الجانب النفسي للمريض ناهيك عن الجانب المعرفي و السلوكي و الإجتماعي .(بلخير .2019. ص 63)

5- تشخيص الإكتئاب :

تشخيص إضطراب الإكتئاب حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي (DSM-IV):

1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش : Disruptive Mood Dysregulation Disorder

A- انفجارات متكررة شديدة من الغضب تتجلى لفظيا (مثلا الإحتدام اللفظي) و/أو سلوكيا (مثلا، الإعتداء الجسدي على الأشخاص أو الممتلكات) وهي بشكل صارخ لا تقارن بالشدة أو المدة للوضع أو للإستفزاز.

B- نوبات الغضب لا تتفق مع المستوى التطوري.

C- تحدث نوبات الغضب، في المتوسط، ثلاث مرات أو أكثر في الأسبوع.

D- يكون المزاج بين نوبات الغضب منفعلا أو غاضبا بإستمرار لمعظم اليوم، كل يوم تقريبا ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين (مثلا، الآباء، والمعلمين، والأقران).

E- تواجدت المعايير A-D لمدة 12 شهرا أو أكثر. طوال ذلك الوقت، لم يخل الفرد لثلاثة أشهر متتالية أو أكثر من أعراض المعايير A-D.

F- معايير A و D موجودة في ما لا يقل عن اثنين من ثلاثة مواضع (أي في البيت، في المدرسة مع الأقران) وشديدة في واحدة على الأقل منها.

G- لا ينبغي أن يوضع التشخيص للمرة الأولى قبل سن 6 سنوات أو بعد سن 18 عاما.

H- بواسطة التاريخ أو المراقبة، فالعمر عند بداية معايير A-E يكون قبل سن العشرة أعوام.

I- لم تحصل فترة متميزة استمرت أكثر من يوم واحد والتي استوفيت خلالها معايير الأعراض، لنوبة هوس أو تحت هوس بإستثناء المدة.

● **ملاحظة:** ارتفاع المزاج الموافق للتطور، كما يحدث في سياق حدث إيجابي للغاية أو في

سياق ترقبه، فينبغي ألا يعتبر عرضا من أعراض الهوس أو تحت الهوس.

J - لا تحدث السلوكيات حصرا أثناء نوبة من اضطراب اكتئابي جسيم، ولا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب طيف التوحد، واضطراب الكرب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق الانفصالي، الإضطراب الإكتئابي المستمر (سوء المزاج)).

● **ملاحظة:** هذا التشخيص لا يمكن أن يتواجد مع اضطراب التحدي المعارض

،الإضطراب الانفجاري المتقطع، أو الإضطراب الثنائي القطب، على الرغم من أنه يمكن

أن يتواجد مع اضطرابات أخرى، بما في ذلك الإضطراب الإكتئابي الجسيم، اضطراب

نقص الإنتباه /فرط الحركة، اضطراب المسلك، واضطرابات استعمال المواد.

الأفراد الذين يستوفون كلا من معايير اضطراب المزاج المتقلب المشوش واضطراب التحدي المعارض فينبغي وضع تشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش فقط. إذا كان الفرد قد اختبر في أي وقت مضى نوبة هوس أو تحت هوس، فتشخيص اضطراب المزاج المتقلب المشوش يجب ألا يوضع.

K- لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة أو لحالة طبية أو عصبية أخرى.

2- الإضطراب الإكتابي الجسيم : Major Depressive Disorders

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الإهتمام أو المتعة.

● **ملاحظة:** لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويُعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

● **ملاحظة:** يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الإهتمام أو الإستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.

● **ملاحظة:** ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع عند الأطفال.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتملل أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

(7) أحاسيس بإنعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز ، أو عدم الحسم كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الإجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار ، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

● **ملاحظة :** الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الإنهيار المالي الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية ، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الإستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة .

حدد إذا ما كان :

- مع انزعاج قلبي
- مع مظاهر مختلطة
- مع دوران سريع
- مع مظاهر سوداوية

- مع مظاهر لانموجية
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج
- مع كاتاتونيا
- مع بدء حول الولادة
- مع النمط الفصلي (للنوب المتكرر فقط)

3- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج) Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

يعتبر هذا الإضطراب دمجا للإضطراب الإكتئابي الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج.

A- مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

● **ملاحظة:** يمكن أن يكون المزاج عند الأطفال والمراهقين مستثاراً، ويجب أن تكون المدة سنة على الأقل.

B- وجود اثنين (أو أكثر) مما يلي أثناء انخفاض المزاج:

(1)- ضعف شهية أو زيادة في الأكل.

(2)- أرق أو فرط نوم.

(3)- انخفاض الطاقة أو تعب.

(4)- انخفاض الشعور بقيمة الذات.

(5)- ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات.

(6)- مشاعر انعدام الأمل (اللاجوى).

C- لم يخل الشخص أثناء فترة سنتي الإضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) بدأ

من الأعراض المدرجة في المعيارين A و B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

D- معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

E- لم توجد أبدا نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري.

F- لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الإضطراب التوهمي، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة والإضطرابات الذهانية الأخرى.

G- لا تتجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (مثل قصور الدرق).

H- تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

● **ملاحظة:** لأن معايير نوبة الإكتئاب الجسيم تضم أربعة أعراض غائبة من قائمة الأعراض للإضطراب الإكتئابي المستمر، فعدد محدود جدا من الأفراد سيكون لديهم أعراض اكتئابية استمرت لفترة أكثر من سنتين ولكنهم لن يستوفوا المعايير للإضطراب الإكتئابي المستمر. إذا اكتملت المعايير للإضطراب الإكتئابي الجسيم في نقطة معينة خلال النوبة الحالية، فيجب أن يوضع تشخيص الإضطراب الإكتئابي الجسيم وإلا فتشخيص الإضطرابات الإكتئابية المحددة الأخرى أو الإضطرابات الإكتئابية غير المحددة فيجب أخذه بالحسبان.

حدد إذا كان:

- مع انزعاج قلبي
- مع مظاهر مختلطة
- مع مظاهر سوداوية
- مع مظاهر لانموجية
- مع مظاهر ذهانية منسجمة مع المزاج
- مع مظاهر ذهانية غير منسجمة مع المزاج
- مع بدء حول الولادة

حدد إذا كان:

- في هدأة جزئية

- في هدأة كاملة

بدء مبكر: إذا كان البدء قبل عمر 21 سنة.

بدء متأخر: إذا كان البدء في عمر 21 سنة أو أكثر.

حدد (لأجل آخر سنتين من اضطراب سوء المزاج):

- مع متلازمة سوء المزاج الخالصة: المعايير الكاملة لنوبة الإكتئاب الجسيم لم تستوف

خلال السنتين السابقتين على الأقل.

- مع نوبة اكتئاب جسيم مستمرة: المعايير الكاملة لنوبة الإكتئاب الجسيم استوفيت خلال

السنتين السابقتين على الأقل.

- مع نوبة اكتئابية جسيمة متقطعة، مع نوبة حالية: استوفيت المعايير الكاملة لنوبة حالية،

ولكن وجدت فترات تستمر لثمانية أسابيع على الأقل، خلال السنتين الماضيتين، حيث

تواجدت أعراض دون عتبة المعايير الكاملة للنوبة الاكتئابية الجسيمة.

- مع نوبة اكتئابية جسيمة متقطعة، دون نوبة حالية: لا توجد المعايير الكاملة لنوبة حالية من

نوبة الإكتئاب الجسيم، ولكن وجدت نوبة أو أكثر من نوبة الإكتئاب الجسيم خلال السنتين

الماضيتين.

حدد الشدة الحالية:

- خفيف

- متوسط

- شديد

4- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث: Premenstrual dysphoric disorder

A- في معظم دورات الطمث، يجب أن تتواجد خمسة أعراض على الأقل في الأسبوع الأخير

قبل بداية الطمث، وتبدأ بالتحسن خلال بضعة أيام بعد ظهور الطمث، وتصبح أقل ما يمكن أو قد

تغيب في الأسبوع التالي للطمث.

B- واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن يكون موجودا:

- 1- عدم استقرار انفعالي واضح على سبيل المثال (تقلبات المزاج ، الشعور المفاجئ بالحزن والبكاء، أو زيادة الحساسية للرفض).
- 2 - تملل أو غضب ملحوظ أو زيادة الخلافات الشخصية.
- 3 - مزاج مكتئب ملحوظ ، الشعور باليأس، أو الأفكار عن الإنتقاص من الذات.
- 4- قلق وتوتر ملحوظ ، و / أو مشاعر بكونها مقيدة أو على الحافة.

C- واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية يجب أن تتواجد حاليا بالإضافة إلى ما سبق، لتصل إلى مجموعة خمسة أعراض عندما تجمع مع الأعراض من المعيار B أعلاه.

- 1 - تدني الإهتمام بالأنشطة المعتادة (على سبيل المثال العمل، المدرسة، الأصدقاء، الهوايات).
- 2 - صعوبة شخصية في التركيز.
- 3 - الخمول، وسهولة التعب أو افتقاد ملحوظ للطاقة.
- 4- تغير ملاحظ في الشهية، إفراط أو شهوة تناول نوع محدد من الطعام.
- 5 - فرط النوم أو الأرق.

6 - شعور بالإرتباك أو بالخروج عن نطاق السيطرة.

7 - الأعراض الجسدية مثل توتر أو تورم الثدي، وآلام المفاصل أو العضلات، والإحساس بالإنفخاخ ، أو زيادة الوزن.

• **ملاحظة:** الأعراض في معايير A-C يجب أن تكون قد استوفيت لمعظم دورات الطمث التي حصلت في العام السابق.

D- تترافق الأعراض مع انخفاض سريري واضح أو تتداخل مع العمل أو المدرسة والنشاطات الإجتماعية الإعتيادية، أو العلاقات مع الآخرين (مثلا، تجنب النشاطات الإجتماعية ، تدني الإنتاجية والفعالية في العمل، المدرسة أو في المنزل).

E - الإضطراب ليس مجرد تفاقم أعراض اضطراب آخر مثل الإضطراب الإكتئابي الجسيم، اضطراب الهلع، الإضطراب الإكتئابي المستمر، أو اضطراب في الشخصية (على الرغم من أنه قد يحدث بشكل مشترك مع من هذه الإضطرابات).

- F- المعيار A يجب أن يتم تأكيده بالتقييمات اليومية خلال اثنتين على الأقل من الدورات الطمثية ذات الأعراض (ملاحظة: يمكن وضع هذا التشخيص مؤقتا قبل هذا التأكيد).
- G- الأعراض لا تُعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (إساءة استعمال مادة أو الدواء، و/أو علاجات أخرى) أو حالة طبية أخرى (مثلا، فرط نشاط الدرق).

5- الإضطراب الإكتئابي المحدث بمادة/ دواء Substance/Medication-Induced Depressive Disorder

- A- اضطراب بارز و مستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الإهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلا من (1) و (2):

- 1- تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالا عقب الإنسجام بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما.
- 2- المادة/الدواء المتهمة قادرة على إعطاء الأعراض في المعيار A.
- C- لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب اكتئابي غير ناتج عن مادة/ دواء مثل هذه الأدلة على وجود الإضطراب الإكتئابي المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي:
- الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/ الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو الإنسام الشديد، أو أن هناك دليلا آخر يقترح وجود اضطراب اكتئابي مستقل ليس محدثا بمادة/ دواء (مثال قصة نوبات معاودة غير ذات صلة بالمواد).

D- لا يحدث الإضطراب حصرا خلال مسار حالة هذيان.

- E- يسبب الإضطراب تنديا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الإجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

- **ملاحظة:** يجب وضع هذا التشخيص عوضاً عن تشخيص الإنسمام بمادة أو السحب من مادة، فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية، وعندما تكون من الشدة بـمكان بحيث تستجلب الإهتمام السريري.

6- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى Depressive Disorder Due to Another Medical Condition

- A- اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الإهتمام أو المتعة في كل أو تقريبا كل الأنشطة.
- B- هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي أو من النتائج المخبرية أن الإضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C- لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية، حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- D- لا يحدث الإضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E- يسبب الإضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الإجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

حدد ما إذا كان :

مع مظاهر الإكتئاب : لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة اكتئاب جسيمة.

مع نوبة شبيهة بنوبة اكتئاب جسيمة: يتم استيفاء كامل المعايير باستثناء المعيار (C) لنوبة اكتئاب جسيمة.

مع مظاهر مختلطة: أعراض الهوس أو تحت الهوس موجودة أيضاً ولكن لا تسود في الصورة

السريرية. (American psychiatric association.2013/2015)

6- النظريات المفسرة للإكتئاب:**6-1 نظرية التحليل النفسي :**

وترى هذه النظرية بأن الإكتئاب هو عبارة عن غضب لا شعوري ينشأ عند الإنسان نتيجة لعملية فقدان قد تكون حقيقية أو رمزية، وقد يساعد هذا في فهم هذه النظرية وما تقوم عليه من اعتبار الإكتئاب هو نتيجة لعملية صراع داخلية لدى الشخص بين دوافعه ورغباته من ناحية وبين جوانبه الوجدانية من ناحية أخرى، وهو ما ينتج بالضرورة الشعور بالذنب وربما الغضب أحياناً. ويقول علماء النفس بأنه ينشأ نتيجة عدم مقدرة الفرد على تلبية احتياجات الحب والرغبات الجنسية المبكرة مما يؤدي به لشعوره بالغضب والكره نحو موضوع الحب وبالتالي فهم يرون أن الإكتئاب ما هو إلا غضب بسبب إحباطات متتالية نتيجة عدم المقدرة على إشباع حاجة الحب والجنس لديهم.

و حسب محمد (1999) فإن الإكتئاب ينشأ نتيجة للصراع بين الرغبات للأنا ومعايير الأنا العليا، وأحياناً يفسر بأنه نكوص لمرحلة طفولية سابقة ، وبالتالي فالمكتئب يحمل شعوراً متناقضاً إلى جانب إحباطاته، فتتولد لديه مشاعر متناقضة مثل الحب والكره، والأمل واليأس. (درعاوي، 2018. ص.27.28)

6-2 النظرية المعرفية:

يرى أصحاب النظرية المعرفية وعلى رأسهم بيك Beck ، الذي يقسم المفهوم الخاطئ للشخص المكتئب إلى ما يسمى بالثالوث المعرفي (Cognitive Triad)، والمتضمن معرفة المريض أو منظوره لعالمه، ومعرفته لذاته ومعرفته لمستقبله، وأن للشخص المكتئب مجموعة من الخصائص الإدراكية والتي تتمثل في انخفاض احترام الذات، ولوم الذات ومطالب الذات والرغبات العدائية للذات .

كما أن النظرية المعرفية ترى أن الإكتئاب ينشأ نتيجة الإضطراب في التفكير ونتيجة لنمط تفكير غير منطقي، وأغفلت أهمية ودور العوامل البيئية والأحداث الضاغطة . وترى الباحثة وفقاً لتفسير النظريات المختلفة للإكتئاب والأمراض النفسية بأن كل منهم تبني منظور ومنحى تفسير وعلاج يتفق ورؤيتهم النظرية للمفهوم والأسباب التي تقف وراء حدوث

الإضطراب، ومن ثم يمكن القول أنه لا توجد نظرية صحيحة وأخرى خاطئة في تفسير الإكتئاب والأمراض النفسية ، بل أنه تكامل بين النظريات في تفسير وتوضيح أفضل وأعمق يترتب عليه علاج فعال للإكتئاب والأمراض النفسية الأخرى . (الجابر مرتضى.2020. ص453.454)

3-6 النظرية السلوكية :

في تفسير الإكتئاب يشهد الوقت الحاضر إسهاما كبيرا للسلوكيين حيث كانت تعتمد هذه النظرية في تفسير الإكتئاب على نموذجين أساسيين:

يذهب النموذج الأول إلى أن الإكتئاب ينشأ عن مستويات منخفضة للإثابة، أو مستويات مرتفعة للعقاب أو كليهما أما النموذج الثاني فيفسر الإكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة، وتظل هذه الأنماط قائمة لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين.

الإثابة غير الكافية والعقاب الزائد ، تفترض بعض النظريات السلوكية أن تلقي الفرد لمستويات منخفضة من الإثابة أو لمستويات مرتفعة من العقاب أو لكلا هذين المستويين سوف يؤدي إلي الإكتئاب، ويوجد اتجاه آخر في المدرسة السلوكية يرون أن نقص المهارات الإجتماعية يضع الشخص على طريق الإكتئاب، وحسب وجهه نظرهم هذه فإن الأشخاص المكتئبين قد يكونون أشخاصا غير صادقين اجتماعيا، وأنه عادة ما تنقصهم الصداقات الجيدة والمراكز والوظائف المرموقة و فقدان مثل هذه الأمور قد يترك أثارا إكتئابية على حياة الشخص. (العبويني. 2012. ص17.18)

4-6 الإتجاه البيولوجي:

يتعلق التفسير الكيميائي الأميني لإضطرابات المزاج باختصار شديد بالبحوث التي بينت أنه قد ينتج عن خلل في العناصر الكيميائية في المخ وخاصة توزيع العناصر الأمينية والأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكاتف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي الذي يثبت علماء وظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم الإنفعالات ووظيفة الأمينات هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد، أي أنها عبارة عن موصلات عصبية وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعايدة من الأعصاب المختلفة، وتشمل أنواعا منها: الدوبامين والسيروتين والنوربينيفرين و ليتكولامين،

وتتنمي هذه الناقلات العصبية إلى مجموعة الأمينات الأحادية فإذا قلت تظهر الحالات المزاجية الإكتئابية ويمكن إذا ما زاد نشاطها تظهر حالات الهوس والمرح.

ولقد اكتشفت دراسة حديثة تقول على تحليل الدراسات السابقة أن قشرة الشق الجانبي الأمامي والصدغي والفصيص المركزي للمخيخ، تقدم أفضل دليل على خلل نشاط المخ أثناء الإضطراب الإكتئابي الأساسي وفي هذه المناطق من المخ يقل النشاط في وقت الراحة، كما يظهر عليها عدم النشاط أثناء تأثير العواطف السلبية وزيادة النشاط و يعد العلاج بإستخدام مثبطات استرجاع السيروتونين، وقد تحدث عكس هذه التغيرات في المناطق الجبهية الباطنية الوسطى والجسم المخطط وبعض مناطق أخرى تحت قشرة المخ. (بودحوش. 2016. ص71. 72)

5-6 النظرية الوراثية:

فمن بين أنصار التفسير الوراثي نجد انغرام (Ingram) الذي يرى أن الأفراد المكتئبين يرثون استعداد لعمليات بيولوجية مضطربة ، وتشير دراسة التوائم والتبني إلى التركيب الوراثي الذي يبدو أنه يلعب دورا أساسيا في نمو الإضطراب الإكتئابي، فرغم صعوبة تحديد العلاقة بين الإكتئاب والعامل الوراثي إلا أن البحث في مجال اضطراب الإكتئاب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح معايير تشخيصه . (فايد. 2001. ص76)

7- علاج الإكتئاب :

يختلف العلاج المقترح للإكتئاب سواء كان من وجهة النظر الطبية أو النفسية و ذلك باختلاف المدارس التي تناولته بالدراسة، ومن بين أهم هذه العلاجات نجد:

1-7 العلاج التحليلي:

تبحث النظرية في المراحل المبكرة لتكوين شخصية الفرد ويعد الإكتئاب استعادة لتجربة متعلقة باللاوعي حيث يركز العلاج على الإدراك الواعي .

ويهتم هذا النوع من العلاج بمناقشة الصراعات التي يعاني منها المريض والإحباطات الكبرى التي تعرض لها، كما يساعد ذلك العلاج في تفريغ الشحنة الإنفعالية العدوانية المتجهة ضد الذات

وتقليل الشعور بالذنب لدى الفرد ومساعدته على الإرتباط بالواقع الخارجي وعند العزلة وتعجيل أفكاره تجاه نفسه واتجاه الآخرين. (فايد.2001. ص172)

هذا النوع من العلاج يكون بمعدل حصة أو حصتين في الأسبوع، وغالبا تكون المدة النهائية للعلاج غير محددة، كما يمكن أن يكون مصاحب للعلاج الدوائي أو لوحده وذلك حسب درجة الإكتئاب وحدته، لكن رغم فعالية العلاجات التحليلية إلا أنها لا تتناسب مع كل الحالات بل يجب توفر بعض الشروط في المفحوص لكي تناسبه، ويتم التأكد من هذه الشروط خلال المقابلات الأولى، من بين هذه الشروط :

- أن يكون المفحوص مستعد للتطرق إلى حالات الفشل السابقة التي تعرض لها.
- عليه أن يرغب في التغيير والمساهمة بصفة فعالة في العلاج.
- كما يجب أن يكون توظيفه النفسي صلب لدرجة يتحمل فيها إعادة النظر في مسائل تخصه شخصيا والهزات العاطفية التي يمكن أن تحدث أثناء العلاج. (غربي باحث.2018.ص102.

(103)

2-7 العلاج المعرفي :

وتسهب النظرية المعرفية في شرح اختلالات التفكير لكل من الأمراض المختلفة ، وفيما يتعلق بالإكتئاب ترى أنه ينجم عن فهم مخطوء للنفس وللبيئة المحيطة وللمستقبل حدده الطبيب النفسي **أرون بيك (Aron Beck)** المنظم الرئيسي لهذه المدرسة بمثلث الإكتئاب ، وبالمحصلة يمكن القول أن المكتئب من وجهة النظر المعرفية ينظر دوما إلى النصف الفارغ من الكأس . وتستهدف العملية العلاجية المعرفية إلى استجلاء الأفكار الإكتئابية ومناقشة صلاحيتها وصحتها ، ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ، وعلى الأغلب فعلى المريض أن يحتفظ بمفكرة يسجل بها أفكاره ومشاعره في المواقف المختلفة، بما يمكنه من التجرد منها نسبيا والوقوف تجاهها موقفا محايدا تمهيدا لمناقشتها وتغييرها.

ويكون دور المعالج هنا مساعدة المريض على الوقوف موقفا نقديا من أفكاره ، وتطوير منطق تفكيره من المطلق إلى النسبي ، ومن العموميات إلى الأفكار المحددة ، ومن الأحادية إلى الإختيار بين عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية.

محصلة العلاج المعرفي ايجابية ونتائجه جيدة وتحديدًا لجهة الإستقرار والتحسين ومنع الإنتكاس، ويعطي العلاج أفضل النتائج عندما يترافق مع استعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية، إلا أن المريض المرشح للإستفادة من العلاج المعرفي ، يجب أن يكون على قدر من المعرفة والإدراك لأعراضه النفسية ومستعدا لفهم الإكتئاب على أنه عملية معرفية وعلى التعامل معه. (سرحان و آخرون .2008.ص117.118)

3-7 العلاج السلوكي :

على النقيض من مدرسة التحليل النفسي ، لا تعترف ولا تعنى المدرسة السلوكية إلا بتقييم السلوك البادي للعيان ، وتراه محصلة لعملية تعلم مستمر تتم عبر احتكاك الشخص بالبيئة ، وفيما يتعلق بالإكتئاب تراه هذه المدرسة كمحصلة لتجارب الفشل المورثة للقنوط والإحباط ، ولعل أوضح مثال على ذلك تجربة **سليجمان (Seligman)** على الكلاب ، ونظرية **التقاعس المتعلم (Learned Helplessness)** المشتقة منها .

وعلاجيا ترى هذه المدرسة أن عكس عملية التعلم بإستعمال الأفعال المعززة لنفسها إيجابيا ، سيؤدي بالنهاية إلى تعديل السلوك الإكتئابي وبالتالي إلى تحسن الإكتئاب. ويبدو وأن هذه المدرسة قد حققت نجاحها الأهم في مجال أمراض القلق ، وتحديدًا في حالات الفزع والمخاوف المرضية ، وفيما يتعلق بالإكتئاب فإن النتائج تكون أفضل حينما يترافق استعمال التقنيات السلوكية في سياق العلاج المعرفي (سرحان و آخرون.2008.ص116. 177)

4-7 العلاج البيئي :

و نعني به ايجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بإنتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للإستشفاء ، ومن وسائل

هذا العلاج الترويح عن المريض ، وشغل فراغه في العمل، وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى .(الشربيني .2001. ص239)

5-7 العلاج الدوائي :

كان العلاج الدوائي للإكتئاب يقتصر على معالجة بعض أعراضه الجسمية مثل الأرق فيعطي للمريض بعض المنومات والمهدئات ،وكما تعطي المسكنات لتخفيف حدة القلق ،والمنبهات والمنشطات لزيادة الدافع، أما فقد الشهية ونقص الوزن فيعطي أدوية فتح الشهية ، وبالنسبة لأعراض الإجهاد والشعور بالتعب والإرهاق فكان ينصح المريض بتعاطي الفيتامينات والحديد وغيرها من العقاقير الطبية التي تتعامل مع هذه الأعراض.

