

القلق لدى أمهات أطفال التوحد

Anxiety among mothers of autistic children

٢٠٢٥/٩/٣	تاريخ التسليم
٢٠٢٥/٩/١٢	تاريخ الفحص
٢٠٢٥/٩/٢٨	تاريخ القبول

إعداد

نجلاء جابر متولي

Naglaa Gaber Metwally

naglaa.gab029@social.aun.edu.eg

إشراف

الأستاذ الدكتور

محمد محمد سليمان

أستاذ خدمة الجماعة ووكيل كلية الخدمة الاجتماعية
لشئون الدراسات العليا والبحوث ومدير وحدة ضمان الجودة
بكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة اسيوط

الأستاذ الدكتور

عزة عبد الجليل عبدالعزيز

أستاذ خدمة الجماعة ووكيل شؤون الدراسات العليا
والبحوث الأسبق كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة حلوان

القلق لدى أمهات أطفال التوحد

اعداد وتنفيذ

نجلاء جابر متولي

ملخص البحث:

تشير الدراسات إلى أن أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD) يعانون من مستويات عالية من القلق والضغط النفسية مقارنة بأمهات الأطفال غير المصابين، ويعود ذلك إلى التحديات اليومية التي تواجهها الأمهات في رعاية أطفالهن، مثل صعوبة التواصل، والمشاكل السلوكية، والحاجة إلى دعم ورعاية مستمرين، كما أن القلق على مستقبل الطفل، ومن سيتولي رعايته في حالة غياب الأم، يمثل مصدرا كبيرا للقلق، بالإضافة إلى ذلك، تلعب عوامل مثل شدة أعراض التوحد لدى الطفل، ونقص الدعم الاجتماعي، كما أن للضغط المالية دورا في زيادة مستويات القلق، وتظهر بعض الدراسات أن الدعم النفسي والاجتماعي يمكن أن يساهم في خفض مستويات القلق وتحسين جودة الحياة للأمهات لذلك تعمل هذه الدراسة على تبني منهجية علمية سديدة التأثير وادوات علمية مقننة للبحث حول مختلف الاوضاع والمشكلات التي تعاني منها تلك الفئة واسرهم وذويهم فهم مصدر مثير للاهتمام والقلق لذلك اعتمدت تلك الدراسة على استخدام البحث النظري والميداني في هذا الامر نظرا لتكاثر الازمات والاعباء والضغط التي يتحملها الوالدين.

الكلمات المفتاحية: القلق، اضطراب التوحد، أمهات أطفال التوحد.

Anxiety among mothers of autistic children

Abstract

Studies indicate that mothers of children with autism spectrum disorder(ASD) experience high levels of anxiety and psychological distress compared to mothers of typically developing children, this is attributed to the daily challenges mothers face in caring for their children, such as communication difficulties, behavioral problems, and the need for continuous support and care, the anxiety about the child's future, and who will care for them in the mother's absence, also represents a significant source of distress, additionally, factors like the severity of the child's autism symptoms, lack of social support, and financial pressures play a role in increasing anxiety levels, some studies show that psychological and social support can help reduce anxiety levels, and improve the quality of life for these mothers.

Keywords: Anxiety, autism spectrum disorder, Mothers of Children with Autism.

أولاً: مشكلة الدراسة:

العديد من المشكلات التي تواجه الأسرة، وتوقعها عن تحقيق أهدافها الإصابية بالأمراض، أو إصابه أحد أفرادها بإعاقة ما، حيث إن ولادة طفل مصاب بإعاقة، ويكون من ذوي الاحتياجات الخاصة، وبخاصة ذوو اضطراب التوحد داخل الأسرة، سيكون له كبير الأثر في إيجاد خلل في البناء النفسي والاجتماعي داخل الأسرة، بغض النظر عن درجة تقبل هذه الأسرة للطفل، وبعد الوالدان أكثر أفراد الأسرة تعرضاً للضغوط الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو السلوكية، التي تظهر علي الوالدين كمشاعر الذنب، والرفض المستمر للطفل، وحبس الطفل في المنزل، وعدم إظهاره للناس، والشعور بالدونية أو النقص عدم القدرة على مواجهة الحقيقة، وعدم الانسجام بين أفراد الأسرة. (الجلبي، سوسن شاكر، ٢٠١٥، ص ٢٥)

ويؤدي ميلاد طفل يعاني من اضطراب التوحد الي صدمة للأسرة مما يؤدي إلى كثير من المشكلات النفسية لديهم ومن أهمها القلق والتوتر النفسي بسبب قلة الخبرة لديهم وضعف مهارات التواصل معهم، وأكثر من يتعرض إلى اضطراب التوتر من الأمهات نظراً للمسئوليات الملقاة على عاتقهم تجاه أطفالهم ذوي اضطراب التوحد لذلك فإن أمهات أطفال التوحد تحديداً في أشد الحاجة إلى برامج إرشادية معرفية سلوكية لخفض التوتر الناتج عن تعاملهم مع أطفالهم ذوي اضطراب التوحد والتي قد تساعدهم على معرفة أسباب الإعاقة، وطرق الوقاية منها ، والحد من آثارها ، وكيفية التعامل مع طفلهم، وذلك ما دفع الباحث إلى مساندة هؤلاء الأمهات والتخفيف من معاناتهم من خلال التدخل المبكر ببرنامج إرشاد أسري لتحسين التواصل بين الأم وطفلها ذوي اضطراب التوحد. (الغريز، أحمد نايل، ٢٠٢٠، ص ١٤١)

فليس من السهل على الانسان أن يتحمل مسؤولية الأبوة أو الأمومة بإعتبارها من أعقد المسؤوليات

وخصوصاً إذا ما أصبح الإنسان أباً أو أماً لطفل غير عادي، حيث إن اللحظة التي يتم فيها إكتشاف إعاقة طفل في الأسرة تبدأ مرحلة حاسمة تؤدي إلى تغير جذري في المسار النفسي الإجتماعي ، الاقتصادي ، والسلوكي للأسرة عامة والأم خاصة حيث أن الإكتشاف يضع الوالدين والأم خصوصاً أمام أمر واقع مر، سواء كانت الأعاقه جسدية كالتشوهات أو إعاقة حركية أو حسية كالإعاقة البصرية أو السمعية : أو إعاقة كالتخلف العقلي ، وقد يكون الطفل مصاباً بالاضطرابات النمائية الإرتقائية كالتوحد والذي يعتبر من أكثر الإضطرابات خطورة وتعقيداً . فالتوحد يعد أكثر الإضطرابات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وبالنسبة لوالديه والعائلة بأجمعها كما يعتبر محيراً ومؤلماً للآباء ويصعب عليهم فهمه.

(محمد، خديجة مسعود، ٢٠١٥، ص ٣٩)

ويعتبر القلق من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق الفرد عن أداء دوره الاجتماعي، وعن توافقه وارتقائه، وصاحب ذلك تزايد العديد من الأمراض المزمنة، والاضطرابات والمشكلات النفسية ومنها: الاكتئاب والقلق بمختلف أنواعه. (علي، ماجد مصطفى، ٢٠٠٩، ص ٣)

ويعد الاهتمام بدراسة الأطفال التوحديين، وأمهاتهم، نتيجة ارتفاع معدل الإصابة بالتوحد، فالإحصاءات التي أصدرتها الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين society of American Antism تؤكد أن هناك زيادة سنوية كبيرة في أعداد الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، ومثل هذه النسبة الكبيرة، قد جعلت التوحد، ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً.

