

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

MOHAMEDSEDDIK BENYAHIA UNIVERSITY-  
JIJEL  
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES FACULTY  
DEPARTEMENT OF PSYCHOLOGY AND  
EDUCATION SCIENCES AND ORTHOPHONIE

جامعة محمد الصديق بن يحي - جيجل  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



العنوان

مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد  
دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي وجمعية حنين لولاية جيجل

مذكرة مكملة لمتطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

لجنة المناقشة /

- الأستاذة(ة) : مسعودي لويزة رئيسا  
- الأستاذة(ة) : عبايدية أحلام مشرفا  
- الأستاذة(ة) : بثشة حنان مناقشا

من إعداد الطلبة /

- الطالب(ة) شبلوغة أمينة  
- الطالب(ة) عميروش أنيسة



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

MOHAMEDSEDDIK BENYAHIA UNIVERSITY-  
JIJEL  
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES FACULTY  
DEPARTEMENT OF PSYCHOLOGY AND  
EDUCATION SCIENCES AND ORTHOPHONIE

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



العنوان

مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد  
دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي وجمعية حنين لولاية جيجل

مذكرة مكملة لمتطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

لجنة المناقشة /

- الأستاذة (ة) : مسعودي لويزة رئيسا  
- الأستاذة (ة) : عبايدية أحلام مشرفا  
- الأستاذة (ة) : بثينة حنان مناقشا

من إعداد الطلبة /

- الطالب (ة) شبلوغة أمينة  
- الطالب (ة) عميروش أنيسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# شكر و عرفان

قال الله تعالى

(( رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدِيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ )) الآية " 19 " من سورة النمل

إلى الأول بلا ابتداء، والآخر بلا انتهاء، نرفع أجل وأسمى آيات الحمد لأول محمود وآخر معبود للحى الذي لا يموت على موفور عطائه وجزيل نعمه حمدا نستزيد به من نعمه ونستجير به من نقمه، ونصلي به على الحبيب المختص بمحبته نبينا محمد صلى الله عليه وسلم فالحمد لله حمدا كثيرا حتى يبلغ الحمد منتهاه.

نتوجه بشكرنا وامتنانا إلى التي منحتنا فيض عملها وكثير نصحتها وتوجيهها، إلى التي أعطتنا فأحسننا العطاء وأعانت فكانت نعم المعينة، ولم تبخل علينا بفكرها، إلى أستاذتنا الفاضلة عبايدية أحلام التي شرفتنا بالإشراف على هذه المذكورة، وبذلت معنا من الجهد والعناء رغم مسؤولياتها المعتادة، نسأل الله أن يجازيها عنا خير جزاء.

كما نتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين، الذين تجشموا عناء قراءة هذه المذكورة، فلهم منا فائق التقدير والاحترام وندعو الله سبحانه وتعالى أن يمتنعهم بدوام الصحة والعافية، ويجازيهم الله عنا خير جزاء. كما نتقدم بوافر شكرنا وتقديرنا إلى جميع الأساتذة الأفاضل الذين كانوا لنا خير سند في إنجاز هذه المذكورة الذين لم يخلوا علينا من العلم ما أوتيو، نسأل الله أن يجعل هذا في ميزان حسناتهم وأن يرفع درجاتهم.

كما نتوجه بالشكر لرؤساء الجمعيات ومديري المراكز التي أجرينا فيها الدراسة الميدانية، وأيضا الأخصائيين النفسانيين والأرطوفونيين الذين مدوا لنا يد العون في توزيع وجمع المقياس الخاصة بالدراسة التطبيقية.

أيضا الشكر موصول إلى أفراد العينة المتمثلة في أمهات أطفال التوحد اللواتي ساهمن في إنجاز هذه المذكورة. كما لا يفوتنا أن نشكر أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة جيبل على كل الدعم المعنوي الذي قدموه لنا.

وفي الأخير نشكر كل من ساهم في إنجاز هذه المذكورة من قريب أو من بعيد.

شكر خاص إلى كل زملائنا في الدفعة والذين تشرفنا بمعرفتهم وصحبهم خلال فترة الدراسة

## إهداء

قال الله تعالى " ولئن شكرتم لأزيدنكم "

بعد الصلاة والسلام على رسول الله \_ عليه الصلاة والسلام \_

أهدي خلاصة جهدي وثمره عملي إلى رمز السبيل والعطاء

إلى نبع الحنان والعطف، إلى من سهرت من أجل راحتي

إلى من تأملت بألمي وفرحت لفرحي

إلى من ترتاح لها نفسي بعد العناء وتأمل لها روجي بعد الوجع، إلى أعظم " أم "

## أمي العزيزة أطال الله في عمرها

إلى الذي أنار دربي، الذي علمني أن رحلة الألف ميل تبدأ بخطوة نحو الأمام

إلى الذي سمى كتفه لأصعد له المجد والعلو

إلى أعز ما أملك في الوجود

إليك، إلى أعظم " أب "

## أبي العزيز أطال الله في عمره

إلى جميع أفراد العائلة إخوتي وأخواتي كبيرهم وصغيرهم

إلى كل من يحمل لقب " شبلوعة " من قريب أو من بعيد

إلى شموع المنزل أبناء أختي " ضياء الدين " و " جواد " حفظهما الله

إلى جميع الأصدقاء خاصة "مريم"

*Amina*

## إهداء

قال الله تعالى : بعد بسم الله الرحمن الرحيم ((... رَبِّي أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ))

النمل الآية 19

أهدي ثمرة هذا العمل إلى:

الإنسانة التي حملتني واحتملتنني، أنا أعلم أنني مازلت صغيرة في نظرها ومازالت تحتل عيني مهما كبرت.

كانت وستبقى دائما كبيرة في نظري ... وفي وجداني، أحبك أمي

أبي أو بالأحرى " بطلي ". الذي وفى وكفى ما عليه، شكرا لك على كل شيء

إخوتي و أخواتي أدام الله المحبة والتعاون بيننا

إلى شموع المنزل أبناء اخوتي " أفنان " و " رائد " و " مهدي "

إلى أصدقائي وكل من كان بجانبني وكل من يحمل لقب " عميروش "

*Anissa*

### ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف على مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، واعتمدنا في بحثنا على المنهج الوصفي كونه الأنسب للدراسة، كما اعتمدنا على عينة قصدية حجمها 245 أمهات ببعض مراكز وجمعيات بلدية جيجل، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس لجمع البيانات مقياس الاحتراق النفسي الوالدي بحيث تم تكييفه ليلاءم طبيعة الدراسة الحالية وبعد تحليل النتائج توصلت الدراسة للنتائج التالية:

- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات منخفضة إلى معتدلة نسبيا من الاحتراق النفسي.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من تبلد المشاعر.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من نقص الإنجاز الشخصي.

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي، التوحد.



**Abstract:**

The current study aims to detection of combustion levels parental psychology for mothers children with a disorder autism and we relied in our research on the descriptive method of being a pedigree for the study we also relied on a sample size 245 mothers some town centers and associations Jijel and for the investigation were used parental psychological burnout scale so that it was adapted and after analyzing results the study found the results. The following:

- Mothers of injured children suffer with autism, the levels of low to moderate relative to psychological penetration.
- Mothers suffer from a of injured child with autism, the levels of high stress effectiveness.
- Mothers of injured children suffer with autism, the levels of high level of lack of personal achievement.
- Mothers of injured children suffer with autism, the levels of high of the SAG of feelings.

**The key words:** Psychological burnout, Autism.

# فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر وتقدير
	إهداء
	الملخص باللغة العربية
	الملخص باللغة الانجليزية
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ-ب	مقدمة
	<b>الجانب النظري</b>
	<b>الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة</b>
05	1- إشكالية الدراسة.
07	2 - فرضيات الدراسة.
07	3- أهداف الدراسة.
07	4- مصطلحات الدراسة.
08	5- الدراسات السابقة .
	<b>الفصل الأول: الاحتراق النفسي</b>
14	<b>تمهيد</b>
15	1- لمحة تاريخية عن الاحتراق النفسي.
16	2- تعريف الاحتراق النفسي.
18	3- النظريات المفسرة للاحتراق النفسي.
21	4- أبعاد الاحتراق النفسي.
23	5- خصائص الاحتراق النفسي.
25	6- أسباب الاحتراق النفسي.
25	7- أعراض الاحتراق النفسي.
26	8- مؤشرات الاحتراق النفسي.
27	9- مراحل الاحتراق النفسي.
28	10- مستويات الاحتراق النفسي.

## فهرس المحتويات

28	11- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي.
36	12- قياس الاحتراق النفسي.
37	13- آثار الاحتراق النفسي.
38	14- علاج الاحتراق النفسي.
40	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثاني: التوحد</b>	
42	تمهيد
43	1- تعريف التوحد.
45	2- التطور التاريخي المتعلق بالدراسات حول التوحد.
49	3- أسباب التوحد.
52	4- أعراض التوحد.
55	5- نسبة انتشار التوحد.
57	6- خصائص التوحد.
62	7- أشكال التوحد.
65	8- تشخيص التوحد.
69	9- التشخيص الفارقي بين التوحد وبعض الاضطرابات الأخرى.
71	10- طرق التكفل بأطفال التوحد.
81	خلاصة الفصل
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة</b>	
84	1- حدود الدراسة.
84	2- الدراسة الاستطلاعية.
84	3- منهج الدراسة.
85	4- مجتمع الدراسة وعينته.
85	5- أدوات جمع البيانات.
87	6- الأساليب الإحصائية.
<b>الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة</b>	
89	1- عرض نتائج الدراسة.

## فهرس المحتويات

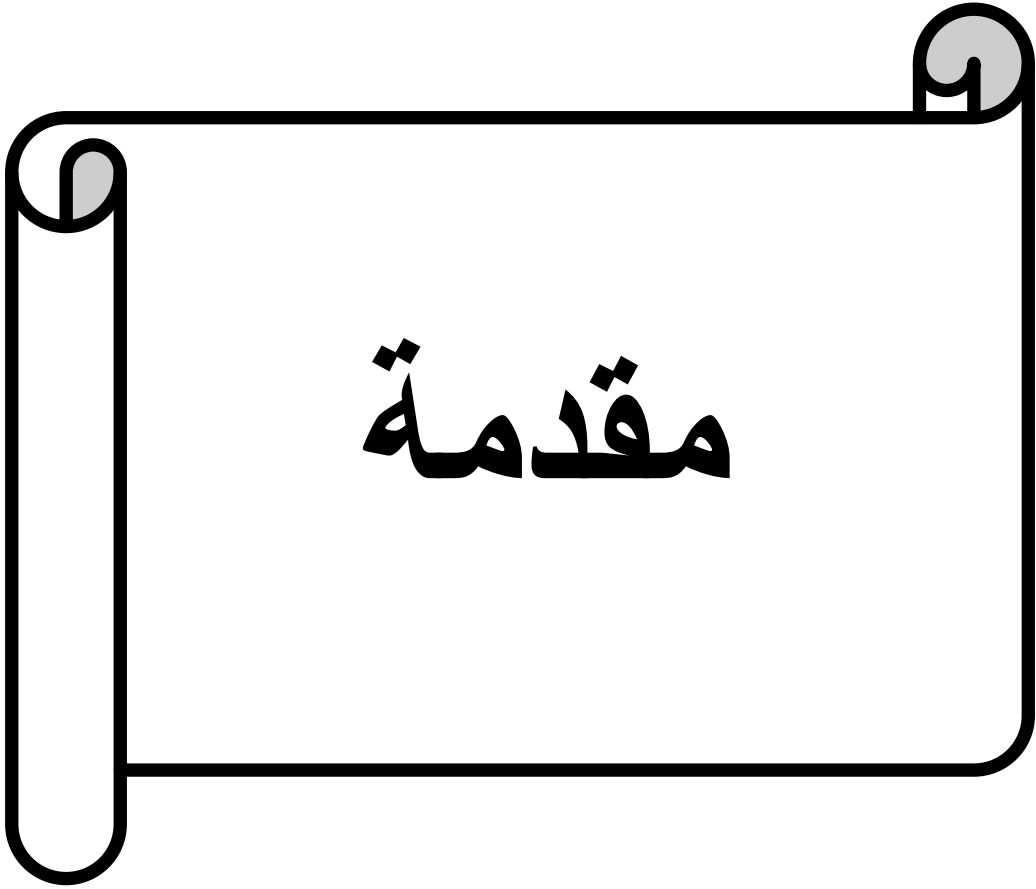
89	1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى.
89	2-1 عرض نتائج الفرضية الثانية.
90	3-1 عرض نتائج الفرضية الثالثة.
90	4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة.
91	2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.
91	1-2 مناقشة وتفسير الفرضية الأولى.
93	2-2 مناقشة وتفسير الفرضية الثانية.
94	3-2 مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة.
95	4-2 مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة.
97	خلاصة عامة
100	خاتمة
102	قائمة المراجع
113	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
69	يمثل التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد وفصام الطفولة.	01
70	يمثل التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد والتخلف الذهني.	02
80	يمثل تشخيص بعض الأدوية التي توصف لأطفال التوحد.	03
86	يمثل تصنيف مستويات الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة حسب الدرجات.	04
89	يمثل مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد على المقياس الكلي.	05
89	يمثل مستويات الإجهاد الانفعالي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.	06
90	يمثل مستويات تبدل المشاعر لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.	07
90	يمثل مستويات الانجاز الشخصي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.	08

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
29	يمثل مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نموذج سيلبي.	01
31	يمثل نموذج شيرنس للاحتراق النفسي.	02
32	يمثل نموذج (ماسلاش وليتر) للاحتراق النفسي.	03
33	يمثل نموذج ليتر 1993 للاحتراق النفسي.	04
34	يمثل نموذج (جانير) و (جرمان) للعلاقة بين ضغط العمل والاحتراق النفسي.	05
35	يمثل نظرية التقدير المعرفي للضغوط .	06





تتعرض الحياة الأسرية إلى الكثير من الأحداث والمواقف الضاغطة التي تشكل خطرا على صحة أفرادها، وتهدد كيانها، وتوازنها النفسي لما لها من تأثيرات مختلفة على الكثير من جوانب حياة أفرادها، وذلك لما تسببه من تأثيرات سلبية على حياتهم النفسية والجسدية حيث تؤدي بهم إلى الكثير من الأمراض والمشكلات التي تتجم عنها أو ترافقها. ورغم تعدد مصادر الضغوط وتتوعها تصبح إصابة أحد أفراد الأسرة بإعاقة ما عاملا من العوامل التي تتسبب في تشكل الضغوط على المستويين النفسي و الاجتماعي، وأكثر من يتعرض لتلك الضغوطات بطبيعة الحال هم الأمهات لأنهن الأكثر احتكاكا وإقامة مع أبنائهن، وهذه الضغوطات تتسبب في شعورهن بالاحتراق النفسي.

ويعتبر التوحد من الفئات الخاصة بدأ الاهتمام والعناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، وذلك لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقة نمائية عامة تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل، وتؤدي إلى انسحابه وانغلاقه على نفسه، كما أن التوحد يعتبر من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل، ونجد الأم هي مصدر الرعاية الأولى لطفلها المصاب بالتوحد منذ نعومة أظافره. فبالرغم من عدم توفر الظروف والعوامل المساعدة لها، أو عدم قدرتها على استخدام أساليب و استراتيجيات خاصة للتعامل مع طفلها التوحدي التي تؤدي بها إلى الشعور بالإرهاك النفسي والجسدي، وعدم قدرتها على التأقلم مع هذا الاضطراب أو التعامل معه بفعالية مناسبة.

ومن أجل دراسة هذا الموضوع تم تقسيم هذه الدراسة إلى جانبين الأول نظري والثاني ميداني.

فالجانب النظري احتوى على ثلاثة فصول:

**الفصل التمهيدي** تم فيه التعرف على مشكلة الدراسة، فرضياتها، أهدافها، تحديد مصطلحات الدراسة، والدراسات السابقة.

**الفصل الأول** الذي تضمن الاحتراق النفسي حيث تناولنا فيه لمحة تاريخية عنه، تعريفه، النظريات العلمية المفسرة له، أسبابه، أعراضه، خصائصه، أبعاده، مؤشرات، مراحل، مستوياته، النماذج المفسرة له، وقياسه، آثاره، وعلاجه.



**الفصل الثاني** الذي تضمن التوحيد حيث تناولنا فيه تعريفه، التطور التاريخي المتعلق بالدراسات حوله، أسبابه، أعراضه، نسبة انتشاره، خصائصه، أشكاله، تشخيصه، التشخيص الفارقي للتوحيد، وطرق التكفل به.

أما الجانب الميداني فقد ضم فصلين:

**الفصل الثالث** تناولنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة حيث تضمن حدود الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، الأساليب الإحصائية.

**الفصل الرابع** تضمن عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

وفي الأخير عرضنا خلاصة عامة للبحث وأرفق البحث بقائمة من المراجع التي تم الاعتماد عليها وبعض الملاحق لزيادة التوضيح.



الجانب النظري

## الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

- 1 إشكالية الدراسة.
- 2 فرضيات الدراسة.
- 3 أهداف الدراسة.
- 4 مصطلحات الدراسة.
- 5 الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

## 1- الإشكالية

لقد حظي موضوع الإعاقة اهتماما كبيرا في السنوات الأخيرة على المستويين العربي والعالمي فازدادت الأبحاث في هذا المجال كما ونوعا. ورافقها تطور في البرامج والخدمات، وأخذت الأبحاث تركز بوضوح على الجوانب السيكولوجية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة نظرا لما للإعاقة من تأثيرات مباشرة، وغير مباشرة على هذه النواحي لدى هؤلاء الأطفال وأسرهم وبدأت الدراسات النفسية في مجال التربية الخاصة بالتركيز على تقديم الخدمات للأسر بدلا من التركيز على الأفراد المعاقين فقط.

فالإعاقة وعلى اختلاف أنواعها تترك تأثيرها على مختلف جوانب من حياة الفرد المعاق مسببة ضغوطا تفرض عليه ميكانيزمات خاصة للتكيف معها وليس هذا بالأمر السهل فعدم القدرة على التكيف مع الإعاقة قد يسبب ظهور ميكانيزمات غير تكيفية لدى الفرد مما يعيقه من الاستفادة من البرامج التي تقدم له. ولاشك أن هذه الآثار لا تتوقف عند الفرد المعاق بل تمتد لتترك آثارا سلبية على أسرته بشكل عام. (ملحم، 2014، ص2).

إن وجود فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة يؤثر سلبا على المعاق نفسه وعلى جميع أفراد أسرته إذ تعد رعاية والتكفل بالأطفال من ذوي الإعاقة أمرا صعبا وضاعطا على الأسرة ككل وعلى الأم تحديدا، لأنها هي التي ستتكدب عناء الاهتمام ورعاية الأبناء وما يترتب عليها من ضغوط نفسية ناتجة عن إعاقة طفلها. (العبيدي، 2021، ص11).

واضطراب التوحد يعد من الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال ومن أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. يعيق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي لدى الطفل. مما يجعل أفراد أسرة الطفل التوحدي يعيشون ضغوطات وتوترات جمة خاصة الأم التي تقع على عاتقها مسؤولية رعاية الطفل وتلبية احتياجاته.

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات انتشارا في دول العالم. حيث أن تزايد الحالات المصابة بهذا الاضطراب في تزايد سريع. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، وصلت نسبة نمو السكان 13% سنة 1990، ووصلت نسبة الإعاقات في المجتمع الأمريكي 16%، بينما كانت نسبة حالات التوحد 172% وهذا حسب ما أقرت به جمعية التوحد. بينما في الجزائر يتصدر أطفال التوحد قائمة الأمراض الأكثر

انتشارا لدى الأطفال. حيث بلغ عدد الحالات وطنيا أكثر من 80 ألف مصاب، مع العلم أن هذا الاضطراب غير مصنّف بعد في الجزائر. (براجل، 2017، ص12).

وعليه فإن اضطراب التوحد يشكل تحديا على الوالدين نظرا لما يواجهون من صعوبات وضغوطات تتعلق بطبيعة طفلهما المصاب بهذا الاضطراب. وعدم معرفتهم بالأساليب الصحيحة المتبعة في التعامل معه بالإضافة إلى طريقة تنشئته والتكفل به التي تختلف عن تنشئة الأطفال العاديين.

يواجه آباء وأمهات أطفال التوحد تحديات وضغوطات متراكمة تؤثر على توازنهم النفسي وقد تترجم هذه الضغوطات إلى أمراض نفسية أو نفسوجسدية مختلفة تؤدي بهم إلى حالة من الإجهاد العصبي والإرهاق. حيث برز مصطلح الاحتراق النفسي وهو من المصطلحات الحديثة نسبيا على يد المعالج النفسي « فرويدنبرجر, H.Freudenberger » كما استخدم هذا المصطلح لوصف الأعراض الجسمية الانفعالية التي تظهر لدى الأفراد حيث أن هذه الأعراض تتجم عنها كثرة الضغوطات، وأشارت «ماسلاش و ليدر, Maslach & Litter » (2004) إلى أن إصابة الفرد بحالة الاحتراق النفسي يصاحبها مجموعة من الأعراض السلوكية والجسمية تتمثل في انخفاض مستوى النشاط الشخصي، اضطراب في النوم، شعور بالصداع وضعف الجسمي، التعب المزمن، عدم الرغبة في العمل، الميل إلى العنف والقسوة هذا بالإضافة إلى انخفاض مستوى النظرة الإيجابية للذات وانخفاض الشعور بمعنى الحياة وغيرها من الأعراض. (فرحات، 2016، ص249).

وقد نجد أن بعض الأمهات قد يعانين من الاحتراق النفسي نظرا لوجود طفل مصاب بالتوحد الأمر الذي من شأنه أن يطور لديهم مجموعة من الأعراض المترابطة كالإرهاق النفسي والانفعالي والجسدي والمعرفي لذلك فإن الاحتراق النفسي يصب الأم نظرا لكونها هي التي ستتكبد عناء الاهتمام والرعاية وتحمل مسؤولية المنزل والقيام بمختلف الأدوار التي تقع على عاتقها والعناية بأطفالها العاديين رغم أن وجود طفل مصاب باضطراب التوحد لديه خصوصية في التعامل معه مما يجعلها تعاني من الاحتراق النفسي ولهذا جاءت دراستنا هذه للكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المضطربين بالتوحد من خلال الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟.

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- هل تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من الإجهاد الانفعالي؟.
- ما هي مستويات تبلد المشاعر لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد؟.
- هل تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد بنقص الإنجاز الشخصي؟.

## 2- فرضيات الدراسة

- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي.
- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي.
- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من تبلد المشاعر.
- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من نقص الإنجاز الشخصي.

## 3- أهداف الدراسة

- معرفة مستويات الاحتراق النفسي الذي تعاني من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.
- معرفة مستويات الإجهاد الانفعالي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.
- معرفة مستوى تبلد المشاعر لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.
- معرفة ما إذا كانت أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من نقص الإنجاز الشخصي.

## 4- مصطلحات الدراسة

### 4-1 التعريف الإجرائي للاحتراق النفسي: عدم قدرة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد على التكيف مع

متطلبات أطفالهن على المدى الطويل خاصة إذا كانت تعيش في بيئة ضاغطة اجتماعيا بسبب اختلاف طفلها عن الأطفال العاديين وما يتعرض له من مواقف أو عدم تلقيها للمساعدة اللازمة من الأب أو أحد أفراد الأسرة وقيامها بكافة الأعباء والاهتمام بطفلها مما يجعلها تشعر بالقلق والتوتر والاكنتاب لفترات طويلة وشعورها بعدم القدرة على الاستمرار على هذا النحو.

### 4-2 التعريف الإجرائي للتوحد: هو نوع من الاضطرابات النمائية التي تظهر خلال سنوات الثلاثة

الأولى من عمر الطفل فتؤثر على الإدراك البصري والتواصل اللفظي والغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر لديه سلوكيات نمطية تكرارية واستجابات غير مألوفة للمثيرات الحسية والبصرية.

## 5- الدراسات السابقة

1. دراسة طرفشان ورضا ومحمدي و أحمد و أرسلاني (2013): بعنوان الاحتراق النفسي لدى معلمي اضطرابات التوحد مقارنة مع معلمي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من الاحتراق النفسي لدى معلمي اضطراب طيف التوحد مقارنة مع معلمي الأطفال الآخرين ذوي الحاجات الخاصة، وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (90) معلمة (32) للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، و (30) معلما في مدارس الصم، و (31) معلما للأطفال ذوي التخلف العقلي من (12) مدرسة في أربعة مناطق من مناطق طهران)، كما استخدمت هذه الدراسة المنهج المقارن والمنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق غرض هذه الدراسة اعتمد الباحثون على ثلاثة مقاييس هي مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (Maslach Burnout) مخزون المؤشر الوصفي للوظيفة، واستبيان الصحة العامة ومن النتائج الهامة التي خلصت إليها هذه الدراسة ما يلي:
    - وجود اختلافا كبيرا في صحة المعيار بين مجموعات المعلمين الثلاثة واختلفت المجموعات الثلاثة من حيث الصحة العامة، والإرهاق العاطفي ونزع الشخصية؛ ولكن بالنظر إلى المتغيرات الأخرى لم يلاحظ أي اختلافات كبيرة.
    - درجات الاحتراق النفسي لدى معلمي اضطراب طيف التوحد بالتوحد جاء متوسطا وكان أعلى بشكل ملحوظ من معلمي الصم وضعاف السمع والمتخلفين عقليا في متغيرات الصحة علامة والتعب وتبدد الشخصية.
    - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات المعلمين للأطفال المتخلفين عقليا والصم.
- (الخطاطبة، 2021، ص712).

2. دراسة Varghese, Venkatesan (2013): هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستويات الاحتراق النفسي بين أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفاقد السمع في كندا وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (60) أما من أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفاقد السمع بكندا وقسموا بالتساوي بين مجموعة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و أمهات أطفال فاقد السمع لتحقيق أهداف هذه الدراسة اعتمد الباحثان على استخدام مقياس " ماسلاش" للاحتراق النفسي ومن النتائج الهامة التي خلصت إليها هذه الدراسة ما يلي:



- الاحتراق النفسي ظاهرة شائعة بين مجموعتي الدراسة إلا أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بدا عليهن الاحتراق الجسدي والنفسي كما تم مناقشة أساليب التدخل المناسبة مع حالات الاحتراق النفسي مثل الاسترخاء والترفيه والتسلية. (علي، 2019، ص22).

**3.دراسة اغبارية (2017):** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال من ذوي اضطراب التوحد وعلاقته بالكفاءة الذاتية في تنشئة الأطفال الآخرين داخل الأسرة وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (173) أمهات أطفال طيف التوحد الملتحقين بمراكز التوحد في أم الفحم للعام الدراسي ( 2016- 2017 ) ولتحقيق أهداف البحث قام الباحث بإعداد مقياسين أحدهما لقياس الاحتراق النفسي والثاني لمعرفة مستوى الكفاءة الذاتية المدركة حيث تم التأكد من إجراء صدق وثبات المقياسين وتوصلت هذه الدراسة إلى أهم النتائج:

- أن أمهات أطفال التوحد يتمتعون بمستوى متوسط من حيث الاحتراق النفسي وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق لمتغير عمر الأم سواء على مستوى الاحتراق النفسي.

- عدم وجود فروق في مستوى الاحتراق النفسي لدى الأمهات يعزي لمتغير المستوى التعليمي وكانت الفروق لصالح المستوى التعليمي الأعلى لدى الأمهات.

- وفي ضوء النتائج أوصت هذه الدراسة إلى مجموعة من التوصيات منها: توفير البرامج الإرشادية للأسر التي من شأنها أن تعمل على تقبل أفراد المجتمع بالخصوص الأسرة على تقبل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وبشكل خاص الأطفال من ذوي اضطراب التوحد. (جاجان وسعيد، 2020، ص246).

**4.دراسة شارون وآخرون (Sharron, et al, 2018):** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة متلازمة الاحتراق النفسي الوالدي بأهم العوامل النفسية ذات لدى عينة من الأمهات العاملات وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (304) من الأمهات اللواتي يتحدثن بالفرنسية ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم استخدام قائمة ماسلاش للاحتراق النفسي (MBI) تم تكييفها لتلائم مع الاحتراق الوالدي ومقياس القلق والاكتئاب والقائمة المختصرة للضغوط الوالدية وطرق و أساليب مواجهة الضغوط والاحتراق النفسي ومن النتائج الهامة التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي:

- توجد علاقة إيجابية قوية بين الاحتراق النفسي الوالدي مع الاكتئاب وأعراض القلق وكذلك الإجهاد المدرك المتعلق بالأمومة ومستوى الضغوط الوالدية وكذلك هناك علاقة قوية وإيجابية مع الإنجاز الشخصي. (جاجان وسعيد، 2020، ص247).

5.دراسة سعيد ومحمد (2020): هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد بمحافظة دهوك كما هدفت إلى التعرف علاقة الاحتراق النفسي ببعض المتغيرات (عمر الطفل، عدد الأطفال التوحديين في الأسرة، حجم الأسرة، مستوى الأسرة الاقتصادي، عمر الأم، مستوى تعليمها) وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (36) مفردة من الأمهات اللاتي لديهن طفل توحدي في مركز ناز لرعاية وتأهيل أطفال الروضة أطفال التوحد ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي وتم استخدام مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي لدى الوالدين وخلصت هذه الدراسة إلى أهم النتائج:

- تعاني عينة الدراسة من أمهات أطفال التوحد من مستويات عالية من الاحتراق النفسي، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعري المتغير عمر الطفل، حجم الأسرة، المستوى الاقتصادي. (عبد النبي، 2021، ص504 - 505).

#### تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة يمكن التعليق عليها من عدة نواحي.

#### أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات الحالية والدراسات السابقة:

- تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في موضوعها الرئيسي حيث جاءت هذه الدراسة بعنوان مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد فقد تناولت المتغير المستقل وهو الاحتراق النفسي كما تناولت المتغير التابع وهو التوحد.

- هدفها العام حيث حاولت إعطاء صورة عن ظاهرة الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات أطفال التوحد ومختلف تأثيراته على حياتهم اليومية باستثناء دراسة طرفشان ورضا ومحمدي وأحمد وأرسلاني (2013) حيث هدفت إلى التحقق من الاحتراق النفسي لدى معلمي اضطراب طيف التوحد مقارنة مع معلمي الأطفال الآخرين من ذوي الحاجات الخاصة.

- اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في عينة البحث التي اقتصرت على عينة واحدة فقط والتمثلة في أمهات أطفال التوحد.
- اتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية على هدف مشترك وهو الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد باستثناء دراسة طرفشان ورضا ومحمدي وأحمد و أرسلاني(2013).
- اختلفت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث عيناتها حيث طبقت على عينات مختلفة الحجم باستثناء دراسة طرفشان ورضا ومحمدي وأحمد و أرسلاني (2013) التي طبقت على عينة من المعلمين المتمثلين في (90) معلمة منهم 32 معلما للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و (30) معلما في مدارس الصم و (31) معلما للأطفال ذوي التخلف العقلي من (12) مدرسة.
- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدامها لأدوات جمع البيانات والتي كانت في الغالب مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي بالإضافة إلى بعض المقاييس الأخرى كما جاء في دراسة شارون وآخرون (2018) استخدم مقياس الاحتراق النفسي لماسلاك ومقاييس القلق والاكتئاب والقائمة المختصرة للضغوط الوالدية وطرق وأساليب مواجهة الضغوط وكذلك دراسة أغبارية (2017) استخدم مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس معرفة الكفاءة الذاتية المدركة و دراسة طرفشان ورضا ومحمدي وأحمد و أرسلاني (2013) الذين استخدموا ثلاثة مقاييس مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي بالإضافة إلى مخزون المؤشر الوصفي الوظيفي واستبيان الصحة العامة.
- كما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في مكان إجراء تلك الدراسات.
- كما اختلفت نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الحالية التي أسفرت إلى ما يلي:
  - تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات منخفضة إلى معتدلة نسبيا من الاحتراق النفسي.
  - لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي.
  - لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من تبلد المشاعر.

- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

- استفادت الطالبتان من هذه الدراسة في الجوانب التالية:
- تتبع المراحل الإجرائية التي تتبناها الدراسات.
- تكوين خلفية نظرية حول الموضوع.
- الاستفادة من الأدوات المستخدمة في جميع البيانات خصوصا المرتبطة بمقياس الاحتراق النفسي.
- كما تم الاستفادة من نتائجها في تفسير ومناقشة الدراسة الحالية ومقارنتها من أجل التعرف على أوجه التشابه والاختلاف.

## الفصل الأول: الاحتراق النفسي

### تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن الاحتراق النفسي.
- 2- تعريف الاحتراق النفسي.
- 3- النظريات العلمية المفسرة للاحتراق النفسي.
- 4- أسباب الاحتراق النفسي.
- 5- أعراض الاحتراق النفسي.
- 6- خصائص الاحتراق النفسي.
- 7- أبعاد الاحتراق النفسي.
- 8- مؤشرات الاحتراق النفسي.
- 9- مراحل الاحتراق النفسي.
- 10- مستويات الاحتراق النفسي.
- 11- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي.
- 12- قياس الاحتراق النفسي.
- 13- آثار الاحتراق النفسي.
- 14- علاج الاحتراق النفسي.

### خلاصة الفصل

## تمهيد:

يعد موضوع الاحتراق النفسي من المواضيع الأكثر اهتماما في الأبحاث العلمية والنفسية والاجتماعية وهذا نظرا لارتباطه بالصحة النفسية للفرد، حيث اهتم به العديد من علماء النفس في العصر الحديث كونه يمثل أبرز الاضطرابات الشائعة في هذا العصر حيث حاول العديد من الباحثين من معرفة ماهية الاحتراق النفسي وأسبابه ونتائجه وآثاره، وهذا ما أدى إلى ظهور عدة دراسات ونظريات تحاول تفسيره ويعود ذلك إلى الآثار السلبية الخطيرة التي يعاني منها الفرد خاصة وأنه مفهوم جديد لا يعرف المصاب به أعراضه.

وفي فصلنا هذا سوف نتناول موضوع الاحتراق النفسي من عدة جوانب من خلال تعريفه والتعرف على مختلف أبعاده و مؤشرات وأسبابه وأعراضه وغيرها من النقاط التي سوف نثرينا حوله.

## 1- لمحة تاريخية حول الاحتراق النفسي:

"يعد الاحتراق النفسي من الظواهر التي نالت اهتمام الكثير من الباحثين في المجال العلمي والنفسي والاجتماعي وهذا نظرا لارتباطه بالصحة النفسية للفرد، وقد أشير إليه بعدة مصطلحات تختلف باختلاف الفترة الزمنية وباختلاف المختصين.

ففي القرن الثامن عشر، وتحت حديد سنة (1768) كرس الطبيب السويسري « صامويل تيسو Samuel Tissot, » جزءا عن أبحاثه في دراساته الخاصة بالأمراض العقلية ذات الأصل المهني والتي تمس خاصة الطبقة المثقفة، فوصف الاضطرابات الناتجة عن التفاني في أداء العمل وآثاره السلبية على صحة الفرد وبعدها وتحت حديد سنة (1840) اهتم الطبيب وعالم الاجتماع الفرنسي « لويس فيلبرمي Luis Rene Villerme, » بآثار العمل المكثف والدائم على العامل، كما قام هذا الطبيب بنشر كتاب بعنوان "Le tableau de l'état physique et moral des ouvriers" والذي أظهر فيه خطورة الأمراض العقلية الناتجة عن العمل.

ثم اهتم الطبيب الإنكليزي « توك دانيال هاك Tuke Daniel Hack, » سنة (1882) بالاحتراق النفسي وأشار إليه بمصطلح "الإرهاق" (LE SURMENAJE) ثم جاء بعده عالم الاجتماع والنفس والفلسفة الأمريكي « بارك روبرت Park Robert Ezra, » سنة (1934) وأطلق عليه اسم "الإعياء الصناعي" (INDUSTRIAL FATIGUE) وذلك في مقاله INDUSTRIAL FATIGUE AND GROIP MORAL الذي تم نشره في المجلة العلمية الأمريكية كما استخدم كل من « هانز سيللي Hans Seleye, » سنة (1936) و « والتر كانون Walter Cannon, » سنة (1942) مصطلح STRESS "توتر" وذلك للدلالة على حالة نفسية مرضية مرتبطة بالوضع المهنية.

إن مفهوم الاحتراق النفسي كمصطلح علمي لم يستعمل إلا حديثا بينما أشير إلى أعراضه في العديد من الأبحاث ففي الحرب العالمية الأولى والثانية كان يستخدم مصطلح "تعب المعارك" وذلك للدلالة على أعراض مشابهة لأعراض الاحتراق النفسي، كما استخدم طبيب الأمراض العقلية الفرنسي « كلود فال Claud Veil, » سنة (1959) مفهوم الاحتراق النفسي ووصفه كحالة إنهاك المهني الناتج عن بذل مستمر للجهد في العمل تحت وطأة مجموعة من الضغوط الداخلية والخارجية" ( هواري ، 2014، ص33 - 32 ).

ويعتبر « جراهم سين, Grahm Ceen » أول من تطرق إلى المعنى العام للاحتراق في قصته سنة (1960م) التي عرض فيها حالة مهندس معماري يعاني من الاحتراق النفسي، وبحلول سنة (1974) أخذ موضوع الاحتراق النفسي يتخذ قيمته العلمية على وجه التحديد في الدراسات الطبية بفضل الطبيب « فرويدنبرغر, H.Freudenberger » وفريقه في عيادته بالولايات المتحدة الأمريكية، وبعد ذلك أخذت البحوث في التنوع في تشخيص وقياس الأعراض المشكلة للاحتراق فتوصلت مثلا « كريستينا مسلاش, C.Maslach » (1976) إلى وضع مقياس للاحتراق النفسي يرمز له ب (BMI) أي MASLACH BURNOUT INVENTORY وفي سنة (1980) قدم « شرينس, Cherniss » مقاربة متعددة الأبعاد ( نفسية، علائقية، بيئية، تنظيمية ) لتشكل الاحتراق النفسي.

وأخيرا يمكن القول أن ظاهرة الاحتراق النفسي لقيت اهتماما بارزا في الدراسات السيكولوجية على مدى السنوات الأخيرة وذلك نظرا لما تسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق حيث يتعرض العاملون لأسباب متعددة إلى بعض الظروف التي لا يستطيعون التحكم فيها مما يحول دون قيامهم بدورهم بشكل فعال الأمر الذي يساهم في إحساسهم بالعجز عن القيام بالمهام المطلوبة منهم. (منصوري، 2011، ص 49-50).

## 2- تعريف الاحتراق النفسي:

الاحتراق النفسي هو متلازمة أو مجموعة أعراض الإجهاد العصبي واستنفاد الطاقة الانفعالية، والتجرد من الخواص الشخصية والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز الشخصي في المجال المهني، وهي مجموعة أعراض يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس. (عبد الحميد، 2008، ص 11).

كما عرف « فرويدنبرغر, Freudenberger » الاحتراق النفسي سنة (1974) بأنه: " حالة من التعب أو الإحباط الناجمة عن التفاني من أجل قضية ما، أو عن نمط حياة أو علاقة لم تسفر عن النتائج التي توقعها الفرد منها". (نصراوي، 2016، ص 39).



وعرفته « ماسلاش و جاكسون، Maslach & Jackson » (1981) بأنه: "حالة من التعب والإجهاد العقلي والجسمي والانفعالي تتميز بالتعب المستمر واليأس والعجز وتطوير مفهوم ذات سلبي واتجاهات سلبية نحو العمل والحيلة والناس. (العزاوي ويحي، 2007، ص 288).

أما « ماكبرايد، McBride » فيعرف الاحتراق النفسي بأنه "استنزاف جسمي وانفعالي، بشكل كامل بسبب الضغط الزائد عن الحد، وينتج عنه عدم التوازن، بين المتطلبات، والقدرات، بحيث يشعر الفرد أنه غير قادر على التكامل مع أي ضغط إضافي في الوقت الحالي. (نوار وحناشي، 2015، ص 184).

بينما يعرفه « باينز وآرانسون، Pines & Aronson » (1983): بأنه "حالة من الإجهاد البدني و الذهني الانفعالي نتيجة العمل مع الناس والتفاعل معهم لفترة طويلة، من خلال مواقف تحتاج لبذل مجهود انفعالي عالي. (عقون، 2020، ص 45).

في حين عرف « اسبانيول وكابتو، Spaniol & Cabuto » الاحتراق النفسي بأنه بعدم القدرة على التكيف مع ضغوط العمل والحياة الشخصية، وأن الاحتراق النفسي لا يسبب أذى للشخص الذي يتعرض للإصابة به فحسب، وإنما إلى المستفيدين الذين يتلقون الخدمة أيضا، وانه يقلل من الطاقة المتوفرة لمتطلبات العمل والحياة الشخصية بشكل كبير. (دبابي ولعيس، 2013، ص 14).

أما « كيرياكو، kyriacou » فقد عرف الاحتراق النفسي بأنه مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة (بني أحمد، 2007، ص 13).

و أيضا يعرفه « الراشدان » (1995) بأنه استنزاف للطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد يؤدي به إلى حالة عدم التوازن النفسي التي تظهر نتيجة للضغوط النفسية الشديدة التي تسببها أعباء العمل ومتطلبات الأسرة والضغوط الثقافية. (صالح، 2014، ص 15).

كما عرفته « الحايك » (2000) أنه : "حالة من الاضطراب والتوتر وعدم الرضا الوظيفي، تصيب العاملين في المجال الإنساني والاجتماعي عامة والمجال التربوي التعليمي خاصة، ناتجة عن الضغوط النفسية الشديدة التي يتعرض لها الفرد بسبب أعباء العمل تؤدي إلى استنزاف طاقاته وجهوده، مما تتحدر به إلى مستوى غير مقبول من الأداء". (هوارى، 2014، ص 26).

من خلال هذه التعريفات يمكن تعريف الاحتراق النفسي بتعريف يتماشى مع موضوع دراستنا والذي يتمثل في أنه حالة نفسية يشعر فيها آباء وأمهات أطفال التوحد بالتعب والإرهاق النفسي والجسدي وشعورهم بالعجز نتيجة تعرضهم لضغوط و أعباء الحياة اليومية المتراكمة والمستمرة وعدم قدرتهم على التوافق معها وفقدانهم للصحة النفسية مما يؤثر سلبا على استقرار حياتهم اليومية خاصة وأن وجود فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة كالطفل التوحدي يشكل أمرا ضاغطا وصعبا على جميع أفراد الأسرة من ناحية رعايته والتكفل به وعلى الأم تحديدا كونها هي التي ستتكدب عناء الاهتمام والرعاية لكافة أبنائها وما يترتب عليها من ضغوط نفسية ناتجة عن إعاقة طفلها.

### 3- النظريات العلمية المفسرة للاحتراق النفسي:

لم يدرس مفهوم الاحتراق النفسي بشكل محدد واضح في النظريات النفسية، وإنما بدأ بصورة استكشافية، وتم ربطه بضغوط العمل، وعلى أي حال فقد نظرت إليه بعض النظريات من خلال الإطار العام لها، وفقا للاتي:

#### 3-1 نظرية التحليل النفسي:

فسرت نظرية التحليل النفسي الاحتراق النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة، وذلك مقابل الاهتمام بالعمل، مما قد يمثل جهدا مستمرا لقدرات الفرد، مع عدم قدرة الفرد على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للريجات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية، مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحلها إلى الاحتراق النفسي، أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها وحدث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلقت به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها، كما أنه يمكن استخدام بعض فنيات مدرسة التحليل النفسي لعلاج الاحتراق النفسي كالتنفيس الانفعالي. (الفريجات والربضي، 2010، ص 07).

#### 3-2 النظرية السلوكية:

تأسست المدرسة السلوكية على يد عالم النفس الأمريكي « واطسون, Watson » (1878 - 1958)، وهي ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة وفق الصيغة الآتية مثير ← استجابة، باستثناء الأفعال الانعكاسية، وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين البيئة واستجابات الفرد، يحدث التعلم من خلال تقليد سلوكيات معينة تعلمها الفرد من خلال النماذج الأولية أو الأسرية وتم تعزيزها من خلال

المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وبالتالي فإن الاحتراق النفسي وفق المبادئ الأساسية لهذه النظرية، مثله مثل أي سلوك مضطرب، هو متعلم نتيجة ظروف بيئية غير مناسبة، كما يؤكد أحد رواد هذه المدرسة وهو «سكينر, skinner» . في حين يظهر السلوك السلبي عند الفرد نتيجة الانطفاء الذي يحدثه غياب التعزيز، وعليه فالاحتراق النفسي مرتبط ارتباطاً إيجابياً بنقص التدعيم أو التعزيز في بيئة الفرد، بمعنى غياب كفاءة العامل على مجهوده، سواء كانت مادية أو معنوية، اجتماعية أو مهنية، وهكذا يتوقف هذا الفرد عن العمل أو ينقص من مردوديته أو نوعيته، فيصبح حينئذ عاملاً غير فعال، مما يعرضه للانسحاب المهني ويعرضه للوقوع في حلقة الاحتراق النفسي.

وعلى ضوء قوانين هذه النظرية دائماً، فإن تغلب الفرد على الأحداث والخبرات الضاغطة يتوقف على مدى إدراكه لقدراته التي تنمو من خلال الخبرات التي يتعلمها في حياته، كما يمكن استخدام فنيات تعديل السلوك كالتعزيز وزيادة دعم الفرد والضبط الذاتي من خلال السيطرة الذاتية على الضغوط. (بن عامر، 2017، ص 112).

### 3-3 النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي، هم أشخاص لديهم أخطاء في طريقة تفكيرهم، بما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم، ونحو الأحداث الضاغطة، فهم يتصورون الأخطار الصغيرة في صورة كوارث كبيرة، وذلك رغم أن الأحداث الضاغطة أقل خطراً من الطريقة التي يدرك بها الأشخاص هذه الأحداث، ويرى أصحاب هذه النظرية أن الاحتراق النفسي والضغوط النفسية لا يمكن عزلها عما يتعلمه الفرد من البيئة أو المجال المحيط به، ويمكن تقليل مستوى الاحتراق النفسي من خلال التفكير الإيجابي بالأحداث المحيطة بهم، والتركيز على النقاط الإيجابية، وتغيير وتعديل الأفكار السلبية لديهم. (الخميسة، 2018، ص 32).

### 4-3 النظرية الجشطالتيّة:

تمثل النظرية الجشطالتيّة أهمية كبيرة في عملية إدراك المثيرات الأمر الذي يجعلنا نستفيد من هذه النظرية وتوظيفها في إدراك الضغوط النفسية ، ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإدراك العام سابق على التحليل والتعرف على الأجزاء .ومن الأسئلة التي يحاول الإجابة على ها أنصار النظرية الجشطالتيّة هو التساؤل التالي :كيف يدرك الفرد الموقف الموجود فيه؟ وكيف يستجيب له في إطار معرفي؟

يرى علماء نفس الجشطلت أن إدراك الفرد للعناصر الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك إدراكه للعلاقات التي تربط بين عناصر وأجزاء المجال من شأنه أن يؤدي بالكائن الحي إلى إعادة تنظيم المجال في صورة جديدة وهذا الكل أو هذه الصورة هي ما يفسره أصحاب النظرية بالتعلم الذي ينشأ عملية الاستبصار والذي يتضمن عمليتين من أهم العمليات العقلية التي يمارسها الفرد في موقف التعلم وإدراك العلاقات والاستبصار عملية تتوقف على قدرة الفرد العقلية وعلى درجة نضوجه كما تحتاج إلى قدر من الخبرة السابقة والتي تساعد على فهم الموقف وإدراك عناصره . كما أن أهم ما يميز عملية الاستبصار هو إمكانية استخدام الحلول التي تعلمها الفرد عن طريق الاستبصار في مواجهة المواقف الجديدة ويمكن توظيف عملية الاستبصار في إدراك الضغوط النفسية وتحقيق ما يسمى الاستبصار بسمات الحدث الضاغط عن طريق محاولة الإدراك الكلي للحدث الضاغط وما يتضمنه من عناصر أو مكونات كإدراك مسبباته وظروف وقوعه وإدراك أهميته ودلالته ومعناه بالنسبة للفرد وما يتضمنه من تأثيرات إيجابية أو سلبية وإدراك الحلول الملائمة للتعامل معه ويؤدي الإدراك دوراً حيوياً في عملية إدراك الضغوط وحل المشكلات حيث تمثل وظيفة الإدراك المدخل الأساسي والإطار الثابت الذي يؤدي إلى حل المشكلة أو يؤخر حلها، فالمفاهيم والمبادئ ما هي إلا صيغ معرفية تعلن عن الوصول إلى الحل الصحيح والطريق السليم لحل مشكله ما هو تحديد كيف يمكن إدراك هذه المشكلة وفهم متطلباتها وعندئذ سوف نجد الحل سريعاً.

ولذلك، فالمشكلات من وجهة نظر علماء الجشطلت هي في الأساس مشكلات إدراكية تظهر إلى الوجود عندما يحدث للفرد توتر أو إجهاد نتيجة للتفاعل بين الإدراك وعوامل التذكّر عند التفكير بهدف حل مشكلة أو بهدف فحصها من زوايا مختلفة، وعند تقلب الأمور إزائها يبرز على السطح - في لحظة هي أقرب للّحظة الفجائية - الحل الصحيح وفقاً لمبدأ الاستبصار . (زاوي، 2018، ص 40 - 41).

### 3-5 النظرية الوجودية:

أما أصحاب النظرية الوجودية والمشار إليهم في رمضان (1999)، فيركزون في تفسيرهم للاحتراق النفسي على وجود المعنى في حياة الفرد، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته فإنه يعاني من نوع من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته، ويحرمه من التقدير الذي يشجعه على مواصلة حياته، فلا يحقق أهدافه مما يعرضه للاحتراق النفسي، لذلك فالعلاقة بين الاحتراق النفسي وعدم الإحساس بالمعنى علاقة تبادلية، فهما وجهان لعملة واحدة إن جاز لنا القول.

نستخلص مما سبق أن الاحتراق النفسي يؤدي إلى فقدان المعنى من حياة الفرد، كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي للاحتراق النفسي. ومع هذا فلا يمكن الاقتصار على وجهة نظر واحدة، ولكن يمكن الدمج بين تلك الآراء فنقول بأن الاحتراق النفسي مرحلة متقدمة من الضغوط النفسية تنتج عن تفاعل سمات الفرد وصفاته مع البيئة المحيطة به، إذ تكون بيئة غير مناسبة يشعر فيها الفرد بعدم الراحة مع مراعاة ضغوط زيادة العبء عليه، أو ضغوط قلة العبء عليه، وإذا لم يستطع التعامل معها بطريقة سوية فستقل كفاءته ويزداد عليه قلة الدعم المقدم له، وكذلك قلة إنتاجه مما يعرض الفرد للاحتراق النفسي بل قد يترك عمله، أو على أقل تقدير توجد النية لترك العمل إن وجد عملاً مناسباً غير عمله الحالي، مما يبين الأثر الخطير للاحتراق النفسي على المجتمع كله. (سماني، 2012، ص 16).

بعد عرض مختلف النظريات المفسرة للاحتراق النفسي يتضح لنا أن هناك اختلافات بين هذه النظريات في تفسيرها لظاهرة الاحتراق النفسي وذلك تبعاً للأطر النظرية والادبيولوجية التي تتبناها هذه الأخيرة نفسية أو اجتماعية أو فسيولوجية لكن رغم ذلك فهي تتفق في أن الاعتراف النفسي ينشأ نتيجة فشل الفرد في مواجهة المواقف الطاغية واستعمال استراتيجيات غير فعالة وبالتالي ما يمكن استنتاجه هو أن جميع هذه النظريات أكدت على أن الاحتراق النفسي هو محصلة أو مخرجا سلبيا للتفاعل الدينامي بين خصائص العمل و المتغيرات الشخصية.

#### 4- أسباب الاحتراق النفسي:

وتتجلى في أسباب خاصة بالفرد والمجتمع وكذلك توجد مسببات خاصة بالعمل نذكرها في ما يلي:

##### 4-1 أسباب خاصة بالفرد:

يعتبر « فرودينبرجر, Freudenberjer » أول من استخدم تعبير الاحتراق في كتابه مدعياً بأن المخلصين والملتزمين هم الأكثر عرضة للاحتراق ومن أسباب حدوث الاحتراق على المستوى الفردي نجد:

✓ مدى واقعية الفرد في توقعاته وآماله فزيادة عدم الواقعية تحمل في طياتها مخاطر الوهم والاحتراق. (كربيع، 2010، ص 75).

✓ الأهداف المهنية: بحيث وجدت بعض البحوث أن الأفراد الراغبين في إحداث تغييرات عن طريق أعمالهم هم الأكثر عرضة لهذه الظاهرة لأنه وبمرور الوقت ومع تزايد الضغوط

- يكتشفون أنهم عاجزون عن تحقيق طموحاتهم وأنهم غير قادرين على التأثير في المنظمة وهنا يكون هذا الفرد أكثر عرضة للاحتراق النفسي.
- ✓ درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته إذا كانت مرتفعة أو منخفضة.
  - ✓ عدم شعور الفرد بالتكيف النفسي والمهني مع الآخرين.
  - ✓ ضعف استعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل وزيادة العبء.
  - ✓ الخصائص الشخصية للفرد حيث أن الشخص الانفعالي والمدمن على العمل يعتبر أكثر عرضة للاحتراق النفسي بينما الشخص الذي يأخذ العمل بهدوء هو أقل عرضة.
  - ✓ شعور الفرد بغياب الدعم في العمل ونقص الإحساس بالإنجاز المهني.
  - ✓ النجاح السابق في مهن ذات تحد لقدرات الفرد.
  - ✓ غموض الدور والرتابة والملل في العمل.
  - ✓ يحدث الاحتراق النفسي عادة عند الأفراد الذين يختارون مجالاً مهنيًا على خلفية أنه سوف يوفر لهم درجة من تحقيق الذات والإنجاز ولكنهم يصطدمون بواقع مخالف يؤدي بهم إلى الشعور بعدم الرضا الوظيفي والضغط وبالتالي الاحتراق. (هوارى، 2014، ص 37).

#### 2-4 أسباب خاصة بالمجتمع: وتتمثل فيما يلي:

- ✓ تزايد الاعتماد من طرف أفراد المجتمع على المؤسسات الاجتماعية الأمر الذي يسهم في زيادة العبء الوظيفي الذي يكون سبباً في تقديم خدمات أقل من المستوى المطلوب وهذا من شأنه أن يؤدي إلى شعور الموظف بالإحباط وبالتالي زيادة الضغط.
- ✓ التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي حدثت بالمجتمع وما ترتب عليها من مشكلات قد تؤدي إلى هذه الظاهرة.
- ✓ طبيعة التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في المجتمع التي تساعد على إيجاد بعض المؤسسات الهامشية التي لا تلقى دعماً جيداً من المجتمع، فيصبح العاملون بها أكثر عرضة للاحتراق النفسي. (منصوري، 2011، ص 57 - 56).

- #### 3-4 أسباب خاصة بالجانب المهني "إن المهنة ومتطلباتها هي الجانب البارز والبعد الأهم الذي يحدد للعامل فيها انتماءه لعمله والتزامه به وبأهدافه فظروف العمل والبيئة تسهمان في زيادة أو انخفاض حدة ضغط العمل الواقع على العامل لأن إحساسه بفشله في تحقيق أهداف العمل

وإحساسه بفشله في إشباع حاجاته الأساسية من خلال عمله سوف يقوده إلى حالة من الانخفاض المعنوي مع عدم الرضا وإصابته بالاحترق النفسي". (جنوب، 2016، ص 45 - 44).

### 5- أعراض الاحتراق النفسي:

من أهم الأعراض التي تساعد في الكشف عن حالة الاحتراق النفسي والتي توصل إليها عدد من الباحثين ما يأتي:

#### 1-5 أعراض سلوكية - :

وهي مجموعة من الأنماط السلوكية التي يقوم بها الفرد خلال حياته اليومية وأهمها:

- تغيبه المستمر عن العمل.
- تدني مستوى أدائه.
- القلق والنظر إلى الساعة بين اللحظة والأخرى.
- عدم الاهتمام بالمظهر العام. (جنوب، 2016، ص 41).
- الشكوى من العمل.
- البطء في الأداء.
- عدم الرضا.
- الانجاز المتدني.
- التعب لأقل مجهود.
- ترك المهنة. (معروف، 2013، ص 19).

#### 2-5 أعراض نفسية وانفعالية :و تتمثل في الأعراض التالية:

- الملل، عدم الثقة بالنفس، فقدان الحماسة، الغضب، والاستياء. (الصياح، 2014، ص 11).
- تدني مفهوم الذات.
- الشعور باليأس والتعاسة وانخفاض الثقة بالنفس وفقدان الذاكرة والشعور بالحزن والعجز والاكنتاب والاستياء والإحباط وحدة الطبع والغضب وفقدان روح الدعابة وإهمال الأولويات الشخصية. (الفريجات والريضي، 2010، ص 03).

ويذكر « فريدمان، Fridman » (1991) أن هذه المظاهر قد تتطور في الحالات الحرجة إلى

انهيار عصبي. (معروف، 2013، ص 19).

3-5 الأعراض الفسيولوجية الجسمية: وتتمثل في الأعراض التالية:

- ارتفاع ضغط الدم.
- آلام في الظهر.
- الإنهاك الشديد حيث يفقد الفرد حماسه ونشاطه، وقد يتحول الشعور بالإنهاك إلى مرض حقيقي .
- ضغط عام في الجسم ومنه خلل في بعض أجهزة الجسم. (باوية، 2012، ص322).
- صداع في الرأس.
- الشعور بالتعب لأقل جهد يقوم به.
- الوهن (الخمول) وغيرها من الأعراض. (الحراقي، 2009، ص92).

4-5 الأعراض العلائقية : وتتمثل في الأعراض التالية:

- الانسحاب من الأسرة.
- التقليل من أهمية الغير.
- عدم فصل المهنة عن الحياة الاجتماعية.
- الوحدة.
- فقدان المصادقية.
- فقدان القدرة على الحديث.
- علاقات لا شخصية.
- التحول من التفتح والتقبل إلى الانطواء والإنكار.
- العجز عن مواجهة أدنى المشاكل العلائقية.
- الشك وعدم الثقة في الآخرين. (طايبي، 2013، ص38).

5-5 الأعراض العقلية ( المعرفية): وتتمثل في الأعراض التالية:

- مشاكل في التركيز، الملل، صلابة التفكير، مقاومة التغيير.
- التردد في اتخاذ القرارات.
- التفكير المفرط بالعمل. (ملال، 2010، ص36).



ويؤكد « سيدولاين, Cedoline » بأنه يمكن أن نستدل على وجود الاحتراق النفسي بواسطة أعراض بارزة هي:

- 1- شعور الفرد بالإرهاك الجسمي والنفسي مما يؤدي إلى شعوره بفقدان الطاقة النفسية أو المعنوية وضعف الحيوية والنشاط وبالتالي فقدان الشعور بتقدير الذات.
  - 2- الاتجاه السلبي نحو العمل والفئة التي يقدم لها الخدمة (طلاب، مرضى، مسترشدين ) وفقدان الدافعية نحو العمل.
  - 3- النظرة السلبية للذات والإحساس باليأس والعجز والفشل. (بني أحمد، 2007، ص18).
- من خلال ما تم التوصل إليه نرى أن أعراض الاحتراق النفسي قد لا تظهر كاملة وقد تتداخل تلك الأعراض فيما بينها.

#### 6- خصائص الاحتراق النفسي:

- للاحتراق النفسي مجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:
- يمثل حالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بالمتغيرات السلبية كالتعب الدائم و التوتر.
  - يأتي كردود مباشرة لأفعال معينة وليس بسبب التطبيع الاجتماعي نتيجة للتفاعل مع الآخرين.
  - عدم الرضا الوظيفي وغياب الدافعية في العمل لا تعتبر احتراقا نفسيا إلا إذا كانت مستمرة ودائمة.
  - الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشرا لعدم الاحتراق النفسي ولكن لعدم توفر فرص عمل أخرى (علي، 2013، ص 76).

#### 7- أبعاد الاحتراق النفسي:

انطلاقا من البحوث الميدانية التي قامت بها « ماسلاش, Maslach » و زملائها فإنهم توصلوا إلى نتيجة مفادها أن ظاهرة الاحتراق النفسي له ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل فيما يلي:

#### 1-7 الإجهاد الانفعالي:

أو الاستنفاد العاطفي، ويعني فقدان الفرد للقدرة على العمل والأداء، ويكون هذا الأجهاد جسميا ونفسيا في ذات الوقت. داخليا، يشعر الفرد كأنه فارغ داخليا، فيجد أن لا قدرة لها على التجاوب مع مشاعر الآخرين و مبادلتها معهم، ويشعر بأن هذا العمل بدأ يصبح صعبا يوما بعد يوم، و بالإجهاد في

شكل تعب كبير في العمل وبأن هذا التعب لا يتحسن حتى بعد أخذ قسط من الراحة، فنلاحظ على الفرد انفجارات عاطفية مثل هجمات الغضب والعصبية، ومتاعب معرفية كصعوبة التركيز وسرعة النسيان. (زاوي، 2018، ص19).