ثم ظهرت بعد ذلك أدوية مضادة للإكتئاب وزاد استخدامها، ولكن كان لها آثار جانبية سلبية كثيرة، ومنذ الثمانينات والأبحاث الطبية لم تهدأ حتى ظهرت مجموعة أدوية مضادة للإكتئاب لكنها متطورة من حيث التركيب الكيميائي لها لتكون أقل ضررا من حيث الآثار الجانبية لها وأسرع في فاعليتها . وقد انتشر الآن استخدام تلك الأدوية لأنها تؤثر مباشرة في كيميائية المخ فتخفف من الإكتئاب الظاهر وتحسن الحالة المزاجية للمريض بصفة عامة لكنها لا تعالج جذور الإكتئاب ولا تتعامل مع الأسباب النفسية له، وإن كانت الأدوية المضادة للإكتئاب المتطورة تساعد المريض على الإنتظام في عمله والقيام بأنشطته اليومية، لكنها قد لا تنجح في كل الحالات أو مع كل شخص مصاب بالإكتئاب فبعض الأشخاص يصابون بأعراض جانبية غير مرغوبة فيتوقفون عن تعاطي الدواء بسرعة والمفروض أن مفعول هذه الأدوية لا يظهر إلا بعد الإنتظام على تناولها بالقدر المقرر لمدة لا تقل عن أسبوعين إلى أربعة أسابيع متتالية وغير متقطعة.

(إبراهيم .2009. ص119.120)

ويمكن تلخيص الأدوية الرئيسية المستخدمة لعلاج الإكتئاب في ما يلي:

- الأدوية ثلاثية الحلقات (Tetrecyclic) ومن أمثلتها : أميتريبتيلين وإمتربتلين.
- الأدوية رباعية الحلقات (Tetrecyclic) ومنها: لامبروتيلين.

-مثبطات أحادي الأمين (Monoamine oxidase inhibitors) من أمثلتها : فينيلزين
إيزوكاربوكسازيد.

-مجموعة منشطات مادة السيروتونين ومن أمثلتها: فلوكستين، سيرترالين فلوفاكسمين،
وسيتالوبرام. (الشربيني. 2001، ص245)

6-7 العلاج بالصدمات الكهربائية :

لا يستريح الكثير من الناس إلى مصطلح العلاج بالصدمة الكهربائية، حيث يحيط بهذا النوع من العلاج الكثير من المخاوف والغموض وقد بدأ استخدام العلاج الكهربائي في روما عام (1938) وتم تطويره فيما بعد ليكون من وسائل العلاج الرئيسية للأمراض النفسية خاصة حالات الإكتئاب النفسي التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى ولا يزال هذا النوع من العلاج يستخدم على نطاق واسع حتى الآن، وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضبين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشنج يتبعها تحسن في الحالة النفسية للمريض ولا يستغرق مرور التيار سوى ثوان معدودة ، ويتم ذلك حالياً تحت التخدير الكلي ومع استخدام أدوية باسطة للعضلات. أما كيف تؤدي هذه الطريقة في العلاج إلى تحسن الحالة النفسية للمريض فإن ذلك يخضع لتفسيرات متعددة منها تنظيم إيقاع الجهاز العصبي عن طريق التيار الكهربائي والتغيرات الكيميائية التي تصاحب ذلك. (الشربيني 2001. ص251)

8-7 العلاج بالإسترخاء:

هو أحد النماذج الذاتية لعلاج الإكتئاب وذلك بهدف تهدئة المشاعر و التغلب على أعراض الإكتئاب مثل: الإضطرابات البدنية و اضطرابات النوم و العجز عن تنظيم الذات والتغلب على مشاعر القلق والمخاوف التي تصاحب حالات الإكتئاب في كثير من الأحوال .
و الإسترخاء يمنح الشخص مهارة و خبرة ، و لعل أول الأهداف الرئيسية للإسترخاء التطمين التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الإكتئاب بنفس المنطق، و يستخدم الإسترخاء بوصفه طريقة للمساعدة على إكتساب الهدوء و إزالة المواقف السابقة التي تكون مصدراً للإثارة الإنفعالية و القلق والإنزواء و الإكتئاب، و بالتالي يساعد الإكتئاب كأسلوب

في كثير من الأحيان للتغيير من الإعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب في إثارة الإضطرابات الإنفعالية و الإكتئاب. (قدوري . 2018. ص75)

الخلاصة:

مما سبق يمكن القول أن الإكتئاب حالة مزاجية تظهر على الفرد انطلاقاً من أحداث الحياة المختلفة سواء الأسباب أو العوامل المؤدية له ويختلف من فرد إلى آخر. كما أن تأثير الإكتئاب لا يعني مجرد إضطراب المزاج إنما يؤدي إلى العديد من المتاعب العضوية ذات المنشأ النفسي، خاصة عند المرأة عندما تكون في صدد مواجهة ضغوطات وتغيرات أو التزامات فوق المعتاد، هذا ما يؤثر حتماً سلباً على معاشها النفسي وسلوكها وشخصيتها.

طيف التوحد

❖ تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية عن إضطراب طيف التوحد.
- 2- أسباب إضطراب طيف التوحد.
- 3- أنواع إضطراب طيف التوحد.
- 4- أعراض إضطراب طيف التوحد.
- 5- تشخيص إضطراب طيف التوحد.
- 6- سمات الطفل التوحيدي.
- 7- النظريات المفسرة لإضطراب طيف التوحد.
- 8- البرامج التدميمية لإضطراب طيف التوحد.
- 9- إستجابة الأم لإصابة ابنها بإضطراب طيف التوحد

❖ الخلاصة

تمهيد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أكثر الإضطرابات النمائية صعوبة و تعقيدا و هذا عائد لتأثيره الكبير على مظاهر النمو المختلفة و المتمثلة في: التواصل البصري، السلوك التكيفي، المستوى الإرتقائي ، اللغوي و الإجتماعي، و في عمليات الإنتباه و الإدراك، فعموما يؤثر على جوانب الحياة المختلفة ، بحيث يمتد هذا التأثير إلى الأشخاص الأقرباء كالوالدين خاصة و المجتمع عامة، و يظهر ذلك من خلال السعي المكثف و المتواصل لتوفير العناية و الإمكانيات التي يحتاج إليها الطفل أو ستكون هذه الشريحة من الأطفال عرضة للعزلة عن الأنشطة الإجتماعية و التربوية، و تعتبر هذه التحديات من أكبر ما يواجهه الأولياء في تنشأة أطفالهم المصابين بإضطراب طيف التوحد.

و سنتعرف في هذا الفصل على تفاصيل أكثر عن هذا الإضطراب بدءا من لمحة تاريخية عن إضطراب طيف التوحد ، مشيرين إلى أسبابه و أنواعه و أعراضه و تشخيص إضطراب طيف التوحد، و التطرق إلى بعض النظريات المفسرة له ، إضافة إلى علاج إضطراب طيف التوحد ، و في الأخير سنتطرق إلى سمات الطفل التوحيدي كآخر عنصر.

1- لمحة تاريخية عن إضطراب طيف التوحد :

تعود جذور كلمة التوحد إلى اليونانية " **Autos** " والتي تعني النفس ، ولا يعد التوحد اضطرابا حديثا فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لإضطراب طيف التوحد منذ آلاف السنين .

كما أن التوحد " **Autism** " كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الإنعزال ، وفي اللغة العربية سميت بالذووية (مصطلح غير شائع) ، والتوحد لا يعني الإنطوائية أو حالة تعبر عن العزلة فقط وإنما عدم القدرة على التعامل مع الآخرين مع ملاحظة أن سلوكيات الأفراد و تلك الحالة لا يتشابهون بل إن حالاتهم متباينة من فرد لآخر.

وقد إستخدم **بلولير (1911)** مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الإجتماعي والتركيز الفردي على الإهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام ، إلا أن ليوكانر كان أول من استخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين أظهروا بشكل واضح نفس السلوكيات والخصائص. (سهيل .2015.ص22)

ويعتبر ليوكانر أول من أشار إلى إعاقة التوحد كإضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام 1943م ، حدث ذلك حيث كان كانر يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفرد بالولايات المتحدة الأمريكية ، ولفت انتباهه 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 إستغراقهم المستمر في إنغلاق كامل على الذات ، والتفكير المتميز بالإجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وتبعدهم عن الواقعية ، بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد حتى لو كانوا أبويه أو إخوته فهم دائمو الإنطواء والعزلة ، لا يتجاوبون 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 إنغلاق تام ، وبحيث يصبح هناك إستحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم كما يفعل غيرهم من الأطفال حتى المتخلفين عقليا منهم. (سليمان .2000.ص10)

وفي عام 1944م قدم الطبيب " هانس اسبرجر " دراسة علمية باللغة الألمانية عن أربعة أطفال لديهم سلوكيات تتمثل بالإنعزالية وضعف العواطف وكذلك التواصل الإجتماعي ، كما أطلق على هذه المجموعة من الأطفال مصطلح " التوحد الطفولي " ، ويمكن تحديد إختلاف أطفال كانر عن أطفال اسبرجر بالجوانب الأساسية التالية :

- أطفال اسبرجر تتمتع بدرجة ذكاء متوسطة أي (في المستوى الطبيعي) ، بينما كانت القلة كذلك لدى أطفال كانر.
- أطفال اسبرجر قادرين على الكلام بينما كان البعض من أطفال كانر قادرين على الكلام والبعض الآخر لا يتكلمون .
- المهارات الحركية لدى أطفال اسبرجر أسوء بكثير مما هي عليه لدى أطفال كانر.(أحمد غانم .2013.ص31.30)

لم تصل هذه الدراسة آنذاك إلى أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية إضافة إلى كونها نشرت باللغة الألمانية ، ولم تعرف إلا سنة (1981) عندما قامت طبيبة الأمراض النفسية البريطانية "Lorna Wing" بإحياء أعمال اسبرجر ونشر تقارير عنها في جريدة علمية باللغة الإنجليزية

، إضافة إلى الدراسة التي أجرتها على 34 حالة (أطفال وراشدين) والتي تميزت بصعوبات في إنشاء علاقات إجتماعية دون وجود تأخر لغوي . وكانت **Wing** أول من استعمل إسم متلازمة اسبرجر على اسم مكتشفها . وفي سنة (1991) قامت الأخصائية النفسانية والباحثة البريطانية **Uta Frith** بترجمة أعمال اسبرجر اللغة الإنجليزية. (الحسني.2020.ص46.45)

ومنذ عام (1943) استخدمت تسميات كثيرة كما سنشير إلى ذلك في محاولات تعريف هذا الإضطراب ، ومن التسميات على سبيل المثال لا الحصر:

- 1- فصام الطفولة المبكرة.
- 2- اجترارية الطفولة المبكرة.
- 3- ذهان الطفولة.
- 4- النمو غير السوي (الشاذ) .
- 5- نمو (أنا) غير سوي. (خلدومي .2017. ص59)

وفي الستينيات كان تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفقا لما ورد في الطبعة الثانية من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية الثاني ، ولم يتم الإعتراف بخطأ هذا التصنيف إلا عام (1988) حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية.

ثم في الطبعة المعدلة من ذات الدليل(1987) تمت الإشارة على أنه اضطراب سلوكي ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الإضطراب حيث تظهر الأعراض على شكل تلك السلوكيات ويمكن الإستدلال عليه من خلال هذه السلوكيات ، فإن ذلك لم يعد كافيا وأصبح ينظر إلى هذا الإضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل عام (1994) على أنه إضطراب نمائي. (البطانية ، عبد الله.2008.ص28)

وفي ربيع عام (2013) تم إعتبار اضطراب التوحد في الدليل الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية (DSM-V) بأنه أحد أشكال اضطراب طيف التوحد ، والذي يضم إضافة للتوحد اضطراب اسبرجر واضطراب الطفولة التفككي واضطراب نمائي شامل غير محدد ، وتم إعتبار اضطراب التوحد على أنه اضطراب في النمو العصبي.(أحمد غانم .2013.ص32)

2- أسباب التوحد:

هناك عدة أسباب تقف وراء الإصابة بإضطراب التوحد نذكر منها:

1-2 أسباب عضوية :

أثبتت الدراسات أن أطفال التوحد يعانون من قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي ومنها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر على الجنين منها:

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية.
- قصور التمثيل الغذائي.
- حالات التصلب الغذائي.
- تعرض الأم لأشعة X خلال الأشهر الثلاث الأولى.
- تعاطي الأم المضادات الحيوية القوية في الأشهر الثلاثة الأولى.
- إصابة الأم بالأمراض الزهرية.
- التهاب السحايا.
- اضطراب الغدد الصماء.
- التهاب السحايا.
- اضطراب الغدد الصماء.
- حدوث رشح شامل في الرحم (فاروق مصطفى .2015.ص254)

2-2 أسباب كيميائية حيوية :

إن الكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري حيث يتكون المخ و الأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية إلى الدماغ و بالعكس من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية ، وهي مواد كيميائية بتركيزات مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية نذكر البعض منها :

- اكتشف العلماء وجود نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والإنفعالات مثل السيروتونين و الدوبامين و النورابينيقرين .

- وجود نسبة السيروتين ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى 100% و لكن العلاقة بينهما غير واضحة.
- يزيد تواجد الدوبامين في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية و قد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة .
- وجود النورابنيفرين تتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس و الذاكرة و الإنتباه و تلعب دورا مجهولا في حصول التوحد.(شليحي.2011)

2-3 أسباب عصبية و بيولوجية :

فالأعراض التوحدية ترتبط بظروف ذات اضطرابات عصبية كالحصبة الألمانية الفطرية و الفيليكيتونيور "PKU" و التصلب الدرني و اضطراب ريت "Rett" ، و يظهر الأطفال التوحديين أدلة كثيرة عن تعقيدات في المرحلة قبل الولادة عند المقارنة مع مجموعات من الأطفال العاديين، ووجد أن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ جسمي فطري مقارنة بأشقائهم و المجموعات الضابطة من الأطفال العاديين، مما يوضح بأن تعقيدات الحمل خلال الشهور الثلاثة الأولى تعتبر ذات دلالة هامة ، و هناك نسبة 4 إلى 32 % من الناس لديهم التوحدية و قد كان لديهم نوبات صرع كبرى في وقت ما ، وحوالي 20 إلى 25 % يظهرون إستطالة في البطن كما يظهره الرسم المقطعي بالكمبيوتر، كما يظهر أن هناك عددا من الأشكال المختلفة غير الطبيعية التي يظهرها رسم موجات الدماغ EEG ،حيث تتواجد ما بين 10 الى 23% من الأطفال التوحديين و على الرغم من أنه لم توجد نتائج نوعية معينة من رسوم المخ الكهربائية لإضطراب التوحد، فإنه يوجد بعض الدلائل عن عيب في الجاذبية المخية، و حديثا فإن الكشف بالرنين المغناطيسي IRM قد كشف عن افتراض مظاهر شاذة في فصوص المخ و لحائه (قشرة المخ)، و بصفة خاصة الصور المجهرية غير السوية لدى بعض المرضى التوحديين، و هذه الأشكال غير السوية يمكن أن تعكس خلية غير سوية خلال الشهور الستة الأولى ، و في دراسة تشريحية وجد أن هناك تناقصا في عدد خلايا باركانجر، وفي دراسة أخرى و جدت زيادة في العمليات الحيوية البيولوجية لدى الأطفال التوحديين.(عزاز داوي. 2016ص111.112)

2-4 أسباب مناعية :

- إشارة بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير ملائمة بين الأم والجنين.
- تأثير الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال التوحديين و هم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات.
- احتمال تلف الأنسجة الأنسجة أثناء مرحلة الحمل.

2-5 أسباب جينية :

- أشارت عدة دراسات أن ما بين 4 % من أشقاء الأطفال المصابين بالتوحد كانوا مصابين أيضا بإضطراب التوحد و هي نسبة تصل إلى 50 مرة أكبر مما يحدث في المجتمع العام .
- وجد أن معدل حدوث هذا الإضطراب في دراسات التوائم أن هناك نسبة تصل إلى 36% بين زوجي التوائم العادية مقابل 0% بين زوجي التوائم الثنائية .
- أشارت التقارير الإكلينيكية و الدراسات بأن الأعضاء في الأسرة المصابين بالتوحد لديهم مشاكل لغوية أو معرفية و لكنها أقل شدة من الشخص المصاب بالتوحد في أسرة ليس بينها مصاب به. (جحيش. 2013. ص34.33)

2-6 أسباب ما قبل الولادة وأثناءها :

- أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد.
- وحسب " محمد البطانية وآخرون " فإن العوامل التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:
 - أ- الإلتهابات الفيروسية :
 - الحصبة الألمانية: وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
 - تضخم الخلايا الفيروسية: وهو إلتهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
 - الإلتهاب الدماغي الفيروسي: وهو إلتهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.
 - ب- اضطرابات عمليات الأيض: تتمثل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الأنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحديّة.

- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: وهو خلل في قدرة الجسم على إمتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

- نظرية الحامض الأميني بيتايد : في هذه النظرية تفترض أن التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات الداخلة مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ والمؤثرة على الدماغ ما يؤدي لحدوث أعراض التوحد. (أحمد يحيى .2003ص.245)

2-7التطعيم:

يلقى تطعيم النساء قرب حدوث الحمل بفيروسات حية معارضة من مركز ومكافحة ومنع ومصنعي الأمصال لخطورته على الأجنة ، ومع ذلك فهذه الممارسة الخطيرة يصاحبها حدوث بعض المشكلات الصحية للأم أثناء الولادة ، وتزيد من إنتشار الإصابة بالتوحد المبكر لدى الأطفال.

وتظهر بعض الدراسات وجود علاقة بين جرعات التطعيم التي تعطى للطفل وظهور علامات الإصابة بالتوحد ، فقد أكدت دراسة (Doja And Roberts (2006 أن هناك علاقة بين جرعات التطعيم في الطفولة وظهور علامات وأعراض التوحد، مما أدى إلى حدوث جدل بين الآباء وزاد القلق من أن التطعيم له دور في تطوير التوحد ، وأشار البعض بوجود علاقة بين التطعيم بجرعات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وظهور علامات طيف التوحد . (بن حمو 2021.ص61.62)

8-2 أسباب وراثية:

يشير الباحثون إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بطيف التوحد فقد ذكر (Siegel.1996) أن الوراثة تلعب دورا في (30 إلى 50%) من حالات طيف التوحد والإضطرابات النمائية الشاملة، إلا أن الإستعداد الوراثي ليس مطلقا ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات وما هو الموروث تحديدا، حيث يتفاعل أكثر من 20 جين مختلف ومن الشواهد على الأسباب الوراثية ما يلي :

- معاناة نسبة لا بأس بها من أقارب أطفال طيف التوحد من الإعاقات النمائية المختلفة وإضطرابات الكلام وصعوبات التعلم.

- زيادة احتمالية إصابة أشقاء طفل طيف التوحد بنفس الإضطراب وإضطرابات مشابهة.

- زيادة احتمالية الإصابة بطيف التوحد عند التوحد المطابق.

و أظهرت دراسات أخرى أن العائلات التي فيها طيف توحد توجد لديها مشاكل متعلقة بالكلام أو مشكلات تطويرية أخرى.

والعوامل الوراثية تتمثل بوجود خصائص طيف التوحد ويعتمد العرض بشكل أساسي على دراسة التوائم المتطابقة والغير المتطابقة ومن الممكن التمييز بين تأثير الوراثة والبيئة، إنها في الواقع مسألة قياس توافق بين الأزواج من التوائم التي هو معدل إصابة التوأم الثاني إذا تم تشخيص الأول بطيف التوحد، و إذا كان الطفل مصابا فإن احتمال إصابة أحد الإخوة أيضا بنسبة حوالي 10%. (قدام.2022.ص120.121)

3- أنواع إضطراب طيف التوحد:

يضم الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الفئات التالية : متلازمة ريت، اضطراب الطفولة الإنحلالي (Trouble-Désintégratif de l'enfance)، اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة (Trouble Envahissant du Développement non spécifiés) ، لكن مع ظهور الطبعة الخامسة ظهر تصنيف آخر، حيث ينص على استخدام فئة تشخيصية واحدة فقط لتحديد التوحد وهي اضطرابات طيف التوحد (TSA). (قطران ، درقيني .2018. ص80.79)

3-1 الإضطراب التوحدي :

الأطفال ذوي الإضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والإتصال الإجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية ، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ . على الأقل ستة بنود من المجموعات (3.2.1) ، ويكون على الأقل بندين من (1) وبند من كلا من (3.2).

1- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي (على الأقل بندين).

- الضعف الشديد في إستخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري ، تعبيرات الوجه، وضع الجسم ، الإيماء والإشارة .

- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه .

- قلة الإهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما ، أو إحضارها أو الإشارة عليها).

- نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله.

2- الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بند واحد على الأقل).

- تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها بإستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلا).

- في حال المقدرة على الكلام ، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره.

- الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام ، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.

- نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه .

3- اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل).

- الإنهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق

محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة .

- مقاومة تغيير الرتبة.

- نمطية وتكرار الحركات الجسمية (رفرقة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة)
- الإصرار على الإنهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.
- ب. تأخر أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه المجموعة.
- التفاعل الإجتماعي.
- اللغة كوسيلة للتواصل الإجتماعي.
- اللعب المنطقي والتخيلي. (جاسب شبيب .2008.ص31.32)

3-2 متلازمة أسبرجر :

- هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عند التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخرا ، ويتميز بالتالي:
- نقص المهارات الإجتماعية .
 - صعوبة في التعامل الإجتماعي .
 - ضعف التركيز والتحكم .
 - محدودية الإهتمامات .
 - وجود ذكاء طبيعي .

الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عاديا أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع "مسمى التوحد عالي القدرات " .

- لغة جيدة في التخاطب والقواعد .

في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية.

(شاكر مجيد.2007.ص28.29)

مقياس التشخيص:

- أ. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي (بندين على الأقل).
- ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري ، تعبيرات الوجه، حركة الجسم ، الإيماء والإشارة).
- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
- قلة الإهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها) .
- نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله .
- ب. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الإهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل).
- القيام بالإنهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدثها أو تركيزها.
- الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.
- تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (ررفة الأصابع أو اليدين ، التواء الذراعين أو الجسم ، حركة معقدة للجسم) .
- الإنهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة .
- ت . الإضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيا في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الإجتماعية أو العمل.
- ث . عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيا في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات) .
- ج. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيا في القدرات الإدراكية والمعرفية ، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الإجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

ح. مجموعة الإضطرابات غير مشخصة كإنفصام الشخصية أو أحد أسباب إضطرابات التطور العامة الأخرى. (جاسب شبيب.2008.ص 34.33)

3-3 إضطراب ريت :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى 06-18 شهرا، ثم يلاحظ الوالدين تغيرا في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقدان بعض القدرات المكتسبة خصوصا مهارات الحركة الكبرى مثل: الحركة و المشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل: الكلام و التفكير و استخدام اليدين كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات بدون معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من رفرفة اليدين أو حركات خاصة.

مقياس التشخيص:

- حمل وولادة طبيعية .
- تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة.
- محيط الرأس طبيعي عند الولادة.

فيما بعد :

- تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين 05-24 شهرا.
- فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين 05-30 شهرا مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
- فقدان الترابط الإجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الإجتماعي يتكون بعد هذا العمر).
- فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين 05-30 شهرا مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
- فقدان الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الاجتماعي يتكون بعد هذا

(العمر).

- ظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية .
 - النقص الشديد في تطور اللغة الإستقلالية و التعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي و الحركي.
- (كرميش .2018.ص22.21)

4-3 اضطراب الإنتكاس الطفولي :

- حالة نادرة .
- يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر.
- تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والإجتماعية) .

مقياس التشخيص:

- أ. تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل.
- التواصل اللفظي وغير اللفظي .
 - العلاقات الإجتماعية .
 - اللعب .
 - سلوكيات التكيف .
- ب. فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر (على الأقل بندين مما يلي).
- اللغة الإستقبالية والتعبيرية .
 - المهارات الإجتماعية أو سلوكيات التكيف .
 - التحكم في البول أو البراز .
 - اللعب .