(عادل عبد الله محمد، ٢٠١٣، ص ٢٠)

وهذا ما اكدته دراسة (Hastings et al. (2005) العلاقة بين سلوك الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد وصحة الأمهات النفسية، حيث استهدفت المجموعة مجموعة من الأمهات اللواتي

يربين أطفالاً يعانون من هذه الاضطرابات. استخدمت الدراسة استبيانات لقياس مستويات القلق والاكتئاب لدى الأمهات، بالإضافة إلى تقييم سلوكيات الأطفال. أظهرت النتائج أن الأمهات اللواتي يواجهن سلوكيات أكثر تحدياً من قبل أطفالهن يعانين من مستويات أعلى من القلق والاكتئاب، مما يشير إلى أن هذه الضغوط النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسلوكيات الأطفال. كما أكدت الدراسة على أهمية الدعم الاجتماعي، حيث تبين أن وجود شبكة دعم قوية يمكن أن يساعد في تخفيف مستويات القلق لدى الأمهات. وفي النهاية، توصلت الدراسة إلى ضرورة توفير برامج دعم نفسي مستهدفة لمساعدة الأمهات في مواجهة التحديات اليومية، مما يعزز من صحتهم النفسية وقدرتهم على تقديم الرعاية المناسبة لأطفالهن.

Hastings, R. P., Nash, P., & Jellema, (T., 2005)

وكذلك دراسة Leszcz & Yalom, (2005) فإن التفاعل الاجتماعي يمكن أن يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية من خلال تقليل الضغوط النفسية تتضمن هذه الطريقة تنظيم جلسات دورية تتيح للأمهات فرصة التعبير عن مشاعرهن ومخاوفهن، بينما يحصلن على دعم من الأقران. يتم استخدام المدخل المعرفي السلوكي لتوجيه النقاشات وتعزيز المهارات التكيفية، حيث يتم تدريب المشاركات على تحديد الأفكار السلبية والتحديات التي يواجهنها، ومن ثم تقديم استراتيجيات لتعزيز التفكير الإيجابي. تشير دراسات مثل تلك التي أجراها. Yalom, I. (2005) و D., & Leszcz, M. وايضا دراسة Wampold & Holloway, (2006) تتناول فعالية العلاج الجماعي كأداة في معالجة اضطرابات القلق، وتعتبر هذه الدراسة مهمة نظراً لدورها في توضيح كيف يمكن أن تسهم البيئات الجماعية في تقديم الدعم النفسي للأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق، في هذه الدراسة، حيث

ان العلاج الجماعي يوفر بيئة داعمة تتيح للأفراد التعبير عن مشاعرهم ومخاوفهم ومشاركتها مع الآخرين الذين يواجهون تحديات مشابهة. مما يعزز من شعور الانتماء ويقلل من العزلة الاجتماعية التي يمكن أن يشعر بها الأفراد الذين يعانون من القلق (Holloway, E. L., & Wampold, B. 2006)

(Davis & Carter دراسة 2006) و E. (2008) تأثير تربية الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد على العائلة بشكل عام، مع التركيز على الصحة النفسية للأمهات، شملت الدراسة مجموعة من الأسر التي لديها أطفال مصابون بالتوحد، حيث استخدمت استبيانات لقياس مستويات القلق والاكتئاب لدى الأمهات، بالإضافة إلى تقييم تأثير التوحد على الديناميات الأسرية. أظهرت النتائج أن الأمهات يعانين من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب، وكان هناك تأثير كبير على جودة الحياة العامة للعائلة. تبين أن التحديات المرتبطة بتربية الأطفال المصابين بالتوحد تؤدي إلى ضغوط متزايدة، مما يؤثر سلباً على التفاعلات الأسرية. أكدت الدراسة أيضاً على أهمية وجود دعم اجتماعي وموارد مناسبة لتخفيف الضغوط النفسية. وفي الختام، أوصت الدراسة بتوفير برامج دعم نفسي وتدريب للأمهات، مما يعزز من قدرتهن على التعامل مع التحديات اليومية، ويبرز أهمية تدخل المجتمع لتوفير بيئة داعمة للأسر، مما يساهم في تحسين الصحة النفسية للأمهات. (Davis, N. 2008) و O., & Carter, A. S. (2008) و Lunsky et al. (2010) الصحة النفسية

للأمهات اللواتي يربين أطفالاً مصابين باضطرابات طيف التوحد، حيث تهدف إلى مقارنة أوضاعهن النفسية مع الأمهات اللواتي يربين أطفالاً يتطورون بشكل طبيعي. استخدمت الدراسة استبيانات لتقييم مستويات القلق والاكتئاب وصحة الأمهات النفسية، وشملت عينة من الأمهات من مجموعتين مختلفتين. أظهرت النتائج أن الأمهات اللواتي يربين

أطفالاً مصابين بالتوحد يعانون من مستويات أعلى من القلق والاكتئاب، مما يبرز تأثير الضغوط النفسية المرتبطة برعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على صحتهم النفسية. وأكدت الدراسة أن هذه الضغوط تؤدي إلى تدهور جودة الحياة للأمهات، مما يستدعي توفير الدعم الاجتماعي والنفسي اللازم. في ضوء هذه النتائج، أوصت الدراسة بتطوير برامج مخصصة لمساعدة الأمهات في التعامل مع التحديات اليومية، مما يعكس الحاجة الملحة لتقديم دعم فعال يعزز من صحتهم النفسية وجودة حياتهم. (Lunsky, Y., Hastings, R. P., & Weiss, J. A., 2010)

وكذلك دراسة (Weiss et al. (2012 تناولت تأثير تربية الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد على الصحة النفسية للآباء والأمهات. استهدفت الدراسة عينة من الأمهات والآباء، حيث استخدمت استبيانات لتقييم مستويات القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى قياس الضغط النفسي والتكيف. أظهرت النتائج أن الأمهات يعانين من مستويات أعلى من القلق والاكتئاب مقارنة بالآباء، مما يبرز الفروقات في كيفية تعامل كل منهم مع الضغوط المرتبطة برعاية الأطفال. كما تبين أن الضغوط النفسية تتزايد مع شدة الأعراض لدى الأطفال، مما يؤثر بشكل أكبر على صحة الأمهات النفسية. وأكدت الدراسة أيضاً على أهمية الدعم الاجتماعي والموارد المتاحة، حيث يمكن أن يسهم ذلك في تخفيف تأثير الضغوط النفسية. وفي النهاية، أوصت الدراسة بتطوير برامج دعم متخصصة تلبي احتياجات الأمهات، مما يعزز من جودة حياتهن وصحة أطفالهن، ويعكس الحاجة الملحة لتوفير مساعدة فعالة في هذا المجال. (Weiss, J. A., Lunsky, Y., & Barlow, A., 2012)

ودراسة مريانة طلعت لديد (٢٠٢١): استهدفت الدراسة اختبار العلاقة بين الامان الاسري وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واختبار التضحية والتعاون الأسري وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واختبار الأدوار والمسؤوليات الأسرية وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واختبار الضبط ونظام الحياة الأسرية وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، واختبار مدى إشباع حاجات أفراد الأسرة وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة الي وجود علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين التضحية والتعاون الأسري وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبين الأدوار والمسؤوليات الأسرية وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبين الضبط ونظام الحياة الأسرية وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبين مدى إشباع حاجات أفراد الأسرة وعلاقتها بنجاح جهود التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. (الديد، مريانة طلعت، ٢٠٢١)

وكذلك دراسة محمد جمال صابر (٢٠٢٤): استهدفت الدراسة تحديد مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وتحديد الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، وتوصلت نتائج الدراسة الى ان مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد تمثلت في: المهارات اللفظية للتواصل جاءت بمستوى متوسط وفقاً لمؤشرات مثل القدرة على الاستجابة للأسئلة والتعليمات بشكل مناسب، والقدرة على التعبير عن احتياجاتهم، والقدرة على استخدام لغة مفهومة للآخرين، كما ان المهارات غير اللفظية

للتواصل جاءت بمستوى متوسط وفقا لمؤشرات تمثلت في: القدرة على التواصل من خلال الصور، والقدرة على فهم الإيماءات، والقدرة على التفاعل بشكل عاطفي، كما أظهرت النتائج ان الدور الفعلي للأخصائي الاجتماعي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي طيف التوحد تمثلت في دور الاخصائي مع الاطفال ذوي طيف التوحد، ودور الاخصائي مع أسر الاطفال ذوي طيف التوحد، ودور الاخصائي مع ادة المدرسة، ودور الاخصائي مع المجتمع. (صابر، محمد جمال، ٢٠٢٤)

دراسة الاء خليل نجيب (٢٠٢٥): استهدفت الدراسة اختبار فعالية برنامج عقلاني إنفعالي في خدمة الفرد للتخفيف من العزلة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، التخفيف من الانسحاب الاجتماعي لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتخفيف من الإضطرابات التي يعاني منها هؤلاء الأمهات، وكذلك مساعدتهم على تزويد التوافق الأسري لديهم، وتوصلت نتائج البحث إلى ثبوت صحة الفرض الرئيسي للبحث وهو " توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدي فيما يتعلق بتطبيق برنامج عقلاني إنفعالي في خدمة الفرد في التخفيف من العزلة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد لصالح نتائج القياس البعدي لعينة الدراسة. (نجيب، الاء خليل، ٢٠٢٥)

ثانياً: أهمية الدراسة:

١. أهمية المحافظة علي سلامة الصحة النفسية لأمهات الأطفال التوحديين من خلال تأمين بيئة آمنة ومستقرة لهم، لذلك تحاول الباحثة تسليط الضوء علي هذه الشريحة.