" فهو شعور عام بالتعب ينتاب الفرد نتيجة لأعباء العمل، والمسؤوليات الكثيرة التي تلقى على عاتقها، للمستوى الذي تعجز معه عن العطاء. (الظفري و القريوتي، 2010، ص 180).

## 2-7 تبدل المشاعر:

ويشير إلى العلاقات الشخصية وفقدان الشعور الإنساني عند التعامل مع المراجعين ومعاملتهم بطريقة سلبية وقاسية. (الضمور، 2008، ص8).

## 3-7 الشعور بنقص الانجاز الشخصي:

وهذا البعد يحدث حينما يبدأ الأفراد في تقييم أنفسهم تقييما سالباً وحينما يفقدون الحماس للإنجاز وعندما يشعر العامل بأنه لم يعد كفاء في العمل مع عملائه وبعدم قدرته على الوفاء بمسؤولياته الأخرى. (الزهراني، 2008، ص16).

## 8- مؤشرات الاحتراق النفسي:

يرى « باربرا إبراهيم, Barbara Brahim » أن هناك 4 مؤشرات أولية ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الاحتراق النفسي وهذه المؤشرات هي:

- 1- الانشغال الدائم والاستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم فعندما يقع الفرد في شرك الانشغال الدائم فإنه يضحى بالحاضر وهذا يعني أن وجوده في اجتماع أو مقابلة يكون جسدياً وليس ذهنياً وعادة في مثل هذه الحالة ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون أي اتصال عاطفي مع الآخرين حيث أن الهم الوحيد الذي يشغل باله هو السرعة والعدد وليس الإتقان والاهتمام بما يبديه. (كربيع، 2010، ص77).
- 2- تأجيل الأمور السارة والأنشطة الاجتماعية من خلال إقناع الذات بأن لهذه الأمور وقتاً آخر حين يفرغ، وتستمر عملية التأجيل بحيث لا يأتي زمن من هذه الأنشطة المؤجلة ويصبح هذا التأجيل قاعدة ومعيار في حياة الفرد.

3- العيش حسب قاعدة " يجب و ينبغي " يصبح هو السائد في حياة الفرد، الأمر الذي يترتب عليه زيادة حساسية الفرد لما يظنّه الآخرون و يصبح غير قادر على إرضاء نفسه وحتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين التي تصاحب هذه القاعدة، فإنه يجد ذلك ليس بالأمر السهل عليه. (خطارة، 2018، ص50).

4- فقدان الرؤية أو المنظور بحيث يصبح كل شيء مهم وعاجل وتكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله إلى درجة يفقد فيها روح المرح و يجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات ويرتبط ذلك بما يعرف بالإدمان على العمل إذ يصبح العمل المحور الأساسي في حياة الفرد وفي مركز اهتماماته الشخصية بصورة مخلة بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والانفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل. (طايبي، 2013، ص20).

#### 9- مراحل الاحتراق النفسي:

يرى « ماتيسون Matison » وزميله ( 1978م) أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث فجأة و إنما تتضمن المراحل الآتية:

- 1-9 **مرحلة الاستغراق:** وفيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعا ولكن عند حدوث عدم اتساق بين ما هو متوقع وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الانخفاض.
- 2-9 **مرحلة التبدل:** هذه المرحلة تنمو ببطء وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجيا وتقل الكفاءة وينخفض مستوى الأداء في العمل ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية ويقل اهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة كالهوايات والاتصالات الاجتماعية وذلك لشغل أوقات فراغه.
- 3-9 **مرحلة الانفصال:** وفيها يدرك الفرد ما حدث ويبدأ في الانسحاب النفسي واعتلال الصحة البدنية والنفسية مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي.
- 4-9 **المرحلة الحرجة:** وهي أقصى مرحلة في سلسلة الاحتراق وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية سوءا وخطرا ويختل تفكير الفرد نتيجة شكوك الذات ويصل الفرد إلى مرحلة الاجتياح (الانفجار) ويفكر الفرد في ترك العمل وقد يفكر في الانتحار. (المهداوي، 2002، ص21).

من خلال ما تم عرضه نستنتج أن ظاهرة الاحتراق النفسي لا تحدث للفرد بطريقة مباشرة أو بصفة مفاجئة وإنما تتشكل عبر سلسلة من المراحل المختلفة التي يصل فيها الفرد إلى أقصى مرحلة تزداد فيها مختلف الأعراض الجسمية والنفسية التي تؤدي إلى ظهور ما يعرف بالاحتراق النفسي.

### 10- مستويات الاحتراق النفسي:

صنف « سبانيول, Spaniol » (1979) الاحتراق النفسي إلى ثلاث مستويات أرجعها إلى روتين العمل وتتمثل هذه المستويات في:

**1-10 الاحتراق النفسي المعتدل:** في هذه المرحلة نجد ظهور نوبات قصيرة من الإحباط والقلق والتعب والتهيج لكن بصورة بسيطة وصغيرة.

**2-10 الاحتراق النفسي المتوسط:** نجد في هذه المرحلة استمرار نفس الأعراض السابقة، لكن هذه المرة لمدة أطول من السابق، حيث تمتد من أسبوعين فما فوق.

**3-10 الاحتراق النفسي الشديد:** أما هذه المرحلة نجد الاحتراق النفسي قد فاق عن المرحلتين السابقتين، فنتيجة لظهور مشاعر الاحتراق النفسي المعتدل والمتوسط بصورة مستمرة، تظهر أمراض جسمية ونفسية مزمنة كالقرحة، آلام الظهر ونوبات الصداع الشديد... الخ، وهنا يصبح الاحتراق النفسي مشكلة خطيرة تحتاج إلى المساعدة في أقرب وقت. (معلوم، 2015، ص128 - 129).

من خلال ما سبق نستنتج أن الاحتراق النفسي يختلف عبر درجات متعددة فقد يكون معتدلاً أو متوسطاً أو شديداً.

### 11- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

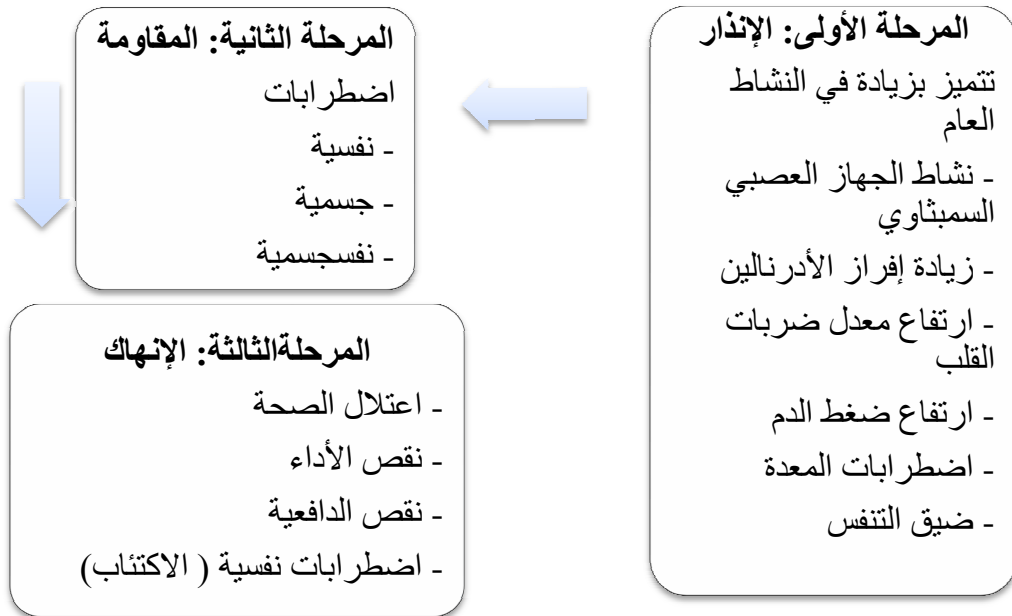
لقد ظهرت عدة نماذج نظرية لدراسة وفهم وتفسير الاحتراق النفسي ومن بين هذه النماذج ما يلي:

**1-11 نموذج زملة التكيف العام لهانز سيلبي (1956): Selye General Adaptation Syndrom (GAS)**

يعتبر « هانز سيلبي, Hans Selye » (1907 - 1982) أول من استخدم مصطلح الضغط Stress وذلك في مجال الطب والبيولوجيا عام 1926 ، وكان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوماً فسيولوجياً، ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب النفسي للمفهوم، وقدم نموذجاً أطلق عليه زملة التكيف

(GAS) وهي عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية، وتتم بثلاث مراحل هي:

- **المرحلة الأولى: رد فعل الإنذار بالخطر:** وتعد استجابة أولية للخطر، وفيها يميز الجسم مواقف الخطر، ويستعد لمواجهةها، ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة نبضات القلب، وسرعة التنفس، وتوتر النسيج العضلي.
- **المرحلة الثانية: المقاومة:** يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط، وعندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم، نتيجة الضغوط المستمرة، تظهر علامات الاستنزاف والتعب الشديدين.
- **المرحلة الثالثة: الإنهاك:** عندما تفشل أساليب المواجهة، وتتدهور المقاومة، مع استمرار الضغوط، يحدث الإنهاك، وقد تظهر بعض الاضطرابات النفسية.



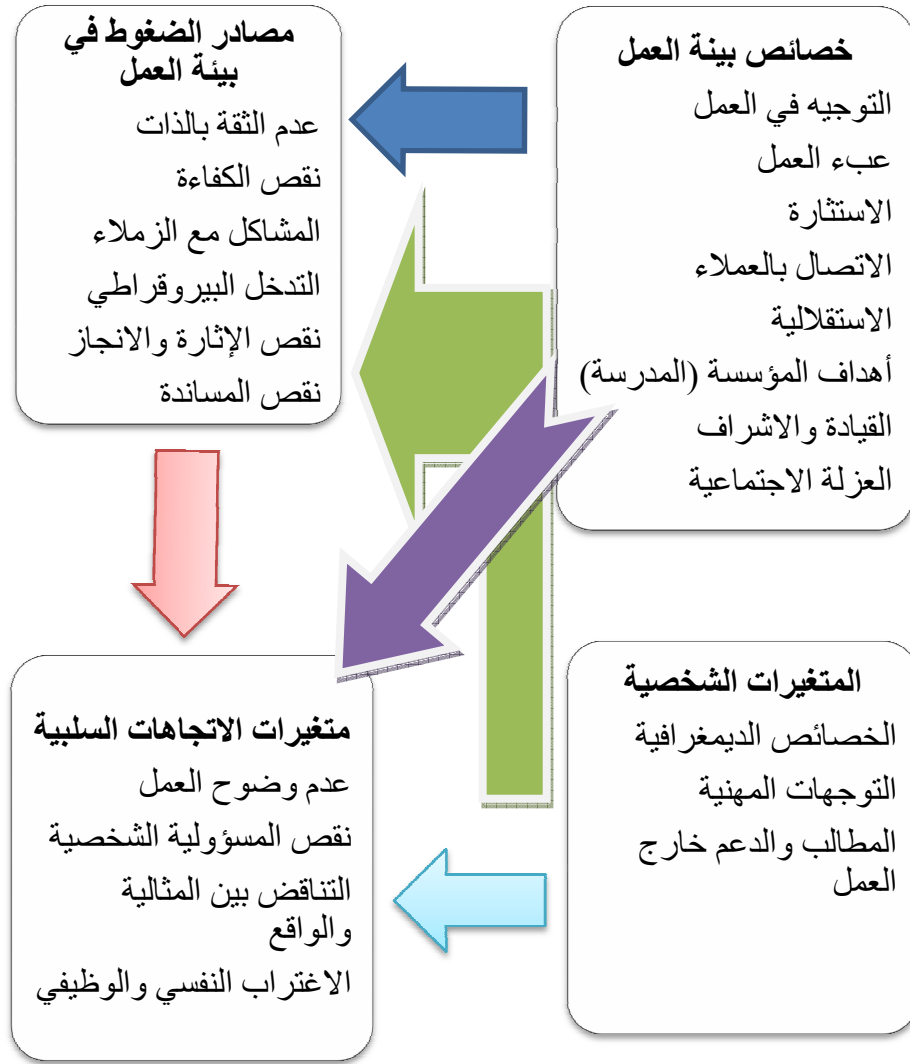
شكل رقم 01: يمثل مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نموذج سيلبي.

يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج، والناجمة عن العجز عن مواجهة الضغوط، تقترب كثيرا من أعراض الاحتراق النفسي والتي أطلق عليها سيلبي Selye في نمودجه " الإنهاك". (دريري، 2007، ص 41 - 43).

2-11 نموذج الاحتراق النفسي لشيرنس (Cherniss Model Of Burnout)

يرى « شيرنس, Cherniss » في نمودجه أن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة لتفاعل كل من خصائص بيئة العمل والمتغيرات الشخصية للمعلم، والمتمثلة في الخصائص الديموغرافية: كالعمر والنوع وكذلك توجهات المعلم نحو مهنته، هل يتقبلها أم لا، إضافة إلى المطالب والدعم خارج بيئة العمل، وكذلك نظرة المجتمع للمعلم، وللتدريس كمهنة. وعندما لا يستطيع المعلم التوافق مع بيئته المدرسية، وتتقله ضغوطها، ولا يستطيع التوافق معها، فيؤدي ذلك إلى عدم الثقة بالذات، ونقص الكفاءة، والمشاكل مع الزملاء، وغيرها، والتي تعتبر بمثابة مصادر للضغط، حيث أنه إذا حسن توافق المعلم مع بيئته المدرسية، فإنه يؤدي إلى مخرجات إيجابية، أما إذا فشل هذا التوافق، فإنه يؤدي إلى مخرجات سلبية، والمتمثلة في عدم وضوح أهداف العمل بالنسبة للمعلم، والتناقض بين الواقع والمثالية، ونقص المسؤولية الشخصية، والاعتراب النفسي والوظيفي، ونقص الاهتمام بالذات، جميع هذه المخرجات عندما يعانيها المعلم فإنه يدل على إصابته بالاحتراق النفسي.

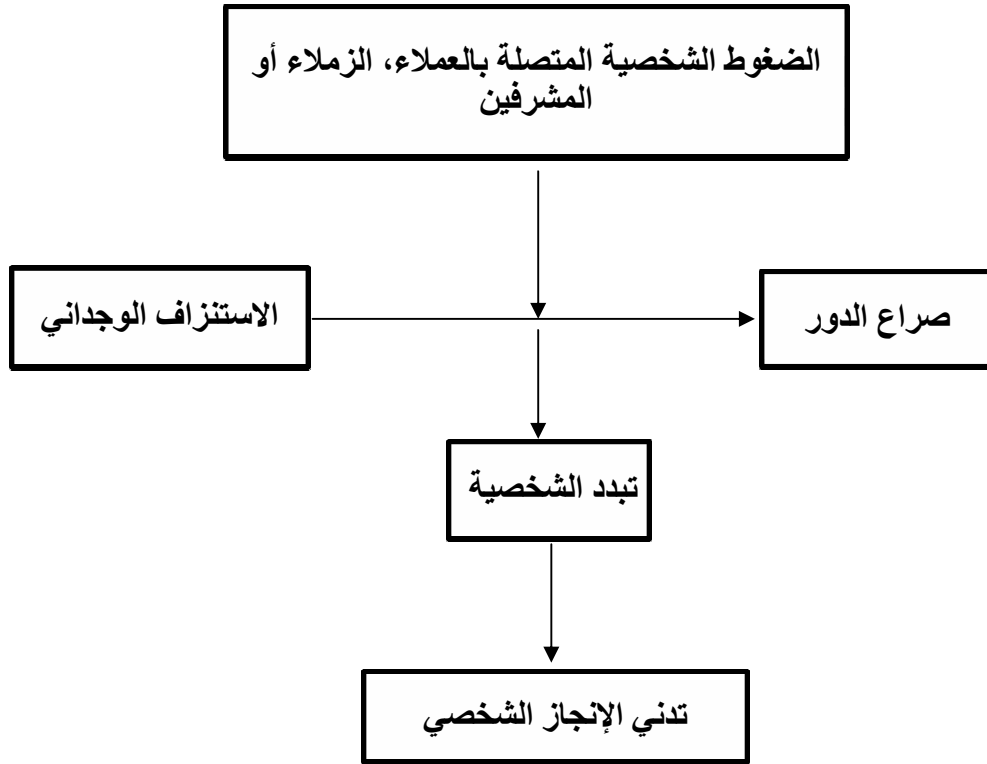
الشكل (02) يوضح نموذج شرنس، حيث اشتمل على عوامل عدة تؤدي إلى حدوث الاحتراق النفسي، حيث تناول خصائص بيئة العمل واعتبرها من العوامل المؤدية للإحساس بالضغط المهنية وبالتالي حدوث الاحتراق النفسي، كما أشار إلى أهم الضغوط المهنية وتشمل عدم الثقة بالنفس ونقص الكفاءة والمشاكل مع الزملاء، وأن العامل المؤثر في الإحساس بهذه الضغوط هو شخصية المعلم بداية من خصائصه الديموغرافية إلى أفكاره و توجهاته عن المهنة، كما أشار إلى أن خصائص بيئة العمل عندما يتفاعل معها الفرد لأول مرة فإنها تؤثر عليه، فيكون أساليب لمواجهة مشكلات بيئة العمل عن طريق الأساليب الغير فعالة، وهنا تظهر الاتجاهات السلبية كعدو وضوح أهداف العمل، ونقص المسؤولية الشخصية، والتناقض بين المثالية والواقع، والتي تؤدي بالمعلم إلى الاحتراق النفسي.



الشكل رقم 02: يمثل نموذج شيرنس للاحتراق النفسي. (الحاتمي، 2014، ص 16-17).

### 3-11 نموذج ليدر وماسلاش للاحتراق النفسي 1988:

يشير هذا النموذج إلى أن الاستنزاف الوجداني هو عنصر حتمي في عملية الاحتراق النفسي للعامل، وذلك بسبب الاتصال المباشر بالعملاء، وهذا الاستنزاف يؤدي إلى تبدد الشخصية كاستجابة للتعايش و التعامل بها مع مشاعر الاستنزاف عندما لا يتمكن الفرد من التعايش بالأشكال الأخرى لتخفيف التوتر. ويوضح الشكل التالي نموذج (ماسلاش وليتر، Maslach & Litter) للاحتراق النفسي:

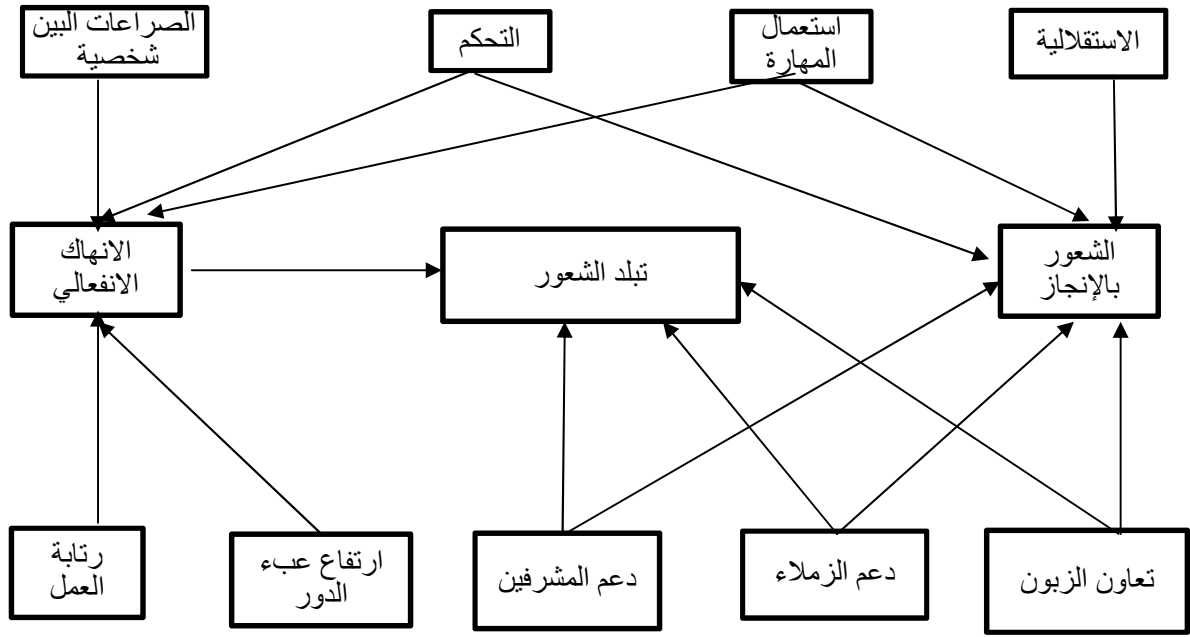


شكل رقم (03): يمثل نموذج (ماسلاش وليتر) للاحتراق النفسي.

وقد وضع « ليتر, Litter » نسخة معدلة للنموذج 1993 قائمة على قواعد مشابهة لعملية الاحتراق حيث يوضح الاحتراق النفسي على أنه، عملية تطويرية وهي « تتابع ممزوج ونموذج تنمية متوازي» والذي يتم تطوير الانجاز الشخصي المتدني و الاستنزاف الوجداني بشكل متوازي، كما يرى أن أبعاد الاحتراق النفسي تؤثر ببعضها البعض من خلال تطورها عبر الوقت، وتختلف علاقتها بالظروف المحيطة و العوامل الفردية.

وتتمثل الضغوط التنظيمية (المتطلبات) حسب « ليتر, litter » في ارتفاع عبء الدور، الصراعات في العلاقات الشخصية والرتابة، ويكون تأثير هذه الضغوط على تبدل المشاعر بطريقة غير مباشرة عبر الإنهاك الانفعالي، كما يؤدي توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل و التعاون من طرف الزبائن إلى تخفيض أثر الإنهاك الانفعالي على تبدل المشاعر وفي نفس الوقت ارتفاع الشعور بالانجاز المهني. ويوضح الشكل التالي نموذج « ليتر» عام 1993 المعدل لنموذجه مع « كريستينا ماسلاش, C. Maslach » عام (1988). (تلاي، 2017، ص 52 - 53).





شكل رقم (04): يمثل نموذج ليدر 1993 للاحتراق النفسي.

#### 4-11 نموذج شواب و آخرين للاحتراق النفسي عند المعلمين (1986) :

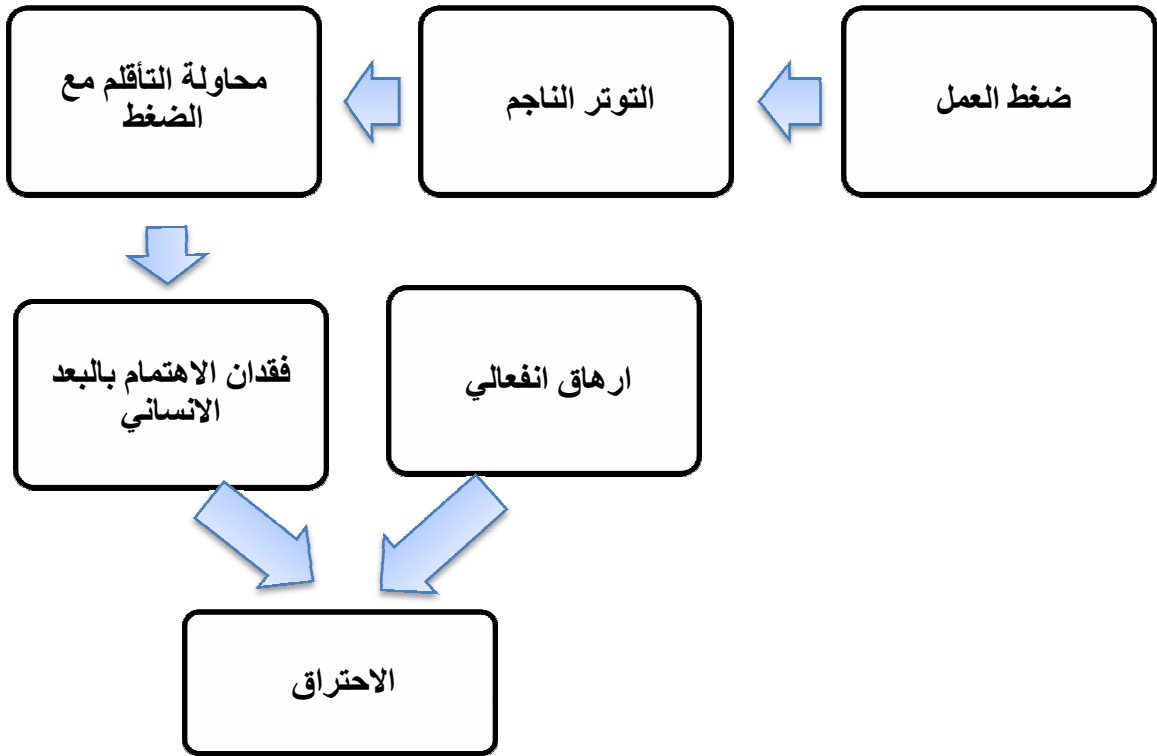
يحدد هذا النموذج مصادر الاحتراق النفسي، ومظاهره ومصاحباته السلوكية، حيث صنف مصادر أو أسباب الاحتراق النفسي إلى: أسباب تتعلق بالمدرسة، وأخرى تتعلق بشخصية المعلم، تتمثل الأولى في عدم مشاركة المعلم في اتخاذ القرارات، والتأكيد الاجتماعي الرديء، إضافة إلى صراع الدور وغموضه، أما المصادر التي ترتبط بالمعلم ذاته فتتمثل في: توقعات المعلم نحو دوره المهني، والمتغيرات الشخصية الخاصة مثل العمر، الجنس، الخبرة، المستوى التعليمي، كما أشار النموذج إلى مظاهر أو أبعاد الاحتراق النفسي والتي تتمثل في: الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر، ونقص الانجاز الشخصي للمعلم، وتناول النموذج بعد ذلك التأثيرات السلبية الناتجة عن حدوث الاحتراق النفسي، والتي يمكن أن نطلق عليها المصاحبات السلوكية الناتجة عن الإصابة بالاحتراق النفسي في: كالتعب لأقل مجهود، وزيادة معدل الغياب، وقد يصل الأمر بالمعلم إلى ترك المهنة.

على الرغم من أن النموذج قد أشار إلى الاحتراق النفسي من جوانب متعددة، وهي مصادره، وأبعاده، ومصاحباته السلوكية، إلا أنه اغفل بعض المصادر التي تؤدي إلى حدوثه، و المتعلقة بالمدرسة

نفسها مثل: الضغوط المهنية، بما فيها ظروف الراحة وظروف العمل، مدى مناسبة المرتبات للجهد المبذول، التعامل مع الزملاء والتلاميذ، الظروف الفيزيائية كثافة الفصول ومناسبة المناهج لمستوى إعداد المعلم. (سراي، 2012، ص 60 - 61).

11-5 نموذج (جاينز وجريمان، 1983):

قدم هذا النموذج ليوضح مقدمات الاحتراق النفسي ومكوناته.



شكل رقم (05): يمثل نموذج (جانير) و (جرمان) للعلاقة بين ضغط العمل والاحتراق النفسي. أشار النموذج إلى أن الضغط يؤدي إلى حدوث الاحتراق النفسي سواء كانت استجابات المعلمين للضغوط الطويلة أو قصيرة المدى، ففي كلتا الحالتين تؤدي للاحتراق النفسي، ولكن الاحتراق النفسي يرتبط بالتأثيرات السلبية للضغوط على المدى الطويل وعلى مصادر تكيف المعلم. ويوضح هذا النموذج أن ضغط العمل الناتج عن أعباء العمل يؤدي إلى حالة من استنزاف الطاقة ومحاولة الفرد التكيف معها يؤدي هذا إلى حالة فقدان الاهتمام بالبعد الإنساني في التعامل، وهما بعدان أساسيان في الاحتراق النفسي هما الإرهاق الانفعالي، وانخفاض دافعية الإنجاز.

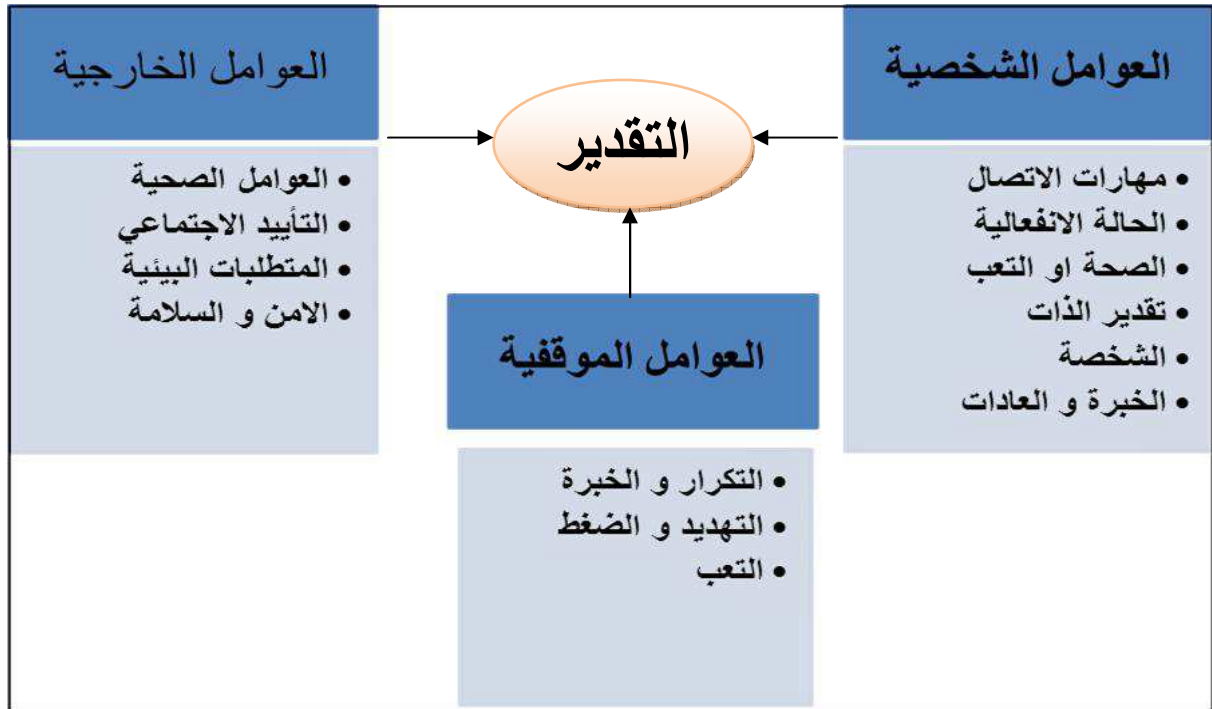
زيادة الدافع الشخصي للفرد يقلل من شعوره بالإجهاد، بمعنى كلما ارتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد، ولكن إذا ما استمرت تلك الضغوط فأنها تزيد الشعور بالإرهاق وبالتالي قلة الإنجاز الذي يولد الشعور بالاحتراق النفسي. (بن عابد، 2015، ص54 - 55).