- المهارات الحركية.
- ت. عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يلي) .
- 1. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي .
- ضعف السلوكيات غير اللفظية.
- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه .
- ضعف التواصل الإنفعالي والإجتماعي.
- 2 . ضعف نوعي وكيفي في التواصل الإجتماعي.
- تأخر أو نقص اللغة الكلامية.
- عدم القدرة على ابتداء الحديث وإستمراره .
- نمطية وتكرار الحديث .
- نقص القدرة على تنوع اللعب.
- سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الإهتمامات والنشاطات ، بما فيها نمطية الحركات الجسمية المتكررة.
- ث. مجموعة الإضطرابات غير مشخصة كإنفصام الشخصية ، أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى. (الصبي.2003.ص121. 120)

3-5 الإضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة :

- لكي يشخص الطفل في هذه المجموعة :
- لا تنطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة.
- ليس فيها درجة الإضطرابات الموضوعية لأي من الأنواع السابقة.
- حسب ما نشرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM.IV) ، فإن هذه المجموعة

تستخدم في حالات معينة عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الإجتماعي أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة، وأن لا تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور. (فاضل. 2015.ص19)
*بعد ظهور الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس في سنة (2013) تم إزالة إضطراب ريت من قائمة طيف التوحد ، بحيث أصبح يشتمل على أربعة إضطرابات فقط.

4- أعراض إضطراب طيف التوحد :

إن أعراض إضطراب طيف التوحد مختلفة في شدتها و عددها من طفل آخر، حيث تمس الجانب اللغوي، الإنفعالي، السلوكي، العلاقات الإجتماعية و التواصل و غيرها .
وسوف نتطرق إلى مجموعة من الأعراض و المتمثلة في :

4-1 ضعف التفاعل الإجتماعي :

يتمثل في عدم القدرة على تطوير علاقات مع الأشخاص وغياب التفاعل مع الآخرين أو الإهتمام بهم ، فالطفل يظهر كأنه يتجنب أو يرفض التواصل وذلك من خلال:

- غياب الإتصال البصري (النظر المنحرف) .
- غياب الإستجابة بالإبتسامة والإيماء.
- غياب الإرتباط النوعي بالأشخاص (لا يميز الأشخاص المهمين في حياته مثل والديه وإخوته).
- غياب وضعية الإقبال.
- لا يشارك الآخر في نشاطاته واهتماماته و عدم القدرة على تطوير صداقات مع الأقران.
- لا يبحث عن العطف والحنان ولا يحب أن يتقرب إليه أحد . (النجار .2006.ص59)

4-2 قصور التواصل :

إن معظم الأطفال التوحديين تعوزهم النية التواصلية، أي نية التواصل أو حتى الرغبة في إقامة التواصل وذلك في سبيل تحقيق أغراض إجتماعية معينة، ويعتقد البعض أن 50% من هؤلاء الأطفال لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظرا

لتعلمهم بعض الكلمات، فيبدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت ومعدل التحدث وطبقة الصوت أوجهارته ومحتوى اللغة الشفوية التي يتحدثونها، وقد يبدو كلامهم ألياً أو يقومون بالترديد المرضي للكلام أو التقليد البيغاوي لما يسمعون أو يقبلون الضمائر. ويعتبر استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بصفة خاصة بالنسبة لمعظم الأطفال التوحديين، وإلى جانب ذلك فإننا نجد أنهم إذا ما اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فإنهم قد يجدون صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذين يستمعون إليهم. (محمد حسن .2016.ص20)

3-4 القصور الحسي :

يبدو الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فإذا مر شخص قريب منه وضحك مثلاً أو سعل أو نادى عليه فإنه يتجاهل كل ذلك وكأنه قد أصيب بالصمم أو كف البصر ، وما إن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الإستجابة للمثيرات الخارجية، وهذا قد يفسر الفشل في اكتسابه اللغة وكافة وسائل الإتصال الأخرى، وكذلك يؤدي إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والإستيعاب وغيرها ، وهو ما يعكس الضعف في الإدراك الحسي بصفة أدق ويكون يعاني من صعوبات كثيرة ونجاح أقل في مستوى إنجازه لعمل الأشياء و صعوبات في التعلم و مشكلات سلوكية .(عيسى إنصورة .2018. ص67)

4-4 محدودية الأنشطة والاهتمامات النمطية والتكرار:

أشار سكت جاك (Scott Jack) إلى أن الأطفال التوحديون ينشغلون بعدد قليل من الأنشطة والاهتمامات ، ويتسم سلوكهم بالنمطية والتقلب بالإضافة إلى رفض التغيير في البيئة المحيطة، فقد ينزعج الطفل كثيراً إذا حدث تغيير في روتين حياته والذي يتضمن البيئة المادية أو الأحداث اليومية التي إعتاد عليها .

وقد يبدي بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد رغبة قوية في الإلتصاق ببعض الأشياء التافهة مثل : لعبة مكسورة أو بطارية قديمة أو قطعة قماش أو خيط... إلخ وذلك بطريقة سلبية

وعديمة الفائدة ، وقد يستغرق بعضهم في تكرار فعل معين بصورة لا تنتهي مثل إدارة شريط فارغ لفترات طويلة أو الإمساك بقطعة قماش أو خشب لفترات طويلة أو التحديق في شيء يدور بصورة مستمرة. (أحمد .2018.ص406)

4-5 ضعف القدرات العقلية و المعرفية :

هناك الكثير من الجدل حول القدرات المعرفية وأوجه العجز لدى الأفراد المصابين بالتوحد، ورغم أن الأطفال المتوحدين يعانون من التأخر الوظيفي إلا أنه يبدو أن بعض الأفراد المتوحدين يملكون ما يسمى بالنضج المبكر أو المهارات الجزئية أي قد يكون الطفل المتوحد موهوباً، وتشمل المهارات الجزئية القدرة على حساب عدد الأشياء بسرعة وكذلك القدرات الفنية كالرسم والموسيقى .

كما تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال المصابين بالتوحد حيث يمكن أن يكون الأطفال على مستوى عالي في شيء معين بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر ويرتبط هذا الاختلاف أحيانا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال على فهم المفاهيم الأساسية. كما أن هناك بعض الدراسات التي أشارت بأن بعض الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من صعوبات معرفية والبعض قد يعاني من إعاقة ذهنية تتراوح ما بين الخفيف والشديد ، كما قد يعانون من نقص الإنتباه المشترك و التأخر اللغوي بحيث أن هذه الصعوبات ذات علاقة بالصعوبات الإجتماعية .(سليمان .2010.ص39.40)

❖ ويمكن إستخلاص أهم أعراض التوحد فيما يلي:

1- يكرر كلام الآخرين.

2- لا يهتم بمن حوله.

3- لا يحب أن يلمسه أحد.

4- يقاوم التغيير في الروتين.

5- لا ينظر في عين من يكلمه.

- 6- نوبات غضب شديدة دون سبب.
- 7- لا يلعب مع الأطفال.
- 8- لا يخاف من الخطر.
- 9- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- 10- يتصرف وكأنه لا يسمع.
- 11- لديه إما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- 12- ضحك هستيري في أوقات غير مناسبة.
- 13- يستمتع بلف الأشياء أو الدوران حولها.
- 14- تعلق غير طبيعي بالأشياء. (السعيد. 2017. ص399)

5- تشخيص اضطراب طيف التوحد :

تشخيص اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي (DSM-IV):

- A- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الإجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة) :
 - 1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الإجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالإهتمامات، والعواطف، أو الإنفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الإجتماعية.
 - 2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الإجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي ، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات ، إلى إنعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الإجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى إنعدام الإهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الإجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة (انظر للقائمة الثانية).

B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والإهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

1- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلا ، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي وخصوصية العبارات).

2- الإصرار على التشابه، والإلتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

3- إهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلا، التعلق الشديد أو الإنشغال بالأشياء غير المعتادة ، إهتمامات محصورة بشدة مفرطة ،المواظبة).

4- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو إهتمام غيرعادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا ، عدم الإكتراث الواضح للألم \ درجة الحرارة، والإستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الإنبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الإجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة (انظر للقائمة الثانية).

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالإستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D- تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E- لا تفسر هذه الإضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

● **ملاحظة :** الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لإضطراب التوحد، واضطراب اسيرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لإضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لإضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).

حدد ما إذا كان :

مع أو دون ضعف فكري مرافق

مع أو دون ضعف لغوي مرافق

مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي

(استعمل رمزا إضافيا لتحديد الحالة طبية أو الوراثة المرافقة)

مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي

ملاحظة للترميز: استعمل رمزا /رموزا إضافية لتحديد الإضطراب/ إضطرابات النمو العصبية، العقلية أو السلوكية المرافقة)

مع كاتاتونيا (يرجى الرجوع إلى معايير كاتاتونيا المرافقة لإضطراب عقلي آخر)

(ملاحظة للترميز : استعمل رمزا إضافيا

(كاتاتونيا مرافقة لإضطراب طيف التوحد لتحديد تواجد الكاتاتونيا المرافقة)

(American psychiatric association.2013/2015)

6- سمات الطفل التوحدي :

يختص الأطفال التوحديين بجملة من السمات والخصائص لخصها الدكتور محمد السعيد أبو

حلاوة فيما يلي:

- أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحدا.
- أنهم في بعض الأحيان يبذون أهم لا يسمعون.
- أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالبا بمن حولهم.
- أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
- أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطا غير طبيعي.
- أن الأطفال التوحديين لا يحبوا اللعب بالكرة، في حين يمكن أن تجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
- أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
- أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
- أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.

- أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة كالرسم، والسباحة و العزف على الآلات الموسيقية.
- أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات لكنهم سرعان ما ينسوها.
- أنهم لا يحبون التحديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
- أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث.
- أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
- أنهم يفكرون ويتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
- أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دون ما سبب .
- أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.
- أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
- أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه في ما يسمى المصاداة .(أبو حلاوة.2013. ص50)

7- النظريات المفسرة لإضطراب التوحد :**1-7 النظرية النفسية :**

إن أصحاب هذه النظرية يرون أن سبب اضطراب طيف التوحد هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تعتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي واهتماماته .

ويعد ليو كاتر (1943) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدي الإهتمام بالتفاصيل، ويتسمون بالإنطوائية والبرود الإنفعالي، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقليا، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن اضطراب طيف التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفضل من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة، وقد تعرض وصف كاتر للخصائص الأبوية للإنتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي بعد سنوات من وصف كاتر لسبب التوحد، و الذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة و كرد فعل للبرود و الأنانية الوالدية . (الزبيدي .2022. ص43.44)

2-7 النظرية السلوكية :

تؤمن النظريات السلوكية بأن المعرفة المتعمقة الدقيقة الصادقة تنبع من خلال التجربة و التطبيق فالفهم الدقيق العلمي للسلوك الإنساني لا يتم حقيقة إلا من خلال دراسته في بيئة تجريبية محكمة الضبط، حيث يتم فيه ربط السلوك بالعوامل البيئية المحيطة به ، و لا استجابة بدون مثير، و هو مبدأ ومسلمة أساسية في المدارس السلوكية ، فالتعلم عندهم يحدث نتيجة لحدوث إرتباط بين المثير والإستجابة بحيث إذا ظهر هذا المثير مرة أخرى فإن الإستجابة التي ارتبطت به سوف تظهر هي الأخرى.

إن تفسير التوحد وفق المدرسة السلوكية يبنى على نقطتين رئيسيتين: الأولى هي تحديد السلوكيات التي يظهرها هؤلاء الأطفال تحديدا دقيقا، أما الثانية فهي معرفة العلاقة الوظيفية لهذه السلوكيات بالبيئة المحيطة.

و في ذلك اتفق كل من كون (1997) و شريمان (2000) على أن أطفال التوحد قد يظهرون سلوكيات بكثرة كبيرة تسمى زيادات (إفراطات) سلوكية، وأحيانا أخرى يظهرون سلوكيات محددة بشكل نادر الحدوث تسمى نواقص (عيوب) سلوكية، وبالتالي فإن التفسير السلوكي للتوحد يدلنا إلى أن التوحد ما هو إلا تكوين مركب من نواقص و زيادات سلوكية، و تتمثل النواقص في العيوب الإجتماعية و اللغوية و عيوب الإنتباه.

أما الزيادات فتتمثل في السلوكيات النمطية (إثارة الذات)، وتفسير هذه السلوكيات لا يتم إلا في ضوء تحديد المثيرات التي تسبقها والوقوف على طبيعتها الوظيفية ، وهذا لا يتم إلا من خلال النظر للتوحد من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف ABC (المقدمات، السلوكيات ، النتائج)، فالمقدمات أو السوابق هي تلك الأحداث البيئية المحيطة التي تسبق السلوك التوحدي ، والنتائج هي مردود هذه السلوكيات على ذات الطفل، ومن هنا فالتوحد من وجهة نظر السلوكيين ما هو إلا ارتباط لعدد من السلوكيات المحددة بمثيرات معينة يستلزم للحد منها ما يعرف بضبط السلوك. (أبو الفتوح عمر .2012.ص94)

3-7 النظرية المعرفية:

تشير هذه النظرية إلى وجود عجز أو قصور معرفي والذي يفسر بعض أو كل المظاهر الإكلينيكية والأعراض التي تتميز بها هذه الحالة (التوحد) وهذه النظرية تتضمن القصور في النواحي المعرفية والإجتماعية. وقد وجد كونر (1970) أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عملية استخدام الرموز والقدرة على التفكير ويرجع ذلك إلى التأخر في النمو اللغوي.

أما سيجماند (1995) أورد أن هناك دليلا يبين وجود نقص أو خلل في الفهم الإجتماعي، مما يبين أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال ذلك إلى التأخر في النمو اللغوي. أما سيجماند (1995) Sigmand أورد إن هناك دليلا يبين وجود نقص أو خلل في الفهم الاجتماعي، مما يبين

أن هنالك معاناة يعاني منها الأطفال التوحديين في استجاباتهم السلوكية الشخصية مثلا نجدهم لا يشاركون في الأنشطة أو الأفعال التي تتطلب انتباه مشترك.

وأوضح هوبسن (1993) أن تعبيرات الوجه المصاحبة للإنفعالات لدى الأطفال التوحديين تختلف من الأطفال العاديين، ولذلك فإنهم ليس لديهم استجابات ملائمة في الإنفعالات.

وذكر السرطاوي و سي سالم (1992) أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في الوظائف والعمليات العقلية الضرورية للعمل الأكاديمي خاصة العمليات العقلية العليا كالذاكرة، الانتباه، التفكير، الإدراك، التجريد التعميم. ويصنف عبد الرحيم (1990) أنهم عادة ما يعانون من تأخر في نمو اللغة والكلام، إلا أن بعضهم يكون قادرا على فهم كلام الآخرين والتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة نسبيا. (عزاز. 2016. ص117.118)

4-7 نظرية العقل :

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في إدراك الحالة العقلية للآخرين ويقترح بارون كوهين أن الخاصية الأساسية في التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالة العقلية للشخص الآخر، وفي حالة المعاناة من التوحد الشديد قد لا يمتلك الأطفال ذوي التوحد مفهوم العقل إطلاقاً، ولقد أطلق على هذا العجز "نقص نظرية العقل" أو "عمى العقل"، ومن الجدير بالذكر أن نظرية العقل تتطلب نظاماً تمثيلاً، وهذا يساعد على إعداد رسم بياني أو خريطة للحالة العاطفية للآخرين بطريقة مختلفة عن طريقة التقاط مشاعرهم مباشرة.

ونظرية العقل تعرف على أنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأشخاص والمتعلقة بأفكارهم ورغباتهم ونواياهم، وكذلك القدرة على استخدام هذه المعلومات لتفسير ما يقولون وفهم سلوكهم والتنبؤ بما سيفعلونه لاحقاً.

وتفترض هذه النظرية أن بعض صفات التوحد وخصوصاً الإجتماعية والتواصلية ناجمة من تأخر في تطوير نظرية العقل لدى الذين يعانون من التوحد بقدر لا يسمح لهم بالتفكير بالنوايا والرغبات والمشاعر وفهم وتفسير سلوك الآخرين والتنبؤ به، حيث تفسر أن العجز الإجتماعي

ناتج عن عدم مقدرة الذين يعانون من التوحد على فهم الحالات العقلية للآخرين وقراءة أفكارهم. (سهيل.2015.ص94)

5-7 النظرية الجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطا بين التوحد وشذوذ الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك إتصالات إرتباطية وراثية مع التوحد فقط . وهذا الكروموزوم يسمى **X Fragile** شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي. كما أن له أثرا أساسيا في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الزائد والسلوك العدواني، ويظهر عند الفرد الذي لديه الكروموزم الهش و تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة.

وهذا الكروموزوم يكون شائعا بين الذكور أكثر من البنات، ويؤثر في حوالي 10.7% من الحالات التوحدية. (قطران .درقيني.2018.ص74)

6-7 نظرية الإضطراب الأيضي :

تفترض هذه النظرية أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد (**Peptide**) خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك البيبتايدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما قد يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة ، و هذه البيبتايدات (**Peptides**) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الجلوتين مثل : القمح ، الشعير ، الشوفان، والكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان .

7-7 نظرية اللقاحات:

اللقاحات إحدى النظريات التي وجدت قبولا كبيرا في بداية الأمر و هي نظرية علاقة اضطراب التوحد باللقاحات التي تعطى للأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMP) والسبب الرئيسي في هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين 18 و 20 شهرا). (الكبي.2011.ص83)

8- البرامج التدميمية لإضطراب طيف التوحد :

إن العديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد ليس اضطراب ذو شفاء و علاج تام ما دام سببه الرئيسي غير معروف، و رغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل و أسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل و التقليل من أعراضه، و كذلك التعديل من سلوكه و علاج مشكلات اللغة و الإتصال، و يكون العلاج أيضا بالموسيقى والفن و الأدوية و العقاقير.

و سنعرض مختلف البرامج التي قد تساعد الطفل التوحدي على عيش حياة عادية و ذلك من خلال برنامج نفسي ، سلوكي ، دوائي ، غذائي

8-1 البرنامج التدميمي النفسي:

يتفق كل من عبد الرحمان بخيت (1999) و عبد الرحمان سليمان (2001) ورشاد موسى (2002) على أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة ، وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد، و عدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفع اللازم له و هذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج .

والتدعيم النفسي بإستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

● **الأولى :** يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الإنفعالي من قبل المعالج.

● **الثانية :** يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرخاء الإشباع والإرضاء ، ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى و تقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية العقلية. (ميدون.2019.ص59)

2-8 البرنامج التدميمي السلوكي :

إن الهدف الأساسي من هذا النوع من البرامج هو تنمية السلوكيات الإيجابية المرغوب فيها وإلغاء أو خفض السلوكيات غير اللائقة وغير المتكيفة، والإرتقاء بالوظائف المختلفة الضعيفة أو غير الموجودة مثل: اللغة ومهارات العناية بالذات، ويشير **لويس مليكة (1990)** إلى أن معظم أفعال البشر سوية كانت أم لا ماهي إلا سلوك متعلم وبالتالي يمكن تعديلها بإستخدام أسس التعلم وتوفير الظروف الملائمة للتغيير، فالسلوك اللاسوي هو الفشل في تعلم مهارات التعامل مع البيئة أو تعلم السلوك غير المناسب.

كلما كان تعديل السلوك مبكرا وكان السلوك قليل الشدة والتكرار ، كان تعديله أسهل ، و يجب أيضا أن نحدد الهدف من تعديل السلوك بوضوح وأن نبدأ بتعديل السلوك الأشد خطورة والمتكرر ، ثم نتبع هذا بالسلوك الأقل شدة في الخطورة والتكرار ... وهكذا. والجدير بالذكر أنه يجب علينا وضع معايير لقياس مدى نجاح تعديل السلوك لننتقل بعد هذا السلوك إلى آخر. **(الحسني 2020.ص.81.82)**

ومن أشهر الدراسات التي استخدمت مدخل تعديل السلوك مع الأطفال التوحيديين من خلال البرامج دراسة **عادل عبدالله (2000)** التي هدفت إلى التأكد من فعالية برنامج سلوكي للحد من السلوك العدواني لدى الطفل التوحيدي ، وحيث أوضحت نتائجها فاعلية البرنامج السلوكي في حدوث إنخفاض في السلوك العدواني ، وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج.

ودراسة **جمال محمد (1998)** التي هدفت إلى التعرف على فاعلية أساليب التعديل السلوكي في خدمة الفرد في تعديل سلوك الطفل التوحيدي ، إذ أوضحت النتائج فاعلية أساليب تعديل السلوك من خلال زيادة التواصل وقلة حدة النشاط الزائد. **(بيومي.2008)**

3-8 المتابعة بالعقاقير الطبية :

يجب أن نضع في الإعتبار أنه لا يوجد من تلك العقاقير ما فيه شفاء ناجح لحالات التوحد ، ولكن هذه العقاقير تخفف من حدة بعض الأعراض أو تساند أو تسهل عملية التعليم أو تقلل من

النشاط الزائد أو تخفض من حدة السلوك العدواني أو تهدئ من ثورات الغضب أو من السلوكات النمطية وأهم أنواع العقاقير هي:

1- اللاميكيتال Lamictal ، لاموتريجين Lamotrigine : هذا الدواء يمنع نوبات الصرع عن طريق منع النشاط الكهربائي الزائد في المخ و يفعل ذلك عن طريق منع الصوديوم من دخول الخلايا العصبية عندما تبدأ في إطلاق إشارات كهربائية سريعة و متكررة.

2- الديباكوت Depakote (ديفاليروكس الصوديوم) : علاوة على معالجة النوبات و صداع الشقيقة من فوائده تخفيف السلوكات المتفجرة و العدوانية لدى مرضى التوحد.

و من تلك العقاقير أيضا Lithium ، Eskalith, Nadohal, Naltroxon, Trexan والتي تخفف من حدة السلوك العدواني أو إيذاء الذات و Tofamil الذي يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلية للمثيرات في المخ.

3- التغيرينول tegretol : يوصف لعلاج اضطرابات ثنائية القطب وتظهر بعض الدراسات تحسنا في الأعراض السلوكية لدى الأطفال التوحدين. (الهوري .2021.ص52)

وهناك أدلة على أن فيتامين B06 مساعد في علاج التوحد ، حيث أن المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحدين عادة ، كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية و العضلات ، و تقوي دور الأنزيمات في الجسم. (الرزقيات 2004.ص301)

وخلاصة القول أن الأدوية لا تشفي التوحد، ولكنها تقلل من بعض أعراضه أو السلوكيات غير المرغوب فيها، وتساعد في إعداد الطفل وتجهيزه للتدخل العلاجي السلوكي والتعليمي.

4-8 برامج تدعيمية بيئية :

يتضمن البرنامج البيئي في تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع و التدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة . (سليمان .2000.ص94)

و البرنامج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول حياة المريض أو بيئته المباشرة ، كما يشير المصطلح إلى المفهوم الذي ينظر إلى المستشفى باعتبارها مجتمعا علاجيا ، و هذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل فيه على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء ، و يعتبر المصطلح مكافئا لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطي و بالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج التوحد . (خطاب 2009.ص91)

و عليه فإن البرنامج البيئي أثبت فعاليته و أهميته في المساهمة في علاج اضطراب التوحد كغيره من العلاجات الكثيرة الأخرى التي ساهمت في محاولة علاج التوحد كالعلاج بالحمية أو النظام الغذائي.

5-8 المتابعة بالفيتامينات :

يعتبر بيرناد ريملاند **Bernard Rimland** من أكثر الباحثين الذين يولون العلاج بالفيتامينات والمغنيزيوم أهمية خاصة، لما كان له من تأثير إيجابي على بعض سلوكيات وأعراض التوحد لدى بعض الأطفال، حيث تشير بعض الدراسات ريملوند (1998) إلى أن أجسام التوحديين تتطلب جرعات أكبر من بعض العناصر الغذائية والتي لا توفرها الوجبات الغذائية العادية. فقد أشارت التقارير إلى أن حوالي 30 - 50% من هؤلاء التوحديين حصل لديهم تحسن في بعض الجوانب السلوكية مثل : التواصل البصري، عادات النوم، الإنتباه، التحدث، استخدام الكلمات بعد أن تم إعطائهم جرعات إضافية من فيتامين (B6) الجرعات تتراوح ما بين 350 - 500 ملغرام .