٢. إرتفاع اعداد الاطفال المصابين بأضطراب التوحد علي المستوي العالمي والعربي والمصري.

٣. تنطلق اهمية هذه الدراسة من النتائج السلبية المرتبطة بالقلق لدي امهات اطفال التوحد وما يترتب عليه من تاثير سلبي علي الاسرة بصفة عامة والامهات بصفة خاصة والتي تؤثر علي نظرة الامهات للحياة وعلي درجة استمتاعها بها.

٤. تقديم الدعم والمساندة لامهات اطفال التوحد ومساعدن علي التعرف علي طبيعة اضطراب الطفل واحتياجاته.

ثالثاً: مفاهيم الدراسة:

١. مفهوم القلق: ويعرف القلق بأنه هو حالة إنفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفز موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان ويمكن القول أن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي. (سرحان، وليد واخرون، ٢٠٠٤، ط٢، ص١١) كما يعرف القلق ايضاً بأنه حالة انفعالية متوترة (Standard College Dictionary 1963)، تومس هذه الحالة بنوعوت مثل متوتر، عصبي مروع، مرتعد داخليا. وكثيرا ما يستخدم الباحثون والممارسون لفظ القلق ليمثل متصلا continuum يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى الرعب terror عند الطرف الآخر. (بيك، آرون، ٢٠٢٤، ص١١٥) وهناك من عرف القلق بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر

في نفس الفرد ، وذلك مثل الشعور .
بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في
الصدر " والضيق في التنفس أو الشعور
بنبضات القلب ، أو « الصداغ ، أو كثرة
الحركة.

(غانم, محمد حسن, ٢٠١٨, ط٢, ص ٦٥)

٢. مفهوم اضطراب التوحد: إن كلمة التوحد
مترجمة عن اليونانية، وتعني العزلة أو
الانعزال، وهو مرض يظهر في السنوات
الثلاث الأولى من عمر الطفل، نتيجة خلل
وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم
بعد إلى تحديد أسبابه، والأطفال التوحديين
يعانون من مشاكل كبيرة في اللغة
والتخاطب، كما أن لديهم صعوبات كبيرة
في التعامل مع الآخرين. (وظيفة, علي
اسماعيل, ٢٠١٤, ص ٧)

ويعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو
منتشر **Pervasive Developmental Disorder**
ويستخدم مصطلح الاضطراب النمائي
العام أو المنتشر في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك
المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهوره خلال
مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا
حادا في نمو الطفل المعرفي والاجتماعي والانفعالي
والسلوكي مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر
عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية
هذا الاضطراب بالمنتشر أنه يترك آثارا سلبية
متعددة على الكثير جوانب النمو من المختلفة.

(شقيير, زينب محمود و موسي, محمد سيد, ٢٠٠٧,
ص ٢٧)

٣. مفهوم امهات أطفال التوحد: أمهات أطفال
التوحد هن الأمهات الذين لديهم طفل، تم
تشخيصه من قبل المتخصصين، أن لديه
اضطراب التوحد. (عطية, أشرف محمد محمد,
٢٠١١, ص ٤٣٣) وتعرف أيضا بأنهن

أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب
واضح في النمو الاجتماعي واللغوي
مصحوبا بأنماط سلوكية نمطية متكررة.
(A.klin f.volmar and s.
sparrow, 2002, p:343)

رابعا: الاطار النظري للدراسة:

اولا: الأسباب المؤدية للقلق: القلق هو حالة
إنفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة
والحذر والرعب والتحفز موجهة نحو المستقبل أو
الظروف المحيطة ويعتبر القلق من المشاعر
الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان ويمكن
القول أن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي.

(سرحان, وليد واخرون, ٢٠٠٤, ط٢, ص ١١)
والافكار الخاطئة حول المستقبل تولد القلق
للشخص، اذ تجعله يحرف الواقع برؤيا غير
حقيقية، وكذلك المواقف والأحداث برؤيا غير
صحيحة، مما تدفع به إلى حالات من الخوف
والتوتر، قد تفقده السيطرة على مشاعره وأفكاره،
وهذا بدوره يساعد على عدم الأمن والاستقرار
النفسي للشخص، ولكن نلاحظ أن في بعض
المواقف الإيجابية وأن كانت بسيطة لكن تأثيرها
كبير على الشخص ، فقد تعيد إليه الفرح والتفاؤل
والعادة في الحياة والعكس عند تذكر بعض المواقف
المؤلمة له أو للصديق أو القريب، فقد تزيد القلق
لديه، وتزيد من النظرة التشاؤمية الحاضره
ومستقبله، وقد ينشأ الشعور بالخوف من الموت،
والخوف من مواجهة المواقف المستقبلية بالشكل
الإيجابي والصحيح، وتدفع به تلك الأفكار إلى
الأنطواء والعزلة، واتباع أساليب الحيل الدفاعية
اللاشعورية غير السوية فالقلق يشكل مزيجا من
الأمل في تحقيق الأهداف والخوف والرعب في نفس
الوقت. (شقيير, زينب محمد, ٢٠٠٥, ص ٥) وهناك
عدداً من الأسباب التي تساهم في ظهور القلق
واستمراره وهي كالآتي : (سليم, جميل علي و
عبدالله, عزيز احمد, ٢٠٢٠, ص:ص ٢١:٢٠)

١. الأسباب الوراثية حيث يرث الفرد الجينات المسؤولة عن الخلل في التوازن الكيميائي في الدماغ، والتي تعزى إلى استثارة نهايات الأعصاب الموجودة النهايات العصبية في النظام الأدريناليني، والتي تسرف في إنتاج الكاتيكولامين مع زيادة نشاط المستقبلات، مع وجود نقص في الموصلات الكيميائية المائعة. ويظهر العامل الوراثي في اضطراب القلق الاجتماعي من خلال انتشاره بين أفراد الأسرة.

٢. نمط التعلق: الأطفال ذوي التعلق غير الأمن الذين تعرضوا للنبد والرفض من قبل أسرهم مما أدى إلى تكوينهم مفهوم سلبي عن الذات وبالتالي العديد من المشكلات النفسية منها القلق الاجتماعي.

٣. أساليب المعاملة الوالدية: تعد الأسرة النواة الأولى التي تتشكل من خلالها شخصية الفرد، فهو ينشأ ويكتسب اتجاهاته وميوله وعاداته فيها، وتسهم أساليب المعاملة الوالدية القائمة على الحماية الزائدة في سلب حق الطفل من الاعتماد على ذاته، كما ويؤدي التسلط والسيطرة في التنشئة الأسرية والضوابط والقيود التي تفرض على الطفل عوامل تمنع اكتسابه للخبرات الاجتماعية، وتفقده عنصر المبادرة وتجعله غير قادر على التكيف مع متطلبات الحياة الاجتماعية، مما يؤدي لظهور القلق الاجتماعي.