### 6-11 نموذج التقدير المعرفي للازاروس Lazarus :

يشير « لازاروس, Lazarus » إلى أن الطريقة التي يفسر بها الفرد علاقته بالبيئة هي عبارة عن عمل عقلي، إذ أن التفكير يؤثر على الطريقة التي نشعر بها و انفعالاتنا تتأثر بالطريقة التي ندرك بها العالم، وعلى ضوء ذلك فان الانفعال يتبعه معرفة (تفكير) و العكس صحيح، و الأساس في ذلك هو التفاعل الذي يحدث بين الفرد و البيئة، كما أن هناك عمليتين تحددان المواقف الضاغطة الخاصة بالعلاقة بين الفرد و البيئة هما:

- عملية التقدير العقلي المعرفي .
- مهارات المواجهة.

و بذلك فسرت هذه النظرية الضغوط و كيفية مواجهتها بسلسلة من التقديرات العقلية و المعرفية لعمليات المواجهة . (lasarus,1981:55). و الشكل التالي يلخص هذه النظرية.



شكل رقم (06): يمثل نظرية التقدير المعرفي للضغوط. (مدوري، 2015، ص47 - 48).

مما سبق يتضح بأن ظاهرة الاحتراق النفسي استحوذت على اهتمام العديد من الدراسات والبحوث كما فسرت بعدة نماذج و تفسيرات حتى وان اختلفت فإنها تبقى مكملة و مدعمة لبعضها البعض كما أنها تشترك في نقاط أهمها أن الاحتراق النفسي عبارة عن سيرورة تتطور عبر الزمن تنشأ نتيجة لضغوط العمل المستمرة ويساعد على ظهوره وزيادة تفاقمه كل من بيئة العمل وشخصية الفرد.

## 12- قياس الاحتراق النفسي:

إن أي شخص وفي أي مهنة وعلى أي مستوى ليس في مأمن من الاحتراق النفسي، وبالتالي يمكن أن نصبح ضحايا لهذه الظاهرة، لذلك فإن كيفية قياس مستوى الاحتراق النفسي بغرض الوقاية منه وعلاجه يعد أمراً في غاية الأهمية، وهذا ما سيتم إيضاحه وذلك من خلال عرض أهم المقاييس التي تعمل على قياس هذه الظاهرة.

### 1-12 قياس ماسلاش للاحتراق النفسي: يعرف مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي (Maslach

**Burnout Inventory** باختصار (MBI) ، يتكون هذا المقياس من (22) فقرة متصلة

بشعور الفرد نحو مهنته، وموزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية، هي:

- الإجهاد الانفعالي.
- تلبد المشاعر.
- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

وهو يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، كما أنه يصلح لأغراض التشخيص والبحث العلمي، وقد استخدم في العديد من الدراسات، وترجم إلى العديد من اللغات العربية. ويعتبر من أبرز المقاييس المستخدمة لقياس ظاهرة الاحتراق النفسي فقد اعتمدت عليه العديد من الدراسات العربية والأجنبية، ومن أهم الدراسات العربية التي اعتمدت على هذا المقياس (عسكر وآخرون، 1986)، و (القصير، 1993)، و (الوابلي، 1995)، و (الوشلي، 1996).

### 2-12 مقياس سيدمان وزاجر للاحتراق النفسي للمعلمين (Burnout Seidman & Zager)

يتكون من (21) عبارة موزعة على أربعة أبعاد تقيس: عدم الرضا المهني، وانخفاض المساندة الإدارية كما يدركها المعلم، والضغوط المهنية، والاتجاه السلبي نحو التلاميذ، وتتم الإجابة على عبارات المقياس من خلال (5) مستويات تمثل الفئات التالية ( لا تتطبق إطلاقاً، لا تتطبق كثيراً، تتطبق، تتطبق

إلى حد ما، تتطبق بدرجة كبيرة، تتطبق تماما)، وقام عادل عبد الله محمد بترجمته إلى اللغة العربية عام 1999.

### 3-12 مقياس بوتير للاحتراق النفسي Potter Bornout Scale

يهدف إلى قياس مستوى الاحتراق النفسي، ويتكون من (20) عبارة، يتم الإجابة عليها من خلال مقياس متدرج من 1- 5، يمثل الفئات التالية على الترتيب (نادرا، أحيانا، غالبا، كثيرا، عادتا)، وتشير الدرجة التي يحصل عليها الفرد إلى مستوى الاحتراق النفسي لديه، ويقسم الأفراد كالتالي:

20- 40 أنت على ما يرام ولا خوف عليك.

41- 60 لا بأس عليك طالما اتخذت الاحتياطات الوقائية اللازمة.

61- 80 أنت مرشح للإصابة بالاحتراق النفسي.

81- 100 أنت تعاني من الاحتراق النفسي.

أمثلة على عبارات المقياس:

- أشعر بالتعب حتى وإن أخذت قسطا كافيا من النوم.
- أشعر غالبا بعدم الرضا والقناعة.
- أشعر بالحزن بدون سبب واضح.
- أنا كثير النسيان (الحاتمي، 2014، ص19).

### 13- آثار الاحتراق النفسي:

يشير « كنجهام, Cunningham » (1982) و « زيدان » (1998) إلى أن تبعات الاحتراق النفسي تتمثل في مجموعة من الاستجابات الفسيولوجية والنفسية، والتي تنتج عن تعرض الفرد للمستويات المرتفعة من الضغوط، والتي تعتمد بشكل كبير على إدراك الفرد وتفسيره للعالم من حوله، وعلى التعامل مع هذا العالم.

### 1-13 الاستجابة الفسيولوجية

وتتمثل التبعات الفسيولوجية للاحتراق النفسي في:

- ارتفاع ضغط الدم.

- ارتفاع معدل ضربات القلب.

- اضطرابات في المعدة.

- جفاف في الحلق.

- ضيق في التنفس.

### 13-2 الاستجابة النفسية

وتتمثل الاستجابة النفسية للاحتراق النفسي في:

#### 13-2-1 الاستجابات العقلية:

ومن أمثلة الاستجابات العقلية نقص القدرة على التركيز، واضطراب التفكير، وضعف القدرة على

التذكر، وتهويل الأحداث، وضعف القدرة على حل المشكلات، وإصدار الأحكام، واتخاذ القرارات.

#### 13-2-2 الاستجابات الانفعالية:

وتتمثل في: القلق، والغضب، والاكتئاب، والحزن، والوحدة النفسية، واستمرار الموقف يزيد انفعالات

الفرد اضطراباً.

#### 13-2-3 الاستجابات السلوكية:

وتتمثل في: العدوان، وترك المهنة، وزيادة معدل الغياب، والتعب لأقل مجهود. (جرار، 2011،

ص 34 - 35).

### 14- علاج الاحتراق النفسي:

اقترح « سونين, soinen » (1996) عدة طرق لمعالجة الاحتراق النفسي منها:

- التوقف عن إنكار المشكلة، فعلى الشخص أن يعترف بوجود ضغوط جسدية وعقلية وانفعالية.
- التخلص من التوتر اليومي، يجب على الشخص تحديد الأمور التي تزيد التوتر والضغط النفسي والعمل على إزالتها.
- تعلم قول لا، وذلك عن طريق رفض الطلبات والأعمال الإضافية التي تكون على حساب وقتك وانفعالاتك.
- تعلم مسايرة النفس، ويعني ذلك التعامل مع الحياة بشكل وسطي، حيث يتعرف الشخص إمكاناته وطاقاته، ثم يبدأ بالتوازن فيما يخص العمل والحياة الشخصية.

- العناية بالجسد، ويعني عدم تجاهل وجبات الطعام أو إجهاد الجسد بالحميات القاسية أو تجاهل أوقات النوم.
- التخلص من القلق والخوف، وذلك بتقليل الوقت المخصص للقلق والاكتئاب والانتفاف إلى الحاجات الحقيقية.
- المحافظة على روح الدعابة، حيث الأشخاص المرحين أقل تعرضا للاحتراق النفسي. (الضمور، 2088، ص 15 - 16).

### خلاصة الفصل

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل يمكن القول أن الاحتراق النفسي كظاهرة سيكولوجية سلبية نجدها بكثرة في مجال المهن الإنسانية الاجتماعية التي تقدم خدمات مختلفة تحدث نتيجة عدة عوامل وأسباب محيطة بالأفراد أو مرتبطة بالفرد ذاته، والاحتراق النفسي يترك آثار وأعراض فسيولوجية ونفسية على شخصية الفرد المحترق لذا لا بد عليه من العمل على إزالة العقبات والمشكلات التي تؤدي به إلى الشعور بفقدان الراحة النفسية اللازمة لتخطي ضغوط الحياة المختلفة وبالتالي التخفيف من حتمية الإصابة بالاحتراق النفسي.



## الفصل الثاني: التوحد

### تمهيد

- 1- تعريف التوحد.
- 2- التطور التاريخي المتعلق بالدراسات حول التوحد.
- 3- أسباب التوحد.
- 4- أعراض التوحد.
- 5- نسبة انتشار التوحد.
- 6- خصائص التوحد.
- 7- أشكال التوحد.
- 8- تشخيص التوحد.
- 9- التشخيص الفارقي بين التوحد وبعض الاضطرابات الأخرى.
- 10- طرق التكفل بأطفال التوحد.

### خلاصة الفصل

### تمهيد:

يعد التوحد Autisme من الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي وأيضاً على العلاقات الاجتماعية ويظهر أعراضه من الأشهر الأولى من النمو ويعتبر التوحد من الاضطرابات التي مازالت مبهمة وتنطوي على العديد من الغموض من حيث التحديد الدقيق للعوامل المسببة راجع لتشابه أعراضه مع اضطرابات أخرى وتباين أعراضه من طفل لآخر، وفي هذا الفصل سنلقي الضوء على هذا الاضطراب بشكل مفصل.

## 1-تعريف التوحد

لقد تعددت وتنوعت تعريفات التوحد لتعدد النظريات و الأبحاث العلمية التي تتحدث عن هذا الاضطراب من معايير متنوعة.

فقد عرف القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين **Individuals With Disabilities Education Act (IDEA)** التوحد بأنه عبارة عن إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية. (عصفور، 2012 ص26).

وعرفت منظمة الصحة العالمية التوحد عام 1982 التوحد على أنه اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث سنوات ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي. (المصدر، 2015، ص13).

بينما ترى الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (1987م) التوحد بأنه نوع من الاضطرابات النمائية تظهر لدى الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره، وتكون نتيجة اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف المخ، وتؤدي إلى الاضطرابات التالية:

اضطرابات في سرعة أو تتابع النمو.

اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات.

اضطرابات في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

اضطرابات في الانتماء والتعلق بالناس والأحداث والموضوعات. (القرشي، 2012، ص323).

أما مجلس البحث الوطني الأمريكي (National Research Council, 2001) فيعرف التوحد على أنه طيف من الاضطرابات المتنوعة في الشدة والأعراض والعمر عند الإصابة وعلاقته

بالاضطرابات الأخرى (التخلف العقلي، تأخر اللغة المحدد والصرع) وتتنوع أعراض التوحد بين الأطفال وضمن الطفل بنفسه بمرور الزمن فلا يوجد سلوك منفرد بشكل دائم للتوحد ولا يوجد سلوك يستثني تلقائياً الطفل من تشخيص التوحد حتى مع وجود تشابهات قوية خصوصاً في العيوب الاجتماعية. (الزريقات، 2010، ص34-35).

كما عرفت الجمعية الأمريكية **Autism Society of America (2009)** التوحد على أنه نوع من الاضطرابات النمائية التطورية المركبة المعقدة **Complex Developmental Disability** والذي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل و ينتج عنه اضطرابات عصبية تؤثر في وظائف الدماغ و تظهر على شكل مشكلات في عدة جوانب مثل: التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي و نشاطات اللعب وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من استجابتهم إلى الأشخاص و يضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير جديد في بيئتهم و دائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة والمهم هو البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين. (الزراع، 2014، ص30).

بينما عرفه « ليوكارنر, **Leo Kanner** » (1943) على أنه حالة من العزلة و الانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم. (محمد، 2018، ص58).

وأشار « كريك, **Creak** » (1961) إلى أن التوحد حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى وانه يعاني اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية و لديه خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية و لديه عجز شديد في استعمال اللغة تطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغييرات في بيئته. (العبادي، 2006، ص13).

في حين عرف « وولف **Wolf** » الأطفال التوحديين بأنهم أطفال ينقصهم الاتصال الانفعالي والاتصال اللغوي مع شذوذ في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لمل يسمعون إضافة على شذوذ في اللعب التخيلي والنمطية والتقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة. (غزال، 2012، ص56).

إضافة إلى ذلك يرى « كوزييه ، سيزن وآخرون Kose, Sezen ; et al. » (2013) إلى أن التوحد اضطرابات نمائي عصبي وله تأثير على مجالات النمو المتعددة، والأطفال ذوو اضطراب التوحد لديهم مشكلات تتعلق بالصحة النفسية والاجتماعية والعاطفية تظهر في قصور المهارات الاجتماعية والتواصل والسلوكيات النمطية والعدوانية تجاه الآخرين وتؤدي إلى قصور التكيف الاجتماعي وتظهر لديهم معدلات أكبر من الاكتئاب والإجهاد والقلق وضعف الصحة البدنية واضطراب النوم ومشكلات الجهاز الهضمي والحساسية. (فؤاد وسليمان، 2020، ص61).

كما حدد مصطلح **التوحد Autistic** في معجم علم النفس بأنه المتجه نحو الذات أما في موسوعة علم النفس فحدد Autistic بأنه المتوحد أو الاجتراري أو الذاتوي أما الدكتور علي كمال فقد حدد في كتابه النفس وانفعالاتها وأمراضها وعلاجها ال Autism بالانكفاء. (مجيد، 2010، ص24).

أيضا عرف **الطفل التوحدي بأنه** : ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، والاستغراق بالتفكير مع ضعف في الانتباه وضعف في القدرة على التواصل مع الآخرين كما يتميز بنشاط حركي زائد ونمو لغوي. (سليم، 2011، ص221).

من خلال ما تم عرضه سابقا نستنتج بأنه رغم التعدد والتنوع الظاهر في تعريف العلماء والباحثين للتوحد إلا أن معظم التعريفات اتفقت على أن التوحد اضطراب نمائي يؤثر على التواصل والتفاعل الاجتماعي للطفل والذي يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل إذ أن العجز يلمس ثلاث مجالات أساسية وهي: الاتصال بشقيه اللفظي وغير اللفظي، قصور في التفاعل الاجتماعي و التطور الحسي بالإضافة إلى اهتمامه بالنشاطات النمطية المتكررة. كل هذا نتيجة الخلل العصبي الموجود بالجهاز العصبي المركزي للطفل التوحدي.

## 2-التطور التاريخي المتعلق بالدراسات حول التوحد

يعتبر موضوع التوحد موضوعا أثار اهتمام الكثيرين منذ القدم، إذ تشير الروايات و السجلات القديمة إلى وجود أشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ، وقد وصف هؤلاء الأشخاص الذين يظهرون أعراض التوحد على أنهم ضعيفي الطفل، أو سحرة، أشخاص متوحشين، أو مجانين، أو أنهم أشخاص تحكمهم الشياطين وتستحوذ عليهم. ويعد « موزدلي Maudsly » أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام (1867)، وكان يعدها

ذهانات. إلا أن تسمية التوحد كانت من طرف الطبيب النفسي « **Blouler. A** أيجون بلولر » السويسري سنة (1911) ، وقد استنبط عبارة التوحد من اليونانية " أي موضع وتعني بالفرنسية "Autos" أي ذاتي، و ismos للدلالة على الانطواء على الذات الذي لاحظته « **Blouler, بلولر** » عند بعض الأفراد أثناء دراسة التي كان يجريها حول انفصام الشخصية وقد أطلق التسمية الأولى **Autoérotisme** ولاستبعاد المفهوم الجنسي المستخدم من قبل « **فرويد** » فقد أصبحت التسمية (Autism) وقد وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات. ويرى أنه حركة العملية المعرفية اتجاه إشباع الحاجات. وقد اعتبر التوحد آنذاك من بين الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة إذ سمي بالذهان الذاتي أو الذاتية الطفلية المبكرة.

وفي سنة 1943 أتي « **ليو كانر, Léo Kanner** » وهو طبيب نفسي أمريكي ومؤلف كتاب "طب نفس الطفل" عام (1935) والذي أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة، وذلك عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا، إذ كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح : اضطراب الذاتية الطفولية **Early infantile autism**، إذ لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات وابتعادهم عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع الميراث التي تحيط بهم وقد نشرت ملاحظات **كانر** في صفحة تصف أعراض التوحد، حيث أثارت هذه الصفحة اهتماما كبيرا وملحوظا والتي كانت البداية لدراسة أعراض وحالات التوحد، حيث تتابعت البحوث والدراسات في استخدامه كمحاولة لإجلاء الغموض عنه.

هذا ويمكننا تقسيم مراحل دراسة اضطراب التوحد إلى ثلاث مراحل على النحو التالي:

### المرحلة الأولى:

من أهم رواد هذه المرحلة الذين ساهموا بمجهوداتهم سواء من خلال القيام بدراسات أو كتابة تقارير: « **ايزنبرج ليون, Eisbenberg** » (1959) ، « **ليو كانر, Kanner** » (1943) ، « **هانز اسبيرجر, Hans Eisperger** » (1953)

ويطلق على هذه المرحلة مرحلة الدراسات الوصفية الأولى وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينات وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين، وأثر الاضطراب على السلوك بصفة عامة، حيث اهتمت

تلك الدراسات بالأطفال ذوى التوحد المبكر حيث كان يشخص التوحد على أنه أحد ذهانات الطفولة المبكرة، وقد أدى تحليل نتائج هذه الدراسات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد، إلا أنه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستجابات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل.

### المرحلة الثانية:

كانت هذه المرحلة امتداد للمرحلة الأولى، ففي هذه الفترة يقرر أحد الباحثين هو « فيكتور لوتر » **Victor Lotter (1978)** أن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للأثار الناجمة عن التوحد، كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب.

ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة: « مايكل روتر **Michael Rotter** » (1960)، « ميتلر **Mittler** » (1966)

ويمكن أن نستخلص ثلاث ملاحظات أساسية من دراسات هذه المرحلة ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالت الذاتية وهي:

\_ التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث أن الاستخدام الجيد والواضح للغة لدى الأطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.

\_ النظر في مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل المهمة التي يمكن أن تستخدم كمؤشر يعتمد عليه، حيث أن الأطفال الذاتويين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء أو الذين كانت درجاتهم منخفضة ممن تقل نسبة ذكائهم عن 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.

\_ القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات التوحد.

ونذكر على سبيل المثال دراسة « مايكل روتر **Michael Rotter** » (1960) حيث تم في هذا البحث دراسة تفصيلية لعدد 63 فرد تم تشخيص حالتهم على أنها حالات توحد في مستشفى مود سلي

لندن، ومن متابعة 38 فرد من أفراد هذه المجموعة تتراوح أعمارهم ما بين 16 عام أو أكثر وجد أن عدد 02 منهم مازال في المدرسة، بالإضافة إلى 03 فقط هم الذين استطاعوا الحصول على عمل بأجر أكثر من نصف أفراد العينة كان نزيفاً لفترات طويلة في المستشفى ومازال 07 يعيشون مع آبائهم بالإضافة إلى 04 يذهبون للمراكز اليومية ولاحظ « روتر » أثناء هذه الدراسة أنه على الأقل يوجد بعض الأفراد الذين يعيشون في منازلهم أو في تجمعات مخصصة لهم من الممكن أن يكونوا قادرين على العمل في مكان آمن مع توفر التدريب الجيد.

وفي نفس الوقت أظهرت نتائج دراسة « فكتور لوتر, Victor Lotter » (1974) نفس الملاحظات وأكدت على أهمية التطور المبكر للغة وكذلك مقدار انخفاض القدرات العقلية والأخرى القابلة للتعلم ومحاولة التدريب.

### المرحلة الثالثة:

ويشار إليها في أدبيات البحث العلمي في ميدان علم النفس والتربية الخاصة و بالتحديد في مجل اضطراب التوحد بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات موضوع التوحد، واستغرقت هذه الدراسات عقد الثمانينات وبداية التسعينات، ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة: «شينج ولي, Change And Lee » (1990) ، « كوباياشي, Kobayshi » (1992)

أهم ملاحظة يمكن أن نلاحظها أن هذه المرحلة لا تزال مستمرة حتى الآن، حيث أن الدراسات في الفترات المؤخرة قد ركزت على الخصوص على ما يلي:

\_ أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين خاصة في مرحلة الطفولة.

\_ إن مجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الإدراكية و اللغوية الجيدة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد بدون التدخل المتخصص من أجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل: العمليات الحسابية أو الموسيقى.

\_ إن المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة أكثر تنظيماً وموضوعية من الدراسة السابقة لها، وعلى ذلك فقد توصلت هذه الدراسات اللاحقة إلى نتائج على درجة من الأهمية لم تتطرق إليها الدراسات السابقة.



\_ إن عددا من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الأطفال التوحديين ذوي القدرات العقلية ذات المستوى المرتفع نسبيا، وبالتالي كان من المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسات أكثر ايجابية لو قمنا بمقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

\_ إن وسائل التشخيص و من ثم نتائج التقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكرا تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، و من ثم تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسة سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة عليه وفقا لاختلاف الأدوات المستخدمة و أماكن الدراسات والخلفية الثقافية و الاجتماعية لأفراد عينة كل دراسة على حدة.

\_ إن الملاحظ أن مجمل الدراسات كانت وصفية وغير دقيقة إلى حد ما، ذلك لاهتمامها ببعض السلوكات المحدودة وبعض الاتجاهات المحدودة في جميع المعلومات مثل تقارير الإباء عن مدى كفاءة أبنائهم في القيام بأدوارهم، بالإضافة إلى أساليب تشخيص حالات الذاتوية في المراحل المبكرة لاكتشاف زملة إعراضها لم تكن مرضية دائما. (براجل، 2017، ص96-100).

### 3-أسباب التوحد

لم يصل العلماء والباحثون بعد إلى سبب أكيد يمكن الاستناد إليه حتى الآن، فهذا المرض لا يزال مجال البحث والدراسة متعددة الأسباب ولا نستطيع القول بأنه مرض وراثي لأنه أيضاً يرتبط بالعامل البيئي، فقد يكون الطفل حاملاً (الجين) المسبب للمرض ثم لم يتعرض لبيئة مواتية لنشاطه فلا تظهر أعراض المرض، كما أن التوحد يرتبط بعدد من الجينات وليس جيناً واحداً. وفيما يلي عرض للأسباب التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب التوحد:

#### 3-1 الأسباب الجينية الوراثية:

الاضطرابات الجينية يمكن وراثتها من الوالدين، لأن أحدهما أو كليهما يحمل الجينية المسؤولة عن ذلك الاضطراب، ولكن في أحيان قد تحدث اضطرابات جينية لا يحمل جيناتها أي من الوالدين، ولكنها تحدث نتيجة لوقوع اضطراب ما أثناء عملية الازدواج بين كروموسومات الأب و الأم، الأمر الذي قد يؤدي إما إلى زيادة في عدد الكروموسومات أو نقصها، أو أن يقلب بعضها، أو أن تحذف أجزاء منها. ويؤدي هذا الخلل إلى عدد كبير من الاضطرابات المختلفة تبعا للكروموسوم، أو الجينة المصابة، وعليه فإن الاضطرابات الجينية ليست بالضرورة اضطرابات وراثية. (حسن، 2016، ص15-16).

وقد لخص « هيويز, Hyoze » مجموعة من الدراسات الحديثة في مجال الكروموسومات في التوحد بقوله إن العديد من الكروموسومات يحتمل أن تكون متسببة في الإصابة بالتوحد وبشكل خاص الكروموسوم (15-17) ومن الواضح حتى الآن أن سبب التوحد هو خلل وشذوذ كروموسومي وقد تحفظ الظاهر على نتائج دراسة « روتر » وآخرون (1997) التي أنكروا فيها وجود علاقة بين الكروموسومات وحالات التوحد، حيث درسوا العديد من حالات التوحد ولم يكن لديهم أي خلل كروموسومي وأضافوا أن حالات التوحد المرتبطة باختلالات جينية لا تتعدى نسبة 4-5% وهي نسبة قليلة.

بينما ذكر « روتر, Rotter » في دراسته (2005). أن نسبة إصابة كلا التوأمين بالتوحد في حال ظهوره في أحدهما تصل إلى 60% في حالة التوائم المتشابهة مقابل (5%) في التوائم غير المتشابهة، وهذا يظهر أن نسبة الوراثة في الإصابة بالتوحد عالية جداً، وأضاف إلى أن العائلة التي يوجد فيها مصاب بالتوحد تكون نسبة انتشار هذا الاضطراب فيها 6% مقابل 0,5% في سائر المجتمع. وأن اضطراب التوحد ربما يكون اضطراباً جينياً وراثياً أو أن سببه تغيرات مفاجئة في الجينات والكروموسومات نتيجة عوامل بيئية، ولكن نتائج الدراسات الحالية غير كافية حتى الآن للقطع في كونه السبب الرئيسي للتوحد. (اللالا. وآخرون، 2011، ص401-402).

### 2-3 الأسباب البيئية:

وهي الظروف التي تحدث أثناء فترة الحمل وأثناء الولادة، أو بعد الولادة الناتجة عن ثقافة خاطئة والجهل والفقر وسوء التغذية كلها عوامل قد تساهم في حدوث الإعاقة.

### 1-2-3 ما قبل الولادة

- ✓ تعرض الأم الحامل لحالات النزيف أو حقنها بتطعيم الحصبة الألمانية مما قد يتسبب في ولادة الطفل التوحدي. (سليمان، 2004، ص69-70).
- ✓ تعرض الأم الحامل لأشعة اكس (x) خلال الثلاث الأشهر الأولى التي تجرى على حوض و بطن الأم. (مصطفى والشربيني، 2011، ص47).
- ✓ قصور في وظائف الجهاز الهضمي الذي يؤدي إلى عدم امتصاص العناصر النشوية.
- ✓ تعاطي الأم الأدوية وعقاقير طبية أثناء فترة الحمل دون استشارة الطبيب. (إبراهيم، 2020، ص35-36).
- ✓ إفراط الحامل في التدخين أو تناول المخدرات والكحول سبب لظهور التشوهات.

✓ حمل الأم بعد سن الخامسة والثلاثين يزيد احتمال ولادة طفل غير طبيعي. (السعيد، 2017، ص 392-393).

### 3-2-2 أثناء الولادة:

✓ الولادة العسيرة تؤدي إلى نقص الأكسجين على الجنين أو جفاف السائل الأمينوسي ما يترتب عنه عدة أمراض تزيد من احتمالية ولادة طفل توحيدي. (سليمان، 2004، ص 69-70).

✓ إصابة الرضيع ببعض الأدوات الطبية الحادة أو سقوط الرضيع أثناء الولادة.

✓ استخدام المشابك الطبية أثناء الولادات العسيرة مما يتولد عنه إصابة على مستوى العنق والرأس.

✓ سحب الجنين بسبب وضعه غير الطبيعي أثناء الولادة أو اختناقه بالحبل السري الذي يسبب له نقص الأكسجين.

✓ تسرب المادة السوداء من البطن إلى السائل المحيط بالجنين أثناء الولادة. (عصفور، 2012، ص 34).

✓ تعدد ظروف الحمل والولادة إذ تعد عسر الولادة أي المشكلات المصاحبة للولادة وتأخرها وغير ذلك من الأسباب المرافقة لعملية التوليد من أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد. (توام، 2019، ص 19).

### ❖ متلازمة التشوهات الولادية:

✓ التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.

✓ التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.

✓ تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل.

✓ السمنة واصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.

✓ الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.

✓ نقص الأكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.

✓ إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى فالأم قبل الولادة أو أثناءها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها وبالتالي وجود إمكانية إصابته باضطراب التوحد. (محمد، 2018، ص70 - 71).

### 3-2-3 بعد الولادة

✓ تلوث البيئة خاصة في التجمعات السكانية في مناطق تكثر فيها مخلفات كيميائية أو مصافي البترول أو حدائق كبرى.

✓ سوء التغذية ونقص بعض العناصر الأساسية من الطعام يسبب بعض التشوهات. (السعيد، 2017، ص392 - 393).

مما سبق يتضح لنا أنه ليس هناك سبب واضح ومحدد لاضطراب التوحد إلى حد الآن، وأن هناك أسباب مختلفة ومتعددة حول هذا الاضطراب ، فقد يكون التوحد طبيعيا، أو يرجع إلى عدة أسباب وعوامل مجتمعة وليس لسبب واحد، وقد يكون نتيجة أسباب متفاعلة لم تكتشف.

### 4- أعراض التوحد

يتسم اضطراب التوحد بمجموعة من الأعراض التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص وتتمثل هذه الأعراض في ما يلي:

#### 1-4 ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث إن الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقى الحب والعطف من هم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من احد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس، ويضيف كلا من « محمد خطاب » (2005)، « كمال زيتون » (2003) أن الطفل التوحدي يعاني من الوحدة الشديدة، وعدم الاستجابة للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، وميله الدائم للتوحد بعيدا عن هم، ومقاومته لمحاولات التقرب منه أو معانفته.