قد نجحت هذه الفيتامينات (B6 ، المغنيزيوم) عندما أعطيت للأطفال التوحديين مع بعض، بالإضافة إلى مواد معدنية أخرى في معالجة (45 - 50 %) من الذين يعانون من التوحد وقد أثبتت دراسات علمية فاعلية هذه الطريقة في العلاج . (أدافر.2022.ص92)

6-8 برامج تدعيمية بالرسم :

ينطلق من فكرة أساسية مفادها أن الرسم يشبه إلى حد بعيد اللعب التخيلي أو الإبداعي الذي يفتقر إليه الطفل التوحدي ويعد ملمحا مميزا لمرضى التوحد ومن ثم فالمؤكد أننا نستطيع توظيف الرسم لفائدة أطفال التوحد، وبالفعل فقد لجأت الدراسات إلى الرسم والتلوين لتحسين التآزر الحركي النفسي للأطفال التوحديين، وزيادة المشاركة والسلوك التعاوني لديهم وتنمية الخيال والكثير من القدرات الذهنية، وزيادة كفاءة التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، ومساعدة الطفل التوحدي على التعبير عن مشاعره وأفكاره، هذا بالإضافة إلى أن نشاط الرسم يتيح الفرصة للطفل التوحدي على اكتشاف وتناول الكثير من الخامات والأشياء والتعرف عليها وينمي شعوره بالقيمة والإنجاز وأساليب التعبير المرئية لديه، وكذلك قدرته على العمل الجماعي .

هذا وهناك أساليب جديدة للرسم نشأت في السنوات الأخيرة لمساعدة التوحديين، وهي الرسم بالكمبيوتر وتتعدد مثل تلك البرامج وهي تلقى إهتماما وإستحسانا من معظم الأطفال التوحديين ويأتي معظمها بنتائج إيجابية ملموسة . (العسكر.2011.ص108)

7-8 برامج تدعيمية باللعب:

يعد اللعب من أهم وسائل تنمية التواصل لدي الطفل التوحدي، وذلك من حيث أن اللعب من أهم الأنشطة التلقائية اليومية في حياة الطفل نظرا لما له من بساطة وتلقائية تنمي كل خبرات الطفل وقدراته و إنفعالاته ومهاراته المتنامية، فاللعب رحلة إكتشاف تدريجية للعالم المحيط بالطفل يعيشه بواقعه وبخياله ويندمج مع عناصره وأدواته ويستجيب لرموزه ومعانيه، فإدراك العالم المحيط والتمكن منه والتواصل فيه كفيل بأن يجعل اللعب نشاطا يشبع الحاجة الطبيعية للأطفال هذه الحاجة تولد معهم، حيث أن اللعب لا يتطلب سوى الرغبة الطبيعية فيه حتى تتحقق كل أهميته ووظائفه، فالطفل في مواقف اللعب يقوم بعمليات مثل: الإنتباه والتذكر والإستدعاء لخبرات إجتماعية وإنفعالية ويلعب أدورا ويمثل أحداثا، كل ذلك قالب إجتماعي وإنفعالي وتواصلية .

حيث هدفت دراسة تشوي (2000) إلى التعرف على تأثير أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين، وذلك عن طريق طفل عادي يشارك الطفل التوحدي في مجموعة من

الألعاب، وأشارت أهم النتائج إلى التأثير الإيجابي على تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين، حيث أظهر هؤلاء الأطفال بعد التطبيق زيادة التواصل مع شريك اللعب وتحسين مستوى التواصل البصري لديهم. (بدير. 2014. ص180)

8-8 برامج تدعيمية بالموسيقى :

درست التأثيرات العملية والعلاجية للموسيقى على أطفال التوحد، فوجد أن للموسيقى تأثيرا كبيرا على إنخفاض النشاط الزائد عند الأطفال وانخفاض مستوى القلق وأنها أفضل بكثير من استخدام الكلام ، إذ أنها تساعد الطفل على تذكره للأغاني كما أن هذا البرنامج يعد بسيطا وسهلا في تدريب الطفل عليه وليس له أية تأثيرات جانبية. (شاكر مجيد. 2010. ص146)

9-8 برامج تدعيمية بالتكامل الحسي :

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل : حواس الشم ، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التدوق قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها، ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين ، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل، المساج ، اللمس برفق، التي تعين الطفل على الإستجابات التكيفية فضلا عن تدريب دماغ الطفل لتكامل المدخلات لمختلف الأحاسيس.

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر علمية من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الإستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه. (شاكر مجيد.

2007. ص133.134)

9- إستجابة الأم لإصابة ابنها بإضطراب طيف التوحد:

هناك عدة ردود أفعال ممكنة حول تطور إستجابة الأم منذ معرفتها بأن طفلها يعاني من مشكلات إلى الوقت التي تعتاد فيه على الفكرة و تتقبلها ، و تختلف هذه الردود عند المعرفة بإصابة الطفل من أم إلى أخرى إلا أن غالبيةن يمرّون بنفس المراحل و هي كالتالي :

1- مرحلة الصدمة :

و هي أول ردة فعل نفسي يحدث لها ، حيث أن الأم لا تستطيع التصديق أن طفلها غير عادي .

2- الإنكار :

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

3- الحداد والحزن :

وهي فترة حداد تعيشها الأم بعد فقدان الأمل نهائيا ، وأنه سيعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

4- الخجل والخوف :

يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الأمهات لإتجاهات الآخرين المقربين منهن تجاه إصابة أبنائهن .

5- الغضب والشعور بالذنب :

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

6- الرفض أو الحماية الزائدة :

المواقف الراضية للطفل تعرضه للإهمال و إساءة الآخرين، والحماية المفرطة تولد الإعتمادية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

7- التكيف والتقبل :

وبعد كل المعانات السابقة لا تجد الأم مفرا من تقبل الأمر الواقع والإعتراف بإصابة ابنها لكن من المهم أن تصل الأم لهاته المرحلة بسرعة لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الإستفادة من الرعاية الطبية و التأهيلية. (طوسي .2019. ص28.29)

الخلاصة :

من خلال ما سبق ذكره يمكن الإستنتاج أن التوحد لازال لحد الآن لم يعرف السبب الحقيقي المؤدي لحدوثه ، و الدليل على ذلك هو تعدد النظريات المفسرة له و الآراء حوله إلا أن الأبحاث لازالت قائمة إلى يومنا هذا ، بحيث يؤثر على مختلف جوانب الشخصية سواء الإجتماعي ، المعرفي ، اللغوي و الإنفعالي ، هذا ما يجعلهم بحاجة إلى تكفل يشمل مختلف هذه الجوانب ، كما تطرقنا إلى كافة الأساليب العلاجية التي تساعد في تحسين السلوكات و تطوير المهارات لدى الطفل المصاب بإضطراب بطيف التوحد.

إجراءات المنهجية للدراسة

❖ تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- مجموعة الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- كيفية إجراء العمل الميداني

❖ الخلاصة

تمهيد :

يتم الإعتماد في البحوث النفسية خاصة و العلوم الإنسانية و الإجتماعية عامة على الجمع بين جانبيين مهمين من أجل دراسة و تفسير الظواهر المراد دراستها ، و هما الجانب النظري و الجانب التطبيقي أو الميداني .

فبعد التطرق إلى الفصل النظري بمختلف المعلومات التي تخص موضوع الدراسة من إشكالية الدراسة و ما يتعلق بها من متغيرات ، في هذا الفصل المنهجي سوف نتطرق إلى الدراسة الإستطلاعية التي قمنا بها ، كذلك معرفة المنهج المعتمد عليه ، و التعرف على مجموعة الدراسة وصولاً إلى معرفة أدوات و حدود الدراسة .

1- الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية من أهم المراحل في البحث العلمي و أول خطوة يلجأ إليها الباحث لما لها من أهداف تمكن الباحث من التأكد من صحة توافق المنهج المختار للدراسة مع متغيراتها ، و معرفة إذا كانت وسائل البحث قابلة للتطبيق ميدانياً ، بالإضافة إلى أنها تسمح للباحث للتعرف على مكان إجراء البحث و قابلية إنجازه ، و معرفة الظروف المحيطة و الإمكانيات التي سيتم إجراء البحث فيها و التأكد من توفر مجموعة الدراسة و جمع أكبر قدر من المعلومات حولها . (كيجل .2020.ص38)

و للحصول على مجموعة الدراسة و هي أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد قمنا بالتوجه إلى المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية "فرنان حنفي" بتييزي وزو تحديداً إلى مصلحة Pédopsychiatrie و تم إستقبالنا من طرف المنسق من أجل الحصول على الموافقة في طلب إجراء دراستنا الميدانية ، وتمت الموافقة على طلبنا ثم قابلنا المختص النفسي للإتفاق على المواعيد من أجل إجراء المقابلة مع أمهات هؤلاء الأطفال .

1-1 تقديم مكان إجراء الدراسة :

يحتوي مستشفى " فرنان حنفي " على عدة أجنحة و مصالح حيث نجد :

- مصلحة الإدارة و التوجيه و الإرشاد و التي بدورها تحتوي على :
 - مصلحة الإستشفاء .
 - مصلحة الإستقبال ة الإستعجالات .
 - مخبر التحاليل .
 - عيادة طبيب الأسنان.
 - مصلحة مختصة بالطب العقلي للأطفال .
 - مصلحة مكافحة الإدمان .

❖ كما يوجد وحدات إستشفائية موزعة على أربعة أجنحة و هي :

- الجناح الأول خاص بالنساء.
- الأجنحة الثلاث الأخرى خاصة بالرجال .

و في كل جناح يوجد أخصائي نفسي ، طبيب عام ، أطباء عقليين ، و ممرضين .

➤ إضافة إلى مكتب المراقبة العامة ، موقف السيارات ، مطعم ، مخزن ، مدرج .

2-1 تجريب أدوات الدراسة :

إن الهدف الأساسي من الدراسة الإستطلاعية يكمن في ضبط متغيرات الدراسة ، لذلك قمنا بالتنقل إلى المؤسسة الإستشفائية " فرنان حنفي " و ذلك يوم 24.04.2024 تم توجيهنا إلى مصلحة طب الأطفال من أجل التعرف على عينة من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ، حيث قمنا بتجريب الأدوات المستعملة في الدراسة الحالية على حالتين في مقابلة عيادية في ظروف عادية مع الأخذ بعين الإعتبار الوقت الذي خصص لنا ، و تم ذلك في الغرفة المتخصصة لإستقبال الأمهات حيث كان الطفل في حصة مع المختصة النفسية، ثم قمنا بتطبيق دليل المقابلة على الحالات حيث لم تجد الأمهات صعوبة كبيرة في فهم البنود كما قمنا بمراعاة اللغة لتسهيل التواصل و فهم الكلام ، ومع ذلك قمنا بإجراء تعديل على دليل المقابلة من أجل بنود واضحة أكثر و التوصل إلى معلومات أدق ، بعدها قمنا بتطبيق كل من مقياس المرونة النفسية

L 'échelle de hardiess \Résilience(HER)de Brienet et Al 2008

و مقياس beck للإكتئاب ، بحيث كانت بنود المقياس مفهومة و نحن قمنا بإلقاء التعليمات و نادرا ما كانت الحالات تسأل عن معنى البند أو كلمة غير مفهومة ، إضافة أن الحالات تجاوبت معنا بكل تفهم و أريحية .

2- منهج الدراسة :

يعرف المنهج بأنه "الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل ، و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة". (حلي عبد الرحمان.2017.ص.84)

وفي بحثنا الحالي تم الإعتماد على المنهج العيادي أو الإكلينيكي القائم على دراسة مفصلة حول الشخصية حيث يسمح لنا بالملاحظة الدقيقة للحالات و هو الأنسب في دراستنا هذه ، حيث عرفه " Perron " على أنه منهج يهدف إلى معرفة التنظيم النفسي قصد بناء تركيبي10ب معقول للأحداث النفسية حيث يكون الفرد مصدرا لها " . (Perron R.1979.p.38)

وعرفه "عبد الباسط " بأنه "المنهج الذي يعتمد على جمع البيانات المتعلقة بأي وحدة و هو يقوم أساسا على التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها من أجل الوصول إلى تعمقات " . (عبد الباسط .1963.ص329)

و يقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة فتعرف على أنها : تقييم منهجي لفرد واحد في فترة منتظمة على مدى زمني معين ، و تتضمن دراسة الحالة كتابة مذكرة يومية عن الفرد " الحالة " منذ الطفولة ، و تسجيل كل ما يمكن تسجيله من ملاحظات عن مظاهر نموه المختلفة عبر عدة سنوات أو عدة مراحل (عبد المعطي ، محمد قناوي .ص.175)

3- مجموعة الدراسة:

لم يكن إختيارنا لمجموعة الدراسة بطريقة عشوائية و إنما تم ذلك بطريقة قصدية و يكون الإختيار في هذا النوع من من العينات على أساس حر من قبل الباحث و حسب طبيعة بحثه بحيث يحقق هذا الإختيار هدف الدراسة أو أهداف الدراسة المطلوبة.

و تمثلت مجموعة البحث في 5 حالات من أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يخضعون للرعاية في المؤسسة الإستشفائية "فرنان حنفي" Pédopsychiatrie .

3-1 خصائص مجموعة الدراسة :

تم الإجمال في الجدول الآتي خصائص مجموعة الدراسة :

جدول رقم (01) : خصائص مجموعة الدراسة

الخصائص الحالات	السن	المستوى التعليمي	الحالة الإجتماعية	المهنة	عمر الطفل	سن تشخيص الإضطراب
الحالة الأولى	40 سنة	جامعي	متزوجة	ربة بيت	8 سنوات	سنتين
الحالة الثانية	39 سنة	متوسط	متزوجة	ربة بيت	10 سنوات	3 سنوات
الحالة الثالثة	38 سنة	جامعي	متزوجة	محامية	5 سنوات	سنة
الحالة الرابعة	41 سنة	ثانوي	مطلقة	ربة بيت	10 سنوات	سنة
الحالة الخامسة	39 سنة	متوسط	متزوجة	خياطة	6 سنوات	سنتين

لقد احتوت مجموعة الدراسة على خمس حالات من أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، تتراوح أعمارهم بين 38 سنة و 41 سنة و مستواهم التعليمي من المتوسط إلى الجامعي منهم عاملات و ماكثات بالبيت .

4- أدوات الدراسة :

لقد إعتدنا في هذه الدراسة على ثلاث تقنيات و هي المقابلة العيادية نصف موجهة و مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب.

4-1 المقابلة العيادية النصف موجهة :

إعتدنا على المقابلة النصف موجهة كونها تلائم دراستنا كما أنها تقنية من التقنيات المباشرة التي تسمح لنا بجمع المعلومات و المعطيات ميدانيا بطريقة نصف موجهة .

و يعرفها "حسن غانم (2004) " على أنها سلسلة من الأسئلة التي يأمل منها الباحث الحصول على إجابة للمفحوص، و من المفهوم طبعاً أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق و إنما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدراً كبيراً من حرية التصرف ، و يحرص الباحث ألا يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة . (ص171)

كما قمنا ببناء دليل مقابلة مكون من أربعة محاور و كل محور يتضمن مجموعة من الأسئلة و هي كالتالي :

المحور الأول : البيانات الشخصية : يشمل على 08 أسئلة تهدف إلى جمع معلومات أولية حول البيانات الشخصية تتمثل في : السن ، المهنة ، المستوى التعليمي ، الحالة المدنية ، مهنة الزوج ، رتبة الطفل المصاب ، عدد الأولاد و المستوى المعيشي .

المحور الثاني : مرحلة إكتشاف الإضطراب و بياناته : يتكون هذا المحور من 09 أسئلة تهدف إلى معرفة معلومات عامة عن الإضطراب و مرحلة إكتشافه كذلك المتابعة التي يخضع لها الطفل.

المحور الثالث : المرونة النفسية : يتكون من 06 أسئلة تتمحور حول مدى تكيف الأم مع المواقف الضاغطة ومواجهة الأزمات .

المحور الرابع : الإكتئاب : يشمل على 08 أسئلة و يتناول هذا الأخير التوصل إلى معرفة مدى شعور الأم بالإكتئاب و كيف هي نظرتها المستقبلية لحالة ابنها.

2-4 مقياس المرونة النفسية :

2-4 تقديم المقياس:

(L'échelle de hardiess \ Résilience (HER) de Brien et al 2008)

تم الإستعانة بمقياس المرونة النفسية (HER) المعد من طرف " Brien et al 2008 و الذي تم ترجمته وتكييفه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثين " سليمة حمودة " و " طاوس وازي " 2016 ، من قسم علم النفس ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، جامعة قاصدي مرباح_ورقلة .

يشمل المقياس على (23) بند موزعة على ثلاث أبعاد للمرونة النفسية هي : بعد الفعالية الذاتية (12) بند ، بعد التطوير (5) بنود ، بعد التفاؤل (6) بنود كما هي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (2) : أبعاد مقياس المرونة النفسية و بنوده .

الأبعاد	رقم البنود
بعد التطوير	23-21-20-12-8
بعد الفعالية الذاتية	22-18-15-14-11-10-9-5-7-4-3-1
بعد التفاؤل	19-17-16-13-6-2

و يلي كل بند 5 بدائل (دائما ، كثيرا ، أحيانا ، نادرا ، أبدا) ، و يقابل البدائل الخمسة الأوزان الآتية على نفس الترتيب (1.2.3.4.5) ما عدا البندين 7 و 9 يعكس ترتيب الأوزان فيهما (5.4.3.2.1) . (وزاي طاوس.2018.ص292)

1.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس :

للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية قامت الباحثين " سليمة حمودة " و " طاوس وازي " 2016 في دراسة حول L'impact de autorite parentale sur résilience des jeunes algeriens ، بتطبيقه على عينة قوامها 119 طالب جذع مشترك علوم إجتماعية فكانت النتائج كالتالي :

➤ **الصدق** : تم حساب الصدق بالإعتماد على صدق الإتساق الداخلي حيث كانت النتائج كالتالي : سجلت قيمة معامل الارتباط بين المقياس ككل و بعد التفاوض $r = 0.83$ ، و سجلت قيمة معامل إرتباط المقياس و بعد الكفاءة الذاتية $r = 0.92$ ، في حين سجلت قيمة معامل الارتباط بين المقياس ككل و بعد التطوير $r = 0.86$.

➤ **الثبات** : تم الإعتماد على ألفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس حيث سجلت معاملات ألفا كرونباخ القيم التالية : قيمة 0.889 للمقياس ككل ، قيمة 0.792 لبعء التفاوض ، قيمة 0.808 لبعء الكفاءة الذاتية ، قيمة 0.639 لبعء التطوير ، و عليه فإن المقياس يتمتع بمعاملات مرتفعة من الثبات .

2.2.4. تصحيح المقياس :

تعطى درجة 5 للبديل (دائما) و الدرجة 4 للبديل (كثيرا) ، و درجة 3 للبديل (أحيانا) و الدرجة 2 للبديل (نادرا) و الدرجة 1 للبديل (أبدا) ، ما عدا البندين 7 و 9 تعطى درجات البدائل بشكل عكسي أي من 1 إلى 5 لأن عبارات البنود فيهما سلبية ، و تجمع الدرجات التي تتحصل عليها الحالة من خلال إجابتها على البنود ، فأعلى درجة متحصل عليها هي 115 درجة و أدنى درجة هي 23 ، المتوسط الحسابي الفرضي هو 69 ، كلما ارتفع المتوسط الفرضي كلما كان مؤشرا على ارتفاع مستوى المرونة النفسية ، و كلما إنخفض المتوسط الفرضي كلما كان مؤشرا على انخفاض مستوى المرونة النفسية. (مياح ، منصورى.2022.ص49)

3-4 مقياس بيك للإكتئاب : (BDI-II)

1.3.4. تقديم المقياس :

قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب هي أداة مستعملة كثيرا في الأبحاث لقياس شدة التظاهرات الإكتئابية و التي جاءت متماشية مع الأعراض التي جاء بها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للإضطرابات (DSM IV).

و هي الأكثر استعمالا لتقييم الأعراض الإكتئابية لدى المراهقين و الراشدين و تقيس شدة الأعراض المعرفية ، الوجدانية ، الجسدية للإكتئاب .(بلخير .2019.ص191)

و تعد قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب أحدث صورة لقوائم بيك ، و لقد تم وضعه من طرف أرون بيك (Beck) و آخرون سنة 1996، و قام بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية و نشره "الدكتور عبد الستار إبراهيم " و كيف على البيئة الجزائرية من طرف " بشير معمارية "(2010) .

يتكون مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II) من 21 مجموعة ، و تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات تدرج لتعكس مدى شدة الأعراض الإكتئابية و كل عبارة منقطة من 0 إلى 3 ما عدا البند السادس عشر (16) المتعلق بالتعديلات في عادات النوم و كذلك البند (18) المتعلق بتعديلات في الشهية اللذان يحتويان على 07 احتمالات للإجابة (0.1a.1b.2a.2b.3a.3b) و هذا بهدف تقييم الإرتفاع و الإنخفاض في هذه السلوكات .(عوداش ، قنون .2020.ص92)

2.3.4. تطبيق المقياس :

يتم التطبيق إما بالطريقة الفردية أو الجماعية ، و تحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة ، و تسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها ، فإذا طبق فردي يكفي أن نطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة و ذلك بعد التأكد من فهمه .

أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص و يطلب منه كتابة إسمه ، عمره ، المستوى التعليمي و تاريخ الإجابة و يطلب من المفحوصين قراءة التعليمات بأنفسهم بطريقة صامتة في حين يقرأها الفاحص بصوت مرتفع حيث يزيل أي غموض و إلتباس .

أما وقت التطبيق فيمكن أن يتراوح من 05 إلى 10 دقائق ، و نجد أن الأفراد الذين يعانون من إكتئاب شديد أو اضطرابات وسواسية يمكن لهم أن يستغرقوا وقتنا أطول .(تغزة نوال .

2014.ص89)

التنقيط :

النقطة النهائية لمقياس (BDI-II) يتم الحصول عليها بجمع أرقام البنود الواحد و العشرون (21) بند منقط من صفر 0 إلى ثلاثة 03 نقاط ، و إذا قدم فرد عدة إجابات لبند واحد يجب إختيار الرقم الأعلى ، كما أن النقطة المعيارية العالية تتمثل في (63) نقطة .

و يتم تفسير العلامات المتحصل عليها كما يلي :

الجدول رقم(3) : تفسير علامات مقياس بيك للإكتئاب

المستوى	العلامات الكلية
إكتئاب أدنى	من 0 إلى 11
إكتئاب خفيف	من 12 إلى 19
إكتئاب متوسط	من 20 إلى 27
إكتئاب شديد	من 28 إلى 63

(عوداش ، قنون.2020.ص94)

2.4.4 الخصائص السيكومترية للمقياس :

أ- الثبات :

قام بشير معمرية (1998) بحساب الثبات على عينة مكونة من (63) طالب وطالبة ، (28) من الذكور و (35) من الإناث من السنوات الأربعة لمعهدي العلوم الإجتماعية و الآداب و اللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تراوح بين (18) يوم ، فوصل معامل الارتباط بين التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى (0.832) و هو دال عند مستوى الدلالة (0.01) .

ب- الصدق :

قام بشير معمرية بحساب معامل الصدق بطريقتين ، الأولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للإكتئاب و مقياس التقدير الذاتي للإكتئاب " لزونج " و هو من تعريب و إعداد " رشاد عبد العزيز موسى " (1988) على عينة مكونة من (43) طالب و طالبة من معهدي العلوم الإجتماعية و الإقتصاد في

جامعة باتنة ، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (0.825) و هو دال عند مستوى (0.01) ، و الطريقة الثانية عن طريق الإتساق الداخلي و هي إحدى طرق حساب صدق التكوين ، حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من (82) طالبا و طالبة ،(34) طالب و (48) طالبة من معاهد العلوم الإجتماعية و الري و الإقتصاد و اللغات و العلوم الدقيقة ، و تبين الجداول التالية معاملات الارتباط بين كل عبارة و مستوى دلالتها الإحصائية .(تغزة نوال.2014.ص.93.92)

5- كيفية إجراء العمل الميداني :

قمنا بإجراء دراستنا هذه خلال شهر ماي 2024 ، و قبل القيام بالمقابلات العيادية شرحنا الهدف من إجراء المقابلة العيادية مع التأكيد على إستعمال المعلومات في إطار إنجاز البحث العلمي ، بحيث تمكنا من الحصول على خمس حالات من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و كانوا متعاونين معنا و متفهمين، إذ تم مقابلة الحالات الخمسة على حدا و بمعدل حصة لكل حالة دامت تقريبا ساعة و نصف لكل حصة و حاولنا جمع أكبر عدد من المعلومات عن الحالة ، مع تمرير مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و ذلك في القاعة المخصصة لإستقبال الأمهات ، إستغرق إجراءنا للعمل الميداني حوالي 15 يوم بحيث نتعامل مع الحالة الواحدة في اليوم و إحترام مواعيد حضور الأمهات .