٤. أسباب معرفية أو ثقافية يخبر العلماء إلى أن الثقافة والحضارة والبيئة الاجتماعية ذات أثر كبير في تكوين شخصية الفرد، كما تشكل القيم أطراً مرجعية تحدد طبيعة استجابة الأفراد تجاه مجتمعهم لكي يحققوا التوافق الاجتماعي

والتمسك بالسلوكيات السوية، وما تراه بعض المجتمعات سلوكاً يمثل ظاهرة مرضية تستحق العلاج، تراه مجتمعات أخرى سلوكاً سوياً.
٥. أسباب مرتبطة بعلاقات الأقران العلاقات التي تتسم بالعدوانية والمنافسة المرضية تشكل سبباً أساسياً في ظهور اضطراب القلق الاجتماعي.

ثانياً: النظريات والنماذج المفسرة للقلق:
وتعد هذه النماذج والنظريات من النماذج والنظريات البارزة للقلق وهي كالتالي (موشي، زيدنز و جيرالد، ماثيوس، ٢٠١٦، ص: ص ١٢١:١١١):

١. نموذج التحليل النفسي: يعد نموذج التحليل النفسي واحداً من أقدم النماذج المفسرة للقلق وأكثرها تأثيراً. وقد كان لهذا النموذج تأثير هائل على الفكر الغربي والحضارة الحديثة مساهماً في كل من المصطلحات الإكلينيكية والممارسات العلاجية. ولقد كان سيغموند فرويد مؤسس التحليل النفسي أول من لفت الانتباه إلى الدور المحوري للقلق في ديناميات الشخصية والنظريات الارتقائية (١٩٤٩) (Freud). وفي حقيقة الأمر، فإن فرويد يعتبر القلق إحدى الدعائم الأساسية في نظرية التحليل النفسي، وقد نظر إلى هذا الانفعال على أنه العرض الأساسي في الممارسة العلاجية. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن فرويد توصل إلى هذه النتيجة من خلال خبراته الخاصة، نظراً إلى أنه عانى بصفة شخصية من نوبات القلق، والرهاب الخوف من القطارات والاكتئاب. كما أنه اعتاد أيضاً تناول الكوكايين لتهذئه ما يعانیه من استثارة وتوتر.

٢. نماذج التعلم المفسرة للقلق: ينطوي التعلم الإنساني على تغيرات طويلة المدى في المعرفة أو السلوك بسبب الخبرات البيئية. ووفقاً

لنظريات التعلم، ينظر إلى القلق بصورة أفضل من خلال فهم ميول الاستجابة السلوكية المكتسبة كنتيجة لخبرات الشخص المتراكمة مع التهديدات البيئية على مر الزمن (١٩٨٥). ويبدو من المعقول أن الشخص ربما يتعلم من سلسلة الخبرات المؤسفة التي تشتمل على مجموعة من الأماكن والأشخاص والأحداث التي تمثل له تهديدا وتجعله أكثر عرضة لاستجابات القلق. وقد تكون المبادئ العلمية ونماذج التعلم الإنساني مفيدة في الوقوف، جزئيا، على اكتساب الفرد السلوكيات القلق في استجابته لبعض المثيرات البيئية. وفيما يلي يجري استعراض كل من نظرية التعلم الكلاسيكية ودور النمذجة في التعلم الاجتماعي - المعرفي.

٣. نظرية الحافز: هناك نظرية تعلم مؤثرة أخرى للقلق، وهي نظرية الحافز لسيبنس وسبينس والتي قامت بناء على نظرية التعلم التي، قدمها هل (1943) «Hull». فقد كان «هل» مهتما بكيفية تأثير الدافعية على القيام بالاستجابات المتعلمة فقد بدأ بنقطة واضحة وهي أنه من المرجح أن تتم السلوكيات الشرطية، إذا ما كانت تفي بالحاجات الدافعية الفورية. فقد يتعلم الشخص أن إدخال دولار في آلة بيع الكولا، سوف ينتج عنه إخراج زجاجة كولا ولكن إذا لم يكن يشعر بالعطش، فلن يكون مضطراً إلى القيام بهذا السلوك. وبمزيد من التفصيل، تعد نظرية «هل» أكثر تعقيدا، غير أننا سوف نتناول عددا من المفاهيم الأساسية لنظرية الحافز.

ثالثا: أنواع القلق:

قدمت عدة أنواع للقلق في التراث النفسي مثل القلق الموضوعي القلق العصابي القلق الخلقي، القلق الاجتماعي، قلق الانفصال، القلق الظاهر القلق الكامن، قلق الامتحان، قلق المدرسة، قلق

الموت قلق المرض، قلق الجراحة قلق علاج الأسنان، ثم أخيرا قلق الحالة وقلق السمّة. ويعد النوعان الآخرين أكثر أنواع القلق انتشارا في التراث النفسي، ويميز معجم علم النفس بين أنواع متعددة من القلق هي: (صابر، ميرفت رجب، ٢٠٠٠، ص ٩٨)

١. القلق كسمة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث في المستقبل وهو من أهم الاضطرابات النفسية.

٢. القلق الأساسي وهو القلق الذي ينشأ في الطفولة ويتميز بالشعور بالوحدة وقلة الحيلة وعدوانية البيئة.

٣. عصاب القلق ومظهره الرئيس القلق والخوف العام الذي لا يستند إلى سبب واحد.

وهناك بعض الباحثين يقسمون القلق إلى: (محمود، إيمان عبد الوهاب، ٢٠١٢، ص ٩٥)

٤. قلق التفاعل ويشير إلى القلق الناتج عن التفاعل الاجتماعي، ويشمل الخجل قلق المواعدة.. قلق العلاقات الشخصية.

٥. قلق المواجهة، ويشير إلى القلق الناتج عن المواجهات غير المتوقعة، ويشمل قلق الحديث وقلق الاتصال.

٦. قلق موضوعي، وذلك حينما يدرك الفرد أن مصدر القلق خارجي عن نفسه فهو رد فعل لإدراك خطر خارجي.

٧. قلق عصابي وهو الخوف من أشياء أو أشخاص أو مواقف لا تبرر الخوف منها بصورة طبيعية أو بسبب واضح مع توافر أعراض نفسية جسمية ومتكررة إلى حد بعيد ولذا يسمى بالقلق المزمن.

رابعا: مظاهر القلق:

وقسم (٢٠١١) Lin مظاهر القلق إلى ثلاث مظاهر وهي كالتالي: (Lin, L., 2011)

١. أعراض فسيولوجية تتمثل في وجود تعابير
الخوف على الوجه والشعور بالاختناق،
آلام في المعدة والأمعاء وارتفاع ضغط
الدم.

٢. أعراض نفسية واجتماعية تتمثل في
الأحلام المزعجة، والخوف والتوتر الدائم
من شر مرتقب الانسحاب وعدم التفاعل.

٣. أعراض عقلية وتتمثل في اضطراب
التفكير، عدم التركيز، صعوبة اتخاذ قرار.

خامساً: مكونات القلق:

وتنقسم مكونات القلق الى الاقسام التالية: (خضر،
عبد الباسط متولي و آخري، ٢٠٢٣، ص ٧١)

١. المكون السلوكي ويدور حول الفشل في
السلوك الاجتماعي وعدم المسايرة
الاجتماعية وقلة التفاعل الاجتماعي وكثرة
الصمت.

١. المكون الفسيولوجي والانفعالي: حيث
يكون لدى الفرد خبرة تتضمن نشاطاً
انفعالياً لديه مثل زيادة إفراز العرق عدم
انتظام التنفس الإسهال اضطراب ضربات
القلب.

٢. المكون المعرفية ويعني هذا المكون أن
الفرد يصدر مجموعة من ردود الأفعال
المعرفية كالوعي بالذات والانزعاج عندما
يقيم الفرد بطريقة سلبية من قبل الآخرين.