وتشير « سوسن الحلبي» (2005) أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

#### 1-1-4 التجنب الاجتماعي Socially Avoidant : يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل

الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

#### 2-1-4 اللامبالاة الاجتماعية Socially in different : وصف أطفال التوحد بأنهم غير

مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

#### 3-1-4 الإرباك الاجتماعي Socially awkward : يعاني أطفال التوحد من صعوبة في

الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي. (بيومي، 2008، ص14).

#### 2-4 القصور اللغوي:

يعاني الأطفال ذوو اضطراب التوحد من أوجه قصور لغوية عديدة حيث نجد أن حوالي 50% منهم على الأقل لا تنمو لديهم اللغة، ولا يستطيعون استخدامها دون تدريب، وبالتالي فإنهم يعانون من قصور في اللغة التعبيرية، ويقومون بالترديد المرضى للكلمات التي يتم النطق بها أمامهم، ويواجهون مشكلات جمة في التواصل، وفي فهم التواصل الاجتماعي.

وعلى الرغم من أن بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد يظلون بدون كلام، إلا أن بعضهم الآخر يستطيع أن يكتسب اللغة، ولكن معظمهم يظهرون بعض المشكلات الخاصة باللغة، ومن هذه المشكلات الآتي:

#### 1-2-4 التكرار المرضى للكلام: Echolalia

يعد تكرار الكلام أحد الصيغ الكلامية غير الملائمة، والأكثر شيوعاً بين الأفراد ذوي اضطراب التوحد، و يعرف جابر عبد الحميد و علاء الدين كفاقي المصاداة بأنها تكرار آلي للكلمات والجمل المنطوقة من جانب شخص آخر.

#### 2-2-4 قلب الضمائر: Pronouns Reversal

حيث يشير الطفل ذوى اضطراب التوحد لنفسه بضمير المخاطب أو الغائب، بينما يتحدث عن الآخرين ويشير إليهم بضمير المتحدث، وهكذا يشير الطفل لنفسه بكلمة "أنت" ويشير إلى شخص آخر بكلمة "أنا". (محمد والعنزي، 2020، ص286).

#### 3-4 السلوكيات والنشاطات والاهتمامات:

- ويشمل السلوكيات النمطية المتكررة و النشاطات والاهتمامات المحدودة والمحددة والتي تشمل:
- أي تغيير في المحيط الذي تعود عليه الطفل مثل: نقل أثاث في غرفته أو تغيير عادة متكررة لديه.
- ألعاب متكررة و خالية من أي خيال أو إبداع (**faire semblant**).
- لديه تعلق شديد وغريب ببعض الأشياء ( ورقة، خيط، علبة... ) حيث يحتفظ بها في كل وقت ويحتج بشدة إذا حاولنا نزعها منه.
- حركات غريبة ومتكرر (**Stéréotypies**) مثل تدوير اليدين أو ضربهما مع بعضهما وكأنها أشياء لا تنسب إلى جسمه.
- يشير الباحثون إلى نوعين من التصرفات فبعضى جامد لا يتحرك ، يبقى في مكان منعزل يقوم بنمطيته وإذا أوقفنا هذه النمطيات ثار قلق ضخم متفجر و الصنف الثاني في حركة دائمة يلمسون كل شيء ، هذا لا يعني أنهم يهتمون أكثر من الصنف الأول بالمحيط الخارجي وهنا أيضا إن أوقفنا حركتهم ثاروا و انفجر انفعالهم وعدوانهم.(عزاز، 2011، ص42- 43).

#### 4-4 القصور الحسي:

يقصد به القصور في استخدام الحواس مثل السمع والبصر، والشم، والتذوق... إلخ ; حيث يعتمد الأطفال ذوو اضطراب التوحد في استكشافهم للعالم علي حواسهم المختلفة وإن كانوا يميلون إلي الطعم والروائح الكريهة وأنهم يستمتعون بالألعاب التي فيها تلامس جسدي علي الرغم من أنهم في الغالب لا يحبون أن يلمسهم احد. (أحمد، 2018، ص306).

#### 4-5 القصور المعرفي وتدني الأداء الوظيفي والقدرات العقلية:

أوضحت مختلف الدراسات في هذا المجال أن الأطفال التوحديين منهم 75% يعانون من مستوى وظيفي منخفض و بالمقابل نجد أن 25% من التوحديين يتمتعون بمستوى وظيفي مرتفع ويمكن القول أن ابرز الأعراض الملاحظة على الأفراد المصابين باضطراب التوحد ما يلي:

- 1- صعوبة الاتصال و التعامل مع الآخرين.
- 2- الاستجابات غير المناسبة للمنبهات الحسية البيئية.
- 3- مهارات حركية مشوشة أو غير متناغمة و غير متناسقة.
- 4- افتقار النظر للإنسان الآخر أو عدم النظر إلى المتحدث.
- 5- إبداء ثورات من الغضب أو الهيجان بدون مبرر أو سبب واضح.
- 6- ميول سلبية أو غير عادية نحو الناس و الأشياء.
- 7- تكرار مفردات و جمل بدون معنى أو مناسبة للموضوع.
- 8- تكرار حركات جسمية بصفة تلقائية. (شليحي، 2011، ص70).

من خلال ما تناولناه سابقا نستنتج بأن التوحد متعدد الصور ويختلف من طفل لآخر وأعراضه متباينة في شدتها وذلك بغض النظر عن سن الأطفال عند التشخيص لذلك فإن الأطفال التوحديين لا يظهرون نفس الأعراض دائما بل إن أعراض التوحد تتفاوت من طفل لآخر كما أنها تتفاوت في الطفل نفسه.

#### 5-نسبة انتشار التوحد

يحدث اضطراب التوحد بمعدل 4 مرات أكثر في الذكور من الإناث ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهوره عند الذكور أكثر من الإناث، ولكن أثبتت الأبحاث أن في حالة إصابة الإناث تكون إعاقتهم أكثر صعوبة وخطرا وتكون درجة ذكائهم منخفضة جدا عن الذكور الذين في مثل حالتهم. (غزال، 2012، ص61).

تشير تقارير معهد أبحاث التوحد إلى أن هذا المرض بدأ ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا، حيث أصبح 60 حالة في عشرة (10) آلاف طفل من عمر 5- 11 سنة وتعتبر هذه نسبة عالية عما كان معروفا سابقا وهو 5 حالات في كل عشرة (10) آلاف طفل، كما لاحظت دراسات عديدة التسارع في عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

ففي أمريكا كان معدل انتشار التوحد عام 1970 حالة واحدة بين كل 2500 شخص وفي عام 1999 ارتفع الرقم إلى حالة واحدة لكل 280 ، وفي عام 2007 كانت حالة واحدة في 160 طفلاً، وفي عام 2009 حالة واحدة في كل 91 طفلاً وفي عام 2013 حالة في كل 88 طفلاً، وفي عام 2014 حالة واحدة لكل 68 طفل وفي عام 2018 حالة واحدة لكل 59 طفلاً. (إبراهيم، 2020، ص29).

هناك عدد من الدراسات التي أجريت في اليابان. استخدمت فيها تقنيات ومعايير تشخيصية متنوعة وتبين أن معدل حدوث الاضطرابات قد بلغ 16 حالة لكل عشرة (10) آلاف طفلاً من هؤلاء المفحوصين كانت أعمارهم دون 36 شهراً وكان عشرون (20) طفلاً من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى بلغت أعمارهم بين 3 و 6 سنوات. (عبد الله، 2001، ص17).ذ.

وفي أوروبا بشكل عام تشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة حدوث التوحد إلى 3 - 4 حالات لكل عشرة آلاف (10) ولادة ومع ذلك فإن نسبة انتشار الإصابة في السويد تقدر بحوالي سبع حالات لكل عشرة (10) آلاف ولادة وترتفع في إنجلترا لتصل إلى حوالي عشرين حالة لكل عشرة (10) آلاف ولادة. (الشامي، 2004، ص50).

فهناك من يقدر عدد أطفال التوحد في مصر بأنه يتراوح بين مائة إلى مائتين ألف (100- 200) طفل وهو يفوق بكثير نسب الانتشار في الدول المتقدمة، أما في المملكة السعودية فيقدر البعض عدد أطفال التوحد بحوالي ستة آلاف طفل، في حين رأى البعض الآخر خلال الدورة التدريبية التي أعتها الجمعية السعودية للتوحد في مدينة الملك فهد الطبية في الرياض في مايو 2010 م. أن التوحد من أكثر الإعاقات النمائية شيوعاً في المملكة و أن عدد المصابين به يصل إلى مائة ألف حالة.

وخلاصة القول أنه عندما اكتشف المرض في أربعينيات القرن الماضي كان معدل الانتشار هو واحد إلى كل عشرة آلاف طفل، وفي الثمانينات أصبح واحد إلى مائة وسبعين والآن أصبح واحد إلى مائة وعشرة وعموماً يعني أن معدل الإصابة ارتفع منذ أول مرة لاكتشافه إلى مئة ضعف كذلك فإن كمتوسط عام باختلاف الدراسات والمجتمعات، فإن نسبة انتشار التوحد حالياً تتراوح بين 5- 20 في كل عشرة (10) آلاف حالة. (العسكر، 2011، ص69 - 70).



## 6- خصائص التوحد

### 1-6 الخصائص الاجتماعية:

- معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من القصور الاجتماعي، والذي يعد مشكلة رئيسية لهم داخل الأسرة والمجتمع، حيث إن نقص المهارات الاجتماعية لديهم يقلل من تفاعلهم مع أقرانهم، سواء في مثل حالاتهم أم أقرانهم العاديين أم غير العاديين المصابين باضطرابات أخرى.
- وتظهر أعراض اضطراب النمو الاجتماعي لدى اضطراب طيف التوحد في مرحلة مبكرة من الطفولة، فالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يبدون اهتماماً أقل بالاستشارة الاجتماعية، وقليلاً ما يبتسمون أو ينظرون إلى وجوه الآخرين، ولا يستجيبون عندما ينادي عليهم الآخرون، كذلك فهم لا يستعملون الحركات البسيطة للتعبير عن حاجاتهم.
- هناك ثلاثة سلوكيات إذا حدثت مجتمعة في السنة الأولى من عمر الطفل يمكن لها أن تميز الطفل ذو اضطراب طيف التوحد من غيره، مثل: عدم الاستجابة لأسمائهم، وعدم النظر في أعين الآخرين، وعدم مشاركة الآخرين في الأفعال، وفي حال حدوث هذه الأمور لدى طفل في عمر (12) شهراً فإن هناك احتمالاً بنسبة (9%) أنه مصاب باضطراب طيف التوحد، وفي عمر سنة ونصف تجد انعدام مهارات الانتباه المشترك، والاستعمال غير الطبيعي لتحديقة العينين، وانعدام اللعب التخيلي أهم ما يميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن غيرهم. (نافع، 2020، ص14).

### 2-6 الخصائص السلوكية:

يتصف بعض أطفال التوحد بسلوكيات انفعالية حادة، ينعكس ذلك السلوك على نموه الذاتي فيصبح غالباً مصدر إزعاج للآخرين، وهناك ملامح تميز سلوك الطفل التوحدي منها : الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للآخرين والناجمة عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، والاحتفاظ بروتين معين، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وقصور شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وحزن شديد في الكلام أو فقدان القدرة على الكلام، وحزن شديد لا يمكنه إدراك سببه لأي تغيرات بسيطة في البيئة، والتأخر في قدرات ومجالات معينة، وأحياناً يصاحب التوحد مهارات عادية أو فائقة في بعض القدرات مثل الرياضيات أو الموسيقى أو الذاكرة والاستخدام غير المناسب للألعاب والأشياء، واللعب

بشكل متكرر وغير معتاد، واستجابات وردود أفعال غير مناسبة للمثيرات الإدراكية فيبدو كأنه لا يسمع الأصوات من حوله وقد يبالغ في بعض الاستجابات كان يضع يده على أذنه إذا سمع صوتا عاديا ويتجنب أو يركز النظرة، والمشي على أطراف الأقدام أو عدم القدرة على المسك بالأقلام، والنشاط الزائد بدرجة كبيرة وقليل منهم يتميزون بالكسل والخمول، وقلة الحساسية للألم كأن يمشي حافيا على الثلج أو يمارس خلع الشعر والأظافر، ويقوم بحركات جسمية غريبة مثل الهز المستمر للجسم أو التحريك بالذراعين و (25%) منهم يعانون من الإصابة بنوبات صرع عند البلوغ. كذلك التشبث بأشياء محددة مثل عدم الرغبة في تغيير ملابسه، ونوم متقطع ثم يصحو ليهز جذعه إلى الأمام والخلف وبشدة مما يؤخر نموه الحركي، الركض المتواصل في غرفة لإضاءة النور و إطفائه، ومقاومة التغيير في البيئة مهما كان بسيطا. (حسونة، 2015، ص22 - 23).

### 3-6 الخصائص اللغوية:

يضيف « Ehlers & Ajohnson » (1996) بعضا من الخصائص اللغوية للأطفال ذوي

اضطراب التوحد كما يلي:

- صعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة سمع عادية، ويكون انتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لديه.
- صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيلة مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه والاهتمام قبل إتمامه العام الأول.
- صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- صعوبة في قدرة بعضهم على التكلم.
- صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل ( على، في...).
- وقد يكون التواصل لفظي أو غير لفظي وذلك من خلال الإيماءات والصور أو اللغة المكتوبة أو لغة الإشارة. (حسن، 2019، ص169 - 170).

### 4-6 الخصائص التواصلية:

من أهم الخصائص التواصلية لدى أطفال التوحد ما يلي:

- حوالي 50% من الأطفال الذين لديهم توحد لا يطورون لغة منظوقة بينما تنقسم بقية الأطفال إلى فئات شديدة التباين فيما بينها، إلا أن الدراسات الحديثة أشارت إلى أن أكثر من نصف الأطفال

من ذوي التوحد يتعلمون الكلام وقد تصل النسبة إلى 60-65% ، وعندما يبدأ التدخل معهم قبل سن الخامسة من خلال تبادل الصور، فإن 85-90% منهم سيطورون بعض الكلمات اللفظية على أقل تقدير حتى وإن لم يكونوا طليقين في الكلام.

- ترديد الكلام أو ما يعرف بالمصاداة الصوتية هي خاصية مميزة للغة عند طفل التوحد ، وتعتبر هذه الخاصية خاصة معوقة لتواصل هؤلاء الأطفال مع الآخرين، والمصاداة إما أن تكون فورية وهي إعادة للكلمات المسموعة مباشرة أو تكون متأخرة وهي إعادة لجزء من الكلام سمعت في فترات سابقة ، وقد تكون مخففة إذ يمكن أن تكون فورية أو متأخرة لكن الكلام المعاد لا يتم إعادته كما قيل فيمكن أن يكون منقوص ويكون النقص إما في بداية الجملة أو نهايتها أو جزء من الكلمة. (غانم، 2013، ص44-45).

- تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بالاستخدامات العملية للغة ، سواء كانت اللفظية أم غير اللفظية . والمقصود بالاستخدامات العملية للغة توظيف بعض الأساليب اللغوية في التواصل اليومي مع الآخرين مثل : لغة الوجه والجسم، مثل : تعبيرات الوجه ، والتواصل البصري، والإيماءات، والأوضاع الجسمية، ومهارات الاستماع مثل :الانتباه للمتحدث، والتركيز على لغته اللفظية وغير اللفظية بوضوح، وكذلك استعمال التنغيم في أثناء الحديث، والتركيز على الكلمات المهمة التي تعتبر أساسية في أثناء الكلام ، وكذلك استعمال درجة الصوت المناسبة في النقاش حسب الموضوع وحسب حالة الشخص الذي نخاطبه، والتركيز على الكلمات التي تحمل معاني رمزية لفهم القصد من ورائها، وأيضا فتح المجال للآخرين في النقاش وتجنب المقاطعة والالتزام بالدور في أثناء النقاش أو الحديث . وتقدر نسبتهم بحوالي(25%) من الأفراد التوحديين. (حسن، 2019، ص168-169).

- لديهم صعوبة في فهم الكلام الموجه لهم حيث يقتصر الفهم لديهم على المعنى الحرفي والجامد للكلمات، وصعوبات الفهم لديهم تعيق من عملية تواصلهم وتفاعلهم مع الآخرين.

- يتميز الصوت لدى الأطفال الذين لديهم توحد بالاهتزاز والتحكم الضعيف في درجة الصوت ، وغالباً ما يكون الصوت أحادي النغمة ثابتاً والبعض تكون درجة صوته تسبب إزعاجاً للآخرين، وبعضهم يكون ذا صوت أجش ، ويصف البعض بأن أصواتهم متخشبة ومجوفة وخرقاء ، وبشكل عام تتطور الأصوات لديهم بدرجة متأخرة مقارنة مع أقرانهم.

- لديهم صعوبات ومشاكل بعدد من المهارات والتي تعتبر مهارات هامة لتشكيل التواصل اللغوي وهذه المهارات هي: الانتباه والفهم والتعبير والتقليد والتسمية، وبالتالي صعوباته في هذه المهارات تنعكس سلباً على تواصله اللغوي مع المحيطين.
- لغة الطفل الذي لديه توحد إن وجدت هي لغة وظيفية وغير تعبيرية بمعنى أن الطفل يستعمل اللغة فقط لتلبية احتياجاته ولا يستعملها لإقامة حوار تعبيرى مع الآخرين. (غانم، 2013، ص 45 - 46).

#### 5-6 الخصائص المعرفية والتعليمية:

يمكن تناول الخصائص المعرفية على النحو التالي:

➤ الإدراك: ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالباً شاذاً. فهو لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو يشم ما حوله. وهو من الممكن أن يظهر عدم استجابة للضوضاء الصاخبة. كما قد لا يتعرف على الشخص الذي يعرفه جيداً. وهو من الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة. وفي أوقات أخرى يظهر الطفل التوحدي إحساسات سليمة. وهو يحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء، وهو من الممكن أن يغفل أحياناً مخيفة والتي سوف تثير الفزع في الطفل العادي. كما أن إحساسات الطفل التوحدي لا تكون واضحة مثل الطفل العادي، فعلى سبيل المثال هو من الممكن أن يغطي عينه عندما يسمع صوتاً يقلقه. والمهارات البصري- المكانية لدى الطفل التوحدي تكون جيدة في تذكر أماكن الأشياء، وقدرتهم على عمل الصور المتقطعة، وبناء اللعب والتي من الممكن أن تعكس بعض هذه القدرة. (مصطفى والشربيني، 2014، ص 91 - 92).

➤ الانتباه: هو عملية معرفية تتطوي على تركيز الحواس على مثير معين بين عدة مثيرات من حولنا، حيث يؤكد « ستيرنبرغ، Sternberg » (2003) أن الانتباه هو القدرة على التعامل مع كميات محدودة من المعلومات منتقاة من كم هائل من المعلومات التي تزودنا بها الحواس. والانتباه لدى الأشخاص التوحديين غير طبيعي، و ما يبدو سليماً لديهم هو تمكنهم من تركيز انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم، إلا أنهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى. وأولى هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء. حيث يشير « هايبى و فريث Happe & Frith, إلى أن الأفراد التوحديين ينتبهون إلى الأجزاء بدلاً من النظرة الكلية للمهمة، أو الموقف.

➤ **الذاكرة :** يعرف التذكر بأنه العملية التي تمكن الفرد من استرجاع الصور الذهنية البصرية والسمعية، أو غيرها من الصور الأخرى، التي مرت به في ماضيه إلى حاضره الراهن. (الجلامدة، 2013، ص34).

يتذكر بعض الأطفال التوحديين، المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعونها، ويلاحظون حدوث تغيرات طفيفة في الحجرة، مثل ترتيب الكتب على الرفوف، كما يمكنهم تذكر المعلومات المخزنة بصورة دقيقة. والتوحيديون يعانون مصاعب في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالياً من المعالجة، كرواية القصص وتسلسل النشاطات والأحداث التي وقعت لهم، وتذكرهم للمعلومات التي شاهدوها بصرياً، وهناك صعوبة في تذكر سلاسل معلومات لفظية طويلة تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون.

➤ **التفكير:** التفكير بمعناه العام هو كل نشاط عقلي أدواته الرموز، أي يستعويض عن الأشياء والأشخاص والمواقف والأحداث برموزها بدلاً من معالجتها معالجة واقعية فعلية، ويقصد بالرمز ما ينوب عن الشيء أو يشير إليه أو يحل محله في غيابه، بهذا المعنى العام يشمل التفكير جميع العمليات العقلية من أبسطها إلى أكثرها تعقيداً، أما التفكير بمعناه الخاص، فيقتصر على حل المشكلات حلاً ذهنياً، أي عن طريق الرموز، وهو حل المشكلات بالذهن لا بالفعل، وهذا ما يعرف بالتفكير الاستدلالي.

يتميز تفكير الطفل التوحيدي بأنه تفكير يبتعد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته واحتياجاته الشخصية، حيث يتم تفكيره بالانشغال بالذات، حيث تسيطر رغبات الفرد وحاجاته على نشاطه العقلي، بينما تسيطر طبيعة الأشياء والأحداث في التفكير المنطقي.

➤ **الذكاء:** إن الذكاء بشكل عام هو عبارة عن جملة من الوظائف الفكرية الضرورية للإدراك المفاهيم والقدرة على التحليل، وهو يتميز عن الإحساس والحدس.

وكما عرفه بينيه الذكاء على أنه القدرة على الفهم والابتكار والتوجيه الهادف للسلوك والنقد الذاتي، وهناك تقديرات تشير إلى أن 77% من الأشخاص التوحديين لديهم أحرر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد، وعندما يكون التوحد مصحوباً بتأخر ذهني شديد فهو يسمى بالتوحد ذي الأداء المنخفض، ويقدر أن حوالي 27% من الأشخاص التوحديين ينتمون إلى هذه الفئة، بينما 50% منهم لديهم تأخر ذهني خفيف أو متوسط الشدة، أما القلة المتبقية ممن لا يعانون تأخراً ذهنياً 23%، فهم ينتمون إلى فئة التوحديين ذوي الأداء الوظيفي العالي.

وذكاء التوحديين لا يقف عند حد معين من معرفة المفردات، وعدم التجانس، واتساع التباين في المضمون المعرفي فحسب، بل يمتد إلى حجم مساهمة كل مكون من هذه المكونات العقلية في الدرجة الكلية للذكاء، وذلك حسب مستوى الذكاء الخاص بهذا التوحدي، وأن عدم التجانس في مكونات الذكاء لا يقتصر فقط على نوعية القدرات التي يفهمها التوحدي بل يمتد إلى عوامل أخرى قد تكون وراثية، أو قد تكون ذات عامل بيئي.

ويرى « روتر, Rotter » (1983) أن العديد من الدراسات التي تجمع على أن كثيرا من الأطفال التوحديين لديهم قصور معرفي يصعب تفسيره في ضوء ما أطلق عليه « كانر, Kanner » : سلوك العزلة الاجتماعية، باعتبارها السبب لدى جميع الأطفال التوحديين لأن يكونوا معوقين عقليا، بينما الواقع ليس كذلك. ويرى أن نسب ذكاء الأطفال التوحديين تعتبر ثابتة بشكل مناسب، وأنها ترتبط مع تحصيلهم الدراسي بشكل معقول، كما يذكر أنه حين أصبح هؤلاء الأطفال أكثر اجتماعية سواء نتيجة لاستخدام بعض أساليب التدخل، أو أي شكل آخر، فإن نسب ذكائهم لم يطرأ عليها تغيير ملحوظ، ويذكر (روتر, Rotter) أن انخفاض الأداء على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال يكون عادة محكوما بطبيعة موقف الاختبار، وليس بصعوبة المهمة المطلوبة. (حسن، 2016، ص21-23).

من خلال ما تم عرضه سابقا نستنتج بأن الخصائص التي يتصف بها أطفال التوحد لا يعني بالضرورة وجودها كلها لدى الطفل التوحدي رغم أن هذه الخصائص تعتبر أساسية لتشخيص هذا الاضطراب، حيث لا بد من توفر مجموعة لا بأس بها من الخصائص والسمات التي تدل على أن الطفل لديه اضطراب التوحد والجدير بالذكر أن هذه الخصائص تتفاعل وتتداخل مع بعضها البعض محدثة صعوبات بعملية تعلم وتطور الطفل التوحدي عبر مراحل نموه المختلفة.

## 7- أشكال التوحد

إن تراكم الأبحاث والدراسات حول التوحد جعلت العلماء والباحثين يتوصلوا إلى وجود أنواع متعددة من التوحد وهذا ما دعاهم إلى تسميته اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder، حيث أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل إلى وجود خمسة أنواع من اضطراب طيف التوحد وهي:

### 1-7 اضطراب التوحد Autistic Disorder

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه « كانر»، و يسمى أيضاً (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر) حيث يظهر فيه ثلوث الأعراض وهم الخلل في القدرة على التواصل، ضعف في الجانب الاجتماعي والانفعالي، والسلوكيات الروتينية و النمطية، ويظهر عادةً قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، وأعراضه تظهر باختلاف شديد من شخص إلى آخر، و يعود هذا الاختلاف إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد. تقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل 10000 مولود كما ذكرت « لوتر, Lotter » (1996) بينما تراوحت بين 5- 15 من كل 10000 مولود لاضطراب التوحد بجميع درجاته. (عصفور، 2012، ص31 - 40، 41).

### 2-7 متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome

وهو اضطراب نمائي شبيه بالتوحد، ويتميز بقصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل وهؤلاء الأطفال يطورون لغة تعبيرية ولكنهم لا يستطيعون استخدام الإيحاءات و تعابير الوجه أثناء الحديث. (فاضل، 2015 ، ص18). إذ سمي هذا الاضطراب نسبة إلى الطبيب النمساوي « هانز اسبرجر Hans Eisperger, » (1994) ويعتبر من اضطرابات طيف التوحد، و يتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي و التواصل و اهتمامات محددة و سلوكيات نمطية و لا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفاً في القدرات العقلية أو تأخرًا لغويًا و يعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعفاً في تكوين الصداقات و خلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل التعابير الوجهية، و تتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط و يتم اكتشاف هذا الاضطراب بعد فترة نمو طبيعي في معظم محاور النمو التي قد تمتد من عمر (4- 6) سنوات. و متلازمة أسبيرجر تعد أكثر شيوعاً من اضطراب التوحد وتحدث ل 26- 36 من كل 10000 مولود وهي متشابهة لاضطراب التوحد حيث شيوعتها بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 4 : 1. (عصفور، 2012 ، ص31، 41).

### 3-7 متلازمة ريت Rett Syndrome

وهو اضطراب يحصل في الخمسة شهور الأولى من عمر الطفل ويمتد إلى أربع سنوات مصحوباً بإعاقة عقلية يصيب الإناث فقط وتتمثل أعراضه الرئيسية بفقدان حركات اليدين، فقدان الكلام، حركات نمطية، مشكلات في التنفس، القلق، مشكلات سلوكية. (فاضل، 2015، ص19). و يصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود. وقد اكتشفه « ريت, Rett » (1977) والمشار إليه في عبارة عن خلل

عميق في المخ و يظهر في صورة حركات تكرارية لليد و قصور في المهارات اللغوية و الاجتماعية. (عصفور، 2012، ص41).

#### 4-7 اضطراب الإنتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder CDD

يظهر هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر من الإناث ويبدأ الطفل بالتراجع من الناحية اللغوية والاجتماعية والمهارات الحركية و مترافق مع تأخر ذهني شديد. (فاضل، 2015، ص19). كما يظهر هذا الاضطراب بعد سنتين من العمر، يبدأ الطفل بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة، يبدأ الاضطراب بظهور حركات غير عادية مترافقة مع مشكلات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية، و ظهور خلل في المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي و مشكلات في التواصل اللفظي وصعوبة في التعامل مع الأقران و تكوين صداقات و تظهر سلوكيات تكرارية و نمطية و يترافق مع إعاقة عقلية شديدة و لا يعاني من مشكلات عضلية و عصبية و هذا الاضطراب يعد من أندر الحالات فهو يحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، و هو يشبه اضطراب اسبيرجر و التوحد من حيث إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث. (عصفور، 2012، ص42).

#### 5-7 الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد - Pervasive Developmental Disorder.

##### Not Otherwise Specified .PDD-NOS

يظهر هنا معظم صفات التوحد ومظاهره، و تكون غالبًا أبسط صور اضطراب التوحد، و تحمل الصفات ذاتها للتوحد، و هي الخلل في الجانب الاجتماعي و الانفعالي و اضطرابات في المهارات اللفظية و غير اللفظية، و يصعب تشخيص هذه الحالات على أنها توحد لأن هناك العديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي. وتجدر الإشارة إلى أن الإصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (DSM,IV,TR) لا يحتوي على معايير تشخيص الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد، و لا يذكر سوى أن هذا لتصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد و شامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي واقتترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي و غير اللفظي أو مع وجود أنماط سلوكية و اهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة و متكررة و لكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة. كما أنه هناك غموض وصعوبة في تشخيص هذا الاضطراب، لذا لم تتمكن الدراسات العديدة السائدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب إلا أن ما تم التوصل



إليه هو أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أكثر شيوعاً من الاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى. (عصفور، 2012، ص 32 - 42، 43).

من خلال ما تناولناه سابقاً نرى بأن التوحد ليس اضطراباً واحداً يظهر بشكل واحد وإنما أخذ أشكالاً عديدة ومختلفة من حيث الشدة لذلك سمي ب طيف اضطراب التوحد.

## 8-تشخيص اضطراب طيف التوحد

يعد تشخيص اضطراب طيف التوحد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، خصوصاً في المراحل الأولى من عمر الطفل، لوجود اختلافات في الأعراض، ولذلك يتطلب الأمر إلى تعاون فرق عمل من الأطباء والمتخصصين، وغيرهم، حيث كلما تم تشخيص اضطراب طيف التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، كلما كان العائد من عملية التدخل المبكر ذو تأثير قوي وفعال على سلوك الطفل، وتفاعله مع المحيطين به.