خلاصة :

بعدما تعرفنا في هذا الفصل عن المنهج المعتمد عليه في هذا البحث و المتمثل في المنهج العيادي و كذا قمنا بدراستنا الإستطلاعية و كيفية اختيار مجموعة الدراسة و مختلف الأدوات المستعملة ، سوف نتطرق في الفصل الموالي إلى عرض النتائج المتحصل عليها ثم تحليلها و مناقشتها .

عرض و تحليل و مناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض و تحليل الحالات

1-1 عرض و تحليل الحالة الأولى

2-1 عرض و تحليل الحالة الثانية

3-1 عرض و تحليل الحالة الثالثة

4-1 عرض و تحليل الحالة الرابعة

5-1 عرض و تحليل الحالة الخامسة

2- تحليل و مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة

الخلاصة

تمهيد :

بعد ما تطرقنا في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية المتبعة ، سنقوم من خلال هذا الفصل بعرض و تحليل و مناقشة نتائج الحالات الخمسة من خلال المقابلة النصف موجهة و مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب .

1- عرض و تحليل النتائج :

1-1 عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى :

1-1-1- تقديم الحالة :

الحالة هي السيدة أمينة تبلغ من العمر 40 سنة ، ذات مستوى إقتصادي متوسط ، و مستواها التعليمي جامعي ، ليسانس في علم النفس عمل و تنظيم ، و هي ربة بيت ، زوجها يعمل صباغ ، أم لطفلين و الطفل الأول هو آدم مصاب بإضطراب طيف الوجد يبلغ من العمر 08 سنوات .

1-1-2- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

كانت الحالة عادية و متعاونة جدا أثناء المقابلة بعدما شرحنا لها الهدف من إجراء المقابلة .
 بداية بمحور إكتشاف الإضطراب و بياناته و عند سؤالنا الحالة عن ظروف الحمل و الولادة أكدت لنا أن سيرورة الحمل كانت عادية ككل النساء بقولها " كان كلشي نورمال كيما كامل النساء " ، بدأت تلاحظ الأم طفلها في عمر السنتين لا يحاول التكلم مثل أقرانه و لا يستجيب عند مناداته و لا يعرف الخطر على حد قولها " بديت نروماركي وليدي ماشي نورمال كي نعطلو ميشوفش فيا و دايم ساكت " ، حينها توجهت الأم إلى طبيب الأطفال الذي بدوره وجهها إلى أخصائية نفسية و التي قالت لها على حد قولها " ما نقدروش نشخصوه دوك حتى ثلث سنين " بمعنى أن الأخصائية النفسية لم تستطع تشخيصه بحكم أنه صغير حتى يبلغ الثلاث سنوات ، بعدها توجهت الحالة إلى المؤسسة الإستشفائية " فرنان حنفي " أين شخص هناك من طرف الأخصائي النفسي أنه مصاب بإضطراب التوحد ، و بدأت بعدها مرحلة العلاج سنة 2019 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية " فرنان حنفي " في مصلحة **pédopsychiatre** حصة كل شهر .

و عند سؤالها عن مرافقته الدائمة إلى المركز أجابت "وليدي يتحرك بزاف و أنا دايمن معاه و بين ما يروح و أنا لي نجيبو دايمن لهننا " بمعنى أنها ترافق ابنها دائما إلى المركز لأنه كثير الحركة فهي تخاف عليه ، و عند سؤالها عن السوابق العائلية لمرض التوحد أجابت أنه لا يوجد في العائلة أي شخص يعاني من هذا الإضطراب ، كما أضافة عند سؤالنا عن المهام التي تقوم بها من أجل رعاية ابنها على حد قولها " يحتاج بزاف نعاونو و نتهلا فيه في كل حاجة و طول الوقت و أنا معاه نسيي نعاونو و نعلمو يدير الأمور اليومية " بمعنى أن الأم تعتني به عناية خاصة نظرا لإحتياجاته الدائمة و تدريبه على العادات اليومية ، أما عن علاقتها بابنها فهي علاقة جيدة لكن علاقته بأبوه غير مستقرة نوعا ما على حد قولها " باباه ما تقبلش مرض وليدو و ميحكيش معاه بزاف و بعيد عليه " بمعنى أن علاقة الابن بأبوه علاقة عادية لأنه لم يتقبل وضعية ابنه، أما أخوه الأصغر فهو يحبه و يشاركه اللعب.

أما فيما يخص محور المرونة النفسية و عند سؤال الحالة عن تصرفها في المواقف الصعبة أجابت أنها في كثير من الأحيان لا تعرف كيف تتصرف ، و أضافة عن علاقاتها قبل و بعد إصابة ابنها فهي لم تتغير كثيرا عم كما كانت عليه سابقا حيث قالت "عادي ماتبدلتش ، أنا لي أغلب الوقت مع وليدي " بمعنى أن أغلب وقتها مع ابنها هذا ما جعلها لا تهتم بالعلاقات مع الآخرين ، و عند سؤالها عن الصعوبات التي تواجهها مع إصابة ابنها أجابت " نواجهه ، نواجهه بزاف صعوبات نبقى نعس فيه و نوريلو و لازم نهتم بيه و بخوه" بمعنى أن الأم تواجه صعوبات مع حالة ابنها لأنه يحتاج إلى رعاية خاصة ، و أضافة أنها لا تعتبره عبأ عليها على حد قولها " هذا وليدي و جامي نخليه و نفرح كي نشوفو يستجيب للعلاج " ، أما عند سؤالها عن الأفكار التي تنتابها أجابت أنها متفائلة دائما في تحسن حالة ابنها ، كما أضافة أنها تخطط لأمر حياتها هذا ما يجعلها قوية أكثر على حد قولها " بيان سور ندير حساب لكلش " .

أما بالنسبة لمحور الإكتئاب و عند سؤالها عن سندها في رعاية ابنها أجابت " عائلتي أمي و خويا بالأكثر ، يحبوه " بمعنى أن عائلتها تساندها و تدعمها في رعاية آدم فهم يحبونه كثيرا ، و أضافة عن مساعدة زوجها لها في مرض ابنها أنه لا يساعدها كثيرا خاصة أنه لم يتقبل حالة ابنه على حد قولها " ما تقبلش باباه و محبش يتقبل خاصة كي جبتو لهننا قالي كيفاه تديه لواد عيسي " ، أما عن إحساسها عندما علمت أن ابنها مشخص بإضطراب طيف التوحد فأجابت

"تصدمت و مفهمتش منين جاه و بديت نسقي الطبيب كيفاش ندير، جاتي صدمة " بمعنى أنها تفاجأة لما علمت بإصابة ابنها فهي لم تعرف كيف تتصرف معه ، كما أضافة عند سؤالها عن نظرتها للتوحد أنه صعب جدا و يصعب التعامل معه ، كما تواجه الحالة نوعا من التعب و قلة النوم أحيانا على حد قولها " عادي مرات برك وين منقدرش نرقد " .

و من خلال سؤالنا لها عن آمالك نحو مستقبل ابنك كانت متفائلة و تتوقع الأفضل لأدم فأجابت " نتمنى يولي حاجة كبيرة فالدنيا هادي و يوري للناس بلي المتوحدين ماشي مرضى عقليين " و أضافة " و نخاف الناس يأذوه في المستقبل " بمعنى أن الحالة متفائلة بمستقبل ابنها كما أنها متخوفة من أذية الناس إليه .

بعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة على الحالة قدمنا لها مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي :

1-1-3- عرض و تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس المرونة النفسية على الحالة أمينة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 89 من 115 درجة ، تبين أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما يوضحه الجدول الموالي :

الجدول رقم (4) : نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية

الدرجات	أبعاد المقياس
21	بعد التطور و النمو
48	بعد الفعالية الذاتية
20	بعد التفاؤل
89	المجموع

من خلال الجدول الموضح أعلاه و النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة أعلى في بعد الفعالية الذاتية قدرت ب 48 درجة ، ثم يليها بعد التطور و النمو ب

21 درجة و أخيرا بعد التفاؤل ب 20 درجة ، حيث نجد أن الحالة تتلقى الدعم من عائلتها بالإضافة إلى تفاؤلها في حالة ابنها هذا ما ساعدها في التكيف مع وضعية ابنها .

4-1-1 عرض و تحليل نتائج مقياس الإكتئاب :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس الإكتئاب على الحالة أمينة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 10 من الدرجة الكلية 63 ، تبين أن الحالة تعاني من إكتئاب أدنى ، حيث تحصلت على الدرجة (3) في بند (البكاء) ، و الدرجة (2) في كل من (الهيجان و الإثارة) ، و تحصلت على الدرجة (1) في كل من البنود التالية (الحزن ، فقدان الإستمتاع بالحياة ، مشاعر الإثم ، القابلية للغضب و الإنزعاج ، الإرهاق و الجهد) ، و الدرجة (0) في كل من البنود المتبقية .

و حسب هذه النتائج تؤكد وجود إكتئاب أدنى الذي يؤثر على الحالة نظرا للحزن البادي عليها و شعورها بضيق من الحياة و نقص إستمتاعها بجوانب الحياة على النحو التي تعودت عليه بسبب حالة ابنها و هذا ما يتجلى لنا من خلال نتائج بنود المقياس .

5-1-1 خلاصة الحالة الأول :

بتحليلنا للحالة و بعد النتائج المتحصل عليها من كلا المقياسين و التي تمثلت في حصولها على 89 درجة على مقياس المرونة النفسية و التي تشير إلى مستوى مرونة نفسية مرتفع ، و هذا ما يعكس على إجابتها حيث تحصلت على درجة 48 في بعد الفعالية الذاتية ، و 21 في بعد التطور و النمو ، و 20 في بعد التفاؤل ، فهي تسعى دائما لتجاوز و حل المشاكل و المحافظة على مرونتها رغم الحواجز كما أنها تتلقى الدعم من عائلتها ، فمعظم إجاباتها على عبارات مقياس المرونة النفسية كانت ب (دائما) ، (كثيرا) و (أحيانا) مثال : ألتزم في حل المشكل ، أتحكم في سير الأمور و تطوير معارف جديدة ، مع إنعدام الإجابات في البدائل الأخرى .

كما تحصلنا على درجة 10 على مقياس الإكتئاب هذا ما يوضح وجود إكتئاب أدنى عند الحالة و هذا ما تبين من خلال إجابتها على بند الحزن و فقدان الإستمتاع بالحياة و تأنيب الضمير ،

فالحالة تشعر بالذنب أحيانا في حالة ابنها خاصة مع زيادة مسؤولياتها هذا ما أفقدها التمتع في جوانب عدة من الحياة ، إضافة إلى أعراض الحزن الواضحة عليها خلال إجراء المقابلة .

1-2-1- عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية :

1-2-2- تقديم الحالة :

الحالة هي السيدة كريمة تبلغ من العمر 39 سنة ، ذات مستوى إقتصادي متوسط ، و مستواها التعليمي أولى متوسط ، و هي ربة بيت ، زوجها يعمل بناء ، أم لأربعة أطفال ، إثنان بنات و إثنان ذكور، و الطفل الثاني ريان مصاب بإضطراب طيف الوجد يبلغ من العمر 10 سنوات .

1-2-3- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

كانت الحالة خجولة نوعا ما أثناء المقابلة ، كما كانت متفهمة و متعاونة معنا في تزويدنا بالمعلومات و الإجابة على تساؤلاتنا .

بداية بمحور إكتشاف الإضطراب و بياناته و عند سؤالنا السيدة كريمة عن سيرورة ظروف الحمل أجابت أنها كانت صعبة قليلا نظرا لبعض المشاكل العضوية التي مرت بها أثناء فترة الحمل على حد قولها " جاني الحمل صعب بوليدي هاذا و مرضت شوية " ، إكتشفت الأم إصابة ابنها في عمر 3 سنوات حيث أجابت عند سؤالها عن الأعراض التي ظهرت عليه " يلعب بعينيه و ميركزش معايا ، يبكي بزاف و ما يهدرش ما يعرفش ينطق " لاحظت الأم بعض السلوكيات غير عادية على ابنها خاصة التأخر في النطق هذا ما جعلها قلقة من حالة ابنها ، توجهت إلى طبيب الأطفال قام بإجراء الفحوصات اللازمة و كانت سليمة ، فوجهها إلى مختص نفسي حيث شخص الإبن بالتوحد بقولها " قالي وليدك عندو توحد 100% " تفاجئت الأم بالتشخيص على حد قولها " تصدمت قالي التوحد و أنا منعرف والو على التوحد واش هو و كيفاش يتعالج حتى فهمني ل psychologue " بمعنى أن الحالة إنصدمت من تشخيص ابنها بإضطراب التوحد فهي لم تكن تعرف أي معلومة عن التوحد ، تابعت مدة عام عند الأخصائي النفسي في الخاص ثم توجهت إلى المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية " فرنان حنفي " أين أكملت العلاج هناك في مصلحة pédopsychiatre حصة كل شهر .

أما عند سؤالنا عن مرافقته للمركز أجابت أنها هي المرافقة له مع أبيه ، و أضافة عند سؤالنا عن السوابق العائلية لإضطراب التوحد في العائلة أجابت أنه لا يوجد في العائلة أي سوابق لإضطراب التوحد لكن أختها و أخوها مصابين بمرض عقلي على حد قولها " لا لا ماكاش لي عند التوحد فالعائلة مي خويا و ختي عندهم **retard mental** " ، كما أضافة عند سؤالنا عن علاقتها بإبنها و علاقته ببقية أفراد الأسرة أجابت " كي ميهدرش صعيب باش نتعامل معاه علاقتي بيه نورمال و باباه تان صعيب باش يفهملو " بمعنى أن علاقة الأم بإبنها عادية نظرا لبعض الصعوبات التي تواجهها بسبب عدم تكلم الإبن، أما أخواته فهو يحب اللعب معهم و يساعدها في رعاية أخوهم .

أما بالنسبة لمحور المرونة النفسية و عند سؤالنا للحالة عن تصرفاتها في المواقف الصعبة أجابت " على حساب الموقف .. ما نكذبش عليك بزاف وين ما نعرفش نتصرف " بمعنى أنها تتصرف بحسب طبيعة الموقف كما أنها في كثير من المواقف لا تحسن التصرف ، و أضافة عند سؤالها عن علاقاتها مع الآخرين إذا ما تغيرت قبل و بعد إصابة إبنها أجابت " ماشي كيما كانت بكري نورمال برك " بمعنى أن الحالة تغيرت علاقاتها نوعا ما مع الآخرين مع زيادة مسؤوليتها ، أما عن الصعوبات التي تواجهها مع إصابة إبنها فهي تعاني من جهة عدم فهمها لإبنها فهي تجد صعوبة في التواصل معه ، و أضافة عند سؤالنا عن مسؤولية طفلها هل تبدو فوق طاقتك أجابت " وي كي نعيما منقدرش نكمل و نفشل " بمعنى أن الحالة تشعر بالتعب و الإرهاق فترى مسؤولية إبنها فوق طاقتها و أضافة " هو حالة خاصة و خاوتوا تان لازم نهتم بيهم " ، كما تنتابها أفكار كثيرة بين الخوف و التفاؤل أحيانا على حد قولها " يجيني تخمام دايمين دي فوا نفشل و نخاف واش راح ندير و دي فوا نقول يتحسن انشاء الله " بمعنى أن الحالة أحيانا ما تفكر في حالة إبنها و تخاف من المستقبل كما أنها أحيانا ما تتفائل بتحس حالته ، كما أضافة أنها لا تخطط لأمر حياتها .

أما بخصوص محور الإكتئاب و عند سؤالها عن سندها في مرض إبنها أجابت " ماكاش لي يعاوني أنا وحدي ندير كلش حتى باباه ماعلابالوش غير كي يديني و يجييني لهننا " فهي لا تتلقى الدعم من أي أحد حتى زوجها لا يساعدها في إبنها ، و أضافة عند سؤال الحالة عن إحساسها عند تشخيص إبنها بإضطراب طيف التوحد أنها تفاجأت جدا و لم تعرف ماذا تفعل على

حد قولها " معرفتش وشنوه و كيفهمني psychologue تصدمت " ، و أضافة أنها ترى التوحد مشكلة صعبة يصعب التعامل معه على حد قولها " التوحد صعب و أنا مكنتش نعرف عليه والو" ، كما أنها تشعر كثيرا بالتعب و نومها مضطرب أحيانا خاصة أن إبنها لا ينام ليلا على حد قولها " مانرقدش كامل مليح عندي شحال مرقتش نورمال ، نفظن بزاف " .

أما بالنسبة النظرة المستقبلية للحالة نحو المستقبل فأجابت " نخاف كي يكبر شكون يكون معاه و كيفاه يعيش إذا ماكنتش أنا معاه " متخوفة كثيرا من مستقبل إبنها و مما سيحدث له عندما يكبر و لا تكون موجودة .

بعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة على الحالة قدمنا لها مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي :

1-2-4- عرض و تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس المرونة النفسية على الحالة كريمة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 81 من 115 درجة ، تبين أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما يوضحه الجدول الموالي :

الجدول رقم (5): نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية

الدرجات	أبعاد المقياس
19	بعد التطور و النمو
39	بعد الفعالية الذاتية
23	بعد التفاؤل
81	المجموع

من خلال الجدول الموضح أعلاه و النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة أعلى في بعد الفعالية الذاتية حيث قدرت ب 39 درجة ، ثم يليها بعد التفاؤل ب 23 درجة و أخيرا بعد التطور و النمو ب 19 درجة هذا ما يتوافق مع مرونتها النفسية المرتفعة، فالبرغم

من غياب الدعم و السند عند الحالة و إهتمامها بإبنها لوحدها إلا أنها تصر على البقاء بإيجابية و الحفاظ على مرونتها من أجل رعاية إبنها و تحسن حالته .

1-2-5- عرض و تحليل نتائج مقياس الإكتئاب :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس الإكتئاب على الحالة كريمة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 23 من الدرجة الكلية 63 ، تبين أن الحالة تعاني من إكتئاب متوسط ، حيث تحصلت على الدرجة (3) في كل بند من البنود التالية (نقد الذات و لومها ، البكاء، الإنسحاب الإجتماعي) ، و الدرجة (2) في كل من (التردد في إتخاذ القرارات ، انعدام القيمة ، تغيرات في نمط النوم ، الإرهاق و الإجهاد) ، و الدرجة (1) في كل من (الحزن ، فقدان الإستمتاع بالحياة ، مشاعر الإثم، القابلية للغضب و الإنزعاج ، تغيرات في الشهية ، صعوبة التركيز) ، كما تحصلت على الدرجة (0) في كل من البنود المتبقية .

و حسب هذه النتائج تؤكد وجود الإكتئاب الذي يؤثر عليها و على مختلف جوانب حياتها ، و هذا ما صرحت به أثناء المقابلة في قولها " يجيني تخمام دايمن ماشي مليح دي فوا نफल و نخاف واش راح ندير " بمعنى أنها لديها أفكار سيئة تنتابها، خاصة أنها لا يوجد من يساعدها حتى زوجها لا يساعدها ، كما كانت واضحة ملامح الحزن على عليها وفي تعابيرها الكلامية .

1-2-6- خلاصة الحالة الثانية :

بتحليلنا للحالة و بعد النتائج المتحصل عليها من كلا المقياسين و التي تمثلت في حصولها على 81 درجة على مقياس المرونة النفسية و التي تشير إلى مستوى مرونة نفسية مرتفع ، و هذا ما ينعكس على إجابتها حيث تحصلت على درجة 39 في بعد الفعالية الذاتية ، و 23 في بعد التفاؤل ، و 19 في بعد التطور و النمو ، فهي تحاول البقاء قوية من أجل إبنها و أولادها و تواصل حياتها رغم الصعاب و الحواجز الموجودة ، فمعظم إجاباتها على عبارات مقياس المرونة النفسية كانت ب (دائما)، (أحيانا) و(نادرا) مثال : أبحث عن حل لمواجهة الموقف ، أعتبر المشكل فرصة للتقدم نحو الأمام ، مع إنعدام الإجابات في البدائل الأخرى .

كما حصلنا على درجة 23 على مقياس الإكتئاب هذا ما يوضح وجود إكتئاب متوسط عند الحالة ، و هذا ما تجلى في إجابتها على بند الحزن و فقدان الإستمتاع بالحياة ، لوم الذات و القابلية للغضب ، فالحالة تشعر بالحزن و الضيق من الحياة بسبب ما تواجهه من مسؤو ليات أمام وضعية إبنها ، إضافة إلى إنسحابها الإجماعي عكس الذي كانت عليه قبل ، هذا ما أثر عليها نفسيا و هذا ما تجلى في إجاباتها خلال إجراء المقابلة.

1-3-1- عرض و تحليل نتائج الحالة الثالثة :

1-3-2- تقديم الحالة :

الحالة هي السيدة نورة تبلغ من العمر 38 سنة ، ذات مستوى إقتصادي جيد ، و مستواها التعليمي ماستر تخصص محاماة ، و هي محامية ، زوجها يعمل سائق سيارة إسعاف ، وهي أم لطفلين و الطفل الأول مياس مصاب بإضطراب طيف التوحد ، يبلغ العمر 5 سنوات .

1-3-3- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

كانت السيدة نورة متوترة قليلا أثناء المقابلة ، لكن كانت متعاونة معنا و متفهمة بعدما شرحنا لها الهدف من إجراء المقابلة .

بداية بمحور إكتشاف الإضطراب و بياناته و عند سؤالنا الحالة عن ظروف حملها كيف جرت أجابت أنها كانت عادية و لم تواجه صعوبات كذلك مرحلة الولادة على حد قولها " إيه نورمال كان كلش نورمال ، عادي " ، إكتشفت الأم إضطراب إبنها عندما بدأت تلاحظ بعض الأعراض عليه و ذلك في عمر 18 شهر ، حيث قالت " مايركزش فعينيا و نعيطلو ما يدير حتى حركة " بمعنى أن الإبن كان لا سيتجيب عندما تناديه أمه كما أنه لا يركز معها ، بدأت الأم تشك في حالة إبنها و لم تستطيع التحمل ثم أخذته عند مختص نفسي لم يستطع تشخيصه بحكم لازال صغيرا " نفسيتي ما رتاحتش و كان علابالي بلي بيه حاجة مي لبسيكولوق مقدرش يشخصو قالي مزالو صغير " ، حتى توجهت إلى مصلحة الطب العقلي للأطفال بالمؤسسة الإستشفائية " فرنان حنفي " أين شخص من طرف المختصة النفسية على أنه مصاب بإضطراب طيف توحد خفيف ، و هو يتابع الآن في المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية " pédopsychiatre " مرة كل شهر

، كما إضافة عند سؤالها عن مرافقته للمركز أجابت " أنا لي نجي معاه دايمن و مرات قليلة باباه " بمعنى أن الأم هي المرافقة الدائمة في مرحلة علاج ابنها .

أما فيما يتعلق بالسوابق العائلية فلا يوجد أي سوابق لهذا الإضطراب في العائلة ، وعند سؤالنا عن المهام التي تقومين بها من أجل رعاية ابنك أجابت " راني نحاول نعلمو كيفاش يلبس كيفاش يغسل كيفاش يعتمد على روجو ويولي يركز معايا " بمعنى أن الأم تحاول أن تعود ابنها على الاعتماد على نفسه و ذلك من خلال تدريبه على الأمور اليومية و الروتينية ، و إضافة عند سؤالنا عن علاقتها بابنها و ببقية أفراد الأسرة بأن علاقتها قوية و جيدة مع ابنها كذلك أبوه و أخوه على حد قولها " علاقتي معاه مليحة و قريب مني مام باباه و خوه يحبهم " .

أما محور المرونة النفسية و عند سؤالنا عن تصرفاتها في المواقف الصعبة أجابت " نحاول نكون كالم ونختم كيفاش ندير " بمعنى أنها لا تتسرع في تصرفاتها و إتخاذ القرارات ، كما أن علاقاتها قبل و بعد إصابة ابنها لم تتغير ، و إضافة عن الصعوبات التي تواجهها مع إصابة ابنها أن معظم وقتها معه و البكاء دائما مع صعوبة التعبير عن إحتياجاته على حد قولها " وقتي قاع معاه حتى كاين وين مايكفينيش خاصة كي يبكي و منفهلوش " ، و إضافة عند سؤالها عن تحمل مسؤولية ابنها هل تبدو فوق طاقتها أجابت " وي نعيما بزاف مي نسيي ما نفشلش " بمعنى أنها أحيانا ما تتعب لكنها تحاول أن لا تفشل من أجل ابنها ، أما بخصوص الأفكار التي تنتابها فأجابت " نخم كي يخرج للمدرسة كيفاش يتعاملو معاه و الناس يلا تحقرو " بمعنى أن الأم تفكر دائما في تعامل الآخرين معه و تخاف أن يتعرض للتهميش ، كما أنها تخطط دائما لأمور حياتها .