سادساً: أعراض القلق:

وتصاحب حالات القلق أعراض بدنية كثيرة : مثل
برودة الأطراف وتصبب العرق، واضطراب خفقان
القلب، واضطراب التنفس، واضطراب المعدة
والأمعاء، والدوار، وحالات التعب والإعياء، وقلة
النوم، والأوجاع البدنية المختلفة كالصداع وآلام
الظهر والمفاصل. ولكثرة حدوث هذه الأعراض
الفسيولوجية في حالات القلق يأخذ المريض
المصاب بالقلق يعتقد أنه مصاب بأمراض بدنية
مختلفة. وهكذا يأخذ قلقه يتعلق أيضاً بصحته،

وبذلك تزداد مخاوفه. (فرويد، سيجمند، ١٩٨٩،
ص ١٣)

ويعاني الشخص القلق من مجموعة من الأعراض
الفسيولوجية السيكوباتولوجية، ومن بين الأعراض
الجسمية التي يصاب بها الشخص القلق ما يلي: (
الشريف، عمر حمد عبدالرحمن، ٢٠١٩، ص ٤٥)

١. اضطراب نشاط الغدة الهضمية.
٢. زيادة سرعة ضربات القلب.
٣. قلة الدم المندفَع من الجلد مما يسبب
الشحوب.

٤. زيادة احتمال تجلط الدم.
٥. زيادة نشاط الغدة الأدرينالية.
٦. زيادة نشاط الغدة العرقية

سابعاً: علاج القلق:

وهناك استراتيجية في علاج الشخص القلق تتمثل
فيما يلي : (شيهان، ديفيد، ١٩٨٨، ص ١٣٣)

١. المهمة الأولى هي الوصول إلى
التشخيص الصحيح.

٢. والمهمة الثانية هي السيطرة على الأساس
الأبضي للمرض عن طريق العلاج بالدواء.

٣. والمهمة الثالثة أن نتغلب على القيود التي
تفرضها الفوبيا أو المخاوف المرضية
بواسطة العلاج السلوكي.

٤. والمهمة الرابعة أن نتناول المشكلات
النفسية عن طريق العلاج النفسي.

وكذلك يمكن علاج القلق من خلال الاتي :
(عثمان، فاروق السيد، ٢٠٠١، ص: ص
١٤٤: ١٤٧)

١. التحصين التدريجي: والفلسفة التي ينطلق
منها التحصين التدريجي هو بناء هرم من
المخاوف بحيث يقع في قاعدته الأشياء
الأقل في الخوف ثم الأشياء الأكثر في
الخوف. ثم يقدم للمريض أقل المخاوف ثم
الأكثر حتى يصل المريض إلى السيطرة
على جميع مخاوفه بطريقة واقعية مثل

الذي يخاف من الحشرات تجعله يواجه الحشرة حتى يستطيع أن يمسكها ويتعامل معها .

٢. العلاج بالغمر: ويمكن أن نؤكد حقيقة علمية وهي أن العلاج بالتحصين التدريجي يفيد المرضى الذين لديهم مخاوف من الارتفاع أو الأماكن المغلقة، وقد حاول علماء النفس أمثال بافلوف و«سكنر» أن يعالجوا المرضى الذين عندهم مخاوف من الأماكن الفسيحة وبالتالي فإن وضع المريض في نفس الموقف مرة واحدة بحيث يجعله يتعود على الموقف ذاته.

٣. التدريب على المهارات الاجتماعية: ويحدث القلق الاجتماعي نتيجة تفاعل الفرد مع جمهور من الناس فالمواجهة تؤدي إلى حالة من الخوف الشديد والهلع. وهذا ما يطلق عليه قلق المواجهة، فيقل التواصل بحيث يؤدي إلى ارتعاش في اليد والصوت والعرق المتصبب لدى المتحدث. يمكن أن نؤكد أن القلق الاجتماعي يكون معرضاً له الفرد ذو سمة العصابية أو سمة القلق كما أن الفرد الانطوائي يكون معرضاً للقلق الاجتماعي عكس الشخص الذي يتبسم بسمة الاتزان الانفعالي والانبساط حيث إن المنبسط يكون لديه القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال الجيد.

٤. التأمل : التأمل هو عبارة عن التفكير المكثف العميق، والاستغراق في شئ أو فكرة، ويتحقق بالتركيز على شئ واحد وإزالة كافة العوامل التي تشتت الانتباه سواء الخارجية (مثل الصوت الضوئ) أو الداخلية الجسدية، والانفعالية، وأي توتر (آخر) والتأمل هو أسلوب للتدريب النفسي

يكتسب أشكالاً مختلفة تتوقف على البيئة التاريخية والثقافية.

٥. الاسترخاء : حالة هدوء تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب إلى النوم بحيث تتحول كهرباء الدماغ من (ألفا) في حالة الاستيقاظ إلى (دلتا) في حالة النوم، أو إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط، وأحد الأساليب الفعالة لتعليم الاسترخاء إحداث تجاوب عن طريق أجهزة تكشف عن مستوى النشاط الكهربائي الحيوي لتجعله في متناول إدراك الشخص.

ثامنا: القلق لدى امهات اطفال التوحد ودور خدمة الجماعة في التخفيف منه:

اولا: القلق تجاه الذات: تُظهر العديد من الدراسات أن أمهات أطفال التوحد غالباً ما يعانين من قلق عميق يتعلق بهويتهن وقيمتهم الشخصية، وهو ما يُعرف بقلق الذات، ويمكن تلخيص هذا القلق في عدة أبعاد رئيسية وهي كالتالي:

١. الشعور بالذنب ولوم الذات :تشير بعض الأبحاث إلى أن الأمهات قد يلقين اللوم على أنفسهن في حالة أطفالهن، ويتساءلن عما إذا كان يمكنهن فعل شيء مختلف. هذا الشعور بالذنب يزيد من قلق الأم تجاه كفاءتها كأم وقيمتها كفرد (Joseph Awad Bawalsah, 2018).

٢. تأكل الهوية الشخصية :مع تزايد مسؤوليات رعاية الطفل الذي يعاني من التوحد، قد تجد الأم نفسها تفقد هويتها الشخصية وتنسى اهتماماتها الخاصة. فالوقت والجهد المبذول في الرعاية يجعل من الصعب عليها متابعة

حياتها المهنية أو الاجتماعية أو هوياتها، مما يؤدي إلى الشعور بفقدان الذات.

(Kimura, M., & Yamazaki, M., 2013)

٣. انخفاض الكفاءة الذاتية وتقدير الذات: العديد من الأمهات يشعرن بأن قدراتهن كأمهات غير كافية للتعامل مع تحديات التوحد، هذا الشعور بعدم الكفاءة يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات لديهن. كما أن التجارب السلبية أو التعرض للانتقادات من الآخرين يمكن أن يزيد من هذا الشعور، مما يؤثر على صحتهم النفسية بشكل عام.

(Benson, P. R., 2010)

القلق من نظرة المجتمع: تخاف الأمهات من نظرة المجتمع السلبية، سواء تجاه سلوكيات أطفالهن أو تجاه طريقة تربيتهم. هذا الخوف يدفعهن إلى العزلة وتجنب المناسبات الاجتماعية، مما يعزز لديهن شعورًا بالوحدة والضغط النفسي.

(Psychiatry, 2024)

ثانياً: القلق تجاه الطفل: يُظهر العديد من الأبحاث أن الأمهات يعانين من مستويات عالية من القلق المرتبط بشكل مباشر بطفلهن التوحدي، وهذا القلق ينبع من مجموعة من العوامل التي تتميز بطابعها الدائم والضاغط وهي كالتالي:

١. السلوكيات الصعبة: تعتبر السلوكيات

التحديّة وغير النمطية للطفل، مثل نوبات

الغضب، إيذاء الذات، وصعوبة التواصل،

أحد أبرز مصادر قلق الأم، حيث تشعر

الأم بالعجز عن فهم هذه السلوكيات أو

التحكم فيها، مما يؤدي إلى الشعور

بالتوتر المستمر Yahya Al-Farsi, et

(al., 2016).