يجب أن تتم عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب التوحد ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية، والحسية، والحركية، والعقلية، والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية و التأهيلية المتكاملة اللازمة للارتقاء بالطفل، وتنمية جميع نواحي النمو في نفس الوقت، بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى، ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم والتشخيص التكاملية أو متعدد الأبعاد بحيث يشمل جميع مظاهر اضطراب طيف التوحد. ويواجه التشخيص العديد من المشكلات والصعوبات، من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومن بين الصعوبات التي تواجه فريق التشخيص التباين الواضح بين أعراض اضطراب طيف التوحد من طفل لآخر، والتشابه بين أعراض اضطراب طيف التوحد والإعاقات الأخرى، مثل: الإعاقة الفكرية، والفصام، والصرع، واختلاف الآراء، وعدم الاتفاق على العوامل المسببة للاضطراب، وعدم توافر اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات، وصعوبة تطبيقها على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

تعد المعايير التي وضعها « كانر, Kanner » عام (1943) من أول المعايير التي وضعت لتشخيص اضطراب طيف التوحد، وهي كالتالي:

- 1\_ سلوك انسحابي انطوائي شديد، وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين.
- 2\_ التمسك الشديد بالروتينية، والإصرار على عدم التغيير في البيئة المحيطة به.
- 3\_ التعلق والارتباط الشديد بالأشياء أكثر من الأشخاص جميعاً ومنهم أبواه وإخوته.
- 4\_ عدم القدرة على الكلام كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بهمهمة غير مفهومة تحيد من التواصل بالآخرين.
- 5\_ ضعف الشعور بالهوية الشخصية.
- 6\_ خبرات إدراكية وقدرات غير عادية كأنه يقوم بعملية حسابية معقدة، أو يبدى مهارة في الرسم والموسيقى، أو الغناء بشكل طفرات فجائية.

وأشار « عادل عبد الله محمد » إلى أن دليل التصنيف الإحصائي للأمراض، والاضطرابات النفسية، والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والتصنيف الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) يعدان، هما: المصدران الرئيسان لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ويلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية، وهي:

- 1- **البداية:** عادة ما تكون بداية الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب، وهي: التفاعل الاجتماعي، استعمال اللغة للتواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو الخيالي.
- 2- **التفاعلات الاجتماعية:** يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين من أربعة محكات على الأقل، وهي: التواصل غير اللفظي، وإقامة علاقات مع الأقران، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات، وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.
- 3- **اللغة والتواصل:** يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات، وهي: تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار مع الآخرين، والاستعمال النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري، أو الخيالي.

4- الأنشطة والاهتمامات: توجد أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة مفيدة نمطية وتكرارية في واحدة على الأقل من أربعة محكات، وهي: الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، الرتابة والروتين، والأساليب النمطية في الأداء، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

وأشار كل من « محمد محمد عودة و ناهد شعيب فقيري » إلى أن عملية التشخيص في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطراب النفسية DSM-5 (الطبعة الخامسة) تتم على وفق ثلاثة مستويات، تتمثل في: المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria، وهي التي توضح طبيعة الأعراض، ونوع المشكلات، وشروط التضمن والاستثناء، التحديد Specifiers، وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة، مستوى الشدة Severity Levels، وهي المحكات التي من خلالها نستطيع تحديد مدى شدة الاضطراب.

وتتم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5, 2013, 50) على بعض محكات تشخيصية في تشخيص اضطراب طيف التوحد، وهي:

- وجود قصور مستمر ودائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي، يتمثل في:
  - قصور في المردود الاجتماعي والانفعالي، ويتمثل في ضعف المشاركة في الاهتمامات، وال فشل في البدء في التفاعل الاجتماعي أو الاستجابة له.
  - قصور في التواصل غير اللفظي المستعمل في التفاعل الاجتماعي، ويتمثل في ضعف التواصل البصري، وعدم القدرة على فهم واستعمال لغة الجسد، والإيماءات، وقصور في تعبيرات الوجه.
  - قصور في نمو العلاقات الاجتماعية وفهمها والمحافظة عليها.
- وجود سلوك نمطي تكراري يشمل الاهتمامات والأنشطة، ويبدو ظاهرا فيما لا يقل عن بندين من الآتي:
  - حركة جسمية متكررة ونمطية، تتمثل في استعمال الأشياء بشكل نمطي، أو تكرار الأصوات.
  - التزام حاد بالروتين في السلوك اللفظي وغير اللفظي، وحدوث اضطراب وتوتر عند حدوث أي تغيير.

• محدودية الهوايات والاهتمامات.

• زيادة أو نقص في الإحساس بالمشاعر الحسية.

- هذه الأعراض لا بد أن تكون موجودة في مدة النمو المبكر

وتظهر أعراض اضطراب طيف التوحد خلال مدة الطفولة المبكرة (2- 8) سنوات، إلا أن تلك السمات قد تظهر مجتمعة منذ سن مبكر، أو أن تظهر تباعا خلال مدة النمو.

أدوات تشخيص اضطراب طيف التوحد

هناك العديد والكثير من الأدوات المستعملة، لتشخيص اضطراب طيف التوحد، ومنها: (نافع، 2020، ص18- 20).

### 1-8 قائمة تقدير السلوك التوحيدي (ABC) Autism behavior checklist :1980

وطور هذه القائمة كل من « كروك و أريك و ألموند Kurg & Arick & Almond » ، وتشمل هذه القائمة على (57) فقرة، حيث تصف هذه الفقرات أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال التوحيديين، وتم توزيع الفقرات في خمسة أبعاد أساسية هي الجانب الاستقلالي، اللغوي، الجسمي، الاجتماعي، والحسي.

### 2-8 جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد The Autism Diagnostic Observation

#### 1989 :Schedule (ADOS)

طبيعة هذا المقياس هو نظام ملاحظة مقنن فهو عبارة عن مراقبة الطفل وسلوكياته في غرفة مخصصة عن طريق تقديم بعض الألعاب المحدد له وتسجيل الملاحظات المطلوبة، ويصلح هذا الاختبار مع الأطفال والمراهقين المصابين بالتوحد، إذ يقدم حسب العمر و الطلاقة اللفظية ويتضمن أربع وحدات، الوحدة الأولى والثانية تستخدم مع الأطفال الذين لا يستخدمون اللغة بعد ويطلب مهم اللعب والتحرك في أرجاء الغرفة لملاحظة السلوكيات والوحدة الثالثة والرابعة تستخدم مع الأطفال أو المراهقين الذين يستخدمون اللغة. ويمكن استخدامها من خلال الجلوس مع المفحوص على المنضدة وطرح بعض الأسئلة المباشرة.

**3-8 مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) Childhood Autismm Rating Scale :**  
**1988**

ويعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس استخداما وانتشارا في مجال تشخيص اضطراب طيف التوحد وهو من إعداد « سكوبلر و آخرون ، Schopler ; et al, (1988) ويشمل المقياس على خمسة-عشر بندا يحدد الخصائص الأساسية لدى المصابين باضطراب طيف التوحد وكل بند من هذه البنود يعطى تقديرا يتراوح بين (1) الذي يشير إلى السلوك الطبيعي و (4) الذي يشير إلى السلوك غير الطبيعي بدرجة شديدة.

**4-8 مقياس جيليام للتوحد (GARS) Gilliam Autism Rating Scale : 1995**

يتألف المقياس الذي تم تطبيقه عام 1995 من قائمة سلوكية تهدف إلى تشخيص التوحد وتحديد درجته، ويتكون من (42) بندا تدرج تحت ثلاث أبعاد فرعية هي السلوكيات النمطية، التواصل، والتفاعل الاجتماعي، ويناسب هذا المقياس الأشخاص الذي تتراوح أعمارهم بين (3- 22) سنة.

**5-8 قائمة الأطفال دون السنتين (CHAT) Checklist for Autism in Toddlersn :**

صممت هذه الأداة لملاحظة السلوكيات المعبرة لاضطراب التوحد، إبتداءا من سن (18) شهرا وتعتبر هذه القائمة أداة كشف أو مسح وليست أداة تشخيص، وتقيس السلوكيات التي تعتبر مؤشرا لوجود اضطراب طيف التوحد كالفشل في اللعب التخيلي، وعدم الاهتمام بالآخرين، والقصور في اللعب الجماعي، والقصور في الانتباه المشترك. (مسكون، 2017، ص26- 28).

9-التشخيص الفارقي بين التوحد وبعض اضطرابات أخرى

جدول رقم (01): يمثل التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد وفصام الطفولة. (كوافحه وعبد العزيز، 2010، ص170).

اضطراب التوحد	فصام الطفولة
1) الأطفال التوحديون غير قادرين على استخدام الرموز واللغة.	1) الفصاميون قادرون على استخدام الرموز واللغة.
2) المتوحدون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين.	2) الفصاميون يطورون علاقات مع الآخرين.
3) لا يوجد لدى التوحديين هلاوس والأوهام.	3) توجد الهلاوس و الأوهام عند الفصاميين.
4) يبدأ اضطراب التوحد قبل 30 شهر من عمر الطفل.	4) يظهر الفصام في بداية المراهقة أو غيرها من المراحل النمائية.

جدول رقم (02): يمثل التشخيص الفارقي بين اضطراب التوحد والتخلف الذهني. (المغلوث، 2006، ص85).

اضطراب التوحد	التخلف الذهني
1) لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين حتى مع وجود متوسط لديهم.	1) يتعلقون بالآخرين ولديهم نسبيا وعي اجتماعي.
2) لديهم قدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل.	2) غير موجودة لديهم.
3) كمية اللغة واستخدامها للتواصل فإنها غير عادية.	3) كمية اللغة واستخدامها للتواصل مناسبة لذكائهم.
4) نسبة وجود العيوب الجسمية لديهم أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى المتخلفين ذهنيا.	4) نسبة العيوب الجسمية لديهم أكثر بكثير من التوحديين.
5) يبديون مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن... الخ.	5) لا يبديون هذه المهارات.
6) توجد لديهم سلوكيات نمطية شائعة تشمل حركات الذراع واليد و أمام العين كذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح.	6) يختلفون في السلوك النمطي الذي يظهرونه.

## 10- طرق التكفل بالأطفال التوحديين

لا يزال اضطراب التوحد يعد من أشد و أعقد الاضطرابات التي تصيب الأطفال فيتعثر نموهم في جميع جوانبه، و تبقى آثار الإعاقة معهم حتى مرحلة الرشد و هذا ما زاد من اندفاع العلماء و الباحثين المختصين في هذا المجال لمحاولة إيجاد علاج شافي للتوحد.

فقد تعددت البحوث و الدراسات و الآراء حول طرق علاج الطفل التوحدي وأثمرت بظهور عدة برامج علاجية مختلفة في اتجاهاتها ولكن هدفه واحد هو مساعدة الطفل التوحدي والتخفيف من معاناته ومن بين تلك البرامج العلاجية لدينا:

### برنامج التدخل العلاجي و التأهيلي:

وهي تلك البرامج العلاجية التي قام بابتكارها علماء مختصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (علم النفس، الطب العقلي للأطفال، أمراض اللغة و التعلم). حيث تم تأسيس جمعيات و مراكز للبحث في كثير دول العالم، فقد بين العديد من الباحثين في إطار (National Research Council) الأمريكي في 2001 أن التربية من أحسن طرق العلاج ، حيث تهدف إلى تطوير و تحسين نوعية حياة الطفل التوحدي و كذلك إدماجه في المجتمع ، و لهذا فالبرامج التربوية الفردية التي أنشأت في كندا و الولايات المتحدة الأمريكية و في العديد من الدول الأوروبية تعتبر ذو فعالية كبيرة و من أشهر تلك البرامج نذكر منها:

### 1-10 برنامج تيتش معالجة وتعليم الذاتيين وذوي إعاقات التواصل TEACCH :

## Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children

وهو برنامج معالجة وتعمي الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل من إعداد « إريك شوبلر Schopler ، وزملائه سنة (1972) بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية وقد جاء هذا البرنامج لعلاج الأطفال الكبار المصابين بالتوحد و بإعاقات التواصل و تقديم المساعدة لأسرهم و تدريب العاملين و الباحثين في ثلاث مجالات:

- ✓ التربية و التعليم للآباء و الأمهات مع الطفل في البيت.
- ✓ مساعدة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحي و النفسي المساند للأسر و أطفال التوحد.

✓ كما يوفر أدوات التشخيص و إعداد برامج التعليم الفردي للطفل التوحد و برامج تنمية القدرات الاجتماعية.

و يعطي برنامج **Teacch** اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية و الاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يمتاز بها الطفل التوحد.

و من أهم الوحدات البنائية التي يقوم عليها برنامج **Teacch** هي:

- تنظيم الأنشطة التعليمية.
- تنظيم العمل.
- جدول العمل.
- استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية.

و يمتاز برنامج **Teacch** بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلا كاملا للطفل، كما تمتاز بأنها طريقة صممت بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل.

### 10-1-1 الخدمات المقدمة عن طريق برنامج: Teacch

- **التشخيص ك التقني :** ويتم من خلال عدة تقييمات المتمثلة في (تاريخ الحالة الملف الطبي و المدرسي ،ملاحظة السلوكات والمقابلة مع الأولياء)، وهناك تقييمات أخرى عن طريق السلام التشخيصية.
- **الإدماج المدرسي :** وذلك يتم في أقسام **Teacch** المتواجدة في المؤسسات العادية حيث يضم كل قسم 5- 8 أطفال يشرف عليهم معلم خاص بالتربية و مساعد ويجب توفر بناء منظم لإطار عملية التدريس و التربية و ذلك عن طريق تنظيم المكان الذي يتم فيه العمل أي القسم، فهذا يسمح للطفل بالتعرف على واجباته و ذلك في الربط بين المكان المتواجد فيه و ما ينتظره من عمل، وتنظيم الوقت حسب النشاطات و تحفيز الطفل على المشاركة في القسم (اختيار النشاطات اللعب بتلقائية، مشاركة الأطفال الآخرين في النشاطات).
- و في نفس الوقت يمكن استدعاء أطفال عاديين إلى الأقسام الخاصة لمساعدة أقرانهم المعاقين، وذلك بمشاركتهم في الألعاب الجماعية المنظمة من طرف المعلم وتعد هذه الطريقة الأفضل لدمج الأفراد المعاقين مع الأطفال العاديين.



### 10-1-2 الميادين العلاجية التربوية في برنامج تيتش:

تحدد الميادين العلاجية التربوية حسب اختبار PEP لوضع الخطة العلاجية الفردية الخاصة بكل طفل، حيث يضم (التقليد، الإدراك، الحركية العامة الكبيرة الحركية الدقيقة الصغيرة، التنسيق العيني اليدوي، المعارف، الكفاءات اللفظية الاستقلالية الذاتية، التعايش الاجتماعي و السلوك). (عزاز، 2011، ص72-74).

### 10-2 برنامج لوفاس : LOVAAS Young Autistic Program (YAP)

هو برنامج تربوي من برامج التدخل المبكر للأطفال التوحديين للدكتور « إفار لوفاس Ivar Lovaas » وهو دكتور نفساني وبدأ رحلته في عالم التوحد في أواخر الخمسينات من القرن العشرين ، وقد بنى تجاربه على نظرية تعديل السلوك .ويعتبر أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين. ويقوم هذا البرنامج على التدريب في التعليم المنظم والتعليم الفردي بناء على نقاط القوة والضعف لطفل وإشراك الأسرة في عملية التعليم. ويقبل الأطفال الذين شخصت حالاتهم بالتوحد ويعتبر العمر المثالي لابتداء البرنامج من سنتين ونصف إلى 5 سنوات وتكون درجات الذكاء أعلى من 40% ولا يقبل من هم أقل من ذلك، وقد يقبل لهذا البرنامج من هم في عمر 6 سنوات إذا لديه المقدرة على الكلام . ويتم تدريب الطفل في هذا البرنامج بشكل فردي في حدود 40 ساعة أسبوعياً أي بمعدل 8 ساعات يومياً، حيث يبدأ الطفل في بداية الالتحاق بالتدريب لمدة 20 ساعة وتزداد تدريجياً خلال الشهور القادمة حتى تصل إلى 40 ساعة أسبوعياً .

ومن طرق التعلم وأكثرها استخداماً لدى « لوفاس » التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة وبناء على ملاحظات « لوفاس » حول زيادة السلوك المرغوب بعد الحصول على التعزيز كثف برنامج لوفاس من استخدام المعزز ليس فقط للحد من السلوك السلبي بل ليزيد أيضاً من إمكانيات التعلم والتدريب للمهارات المختلفة.

حيث يحصل الطفل على شيء محبب له بعد قيامه بما يطلب منه مباشرة وبالكمية المناسبة للاستجابة وهذا بالطبع يشجع الطفل على الاستمرار بالتدريب والقيام بما يطلب منه. ولاستخدام المعزز قوانين وإجراءات دقيقة ومفصلة ينبغي إتباعها كي يكون التعزيز أسلوباً فعالاً. إما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فهو يتكون من ثلاثة عناصر أساسية :

- المثير والاستجابة وتوابع السلوك ومن خلال هذا الأسلوب يقوم المعلم بتعليم الطفل منهاجاً يشمل أكثر من 500 هدف يتم ترتيبها من الأسهل للصعب.
  - حيث يعتبر السؤال الموجه للطفل مثير وإجابة الطفل استجابة وإعطاء الطفل شيء محبب له (قطعة شكولاته) عندما تكون إجابته صحيحة تعتبر توابع السلوك وتكرار هذه الطريقة لتعليم وتدريب الطفل على الكثير من المهارات.
  - ومن أهم الركائز لتطبيق برنامج لوفاس هي القياس المستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وذلك من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة ومنها والفاشلة.
- وأهم المجالات التي يركز عليها لوفاس:
- (الإنتباه - التقليد - لغة الاستقبال - لغة التعبير - ما قبل الأكاديمي - الاعتماد على النفس) ومع تقدم الطفل وتطور قدراته تزداد صعوبة الأهداف لكل مجالاً من المجالات السابقة وتضاف لها أهدافاً للمجالات الاجتماعية والأكاديمية والتحضير لدخول المدرسة.
- تتراوح مدة الجلسة الواحدة في برنامج لوفاس ما بين 60-90 دقيقة للأطفال المبتدئين.
- تتخلل الجلسة استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين كل 10-15 دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد 60-90 دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح ما بين 10-15 دقيقة ويعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطالب يومياً، وقد تطول مدة الجلسات للأطفال الغير مستجدين في البرنامج إلى 4 ساعات تتخللها فترات استراحة مدتها 1-5 دقائق وتنتهي باستراحة مدتها 15 دقيقة. (شبيب، 2008، ص 40-42).

### البرامج المساندة للتدخل المبكر في التكفل بالتوحد

حيث توجد أساليب التدخل التي تعمل على التخفيف من إعاقة التوحد في بعض الحالات الخاصة، وهذه الأساليب ليست علاجاً للتوحد وإنما دورها مساندة البرامج التربوية والسلوكية ومن هذه الأساليب:

#### 10-3 برنامج نظام التواصل عن طريق تبادل الصور أو طريقة بكس (PECS)

وهو أسلوب حديث نسبياً بدأ تأسيسه في منتصف تسعينيات القرن الماضي. وهو برنامج مخصص لمن لا يستطيعون الكلام، إذ تم تصميمه للتدريب على التواصل الرمزي غير المنطوق، وذلك بمنح فرص التواصل بواسطة الصور للأطفال التوحديين داخل سياق اجتماعي يكون فيه الطفل مبادراً أو مشاركاً في عملية التواصل نفسها.

يبدأ البرنامج بالتعرف على أكثر الأشياء جاذبية لانتباه الطفل وتستحوذ على أكبر قدر من اهتمامه، سواء أكانت أطعمة أو لعب أو أشخاصا أو أي شيء آخر، ثم يتم رسم صورة ملونة لكل شيء من تلك الأشياء. ويتم تدريب الطفل على التعبير عن طلباته واحتياجاته من خلال استخدامه لتلك الصور ورفعها في يده وإعطائها للمدرب كرسالة تعبيرية عما يريد. فالطفل في البداية لا يسأل عما يريده، ولا يطلب منه تناول الصور أو رفعها، ولا يقول المدرب له أي شيء إلى أن يبادر الطفل ويبدأ التفاعل عندما يضع الصورة المعينة في يده. وفي المرحلة الأولى من التدريب يكون متاحا للطفل صورة واحدة في الوقت الواحد، وتوضع الصور على لوحة تسمى لوحة التواصل، وبالتدرج وفي مراحل أكثر تقدما وبعد أن يصبح الطفل قادرا على استخدام عدة صور واحدة بعد الأخرى، فإن المدرب يستطيع وضع صورتين على اللوحة ثم ثلاث فأربع صور.... الخ.

وعندما يريد الطفل شيئا فإنه يذهب للوحة، وينتزع منها صورة ما يريد وسيجد من يأخذها منه ويلبي له حاجاته. وبعد ذلك نأتي إلى مرحلة أخرى أكثر تقدما حيث يتعلم الطفل أن يكون جملا بسيطة باستخدام عدة صور معا في المرة الواحدة، كل صورة منها تعبر عن رمز أو مفهوم أو كلمة من كلمات تلك الجملة البسيطة. ويستمر التدريب كلما تم التوسع والزيادة في عدد الصور لكل جملة، والتوسع أيضا في عدد وظائف التواصل الرمزي التي يكتسبها الطفل بالتدرج. هذا ويتوقف مدى نجاح هذا الأسلوب التدخلي المبكر على عدة عوامل أهمها مستوى الذكاء العام للطفل التوحيدي.

هذا وثمة برامج أخرى كثيرة لتعديل سلوك للطفل التوحيدي، بعضها إلكتروني يعمل من خلال جهاز الكمبيوتر، مثل برنامج Fast الذي يهدف إلى تحسين المستوى اللغوي للطفل التوحيدي. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الكمبيوتر ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة ويركز هذا البرنامج على جانب واحد هو اللغة (وما تتطلبه من استماع وانتباه) وبالتالي يستلزم تطبيقه أن يكون الطفل قادرا على الجلوس أمام جهاز الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية.

وبصرف النظر عن طبيعة البرنامج التدريبي المستخدم، والهدف الأساسي له، فإن ثمة خصائص محددة للبرنامج الجيد، أهمها الأخذ في الاعتبار أن لكل طفل توحدي مسار خاص به وحده في عملية التدريب والتأهيل، وأن المسار يتم مراجعته وتعديله في ضوء ما يحققه كل طفل على حدة وذلك في ضوء ما أمكن التوصل إليه في كل مرحلة، كذلك من المهم تقسيم عملية التدريب إلى مراحل متتابعة بشكل منطقي وإجرائي، والاعتماد في عملية التدريب على عناصر البيئة المألوفة لدى الطفل ومساعدة الطفل على الاتصال المباشر بها، وبناء الثقة بين الطفل ومدرسه (المدرّب - المدرس - الأم - الأب.... الخ)

كذلك ينصح بألا يكون زمن جلسة التدريب طويلا - لا يزيد عن 30 دقيقة - وذلك لعجز الطفل التوحيدي على التركيز والانتباه لفترات طويلة، وأهمية استخدام أدوات ووسائل مثيرة لحواس الطفل التوحيدي لكي تتجح في المساعدة على تنشيطه على المستويين العقلي والاجتماعي. (العسكر، 2011، ص112-114).

#### 10-4 التدريب على التكامل السمعي (Auditory Integration Training (ALT)

وتقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بأن الأشخاص المصابين للتوحد مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولا ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الأشخاص التوحيدين بحيث يستمعون لموسيقى ثم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة أو ممارسون لها، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي، ولذلك يبقى الجدل مستمرا حول جدوى هذه الطريقة. (الغريير و عودة، 2009، ص109).

#### 10-5 العلاج بالتكامل الحسي (Sensory Integration Therapy (SIT)

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خلا في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحديّة. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحيدين يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحيدين. ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحيدين، إذ يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر "عملية" من التدريب السمعي والتواصل المسير حيث يمكن بالتأكيد

الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، إلا أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية. (غزال، 2007، ص27).

### 10-6 العلاج بالحياة اليومية (DLT) Daily Life Therapy

العلاج بالحياة اليومية هو أسلوب علاجي مكتشف عن طريق الياباني « كيوكيتاهارا Kiyohara » في عام (1964)، ويقوم على مبادئ التعليم الياباني التي تنظر إلى تعلم الأطفال بوجه عام والأطفال الأوتيزميين بوجه خاص بنظرة مختلفة قليلا عن فلسفات الدول الأخرى. وكلمة "هيجاشي" تعني باليابانية "الشروق" وقام « كيتاهارا » بإنشاء مدرسة للأطفال الأوتيزميين وأطلق عليها هذا المسمى نسبة إلى شروق الشمس وأمل مع يوم جديد، وأساسيات برنامج العلاج بالحياة اليومية هي التدريبات العضلية العنيفة التي تؤدي إلى إفراز الجسم كميات كبيرة من الأندورفين والتي بدورها تتحكم في القلق والتوتر الذي يعانيه طفل الأوتيزم، وتركز مدرسة "هيجاشي" على العمل الجماعي والموسيقى والفن والدراما.

ويعد « إسماعيل بدر » (1997) من أوائل من استخدم فنيات العلاج بالحياة اليومية مع الأطفال الأوتيزميين في البيئة العربية، إذ يتفق مع كل من « جوري ولاركن, Gurry & Larkin » (1990) و «كيول وآخرين. Quill et al. » (1989) على أن العلاج بالحياة اليومية مع الأطفال الأوتيزميين يركز في المقام الأول على الجوانب الاجتماعية ويعتمد على 3 نقاط محورية هي:

- 1- تكوين نمط للحياة واستقرار وتثبيت الانفعالات الضعيفة للطفل المركزة على التدريب البدني.
- 2- إراحة الطفل من روح الاعتمادية والتبعية من خلال التعلم الجماعي.
- 3- دعم إثارة الذهن من خلال التكرارات المستمرة لنفس الأفعال والأنشطة.

وحدد « إسماعيل بدر » (1997) المبادئ الأساسية لبرنامج العلاج بالحياة اليومية مع أطفال الأوتيزم في النقاط التالية:

- 1- التعلم الموجه للمجموعة.
- 2- التعامل مع أطفال الأوتيزم في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يشكل ذلك ضغطا عليهم.
- 3- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.

4- تدريب الأطفال على الاعتماد على أنفسهم.

5- تقليل مستويات النشاط غير الهادف.

وعلى الرغم من وجود وتوافر العديد من الدراسات التي تبنت مفاهيم العلاج بالحياة اليومية مع الأطفال الأوتيزميين إلا أنها لم تلق نجاحا واسع الانتشار كعلاج فعال بدرجة جيدة مع الأطفال الأوتيزميين، وربما يرجع السبب في ذلك إلى افتقادها الضبط التجريبي كما أكد « **Bogdashina**, (2005). (عمر، 2010، ص198-200).

### 7-10 العلاج باللعب **Play therapy**

تذكر الجمعية اللبنانية للتوحد (2008) أن اللعب مهمة ليست سهلة بالنسبة للطفل التوحدي، فهو يلعب بطريقة مختلفة عن المتوقع، إذ أنه يختار الطريقة التي تريحه، فهو لا يلعب بالألعاب بل يهتم بمضغها والتلويح بها، كما أنه يلعب بطريقة غير اعتيادية، ويلعب بطريقة عملية، كاللعب بالبرز أو تطابق الأشكال، ويلعب بطريقة بناءة كأن يحدد هدفا ما ويعمل لتحقيقه، ويلعب ألعابا مع قواعد، ويستطيع أخذ أدوار، واللعب مع الآخرين بطريقة محددة دون تغييرها، كما أنه يلعب ألعابا رمزية أو خيالية . ويذكر أيضا « **مصطفى والشربيني** » (2011) أن من فوائد اللعب للطفل التوحدي ما يأتي :

- الحصول على الخبرات الثقافية والانفعالية والاجتماعية التي يحتاج إليها النمو في مرحلة الطفولة المبكرة.

- انخفاض في السلوكيات الاجتماعية غير المناسبة، مثل نوبات الغضب وإيذاء الذات.

- تحسن المهارات اللغوية.

- تسهل الدمج في المدرسة للأطفال التوحديين في تحسن من مهارات التفاعل الاجتماعي مع الأقران.

(جنيد، 2018، ص58).

### 8-10 العلاج بالحمية الغذائية

أشار « **بول شاتوك** , **Paul Shattuk** » بجامعة ساندرلاند ببريطانيا إلى أن أساس اضطراب التوحد هو اضطراب أيضي (**trouble métabolique**) حيث تبين أن اضطراب التوحد يحدث نتيجة (البيتا) وهي مادة تتشأ من البروتينات نتيجة الهضم ، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء العملية الأيضية لبعض أصناف الطعام خاصة الجلوتين (بروتين من القمح و مشتقاته) ، الكازيين (بروتين من

الحليب و مشتقاته)، حيث يحدث تأثير تخديري على التوصيل العصبي و يكون تأثيره بدرجة كبيرة في الجهاز العصبي المركزي، فيسبب اضطرابا في أنظمتها وينتج عن ذلك اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية و نظام المناعة و القناة الهضمية. و يقترح أصحاب هذا الاتجاه برنامجا غذائيا خاص بأطفال التوحد يكون خاليا من "الجلوتين" و"الكازيين بعد فحوصات مخبريه للبول لمعرفة مستوى " البيتااد"، حيث أن الحماية الغذائية المناسبة تساعد الكثير من أطفال التوحد على تحسين بعض المظاهر السلوكية مما يجعلهم أكثر قابلية للتعليم و التدريب.

### 9-10 العلاج بالفيتامينات:

في معهد أبحاث التوحد في كاليفورنيا يعد « ريملاندر، Rimland » أكثر الباحثين الذين استخدموا العلاج بالفيتامينات و المغنيزيوم لتعديل سلوك أعراض التوحد وفي تجارب « ريملاندر » (1987) تبين أن أجسام المصابين بالتوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوفر في الأغذية العادية، و هذه الجرعات الإضافية من فيتامين "B6" (جرعات تتراوح ما بين 30-300 ميليغرام) وجرعات إضافية من المغنيزيوم (جرعات ما بين 350-500 ميليغرام)، فعندما تضاف إلى الوجبات الغذائية للأطفال التوحديين حيث تبين أن 30%-50% من هؤلاء الأطفال تحسن سلوكهم في جوانب التواصل البصري و تحسن في عادات النوم و الانتباه، الحديث و استخدام الكلمات ، تنظيم عادة البول انخفاض الهيجان و الثورات السلوكية ، انخفاض السلوك الروتيني وانخفاض العدوانية اتجاه نفسه.

### 10-10 العلاج الدوائي

يعتبر العلاج بالأدوية النفسية من أكثر الأساليب انتشارا في علاج حالات التوحد وهذا لما تحدثه من تغيرات فيزيولوجية تساعد على التخفيف من شدة الاضطرابات السلوكية، و يتم استخدام العلاج الدوائي إلا بموافقة الطبيب المختص و الالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقار المناسب للحالة و حجم الجرعة و توقيتها و المدة التي يستمر في تعاطيها الطفل، علما أنه حتى الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو شفاء كامل لحالات التوحد ولكن هنا فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يسهل عملية التعلم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدواني أو يهدأ من ثورات الغضب أو من السلوكيات النمطية، و من أهم الأدوية النفسية التي يشيع استخدامها هي كالتالي:

جدول رقم (03): يمثل تشخيص بعض الأدوية التي توصف لأطفال التوحد.