أما بالنسبة لمحور الإكتئاب و عند سؤالنا عن سندها في رعاية ابنها أجابت أن زوجها هو سندها في رعايته حيث أنه يساعدها و يدعمها معنويا على حد قولها " راجلي يعاوني بزاف و منقص عليا و يدعمني كي نفشل " ، و فيما يتعلق بإحساسها عندما علمت بإصابة ابنها أجابت " كونت موجدة روجي و علابالي بلي توحد " بمعنى أن السيدة نورة لم تتفاجئ لأنها كانت تعلم أن ابنها مصاب بالتوحد و مهينة نفسيا ، و عند سؤال الحالة عن نظرتها للتوحد أجابت أنها كانت تبحث عنه دائما لمعرفة أكثر و تدارك الوضع ، و إضافة عند سؤالها عن شعورها بالتعب و

الإرهاق أجابت أنها تتعب أكيد أما فيما يخص سيرورة نومها فهي لا تنام جيدا أحيانا على حد قولها " لي مات لولين منرقدش و دوك وليت نرقد حمدالله دي فوا برك منقدرش نرقد " .

و فيما يخص النظرة المستقبلية نحو مستقبل ابنها فالحالة كانت متفائلة من شفاء ابنها حيث قالت " راني متفائلة نشالله يبرا " .

بعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة على الحالة قدمنا لها مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي :

1-3-4- عرض و تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس المرونة النفسية على الحالة نورة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 94 من 115 درجة ، تبين أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما يوضحه الجدول الموالي :

الجدول رقم (6) : نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية

الدرجات	أبعاد المقياس
20	بعد التطور و النمو
48	بعد الفعالية الذاتية
26	بعد التفاؤل
94	المجموع

من خلال الجدول الموضح أعلاه و النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة أعلى في بعد الفعالية الذاتية حيث قدرت ب 48 درجة ، ثم يليها بعد التفاؤل ب 26 درجة و أخيرا بعد التطور و النمو ب 20 درجة هذا ما يتوافق مع مرونتها النفسية المرتفعة، فالحالة تتلقى دعما من طرف العائلة إضافة إلى مساندة زوجها لها في رعاية ابنها و تمتعها بمستوى معيشي جيد ، كل هذه العوامل أدت إلى تكيفها و مواجهتها للمشاكل .

1-3-5- عرض و تحليل نتائج مقياس الإكتئاب :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس الإكتئاب على الحالة نورة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 14 من الدرجة الكلية 63 ، تبين أن الحالة تعاني من إكتئاب خفيف، حيث تحصلت على الدرجة (1) في كل بند من البنود التالية (الحزن ، فقدان الإستمتاع بالحياة، مشاعر الإثم ، البكاء ، الهيجان و الإثارة ، الإنسحاب الإجتماعي ، التردد في إتخاذ القرارات فقدان الطاقة على العمل ، تغيرات في نمط النوم ،القابلية للغضب ،تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز ، الإرهاق و الجهد ، فقدان الإهتمام بالجنس) ، و الدرجة (0) في كل من البنود المتبقية مع إنعدام الإجابات في الدرجة (2) و (3) .

و حسب هذه النتائج تؤكد وجود اكتئاب خفيف الذي يؤثر على الحالة نورة و على جوانب حياتها و هذا ما كان واضحا عليها من أعراض الحزن و الدموع أثناء إجراء المقابلة ، إضافة إلى تصريحاتها خلال المقابلة " نعيًا بزاف معاه و منفهلوش " بمعنى أنها تتعب كثيرا بسبب و ضعية إبنها كما أنها لا تفهم عليه هذا ما أثر على نفسيته .

1-3-6- خلاصة الحالة الثالثة :

بتحليلنا للحالة و بعد النتائج المتحصل عليها من كلا المقياسين و التي تمثلت في حصولها على 94 درجة على مقياس المرونة النفسية و التي تشير إلى مستوى مرونة نفسية مرتفع ، و هذا ما ينعكس على إجابتها حيث تحصلت على درجة 48 في بعد الفعالية الذاتية ، و 26 في بعد التفاؤل ، و 20 في بعد التطور و النمو ، فهي تتمتع بمرونة عالية و هذا راجع إلى عدة عوامل كالدعم و المستوى التعليمي و المعيشي الجيد و هذا ما يتماشى مع نتائج المقياس ، فمعظم إجاباتها على بنود مقياس المرونة النفسية كانت ب (دائما) و (كثيرا) مثال البنود التالية : لا أترك المشكل يؤثر على باقي نواحي حياتي ، أوصل مشوار حياتي رغم وجود الحواجز ، الخروج من المشكل بقوة أكثر ، مع إنعدام الإجابات في البدائل الأخرى .

كما تحصلت على درجة 14 على مقياس الإكتئاب هذا ما يوضح وجود إكتئاب خفيف عند الحالة ، و هذا ما تجلى في إجابتها على بند فقدان الإستمتاع بالحياة و البكاء، التهيج و فقدان

الطاقة على العمل ، فالحالة أصبحت أكثر توترا و إنفعالا هذا ما سبب لها نوع من المعاناة النفسية ، إضافة إلى البكاء المستمر و تغيرات في النوم ، كما أنها أصبحت تتعب كثيرا متأثرة بحالة ابنها هذا ما كان واضحا على تعابير وجهها أثناء المقابلة .

1-4-1- عرض و تحليل نتائج الحالة الرابعة :

1-4-2- تقديم الحالة :

الحالة هي السيدة حسينة تبلغ من العمر 41 سنة ، ذات مستوى إقتصادي متوسط ، و مستواها التعليمي ثلاثة ثانوي ، و هي ربة بيت ، مطلقة ، أم لطفلين ، و ابنها الأول سامي مصاب بإضطراب طيف الوجد يبلغ من العمر 10 سنوات .

1-4-3- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

كانت الحالة متعاونة معنا أثناء المقابلة ، كما أجابت على الأسئلة بكل أريحية و تزويدنا بالمعلومات اللازمة .

بداية بمحور إكتشاف الإضطراب و بياناته و عند سؤالنا الحالة عن ظروف الحمل و الولادة أجابت أن كل شيء كان عادي و لم تواجه صعوبات صحية ، بدأت الأم تكتشف إضطراب ابنها عندما كان في بداية سنة من عمره ، حيث كانت تلاحظ أنه لا يستجيب للأصوات و لا يحاول التكلم مثل أقرانه على حد قولها " روماركيث بلي ماراحش يسمع كي نعطولو و ميهدرش و ميلعبش يخزر برك " ، ثم بدأت رحلة العلاج أين أخذته إلى طبيب الأطفال و الذي بدوره وجهها إلى طبيب الأذن حيث خضع الطفل لعملية في الأذن بسبب وجود الماء في أذنه تحن في السمع لكن مع ذلك لم يكن هناك تحسن في الإستجابة للأصوات حيث قالت " ديتو لطبيب الأذن كان عندو الما أنا ما فقتلوش كي دار عملية و برا بقى مايركزش معايا و ميخزرش كي نعطولو " بعدها توجهت إلى مختص نفسي أين شخصه على أنه حالة إضطراب طيف التوحد ، بقيت تتابع هناك ثم غيرت متابعته إلى المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية " فرنان حنفي " " pédopsychiatre " مرة كل شهر .

و إضافة عند سؤالها عن مرافقته للمركز أجابت " أنا لي نجي معاه دايمين نحبس أنا يحبس هوا " بمعنى أن الأم هي المرافقة الدائمة في مرافقة ابنها ، أما فيما يتعلق بالسوابق العائلية فلا

يوجد سوابق لهذا الإضطراب في العائلة هذا ما جعل زوجها يلومها حيث أجابت " نو ماكاش كامل هذا واش خلا راجلي مايتقبلش و يلومني " ، وعند سؤالها عن المهام التي تقوم بها من أجل رعاية ابنها أجابت " انا لي نديرلو كلش ..نديه ،نجيبو، نعلمو ، نوريلو ..كلش أنا " بمعنى أن الأم تقوم بكل شيء من أجل رعاية و راحة ابنها خاصة مع غياب الأب ، و إضافة عند سؤالنا عن علاقتها بابنها و ببقية أفراد الأسرة " أنا متعلق بيا بزاف دايمن معايا و خوه تان يحبوو يلعب معاها أما باباه معدوش علاقة معاها محبش يتقبل حالتو " بمعنى أن علاقتها جيدة مع ابنها فهو متعلق بها كثيرا كذلك أخوه أما أبوه فلم يتقبل حالته و لا تربطه به علاقة بحكم أنها مطلقة .

أما محور المرونة النفسية و عند سؤالنا عن تصرفاتها في المواقف الصعبة أجابت " وليت نخم قبل أي حاجا نديرها "بمعنى أنها تفكر قبل أي تصرف ، و إضافة عند سؤالها عن علاقاتها قبل و بعد إصابة أنها تغيرت كثيرا و أصبحت محدودة فهي تفضل أن تكون مع الناس الأقرب إليها فقط ، أما عن الصعوبات التي تواجهها مع إصابة ابنها أجابت " صعب باش نتعامل معاها سورتو كي يزعف " و إضافة " يعتمد عليا بزاف راني نعلمو يعتمد على رحو " بمعنى أن الأم تجد صعوبة في التعامل مع ابنها في حالات الغضب و إعتماديته الكبيرة عليها ، وعند سؤالها إذا ما تبدو مسؤلية ابنك فوق طاقتك أجابت أنه بالرغم من التعب و المجهود الذي تقوم به إلا أنها تحب ما تفعله من أجل تحسن حالة ابنها على حد قولها "نعيا و نتعب مي على جال وليدي كي نشوفو يتحسن ما نفسلش " ، أما بخصوص الأفكار التي تنتابها فأجابت " نخم لوكان نروح أنا كيفاش يكون متعلق بيا بزاف و عندو غير أنا " بمعنى أنها تفكر في حالة ابنها إذا ما غابت عنه ، كما إضافة أنها أحيانا ما تخطط لأمر حياتها نظرا لحالة ابنها.

أما بالنسبة لمحور الإكتئاب و عند سؤالنا عن سندها في رعاية ابنها أجابت " أنا هي سند وليدي عندو أنا و أنا عندي ربي سبحانو " بمعنى أن الحالة ليس لديها سند أو من يساعدها في رعاية ابنها فهي تتكفل برعاية ابنها لوحدها ، أما بخصوص إذا ما كان زوجها يساعدها في مرض ابنها فأجابت " لا ، أنا طلقت كانو مشاكل و زاد ما تقبلش حالة وليدو " بمعنى أن الأب لا يساعدها في رعاية ابنها بحكم أنها مطلقة و لم يتقبل مرض ابنه ، و عند سؤالها عن إحساسها عندما علمت أن ابنها مصاب بإضطراب طيف التوحد أجابت أنها إنصدمت في البداية ولم

تعرف كيف تتصرف لأنها لم تتوقع أن يكون مصاب بهذا الإضطراب على حد قولها " غير قالي ل psychologue تصدمت ما كنتش نسنا بلي يكون عندو توحد " ، كما أضافة عند سؤالها عن نظرتها للتوحد أنها تراه مرض صعب خاصة أنه لا يشفى منه المصاب تماما على حد قولها " التوحد بالنسبة ليا صعب سورتو كي الأعراض ديالو تبقى مايروحش قاع ça fait وليدي راح يعيش بيه " ، وعند سؤالها عن شعورها بالتعب و الإرهاق أجابت أنها أكيد فهي تتعب كثيرا أما فيما يخص سيرورة نومها أجابت "منرقدش كيما كنت و كايين وين مانرقدش قاع " بمعنى أنها حدثت تغيرات في سيرورة نومها فهي لم تعد تنام مثل قبل كما أنها أحيانا لا تنام بتاتا . و فيما يخص النظرة المستقبلية نحو مستقبل إبنها فالحالة تتمنى أن يكون إبنها على حال أحسن و يزاوّل دراسته حيث قالت " نشالله تتحسن حالتو و يقرا و يتعلم " ، أما مخاوفها فهي تخاف من نظرة المجتمع إليه و تعرضه للتهميش .

بعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة على الحالة قدمنا لها مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي :

1-4-4-4- عرض و تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس المرونة النفسية على الحالة حسينة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 79 من 115 درجة ، تبين أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما يوضحه الجدول الموالي :

الجدول رقم (7): نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية

الدرجات	أبعاد المقياس
18	بعد التطور و النمو
39	بعد الفعالية الذاتية
22	بعد التفاؤل
79	المجموع

من خلال الجدول الموضح أعلاه و النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن الحالة تحسنت على درجة أعلى في بعد الفعالية الذاتية حيث قدرت ب 39 درجة ، ثم يليها بعد التفاؤل ب 22 درجة و أخيرا بعد التطور و النمو ب 18 درجة ، فالحالة تتمتع بمرونة نفسية مرتفعة رغم طلاقها و إهتمامها بإبنها لوحدها و هذا راجع إلى عوامل شخصية كالصمود و إصرارها على تجاوز الحواجز و التكيف مع الوضعيات المتغيرة .

1-4-5- عرض و تحليل نتائج مقياس الإكتئاب :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس الإكتئاب على الحالة حسينة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 20 من الدرجة الكلية 63 ، تبين أن الحالة تعاني من إكتئاب متوسط ، حيث تحسنت على الدرجة (2) في كل بند من البنود التالية (الفشل السابق ، التردد في إتخاذ القرارات ، الإرهاق و الجهد ، فقدان الإهتمام بالجنس) ، و الدرجة (1) في كل من البنود التالية (الحزن ، فقدان الإستمتاع بالحياة ، مشاعر الإثم ، عدم حب الذات ، نقد الذات و لومها ، البكاء ، الهيجان و الإثارة ، الإنسحاب الإجتماعي ، فقدان الطاقة على العمل ، تغيرات نمط النوم ، القابلية للغضب و الإنزعاج ، صعوبة التركيز) و الدرجة (0) في كل من البنود المتبقية مع إنعدام الإجابات في الدرجة (3) .

و حسب هذه النتائج تؤكد وجود اكتئاب متوسط الذي يؤثر على الحالة حسينة هذا ما توافق مع إجابات المقياس خاصة و أنها تواجه مسؤوليات إبنها لوحدها دون الأب هذا ما صرحت به خلال المقابلة في قولها "أنا لي معاه دايمن نحبس أنا يحبس هوا" بمعنى أن الأم تتكفل بإبنها لوحدها دائما هذا ما أثر على نفسيته و حياتها .

1-4-6- خلاصة الحالة الرابعة :

بتحليلنا للحالة و بعد النتائج المتحصل عليها من كلا المقياسين و التي تمثلت في حصولها على 79 درجة على مقياس المرونة النفسية و التي تشير إلى مستوى مرونة نفسية مرتفع ، و هذا ما ينعكس على إجابتها حيث تحسنت على درجة 39 في بعد الفعالية الذاتية ، و 22 في بعد التفاؤل ، و 18 في بعد التطوير ، فهي تتمتع بمرونة نفسية عالية بالرغم ما تعانيه من صعوبات و تكفلها

بإبناها لوحدها إلا أنها لم تنهار أمام هذه الحواجز ، هذا ما يتماشى مع نتائج المقياس ، فمعظم إجاباتها على عبارات مقياس المرونة النفسية كانت ب (دائماً) ، (كثيراً) و (أحياناً) مثال : أو من أنني قادر على تحسين الأمور ، أو اصل مشوار حياتي رغم وجود حواجز ، و إنعدام الإجابات في البدائل الأخرى .

كما تحصلت على درجة 20 على مقياس الإكتئاب هذا ما يوضح وجود إكتئاب متوسط عند الحالة ، و هذا ما تجلى في إجابتها على بند فقدان الإستمتاع ، الفشل السابق ، عدم حب الذات ، الإرهاق ، فالحالة تلوم حالها بسبب وضعية إبناها ، و الإبتعاد عن المواقف الإجتماعية بسبب شعورها بعدم الثقة بالنفس هذا ما تجلى في بنود المقياس ، كما كانت واضحة عليها ملامح التعب و الإرهاق ، إضافة إلى نوع من التشاؤم في تعابيرها الكلامية أثناء المقابلة .

1-5-1- عرض و تحليل نتائج الحالة الخامسة :

1-5-2- تقديم الحالة :

الحالة هي السيدة فتيحة تبلغ من العمر 39 سنة ، ذات مستوى إقتصادي ضعيف ، و مستواها التعليمي ثالثة متوسط ، و هي تعمل خياطة ، زوجها يعمل حارس ، وهي أم لثلاث أطفال ولدين و بنت ، و الطفل الثاني يعقوب مصاب بإضطراب طيف التوحد ، يبلغ من العمر 6 سنوات .

1-5-3- عرض و تحليل مضمون المقابلة :

كانت الحالة متوترة قليلاً قبل البدء في المقابلة ، لكن بعد ما شرحنا لها الهدف من إجراء المقابلة تفهمت و أجابت على الأسئلة بأريحية .

بداية بمحور إكتشاف الإضطراب و بياناته وعند سؤالنا الحالة عن ظروف الحمل و الولادة أجابت أنها كانت تعاني من بعض المشاكل العضوية لذلك فسيرورة الحمل كانت صعبة أما الولادة فكانت عادية على حد قولها " جاني صعيب شوية الحمل بوليدي هذا كنت مريضة حتى ولدت ريحت " ، بدأت الأم تكتشف إضطراب إبناها عندما كان في عمر السننتين ، حيث كانت تلاحظ أنه يلعب لعب غير عادي و لا يتكلم كما أنه لا يستجيب عند مناداته على حد قولها " ماكنش يلعب نورمال نعيطلو ما يسمعيش و ما يهدرش كامل " ، لم تتركه الأم على تلك الحالة

أخذته إلى طبيب الأطفال أين أجرى له فحص " IRM " ، ثم قام بدوره بتوجيهها إلى أخصائية أرطفونية أين شخص بأنه مصاب بالتوحد على حد قولها " رحت ل Pédiatre دارلو IRM مبعده بعثني عند أرطفونية هيا قاتلي بلي عندو توحد " ، بقي يعقوب يخضع للمتابعة عند الأخصائية الأرطفونية لمدة عام ثم بعدها بدأ العلاج في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية " فرنان حنفي " " pédopsychiatre " مرة كل شهر .

و إضافة عند سؤالها عن إذا ما كانت مرافقته الدائمة للمؤسسة " وي نجيبو أنا و باباه و كي مايكونش باباه نجيبو وحدي " بمعنى أنها ترافق ابنها مع أبوه و في حال غيابه ترافقه هي وحدها ، أما بالنسبة للسوابق العائلية لإضطراب التوحد فلا يوجد سوابق لهذا الإضطراب في العائلة على حد قولها " لا لا ماكاش .. من عندنا حنا ماكاش و من جيته راجلي كيف كيف " ، وعند سؤالها عن المهام التي تقوم بها من أجل رعاية ابنها أجابت أنها تحاول أن تعودده على الإعتماد على نفسه و تعليمه على حد قولها " نعلمو و نوريلو كيفاش يدير كيفاش يبذل حوايجو وحدو ، ياكل وحدو ..نقريه " ، و إضافة عند سؤالنا عن علاقة ابنها بها وبقية أفراد الأسرة أجابت " كان يتهرب مني مي دوك لا لا و باباه شوية شوية و خاوتو عادي يلعب معاهم مي ما يتواصلش مع ناس وحدوخرين " بمعنى أن علاقة الأم بابنها لم تكن جيدة ثم تحسنت أما مع الأب و الإخوة فهي عادية كما إضافة أنه لا يتواصل مع الناس الآخرين .

أما محور المرونة النفسية و عند سؤالنا عن تصرفاتها في المواقف الصعبة أجابت " نسيي ما نتسرعش "بمعنى أنها تحاول عدم التسرع في تصرفاتها ، و إضافة عند سؤالها عن علاقاتها قبل و بعد إصابة ابنها أنها لم تتغير عن السابق على حد قولها " نومتبدلتش كيما قبل كيم ادوك " ، أما عن الصعوبات التي تواجهها مع إصابة ابنها أجابت " ما عنديش الإمكانيات باش نزيدلو حصص و ندخلو يقرا في مركز مختص بالتوحد " بمعنى أنها تواجه صعوبة في قلة الإمكانيات من أجل التكفل به و تعليمه ، وعند سؤالها إذا ما تبدو مسؤلية إنك فوق طاقتك أجابت بنعم وأنها تتحمل مسؤلية كبيرة كما إضافة أنها تتعب كثيرا على حد قولها "ايه مسؤلية كبيرة عندي .. ما نكذبش عليك نعيًا بزاف" ، أما بخصوص الأفكار التي تنتابها فأجابت " نخم كيفاش يتعاملو معاه برا و نخاف عليه من التتمر " بمعنى أنها تفكر في تعامل

الآخرين معه عندما يخرج إلى المجتمع و تخشى تعرضه للتتمر كما أضافة أنه سبق له و تعرض للتتمر من طرف الأطفال ، كما أضافة أنها أحيانا ما تخطط لأمر حياتها نظرا لحالة ابنها.

أما بالنسبة لمحور الإكتئاب و عند سؤالنا عن سندها في رعاية ابنها أجابت "لقيت راجلي و بما و خاوتي عاونوني و مخلونيش وحدي" بمعنى أن سندها في رعاية ابنها زوجها و أمها و إختها فهي تتلقى الدعم منهم ، أما بخصوص إذا ما كان زوجها يساعدها في مرض ابنها فأجابت " إيه يعاوني .. يشدهولي و كي يبكي يسكتو و يلعب معاه " بمعنى أن زوجها يساعدها في رعاية ابنها و يخفف عنها تحمل المسؤولية لوحدها ، كما أضافة عند سؤالها عن إحساسها عندما علمت أن ابنها مصاب بإضطراب طيف التوحد أجابت " منقدرش نوصف كيفاش حسيت فهاديك الدقيقة ما أمنتش حتى هدرو معايا و فهموني " بمعنى أنها لم تستطع وصف إحساسها في تلك اللحظة ، لم تصدق ما يدل على أنه كان خبر صادم بالنسبة لها ، و أجابت عند سؤالها عن نظرتها للتوحد أنها لم تكن تعرفه جيدا و الآن أصبحت تراه مرض صعب و معيب على حد قولها " ما كنتش نعرفو مليح مي كي عشت مع وليدي عرفت بلي صعيب و يعيب الواحد " ، وعند سؤالها عن شعورها بالتعب و الإرهاق أجابت " إيه باينة نعيما " و أضافة " منقردش مليح علا خاطر وليدي يبكي قليل و ميرقدش بزاف " بمعنى أنها تشعر بالتعب كثيرا كما أنها لا تنام جيدا بسبب بكاء ابنها في الليل و عدم نومه جيدا .

و فيما يخص النظرة المستقبلية نحو مستقبل ابنها فالحالة تتمنى أن يتحسن ابنها و يصبح في أعلى المراتب حيث قالت " نتمنى يبرا و نشوفو في أعلى المراتب و ينجح فحياتو " ، أما مخاوفها فقالت " نخاف نغيب عليه و يبقى وحدو شكون يتهلئ فيه " فهي تخاف أن تغيب عن ابنها ولا يجد من يقوم برعايته .

بعد الإنتهاء من تطبيق دليل المقابلة على الحالة قدمنا لها مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب و كانت النتائج المتحصل عليها كالتالي :

1-5-4- عرض و تحليل نتائج مقياس المرونة النفسية :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس المرونة النفسية على الحالة فتيحة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 70 من 115 درجة ، تبين أن الحالة تتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما يوضحه الجدول الموالي :

الجدول رقم (8) : نتائج أبعاد مقياس المرونة النفسية

الدرجات	أبعاد المقياس
18	بعد التطور و النمو
35	بعد الفعالية الذاتية
17	بعد التفاؤل
70	المجموع

من خلال الجدول الموضح أعلاه و النتائج المتحصل عليها ، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة أعلى في بعد الفعالية الذاتية حيث قدرت ب 35 درجة ، ثم يليها بعد التطور و النمو ب 18 درجة و أخيرا بعد التفاؤل ب 17 درجة هذا ما يتوافق مع مرونتها النفسية المرتفعة.