٢. القلق بشأن التطور والتقدم: تشعر

الأمهات بقلق دائم حول مدى تقدم

أطفالهن في المهارات المختلفة، سواء

كانت لغوية، أو اجتماعية، أو أكاديمية.

هذا القلق يتفاقم عندما تقارن الأم طفلها

بأقرانه من الأطفال غير المصابين

بالتوحد، مما يؤدي إلى مشاعر الإحباط

واليأس، (Kimura, M., & Yamazaki, M.,

2013).

القلق من المستقبل: هذا البعد هو الأكثر شيوعًا،

تقلق الأمهات بشكل كبير بشأن مستقبل أطفالهن،

وتساءلن عن قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم،

الحصول على وظيفة، أو إقامة علاقات اجتماعية

عندما يكبرون، هذا القلق يصبح أكثر حدة مع تقدم

الطفل في العمر، حيث تزداد متطلبات التكيف مع

المجتمع. Phetrasuwan, S., & Shandor

(Miles, M., 2009)

٣. نقص الدعم الاجتماعي: غالبًا ما يجد

الآباء والأمهات صعوبة في الحصول على

الدعم الكافي من الأصدقاء أو حتى أفراد

العائلة الذين لا يفهمون التوحد. هذا

النقص في الدعم يزيد من شعور الأمهات

بالوحدة، ويزيد من الضغط النفسي

عليهن، حيث يشعرن أنهن يتحملن هذا

العبء بمفردهن (Sarria, C., &

Pozzo, G., 2019)

٤. العبء المالي والزمني: تسبب متطلبات

رعاية الطفل التوحدي، بما في ذلك تكاليف

العلاج والبرامج التأهيلية، عبئًا ماليًا كبيرًا.

كما أن الوقت والجهد الهائل الذي يتطلبه

الأمر يقلل من الوقت المتاح للأم للراحة

أو العناية بنفسها، مما يزيد من مستويات

التوتر والقلق لديها بشكل عام Meltzer,

(H., 2011).

ثالثاً: القلق تجاه الأسرة: يتعلق قلق أمهات أطفال

التوحد تجاه الأسرة بالضغط والتحديات التي تؤثر

على المنظومة الأسرية بأكملها، وليس فقط على

الأم والطفل، وهذا النوع من القلق ينبع من عدة

مصادر أساسية، وقد تم توثيقه في العديد من الدراسات وهي كالتالي:

١. القلق على العلاقة الزوجية: تُظهر العديد من الدراسات أن رعاية طفل مصاب بالتوحد يمكن أن تفرض ضغطاً كبيراً على العلاقة الزوجية، وهذه الضغوط تؤدي غالباً إلى ارتفاع معدلات النزاعات الزوجية وتراجع مستوى الود بين الزوجين، كما أن الأم تقلق بشأن توزيع المسؤوليات، حيث تبرز الخلافات حول من يتحمل العبء الأكبر في الرعاية، مما يؤدي إلى شعور الأم بالإرهاق والوحدة، كما أن الضغوط المالية الناتجة عن تكاليف العلاج تزيد من التوتر بين الزوجين، وقد تشعر الأم بأن الزوج لا يتفهم حجم معاناتها أو لا يقدم الدعم العاطفي الكافي، مما يؤدي إلى تراجع جودة العلاقة (Yahya Al-Farsi, et al. 2016).

٢. القلق على الأشقاء: يعد قلق الأم على الأشقاء جانباً مهماً في هذا النوع من القلق، فالأمهات يخشين من أن يكون وجود طفل توحدي في المنزل له تأثيرات سلبية على بقية أطفالهن، وقد يشعر الأشقاء بأنهم مهملون بسبب التركيز الكامل على الطفل التوحدي. فالأم تقلق من أن يتسبب ذلك في مشاكل نفسية أو سلوكية لديهم، بالإضافة إلى ذلك، يمكن للأشقاء أن يعانون من الحرج الاجتماعي بسبب تصرفات أخيه في الأماكن العامة، مما يجعلهم يتجنبون الأنشطة الاجتماعية (Benson, P. R., 2010).

٣. القلق على الأسرة كوحدة متكاملة: يمكن للضغوط المستمرة أن تؤثر على تماسك الأسري بشكل عام، فالأم تقلق من تفكك الأسرة أو انهيارها بسبب التحديات التي يفرضها التوحد، وهذا القلق يزداد مع الشعور بالعزلة الاجتماعية، حيث قد تضطر الأسرة إلى تقليل

تفاعلها مع الأصدقاء والعائلة الممتدة (الأجداد والأعمام)، مما يقلل من شبكة الدعم الاجتماعية المتاحة لهم، وتُشير الدراسات إلى أن هذا العبء النفسي يُعد أحد أهم العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية للأم (Sarria, C., & Pozzo, G., 2019).

تاسعا: الآثار السلبية الناتجة عن القلق: يؤثر القلق عموماً وقلق المستقبل خصوصاً على الأفراد، ومن النتائج المترتبة عليه:

١. الشعور بالتوتر والانزعاج لأتفه الأسباب والأحلام المزعجة واضطرابات النوم واضطرابات التفكير وعدم التذكر، وسوء الإدراك الاجتماعي والانطواء والشعور بالوحدة. (إبراهيم، بدر، ٢٠٠٣، ص ٨٣)

٢. التوقع والانتظار السلبي لما يحدث: فما يتوقعه الشخص لخبراته من نتائج عاجلة أو أجله هو الذي يحدد معنى هذه الخبرات وقد تتخذ التوقعات شكلاً بصرياً، فالشخص القلق تترأى له صورة الكارثة كلما شرع في موقف جديد، ويفقد الإنسان تماسكه المعنوي، ويصبح عرضة للانهايار العقلي والبدني استناداً إلى أن الإنسان لا يستطيع أن يحيا إلا بواسطة تطلعه إلى المستقبل. (آرون بيك، ٢٠٠٠، ص ٣٦)

٣. التوقع داخل إطار الروتين واختبار أساليب للتعامل مع المواقف التي فيها مواجهة مع الحياة، حيث أنهم لا يقتنعون بسهولة أن المعلومات والمعرفة المكتسبة من الواقع ممكن أن تكون مفيدة.

(Zaleski, Z, 1994, p190)

٤. استخدام ميكانيزمات الدفاع: أن الأفراد الذين يعانون من قلق المستقبل يعتمدون على ميكانيزمات الدفاع النفسي مثل (التبرير والنكوص والاسقاط والكبت ويمكن

أن تعتبر التمسك بالتقاليد والبعد عن التجديد شكل من أشكال ميكانيزمات الدفاع وذلك بحثاً عن الأمان فهي تؤمن للفرد نوعاً من الاستقرار الحياتي وبالتالي تعطى الانسان شيئاً من الطمانينة لأنها تبعد عنه خطر مجابهة قلق المجهول وقلق التغير فالتمسك بالتقاليد تعتبر خط دفاعي ضد قلق مجابهة المسؤولية الذاتية. (Rappaport, H,1991, p70)

٥. استخدام العلاقات الاجتماعية لضمان أمان المستقبل لدى الفرد : إن الأشخاص الذين يعانون من قلق المستقبل يعبرون عن الشعور بالوحدة ولا يخططون للمستقبل ولا يوجد لديهم مرونة ولا يحافظون على قوتهم من أجل مجابهة المواقف المحرجة والصعبة في المستقبل وهم (يتكئون على الآخرين من أجل تأمين مستقبلهم ، فالعلاقات الحميمة تتصف بالاتكال الشديد على رموز القوة في الجماعة وعلى عناصر السلطة المادية والنفسية. (Zaleski Z,1996, p856)

عاشراً: أدوار الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: يقوم الأخصائي الاجتماعي بعدة أدوار مهنية عند التعامل مع امهات اطفال التوحد المختلفة ومتعددة طبقاً للمواقف التي يعمل معها وفيما يلي أهم تلك الأدوار:

١. دور الموضح: حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي من خلال هذا الدور بتوضيح، وتفسير الجوانب المعروفة، وغير المفهومة من سلوك أفراد الأسرة مما يساهم في إيجاد التواصل الأسري، ويدعم، ويقوي العلاقات بين أفرادها، حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي بتوضيح مسؤوليات

أمهات اطفال التوحد اتجاه اطفالهن.
(سالم، سماح سالم و المقييل، وجدان، ٢٠٢٢، ص ١٤٥)

٢. دور الممكن: يساعد الأخصائي الاجتماعي عضو الجماعة على التغيير بوضوح من حاجاتهم، وتوضيح، وتحديد مشكلاتهم واكتشاف استراتيجيات الحلول واختيار وتطبيق الإستراتيجية المناسبة، وتنمية قدراتهم للتعامل مع مشكلاتهم بفاعلية أكثر. (الرفاعي، ضاحي حمدان زيان، ص: ص ٢٤٠:٢٤٢)

٣. دور المستشار: حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي في هذا الدور بمساعدة طالبي الإستشارة في حل مشكلاتهم عن طريق المناقشة الموضوعية لمواجهة المشكلات مستعيناً بمعارف الخدمة الاجتماعية، ويمكن أن تمتد تقدم تلك المشورة إلى فريق العمل العامل مع الأخصائي بالمؤسسة.