السلوكيات المستهدفة	الصف	الاسم التجاري للدواء	الاسم العالمي للدواء
التقليل من الكآبة العدوانية التقليل من الطقوس	مضاد للاكتئاب	Prozac Anafranine Risperdal	Fluxitime Clomipramine Risperidone
يسهل عملية التعلم يحد من السلوك العدواني.	المهدئات العظمية	Haldol Melleril	Haloperidol Thioridazine
التقليل من الحصر.	مضاد للقلق	Buspar	Buspirone
تخفيض النشاط الزائد.	/	Ritaline	Methylphenidate
تخفيض تقلبات المزاج.	معدلات المزاج	Thelith Depakine Tegretol	Lithium Valproate Carbamazepine

وأخيرا يمكن القول أن الطرق العلاجية المقترحة من طرف الباحثين لعلاج التوحد محاولات ناجحة ساهمت في التخفيف من حدة الاضطراب، وخصوصا تلك التي تعتمد على أسس علمية وتربوية حيث الهدف الأساسي من العلاج هو العمل على تنظيم التصورات الداخلية للطفل انطلاقا من تفسير معاشه، قلقه و أعراضه وذلك بتشجيعه على التعبير عنها.

كما أن تعامل المختصين مع الأولياء يعتبر أمرا مهما، وذلك سعيا إلى تفتح الطفل التوحيدي وتحسين علاقته مع نفسه ومع غيره. (عزاز، 2011، ص 81-83).



## خلاصة الفصل الثاني

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل يمكن القول بأن التوحد يعد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا والتي أثارت وما زالت تثير حيرة واهتمام المختصين والباحثين في هذا المجال، وهذا نظرا للغموض الذي مازال يميز هذا الاضطراب سواء من حيث الأسباب أو الأعراض أو التشخيص وحتى طرق وأساليب التكفل بهذا الاضطراب لذلك ف اضطراب التوحد تتداخل فيه عدة عوامل وأسباب كما أنه يخلف أثارا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية للطفل التوحد.

الأمر الذي يجعل التعامل معه يتميز بالخصوصية، سواء بالنسبة للأخصائيين القائمين على تعليم هذا الطفل أو بالنسبة لأفراد الأسرة التي يعيش فيها هذا الطفل التوحد، حيث ينتج عن وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة (اضطراب التوحد) داخل الأسرة الكثير من المعوقات لدى أفرادها انطلاقا من الوالدين ووصولاً إلى الإخوة، إذ يفرض عليهم هذا الاضطراب نمط حياة مختلف. وبالتالي فإن التوحد لا يؤثر على الفرد المصاب به وإنما يمتد ذلك إلى أفراد أسرته والمحيطين به.



الجانب الميداني

## الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

- 1- حدود الدراسة.
- 2- الدراسة الاستطلاعية.
- 3- منهج الدراسة.
- 4- مجتمع الدراسة وعينته.
- 5- أدوات جمع البيانات.
- 6- الأساليب الإحصائية.

### 1- حدود الدراسة

1-1- الحدود المكانية: يقصد بها المكان الذي تجري فيه الدراسة الميدانية إذ قامت الطالبتان بهذه الدراسة في ولاية جيجل:

-ملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً، جمعية " حنين "لأطفال التوحد ولاية جيجل.  
1-2- الحدود الزمانية: قصد بها المدة الزمنية التي استغرقتها الدراسة الميدانية وعليه فقد أجرتها الطالبتان على فترتين زمنيتين وهي:

الفترة الأولى : وهي الدراسة الاستطلاعية وكانت من 2022/11/09 إلى 2023/03/05.

الفترة الثانية : وتم فيها إجراء الدراسة الأساسية وكانت في الفترة الممتدة من 2023/03/12 إلى 2023/03/21 .

### 2- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة للدراسة الأساسية فهي تعد بالنسبة للباحث أول احتكاك له بالميدان إذا قامت الطالبتان بهذه الدراسة هادفتان إلى ما يلي:

- ✓ التعرف على صعوبات الميدان التي يمكن أن تواجهها الطالبتان خلال القيام بالدراسة الأساسية
- ✓ مساعدتنا في اختيار أدوات جمع البيانات المناسبة.
- ✓ التعرف على مجتمع الدراسة وتحديد خصائصه.

وقد أجريت هذه الدراسة من 2022/11/09 إلى 2023/03/05 بملحقة المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً وجمعية حنين للأطفال التوحد بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية تم حساب الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأداة الدراسة وسيتم عرض ذلك لاحقاً.

### 3- منهج الدراسة

إن اختيار منهج البحث في دراسة أي موضوع لا يأتي من العدم أو نتيجة اختيار عشوائي أو نتيجة ميل الباحث لمنهج معين دون مناهج أخرى وإنما ذلك تفرضه طبيعة البحث قيد الدراسة، فالمنهج يعتبر الطريقة التي لا يستطيع الباحث الاستفتاء عنها في بحثه وعموماً فإنه يختلف من دراسة إلى أخرى حسب طبيعة ومشكل وموضوع البحث. ( من إعداد الطالبتان).

ومن خلال موضوع دراستنا الذي تناول مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى عينة من أمهات أطفال التوحد، فإننا اعتمدنا على المنهج الوصفي حيث يعرف هذا المنهج "بأنه طريقة لوصف الموضوع

المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها". (عبيدات وآخرون، 1999، ص 46).

#### 4- مجتمع الدراسة وعينته

##### مجتمع الدراسة

يعرف مجتمع الدراسة بأنه كل المفردات التي يهتم بها الباحث بدراستها سواء كانت بشرية أو مادية بشرط اشتراكهما في مجموعة من الخصائص وتتحد حسب طبيعة أغراض البحث بهدف تعميم النتائج المتحصل عليها. (عاشور، 2016، ص 265).

ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع أمهات الأطفال المصابين بالتوحد المتواجدين والمسجلين بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا بجيجل وجمعية حنين لأطفال التوحد التي تم ذكرهما سابقا وقد بلغ حجم مجتمع الدراسة 250 أم وفي دراستنا اعتمدنا على المسح الشامل لمفردات المجتمع وبعد استرجاع إستبيانات الدراسة بلغ عددهم 245 مفردة .

#### 5- أدوات جمع البيانات

##### أداة الدراسة ومواصفاتها

إن حسن اختيار أدوات الدراسة يساعد الباحث على جمع أكبر قدر ممكن من البيانات والمعلومات حول موضوع دراسته.

##### - أولا: مقياس الاحتراق النفسي الوالدي (PBI)

وفي هذه الدراسة اعتمدنا على مقياس النفسي الوالدي " Parental Burnout Test " وكان هذا المقياس يدخل ضمن إطار التكيف العالمي الذي شمل مشاركة عدة دول من القارات الخمس، من بينها الجزائر حيث تم تطبيق هذا المقياس المكيف على عينة جزائرية من (أمهات و آباء) من طرف الباحثة بدرة معتصم ميموني، أسامة مجحدي، نسيمه كلو وتم التكيف من نسخة مقياس الاحتراق النفسي الوالدي PBI- Parental Burnout Inventory الذي اعتمد في بنائه على مقياس ماسلاش لقياس الاحتراق النفسي لماسلاش من طرف Marie-Emilie Raes، Isabelle Roskam، و Moïra Mikolajczak الذين قاموا بتقنيته وملائمته مع الإطار الأبوي على عينة كبيرة من الوالدين.

حيث احتوى هذا المقياس في نسخته الأصلية على 58 عبارة وبعد التكييف أصبح يحتوي على 23 عبارة.

أما بدائل هذا المقياس فكانت 7 بدائل وهي كالآتي: أبدا/مطلقا، عدد من المرات في العام أو أقل، مرة في الشهر أو أقل، عدد من المرات في الشهر، مرة في الأسبوع، عدد من المرات في الأسبوع أو أقل، كل يوم.

ويمكن تصنيف نتائج المقياس على أساس درجة الاحتراق النفسي الوالدي لدى الأمهات وهي 3 مستويات: فقد يكون الاحتراق بدرجة عالية أو متوسطة أو بدرجة منخفضة ويتم إعطاء الدرجات للاستجابات حسب تدرج "ليكرت" من 7 نقاط كما يلي:

أبدا/مطلقا = 0 ، عدد من المرات في العام أو أقل = 1 ، مرة في الشهر أو أقل = 2 ، عدد من المرات في الشهر = 3 ،

مرة في الأسبوع = 4 ، عدد من المرات في الأسبوع أو أقل = 5 ، كل يوم = 6.

وفي الجدول التالي نوضح تصنيف مستويات الاحتراق النفسي حسب الدرجات.

جدول رقم (04): يمثل تصنيف مستويات الاحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة حسب الدرجات. (زاوي، 2018 ، ص112).

البعده	منخفض	معتدل	عالي
الإجهاد الانفعالي	$16 \geq$	31 - 17	$32 \leq$
الاتصال الانفعالي	$16 \geq$	31 - 17	$32 \leq$
الإنجاز الشخصي	$11 \leq$	24 - 12	$25 \geq$
الدرجات الكلية	$43 \leq$	44 - 87	$88 \leq$

- ثانيا : الخصائص السيكومترية للمقياس

❖ ثبات المقياس : لتحديد ثبات المقياس ككل، وثبات أبعاده، وينوده استخدمت الباحثة بدرجة

معتصم ميموني، وزملائها على التجزئة النصفية ( فردي - زوجي) ومعادلة "ألفا كرومباخ"

(Alpha) (de Cronbach) وتبين أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الثبات حيث كانت

درجات ثباته تقدر بـ **0.94**

❖ **صدق المقياس:** للتحقق من صدق المقياس اعتمدت الباحثة بدرجة معتصم ميموني، وزملائها على

صدق الترجمة ويقصد به أن يتم ترجمة المقياس تم عرضه على مجموعة من الخبراء في اللغتين

( اللغة الأصلية واللغة العربية الثانية المترجم إليها) لوضع ملاحظاتهم على العبارات الغير جيدة

واقترح صياغات بديلة لها.

## 6- الأساليب الإحصائية

للتأكد من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة تم الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية SPSS

وهو من البرامج الشائعة الاستخدام في مجال تحليل ومعالجة البيانات الخاصة بالأبحاث والدراسات

الإنسانية والاجتماعية وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- النسبة المئوية.
- سلم تنقيط الاحتراق النفسي.

## الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً: عرض نتائج الدراسة.

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى

2-1 عرض نتائج الفرضية الثانية

3-1 عرض نتائج الفرضية الثالثة

4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

1-2 مناقشة وتفسير الفرضية الأولى

2-2 مناقشة وتفسير الفرضية الثانية

3-2 مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة

4-2 مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة



1- عرض نتائج الدراسة:

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى التي مفادها: تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب

التوحد من مستويات مرتفعة من الاحتراق.

جدول رقم (05): يمثل مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب

التوحد على المقياس الكلي.

المجموع الكلي		المستوى العالي		المستوى المعتدل		المستوى المنخفض	
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
%100	245	%05,30	13	%44,08	108	%50,61	124

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن مستويات الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد كانت منخفضة بنسبة 50,61% إلى معتدلة على المقياس ككل، حيث بلغت 44,08%، أما الأمهات اللاتي يعانين من احتراق نفسي مرتفع فقد بلغت نسبتها ب: 05,30%.

2-1 عرض نتائج الفرضية الثانية التي مفادها: تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب

التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي.

جدول رقم (06): يمثل مستويات الاحتراق النفسي المتعلق ببعيد الإجهاد الانفعالي لدى أمهات الأطفال

المصابين باضطراب التوحد.

المجموع الكلي		المستوى العالي		المستوى المعتدل		المستوى المنخفض	
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
%100	245	%00,00	00	%02,85	07	%97,14	238

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لا يعانون من الإجهاد الانفعالي حيث بلغت نسبتها ب 97,14%، بينما سجلت نتائج الدراسة عدم وجود إجهاد انفعالي بدرجة عالية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حيث قدرت نسبتها ب: 00,00%.

### 3-1 عرض نتائج الفرضية الثالثة التي مفادها: تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب

التوحد من مستويات عالية من تبدل المشاعر.

جدول رقم (07): يمثل مستويات تبدل المشاعر لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

المجموع الكلي		المستوى العالي		المستوى المعتدل		المستوى المنخفض	
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
100%	245	00,00%	00	00,00%	00	100%	245

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لا يعانون من تبدل المشاعر حيث بلغت نسبتها ب: 100%، بينما سجلت نتائج الدراسة عدم وجود تبدل المشاعر بدرجة عالية أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد حيث قدرت نسبتها ب: 00,00%.

### 4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة التي مفادها: تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب

التوحد من مستويات عالية من نقص الانجاز الشخصي.

جدول رقم (08): يمثل مستويات الانجاز الشخصي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

المجموع الكلي		المستوى العالي		المستوى المعتدل		المستوى المنخفض	
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار
100%	245	00,00%	00	04,89%	12	95,01%	233

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة من أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لا يعانون من نقص الانجاز الشخصي حيث بلغت نسبتهم ب 95,01%، بينما سجلت نتائج الدراسة عدم وجود نقص الانجاز الشخصي بدرجة عالية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

## 2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

### 1-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يمكن القول بأن الفرضية الأولى التي مفادها « تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي » لم تتحقق حيث كان الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد منخفض إلى معتدل نسبياً.

فرغم وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يشكل أمراً ضاعطاً على جميع أفراد الأسرة ككل، ولاسيما الأم نظراً لكونها هي التي تتكبد عناء الرعاية والاهتمام بأولادها العاديين، وكذلك القيام بمختلف الأدوار وتحمل مسؤوليات المنزل التي تقع على عاتقها، إضافة إلى أن وجود طفل مصاب باضطراب التوحد لديه خصوصية تزيد من أعباء هذه المسؤوليات، حيث يفرض وجود طفل مصاب بالتوحد داخل الأسرة تحديات مختلفة لدى الأمهات كتقديمهم للرعاية والاهتمام الذي يحتاج إليه الطفل المصاب بالتوحد على مدار الأربع وعشرين ساعة من طرف الأم باعتبارها مصدراً رئيسياً في توفير احتياجات هذا الطفل التوحيدي فضلاً عن قيامها بمسؤولياتها وأدوارها المختلفة تجاه باقي أفراد أسرتها. كذلك جمع أفراد الأسرة لمعلومات حول هذا الاضطراب لمعرفتهم كيفية التعامل معه، إضافة إلى زيادة التحدي في زيادة الأعباء وزيادة مستوى الشعور بحسن المسؤولية تجاه الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.

هذه التحديات التي تقف أمام الأمهات في وجود هذا الطفل التوحيدي رغم وجودها إضافة إلى وجود أعباء أخرى وتراكمها إلا أن نتائج دراستنا توصلت إلى أن مستويات الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد منخفضة نوعاً ما إلى معتدل ويرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل والاعتبارات أهمها وجود هؤلاء الأطفال داخل المراكز التأهيلية ودورها في تأهيل أطفال التوحد نسبياً، إعادة التوازن النفسي، و التكيف النفسي، كذلك تأهيل أطفال التوحد سلوكياً، التخفيف من الأعراض السلوكية الظاهرة والمميزة لأطفال التوحد كالسلوكيات النمطية، حالات الانفعالية الشديدة، حالات فرط النشاط نظراً لأنه يوجد بعض الأطفال

المصابين بالتوحد يعانون من فرط النشاط، كذلك تأهيلهم أكاديميا كتعليمهم أساسيات الكتابة، والقراءة والحساب، وتأهيلهم اجتماعيا بحيث يتم تكييفهم ضمن الجماعات لأن أطفال التوحد غالبا ما يكون تواصلهم مع الغرباء ضعيف. كل هذه العملية التأهيلية هي عملية تخفف من الاحتراق النفسي كما أن الخدمات التي تقدمها المراكز هي التي جعلت من الاحتراق النفسي ضعيف، يعني أن هذه العملية التأهيلية ساهمت في مساعدة أفراد الأسرة خاصة الأمهات في توصيل أبناءهم إلى مستوى نفسي، سلوكي، اجتماعي، لغوي وغيرها من المستويات خفف عليهم الأعباء.

أيضا من أسباب الاحتراق النفسي المنخفضة عملية التأهيل داخل المراكز بالإضافة إلى الخبرة التي تكونها الأمهات وأفراد الأسرة في تعاملها مع الطفل عبر سنوات مختلفة، وليس في أول تعاملها مع الطفل التوحدي خاصة لما يتم اكتشاف هذا الاضطراب لديه وذلك من خلال قيام الأمهات وأفراد الأسرة بأبحاث حول هذا الاضطراب وجمع المعلومات حوله، وأيضا أخذ نصائح مختلفة من عند الأخصائيين لمعرفة كيفية التعامل مع الطفل التوحدي. هذه الخبرة التي تكونها الأمهات في التعامل مع أبناءهم من سنة إلى أخرى تخفف عليهم الضغوط وبالتالي يصبح التكفل بأبنائهم المصابين بالتوحد أسهل من سنة إلى أخرى وهذا ما يجعل الاحتراق النفسي منخفض إلى معتدل.

وأكدت دراسة " ماجد محمد عثمان عيسى" و " شدا إسماعيل محمد الثيتي " (2021، ص293) من خلال نتائجها إلى أنه يوجد انخفاض في مستوى الاكتئاب والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وأيضا دراسة "اغبارية " 2017، التي أفضت إلى أن أمهات أطفال التوحد يتمتعون بمستوى متوسط من الاحتراق النفسي. (جاجان و سعيد، 2020، ص246).

في حين اختلفت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة " سعيد و محمد " (2020) التي توصلت نتائجها إلى أن أمهات أطفال التوحد يعانون من مستويات عالية من الاحتراق النفسي. (عبد النبي، 2021، ص504).

وبالعودة إلى ما جاء في الأدب النظري من العوامل المخففة للاحتراق النفسي تلقي الأمهات المساعدة من جانب أحد أفراد أسرتهن في مساعدتهن على التكفل بأطفالهن، من حين لآخر لتخفيف عبء وعناء رعاية أطفالهن مما يمنحهن فرصة لأخذ الراحة وقدرتهن على شحن وإعادة طاقتهم من جديد بعيدا عن مصدر الضغط وهم الأطفال. هذا من شأنه أن يخلص الأمهات من التعب، والضغط اليومي

الناجم عن تراكم الأعباء والمسؤوليات التي تتعرض لهن الأمهات. إضافة إلى تعلم الأمهات مسايرة أنفسهن في التعامل مع أطفالهن من خلال استخدامهن لأساليب، وطرق ملائمة للتعامل مع أطفالهن مما يتمتعن القدرة على التكيف النفسي، والاجتماعي، مع أطفالهن وباقي أفراد الأسرة. وأيضا قدرتهن على المحافظة على روح الدعابة وتمتعهن بشخصية مرحة رغم تعرضهن إلى ضغوطات وأعباء مختلفة وإعاقة أبنائهن وما ينجم عنها يجعلهن أقل عرضة إلى الاحتراق النفسي.

## 2-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

يمكن القول بأن الفرضية الثانية التي مفادها « تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي » لم تتحقق حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد مستوى منخفض من الإجهاد الانفعالي.

فرغم تراكم الأعباء والضغوطات والمسؤوليات الزائدة وكثرة الأدوار المختلفة، الموكلة إلى أمهات أطفال التوحد وما يواجههم من ضغوطات نفسية كثيرة في محاولتهن احتواء أبنائهن المضطربين. فهذه المسؤولية تستنزف مساحة كبيرة من تفكيرهن، حول كيفية الوصول بأبنائهن إلى مستوى من التكيف النفسي، والاجتماعي، والعقلي، والدراسي، الذي يمكنهم من تحقيق النجاح مع الأطفال العاديين الأمر الذي يجعلهن أمام تحدي نفسي بالدرجة الأولى.

هذه المحاولة لإيصال أبنائهن إلى مرحلة من التكيف وغيرها تشكل تحديا نفسيا وضغطا نفسيا على الأمهات، مما قد يصيبهن بحالة من الإجهاد الانفعالي في ظل وجود إخوة آخرين من العاديين يتطلب مسؤولية واهتمام ورعاية وغيرها.

وبالعودة إلى الأدب النظري نجد أن " الظفري سعيد " و " القريوتي إبراهيم " (2010، ص80) يعرفان الإجهاد الانفعالي بأنه شعور عام بالتعب ينتاب الفرد نتيجة أعباء العمل والمسؤوليات الكثيرة التي تقع على عاتقه حيث يصل فيه للمستوى الذي يعجز فيه عن العطاء. كما تعزى نتيجة هذه الفرضية إلى قدرة أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد على تمتعهن بقدرة تحملهن لهذا الاضطراب وقدرتهن على إظهار مشاعر الحب والحنان والاهتمام لدى أطفالهم مما يجعلهن فخورات بأنفسهن كونهن أمهات الأطفال التوحديين، كذلك يصبحن قادرات على التغلب على الإجهاد النفسي والبدني والانفعالي لمواصلة تحمل أعباء التكفل.

لكن ما جاء في دراسة " مهند عبد سليم العالي " 2003 ينص على أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة مرتفعة على بعد الإجهاد الانفعالي. (دبابي، 2012، ص88).

### 2-3 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

يمكن القول بأن الفرضية التي مفادها « تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من تبلد المشاعر » لم تتحقق هذه الفرضية حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد مستوى منخفض من تبلد المشاعر.

وتبرر الدراسة هذه النتيجة إلى رغبة الأمهات في التكفل بأبنائهن المصابين بالتوحد، ورغبتهم في رعايتهن وتقبلهن كونهن أمهات لديهن أطفال مصابين بالتوحد، وشعورهن بالمتعة أثناء التعامل مع أطفالهم حيث تعتبر مجموعة من المشاعر الحية عند هؤلاء الأمهات. وهذا دافع إيجابي يجعل الأم دائما تبحث عن كيفية تحسين ورفع من مستوى ابنها وكيفية التكفل به بشكل مستمر، بالإضافة إلى أن هذه المشاعر الحية لدى الأمهات تجعلهن لا يستسلمن في مواصلة اهتمامهن ورعايتهن لهذا الابن و أبنائهن العاديين أيضا، فهذا عامل مهم يجعل نوعية رعايتهن واهتمامهن لأبنائهن التوحديين من النوعية الجيدة من خلال محاولة إيصال أبنائهن إلى مستوى نفسي، اجتماعي، أكاديمي، دراسي جيد، لأن هؤلاء الفئة من أطفال التوحد نستطيع دمجهم في المدارس العادية.

وهذا يعني أن الجانب الشعوري أو المشاعر أو الوجدان لدى الأمهات مزال حيا يتمثل في الاهتمام، التقبل والدافعية، والاهتمام بأبنائهم. وبالرجوع إلى ما جاء في الأدب النظري فقد أكدت " الضمور ختام علي " (2008، ص08) على أن تبلد المشاعر يشير إلى العلاقات الشخصية وفقدان الشعور الإنساني عند التعامل مع الآخرين ومعاملتهم بطريقة سلبية وقاسية، إلا أن أمهات عينة الدراسة تمتعن بمشاعر إنسانية حية تجاه المحيطين بهم خاصة أبنائهن المصابين بالتوحد .

وأیضا من العوامل التي جعلت مستوى تبلد المشاعر منخفض يرجع إلى دور المراكز في مساعدة الأمهات على تقبل أبنائهن و تزويدهن بمهارات التعامل معهم، أيضا ترسيخ فكرة أن هذا الابن رغم اضطرابه يمكن أن يكون شبه عادي خاصة إذا كان التكفل جيد، بالإضافة إلى مساعدة أمهات أطفال التوحد على التكيف النفسي مما يؤدي بهم إلى الشعور بمعنى وقيمة الحياة واسترجاعهم لطعم الحياة ككل، رغم وجود أطفال مصابين باضطراب التوحد شأنهم شأن الأطفال العاديين. وهذا ما أكدته النظرية

الوجودية في تفسيرها للاحتراق النفسي على عدم وجود المعنى في حياة الفرد فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته يعاني نوعا من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم أهمية حياته وبالتالي تبدل المشاعر. (سماني، 2012، ص16). كما تعزى هذه النتيجة أيضا إلى شعاع الثقة والأمل الذي تمتلكه أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

وقد تشابهت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة " السرطاوي " 1997 التي توصلت إلى وجود مستوى متدني من الاحتراق النفسي في بعد تبدل المشاعر. (الزهراني، 2008، ص93)، بينما اختلفت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة " محمد عمر الخرايشة " 2005 التي توصلت نتائجها إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة متوسطة على بعد تبدل المشاعر وأيضاً دراسة " مهند سليم عبد العالي " 2003 التي بينت نتائجها أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة معتدلة على بعد تبدل المشاعر. (دبابي، 2012، ص88)، إضافة إلى دراسة " راضي و عبد الحافظ " 2012 التي توصلت نتائجها إلى أن معلمات التربية الخاصة يعانون من مستوى معتدل من تبدل المشاعر. (معروف، 2013، ص 55).

من خلال نتائج الدراسة وتفسيرها نتوصل إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد يمتلكون الحيوية والنشاط أثناء تعاملهم مع أطفالهم كما يجدون سهولة في التكفل بأطفالهم وتقديم المساعدة لهم.

#### 4-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

يمكن القول بأن الفرضية التي مفادها « تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من نقص الإنجاز الشخصي » لم تتحقق هذه الفرضية حيث أظهرت نتائج الدراسة إلى أن مستوى الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد مستوى منخفض من نقص الإنجاز الشخصي.

وتبرر الدراسة هذه النتيجة إلى رغم كثرة ضغوطات الحياة اليومية وأعبائها المتركمة لدى أمهات أطفال التوحد إلا أنهم لا يشعرون بالتقصير أثناء التعامل مع أبنائهم، ويقومون بدورهم كأمهات بكل حيوية و نشاط تجاه أطفالهم التوحديين، إلا أنهم لا يقيمون أدائهم بطريقة سلبية إضافة إلى قدرة هؤلاء الأمهات على وضع أهداف واقعية أثناء تعاملهم مع أطفالهم المصابين بالتوحد التي من شأنها أن تطور

أدائهم مستقبلاً، وأيضاً ثقة أمهات أطفال التوحد بالمختصين، والمربين، والعاملين، مع أطفال التوحد المتواجدين في المراكز بقدرتهم الشخصية في ميدان العمل مما يجعلهم يركزون على المشاكل التي تخص أطفال التوحد والعناية بهم من جميع النواحي بالطريقة المطلوبة.

وبالعودة إلى ما جاء في الأدب النظري فإن النظرية المعرفية ترى بأن الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي هم أشخاص لديهم أخطاء في طريقة تفكيرهم بما يحملونه من آراء واتجاهات و معتقدات نحو أنفسهم ونحو الأحداث الضاغطة فهم يتصورون الأخطار الصغيرة في صورة كوارث كبيرة وذلك رغم أن الأحداث الضاغطة أقل خطر من الطريقة التي يدرك بها الأشخاص هذه الأحداث. وترى أصحاب هذه النظرية أن الاحتراق النفسي والضغوط النفسية لا يمكن عزلها عما يتعلمه الفرد من البيئة أو المجال المحيط به ويمكن التقليل من مستوى الاحتراق النفسي من خلال التفكير الإيجابي بالأحداث المحيطة بهم والتركيز على النقاط الإيجابية وتغيير وتعديل أفكارهم السلبية. (الخميسة، 2018، ص32). وقد يكون ذلك ماسعاً للأمهات على أن يكون مستوى إنجازهم الشخصي مرتفع وفي هذا الصدد أشار: فرويدنبرجر أن الأسباب الفردية لحدوث الاحتراق النفسي حيث أكد على أنه كما كانت درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته مرتفعة كان شعوره بالإنجاز الشخصي مرتفعاً والعكس صحيح كلما كانت درجة تقييم الفرد لنفسه ولقدراته منخفضة كان هناك شعور بنقص الإنجاز الشخصي.

وقد تشابهت نتيجة هذه الفرضية مع بعض نتائج الدراسات السابقة كدراسة " مهند عبد سليم عبد العلي " 2003 التي توصلت نتائجها إلى أن مستوى الاحتراق النفسي جاء بدرجة متدنية على بعد الشعور بنقص الإنجاز الشخصي. (دبابي، 2012، ص88)، واختلفت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة " راضي " و " عبد الحافظ " 2012 التي توصلت إلى أن معلمات التربية الخاصة يعانين من مستوى عالي من نقص الإنجاز. (معروف، 2013، ص55)، إضافة إلى دراسة " عمر محمد الخرايشة " 2005 والتي توصلت إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالإنجاز. (دبابي، 2012، ص88).

ومن خلال نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها نصل إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد ليس لديهم احتراق نفسي على بعد الشعور بنقص الإنجاز الشخصي.



خلاصة عامة:

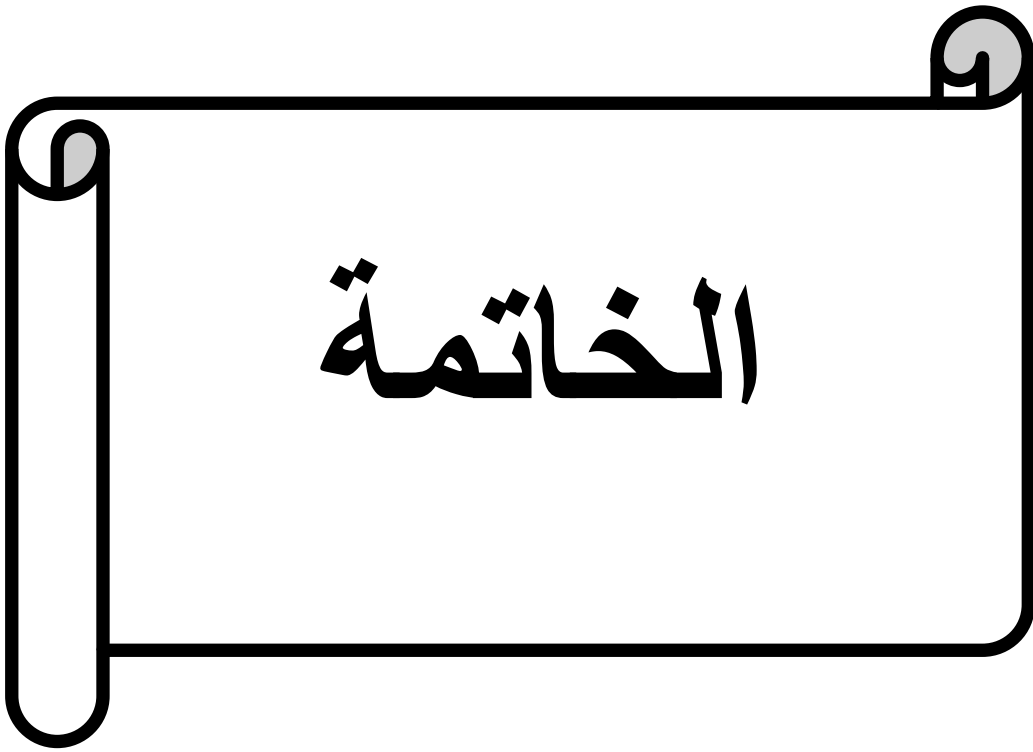
نستنتج من خلال هذه الدراسة أن ظاهرة الاحتراق النفسي مشكلة تواجهها أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد، ذلك نتيجة تعرضهم لكثرة الأحداث والمواقف والضغوطات اليومية المتراكمة التي تقع على عاتقهم والتي تشكل خطراً على توازنهم النفسي.