4-5- عرض و تحليل نتائج مقياس الإكتئاب :

بعد إجراء المقابلة النصف موجهة و تطبيق مقياس الإكتئاب على الحالة فتيحة حيث لم تستغرق الحالة وقتا طويلا للإجابة على المقياس ، قمنا بحساب النتائج المتحصل عليها على المقياس و هي درجة 24 من الدرجة الكلية 63 ، تبين أن الحالة تعاني من إكتئاب متوسط ، حيث تحصلت على الدرجة (3) في بند (تغيرات نظام النوم) ، و الدرجة (2) في كل من البنود التالية (الحزن ، التردد في إتخاذ القرارات ، فقدان الطاقة على العمل ، صعوبة التركيز ، الإرهاق و الإجهاد ، فقدان الإهتمام بالجنس) ، و الدرجة (1) في كل بند من البنود التالية (فقدان الإستمتاع بالحياة ، عدم حب الذات ، نقد الذات و لومها ، البكاء ، الهيجان و الإستثارة ، الإنسحاب الإجتماعي ، إنعدام القيمة ، القابلية للغضب و الإنزعاج ، تغيرات في الشهية) ، و تحصلت على الدرجة (0) في كل من البنود المتبقية .

و حسب هذه النتائج تؤكد وجود اكتئاب متوسط الذي يؤثر على الحالة فتيحة و على طريقة عيشها فهي تواجه مسؤوليات كثيرة و شعورها الدائم بالحزن هذا ما تجلى في إجابتها على المقياس ، إضافة إلى مستواها المعيشي الضعيف و قلة الإمكانيات ، كما تنتابها عدة أفكار مثل قولها " نخم كيفاش يتعاملومعاه برا و نخاف عليه من التتمر " فتعرض إنها للتتمر أثر في نفسيته كثيرا هذا ما كان واضح على ملامحها أثناء إجراء المقابلة .

1-4-6- خلاصة الحالة الخامسة :

بتحليلنا للحالة و بعد النتائج المتحصل عليها من كلا المقياسين و التي تمثلت في حصولها على 70 درجة على مقياس المرونة النفسية و التي تشير إلى مستوى مرتفع من المرونة النفسية ، و هذا ما ينعكس على إجابتها حيث تحصلت على درجة 35 في بعد الفعالية الذاتية و الدرجة 18 في بعد التطوير ، و الدرجة 17 في بعد التفاؤل ، فهي تتمتع بمرونة نفسية مرتفعة رغم أنها تواجه صعوبات بسبب وضعيات إنها إلا أنها تحاول الحفاظ على مرونتها من أجل مساعدة إنها و تحسن حالته ، و هذا ما يتماشى مع نتائج المقياس ، فمعظم إجاباتها على عبارات مقياس المرونة النفسية كانت ب (كثيرا) ، (أحيانا) و (نادرا) مثال : النظر في الناحية الإيجابية للمشكل ، ألتزم في حل المشكل ، أواصل مشوار حياتي رغم الحواجز ، و إنعدام الإجابات في البدائل الأخرى .

كما تحصلت على درجة 24 على مقياس الإكتئاب هذا ما يوضح وجود إكتئاب متوسط عند الحالة ، و هذا ما تجلى في إجابتها على بند الحزن و عدم حب الذات ، البكاء، التهيج و فقدان الإهتمام بالجنس ، فالحالة تشعر بحزن دائم كما أنها فقدت الثقة بنفسها و أصبحت أكثر توترا و إنفعالا فنقصت شهيتها و فقدت إهتمامها بالجنس كثيرا ما خلف لها آثار نفسية ، و هذا ما يفسر دخولها في حالة إكتئاب.

2- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة :

مناقشة نتائج الفرضية :

بغرض دراسة المرونة النفسية و تأثيرها على الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد ، تم الإنطلاق من الفرضية التالية :

- ينخفض مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد كلما إرتفع مستوى المرونة النفسية .

أين إعتدنا على مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب ، و لمعرفة صحة هذه الفرضية و النتائج المتحصل عليها سنقوم بوضع الجدول التالي :

جدول رقم(09): نتائج مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب للحالات الخمسة

نتائج الحالات عل مقياس الإكتئاب		نتائج الحالات عل مقياس المرونة النفسية		الحالات
المستوى	الدرجات	المستوى	الدرجات	
أدنى	10	مرتفعة	89	الاولى
متوسط	23	مرتفعة	81	الثانية
خفيف	14	مرتفعة	94	الثالثة
متوسط	20	مرتفعة	79	الرابعة
متوسط	24	مرتفعة	70	الخامسة

من خلال الجدول الموضح و الذي يلخص نتائج تطبيق مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب على الحالات الخمسة نستنتج أن الحالات تحصلن على مستويات مرتفعة من المرونة النفسية بدرجات متفاوتة ، مما يعني أن الحالات يتمتعن بمرونة نفسية عالية، و إنحصرت أغلب إجابات هذه الحالات على مختلف بنود المقياس في " دائما " و " كثيرا " و "أحيانا" و هذا راجع إلى عدة عوامل نجد منها المساندة والدعم من طرف الأسرة و العائلة في حالات ، كذلك و عي الحالات بحالة أبنائهن و العمل على تحسينها ، إضافة إلى المستوى المعيشي الجيد عند بعض الحالات ، كما نجد الصمود أمام المشاكل و عدم الفشل و هذا راجع إلى العامل الشخصي ، فالحالات يحاولن دائما الإستمرار أمام العقبات و العمل على تحسين الأمور و هذا ما كان واضحا عند كل الحالات و هذا ما يتوافق مع إجابتهن على بنود المقياس .

و من جهة أخرى فقد أوضحت النتائج المتحصل عليها على مقياس الإكتئاب أن الحالتين الأولى و الثالثة تحصلن على مستوى أدنى و خفيف من الإكتئاب ، بينما الحالات الثلاث الأخرى فتحصلن على مستوى متوسط من الإكتئاب بدرجات تتراوح ما بين 20 و 24 درجة ، و هذا راجع إلى الضغوط التي تواجهها الحالات و المسؤوليات التي يتحملنها بسبب وضعية أبنائهن و المستوى المعيشي الضعيف في حالات ، إضافة إلى فقدان بعض الحالات إلى السند من طرف الزوج و الدعم من العائلة و التي تعتبر من أهم العوامل التي تساعد الفرد على التقبل و التكيف مع الوضعيات المختلفة .

و منه نستنتج أن الحالات الخمسة يتمتعن بمستوى مرتفع من المرونة النفسية يقابلها مستويات متفاوتة من الإكتئاب تتراوح بين الأدنى و المتوسط و من هنا نقول أن الفرضية التي مفادها ينخفض مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد كلما إرتفع مستوى المرونة النفسية تحققت جزئيا ، فالمرونة النفسية المرتفعة أدت إلى إنخفاض مستوى الإكتئاب لدى حالتين الأولى حيث تحصلت على مستوى أدنى و الثالثة و التي تحصلت على مستوى خفيف ، و لم تتحقق الفرضية لدى الحالات الثلاث الأخرى حيث تحصلن على مستوى متوسط من الإكتئاب بالرغم من مرونتهن المرتفعة فقد لا تكون المرونة النفسية المرتفعة أحيانا كافية من أجل التخفيف من مستوى الإكتئاب و هذا راجع إلى عوامل أخرى مثل غياب السند و

الدعم ،المشاكل العائلية ، الطلاق في بعض الحالات و هذا ما يؤثر على سلامتھن النفسية بشكل أكبر .

و بالتالي نقول أن المرونة النفسية المرتفعة أدت إلى إنخفاض مستوى الإكتئاب عند حالات و هذا ما يتوافق مع دراسات سابقة عديدة منها :

دراسة " ريبين نج ،و ريبكا أنج ، و مون هو 2012 " التي هدفت إلى التعرف على عوامل المرونة النفسية و ما تشمله من مكونات مثل (التفكير الإيجابي ، الصمود ، الصلابة) و علاقتها بمواجهة الضغوط و الأمراض النفسية المتمثلة في القلق ، الإكتئاب ، الغضب ، العدوان و ذلك على عينة متكونة (119) مراهقا ، و توصلت نتائج الدراسة إلى أن التفكير الإيجابي له تأثير دال إحصائيا على القلق و الضغوط و الغضب و العدوانية ، كما توصلت النتائج إلى أن التفكير الإيجابي ساعد عينة البحث على مواجهة الضغوط و مواجهة حالات القلق و الإكتئاب.

دراسة " فريد ريكسون" و آخرون على الأفراد ذوي المرونة العالية التي ساعدتهم في بناء المصادر النفسية الضرورية للتكيف مع المواقف المختلفة بنجاح و حافظت على توازنهم و صحتهم النفسية بينما الأفراد ذوي المرونة المنخفضة لديهم عدم القدرة على تجاوز هذه الأحداث و تؤدي إلى أزمات نفسية في حياتهم .

و دراسة " Ilias et al 2018 " إلى معرفة مستوى الضغوط و مستوى المرونة لدى آباء و أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في جنوب شرق آسيا ، حيث تعرض هذه الدراسة العوامل المرتبطة بالإجهاد و الضغوط لدى آباء و أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد،و أيضا العوامل المرتبطة بالمرونة ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن العوامل الرئيسية المرتبطة بالضغوط لدى الآباء و الأمهات هي ضعف الدعم الإجتماعي من الآخرين ، شدة أعراض التوحد ، الصعوبات المادية ، القلق و مخاوف المستقبل ، و تشير نتائج الدراسة إلى أن عوامل المرونة المتمثلة في التحكم ، الضبط الذاتي ، الشعور بالقوة الذاتية و الدعم الذاتي بمثابة عوامل مواجهة لتقلبات الظروف و الضغوط التي يمر بها الوالدين ، و كلما زادت المرونة لدى الوالدين كلما استطاعوا مواجهة الضغوط و الصعوبات .

خلاصة الدراسة :

إنطلاقاً من الدراسة الميدانية للحالات الخمس أين إعتدنا على معطيات المقابلة النصف موجهة و مقياس المرونة النفسية و مقياس الإكتئاب ، تبين لنا أن الحالات يتمتعن بمستوى مرتفع من المرونة النفسية و يعانين من الإكتئاب بمستويات متفاوتة تتراوح بين الأدنى و المتوسط ، هذا ما يبين أن المرونة النفسية المرتفعة تؤدي إلى التخفيف من مستوى الإكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد عند 0 حالات ، و ذلك راجع لعدة عوامل قد تؤثر على الحالة النفسية للأم عوامل إجتماعية ، فروق فردية ...و غيرها .

وفي ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن القول أن المرونة النفسية ضرورية و مهمة في حياة الأفراد عامة و أمهات الأطفال المصابين لإضطراب طيف التوحد خاصة ، فبحسب عدة دراسات نجد أن أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد يعانين من الإضطرابات النفسية أكثر من أمهات الأطفال المصابين بإضطرابات أخرى و من بين هذه الإضطرابات و أكثرها شيوعاً و يعد إضطراب العصر الأ و هو الإكتئاب ، بحيث أن المرونة النفسية تمكن الأم من تجاوز العقبات وتحمل المواقف الصعبة والتأقلم مع الوضعية المعاشة لتجنب الوقوع في دوامة الإضطرابات النفسية والزيادة من حدة الإكتئاب .

و لذلك فإن بحثنا هذا يمكن أن يكون نقطة إنطلاق لبحوث أخرى التي يمكن أن تتوسع في دراسة هذه الفئة من المجتمع و أن يولون لها إهتماماً أكثر .

التوصيات و الإقتراحات :

- تكثيف التحسيس حول ماهية هذا الإضطراب و طرق التكفل بالأطفال المصابين به بين أمهات هؤلاء الأطفال من أجل تصحيح المعتقدات الخاطئة لديهم .
- توفير برامج إرشادية للأمهات تعتمد على نتائج مثل هذه الدراسات، فتراعي إحتياجات أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد حتى تكون ذات فعالية في تخفيف أثر الضغوط النفسية الواقعة عليهن .
- زيادة المراكز المتخصصة التي ترعى الأبناء ذوي إضطراب طيف التوحد.
- التوسع في إنشاء مراكز متخصصة في تقديم الدعم النفسي و التخفيف من حدة الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد.
- تقديم الإقتراحات و الإرشادات لتقوية العلاقة بين الطفل وأسرته.
- وضع برامج تربوية ومناهج دراسية لأطفال التوحد لمساعدتهم على التعلم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية :

- 1- الزغبى ، سمر. عطا الله ،عبير .(2021). العوامل الضاغطة و علاقتها بالمرورنية النفسية لدى عينة من المعلمين في إحدى مدارس جبل لبنان خلال التعليم من بعد. مجلة وميض الفكر للبحوث .العدد (10).الجامعة اللبنانية .
- 2- الزغبى ،زاهي .عطا الله ،عبير .(2022).مفهوم الذات الإجتماعي و علاقته بالمرورنية النفسية لدى عينة من متعلمي الصف التاسع الأساسي في إحدى مدارس جبل لبنان الرسمية المختلط. مجلة وميض الفكر للبحوث .العدد(14).الجامعة اللبنانية .
- 3- الهاشمية ، سعادة بنت عيد بن خلفان .(2017). المرونة النفسية وعلاقتها بمهارات التواصل و الصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة نزوى بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات.رسالة ماجستير منشورة . جامعة نزوى.عمان.
- 4- الصبي ، عبد الله .(2003). التوحد و طيف التوحد. (ط1). دار الفكر .عمان _الأردن .
- 5- العياصرة ، وليد رفيق .المالكي ، خالد بن جار الله .(2017). أثر إستخدام الإنترنت في الإكتئاب لدى طلاب البرنامج الموازي بجامعة الملك السعود. المجلة الدولية للدراسات التربوية و النفسية .المجلد الأول .العدد(02) .جامعة الملك سعود .المملكة العربية السعودية.
- 6- الهور ، علاء صبح حمودة .(2016). فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الإكتئاب النفسي . رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية .غزة.
- 7- الشاذلي ، عبد الحميد .(2001). الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية .(ط2) .المكتبة الجامعية .الإسكندرية .
- 8- الصافي ، محمد عبد الكريم عبد اللا .(د.ت).دراسة إستكشافية لتفاعل الشفقة بالذات و المرونة النفسية في خفض أعراض الإكتئاب و الشعور بالوحدة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد .المعهد العالي للخدمة الإجتماعية .الإسكندرية .

- 9- الشربيني ، لطفي. (2001) . الإكتئاب المرض و العلاج. ط(01). منشأة المعارف. الإسكندرية_مصر.
- 10- الصطوف، لارا. (2015). الإنفصال العاطفي بين الزوجين و علاقته بالإكتئاب و القلق لدى الأبناء المراهقين. رسالة ماجستير منشورة. جامعة دمشق.
- 11- الحسني، إبتسام. (2020). الوظائف المعرفية التنفيذية و علاقتها بالقدرة التواصلية عند الطفل المصاب بالتوحد. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله. الجزائر 2.
- 12- الرشيد، مواهب إبراهيم محمد. (2018). الإكتئاب لدى أمهات أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية و النفسية. المجلد الثاني . العدد (09). المملكة العربية السعودية .
- 13- الهواري ، شريف. (2021). فعالية تدريب الوالدين على برنامج تحليل السلوك التطبيقي في خفض من درجة التوحد لدى أطفالهم. أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة سعد الله. الجزائر2.
- 14- الرزيقات ، إبراهيم فرج عبد الله. (2004). التوحد ، الخصائص و العلاج. ط(1). دار وائل للنشر و التوزيع. عمان .
- 15- البطانية ، أسامة محمد. الجراح ، عبد الناصر نياي. (2007). علم النفس الطفل غير العادي. ط(01). دار المسير للنشر الثقافي. عمان_الأردن .
- 16- الجميل ، نادية جودت حسن. (2008). جودة الحياة و علاقتها بتقبل الذات لدى طلبة الجامعة. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة بغداد.
- 17- الهاشمي ، رشيد ناصر خليفة. (2006). إستراتيجيات التكيف لأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمركز السيطرة لدى مراهقي دور الدولة لرعاية الأيتام. رسالة ماجستير منشورة. جامعة بغداد.

- 18- الرشود ، ندى راشد محمد .(2022). قلق المستقبل و علاقته بالمرونة النفسية لدى والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مدينة الرياض. مجلة الفتح للبحوث التربوية و النفسية . المجلد السادس و العشرون .العدد(89). الرياض.
- 19- أبوزيد ، مدحت عبد الحميد .(2001). الإكتئاب (دراسة سيكوباتية) . بدون طبعة. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- 20- النجار ،أحمد سليم .(2006) . التوحد و تعديل السلوك . ط(1). دار أسامة للنشر و التوزيع. الأردن.
- 21- الخطيب ، محمد .(2007). تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة .مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية).المجلد الخامس عشر العدد(02).
- 22- أبو حلاوة ، محمد السعيد .(2013) . المرونة النفسية ماهيتها و محدداتها و قيمتها الوقائية . إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية . العدد(29).
- 23- أبو حلاوة ، محمد السعيد . دليلك السريع للتعرف على الطفل الأوتيزم - التوحدي . المكتبة الإلكترونية. www.gulfkids.com.
- 24- إيجان حماني ، ليلي .(2016). إختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإكتئاب لدى عينة من الأطفال المتأخرين دراسيا . رسالة ماجستير منشورة. جامعة سعد الله الجزائر.2.
- 25- أدافر ، لامية .(2012). دراسة الفهم للغة الشفهية لدى الطفل المصاب بالتوحد بعد إخضاعه لإعادة التربية الصوتية . جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 26- أبو القمصان ، رانيا محمد حسن.(2017). المساندة الإجتماعية و علاقتها بالمرونة النفسية لدى المطلقات في محافظات غزة. رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية .غزة.

- 27- محمد، أحمد جاسم.(2019). مفاهيم الذات الأكاديمية و المرونة النفسية المتضمنة في كتب الدراسات الإجتماعية في الصف الرابع إعدادي في العراق.رسالة ماجستير منشورة .جامعة آل البيت .
- 28- إبراهيم ، علا عبد الباقي .(2009). الإكتئاب : أنواعه ، أعراضه ، أسبابه و طرق علاجه و الوقاية منه .(ط1). عالم الكتب للنشر و التوزيع .القاهرة .
- 29- أبو زيد ، لبنى شعبان أحمد .(2021). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالأمل لتحسين المرونة النفسية و خفض قلق المستقبل لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد بمحافظة مطروح.المجلة المصرية للدراسات النفسية .المجلد الثاني و الثلاثون.العدد (114) .
- 30- السيد أحمد ،حسام الدين جابر.(2018). تحسين التفاعل الإجتماعي لدى الأطفال التوحيديين بإستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي .مجلة البحث العلمي في التربية.العدد(19).
- 31- الربخي ،خالد بن مطر بن محمد .(2016). الضغوط النفسية المدركة لدى المعلمين و علاقتها بالمرونة النفسية و مهارة حل المشكلات لمحافظة الظاهرة في سلطنة عمان .رسالة ماجستير منشورة .جامعة نزوى.
- 32- أحمد يحيى، خولة . (2003). الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية .ط(01). دار الفكر للنشر و التوزيع .عمان_الأردن.
- 33- أحمد غانم ،شوقي .(2013). تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاقئية و طرطوس سورية .رسالة ماجستير منشورة .الجامعة العربية الألمانية للعلوم و التكنولوجيا . جمهورية ألمانيا الاتحادية.
- 34- الزبيدي ،سمارة حيدر حبيب .(2022). فاعلية برنامج تدريبي قائم على الإنتباه المشترك في تنمية فهم المشاعر لدى أطفال التوحد .رسالة ماجستير منشورة . جامعة كركلاء.العراق.

- 35 -العزري ،سالم بن صالح بن سيف .(2016). المرونة النفسية و علاقتها بالمهارات الإجتماعية لدى طلبة كلية العلوم الشرعية بسلطنة عمان . رسالة ماجستير منشورة .جامعة نزوى. سلطنة عمان.
- 36- أبو ندى ،محمد عصام .(2015) . الضغط النفسى فى العمل وعلاقته بالمرونة النفسية لدى العاملين بمستشفى كمال عدوان بمحافظة شمال غزة . رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية . غزة.
- 37- النجمة ، علاء الدين ابراهيم يوسف .(2008). مدى فعالية برنامج إرشادى نفسى للتخفيف من أعراض الإكتئاب عند الطلاب المرحلة الثانوية .رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية . غزة.
- 38- العسكر ،عهد بنت بشير بن سعود.(2011). فاعلية برنامج إرشادى سلوكى معرفى لأسر أطفال التوحد البسيط فى مدينة الرياض .رسالة ماجستير منشورة . جامعة الإمام محمد بن سعود. المملكة العربية السعودية.
- 39- المكانين ،هشام عطوي .(2009) . أسرة الطفل نوى الاحتياجات الخاصة فى مرحلة الطفولة المبكرة واحتياجاتها التدريبية .ط01. دار يافا للنشر و التوزيع. عمان .
- 40- الجابر ،هدى محمد مرتضى . (2020) الأعراض الإكتئابية لدى الوالدين فى ظل جائحة كورونا و علاقتها بالأعراض الإكتئابية و دافعية الإنجاز لدى أبنائهم . المجلة المصرية للدراسات النفسية .المجلد (31). العدد(110) .مصر.
- 41- الكيكي ،محسن محمود أحمد .(2011). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد فى معهدى الغسق و سارة من وجهة نظر آبائهم و أمهاتهم .مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية .المجلد الحادي عشر. العدد(01).
- 42- العبويني ،ميساء شحادة .(2012). الإكتئاب ، القلق لدى البالغين المرضى لحساسية القمح وعلاقته ببعض المتغيرات .رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية . غزة.

- 43- الصفدي ،رولا مجدي هاشم . (2013) . المساندة الإجتماعية و الصلابة النفسية و علاقتهما بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء و الأراامل بمحافظة غزة.رسالة ماجستير منشورة . الجامعة الإسلامية . غزة .
- 44- الزهيري ،لمياء قيس سعدون محمود .(2012) . المرونة النفسية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة . رسالة ماجستير منشورة . جامعة ديالى .
- 45- الشبول ،لانا باسل محمد .(2017) . المرونة النفسية و علاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى طلبة جامعة اليرموك . رسالة ماجستير منشورة . جامعة اليرموك .
- 46- الهنداوي ،غادة مبارك محمد .(2020) . التفاعل الإجتماعي و علاقته بالمرونة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة بمنطقة عرعر .مجلة شباب الباحثين .العدد(05) .جامعة سوهاج .
- 47- البدر اوي ،شيرين عبد التواب السعيد .(2017) . التوحد لدى الأطفال . المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال .المجلد الرابع .العدد(02) .
- 48- بشير باشا ، ربيعة .(2009) .الإكتئاب و نوعية الحياة عند المرأة المصابة بمرض الصرع.رسالة ماجستير منشورة . جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 49- بوقطاف ،عقيلة . حفظ الله، فيقة .(2023) . الضغوط النفسية و علاقتها بالتوافق الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .دفاثر البحوث العلمية. المجلد الحادي عشر .العدد(01) .
- 50- بن قطاف ،محمد . بعيطاوي، جميلة .(2021) . فعالية برنامج تيتش في تنمية الوظائف المعرفية لدى الطفل المصاب بطيف التوحد .مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية .المجلد السادس . العدد (02) .الجزائر .
- 51- بن عيسى ، فضيلة . عزوز ، حميدة .(2023) .نمط التعلق و المرونة النفسية كعوامل حماية من الصدمة النفسية لدى أمهات المراهقين المدمنين على المخدرات .حوايات جامعة الجزائر2 .المجلد الثالث .العدد (02) .

- 52- بن حديد ،سمية . بن الطاهر ،تجاني .(2022) .المرونة النفسية و علاقتها بالكدر الزواجي لدى عينة من أستاذات التعليم الثانوي ولاية غرداية . مجلة العلوم الإجتماعية .المجلد السادس عشر .العدد(01) .الجزائر .
- 53- بلخير ، رشيد.(2019) . المساندة الإجتماعية و علاقتها بالتخفيض من درجة الإكتئاب لدى مرضى السرطان . أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة سعد الله .الجزائر 02.
- 54- بن دهنون ،سامية شيرين.(2017). بعض الخصائص النفسية (الإكتئاب ، الوحدة النفسية) و علاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس و المستوى التعليمي . أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة وهران 2.
- 55- بودحوش ،نصر الدين .(2016). أثر برنامج علاجي في التخفيض من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعم .رسالة ماجستير منشورة . جامعة وهران 2.
- 56- بن حمو ،محمد الهادي .(2021). إستراتيجيات الفهم الشفهي و علاقتها بالذاكرة الدلالية عندالطفل التوحدي . أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 57- بدير ،عبد النبي بدير عقل .(2014). فعالية برنامج تدريبي قائم على اللعب في تنمية الإدراك البصري لدى الأطفال الموهوبين التوحديين و أثره على التواصل اللفظي لديهم .المجلة العلمية لكلية التربية النوعية .المجلد الثالث .العدد(02).
- 58- بيومي ،لمياء عبد الحميد .(2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين . أطروحة دكتوراه منشورة .جامعة قناة السويس.
- 59- تغزة ، نوال .(2014).الإكتئاب عند المطلقة حديثا و علاجها .رسالة ماجستير منشورة .جامعة وهران .
- 60- جحيش ،نسيمة .(2013). دراسة الحالة النفسية و الجانب العلائقي لأخوة أطفال التوحديين .رسالة ماجستير منشورة . جامعة سعد الله .الجزائر 2.