(Joseph Walsh, ٢٠٠٩, p12)
دور المعالج: مساعدة عضو الجماعة على تعديل أفكارهم غير الصحيحة، ومشاعرهم السلبية، ومساعدة اعضاء الجماعة على إشباع حاجاتهم المتنوعة من خلال أساليب سوية، وشرعية، ومساعدة العملاء على علاج مشكلاتهم الفردية، والجماعية سواء كانت مشكلات نفسية أو صحية أو اجتماعية أو غيرها. (الجميل، خيري خليل، ٢٠٠٠، ص ١٩٦)

٤. دور معدل للسلوك: حيث يعمل الاخصائي الاجتماعي على إحداث تغييرات في أنماط سلوك، وعادات مختلف أنساق العملاء وأيضاً الإدراك المهني المسببة لحدوث المشكلات.

(Philip R & Leslie Leighninger , ٢٠٠٢, p87)

٥. دور المخطط: يعد الاخصائي الاجتماعي هو المسؤول الأول عن التخطيط للخدمات المجتمعية، والتنسيق بين المؤسسات التي تقدم خدماتها للأسرة، وكذلك التنسيق بين المؤسسات، والجماعات المختلفة. (سالم، سماح سالم و المكيل وجدان، ٢٠٢٢، ص ١٤٦)

٦. دور المعلم: وفي هذا الدور يقوم الاخصائي الاجتماعي بتزويد الامهات بالمعلومات، والمعارف، والأفكار، والتفسيرات، والإتجاهات، والخبرات التي من شأنها أن تفيد الامهات في كيفية مواجهة الموقف الإشكالي، وتوضيح النتائج الإيجابية المترتبة علي التعامل السليم وإيضاً الأضرار المتوقعة في حالة الإستمرار في التعامل السلبي بينهما. (منصور، حمدي محمد، ٢٠١٧، ص ١٧)

٧. دور المساعد : يقصد بهذا الدور مجموعة الإجراءات، والمهام التي يقوم بها الاخصائي الاجتماعي لمعاونة، وتمكين عضو الجماعة من مساعدة نفسه على مواجهة الموقف الإشكالي الناتج من عدم إشباع حاجة من حاجاته أو عدم قدرته على مواجهة إحدى مشكلاته.

(Carles Zastrow, 2002,p105)

٨. دور المحلل/ المقيم: يعتبر دور المحلل والمقيم من أهم أدوار الاخصائي الاجتماعي، التي ترتبط بتقويم الأداء، والعمل علي تحليل النتائج، من أجل التعرف علي الفعالية المرتبطة بتنفيذ الأنشطة والبرامج، بالإضافة إلي ذلك فإن تفهم الاخصائي الاجتماعي لمناهج البحث، وأساليب التقويم يساعده علي تقويم أدائه الذاتي، والعمل علي تحسينه، وتطويره، من أجل زيادة مستوى تحقيق

الأهداف في برنامج التدخل المهني. (سليمان، حسين حسن، ٢٠٠٥، ص ١٢٠)

٩. دور المقوم: حيث يقوم الاخصائي الاجتماعي في هذا الدور بجمع البيانات، والمعلومات عن العمل مع مختلف أنساق العملاء من أجل التعرف على أوجه النجاح، وأوجه القصور التي يجب معالجتها سواء كان في البرامج المقدمة أو في أساليب الإخصائي أو مهاراته أو ف أنساق الموقف الإشكالي نفسه وذلك من أجل تطوير أساليب التعامل، والخدمات، والبرامج المقدمة على أساس صحيح؛ لتحقيق الغاية المنشودة منها، حيث يشترك الاخصائي الاجتماعي مع الإدارات المختلفة بتصميم الخدمات، والبرامج، والأنشطة. (أحمد، نبيل إبراهيم، ٢٠٠٦، ص ١٥١)

الحادي عشر: الإجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلي الدراسات شبه التجريبية في الخدمة الاجتماعية، والتي تستهدف اختبار العلاقة بين متغيرين أساسيين الأول المتغير المستقل (المدخل المعرفي السلوكي في طريقة العمل مع الجماعات)، والآخر تابع (التحفيف من حدة القلق لدى أمهات اطفال التوحد)، إذ تُعد هذه الدراسة من دراسات قياس عائد التدخل المهني، وذلك بإستخدام القياس القبلي والبعدي لمجموعة واحدة.

ثانياً: منهج الدراسة:

المنهج التجريبي بإستخدام مجموعة تجريبية واحدة، حيث تم قياس قبلي للمتغير التابع وهو (التحفيف من حدة القلق لدى أمهات اطفال التوحد) قبل إدخال المتغير المستقل وهو (المدخل المعرفي السلوكي في طريقة العمل مع الجماعات)، وبعد ذلك تم إدخال

المتغير التجريبي ثم إجراء قياس بعدي للمتغير التابع وتم المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للمتغير التابع لمعرفة حجم التغير الذي حدث. ثالثاً: مجالات الدراسة:

١. المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة علي مركز حق الحياة للأستشارات الأسرية والتربوية بمدينة أسيوط.

أسباب اختيار مكان الدراسة ترجع إلي:

١. خبرة المركز في التعامل مع الفئة

المستهدفة، إذا كان المركز

متخصصاً في التعامل مع

الأطفال أو الأسر التي تقع

ضمن الفئة المستهدفة للدراسة.

٢. وجود برامج و أنشطة قائمة ذات

صلة، إذا كان المركز يقدم

بالفعل برامج و أنشطة تتشابه

أو تتقاطع مع طبيعة الدراسة،

فهذا يوفر بيئة طبيعية ومتكاملة

لتطبيق التدخل المهني.

٣. وافر فريق عمل مؤهل ومتعاون،

وجود فريق عمل داخل المركز

(مثل الأخصائيين الاجتماعيين،

الأخصائيين النفسيين) لديه

الرغبة والقدرة على التعاون

وتقديم الدعم للباحثة.

٤. المجال البشري: عينة غرضية

تكونت من (٢٠) مفردة تم

أختيارها وفقاً لشروط العينة

التي وضعتها الباحثة، ومجتمع

البحث هو عدد حالات أمهات

الأطفال ذوي اضطراب التوحد

بمركز حق الحياة للأستشارات

الأسرية والتربوية وكان عددهم (

٣٧) مفردة ، وقد حددت الباحثة

شروط أختيار العينة في الأتي :

١. أن تتراوح أعمارهم من ٢٥ سنة إلى

أكثر .

٢. أن تكون متزوجة وليس منفصلة أو

أرملة .

٣. أن تكون لديها أطفال آخرون غير

طفلها التوحدي .

٤. أن توافق على التعاون مع الباحثة

مع الألتزام بحضور المقابلات .