وهذه الأحداث والمواقف منها ما تستطيع الأمهات مواجهتها والتغلب عليها، ومنها ما تعجز في التصدي لها بفاعلية مناسبة، ومن بين الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات و تؤثر على قدرتهم في مواجهة أعبائهم والقيام بوظائفهم الرئيسية واضطراب أحوالها هي تلك الضغوطات والمشكلات الناجمة عن إعاقة أطفالهم حيث يمثل ميلاد طفل مصاب باضطراب التوحد في الأسرة أمراً صعباً وضاعطاً على جميع أفرادها بشكل عام ويفرض على كل فرد فيها تحمل أدوار ومهام جديدة كما يمثل بداية تشكل لسلسلة من الضغوط والأعباء النفسية المتراكمة التي ترهق أفراد الأسرة وخاصة الأم كونها هي التي تتكبد عناء الرعاية والاهتمام وتربية أطفالها العاديين والقيام بمختلف الأدوار وتحمل مسؤوليات المنزل التي تقع على عاتقها وما يترتب عليها من إعاقة طفلها المصاب باضطراب التوحد.

كما تواجه الأم المصاب ابنها باضطراب التوحد ضغوطات نفسية وتحديات متراكمة تنعكس سلباً على صحتها النفسية حيث تترجم هذه الضغوطات إلى أمراض نفسوجسدية مختلفة تؤدي بها إلى حالة نفسية تشعر بها الأم المصاب ابنها باضطراب التوحد بالتعب والإرهاق النفسي والجسدي وشعور بالعجز وعدم قدرتها على التكيف مع متطلبات طفلها المصاب باضطراب التوحد على المدى الطويل نتيجة تعرضها لضغوط وأعباء الحياة اليومية المتراكمة والمستمرة، وعدم قدرتها على التوافق معها مما يؤثر على استقرار حياتها اليومية. خاصة إذا كانت تعيش في بيئة ضاغطة اجتماعياً بسبب اختلاف طفلها عن الأطفال العاديين وما تتعرض له من مواقف أو عدم تلقيها للمساعدة اللازمة من طرف الأب أو أحد أفراد الأسرة وقيامها بكافة الأعباء والاهتمام بطفلها التوحدي مما يجعلها تشعر بالقلق والتوتر والضغط النفسي والاكتئاب لفترات طويلة تؤدي بها في نهاية المطاف إلى الاحتراق النفسي.

كما أن الطفل المصاب بالتوحد يحتاج إلى قدر كبير من الرعاية والاهتمام على مدار الأربع وعشرين ساعة من قبل الأم باعتبارها مصدراً رئيسياً في توفير احتياجات هذا الطفل التوحدي فضلاً عن قيامها بمسؤوليات وأدوار أخرى مختلفة تجاه باقي أفراد أسرتها مما ينشأ عن ذلك نوعاً من تراكم الضغوط

النفسية التي تؤثر بشكل سلبي على وظائف الأسرة ولاسيما الأم نظرا لكونها أكثر الأشخاص تأثرا بإصابة طفلها باضطراب التوحد وباعتبارها الشخص الأكثر اتصالا به مما يجعلها تعاني من التعب والإرهاق النفسي والبدني في مواجهة تحديات وعقبات لتحقيق التوازن بين تلبية احتياجات الطفل المصاب بالتوحد وبين القيام بالمسؤوليات اليومية الملقاة على عاتقها وهذا الخلل وعدم الموازنة بين المطالب المفروضة وقدرة الأم على تنفيذها لها هو مصدر للاحتراق النفسي.



إن كل دراسة تتطلق من إشكال يتطلب الإجابة عنه أو تشخيص مصدر المشكلة وقد عملت الطالبتان في هذه الدراسة على الإجابة على التساؤل الرئيسي وحاولتا من خلاله معرفة مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد. كما أن لكل دراسة أهداف وفرضيات توجهها إلى مسارها الحقيقي وتوضح لها الأدوات اللازمة لموضوع الدراسة وتحديد المنهج الملائم لها حيث انطلقت الباحثتان من فرضيات تم اختبارها ميدانيا ومعالجتها إحصائيا وكانت نتائج هذه الفرضيات غير محققة حيث أسفرت نتائج الدراسة الحالية إلى ما يلي:

- تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات منخفضة إلى معتدلة نسبيا من الاحتراق النفسي.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من الإجهاد الانفعالي.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من تبدل المشاعر.
- لا تعاني أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد من مستويات عالية من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

وفي الأخير نأهل أن تكون هذه الدراسة انطلاقة للاهتمام وتوجيه العناية بأسر الأطفال المصابين باضطراب التوحد خاصة الأمهات وذلك من أجل التقليل من ظاهرة الاحتراق النفسي التي تشكل خطرا كبيرا على الصحة النفسية لدى هؤلاء الأمهات.



# قائمة المراجع

01. إبراهيم، أحمد، (2020)، *التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته*، المجلة الاجتماعية والقومية، المجلد 57، العدد (2)، 35 - 36.
02. أحمد، حسام الدين جابر السيد، (2018)، *تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحيدين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل غير اللفظي*، مجلة البحث العلمي في التربية، (19)، 306.
03. باوية، نبيلة، (2012)، *مستوى الاحتراق النفسي لدى الطالب الجامعي*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (8)، 322.
04. براجل، إحسان، (2017)، *علاقة مصدر الضغط بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أمهات أطفال التوحد*، أطروحة دكتوراه الطور الثالث (ل. م. د)، في علم النفس تخصص علم النفس المرضي للراشد، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
05. بن زهرة، عابد، (2015)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى أساتذة التربية البدنية والرياضة في مرحلة التعليم المتوسط*، رسالة ماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر سيدي عبد الله، زرالدة.
06. بن عامر، زكية، (2017)، *مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي الأقسام النهائية وعلاقتها ببعض المتغيرات*، أطروحة مقدمة لنيل دكتوراه في علم النفس، جامعة جيلالي إلياس، سيدي بلعباس.
07. بني أحمد، محمد عوض، (2007)، *الاحتراق النفسي والمناخ التنظيمي في المدارس*، (ط، 1)، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
08. بيومي لمياء عبد الحميد، (2008)، *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحيدين*، رسالة ماجستير جامعة قناة السويس، كلية التربية.
09. توام، مريم جمال محمد، (2019)، *أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد*، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة القدس المفتوحة.

10. تلامي، نبيلة، (2017)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بالتوافق المهني، لدى الزوجة العاملة*، أطروحة مقدمة لنيل دكتوراه في الطور الثالث علم النفس تخصص علم النفس العمل والتنظيم، جامعة خيضر، بسكرة.
11. جرار، سنابل أمين صالح، (2011)، *الجدية في العمل وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى مديري المدارس الحكومية الثانوية في محافظات شمال الضفة الغربية*، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، كلية الدراسات العليا.
12. جاجان، جمعة محمد وسعيد، رضوان صديق، (2020)، *الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال التوحد (الأوتيزم)*، مجلة الفنون والأدب وعلوم الإنسانية والاجتماع، العدد (53)، 246.
13. جلنبو، حليلة عطية حسن، (2016)، *مستوى ممارسة معلمي المدارس الأساسية الخاصة في محافظة العاصمة عمان لأنماط الإدارة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لديهم من وجهة نظرهم*، رسالة ماجستير تخصص الإدارة والقيادة التربوية، جامعة الشرق الأوسط، كلية العلوم.
14. الجلامدة، فوزية عبد الله، (2013)، *اضطرابات التوحد في ضوء النظريات (المفهوم، التعليم، المشكلات المصاحبة)*، (ط، 2)، دار الزهراء للنشر والتوزيع، الرياض.
15. جنيد، محمد نبيل محمد، (2018)، *فاعلية برنامج قائم على استخدام تقليل السلوك التطبيقي لزيادة الانتباه لدى عينة من أطفال التوحد*، رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية بغزة، كلية التربية.
16. الحاتمي، سليمان بن علي بن محمد بن راشد، (2014)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات لدى المعلمين العاملين في محافظة القاهرة بسلطنة عمان*، رسالة ماجستير تخصص الإرشاد النفسي، جامعة نزوى، كلية العلوم والآداب.
17. الحراقي، زيني مشكو حجي، (2009)، *دراسة مقارنة في الاحتراق النفسي لدى مدرسي كلية التربية الرياضية، المجلة الأردنية في علوم التربية، المجلد 15، العدد (52)، 92.*
18. حسن، إلهام محمد، (2016)، *الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والأطفال العاديين*، رسالة ماجستير في التربية الخاصة، جامعة دمشق، كلية التربية.

19. حسن، خليل سالي إبراهيم، (2019)، *التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذاتويين*، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، المجلد 5، العدد (4)، 169-170.
20. حسونة، ربا سمير عبد الجواد، (2015)، *مستوى تغطية الإعلام الأردني لظاهرة اضطراب التوحد في المجتمع الأردني من وجهة نظر أولياء الأمور*، رسالة ماجستير في الإعلام، جامعة الشرق الأوسط، كلية الإعلام.
21. خطارة، عبد الرحمن، (2018)، *مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة*، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، العدد (7)، 50.
22. الخطاطبة، محمد عبد القادر أحمد، (2021)، *مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التلاميذ ذوي اضطراب في مدينة الذمام وعلاقته بالذكاء العاطفي لديهم*، مجلة الدراسات الدولية التربوية والنفسية، المجلد 9، العدد (3)، 712.
23. الخميسة، عمر سعود، (2018)، *الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى المرشدين التربويين في محافظة العاصمة عمان*، مجلة جامعة فلسطين لأبحاث والدراسات، المجلد 8، العدد (1)، 32.
24. دبابي، بوبكر، (2012)، *مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الابتدائية*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (9)، 88.
25. دبابي، بوبكر ولعيس إسماعيل، (2013)، *البرامج الإرشادية كأحد أهم الاستراتيجيات للتخفيف من حدة الاحتراق النفسي في مهنة التدريس*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (12)، 14.
26. دريري، نشوة كرم عمار أبوبكر، (2007)، *الاحتراق للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات*، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير تخصص الصحة النفسية، جامعة الفيوم، كلية التربية.
27. زاوي، أمال، (2018)، *الاحتراق النفسي الأمومي وأثر بعض المتغيرات الشخصية على مستوياته لدى الأمهات العاملات والأمهات غير العاملات ولاية تلمسان*، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم تخصص علم النفس العيادي، جامعة أحمد بن بلة، وهران 2.



28. الزراع، نايف عابد (2014)، *المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل*، (ط، 2)، دار الفكر ناشرون و موزعون، عمان.
29. الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج، (2010)، *التوحد (السلوك، التشخيص، العلاج)*، (ط، 1)، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
30. الزهراني، نوال بنت عثمان بن أحمد، (2008)، *الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض السمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة*، مذكرة تخرج لنيل الماجستير في الإرشاد النفسي، جامعة أم القرى، كلية التربية، المملكة العربية السعودية.
31. سراي، محمدي، (2012)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى أساتذة المرحلتين المتوسطة والثانوية*، رسالة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الأساسية والاجتماعية.
32. السعيد، شرين البدرابي عبد التواب، (2017)، *التوحد لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال*، المجلد 4، العدد (2)، 392-393.
33. سليم ، عبد العزيز إبراهيم، (2011)، *الاضطرابات النفسية لدى الأطفال*، (ط، 1)، دار المسيرة، عمان.
34. سليمان، سناء محمد، (2014)، *الطفل الذاتوي (التوحد) بين الغموض والشفقة والفهم والرعاية*، (د، ط)، عالم الكتب.
35. سماني، مراد، (2012)، *استراتيجيات التعامل عند الذين يعانون من الاحتراق النفسي لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران*، مذكرة تخرج لنيل الماجستير تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية.
36. الشامي، وفاء علي، (2004)، *سمات التوحد وتطورها وكيفية التعامل معها*، (ط، 1)، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
37. شبيب، عادل جاسب، (2008)، *ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء*، رسالة ماجستير في علم النفس العام، الجامعة الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.

38. شليحي، رابح، (2011)، *فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات العناية بالذات لعينة من أطفال التوحد*، رسالة ماجستير في التربية الخاصة، جامعة الجزائر 02، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
39. صالح، علي عبد الرحيم ، (2014)، *المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية*، (ط، 1) دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان.
40. الصياح، محمد ربيع إدريس، (2014)، *فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي*، رسالة دكتوراه في علم النفس قسم الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، كلية التربية.
41. الضمور، ختام علي، (2008)، *الاحتراق النفسي لدى الأم العاملة وأثره في طريقة تعامل الأسر مع الأبناء من وجهة نظر الأمهات العاملات في محافظة الكرك*، رسالة ماجستير تخصص الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة الأردن، كلية علوم التربية.
42. طايبي، نعيمة، (2013)، *علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين*، أطروحة مقدمة لنيل دكتوراه، في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
43. الظفري، سعيد والقريوتي إبراهيم، (2010)، *الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في سلطنة عمان*، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 6، العدد (3)، 180.
44. عاشور، نادية سعيد، (2016)، *منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية*، (ط، 1)، مؤسسة حسين رأس الجبل للنشر والتوزيع، قسنطينة.
45. العبادي، رائد خليل، (2006)، *التوحد*، (ط، 1)، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان.
46. عبد الحميد، هبة محمد، (2008)، *معجم المصطلحات التربوية وعلم النفس*، (ط، 1)، دار البداية ناشرون وموزعون، عمان.
47. عبيدات، محمد وآخرون، (1999)، *منهجية البحث العلمي*، (ط، 2)، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.

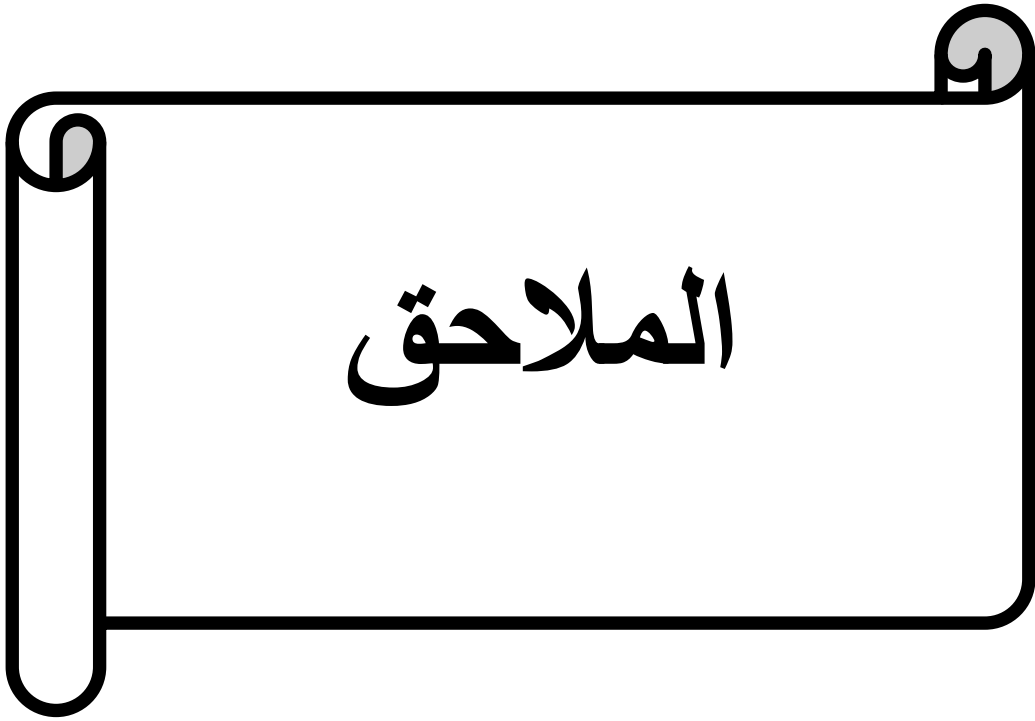
48. العبيدي، عفراء إبراهيم خليل، (2021)، *الضغوط النفسية والخوف من المستقبل لدى أمهات أطفال طيف التوحد في مدينة بغداد*، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، المجلد6، العدد (1)، 11.
49. عبد الله، محمد قاسم، (2001)، *الطفل التوحدي أو الذاتوي، الانطواء حول الذات ومعالجة اتجاهات حديثة*، (ط، 1)، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، حلب.
50. عبد النبي، نادية علي المهدي، (2021)، *الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال طيف التوحد (أطفال اضطراب التوحد بمركز فزاز نمونجا)*، مجلة أبحاث، العدد (18)، 504.
51. عزاز، محمد زهير، (2011)، *فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الذاكرة الدلالية وأثر ذلك على الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين*، رسالة الماجستير في الأرتوفونيا وأمراض اللغة والاتصال، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية.
52. العزاوي، أنور قاسم ويحي، إياد محمد، (2007)، *الاحتراق النفسي لدى معلمات الصفوف الخاصة، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد5، العدد (2)، 288.*
53. العسكر، عهود بنت بشير بن سعود، (2011)، *فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لأسر أطفال التوحد البسيط في مدينة الرياض*، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية ، المملكة العربية السعودية.
54. عصفور، غدي عمر محمود، (2012)، *الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين*، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة عمان العربية، كلية العلوم التربوية والنفسية.
55. عقون، آسيا، (2020)، *فاعلية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي وتحسين الأداء المهني لدى معلمي المرحلة الابتدائية لولاية سطيف*، جامعة العربي بن مهدي أم البواقي.
56. علي أحمد، إبراهيم عواد، (2019)، *أثر سلوكيات الصمت التنظيمي على الاحتراق النفسي*، أطروحة دكتوراه المهنية في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، كلية التربية.

57. علي، أماني عبد الله، (2013)، *الاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة في أفريقيا، وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية*، أطروحة دكتوراه، تخصص الفلسفة في علم النفس جامعة الخرطوم.
58. عمر، محمد كمال أبو الفتوح، (2010)، *الأطفال الأوتستيتيك*، (ط، 1)، دار نهران للنشر والتوزيع، عمان.
59. عيسى، ماجد محمد عثمان والثبتي، شذا شعيل محمد، (2021)، *فعالية برنامج إرشادي في خفض أعراض الاكتئاب والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد*، مجلة البحث العلمي في التربية، المجلد 22، العدد (07)، 293.
60. غانم، شوقي أحمد، (2013)، *تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس سورية*، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي التربية الخاصة للأطفال التوحديين، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا.
61. الغزير، أحمد نايل و عودة، بلال أحمد، (2009)، *سيكولوجية أطفال التوحد (الأسباب، التشخيص، العلاج)*، (ط، 1) دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
62. غزال، عبد الفتاح علي، (2012)، *سيكولوجية الإعاقات (النظريات والبرامج العلاجية)*، (د، ط)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
63. غزال، مجدي فتحي، (2007)، *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان*، رسالة ماجستير في التربية الخاصة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا.
64. فاضل، ريماء مالك، (2015)، *فاعلية برنامج تدريبي لاستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد*، رسالة ماجستير في تقويم اللغة والكلام، جامعة دمشق، كلية التربية.
65. فرحات، شرين عبد الباقي محمد، (2016)، *الاحتراق النفسي وعلاقته بالكفاءة الإنتاجية في أداء المهام المنزلية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد*، مجلة الاقتصاد المنزلي، المجلد 26، العدد (3)، 249.

66. الفريحات، عمارو الرضي وائل، (2010)، *مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمات رياض الأطفال في محافظة عجلون*، مجلة جامعة النجاح لأبحاث العلوم الإنسانية، المجلد 24، العدد (5)، 3.
67. فؤاد، بسمة أسامة السيد وسليمان، عبد الرحمن سيد، (2020)، *مقياس جودة حياة أسرة الطفل ذي اضطراب التوحد*، مجلة كلية التربية، العدد (44)، 61.
68. القرشي، أمير إبراهيم، (2010)، *التدريس لنوى الاحتياجات الخاصة بين التصميم والتنفيذ*، (ط، 1)، عالم الكتب، القاهرة.
69. كريع، محمد، (2010)، *الرضا الوظيفي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المدربين*، رسالة ماجستير تخصص إرشاد نفسي رياضي، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
70. كوافحه، تيسير مفلح وعبد العزيز، عمر فواز، (2010)، *مقدمة في التربية الخاصة*، (ط، 4)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
71. اللالا، وآخرون، (2011)، *أساسيات التربية الخاصة*، (د، ط)، الرياض.
72. مجيد، سوسن شاكر، (2010)، *التوحد (أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه)*، (ط، 2)، دار ديبونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
73. محمد، أحمد على حسب الرسول، (2018)، *جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى أخصائي علم النفس العاملين مع أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الجزيرة*، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة النيلين، كلية الدراسات العليا كلية الآداب.
74. محمد، عادل عبد الله والعنزي، فريح عويد، (2020)، *أسباب تجنب الأطفال ذوي اضطراب التوحد للتواصل البصري من وجهة نظر الآباء والأخصائيين*، المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، المجلد 4 ، العدد (12)، 286.
75. مدوري، يمينة، (2015)، *الاحتراق النفسي و علاقته بأنماط الشخصية و بطبيعة الممارسات المهنية*، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية.

76. مسكون، نهال مجد، (2017)، *فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات المعرفية لدى أطفال التوحد*، مذكرة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي، جامعة حلب.
77. مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل، (2011)، *التوحد (الأسباب التشخيص العلاج)*، (ط، 1)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان.
78. مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل، (2011)، *التوحد (الأسباب التشخيص العلاج)*، (ط، 2)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان.
79. المصدر، إيمان جمال سالم، (2015)، *فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تعديل سلوك أطفال التوحد*، رسالة ماجستير تخصص الصحة النفسية المجتمعية، جامعة غزة، كلية التربية.
80. معروف، محمد، (2013)، *استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي*، رسالة ماجستير تخصص الصحة النفسية والتكيف المدرسي، جامعة وهران، وهران، كلية العلوم الاجتماعية.
81. معلوم، ليلي، (2015)، *الضغط المهني وعلاقته بظهور الاحتراق النفسي لدى الصحفيين في المجالين الكتابي والسمعي*، رسالة ماجستير تخصص علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية.
82. المغلوث، فهد بن حمد، (2006)، *التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟*، (ط، 1)، مؤسسة الملك خالد الخيرية، عمان.
83. ملح، نسرین، (2014)، *فاعلية برنامج تدريبي قائم علي تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد*، أطروحة دكتوراه في التربية الخاصة، جامعة دمشق، كلية التربية الخاصة.
84. ملال، خديجة، (2010)، *تقنين مقياس الاحتراق النفسي ل ماسلاك و جاكسون في الوسط شبه الطبي*، رسالة ماجستير في علم النفس وعلوم التربية تخصص قياس وتقويم ، كلية العلوم الاجتماعية.

85. منصورى، نبيل، (2011)، مفهوم الذات وعلاقته بظاهرة الاحتراق النفسى لدى حكام كرة القدم، رسالة ماجستير تخصص الإرشاد النفسى الرياضى، معهد التربية البدنية والرياضة، جامعة الجزائر 3، معهد التربية البدنية والرياضة.
86. المهداوى، عبد الله بن محمد بن حسن، (2002)، مستويات وأبعاد الاحتراق النفسى وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى المرشدين الطلابيين فى المرحلتين الابتدائية والمتوسطة بإدارة تعليم العاصمة المقدسة، رسالة ماجستير فى علم النفس تخصص توجيه تربوى ومهنى، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، كلية التربية.
87. نافع، هبة أحمد محمد، (2020)، فاعلية برنامج قائم على نظرية العقل فى تنمية الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، رسالة الماجستير فى التربية، جامعة القاهرة، كلية الدراسات العليا للتربية.
88. نصراوى، صباح، (2016)، تكييف مقياس ماسلاش للاحتراق النفسى MBI على البيئة الجزائرية، أطروحة دكتوراه فى الطور الثالث فى العلوم الاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
89. نوار، شهرزاد و حناشي، سعاد، (2015)، الاحتراق النفسى لدى رجال الحماية المدنية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (20)، 184.
90. هواى، أحلام، (2014)، الاحتراق النفسى لدى مستشارى التوجيه والإرشاد المدرسى والمهنى فى ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير تخصص انتقاء وتوجيه، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.



الملاحق



الملحق (01): فقرات وأبعاد مقياس الاحتراق النفسي الوالدي في نسخته الأصلية.

ED1	I can no longer show my children how much i love them.
ED2	I am less attentive to my children's emotions.
ED3	I do to the care minimum for my children but no more.
ED4	I have the impression that outside the routines, I can no longer get involved with my children.
ED5	I am less and less involved in the relationship with my children.
ED6	I am less and less involved in the upbringing of my children.
ED7	I sometimes feel as though I am taking care of my children on autopilot.
ED8	I do not really listen to what my children tell me.
EE1	I feel emotionally drained by my parental role.
EE2	I am at the end of my patience at the end of a day with my children.
EE3	I feel tired when I get up in the morning and have to face another day with my children.
EE4	Being a parent every day requires a great deal of effort.
EE5	It stresses me too much to take care of my children.
EE6	When I think about my parental role, I feel like I'm at the end of my rope.
EE7	I feel that being a parent requires too much involvement.
EE8	I feel my parental role is breaking me down.
PA1	I am easily able to understand what my children feel.
PA2	I look after my children's problems very effectively.
PA3	Through my parental role, I feel that I have a positive influence on my children.
PA4	I am easily able to create a related atmosphere with my children.
PA5	I accomplish many worthwhile things as a parent.
PA6	As a parent, I handle emotional problems very calmly.

**PA, Personal Accomplishment; EE, Emotional Exhaustion; ED, Emotional Distancing.**

الملحق (02): مقياس الاحتراق النفسي الوالدي (PBI).

رقم العبارة	العبارات	أبدا / مطلقا	عدد من المرات في العام أو أقل	مرة في الشهر أو أقل	عدد من مرات في الشهر	مرة في الأسبوع	عدد مرات في الأسبوع أو أقل	كل يوم
1	أنا متعبة للغاية من دوري كوالدة(ة) لدرجة أنه لدي انطباع أن النوم لا يكفي.							
2	لم أعد أتحمّل كوني والدة(ة).							
3	أقول لنفسي أنني لم أعد الوالدة(ة) الذي/ التي كانت من قبل.							
4	أصبحت أستحي من نفسي كوالدة(ة).							
5	لم أعد فخورة بنفسي كوالدة							
6	لم يعد بإمكانني أن أظهر لأولادي مدى حبي لهم.							
7	يرهقني التفكير في كل ما يتوجب القيام به من أجل أولادي.							
8	لدي انطباع أنه ما عدا الأمور الروتينية (النوم، الأكل، ...) لم يعد بإمكانني بدل الجهد مع أولادي.							
9	لدي إحساس أنني لم أعد أعترف على نفسي كأب/ كأم.							
10	لدي إحساس أنني لم أعد أتحمّل فعلا كوني والدة(ة).							

							لا اشعر بالمتعة عندما أكون مع أولادي.	11
							كوني والد(ة) يجعلني أشعر أنني مرهق(ة) إلى حد كبير.	12
							دوري كوالد(ة) استنفذ كل طاقتي.	13
							عندما اتعامل مع أولادي أشعر بأنني لم أعد أنا.	14
							لدي إحساس أنني متعب (ة) تماما بسبب دوري كوالد(ة).	15
							لم تعد لدي طاقة لتسيير أولادي.	16
							أعتقد أنني لم أعد الأب الجيد/ الأم الجيدة.	17
							كوالد(ة) لدي إحساس بتجاوز قدراتي (بزاف علي).	18
							لدي إنطباع أحيانا أنني أعتني بأولادي بطريقة آلية.	19
							عندما أستيقظ صباحا يكون علي مواجهة يوم آخر مع أولادي أشعر بالتعب مسبقا.	20
							أقوم فقط بما يجب فعله لأولادي لا أكثر.	21
							أنا لم أعد أتحمل دوري كأب / كام.	22
							في دوري كوالد(ة) أنا متعب(ة) إلى حد أنني في وضعية الصراع من أجل البقاء على قيد الحياة فقط.	23

الملحق (03): تسهيلات الدخول إلى المراكز والعيادات والجمعيات.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل -



جيجل في 23 جويلية 2022  
لجنة لاطفال

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأورطفونيا  
الرقم: 55.ك.ع.إ. / إ.ق.ع.ن.ع.ت / 2022.

إلى السيدة (.....) جامعة جيجل (.....) لاطفال  
الافئال الموحدر

الموضوع: طلب تسهيلات.

بشرفنا أن نتقدم إلى سيادتكم طالبين منكم تتدعم ما أمكن من تسهيلات وعون للطلبة الآتية أميؤعم، وهذا قصد إجراء  
تربصات ميدانية في إطار إعداد بحوث جامعية في شعبة علم النفس وعلوم التربية والأورطفونيا:  
(ليسانس) تخصص: ..... (ماستر) تخصص: .....

أسماء الطلبة:

- 01- عمير وئشا أنيسة
- 02- شيوعة أمينة
- 03- .....
- 04- .....
- 05- .....

في الأخير تقبلوا منا فائق التقدير والإحترام.

رئيس اللجنة  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
وعلوم التربية  
والأورطفونيا مكتبها بجه. التصريح والبحث العلمي  
عياضية أحلام  
-1-

مسؤول قسم الدراسات (.....) المشارك (.....)