- 61- جاد الرب، أحمد محمد أبو زيد. (2017). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الكفاءة الذاتية في تحسين المرونة النفسية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. مجلة التربية الخاصة. المجلد الخامس. العدد (18). الجزائر.
- 62- جاسب شبيب، عادل. (2008). ما الخصائص النفسية و الإجتماعية و العقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء. رسالة ماجستير منشورة. الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح. بريطانيا.
- 63- حسان، ولاء إسحق. (2008). فاعلية برنامج مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية. غزة.
- 64- حلي، عبد الرحمان. (2017). المدخل إلى منهجية البحث و فن الكتابة. (ط1). مركز نماء للبحوث و الدراسات. بيروت.
- 65- حايلي، عبد القادر. (2022). الإستجابة الإكتئابية عند أمهات أطفال التوحد. مذكرة ماستر. جامعة جيلالي ليايس. سيدي بلعباس.
- 66- خلدومي، آسيا (2017). أثر الوسائط المتعددة في تنمية المهارات الإجتماعية، التواصلية، وبعض العمليات العقلية العليا لدى الطفل التوحدي. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله. الجزائر. 2.
- 67- خلف صالح، عبد الله. (2018). المرونة النفسية و علاقتها بالقدرة على حل المشكلات الإجتماعية لدى معلمى التربية الإجتماعية و الوطنية في المرحلة الأساسية العليا في الأردن. رسالة ماجستير منشورة. جامعة آل البيت.
- 68- درعاوي، إيمان عمر أحمد. (2018). تقدير الذات و الإكتئاب لدى عينة من النساء اللواتي لديهن زيادة بالوزن من وجهة نظرهن في محافظة بيت لحم. رسالة ماجستير منشورة. جامعة القدس. فلسطين.

- 70- ربابعة ، هشام عبد الحافظ . (2018). المرونة النفسية و علاقتها بقلق الإختبار لدى طلبة الجامعة الأردنية. رسالة ماجستير منشورة . جامعة اليرموك.الأردن.
- 71- ريان ، محمود إسماعيل محمد.(2006). الإتزان الإنفعالي و علاقتة بكل من السرعة الإدراكية و التفكير الإبتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة . رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الإسلامية .غزة.
- 72- زدام ، فضيلة.(2023). المرونة النفسية و علاقتها بإدارة الأزمات ما بعد الحادث في المؤسسات الاقتصادية ، مؤسستي سونلغاز و نفضال باتنة نموذجا. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة الحاج لخضر - باتنة.
- 73- زقعار، فتحي .(2013). الإكتئاب مرض العصر (أساليب تشخيصه و الوقاية منه و علاجه).مجلة الحكمة للدراسات التربوية و النفسية .المجلد الأول. العدد(02). جامعة سعد الله.الجزائر.
- 74- زهاني، رجاء.(2016). الفصام بين الإكتئاب و الإنتحار .أطروحة دكتوراه منشورة ، جامعة سعد الله .الجزائر2.
- 75- سليمان ، أحمد السيد .(2010). تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية و التطبيق . (ط01) دار الكتاب الجامعي .القاهرة_مصر.
- 76- سهيل، تامر فرح .(2015). التوحد التعريف ، الأسباب ، التشخيص و العلاج .ط(01). دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع .عمان.
- 77- سليمان ، عبد الرحمان سيد .(2000).محاولة لفهم الذاتوية إعاقاة التوحد عند الأطفال .
- 78- سرحان،وليد . الخطيب ،جمال . الجاشنة ،محمد .(2008). الإكتئاب .(ط01).دار مجدلاوي للنشر و التوزيع.عمان. (ط1).مكتبة زهراء الشرق .القاهرة .
- 79- شقورة ، يحيى عمر شعبان .(2012). المرونة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية .رسالة ماجستير منشورة . جامعة الأزهر .غزة.

- 80- شليحي، راجح.(2018). تحديد مؤشرات ضبط الجودة في تقديم البرامج و الخدمات كمنحنى تكفلي بمشكلات الطفل التوحدي و أسرته في الجزائر ، كما يراها الأولياء و المختصون، وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. أطروحة دكتوراه منشورة .جامعة سعد الله . الجزائر2.
- 81- شاكر مجيد ، سوسن .(2010). التوحد (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه).ط(02). ديونو للطباعة و النشر و التوزيع. عمان _الأردن .
- 82- شاكر مجيد، سوسن .(2007). التوحد (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه).ط(01). ديونو للطباعة و النشر و التوزيع. عمان _الأردن.
- 83- صالح ، ساهرة عبد الودود .(2005). إستراتيجيات التكيف لأحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعة .أطروحة دكتوراه منشورة .جامعة بغداد.
- 84- عبد الباسط . (1963) . أصول البحث الإجتماعي . دار الفكر العربي .بيروت _لبنان.
- 85- علوي ،تينهينان .(2020). مفهوم الذات لدى رياضي المستوى العالي المصاب و علاقته بالمرونة النفسية .أطروحة دكتوراه منشورة. معهد التربية البدنية الرياضية دالي براهيم .جامعة الجزائر3.
- 86- علاونة نزيه راضي،دينا .(2021). المرونة النفسية و مصادرها لدى الأزواج الفلسطينيين في محافظة نابلس .رسالة ماجستير منشورة .جامعة النجاح الوطنية .فلسطين .
- 87- عبد الكريم ، زينة . (2016). المرونة النفسية و علاقتها بالتوجه نحو الحياة لدى طلبة كلية الآداب . رسالة ماجستير منشورة. جامعة القادسية .فلسطين.
- 88- عكيف ،عائشة . نويزي ،سهام .(2022). الصحة النفسية و علاقتها بجودة الحياة عند أمهات أطفال التوحد .شهادة ماستر .جامعة غرداية.
- 89- عادل ،عبد الله . (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين و تعليمهم .ط(01). دارالفكر للنشر و التوزيع. مصر.

- 90- عازداوي ، صبرينة .(2016). أثر برنامج الضبط المعرفي و تعليم مهارات الحياة (تيتش) في تعزيز الوظائف المعرفية (الانتباه ، الإدراك و اللغة) لدى الأطفال التوحيديين. رسالة ماجستير منشورة. جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 91- عواد ،فاطيمة الزهراء .مرزاق ،رشيدة .(2022). برنامج تدريبي قائم القصص التفاعلية الرقمية في تنمية مهارات الانتباه المشترك لدى الطفل التوحيدي. مذكرة ماستر. جامعة ابن خلدون . تيارت .
- 92- عزاز ، محمد زهير.(2016). أثر برنامج يديبي من خلال التدخل المبكر في تنمية مهارات الإتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحيديين. أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله. الجزائر 2.
- 93- عليوات ، محمد عدنان .(2007). الأطفال التوحيديون. (ط1). دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع .عمان .
- 94- عبد المعطي ،حسن مصطفى . محمد قناوي ، هدى .(د.ت). علم النفس النمو. الجزء الأول. المكتبة الشاملة. www.Shamela.ws
- 95- عيسى إنصورة ، نجاة .(2018). إضطراب طيف التوحد : المشكلة و المأل و الإستراتيجيات العلاجية. دار الكتاب الوطنية .بنغازي_ليبيا .
- 96- عوداش ، فريدة .قنون ، لامية .(2020). المرونة النفسية و الإكتئاب لدى المسن في ظل أزمة كورونا (كوفيد19). مذكرة ماستر غير منشورة .جامعة مولود معمري. تيزي وزو.
- 97- عبد الحافظ ، نور محمد أحمد .(2021). فعالية برنامج إرشادي لتحسين المرونة النفسية لدى معلمي التربية الخاصة. مجلة العلوم التربوية .المجلد الثالث و الثلاثون. العدد (02).الرياض.
- 98- غربي باحت ،أمال .(2018). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيض من الضغط و الإكتئاب لدى مرضى الربو. أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة سعد الله .الجزائر 2.

- 99- غباري ثائر، خالد أبو شعيرة ، جبالي صفية. (2008). علم النفس العام . ط(1). مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع. عمان _الأردن.
- 100-غانم ، محمد حسن .(2004).مناهج البحث في علم النفس. ط(1). المكتبة المصرية للنشر و التوزيع . الإسكندرية _مصر.
- 101-فهيمى ،مصطفى .(1995) . الصحة النفسية و دراسات في سيكولوجية التكيف ط(3).مكتبة الخاجي. القاهرة .
- 102-فايد، حسين.(2005).العدوان ، الإكتئاب في العصر الحديث. ط(01). مكتبةالعلمي للنشر و التوزيع. الإسكندرية.
- 103-قتال ،صليحة .(2021).الرضا عن الحياة و الصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد (دراسة مقارنة بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد و أمهات الأطفال غير مصابين بالتوحد) .مجلة الرشد .المجلد الحادي عشر. العدد(01).
- 104- فرحات شريف ،محمد أنور.(2020).فعالية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية الشفقة بالذات لتحسين المرونة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية .رسالة ماجستير منشورة . جامعة كفر الشيخ .
- 105- قدوري ،مبروكة .(2018). شكل الإكتئاب لدى المطلقات انطلاقا من سلم هارد HARD.مذكرة ماستر منشورة. جامعة قاصدي مرباح.ورقلة.
- 106- قدام ،نادية .(2022). فاعلية برنامج مقترح باستخدام الحاسوب في تنمية بعض المهارات الأساسية للحساب (العد ، الجمع ، الطرح) لدى أطفال طيف التوحد للفئة العمرية (7-11 سنة)(إعاقة خفيفة) . أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 107- قطران، راضية . درقيني ،مريم .(2018). دور عملية التقليد في تطوير مهارات التواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب بإضطراب طيف التوحد. أطروحة دكتوراه منشورو . جامعة سعد الله .الجزائر 2.

- 108- قديري ، حنان .ونيس ، دلال .(2017).الصلابة النفسية و علاقتها بالأمن النفسي لدى أمهات أطفال التوحد .مذكرة ماستر .جامعة حمه لخضر .الوادي .
- 109- كرميش ،عبد النور .(2018). دور نظرية العقل و التعرف على التعابير الوجهية الإنفعالية في الإتصال اللفظي و غير اللفظي لدى الطفل المصاب بالتوحد . أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 110- كيجل ، مريم .(2020). التوافق الزوجي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد .مذكرة ماستر منشورة .جامعة محمد خيضر . بسكرة .
- 111- ليث ،محمد عياش .(2016). غفران الذات و علاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة الجامعة .رسالة ماجستير منشورة . جامعة بغداد.
- 112- ماجد محمد ، عثمان عيسى .الثبتي ، شذا شعيل .(2021).فعالية برنامج إرشادي في خفض أعراض الإكتئاب و الإحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.مجلة البحث العلمي في التربية .المجلد الثاني و العشرون .العدد(07).
- 113- محمد خصر، محمد عبد الرحمان .عبد الرحمان، محمد السيد .أبو السعود ، سعيد طه محمود. (2021). المرونة النفسية و علاقتها بمواجهة الضغوط المهنية لمعلمي المعاهد الأزهرية .المجلة العربية للعلوم التربوية و النفسية .المجلد الخامس. العدد(22).
- 114- منتصر صلاح ، عمر سليمان .الحديبي ، مصطفى عبد المحسن .يثرب ، محمد عبد المعتمد عبد المولى .(2020). الأمل و المرونة النفسية و علاقتها بالضغوط المدركة لأحداث الحياة اليومية لأمهات أطفال طيف التوحد المدمجين في مدارس التعليم العام بأسبوط .مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي و التربوي .المجلد الثامن .العدد(09). جامعة أسبوط.
- 115- مصطفى، أسامة فاروق. الشربيني، كامل .(2011). التوحد .(الأسباب ، التشخيص ،العلاج) .ط(01) . دار المسيرة للنشر و التوزيع .عمان .

- 116- مدور ،إيلي .(2020). فعالية برنامج إرشادي (معرفي، سلوكي) في تنمية بعض متغيرات الشخصية للتخفيف من الإحترق النفسى لدى عينة من أساتذة التعليم المتوسط . أطروحة دكتوراه منشورة . جامعة باتنة01.
- 117- ميسون، سميرة .(2010) . الأسلوب المعرفي التصلب/ المرونة المفهوم و طرق القياس . عالم التربية .المجلد الحادي عشر .العدد (31) .مصر .
- 118- مالك فاضل، ريما .(2015). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .رسالة ماجستير منشورة . جامعة دمشق.
- 119- معربس لآبا ،سليم .(2010). الإكتئاب لدى الشباب .(ط01) . دار النهضة العربية.بيروت_لبنان.
- 120- محمد حسن ، إلهام .(2016). الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة و الأطفال العاديين . رسالة ماجستير منشورة . جامعة دمشق.
- 121- محمود خضر ،إيمان علي .(2019). فعالية إستخدام العلاج السلوكى الجدلى في خفض قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمجلة الطفولة و التربية .المجلد السابع .العدد(40).جامعة الإسكندرية .
- 122- ميدون ،مباركة.(2019).فاعلية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.أطروحة دكتوراه منشورة. جامعة سعد الله .الجزائر 2.
- 123- منصورى ، ليندة . مياح، خديجة .(2022).مساهمة معنى الحياة في ظهور المرونة النفسية لدى ممارسي الصحة العمومية في ظل جائحة كورونا .مذكرة ماستر منشورة .جامعة محمد خيضر . بسكرة .

- 124- نوفل ،ناصر محمد .(2016). صورة الجسد و الإغتراب النفسي و علاقتها بالفلق و الإكتئاب لدى المعاقين بصريا .رسالة ماجستير منشورة .الجامعة الإسلامية .غزة.
- 125- وزاي ، طاوس .(2018).صورة الجسم و علاقتها بالمرونة النفسية لدى المسنين .دراسات نفسية و تربوية .المجلد الحادي عشر .العدد(02) .جامعة قاصدي مرباح . ورقلة .حافظ ،يعقوب سعيد.(1984). الإكتئاب دراسة في الإنقباض النفسي .(ط01). دار الحديثة .بيروت.

المراجع باللغة الأجنبية :

- 126- Bloche .H et al (1999) : grand dictionnaire de psychologie , Larousse .paris.
- 127- Grotbery E.H (2003) :resilience for today :gaining straight from Adversity wesport : green wood publishing group .
- 128- Miconnel J.V (1974): understanding human behavior: halt renchart and wiston : new york .
- 129- Perron (R) .(1979). Les problem de la preve les demarche pour l'unité de la psychologie clinique 01ere PUF.paris.
- 130- Rutter .M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective Factors And resistance to psychiatrie disorder .The British journal of Psychiaterly.147.598.611.

الملاحق

الملحق رقم (1) : دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول : البيانات الشخصية

- الحالة :
- السن :
- المستوى التعليمي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- المستوى المعيشي: ضعيف متوسط جيد
- الحالة المدنية : متزوجة مطلقة أرملة
- المهنة :
- مهنة الزوج :
- عدد الأولاد :
- رتبة الطفل المصاب :

المحور الثاني : مرحلة إكتشاف الإضطراب و بياناته

- كيف كانت ظروف الحمل و الولادة ؟
- منذ متى اكتشفت أن إبنك مصاب بإضطراب طيف التوحد ؟
- ما هي الأعراض التي كانت تظهر عليه ؟

- هل خضع للرعاية الطبية في الحال؟ و كيف تم ذلك؟
- هل يخضع للرعاية في المركز؟ و هل ترافقيه دائما؟
- هل لديكم سوابق عائلية لإضطراب طيف التوحد؟ إذا كان نعم من؟
- ما هي المهام التي تقومين بها من أجل رعاية ابنك؟
- كيف هي علاقة ابنك معك؟
- و كيف هي مع : الأب ، الأخوة و الآخرين؟

المحور الثالث : مستوى المرونة النفسية

- كيف تتصرفين في المواقف الصعبة؟
- كيف هي علاقاتك قبل و بعد إصابة ابنك؟
- ما هي الصعوبات التي تواجهينها مع إصابة ابنك؟
- هل تبدو مسؤولية ابنك فوق طاقتك؟
- ما هي الأفكار التي تنابكي؟
- هل تخططين لأمر حياتك؟

المحور الرابع : الإكتئاب

- هل لديكي سند في رعاية ابنك؟
- هل زوجك يساعدك و يساندك في رعاية ابنك؟
- كيف كان إحساسك عندما علمتي أن ابنك مصاب بإضطراب طيف التوحد؟

- كيف هي نظرتك للتوحد و كيف ترينه ؟

- هل تشعرين بالتعب و الإرهاق ؟

- كيف هي سيرورة نومك ؟

- ما هي نظرتك نحو مستقبل إبنك ؟

- و ما هي مخاوفك ؟

الملحق رقم (2) : مقياس المرونة النفسية

جامعة مولود معمري - تامدة-

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

التعليمية :

نطلب منكم الإجابة بكل صدق على العبارات التالية التي تعكس جميع نواحي حياتكم ،الرجاء وضع علامة (x) أمام العبارة التي تناسب موقفكم ، و نحيطكم علما أن نتائج المقياس ستوظف في إطار إعداد دراسة ميدانية حول " المرونة النفسية و تأثيرها على الإكتتاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد " .

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	العبارات
					1- أبحث عن حل لمواجهة الموقف.
					2- لا أترك المشكل يؤثر على باقي نواحي حياتي .
					3- قادر على التأثير في مسار سير الأمور .
					4- أحول المشكل إلى تحدي .
					5- أصر على حل المشكل .
					6- أومن أنني قادر على تحسين الأمور.
					7- أشك في تجاوز المشكل .
					8- أواصل مشوار حياتي رغم وجود الحواجز.
					9- أشعر بالعجز أمام الصعوبات .
					10- ألتزم في حل المشكل .
					11- أعتبر المشكل فرصة للتقدم نحو الأمام.

					12- أعتقد أنني أتحكم بما يحدث.
					13- أرى الحاجز بنظرة إيجابية .
					14- أتحكم في سير الأمور .
					15- أعتقد أنني لدي إستعدادات تمكنني من التغلب على المشكل.
					16-النظر في الناحية الإيجابية للمشكل.
					17- النظر إلى النتائج الإيجابية الناتجة عن حل المشكل.
					18- النظر إلى نفسي كقادر على حل المشكل و لا كعاجز على حله .
					19- أعود من جديد بإستعدادات أكثر .
					20- الخروج من المشكل بقوة أكثر .
					21- تطوير إستعدادات جديدة .
					22- القدرة على مواجهة صعوبات جديدة.
					23- تطوير معارف جديدة .

الملحق رقم (3) : قائمة بيك الثانية للإكتتاب

جامعة مولود معمري - تامدة-

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

التعليمية :

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات ، المطلوب منك قراءة كل مجموعة على حدة و بعناية ، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم ، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي إخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3 . و إذا تبين لك أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة . و تأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة ، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظامالنوم) و المجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية) .

<p>0- لا أشعر بالحزن .</p> <p>1- أشعر بالحزن معظم الوقت .</p> <p>2- أشعر بالحزن طوال الوقت .</p> <p>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك .</p>	<p>الحزن</p>	<p>1</p>
<p>0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي .</p> <p>1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت .</p> <p>2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي .</p> <p>3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل و أنه سوف تزداد الأمور سوء .</p>	<p>التشاؤم</p>	<p>2</p>
<p>0- لا أشعر بأنني شخص فاشل .</p> <p>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي .</p> <p>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل .</p> <p>3- أشعر بأنني شخص فاشل تماما .</p>	<p>الفشل السابق</p>	<p>3</p>
<p>0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل .</p> <p>1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي إعتدت عليه .</p> <p>2- أحصل على قدر قليل جدا من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل.</p> <p>3- لا أستطيع الحصول على أي إستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.</p>	<p>فقدان الإستمتاع بالحياة</p>	<p>4</p>
<p>0- لا أشعر بالذنب .</p> <p>1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها و لم أقم بها .</p> <p>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات .</p> <p>3- أشعر بالذنب في كل الأوقات .</p>	<p>مشاعر الإثم (تانيب الضمير)</p>	<p>5</p>

<p>0- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو الأذى .</p> <p>1- أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو الأذى .</p> <p>2- أشعر بأنني سوف أن أتعرض كثيرا للعقاب أو الأذى.</p> <p>3- أشعر بأنني سوف أن أتعرض دائما للعقاب أو الأذى.</p>	<p>الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى</p>	<p>6</p>
<p>0- شعوري نحو نفسي عادي .</p> <p>1- أشعر بفقدان الثقة في نفسي .</p> <p>2- أصبت بخيبة أمل في نفسي .</p> <p>3- لا أحب نفسي .</p>	<p>عدم حب الذات</p>	<p>7</p>
<p>0- لا أنقد و لا ألوم نفسي .</p> <p>1- أنقد و ألوم نفسي أكثر مما تعودت .</p> <p>2- أنقد و ألوم نفسي على كل أخطائي .</p> <p>3- أنقد و ألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة .</p>	<p>نقد الذات و لومها</p>	<p>8</p>
<p>0- ليس لدي أي أفكار إنتحارية .</p> <p>1- لدي أفكار للإنتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها .</p> <p>2- أريد أن أنتحر .</p> <p>3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة .</p>	<p>الأفكار و الرغبات الإنتحارية</p>	<p>9</p>
<p>0- لا أبكي أكثر مما تعودت .</p> <p>1- أشعر بالرغبة في البكاء .</p> <p>2- أبكي أكثر مما تعودت .</p> <p>3- أبكي بكثرة جدا .</p>	<p>البكاء</p>	<p>10</p>
<p>0- أشعر بالهيجان و الإثارة بدرجة عالية .</p> <p>1- أشعر بالهيجان و الإثارة أكثر مما تعودت .</p>	<p>الهيجان و الإثارة</p>	

	<p>2- أتهيج و أثور إلى درجة من الصعب علي البقاء مستقرا . 3- أتهيج و أثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما .</p>	<p>11 (عدم الإستقرار)</p>
	<p>0- لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية . 1- أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية . 2- فقدت معظم إهتمامي بالآخرين و بكثير من الأمور الأخرى . 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء .</p>	<p>12 فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي</p>
	<p>0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها . 1- أجد صعوبة في إتخاذ القرارات . 2- لدي صعوبة في إتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه . 3- لا أستطيع إتخاذ القرارات .</p>	<p>13 التردد في إتخاذ القرارات</p>
	<p>0- لا اشعر أنني عديم القيمة . 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون . 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين . 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما .</p>	<p>14 إنعدام القيمة</p>
	<p>0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت . 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت . 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء . 3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء .</p>	<p>15 فقدان الطاقة على العمل</p>
	<p>0- لم يحدث لي أي تغير في نظام النوم . 1.أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما . 1.ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما . 2.أ- أنام أكثر مما تعوت بشكل كبير . 2.ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير .</p>	<p>16 تغيرات في نظام النوم</p>

<p>3.أ- أنام معظم اليوم . 3.ب- أستيقظ من يومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى .</p>		
<p>0- أغضب بدرجة عالية . 1- أغضب أكبر مما تعودت . 2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت . 3- أكون في حالة غضب طوال الوقت .</p>	<p>القابلية للغضب أو الإنزعاج</p>	<p>17</p>
<p>0- لم يحدث أي تغير في شهيتي . 1.أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما . 1.ب- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما . 2.أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت . 2.ب- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت . 3.أ- ليس لدي شهية على الإطلاق . 3.ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت .</p>	<p>تغيرات في الشهية</p>	<p>18</p>
<p>0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت . 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت . 2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة . 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء .</p>	<p>صعوبة التركيز</p>	<p>19</p>
<p>0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت . 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها . 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها . 3- أنا مرهق و مجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها .</p>	<p>الإرهاق و الجهد</p>	<p>20</p>
<p>0- إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام . 1- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت .</p>	<p>فقدان الإهتمام</p>	<p>21</p>

<p>2- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.</p> <p>3- فقدت الإهتمام بالجنس تماما .</p>	<p>بالجنس</p>	
--	---------------	--