وبناء على هذه الشروط تم إستبعاد الأمهات الأرامل

وكان عددهم (٦)، أمهات ليس لديهم أطفال

آخريين وكان عددهم (٤)، وأمهات منفصلين وكان

عددهم (٤)، وأمهات سنهم أصغر من ٢٥ وعددهم

(٣) .

تتكون عينة الدراسة من (٢٠) أم من أمهات

الأطفال ذوي اضطراب التوحد المترددين على مركز

حق الحياة بمدينة أسيوط ، ومن تنطبق عليهم

الشروط من عينة الدراسة.

٢. المجال الزمني: وهو فترة تطبيق برنامج

التدخل المهني وهي ٣ شهور

(٢٠/٤/٢٠٢٥م : ٢٠/٧/٢٠٢٥م).

قائمة المراجع:

أولاً : المراجع العربية:

١. إبراهيم، بدر (٢٠٠٣) : مستوى التوجه نحو المستقبل وعلاقته ببعض الاضطرابات لدى الشباب الجامعي المجلة المصرية للدراسات النفسية، بحث منشور بمجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، مج ١٣ ، ع ٤٠.
٢. أحمد، نبيل إبراهيم (٢٠٠٦): عمليات الممارسة في خدمة الجماعة، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٣. نجيب، الآء خليل (٢٠٢٥): ممارسة برنامج عقلاني إنفعالي فى خدمة الفرد للتخفيف من العزلة الاجتماعية لأمهات الأطفال ذوى إضطراب التوحد، بحث منشور بالمجلة العلمية للخدمة الاجتماعية دراسات وبحوث تطبيقية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة اسيوط مج ٢٩، ع ١٤.

<https://aial.journals.ekb.eg/article.html٤٣١٣٦٦>

٤. الجلبى، سوسن شاكر (٢٠١٥): التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، وتشخيصه، وعلاجه، دار مؤسسة رسلان، دمشق.
٥. الرفاعي، ضاحي حمدان زيان (٢٠٢٠): مقدمة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، المؤسسة الدولية للكتاب.
٦. عبد الباسط متولي خضر و آخرين (٢٠٢٣): اليقظة العقلية وعلاقتها بالقلق لدى أمهات الاطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، بحث منشور بمجلة كلية التربية بالقازيق، مج ٣٨، ع ١٢٩.
٧. الغرير، أحمد نايل (٢٠٢٠): فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض التوتر لدى عينة من أمهات أطفال، بحث

منشور بمجلة جامعة الإسراء للعلوم الإنسانية، جامعة الإسراء.

٨. الشريف، عمر حمد عبدالرحمن (٢٠١٩): الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم، رسالة ماجستير منشورة، كلية الاداب، جامعة النيلين.
٩. بيك، آرون (٢٠٢٤): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، مؤسسة هنداوي للنشر، القاهرة.
١٠. سرحان، وليد واخرون (٢٠١٤): القلق، دار مجدلاوي للنشر، عمان، ط ٢.
١١. سليم، جميل علي و عبدالله، عزيز احمد (٢٠٢٠): الضغط النفسي وعلاقته بالقلق الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، رسالة ماجستير منشورة، كلية الاداب، جامعة عمان.
١٢. سالم، سماح سالم و المقييل، وجدان (٢٠٢٢): مهارات الأسرة والطفل وطرق التطبيق، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
١٣. سليمان، حسين حسن (٢٠٠٥): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الجماعة والمؤسسة والمجتمع، بيروت، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع.
١٤. شقير، زينب محمد (٢٠٠٥): مقياس قلق المستقبل، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
١٥. شقير، زينب محمود و موسي، محمد سيد (٢٠٠٧): اضطراب التوحد، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
١٦. شيهان، ديفيد (١٩٨٨): مرض القلق، ترجمة عزت شعلان، الكويت، دار نشر عالم المعرفة.

١٨. صابر، محمد جمال (٢٠٢٤): دور اختصاصي العمل مع الجماعات في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى أطفال ذوي طيف التوحد، بحث منشور بالمجلة العلمية للخدمة الاجتماعية دراسات وبحوث تطبيقية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة اسسوط.

<https://aial.journals.ekb.eg/article.html?id=16638>

١٩. عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١): القلق
وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة، دار الفكر
العربي.

٢٠. علي، ماجد مصطفى (٢٠٠٩): الاكتئاب وعلاقته بكل من الضغوط والتفاؤل وتقدير الذات لدى عينة من الطلبة المراهقين بدولة الكويت، بحث منشور بمجلة علم النفس.

٢١. غانم, محمد حسن (٢٠١٨): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص وفقا للدليل الخامس- الأسباب - العلاج - المآل والمسار), مكتبة الانجلو المصرية, القاهرة, ط٢.

٢٢. فرويد، سيجمند (١٩٨٩): الكف والعرض
والقلق، ترجمة محمد عثمان نجاتي، ط٤،
القاهرة، دار الشروق.

28. A.klin f.volmar and s. sparrow,(2002): Autistic social Dysfunction some limitations of the otheary of mind hypothesis, child psycho psychat, voi.33, no.5.p:343

29. **Benson, P. R. (2010):** The psychological and physical well-being of mothers of children with autism. *Journal*

- Vol.35, Issue 5, Pages 517-525.
<https://doi.org/10.1007/s10803-005-00061>
35. Holloway, E. L., & Wampold, B. E. (2006). The role of group therapy in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 20, Issue 1, Pages 79-90.
36. Joseph Awad Bawalsah (2018): Self Esteem in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder in Jordan." ResearchGate.
37. Joseph Walsh (٢٠٠٩): Generalist Social Work Practice Intervention Methods, USA, Brooks/Cole, p12.
38. Kimura, M., & Yamazaki, M. (2013): Psychological distress and positive gain in mothers of children with autism." *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
39. Kimura, M., & Yamazaki, M. (2013): Psychological distress and positive gain in mothers of children with autism." *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
40. Lin, L. (2011). Factor Associated with Care Giving Burden and Maternal
- of Autism and Developmental Disorders.*
30. Benson, P. R. (2010): The psychological and physical well-being of mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*
31. Carles Zastrow (2002) : Introduction To Social Work and Social Welfare , New York, Thomson Publishing Company, P105 .
32. Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). The impact of autism on family functioning. *Current Psychiatry Reports*, Vol 10, Issue 2, Pages 207-213.
<https://doi.org/10.1007/s11920-008-0026-3>
33. Frontiers in Psychiatry (2024): Moderating effects of general self-efficacy on courtesy stigma and anxiety and depressive symptoms of parents of children with autism spectrum disorder, *Sec. Public Mental Health*, Volume 15 .
34. Hastings, R. P., Nash, P., & Jellema, T. (2005). The relationship between child behavior and maternal mental health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,

-
- Coping Strategies, *Frontiers in Psychology*.
45. Sarria, C., & Pozzo, G. (2019): Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies, *Frontiers in Psychology*.
46. Weiss, J. A., Lunskey, Y., & Barlow, A. (2012). The impact of parenting a child with autism on parental mental health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 42, Issue 9, Pages 1770–1780.
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1484-8>
47. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). Theory and practice of group psychotherapy (5th ed., pp. 15–30). New York, USA: Basic Books.
48. Zaleski. Z(1994):Personal Future in Hope & Anxiety Respective Psychology of future orientation, scientific, society, university of lubin, Poland, p190.
- Pessimism in Mothers of Adolescents with an Autism Spectrum Disorder in Taiwan, *Occupational Therapy International*. 2(18). 96–105
41. Lunskey, Y., Hastings, R. P., & Weiss, J. A. (2010). The mental health of mothers of children with autism spectrum disorders: A comparison with mothers of typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 40, Issue 3, Pages 265–274.
<https://doi.org/10.1007/s10803-009-08841>
42. Meltzer, H. (2011): The mental health of parents of children with autism spectrum disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
43. Phetrasuwan, S., & Shandor Miles, M. (2009): Parenting Stress in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.
44. Sarria, C., & Pozzo, G. (2019): Parenting Stress in Mothers of Children With Autism Without Intellectual Disability. Mediation of Behavioral Problems and
-